GOBIERNO DE PUERTO RICO
EL CAPITOLIO
SENADO

16ta Asamblea Legislativa

5ta Sesión Ordinaria

CALENDARIO DE ÓRDENES ESPECIALES DEL DÍA
LUNES, 9 DE MAYO DE 2011

MEDIDA LEGISLATIVA	COMISIÓN QUE INFORMA	TÍTULO
Sra. Doris Salas Quiles	SALUD	*Miembro de la Junta Examinadora de Barberos y Estilistas en Barbería*
Dr. Edgard H. Fankhanel-Seda	SALUD	*Miembro de la Junta Examinadora de Psicólogos, representando el sector de Doctorado*
Lcdo. David García Medina	RECREACIÓN Y DEPORTES ***Segundo Informe***	*Miembro de la Junta Hípica de Puerto Rico*
P DEL S 1699 (Por los señores *Berdiel Rivera* y *Rivera Schatz*)	EDUCACIÓN Y ASUNTOS DE LA FAMILIA *(Con enmiendas en la Exposición de Motivos)*	Para ordenar al Secretario del Departamento de Educación establecer mediante reglamentación la cantidad máxima de hasta quince estudiantes (15) por periodo de instrucción o clase en el Programa de Educación Agrícola, en toda escuela que cuente con Finca Escolar a nivel intermedio y superior de las escuelas públicas en Puerto Rico.

P DEL S 1856 **LF-120** (Por los señores y las señoras miembros *Delegación del PNP*)	BANCA, ASUNTOS DEL CONSUMIDOR Y CORPORACIONES PÚBLICAS; Y DE SALUD *(Con enmiendas en la Exposición de Motivos, en el Decrétase y el Título)*	Para crear el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico; establecer sus disposiciones generales y la forma en que éste interactuará con el Código de Seguros de Puerto Rico; reglamentar el manejo de medicamentos de receta por parte de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, según ~~definidas~~ definidos; estandarizar en Puerto Rico las pautas para ~~los exámenes~~ las auditorías de reclamaciones por servicios de cuidado de la salud; promover la disponibilidad de planes médicos para los patronos de pequeñas y medianas empresas en Puerto Rico, independientemente de la condición de salud o experiencia de reclamaciones de su grupo de empleados; prohibir el uso de cláusulas discrecionales en los planes médicos y las cubiertas de protección de ingresos en caso de incapacidad; proveer las normas para establecer y mantener los procedimientos que deben seguir las organizaciones de seguros de salud o aseguradores para garantizar que las personas cubiertas o asegurados ~~tengan la oportunidad de obtener~~ obtengan una oportuna y adecuada resolución de sus querellas; para fijar requisitos uniformes para las cubiertas de niños recién nacidos, niños recién adoptados y niños colocados para adopción, tanto en los planes médicos grupales como individuales; para establecer estándares para los seguros de cuidado prolongado y para otros fines relacionados.
RC DE LA C 966 (Por los representantes y las representantes *Miembros de la Delegación del PNP*)	HACIENDA *(Sin enmiendas)*	Para reasignar a la Administración de Rehabilitación Vocacional la cantidad de ochocientos sesenta y nueve mil cuatrocientos diez dólares con treinta y cuatro centavos ($869,410.34), provenientes de la cuantía de cuatrocientos setenta y tres mil quinientos nueve dólares ($473,509.00) sobrantes de la Resolución Conjunta Núm. 116 de 23 de julio de 2007 y trescientos noventa y cinco mil novecientos un dólares con treinta y cuatro centavos ($395,901.34) de la Resolución Conjunta Núm. 205 de 29 de diciembre de 2009, para realizar mejoras permanentes al Centro de Rehabilitación Vocacional de Centro Médico y el Centro de Avaluación y Ajuste de Río Piedras (Edificio F de Siquiatría); para autorizar la contratación de tales obras; y para autorizar el pareo de los fondos reasignados.

R DEL S 1099 (Por el señor *Díaz Hernández*)	ASUNTOS INTERNOS *(Con enmiendas en la Exposición de Motivos, en el Resuélvase y en el Título)*	Para ordenar a la Comisión de Agricultura del Senado de Puerto Rico, que realice una investigación sobre el traspaso, por el Departamento de Agricultura, de ~~la~~ las facilidades de la villa pesquera del Bo. Daguao de Naguabo a la Oficina de Comunidades Especiales.
R DEL S 1109 (Por el señor *Díaz Hernández*)	ASUNTOS INTERNOS *(Con enmiendas en la Exposición de Motivos, en el Resuélvase y en el Título)*	Para ordenar a las Comisiones de Recreación y Deportes; y de Educación y Asuntos de la Familia del Senado de Puerto Rico, a que realicen una investigación sobre la situación del programa de deportes interescolar del Departamento de Educación; y cómo se integran los recursos de los Departamentos de Educación y de Recreación y Deportes en este esfuerzo.
R DEL S 1257 (Por la señora *Peña Ramírez*)	ASUNTOS INTERNOS *(Con enmiendas en la Exposición de Motivos, en el Resuélvase y en el Título)*	Para ordenar a las Comisiones de ~~lo Jurídico Civil;~~ Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas; de Salud; y de Seguridad Pública y Asuntos de la Judicatura del Senado de Puerto Rico, a que investiguen profunda y exhaustivamente la problemática existente con el sistema de ambulancias que ofrecen servicios a pacientes con condiciones crónicas de salud y brindan servicios de emergencias a la ciudadanía.

RECIBIDO
SENADO DE PUERTO RICO
SECRETARIA
2011 MAY -5 PM 4:14

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta Asamblea Legislativa

5 ta Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

ORIGINAL

5 de mayo de 2011

Informe Positivo sobre el Nombramiento de la Sra. Doris Salas Quiles, como Miembro de la Junta Examinadora de Barberos y Estilistas en Barbería

AL SENADO DE PUERTO RICO

Vuestra Comisión de Salud, previo estudio y consideración, tiene a bien someter a este Alto Cuerpo su informe sobre el nombramiento de la Sra. Doris Salas Quiles, recomendando su confirmación como miembro de la Junta Examinadora de Barberos y Estilistas en Barbería.

HISTORIAL DE LA NOMINADA

La Sra. Doris Salas Quiles nació un 6 de agosto de 1953 en el Municipio de San Sebastián. Se encuentra casada con el Sr. Emilio Artuaga y no han procreado hijos. Actualmente residen en el Municipio de San Juan.

La nominada tiene Licencia en Barbería Profesional y Cosmetología. Desde el 1970 al 1975 fue dueña y manejó su propio salón (Montes Hairstyling). Laboró como Maestra de Barbería para la Corporación de Servicios Correccionales en Bayamón desde el 1996 al 1999. Actualmente se desempeña como Maestra de Barbería en el Instituto Fontecha de Santurce desde el 1999 al presente.

EVALUACION DE LA NOMINADA

La nominada no fue objeto de evaluación psicológica como parte del análisis de su nominación porque no es requerido para la posición a la que ha sido nominada. Sin embargo, si se realizó un análisis detallado de los documentos financieros sometidos por la nominada.

Durante el análisis financiero no se pudo determinar que existiera alguna situación conflictiva en los documentos financieros sometidos por la nominada.

Las certificaciones expedidas por el CRIM y ASUME evidencian que la nominada no tiene deuda de clase alguna con estas Agencias Gubernamentales.

Como parte del proceso de análisis de la nominación se realizaron diversas entrevistas con el fin de evaluar las relaciones de la nominada con su familia, con la comunidad y con personas que la conozcan y puedan dar fe de sus características personales, laboriosidad, su compromiso con su carrera y su solvencia moral.

En entrevista que se le realizara a la nominada, y a preguntas sobre que la motivó a aceptar la designación del Honorable Gobernador; expresó que desea poder contribuir al mejoramiento de la profesión. Señaló que mantiene una relación cordial con sus vecinos y que nunca ha tenido problemas con la justicia.

Todas las personas entrevistadas expresaron que es una excelente persona, profesional, justa, honesta, responsable y con una conducta moral muy buena. Favorecen la nominación de la Sra. Doris Salas Quiles sin reserva alguna.

La Comisión de Salud, luego del correspondiente estudio y evaluación sobre el Informe de la Oficina de Evaluaciones Técnicas de Nombramientos del Senado y el currículo vital de la nominada, tiene a bien someter a este Alto Cuerpo su informe sobre el nombramiento de la Sra. Doris Salas Quiles, recomendando su confirmación como miembro de la Junta Examinadora de Barberos y Estilistas en Barbería.

Respetuosamente sometido,

Ángel R. Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

RECIBIDO
SENADO DE PUERTO RICO
2011 MAY -5 PM 4:18

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta Asamblea Legislativa

5 ta Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

5 de mayo de 2011 ORIGINAL

Informe Positivo sobre el Nombramiento del Dr. Edgard H. Fankhanel-Seda como Miembro de la Junta Examinadora de Psicólogos, representando el sector de Doctorado

AL SENADO DE PUERTO RICO

Vuestra Comisión de Salud, previo estudio y consideración, tiene a bien someter a este Alto Cuerpo su informe sobre el nombramiento del Dr. Edgard H. Fankhanel-Seda, recomendando su confirmación como miembro de la Junta Examinadora de Psicólogos, representando el sector de Doctorado.

HISTORIAL DEL NOMINADO

El Dr. Edgard H. Fankhanel-Seda nació un 15 de agosto de 1958 en el municipio de San Juan, Puerto Rico. Es soltero y no ha tenido hijos. Reside con su madre en el Municipio de San Juan.

El nominado hizo su Bachillerato en Sociología con concentración en Sexología y Criminología de la Universidad de Miami, Florida. Cuenta con dos Maestrías una en Justicia Criminal de la Universidad Interamericana de Puerto Rico y otra en Consejería Sicológica de la Universidad de Costa Rica. Además, tiene dos Doctorados uno en Filosofía con concentración en Sexología Clínica de la "American Academy of Clinical Sexologists" de Orlando, Florida y otro en Educación con concentración en Consejería Sicológica e la "Argosy University" en Sarasota, Florida. Actualmente trabaja en el Programa Doctoral de la Universidad del Turabo y mantiene part-time la práctica privada en San Juan desde el 1986 al presente. También, labora desde el 2001 al presente como Profesor de la Universidad del Turabo, Caguas. Además, se desempeña como Coordinador de HIV-AIDS y Especialista en Tratamientos de la Salud Mental de la Corte del Distrito Federal (Oficina de Probatoria de Estados Unidos) desde el 1986 al presente.

EVALUACION DEL NOMINADO

El nominado no fue objeto de evaluación psicológica como parte del análisis de su nominación porque no es requerido para la posición a la que ha sido nominado. Sin embargo, si se realizó un análisis detallado de los documentos financieros sometidos por el nominado.

Durante el análisis financiero no se pudo determinar que existiera alguna situación conflictiva en los documentos financieros sometidos por el nominado.

Las certificaciones expedidas por el CRIM y ASUME evidencian que el nominado no tiene deuda de clase alguna con estas Agencias Gubernamentales.

Como parte del proceso de análisis del nominado se realizaron diversas entrevistas con el fin de evaluar las relaciones del nominado con su familia, con la comunidad y con personas que la conozcan y puedan dar fe de sus características personales, laboriosidad, su compromiso con su carrera y su solvencia moral.

En entrevista que se le realizara al nominado, expresó que aceptó la nominación porque desea aportar su granito de arena a la Junta Examinadora de Psicólogos. Señala que mantiene buenas relaciones con sus vecinos y nunca ha tenido problemas de clase alguna con la justicia.

Todas las personas entrevistadas expresaron que es un excelente hijo, profesional, comprensivo, dedicado y con una conducta moral muy buena. Favorecen la nominación del Dr. Edgard H. Fankhanel-Seda sin reserva alguna.

La Comisión de Salud, luego del correspondiente estudio y evaluación sobre el Informe de la Oficina de Evaluaciones Técnicas de Nombramientos del Senado y el currículo vital del nominado, tiene a bien someter a este Alto Cuerpo su informe sobre el nombramiento del Dr. Edgard H. Fankhanel-Seda, recomendando su confirmación como miembro de la Junta Examinadora de Psicólogos, representando el sector de Doctorado.

Respetuosamente sometido,

Ángel R. Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

RECIBIDO
SENADO DE PUERTO RICO
SECRETARÍA
2011 MAY -6 AM 11: 59

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO MD ORIGINAL

16ta. Asamblea Legislativa

5ta. Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

6 de mayo de 2011

COMISIÓN DE RECREACIÓN Y DEPORTES

Segundo Informe Positivo sobre el Nombramiento del Lcdo. David García Medina, como Miembro de la Junta Hípica de Puerto Rico.

AL SENADO DE PUERTO RICO:

Nuestra Comisión de Recreación y Deportes del Senado de Puerto Rico, previa evaluación y consideración, tiene a bien someter a este Alto Cuerpo su informe sobre el nombramiento del Lcdo. David García Medina, recomendando su confirmación como Miembro de la Junta Hípica de Puerto Rico.

El Gobernador de Puerto Rico, Honorable Luis G. Fortuño, sometió para el consejo y consentimiento del Senado de Puerto Rico la designación del Lcdo. David García Medina como Miembro de la Junta Hípica de Puerto Rico.

Este Alto Cuerpo a tenor con las disposiciones de la Regla 47 de la Resolución del Senado Núm. 27 del 12 de enero de 2009, delegó en la Oficina de Evaluaciones Técnicas de Nombramiento la investigación del designado. Dicha oficina rindió su informe el 31 de marzo de 2011.

HISTORIAL DEL NOMINADO

El Lcdo. David García Medina, nació el día 2 de enero de 1965, en San Juan, Puerto Rico. En el año 1996, el nominado contrae matrimonio con la Sra. Carmen Roig Fuertes. De esta relación matrimonial tienen dos (2) hijas. Actualmente la familia reside en el Municipio de Guaynabo, Puerto Rico.

En cuanto al historial educativo del nominado, se desprende que para el año 1987, obtuvo un Bachillerato en Biología de la Universidad Interamericana. En el año 1990, el designado completó sus estudios en Derecho de la Universidad Interamericana. Para el año 1993 completó su Maestría en Derecho Ambiental en Vermont Law School.

El Licenciado David García Medina posee Licencias Profesionales del Tribunal Supremo de Puerto Rico y como Notario Público. Durante los años 2005 al presente, el licenciado se desempeña como abogado en la práctica privada, destacándose en derecho ambiental, civil, criminal e hipotecario. Anterior a esto, durante los años 1996 al 2005, fungió como Juez Superior. Durante el año 1994, laboró como Asesor en el área ambiental, en el Senado de Puerto Rico, bajo la presidencia de Roberto Rexach Benítez.

INFORME DE LA OFICINA DE EVALUACIONES TECINCAS DE NOMBRAMIENTOS DEL SENADO DE PUERTO RICO

El 31 de marzo de 2011, la Oficina de Evaluaciones Técnicas de Nombramientos del Senado de Puerto Rico sometió para la consideración de la Comisión de Recreación y Deportes del Senado de Puerto Rico, su informe sobre la investigación realizada al designado. Dicho documento evaluativo consiste de los siguientes tres aspectos; historial, evaluación psicológica, análisis financiero e investigación de campo.

a) Evaluación Psicológica:

El nominado David García Medina, fue objeto de una evaluación psicológica por parte de la psicóloga contratada por la Oficina de Evaluaciones Técnicas de Nombramientos del Senado de Puerto Rico. El resultado de dicha evaluación concluye que el nominado posee la capacidad psicológica adecuada para ejercer el cargo para el que fue nominado.

b) Análisis Financiero:

El Auditor y CPA contratado por la Oficina de Evaluaciones Técnicas de Nombramiento del Senado, al igual que el personal asignado a estas labores realizaron un detallado análisis de los documentos financieros sometidos por el nominado.

De dicho análisis, nada surge a entender de éste profesional y del personal a cargo, que indicara inconsistencia en la información financiera y contributiva sometida por el nominado. Las certificaciones expedidas por el CRIM y por Asume evidencian que el nominado no tiene deuda de clase alguna con estas Agencias Gubernamentales.

C) Investigación de Campo:

La investigación de campo realizada cubrió diversas áreas a saber: entrevista con el nominado, relaciones en la comunidad, ámbito profesional, experiencia laboral y referencias personales. También, se revisaron sus antecedentes en el Sistema de Información de Justicia Criminal local y Federal.

El 11 de marzo del año en curso se entrevistó al licenciado David García Medina. Según el nominado desde 2005 mantiene una práctica privada en derecho civil, ambiental, criminal y banca. Además, en la actualidad le realiza trabajos en Notaria a Metro Island Mortgage. Anteriormente, durante los años de 1996 al 2005, se desempeñó como Juez Superior.

De acuerdo al nominado en su carrera como jurista y abogado no le han radicado querellas administrativas ante el Tribunal Supremo y tampoco lo han demandado. Anterior a desempeñarse como Juez, laboró como Asesor en el Área Ambiental de la Oficina del Ex Presidente del Senado, Roberto Rexach Benítez.

Informó, que las razones por la cual aceptó la nominación es reintegrarse al servicio público para aportar la experiencia obtenida mientras fungió como funcionario público. Finalmente, mencionó que no ha tenido problemas con la justicia y tampoco con ninguna persona en lo profesional. Además, comentó que no ha recibido tratamiento psicológico y entiende que no conoce a nadie que se pueda oponer a su nombramiento por alguna razón particular y que no existen situaciones en su pasado ni en el presente que le puedan ocasionar problemas futuros, ni perjudicar su nominación.

Se entrevistó a la señora Carmen Roig Fuertes, esposa del nominado, quien expreso que se desempeña como ama de casa y le ayuda con su trabajo en la parte legal, lo describió como una persona bien trabajadora, inteligente, con carácter, firme con sus valores y convicciones. No

conoce nada que lo descalifique y no ha recibido tratamiento psicológico. Lo recomienda para la nominación.

De igual forma el nominado informó que no ha sido objeto de una investigación ni querella de índole contributiva, administrativa, estatal o federal.

La investigación cubrió igualmente entrevistas a varias personas que lo conocen en el ámbito personal y profesional.

Se entrevistaron varias personas que lo conocen en el ámbito personal y profesional quienes expresaron lo siguiente:

- Freddy Zamora, Presidente de Metro Island Mortgage, quien expresó que lo conoce hace más de quince (15) años en lo personal y laboral, catalogó su trabajo como de calidad y siempre velando por los intereses de la institución y de sus clientes. Además, lo describió como una excelente persona y profesional del cual nunca ha tenido quejas en la Notaria, labor bien importante.

- Hon. Aldo González, Juez Superior, conoce al nominado desde el año 1986 ya que estudiaron Derecho juntos en la Universidad Interamericana, expresó que "es una persona inteligente, estudiosa, elegante, responsable, no conoce nada negativo".

- Lcdo. Ángel Camacho, Administración de Deporte Hípico, sección de Apuestas, indicó que lo conoce hace (15) años, que el nominado había sido nombrado Juez a la corta edad de 29 años, lo describió como "una persona bien competente".

- Lcdo. Héctor Fuertes, lo conoce hace más de doce (12) años en lo personal, lo describió como "un buen padre, correcto, serio y no conoce nada que lo descalifique".

Se entrevistaron a varios Miembros Asociados de la Junta Hípica y empleados, quienes expresaron lo siguiente:

- Sr. Luis Manuel García Pasalacqua, Presidente de la Junta Hípica, informó que "no lo conocía antes de ser nominado, pero este ha demostrado mente jurista, es distinguido, inteligente, con disposición e interés de aprender, absorbe las situaciones, las analiza y decide, es de gran aportación".

- Ing. José Fernández Polo, lo conoce por primera vez desde que fue nominado hace cuatro (4) meses y nos describe su experiencia con este como "una persona competente, capacitada, aporta mucho en la parte legal, eventualmente será un excelente recurso".

- Lcda. Amanda Acevedo Rhodes, Consultora Legal, Junta Hípica, lo conoce recientemente en las reuniones de la Junta, los martes y jueves y expresó que "se ve muy capacitado, es perspicaz, muy interesado, inteligente, ha aprendido muy rápido, demuestra trabajar en equipo y se ve buena persona".

- Lcdo. Juan Carlos Negrón, Ex Presidente de la Confederación Hípica, lo conoce desde Julio de 2011 y lo describe como "una excelente experiencia tenerlo como miembro de la Junta, su experiencia será positiva, buena apreciación, muy útil, tiene buena disposición, trabaja en equipo, demuestra interés y es inteligente".

- Sra. Luz Reyes Ocasio, Secretaria de la Junta, lo conoce hace cuatro (4) meses, lo cataloga "como persona que balancea la junta porque está ajeno a la industria por lo que provee un balance, aporta, es práctico y observo buena relación entre ellos".

- Lcdo. Antonio García Soto, Miembro de la Junta, en el pasado fue Miembro de la Junta en la década del 93 y quien fungió como Presidente de la Junta en el año 2001, lo describió como "persona práctica, aporta mucho al trabajo que hacemos en la parte legal, su experiencia como Juez es vital para las decisiones legales que se trabajan aquí, tiene disposición, es afable y mantiene buena relación con compañeros y es de buen carácter".

Todas las personas entrevistadas en la Junta Hípica, recomendaron favorablemente al designado.

En la comunidad se entrevistó a una vecina:

- Sra. María José Antuñano, informó que "no conoce nada negativo y es un vecino ejemplar".

Por último, de la investigación realizada mediante la revisión en el sistema de información criminal estatal y federal, se desprende que no ha sido objeto de una sentencia penal en su modalidad grave y menos grave.

CONCLUSION

Luego de realizar una exhaustiva evaluación y análisis, esta Honorable Comisión reconoce que el historial educativo y profesional nos demuestra un alto nivel de capacidad, dedicación y compromiso con el Hipismo en Puerto Rico. A su vez, evidenció que este interés es continuo y lo va a realizar de ahora en adelante al pueblo de Puerto Rico. Sus planes están claramente delineados y definidos en pro de hacer del Hipismo en Puerto Rico uno mejor.

La Comisión de Recreación y Deportes del Senado de Puerto Rico, luego de su estudio y consideración, tiene a bien someter a este Alto Cuerpo, un Informe Positivo recomendando la confirmación del nombramiento del Lcdo. David García Medina, como Miembro de la Junta Hípica de Puerto Rico.

Respetuosamente sometido,

Ramón Díaz Hernández
Presidente
Comisión de Recreación y Deportes

ORIGINAL

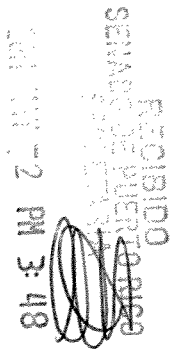
GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta Asamblea Legislativa

5 ta Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

2 mayo
___ de ~~abril~~ de 2011



Informe Positivo sobre el P. del S. 1699

AL SENADO DE PUERTO RICO:

La **Comisión de Educación y Asuntos de la Familia** del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración del P. del S. 1699, recomienda a este Alto Cuerpo la **aprobación** de esta medida con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El Proyecto del Senado 1699, tiene el propósito de ordenar al Secretario del Departamento de Educación establecer mediante reglamentación la cantidad máxima de hasta quince estudiantes (15) por periodo de instrucción o clase en el Programa de Educación Agrícola, en toda escuela que cuente con Finca Escolar a nivel intermedio y superior de las escuelas públicas en Puerto Rico.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Según la Exposición de Motivos de la presente medida, el Gobierno de Puerto Rico tiene como política pública la conservación de los recursos naturales debido a su importancia en el mantenimiento de la base productiva del país y los procesos ecológicos esenciales que garanticen la vida. La agricultura es el conjunto de técnicas y conocimientos para cultivar la tierra y la parte del sector primario que se dedica a ello. En ella se engloban los diferentes trabajos de tratamiento del suelo y los cultivos de

vegetales, haciendo de esta una actividad de gran importancia estratégica como base fundamental para el desarrollo autosuficiente y riqueza de las naciones.

Por constituir la actividad agrícola, una de las fuentes de empleo de gran importancia, el Departamento de Educación ha creado un Programa de Educación Agrícola, el que tiene como misión el estimular a los estudiantes a participar de actividades instruccionales que les permita adquirir experiencias en las distintas áreas de producción agrícola. Las actividades que se desarrollan en la finca escolar proveen la oportunidad de obtener conocimientos integrando las faenas propias de la agricultura con los conocimientos en materias de ciencias y matemáticas. La educación agrícola en Puerto Rico tiene como propósito principal el brindar a los estudiantes una variedad de actividades que les provean las experiencias propias para el desarrollo de las destrezas cognoscitivas, afectivas, psicomotoras y de liderazgo esenciales y necesarias para que éstos alcancen sus intereses ocupacionales e ingresen ventajosamente al mundo laboral, de las ciencias y la tecnología agrícola.

Se expresa en la medida que la integración de las ciencias al currículo agrícola, y la utilización de la finca escolar como laboratorio de enseñanza requieren que el maestro de agricultura preste atención especial a sus estudiantes fuera del salón durante la utilización de herramientas y equipos. Debido a las limitaciones de presupuesto de las escuelas públicas de Puerto Rico, la cantidad de recursos que tiene el maestro de agricultura para la compra de herramientas y materiales es limitada, restringiendo aun más la cantidad de estudiantes que podrán participar activamente mientras otros esperan ocasionando un problema de atención y manejo de grupo en dicha actividad educativa. La cantidad de estudiantes que se atienden por cada periodo es proporcional al tiempo de exposición y atención, por lo que es necesario limitar el máximo de estudiantes a una cantidad manejable y de mayor exposición. Expresa la medida que por esta razón la actividad agrícola no se puede realizar eficientemente con grupos más de quince estudiantes por periodo de instrucción.

Para la evaluación y consideración de esta pieza legislativa, la Comisión de Educación y Asuntos de la Familia del Senado de Puerto Rico solicitó memoriales explicativos a: Consejo General de Educación; Departamento de Hacienda; Departamento de Educación; Departamento de Agricultura; y Oficina de Gerencia y

Presupuesto. Se recibieron memoriales del Departamento de Educación, Departamento de Hacienda, Consejo General de Educación y Oficina de Gerencia y Presupuesto.

I. DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN:

Mediante memorial explicativo se expresó que el Departamento de Educación es la entidad gubernamental responsable de impartir educación primaria y secundaria de carácter público en Puerto Rico. El Programa de Educación Agrícola del Departamento, ofrece programas educativos relacionados al sector agrícola y a los recursos naturales por área geográfica. El Programa cuenta con aproximadamente noventa y ocho predios y fincas escolares cuyos tamaños fluctúan, entre menos de una cuerda hasta treinta cuerdas. Actualmente el Departamento cuenta con aproximadamente doscientos cincuenta cuerdas con potencial para desarrollo agrícola en dichas escuelas.

El propósito de dichos terrenos es ofrecer la oportunidad a jóvenes matriculados en los cursos del Programa, de practicar la teoría obtenida en el salón de clases y desarrollar las destrezas necesarias para el funcionamiento de empresas agrícolas. Las fincas sirven de "laboratorios de enseñanza para la práctica en las tareas de producción crianza, y venta de productos". El Departamento tiene como fin alcanzar y proteger un balance entre lo académico y lo vocacional para así proveerles oportunidades a todos los jóvenes de acuerdo a sus intereses y capacidades. La utilización de las fincas escolares como laboratorios de enseñanza requiere que el maestro de agricultura preste atención especial a sus estudiantes en el área ocupacional, principalmente durante el manejo de herramientas y equipos propios de la actividad agrícola.

Nos expresa el Departamento que sin duda alguna la actividad agrícola no se puede realizar eficientemente con grupos de más de quince estudiantes por periodo de instrucción. Por su parte, nos menciona que no debe aplicarse únicamente a la etapa ocupacional de las escuelas donde se ubican fincas escolares y sus respectivos programas educativos relacionados al sector agrícola, sino que se debe incluir y aplicar dicha limitación al Programa general y su fase no ocupacional.

En conclusión, el Departamento de Educación encomienda la iniciativa de la Asamblea Legislativa para brindarles a los estudiantes oportunidades y experiencias en la agricultura y la concienciación sobre la importancia y complejidad de la producción

de alimentos y protección de los recursos naturales de Puerto Rico, por lo que respalda la medida.

II. DEPARTAMENTO DE HACIENDA:

Luego de evaluar el alcance y propósito de la presente medida, señalan que la misma no contiene disposiciones relacionadas a un posible aumento o disminución de los recaudos al Fondo General, a la Ley Núm. 230 de 23 de julio de 1974, según enmendada, conocida como "Ley de Contabilidad de Gobierno", a las enmiendas a la Ley Núm. 120 de 31 de octubre de 1994, según enmendada, conocida como "Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994", así como cualquier otra área de competencia para este Departamento.

III. CONSEJO GENERAL DE EDUCACIÓN ACTUAL CONSEJO DE EDUCACIÓN DE PUERTO RICO:

A través del memorial explicativo suministrado indicaron que:

> *"La educación de estas técnicas, con su componente práctico de la siembra, la cosecha y la distribución y venta de los mismos, debe ser impartida en grupos de estudiantes pequeños, quince nos parece bien, para que se puedan desarrollar las destrezas individuales y colectivas de manera efectiva. Además, con grupos más pequeños será mayor el aprovechamiento y se requerirán menos materiales para los procesos."*

Por otra parte, se dijo que esta iniciativa es vital para el futuro de Puerto Rico ya que ayudaría a disminuir la importación de alimentos que tenemos del exterior. A su vez, recomienda ofrecer cursos de las nuevas técnicas de educación agrícola para zonas urbanas, así como técnicas de comercialización sustentable.

IV. OFICINA DE GERENCIA Y PRESUPUESTO:

Se expresó mediante memorial que aunque la Oficina reconoce la importancia de los objetivos que se persiguen atender esta medida, no es necesario atender estos asuntos por disposición de ley, toda vez que de acuerdo a las funciones que tiene el Departamento de Educación, se entiende que el mismo está facultado para brindar estos servicios. A su vez, se expresa que el Artículo 6.03 de la Ley Orgánica del Departamento de Educación, dispone las facultades y obligaciones del Secretario en su función de Director Académico del Sistema de Educación Pública de Puerto Rico, las cuales consisten en: Adoptar un

Plan de Desarrollo Integral de cinco años en el que se establecerán los objetivos de corto y median plazo y diseñar un plan de trabajo institucional el cual se revisará anualmente; Organizar los programas de estudio del Sistema con arreglo al patrón de grados y niveles; Establecer un currículo flexible y básico para que las escuelas lo adapten a sus necesidades; Prescribir el plan de estudio de cada grado; Desarrollar un programa de orientación sobre la criminalidad; Establecer un programa de moral y ética gubernamental; Velar por que los estudiantes con impedimentos reciban los servicios que provee la Ley de Servicios Educativos Integrales para Personas con Impedimentos, sus reglamentos, leyes federales y reglamentos federales; Adoptar las medidas necesarias para asegurar el mejor uso del tiempo lectivo; Alentar la excelencia académica de maestros y estudiantes; Promulgar un reglamento de personal docente; Proveer recursos para sufragar programas de estudios avanzados para alumnos de escuela superior de alto potencial académico o vocacional.

Por su parte, nos indican que la Ley Orgánica del Departamento de Educación le otorga al Secretario, a su vez, está facultado para: Adoptar la fórmula para determinar el presupuesto de las escuelas del Sistema; Formular las normas relacionadas con la administración de personal de las escuelas y fiscalizar su cumplimiento; Promulgar un Reglamento de Disciplina Escolar; Establecer un plan estratégico de manejo de crisis ante incidentes de violencia; Establecer un registro especial para maestros de nivel preescolar a tercer grado, programas especiales y otros niveles del Sistema de Educación Pública; Nombrar personal del Departamento; Preparar y administrar el Presupuesto; Autorizar el uso temporal y gratuito de instalaciones escolares para actividades; Arrendar instalaciones escolares a entidades privadas y establecer mediante reglamento las condiciones, garantías y términos económicos del mismo; Concertar acuerdos, contratos y convenios con agencias o instrumentalidades del gobierno o municipios, tanto estatales como federales, entidades privadas a efectos de implantar la Ley; Someter un informe anual al Gobernador y Asamblea Legislativa sobre la labor del Departamento; Adoptar y formular las normas referentes a los proyectos y propuestas de los municipios, agencias gubernamentales, empresas privadas y las comunidades que garanticen el bienestar, desarrollo y seguridad de la comunidad escolar.

Desde la perspectiva gerencial, se entiende que imponer mediante ley funciones y obligaciones que actualmente existen en el Departamento de Educación le restaría

flexibilidad para realizar cambios conforme a sus necesidades y prioridades. Por su parte, recomienda que previo aprobación de la medida se deba ponderar lo que ya existe en la actualidad.

La Comisión de Educación y Asuntos de la Familia del Senado entiende que el propósito de esta medida es reducir la cantidad de estudiantes en el salón de clases de escuelas agrícolas con el fin de maximizar su exposición a la práctica, además de mantener una cantidad manejable de estudiantes al momento de utilizar las herramientas y equipos propios de la actividad agrícola.

IMPACTO FISCAL ESTATAL

Cumpliendo con el Artículo 8 de la Ley Núm. 103 del 25 de mayo de 2006, "Ley para la Reforma Fiscal del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico", según enmendada y el Reglamento del Senado de Puerto Rico, se determina que con la aprobación de esta medida no habrá impacto fiscal en el presupuesto vigente de las agencias, departamentos, organismos o instrumentalidades que ameriten certificación de la Oficina de Gerencia y Presupuesto.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

En cumplimiento con la Sección 32.5 del Reglamento del Senado de Puerto Rico, se determina que la presente medida no representa un impacto fiscal negativo sobre los gobiernos municipales.

CONCLUSIÓN

La Comisión de Educación y Asuntos de la Familia del Senado entiende que la misión primaria del sistema de educación pública del país es el contribuir al desarrollo de los conocimientos y valores de nuestra población estudiantil. En una educación básica de buena calidad el desarrollo de las competencias básicas y el logro de los aprendizajes de los alumnos son los propósitos centrales y las metas a las cuales los profesores, la escuela y el sistema dirigen sus esfuerzos.

La educación, dentro del contexto escolar, supone una situación comunicativa y un fenómeno de tipo colectivo. Las peculiaridades lingüísticas que tienen lugar dentro de las aulas son fundamentales para explorar el modo en que se produce el aprendizaje

dentro de la dimensión colectiva. Sin embargo, la educación mediante la práctica de lo aprendido permite valorar los procesos personales de construcción individual del conocimiento por lo que, visto desde esta perspectiva, los aprendizajes basados en el procesamiento superficial de la información y aquellos orientados a la recuperación de información en el corto plazo, son menos efectivos. El resultado de este proceso, es que se materializa una serie de habilidades, conocimientos, actitudes y valores adquiridos, produciendo cambios de carácter social, intelectual, emocional, entre otros, en la persona que, dependiendo del grado de concienciación, será para toda su vida o por un periodo determinado, pasando a formar parte del recuerdo en el último de los casos.

El reducir la cantidad de estudiantes por maestro tiene como máximo objetivo ofrecer oportunidades de un desenvolvimiento individual a un completo desarrollo de sus posibilidades personales. Al estudiantado se le debe brindar la oportunidad de practicar las destrezas requeridas para una particular situación o de otro modo su experiencia probablemente se vea frustrada y el aprendizaje sea mínimo. Por lo que la reducción de alumnos en un salón de clase brindaría la oportunidad a cada estudiante practicar lo aprendido y por consiguiente consistiría en un mayor aprovechamiento académico.

Por lo antes expuesto, esta Comisión de Educación y Asuntos de la Familia del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, recomiendan a este Alto Cuerpo la **aprobación** del P. del S. 1699, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico.

Respetuosamente sometido,

Kimmey Raschke Martínez
Presidenta
Comisión de Educación y Asuntos de la Familia

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

16ta Asamblea Legislativa

4ta Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 1699

10 de Agosto de 2010

Presentado por los señores *Berdiel Rivera y Rivera Schatz*

Referido a la Comisión de Educación y Asuntos de la Familia

LEY

Para ordenar al Secretario del Departamento de Educación establecer mediante reglamentación la cantidad máxima de hasta quince estudiantes (15) por periodo de instrucción o clase en el Programa de Educación Agrícola, en toda escuela que cuente con Finca Escolar a nivel intermedio y superior de las escuelas públicas en Puerto Rico.

EXPOSICION DE MOTIVOS

La misión social primaria del sistema de educación pública del país es el contribuir a desarrollar conocimientos y valores en la población estudiantil, quienes se convertirán en los ciudadanos líderes del futuro en la sucesión natural de nuestra existencia. Estos conocimientos y valores permitirán al estudiante incorporarse en las actividades sociales del diario vivir con un gran sentido de responsabilidad.

En nuestra población tan variada de cuatro millones de habitantes, el Departamento de Educación debe cuidar el balance entre lo académico y lo vocacional para proveerles oportunidades a todos nuestros jóvenes de acuerdo a sus intereses y capacidades. La actividad agrícola constituye una de estas oportunidades de fuente de empleo y forma de vida y autogestión por lo cual es de gran importancia proveer experiencias que expongan a nuestros jóvenes a un conocimiento general sobre el desarrollo de nuestra agricultura.

Como política pública el gobierno ha establecido el desarrollo de una plataforma verde. En donde se le da importancia a la conservación de los recursos naturales e implantación de

distintos proyectos agrícolas, siendo la creación de huertos tanto escolares como caseros el de mayor envergadura y publicidad.

Según el Departamento de Educación de Puerto Rico en el 2004, el Programa de Educación Agrícola estableció su fase no ocupacional, la que tiene como misión el estimular a los estudiantes del nivel intermedio, secundario y superior, la selección del adiestramiento de su predilección en agricultura. El Programa de Educación Agrícola le provee a los estudiantes actividades instruccionales que les permiten adquirir experiencias en las distintas áreas de producción agrícola; como pueden ser farináceos, caficultura, industria pecuaria, producción de ornamentales, hortalizas mediante sistemas hidropónicos y otros.

Múltiples estudios recomiendan que los jóvenes mientras más temprano se expongan a experiencias educativas, mas fácil será el proceso de captación y asimilación de la información. Las escuelas rurales que cuentan con programas de educación agrícola y finca escolar son un gran activo para la educación de nuevos agricultores y agroempresarios a temprana edad. Las actividades que se desarrollan en la finca escolar proveen la oportunidad de aprender haciendo las faenas propias de la agricultura y una oportunidad de integrar conocimientos de ciencias y matemáticas integrados a nuevas técnicas de producción, riego, ingeniería agrícola y ciencias de producción de animales de granja entre otras.

La educación agrícola formal en Puerto Rico tiene como propósito principal el brindar a los estudiantes una variedad significativa de actividades instruccionales que les provean las experiencias propias para el desarrollo de las destrezas cognoscitivas, afectivas y psicomotoras esenciales y necesarias para que éstos alcancen sus intereses ocupacionales, e ingresen ventajosamente al desempeño de una ocupación del nivel vocacional en el mundo del trabajo, las ciencias y la tecnología agrícola. El maestro de agricultura integra las ciencias y la tecnología agrícola como herramienta esencial y necesaria para el diseño y desarrollo del currículo y de la Educación Agrícola. Estas actividades exploratorias permiten a los estudiantes una selección ocupacional apropiada. Además, el Programa de Educación Agrícola provee a los estudiantes actividades instruccionales, y la oportunidad para el desarrollo de las cualidades de liderazgo y ciudadanía de los estudiantes, mediante la participación en las actividades de la Organización Juvenil Futuros Agricultores de América (FFA), como también, integrar la participación en Programas de Experiencias Agrícolas Supervisadas (PEAS), bien sea en la finca escolar, en finca arrendada o en el hogar o finca familiar.

La integración de las ciencias al currículo agrícola, y la utilización de la finca escolar como laboratorio de enseñanza requieren que el maestro de agricultura preste atención especial a sus estudiantes fuera del salón, principalmente durante la utilización de herramientas y equipos propios de la actividad agrícola. La cantidad de estudiante que se atiendan por cada periodo es directamente proporcional al tiempo de exposición y atención que se puede tener con cada uno de estos por lo que es necesario limitar el máximo de estudiantes a una cantidad manejable y de mayor exposición. Por otro lado, debido a las limitaciones de presupuesto de muchas escuelas públicas de Puerto Rico, la cantidad de recursos que tiene el maestro de agricultura para la compra de herramientas y materiales es limitada, restringiendo aun más la cantidad de estudiantes que podrán participar activamente mientras otros esperan ocasionando un problema de atención y manejo de grupo en dicha actividad educativa.

Las ciencias y las tecnologías están integradas en el diario vivir de todo ser humano, de aquí, que el conocer y tener dominio sobre ambas dirige a éstos hacia el éxito y la prosperidad en el mundo del trabajo, haciéndolas esenciales para todo estudiante. Por lo que es de esencial importancia, que el personal docente, dedicado a la enseñanza de agricultura o de ciencias, esté estrechamente relacionado en la utilización de las fincas escolares como un instrumento de aplicación y manejo de ciencias y tecnológicas; lo que ha de permitir el logro de un más eficaz proceso de enseñanza-aprendizaje. El estudiante debe tener la oportunidad de practicar las destrezas requeridas para una particular situación o de otro modo de experiencia probablemente sea frustrante y el aprendizaje mínimo. Sin duda alguna esta actividad no se pueda realizar eficientemente con grupos de más de quince estudiantes por periodo de instrucción, razón para que surja la necesidad de limitar el número de participantes.

Las recientes cartas circulares emitidas por los pasados Secretarios del Departamento de Educación establecen normas generales para la organización escolar en las distintas ofertas en educación ocupacional que incluye entre estas la Educación Agrícola. La organización escolar es diseñada por el director escolar con la aprobación del Consejo Escolar. La política pública establecida por el Departamento de Educación para aumentar la carga en cursos académicos en los pasados años, ha propiciado la merma en la matricula de estudiantes que interesan tomar estos cursos debilitando así el programa y obligando al cierre del ofrecimiento en la organización escolar de muchas escuelas en áreas rurales con alta actividad agrícola. Esto ha provocado la pérdida de plazas de maestros de agricultura y el cierre de fincas escolares en momentos en que

la política pública del gobierno ha ido en la dirección de fortalecer la producción de alimentos como medida de seguridad de nuestra población.

El Senado de Puerto Rico, entiende necesario aprovechar la infraestructura existente de fincas escolares en muchas de nuestras escuelas rurales alrededor de la isla para ofrecer una oportunidad de exponer a nuestros jóvenes a experiencias en la agricultura y concientizar a las nuevas generaciones sobre la importancia y complejidad de la producción de alimentos y protección de los recursos suelo y agua en la Isla.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.- Se ordena al Secretario del Departamento de Educación establecer mediante reglamentación la cantidad máxima de hasta quince estudiantes (15) por periodo de instrucción o clase en el Programa de Educación Agrícola, en toda escuela que cuente con Finca Escolar a nivel intermedio y superior de las escuelas públicas en Puerto Rico.

Artículo 2.- El Secretario del Departamento de Educación adoptará no más tarde de los seis (6) meses a partir de la fecha de vigencia de esta Ley, un reglamento en el que establecerá, entre otras cosas, todas las reglas y normas relativas a la efectiva consecución de esta Ley.

Artículo 3.- Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta Asamblea Legislativa

RECIBIDO
SENADO DE PUERTO RICO
2011 MAY -5 PM 12: 15
MD

5ta Sesión Ordinaria

ORIGINAL

SENADO DE PUERTO RICO

5 mayo de ~~abril~~ de 2011

Informe Conjunto Positivo sobre el P. del S. 1856

AL SENADO DE PUERTO RICO:

Vuestras Comisiones de Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas y de Salud, previo estudio y consideración recomienda a este Alto Cuerpo Legislativo la aprobación del P. del S. 1856, con las enmiendas incluidas en el entirillado electrónico que se acompaña a este informe.

I. ALCANCE DE LA MEDIDA

El P. del S. 1856 propone crear el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico; establecer sus disposiciones generales y la forma en que éste interactuará con el Código de Seguros de Puerto Rico; reglamentar el manejo de medicamentos de receta por parte de las organizaciones de seguros de salud, según definidas; estandarizar en Puerto Rico las pautas para los exámenes de reclamaciones por servicios de cuidado de la salud; promover la disponibilidad de planes médicos para los patronos de pequeñas y medianas empresas en Puerto Rico, independientemente de la condición de salud o experiencia de reclamaciones de su grupo de empleados; prohibir el uso de cláusulas discrecionales en los planes médicos y las cubiertas de protección de ingresos en caso de incapacidad; proveer las normas para establecer y mantener los procedimientos que deben seguir las organizaciones de seguros de salud para garantizar que las personas cubiertas tengan la oportunidad de obtener una oportuna y adecuada resolución de sus querellas; para fijar requisitos uniformes para las cubiertas de niños recién nacidos, niños recién adoptados y niños colocados para adopción, tanto en los planes médicos grupales como individuales; y para otros fines relacionados.

La Exposición de Motivos del Proyecto menciona que "a pesar de las innumerables enmiendas que ha experimentado el Código de Seguros de Puerto Rico desde su aprobación en 1957, el área de los planes médicos ha quedado rezagada en términos de regulación específica, todo ello a pesar de los profundos cambios ocurridos en este sector durante los pasados años. La situación se hace más relevante al considerar los cambios introducidos en este campo por la Ley de Reforma de Salud Federal —"Patient Protection and Affordable Care Act" y "Health Care and Education Reconciliation Act"—, que habrá de tener un efecto trascendental en nuestra sociedad y en nuestra economía. El Código de Seguros de Puerto Rico apenas cuenta con un reducido grupo de capítulos relacionados con esta importante área como son: el Capítulo 16, dedicado a los seguros de incapacidad física; el Capítulo 19, dedicado a las organizaciones de servicios de salud; el Capítulo 31, relacionado con la negociación colectiva entre planes médicos y proveedores; y el Capítulo 30, dedicado a requisitos de pago puntual a los proveedores de cuidado de salud. Ha llegado el momento de actualizar el marco regulatorio que conlleva una actividad tan importante como es la salud de nuestro Pueblo. Además de armonizar las disposiciones legales vigentes en Puerto Rico en torno a las cubiertas de salud con la legislación más reciente aprobada a nivel federal, mediante la presente legislación se crea un nuevo Código de Seguros de Salud que hará más efectiva la fiscalización de estas actividades a nivel local. Por otro lado, se indica en la Exposición de Motivos que "este Código de Seguros de Salud incide sobre un sinnúmero de áreas de gran relevancia en la industria de los seguros de salud tales como la protección del consumidor; la regulación de planes médicos grupales e individuales; las organizaciones de servicios de salud; la disponibilidad y asequibilidad de los seguros de cuidado prolongado; los sistemas de prestación de servicios; la prohibición de prácticas desleales; los procedimientos de querellas de las organizaciones de seguros de salud; la suficiencia de las redes de proveedores; los planes médicos para personas no asegurables; la regulación de los terceros administradores; las cubiertas para niños recién nacidos y adoptados; entre muchas otras. Todo lo anterior basado en la legislación modelo desarrollada por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés)." (Exposición de Motivos PS 1856.)

Esta iniciativa regulatoria atiende, además, un sinnúmero de áreas de necesidad identificadas a través de los años y tras la experiencia obtenida en el manejo de diversos modelos de financiación y prestación de los servicios médicos en Puerto Rico y en Estados Unidos. Ejemplos de esas áreas de necesidad la constituyen actividades de vital importancia para una

efectiva regulación de esta industria tales como lo son los beneficios y restricciones en el manejo de los medicamentos de receta; los procesos de examen o auditoría de reclamaciones; la disponibilidad de planes médicos para pequeñas y medianas empresas y para asegurados individuales en Puerto Rico; la prohibición de prácticas injustas por parte de las organizaciones de seguros de salud; la protección de la integridad y confidencialidad de la información médica; la protección y fiscalización de la solvencia de los aseguradores; y garantías de protección a los asegurados bajo sistemas de prestación de servicios de cuidado coordinado.

II. METODO DE EVALUACIÓN, ANÁLISIS Y OPINIONES DE LAS ENTIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS

Para evaluar y analizar el P. del S. 1856, las Comisiones de Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas; y de Salud solicitaron memoriales explicativos a diferentes agencias gubernamentales y entidades privadas. Se celebraron vistas públicas los días 14 y 21 de enero de 2011.

En las mismas participaron los siguientes:

- Departamento de Justicia
- Departamento de Salud
- Administración de Seguros de Salud de P.R.
- Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico
- Centro Unido de Detallistas
- Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico
- MCS
- Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico
- Oficina del Procurador del Ciudadano
- Oficina del Procurador del Paciente
- Laboratorio Irizarry
- Global Health Plan

- American Health Plan
- Plan de Salud Menonita
- First Medical Plan

Con el conocimiento experto y el peritaje de las personas que contribuyeron con las Comisiones, se discutió ampliamente lo propuesto en el P. del S. 1856, así como las enmiendas presentadas por los participantes en las vistas públicas y reuniones. A continuación un resumen de las ponencias:

A . Departamento de Justicia

El Departamento de Justicia menciona que recientemente se aprobó una reforma de salud en los Estados Unidos de América que beneficia a Puerto Rico, recogida en la legislación conocida como Patient Protection and Affordable Care Act and the Health Care and Education Reconciliation Act of 2010. Indican que gracias a dicha reforma, Puerto Rico recibirá un aumento de alrededor de ciento ochenta y dos (182) por ciento en el tope de los fondos de Medicaid, que conlleva la asignación total de $8,624 millones en fondos federales por los próximos nueve años. Además, que el programa establecido en la reforma de salud federal incluye alrededor de $925 millones para que las personas que no estén aseguradas al momento de entrar en efecto la misma, que tienen ingresos moderados y no son elegibles para recibir la tarjeta de salud que ofrece el Gobierno de Puerto Rico, puedan obtener un seguro de salud de su elección entre los ofrecidos en el intercambio.

Por otro lado, el Departamento de Justicia hace referencia al hecho que los retirados recibirán servicios médicos de prevención libre de copagos y deducibles bajo Medicare y recibirán ayuda para financiar los costos de medicamentos hasta tanto queden completamente cubiertos por Medicare en el año 2020.

Mencionamos algunas de las disposiciones claves de la legislación federal que según el Departamento de Justicia se implementan inmediatamente:

1. Créditos tributarios para las pequeñas empresas. Se ofrecen créditos tributarios a las pequeñas empresas para hacer más asequible la cobertura del empleado. Las empresas que elijan ofrecer cobertura tendrán disponibles créditos tributarios de hasta el 35 por ciento de las

primas. Estará vigente a partir del año calendario 2010. (A partir del 2014, los créditos tributarios para las pequeñas empresas cubrirán el cincuenta (50) por ciento de las primas.)

2. Erradica la discriminación contra niños con condiciones preexistentes. Prohíbe a los nuevos planes de salud en todos los mercados y a los planes de salud de grupo de derechos adquiridos negar cobertura a los niños con condiciones preexistentes. Estará vigente a los 6 meses a partir de la sanción. (A partir de 2014, esta prohibición se aplicará a todas las personas).

3. Comienza a cerrar el período sin cobertura de Medicare Parte D. La legislación federal ofrece un reembolso de $250 a los beneficiarios de Medicare que alcanzaron el período sin cobertura en 2010. Estará vigente para el año calendario 2010. (A partir de 2011, establece un descuento del cincuenta por ciento (50%) en medicamentos recetados durante el período sin cobertura; además cierra completamente el período sin cobertura en el año 2010).

4. Atención preventiva gratuita según Medicare. Elimina copagos para los servicios preventivos y exime a los servicios preventivos de los deducibles según el programa de Medicare. Vigente a partir del 1 de enero de 2011.

5. Cuidado preventivo gratuito según los nuevos planes privados. Requiere nuevos planes privados para cubrir los servicios preventivos sin copagos y con servicios preventivos que están eximidos de los deducibles. Vigente a los 6 meses a partir de aprobación de la legislación.

6. Ayuda a los jubilados que se retiran temprano (55 a 64 años). La legislación federal crea un programa de reaseguro temporero (hasta que los Intercambios estén disponibles) que ayuda a compensar los costos de las primas caras a los empleadores y jubilados de los beneficios de salud, a la edad de 55 a 64. Vigente en 2010.

A la luz de lo anterior, el Departamento de Justicia concluye que con la aprobación de la legislación federal se concretan cambios fundamentales en la forma en que se determinan los requisitos y beneficios de los planes médicos.

El Departamento de Justicia indica que con la presente medida, en su Capítulo 4, dispone sobre el manejo de medicamentos de receta con el propósito de proveer normas para desarrollar, mantener y manejar los formularios de medicamentos de receta y otros procedimientos para el manejo de los beneficios de medicamentos de receta que establecen las organizaciones de seguros de salud que proveen dichos beneficios.

Por otro lado, se menciona que el Capítulo 6, trata sobre el examen de reclamaciones presentadas a las organizaciones de seguros de salud con el propósito de estandarizar las pautas

para los exámenes de reclamaciones por servicios de cuidado de salud presentadas a las organizaciones de seguros de salud, terceros administradores y otros planes médicos. No obstante, mencionan que los exámenes se harán para determinar si la información en los expedientes médicos del proveedor institucional concuerda con los servicios que figuran en la reclamación de pago presentada por un asegurado o proveedor institucional. Además, se indica en la ponencia del Departamento de Justicia que este Capítulo también persigue mitigar los posibles conflictos del examen con los usos médicos de los expedientes médicos y reducir los costos adicionales que representan los exámenes innecesarios y que este Capítulo aplica a todas las organizaciones de seguros de salud.

Según el Departamento de Justicia mencionan y citamos que "el Capítulo 8 trata sobre la disponibilidad de planes médicos para los patronos de pequeñas y medianas empresas (PYMES). Su propósito es promover la disponibilidad de planes médicos para los patronos de PYMES, independientemente de la condición de salud o experiencia de reclamaciones de su grupo de empleados. Además, persigue prevenir la segmentación del mercado de planes médicos a base del riesgo de salud; esparcir el riesgo de los planes médicos de manera más amplia; requerir la divulgación de las prácticas de tarifación a los compradores de planes médicos y establecer reglas con respecto a la renovación de los planes médicos, entre otros." (Ponencia del Departamento de Justicia)

El Departamento menciona que en el Capítulo 12 prohíbe el uso de las cláusulas discrecionales para asegurar que se acuerden contractualmente los beneficios de los planes médicos y las cubiertas de protección de ingresos en casos de incapacidad, para así evitar el conflicto de intereses que ocurre cuando la organización de seguros de salud o el asegurado de incapacidad responsable de proveer los beneficios tiene la autoridad discrecional para decidir cuáles beneficios se tienen que pagar.

Por otro lado, indican que el Capítulo 22 hace referencia a los procedimientos internos de querellas de las organizaciones de seguros de salud y provee las normas para establecer y mantener los procedimientos que deben seguir las organizaciones de seguros de salud para garantizar que las personas cubiertas tengan la oportunidad de obtener una oportuna y adecuada resolución de sus querellas.

El Departamento de Salud menciona que el Capítulo 54 establece lo relacionado con la cubierta para niños recién nacidos, recién adoptados y colocados para adopción para fijar

requisitos uniformes para las cubiertas de éstos, tanto en los planes médicos individuales como grupales; y que en dicho capítulo se establece el momento en que entrarán en vigor las cubiertas para niños recién nacidos, recién adoptados y colocados para adopción, según sea el caso, y también se dispone que las cubiertas en estos casos no estarán sujetas a ninguna exclusión por condiciones preexistentes.

Por último, el Capítulo 66 regula lo relacionado con los seguros de cuidado prolongado para promover el interés público y la disponibilidad de pólizas de seguros de cuidado prolongado, proteger a los solicitantes de estos seguros, establecer estándares para los seguros de cuidado prolongado, facilitar el entendimiento del público y la comparación de pólizas de seguro de cuidado prolongado y facilitar la flexibilidad y la innovación en el desarrollo de cubiertas de seguro de cuidado prolongado.

El Departamento recalca que "aunque se menciona en el proyecto que debido a la complejidad e importancia de este asunto, esta Asamblea Legislativa ha determinado conveniente aprobar, **por fases**, el nuevo Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, de manera que los distintos capítulos que lo componen puedan ser analizados responsablemente. En esta primera fase, se aprueban, como mencionáramos antes, los siguientes capítulos; Disposiciones Generales, Manejo de Medicamentos de Receta, Examen de Reclamaciones Presentadas a las Organizaciones de Seguros de Salud, Disponibilidad de Seguros de Salud para las Pequeñas y Medianas Empresas, Prohibición de uso de Cláusulas Discrecionales, Procedimientos de Quejas de las Organizaciones de Seguros de Salud, Cubierta para Niños Recién Nacidos, Niños Recién Adoptados y Niños Colocados para Adopción y el capítulo de Seguro de Cuidado Prolongado." (Ponencia del Departamento de Justicia, negrillas en el original.)

El Departamento de Justicia no tiene objeción de carácter legal a la aprobación de la medida.

B. Departamento de Salud

El Departamento de Salud presenta ante la Comisión su opinión en torno al Proyecto del Senado 1856. Nos menciona en su ponencia que luego de haber pasado juicio sobre la medida legislativa, acogen con beneplácito la legislación, debido a que la misma tiene como objetivo, crear la primera fase de un nuevo código de seguros de salud para Puerto Rico que comprende los siguientes capítulos:

Disposiciones Generales.

Manejo de Medicamentos de Receta.

Examen de Reclamaciones Presentadas a las Organizaciones de Seguros de Salud.

Disponibilidad de Seguros de Salud para Pequeñas y Mediadas Empresas.

Prohibición de uso de Cláusulas Discrecionales.

Procedimientos de Quejas de las Organizaciones de Seguros de Salud.

Cubiertas para Niños Recién Nacidos, Niños Recién Adoptados y Niños Colocados para Adopción.

Seguro de Cuidado Prolongado.

El Departamento de Salud endosa el Proyecto, por la importancia de que establece una regulación específica a la operación de los seguros de salud, recogiendo en un solo código los avances logrados hasta el presente y añadiendo otras regulaciones dentro de la práctica de los seguros médicos en Puerto Rico.

No obstante, solicitan que se analice lo dispuesto en el Artículo 6.060 (Notificación del Examen) en el Inciso D, de la página 45, el cual indica y citamos:

"El examinador de reclamaciones cualificado enviará la notificación al proveedor institucional a más tardar los seis (6) meses del recibo por la organización de seguros de salud de la reclamación final. Al recibir la notificación, el proveedor institucional tendrá treinta (30) días para responder y proveerá un itinerario para el examen. El examinador cualificado completará el examen a más tardar los doce (12) meses de recibo por la organización de seguros de salud de la reclamación final." (Cita según Ponencia del Departamento de Salud.)

El Departamento de Salud considera que el tiempo otorgado, que se puede extender hasta por un periodo de doce (12) meses, es demasiado amplio y que puede entrar en contravención con la Ley 104 de 19 de julio de 2002, según enmendada, mejor conocida como la Ley de Pago Puntual, específicamente con lo dispuesto en su Artículo 30.050, tercer párrafo, e inclusive con las disposiciones aplicables a las aseguradoras con relación a los proveedores de servicios que se busca implementar con el Proyecto del Senado 1500. Según el Departamento de Salud el plazo de tiempo tan prolongado, que se provee bajo el inciso de referencia del Proyecto del Senado 1856, puede traer como consecuencia la práctica de efectuar pagos tardíos, reduciendo así la agilidad de las enmiendas a implantarse a la Ley de Pago Puntual.

Según las enmiendas que propone el P. del S. 1500 antes referido, surgen ante la necesidad imperante de reducir las cuantiosas deudas e impagos de las aseguradoras con los proveedores de servicios de salud, incluyendo las deudas incurridas y no pagadas a las Instituciones del Gobierno de Puerto Rico.

Por otro lado, hacen referencia al Artículo 8.050 (Restricciones Relacionadas con las Tarifas), Inciso (4) Página 67, el cual lee como sigue:

"Durante los primeros dos (2) años, luego de entrar en vigor las disposiciones de este Capítulo, los ajustes en las tarifas por edad no pueden ser más del cuatrocientos (400) por ciento de la tarifa más baja para todos los grupos etarios. Durante los dos (2) años siguientes, los ajustes en las tarifas permitidos no pueden ser mayores de trescientos (300) por ciento de la tarifa más baja para todos los grupos etarios. Posteriormente, los ajustes a las tarifas por razón de edad no pueden ser más del doscientos (200) por ciento de la tarifa más baja para todos los grupos etarios."

El Departamento de Salud considera que los ajustes en tarifas que se especifican en este inciso, son sumamente altos y que pueden dar lugar a un espiral inflacionario en los costos de los seguros salud. Mencionan que ante la situación económica actual por la que atraviesa el país, es necesario que las aseguradoras hagan grandes ajustes para reducir costos, que redunden en un mayor servicio a los participantes y en una reducción de costos en las primas y deducibles de seguros de salud. Por consiguiente, indican y citamos que "no propician los incrementos de trescientos (300) ó cuatrocientos (400) por ciento en tarifas, por razones de edad, por que se discriminaría contra determinados segmentos poblacionales que cuentan con menos recursos económicos". Mencionan que en cuanto a los envejecientes, este es el gripo poblacional que más necesidad tiene de utilización de los planes médicos, por lo cual se afectarían con pagos de deducibles muchos más altos, aludiendo en que los incrementos en tarifa les afectarían disminuyendo sus escasos ingresos". (Ponencia del Departamento de Salud)

Por último, el Departamento de Salud hace referencia a los siguientes Artículos:

Artículo 12.050. (Sanciones) Pág. 104, indican que no se especifica el tipo de sanciones y da a entender que son de índole económica, pero no se especifica la cuantía, ni donde irá el producto o recobro de las sanciones.

Artículo 66.130 (Sanciones) el cual especifica la penalidad de las Compañías o Entidades que proveen seguros de cuidado prolongados, por las violaciones en que incurran, con relación a los servicios que prestan, pero no indica donde irá el recobro de las multas.

Recomiendan favorable que se le adjudique dicho producto o recobro a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico en alguna de sus cuentas o fondos establecidos para la implantación, operación y cumplimiento de esta Ley o cualquier otro fondo del Departamento de Salud y sus agencias adscritas.

El Departamento de Salud endosa la medida de referencia, sujeto a que se observen las recomendaciones antes vertidas.

A continuación se cita "ad verbatim" la respuesta recibida por las Comisiones al requerimiento de información adicional enviada el Departamento de Salud sobre el PS 1856 el día 21 de enero de 2011:

"REQUERIMIENTO POR PARTE DE LA COMISIÓN DE BANCA ASUNTOS DEL CONSUMIDOR Y CORPORACIONES PÚBLICAS ADICIONAL DE INFORMACIÓN RELACIONADO AL PROYECTO DEL SENADO 1856

"I. Disposiciones de la Ley HIPAA

El Departamento determina que el Proyecto de Ley cumple "prima facie" con las disposiciones de la HIPAA, sus reglas y enmiendas, por los siguientes fundamentos y citamos:

"La medida de referencia tiene como propósito crear el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico a los fines de armonizar las disposiciones legales vigentes en el Código de Seguros de Puerto Rico, en torno a las cubiertas de salud así como las disposiciones legales federales pertinentes.

En su Exposición de Motivos, la medida expresa entre otras cosas, que atiende un sinnúmero de necesidades, entre ellas, una efectiva regulación de la industria de la salud, los beneficios y restricciones en el manejo de los medicamentos con receta, procesos de examen o auditoria de las reclamaciones, la disponibilidad de planes médicos para pequeñas y medianas empresas y para aseguradores individuales en Puerto Rico, la protección de la integridad y confidencialidad de la información médica, la protección y fiscalización de la solvencia de los aseguradores; garantías de protección a los asegurados bajo sistemas de prestación de servicios de cuidado coordinado.

De acuerdo al Capítulo 2 Artículo 2.050 la medida propone que "cualquier disposición del Código que conflija con alguna ley o reglamento federal aplicable a Puerto Rico en el área de la salud o de los planes médicos, se entenderá enmendada para que armonice con tal ley o reglamento federal".

En lo sucesivo, en el cuerpo de la medida de referencia, observan que en cuanto al tema de la información de salud protegida de los pacientes se sujeta a las disposiciones legales y reglamentarias de confidencialidad y privacidad de HIPAA entre otras leyes federales y estatales.

Recomiendan que en cuanto a la creación de las figuras de los Examinadores de Reclamaciones y de los Coordinadores de Exámenes de Proveedores Institucionales, (Capítulo 6 Artículos 6.050 incisos A- E), se les exija un seminario basado en el cumplimiento de HIPAA, sus reglamentos y sus enmiendas, como parte de las calificaciones necesarias para auditar o examinar reclamaciones y expedientes que contengan información privilegiada.

El Departamento concluye que la medida propuesta cumple con la Ley Federal HIPAA, sus reglas y enmiendas.

II. En cuanto a Vacunación

El Departamento de Salud indica que el Código debería incluir lo siguiente:

Todas las vacunas recomendadas por el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización (ACIP por sus siglas en inglés) para niños y adolescentes (0-18 años).

Todas las vacunas para niños y adolescentes con condiciones de riesgo recomendadas por el" ACIP".

Todas las vacunas para adultos recomendadas por el "ACIP".

III. Medicamentos y Comité de Farmacia

Solicita el Departamento de Salud que en el Artículo 4.030(G) (Pág. 17) se cambie la definición de: Receta o Prescripción, para que lea: "Orden original escrita, expedida y firmada, o generada y transmitida electrónicamente por el prescribiente en el curso normal y ejercicio legal de su profesión en Puerto Rico, para que ciertos medicamentos o artefactos sean dispensados cumpliendo con las disposiciones de la Ley de Farmacia.". En adición, someten otras enmiendas las cuales detallamos según original:

"En el Artículo 4.030(H) (Pág. 17) cambiar definición de Persona que expide una receta por Prescribiente por: significa médico, odontólogo, dentista, podiatra o médico veterinario, u

otro profesional de la salud autorizado en ley a recetar o prescribir en la jurisdicción de Puerto Rico,

En el Artículo 4.030(M) cambiar la frase "Sustitución con bioeqivalentes" por "Intercambio de Medicamentos Bioequivalentes" y cambiar la frase "la sustitución" por "el intercambio".

En el Artículo 4.030(E), página 17, donde dice "determinar los beneficios en la cubierta de farmacia", debe especificarse a quien se refiere, si al plan médico o al paciente.

Otro factor que recomiendan evaluar es el tiempo que tarda la aseguradora para contestar la aprobación de algún medicamento que se le ha recetado a un paciente para atender su condición de salud. Por tanto, Según el Departamento algunos farmacéuticos han expresado que a veces se tardan hasta más de un día y que esto, a todas luces, es inaceptable.

El Departamento de Salud indica que además que resulta oneroso para las farmacias las llamadas que tienen que hacer para la aprobación del despacho de los medicamentos para los pacientes y que a veces son alrededor de 3-5 llamadas y por cada llamada las aseguradoras cobran.

Solicitan que se analice el Artículo 4.070 donde se mencionan los estudios científicos para atender las reclamaciones o peticiones de los pacientes; ya que es importante saber cuánto tiempo tardan en hacer ese estudio para contestar a los peticionarios. (pag.27). En el Artículo 4.050 (B) (página 21) se menciona unos registros, el Departamento solicita aclarar de qué se tratan.

El Departamento de Salud requiere evaluar el porqué tiene la aseguradora que cuestionar la decisión de un médico para atender la condición de un paciente (medicamento, dosis, tiempo, en fin la terapia aplicable). Además, de cómo es que establecen el precio que tienen que pagar a las farmacias de los medicamentos cuando en ocasiones el precio que pagan es menor que el precio que las farmacias pagan para adquirir los medicamentos para atender las necesidades de los pacientes. (Ponencia adicional del Departamento de Salud citado "ad verbatim".)

C. Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)

La Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico (ASES), endosa la presente medida. Indican que durante los últimos años el Gobierno de Puerto Rico ha promulgado una serie de medidas legislativas dirigidas a establecer un mayor control y

regulación en el campo de Seguros de Salud. ASES entiende que reunir en un compendio o Código todas aquellas leyes aprobadas (y futuras) en un volumen dirigido exclusivamente a las seguros de salud resultará práctico y facilitara la implementación de la legislación y reglamentación en este campo.

A continuación, las recomendaciones sobre la medida por parte de ASES:

ASES indica en su ponencia que "una de las inquietudes más importantes que tienen sobre la presente legislación es como esta aplica al Programa Mi Salud, ya que de manera expresa establece que la jurisdicción sobre este Código de Seguros de Salud recae en el Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Mencionan que la ley habilitadora de la ASES, Ley 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, provee para que ASES negocie con los aseguradores u organizaciones de servicios de salud planes de salud para los beneficiarios contemplados en la ley. La ASES expone y citamos que "los contratos suscritos con las compañías de seguros establecen las obligaciones contractuales que regirán el negocio jurídico entre ASES y estas, por tal razón, es vital que se establezca de forma explícita lenguaje relacionado a la aplicabilidad de este Código sobre el Plan Mi Salud. Es decir, la relación de ASES con los aseguradores está basada en el contrato firmado; pero ASES en su proceso de evaluación siempre tiene que velar porque se cumplan los requisitos del Código de Seguros de Puerto Rico." (Ponencia de ASES.)

La ASES explica literalmente que "la Ley 72 de 1993, según enmendada, provee para que ASES negocie, contrate y reglamente con aseguradores que provean seguros para Pequeñas y Medianas Empresas (PYMES-Mi Salud). A tales efectos, y como parte de la política pública de Gobierno en turno, ASES se encuentra en la etapa de reglamentar los PYMES que según mandato de ley comenzara a partir de 1 de julio de 2011. Aunque el Código de Seguros de Salud es una ley general y la ley 72 es una especial, que prevalecen las disposiciones de la última, la enmienda a la ley de esta con el objetivo de incorporar PYMES (Mi Salud) es poco específica. Se recomienda que se incluya lenguaje en el Código de Seguros de Salud a los efectos de evitar confusiones que claramente indique que dichas disposiciones no aplican a los planes médicos PYMES contratados por ASES. El Código de Seguros de Salud únicamente regirá los planes médicos PYMES privados que no sean contratados por ASES. Debe quedar claro que la Oficina de Comisionado de Seguros (OCS) tiene jurisdicción exclusiva sobre los planes médicos PYMES que sean contratados por los patronos del sector privado por su cuenta y no los

productos PYMES que ASES administre. ASES a su vez conserva jurisdicción exclusiva sobre los productos PYMES que se negocien y contraten a través de ASES. Estratégicamente sería conveniente que el Reglamento PYMES de ASES salga antes que el Código, para evitar confusiones.

En la práctica, un patrono PYMES tendrá la opción de ofrecer un producto de seguros de salud PYMES de los de ASES u cualquier otro producto PYMES privado que ofrezcan los aseguradores directamente a los patronos. Coexisten productos que los aseguradores ofrezcan y mercadeen directamente a los patronos y ASES ofrecerá y mercadeara su producto PYMES, como una alternativa más para no afectar a la industria, la libre competencia y el mercado de seguros de salud. A manera de ejemplo, un patrono que considere que sea indispensable contar como beneficio de la cubierta de sus empelados servicios medico-hospitalarios fuera de Puerto Rico tendría que optar por no adquirir el plan médico PYMES de Mi Salud ya que ese serla uno de los beneficios fuera de cubierta para esta población. Aclaran que para la población estrictamente Medicaid Mi Salud cubre servicio en los EE.UU." (Ponencia de ASES)

Sobre el Manejo de Medicamentos la ASES menciona que el Capitulo 4 establece normas para desarrollar, mantener y manejar los formularios de medicamentos de receta y otros procedimientos para el manejo de los beneficios de medicamentos de receta que establecen las organizaciones de seguros de salud que proveen dichos beneficios. Sobre este particular, la ASES actualmente tiene establecido un procedimiento de aprobación de medicamentos el cual se lleva a cabo a través del Comité de Farmacia y Terapéutica. ASES menciona que el proceso que aquel se dispone les aplique, lo cual podría crear un disloque en lo contratado y manejado a través del Comité de Farmacia que ASES tiene establecido. Se recomienda se aclare el alcance de estos artículos en cuanto al Plan Mi Salud.

ASES entiende que la intención del presente Código es hacer más efectiva la fiscalización hacia las compañías de seguros de salud u organizaciones de servicios de salud sobre el manejo de las cubiertas de seguros que ofrecen. Es de reconocimiento general que uno de los mecanismos que tienen disponible los asegurados para hacer efectivo sus derechos y de alguna forma "fiscalizar" su cubierta es mediante el procedimiento de querellas. Indican que el procedimiento de querellas contemplados en la medida legislativa es uno que recomiendan sea evaluado porque entienden es demasiado fraccionado y puede ir en detrimento del asegurado. Además, mencionan que los procedimientos en donde el asegurado acude ante los aseguradores

deben ser de fácil entendimiento y manejo procesal, ya que el propósito del mismo es adjudicar controversias que afectan al asegurado. Indica la ASES que en la gran mayoría de los casos los asegurados que presentan sus querellas lo hacen por derecho propio sin representación legal y que el procedimiento de querellas, primero establece la definición de "determinación adversa" y la divide en varios asuntos. La ASES recomienda que los artículos 22.070, 22.080 y 22.090 sean menos complejos para efectos del trámite al que tendrá que someterse el asegurado, quien es la persona que necesita entender este proceso. A la ASES le preocupa el término en que la persona puede presentar una revisión ante el panel de revisión, según se indica el término es de 7 días laborables a partir del recibo de la notificación ya que este periodo es demasiado oneroso para el asegurado. La ASES recomienda que bajo este Capítulo se incorpore lenguaje explícito en donde se aclare como este proceso aplicara al procedimiento de querellas reconocidas en la Ley 72, supra y en los contratos de Mi Salud.

D. Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico (OCS)

La Oficina del Comisionado de Seguros expresa que su Oficina refleja el rol cada vez más protagónico que tiene el sector de los seguros de salud en el país, lo que a su vez evidencia la importancia, así como la necesidad de que la Oficina continúe ampliando su ámbito de acción en protección del interés público.

Según tal y como se expresa en su ponencia la Oficina del Comisionado de Seguros indica que "el último análisis realizado por la Oficina sobre la industria de seguros en Puerto Rico, correspondiente al año 2009, revela que el total de prima suscrita durante dicho año fue de $9,830 millones de dólares. El setenta punto treinta y dos por ciento (70.32%) del total de prima suscrita en el país, es decir, $6,913 millones, corresponden a los planes médicos. Contrario a la contracción en el volumen total de prima suscrita experimentada en los últimos años en los seguros de vida y anualidades y de propiedad y contingencia, en el sector de los seguros de incapacidad y salud la prima suscrita aumentó por $277.6 millones en 2008 y $638.6 millones en el 2009. Los aseguradores del país dominan el mercado de seguros de incapacidad y salud (lo que incluye los planes médicos). Las entidades del país capturaron 98.3% de la prima, prácticamente la totalidad, dejando sólo un 1.7% para los aseguradores extranjeros. Los tipos de cubiertas con mayor participación son Medicare Advantage, el Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico y Grupos con Planes Médicos Privados. El aumento vertiginoso en la suscripción de

seguros de salud, la escasez, o hasta inexistencia de regulación específica en muchas áreas de trascendental importancia en esta área, así como los cambios introducidos en este campo por la Ley de Reforma de Salud Federal —"Patient Protection and Affordable Care Act" y "Health Care and Education Reconciliation Act"—, demuestran la imperiosa necesidad de actualizar el marco regulatorio que conlleva una actividad tan importante como es la salud de nuestro Pueblo.". (Ponencia OCS)

Además, la Oficina del Comisionado de Seguros menciona que la iniciativa regulatoria atiende un sinnúmero de áreas de necesidad identificadas a través de los años y tras la experiencia obtenida en el manejo de diversos modelos de financiación y prestación de los servicios médicos en Puerto Rico y en Estados Unidos, todo ello con el fin ulterior de lograr que todos los puertorriqueños tengan acceso a más y mejores servicios de salud, ampliar el margen de garantías de protección a los asegurados y promover un mayor crecimiento, desarrollo y fiscalización de esta industria.

La Oficina, como reguladora y fiscalizadora de la industria de seguros en Puerto Rico, favorece en toda su extensión la aprobación de este Proyecto. Indican que las disposiciones en el Proyecto contenidas constituyen una aportación sumamente importante de la administración a la regulación de los planes médicos y uno de los pasos más grandes que en los últimos años se ha dado en el fortalecimiento de la regulación de la industria de seguros y de la protección del consumidor de seguros.

Presentamos a continuación la opinión sobre la razón de las disposiciones y beneficios por cada uno de los capítulos incluidos en el Proyecto por parte de la Oficina del Comisionado de Seguro:

Capítulo 2: Disposiciones Generales

"El Capítulo 19 del Código de Seguros de Puerto Rico contiene los preceptos legales para autorizar y reglamentar exclusivamente a las organizaciones de servicios de salud. Menciona la Oficina que los aseguradores de incapacidad, que también están autorizados a suscribir planes médicos en Puerto Rico, se rigen por distintas disposiciones del Código de Seguros y existen entre ambas entidades unas diferencias que ameritan ser tomadas en cuenta para propósitos, por ejemplo, de organización, autorización y requisitos de capital, lo cierto es que en lo que respecta a beneficios mandatorios o requisitos uniformes de cubierta, inscripción de tarifas, prácticas prohibidas, procedimientos de querellas, entre muchos otros, no se justifica

un trato desigual entre las organizaciones de servicios de salud y los aseguradores de incapacidad antes mencionados.

El Código de Seguros de Salud propone eliminar esta dicotomía en términos de reglamentación, agrupando bajo un mismo término, a saber, "organización de seguros de salud" o "asegurador", a todas las entidades sujetas a las leyes y reglamentos de seguros de Puerto Rico o sujetas a la jurisdicción del Comisionado, que contratan o se ofrecen a contratar para proveer, suministrar, tramitar o pagar los costos de servicios de cuidado de la salud o reembolsar los mismos, incluyendo cualquier corporación sin fines de lucro de servicios hospitalarios y de salud, las organizaciones de servicios de salud u otra entidad que provea planes de beneficios, servicios o cuidado de la salud.

Otro aspecto importante que recalca la Oficina del Comisionado de Seguros en el Capítulo 2 sobre Disposiciones Generales es que el Código de Seguros de Salud regirá a la par con el Código de Seguros de Puerto Rico. Según la Oficina esto significa que ninguna disposición del Código de Seguros de Puerto Rico se entenderá derogada, salvo que expresamente así se disponga en el Código de Seguros de Salud, o cuando sus disposiciones estén en conflicto con éste. La Oficina destaca que la inmensa mayoría de los preceptos que se proponen incorporar en el Código de Seguros de Salud se ocupan de áreas, temas y asuntos que no están regulados a nivel local, por lo que la probabilidad de conflicto entre las disposiciones de un cuerpo de ley y otro es casi inexistente.

De otra parte, la Oficina del Comisionado de Seguros indica que en este capítulo introductorio se incorporan las normas promovidas por la Reforma de Salud Federal, según establecidas en el "Patient Protection and Affordable Care Act" y el "Health Care and Education Reconciliation Act." y que ello permite armonizar las disposiciones legales vigentes en Puerto Rico en torno a los planes médicos con la legislación más reciente aprobada a nivel federal."(Ponencia OCS.)

Capítulo 4: Manejo de Medicamentos de Receta

Se destaca en la ponencia y literalmente citamos "que en términos generales en este capítulo se obliga al asegurador a proveer a las personas cubiertas copia del formulario de medicamentos de receta, organizados por categorías terapéuticas; información sobre los medicamentos sujetos a procedimientos de manejo; así como información sobre la documentación necesaria para solicitar excepciones médicas.

También se prohíben cambios en el formulario de medicamentos, limitación de dosis o cambios en los niveles de terapia escalonada, cambios en los deducibles o cambios en la cubierta en general, durante la vigencia del plan médico. Además, se establecen procedimientos específicos que los aseguradores deben cumplir para la aprobación de excepciones médicas y se responsabiliza al asegurador por las actividades que realice cualquier persona (Pharmacy Benefit Managers, entre otros) que contrate para el manejo de medicamentos recetados." (Ponencia OCS)

Capítulo 6: Examen de Reclamaciones Presentadas a las Organizaciones de Seguros de Salud

El Comisionado de Seguros indica que "este capítulo provee para la estandarización de las guías para auditar facturas médicas y su reembolso por parte de los aseguradores. Se establecen normas claras y específicas para proteger la confidencialidad de los expedientes e información médica de los pacientes durante los procesos de auditoría de reclamaciones que llevan a cabo los aseguradores. Asimismo, se establecen términos para garantizar que los procesos de auditoría sean expeditos y salvaguardas para que dichos procesos no impidan ni retrasen los pagos a los proveedores institucionales." (Ponencia OCS)

Capítulo 8: Disponibilidad de Planes Médicos para los Patronos de Pequeñas y Medianas Empresas

"Según la información recopilada por la Oficina, actualmente (al 2010) en Puerto Rico hay un total de 5,441 patronos de pequeñas y medianas empresas que ofrecen planes médicos privados a sus empleados. El total de vidas aseguradas a través de dicho número de patronos asciende a 119,333.

Según la Oficina del Comisionado "este capítulo sienta las bases para promover una mayor disponibilidad de planes médicos a los patronos de pequeñas y medianas empresas en Puerto Rico, para beneficio de sus empleados, independientemente del estado de salud de éstos o la experiencia de reclamaciones. Ello quiere decir que se prohíbe que los aseguradores tomen en consideración el estado de la salud de las personas cubiertas y la experiencia de reclamaciones al momento de determinar a quienes ofrecen el plan médico, previniendo así la segmentación del mercado a base del riesgo de salud.

También se previenen prácticas de tarifación abusivas. Sólo se permite ajustar las tarifas a base del área geográfica, composición familiar y edad. Además, se limita el uso de las

exclusiones por condiciones preexistentes, así como los periodos de espera a un máximo de noventa (90) días.

Confían que este capítulo contribuirá a mejorar la equidad y eficiencia general del mercado de planes médicos para grupos pequeños en Puerto Rico." (Ponencia OCS)

Capítulo 12: Prohibición del Uso de Cláusulas Discrecionales

A opinión del Comisionado de Seguros se indica que "estas disposiciones pretenden evitar que la interpretación final de los términos de un plan médico esté sujeta a discreción por parte del asegurador. Es decir, que las determinaciones sobre proveer, entregar, tramitar, pagar o reembolsar los costos de los servicios de cuidado de la salud no pueden estar sujetas a discreción por parte del asegurador. Con ello, se evita el conflicto de intereses que puede ocurrir cuando el asegurador responsable de proveer los beneficios tiene la autoridad discrecional para decidir cuáles beneficios tiene que pagar." (Ponencia OCS)

Capítulo 22: Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud

A opinión del Comisionado de Seguros se indica que "en este capítulo se establecen normas sobre los procedimientos que deben seguir las organizaciones de seguros de salud para garantizar que las personas cubiertas obtengan una resolución oportuna y adecuada de sus querellas. De igual forma, se establecen procedimientos expeditos para la resolución de querellas relacionadas con solicitudes de cuidado urgente." (Ponencia OCS)

Capítulo 54: Cubierta para Niños Recién Nacidos y Niños Adoptados y Niños Colocados para Adopción

A opinión del Comisionado de Seguros se indica que "estos preceptos obligan a todo plan médico que tenga cubierta de dependientes a proveer cubierta para los niños recién nacidos, niños recién adoptados y niños colocados para adopción, a la vez que fijan requisitos uniformes para las cubiertas en estos tres (3) casos. Además, se establecen requisitos de divulgación a los padres asegurados para que conozcan el alcance de los derechos que los cobijan en cuanto a estas cubiertas de niños recién nacidos, niños recién adoptados y niños colocados para adopción.".

Capítulo 66: Seguros de Cuidado Prolongado

A opinión del Comisionado de Seguros se indica que "entre los factores que más contribuyeron al alza en el volumen de primas suscritas de la cubierta de Medicare Advantage en

los pasados años se destaca el continuo aumento en la población de edad avanzada y la prolongación del promedio de vida de éstos.

De ordinario, las cubiertas básicas de los planes médicos que se mercadean en Puerto Rico no incluyen beneficios de cuidado en el hogar, ni servicios de hospicio y, en general, tampoco se incluyen estos beneficios en las cubiertas de gastos médicos mayores. El servicio de hospicio puede ser obtenido a través de la Parte A de Medicare, según los límites establecidos por dicho programa, o mediante un seguro de cuidado prolongado ("Long Term Care Insurance"). Los beneficios del seguro de cuidado prolongado dependen de la póliza que se obtenga. Sin embargo, por lo general cubren lo siguiente:

- Cuidado en el hogar – ayuda profesional en el hogar.
- Cuidado personal – asistencia en las actividades del diario vivir como administrar medicamentos, preparar comidas, atención del hogar.
- Servicio de hospicio – servicio en la residencia el cual está diseñado para proveer apoyo físico, emocional, espiritual y moral al paciente y sus familiares cuando se diagnostica una enfermedad terminal.
- Cuidado experto en instituciones dedicadas a dar servicios profesionales de enfermería o de cuidado para adultos ("nursing facility or adult day care facility").
- Los beneficios del seguro de cuidado prolongado comienzan a pagarse cuando se cumple alguno de los siguientes requisitos o "benefit triggers":
- Incapacidad para llevar a cabo las funciones del diario vivir como bañarse, vestirse, comer o desplazarse, aunque sea con bastón o muletas;
- Incapacidad en las habilidades cognoscitivas;
- Necesidad clínica.

En Puerto Rico contamos con varios aseguradores que suscriben el seguro de cuidado prolongado. No obstante, al presente no existe en Puerto Rico legislación ni reglamentación alguna que incida sobre este producto.

El Capítulo 66 del Código de Seguros de Salud viene a suplir esa laguna que en términos de reglamentación existe. En este capítulo se establecen estándares de cubierta para los seguros de cuidado prolongado, a la vez que se facilita la flexibilidad e innovación en el desarrollo de las cubiertas. Más importante aún, este capítulo contiene disposiciones dirigidas a proteger a los

solicitantes de prácticas injustas o engañosas en la venta de este seguro." (Ponencia OCS, notas alcalce omitidas.)

Por todo lo previamente expuesto, la Oficina reitera su apoyo a esta medida la cual, como se menciona, servirá de herramienta para una mejor, más cabal y efectiva regulación y fiscalización de la industria de seguros de salud en Puerto Rico.

E. Centro Unido de Detallistas

El Centro Unido de Detallistas de Puerto Rico (CUD), en representación de los cerca de 8,000 pequeños y medianos empresarios socios de la Institución expone que según la Exposición de Motivos, el ámbito de planes médicos y cubiertas de salud experimenta cambios significativos con la aprobación de la Ley de Asistencia Accesible y Protección al Paciente, conocida como Ley de Reforma Federal para los Servicios de Salud, específicamente mediante cambios introducidos por la Ley de Reconciliación de Servicios de Salud y de Educación, que comenzaron a regir el 30 de marzo de 2010. Mencionan que según las legislaciones federales en cuestión tienen el objetivo de atender ciertas áreas de necesidad identificadas a través de la experiencia obtenida de diversos modelos de financiamiento y prestación de servicios médicos tanto en Puerto Rico como en los Estados Unidos.

El Centro Unido de Detallistas expone que resulta de gran importancia para el sector al que representan al atender una necesidad real de los comerciantes, los patronos y sus empleados en la adquisición y disponibilidad de cubiertas de salud. Destacan que a pesar de que en el análisis en aquellos capítulos que competen directamente al grupo comercial, hacen recomendaciones en torno a otros capítulos de la medida objeto de discusión.

A continuación un resumen de las enmiendas propuestas por el CUD:

"Capítulo 2. Disposiciones Generales

Traen a la atención que actualmente las organizaciones de servicios de salud y los aseguradores bajo el renglón de incapacidad se encuentran regidos por disposiciones distintas dentro de los capítulos contenidos en el Código de Seguros de Puerto Rico. En ese sentido reconocen que entre las entidades destacadas existen unas particularidades en lo que respecta a su organización y requisitos de capital, entre otras características que ameritan ser consideradas por separado. Sin embargo, en lo que respecta al ámbito de beneficios, requisitos de cubierta, prácticas prohibidas y otros factores relevantes, entienden que el trato debe ser equitativo.

Capítulo 8. Disponibilidad de Planes Médicos para los Patronos de Pequeñas y Medianas Empresas

En cuanto a este Capítulo, es de mucha relevancia para el CUD como entidad representativa del pequeño y mediano sector empresarial. Indican que dicho capítulo establece las bases en la promoción y disponibilidad de planes médicos a patronos que sean pequeños y medianos empresarios, sus empleados y dependientes, indistintamente de su historial de salud o el patrón de reclamaciones. Además, entienden que esta disposición resulta medular debido a que evita la segmentación de cierto grupo de puertorriqueños, meramente, a base del riesgo de salud y costo que representaría para un asegurador u organización de servicios de salud y que más allá, se limita la práctica de exclusión basado en condiciones de salud preexistentes. El CUD reconoce que lo establecido en este capítulo contribuirá a mejorar la eficiencia y balance en el mercado de planes médicos dentro del sector de pequeños y medianos comerciantes en Puerto Rico.

Artículo 8.030. –Definiciones

El CUD recomienda las siguientes enmiendas en el Artículo 8.030

Inciso J: Bajo la definición de "Empleado elegible" debe establecerse qué metodología será utilizada para que el patrono constate que cualifica bajo los parámetros establecidos en este inciso.

Inciso U: Bajo la definición de "Plan médico" señalan que se omite contemplar aquellos beneficios inherentes a medicamentos, farmacia y laboratorios.

Inciso X: En cuanto a lo que significará un "Plan médico grupal", recomiendan que la definición lea como sigue: "significa una póliza, contrato de seguro o certificado, emitido por un asegurador para beneficio de un patrono o un grupo de patronos PYMES, ya sea de manera independiente o por conglomerados bajo una organización o asociación, mediante el cual se provee cuidado médico a los empleados elegibles y sus dependientes".

Artículo 8.050. -Restricciones Relacionadas con las Tarifas

La recomendación general en torno al aspecto de tarifación, es que las cantidades aplicables a los planes médicos sean unas razonables en términos de costo, para que de esta forma, se fomente la utilización por parte de los pequeños y medianos empresarios y sus empleados.

Mencionan que de otro lado, bajo el inciso (2) de este Artículo es importante que se tome en consideración la Ley Contra la Discriminación de Edad en el Empleo de 1967, ya que el objetivo es que lo dispuesto no inflija o mueva a los comerciantes a incumplir con dicho estatuto federal.

Artículo 8.060. -Renovación del Plan Médico

El Inciso A(2): Bajo el inciso A(2), que establece que un asegurador puede determinar no renovar un plan médico, es medular que se penalice a aquel individuo que cometió el acto fraudulento y no al patrono per se ni al grupo que compone. El CUD destaque que la realidad es que sería injusto sancionar a todo un grupo y sus dependientes por los actos de una persona y que en esta misma línea, es imperante que el inciso establezca que se hace referencia a aquellos casos de fraude determinados posterior a la investigación correspondiente por el asegurador o el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

El Inciso A(3): señalan como motivo para que un asegurador no renueve el plan médico la presentación de información falsa y de manera intencional en torno a un hecho importante y material. El CUD recalca que es esencial que la penalidad en cuanto a la no renovación del plan vaya dirigida a la persona que cometió tal acción y no al grupo completo del patrono. El CUD resalta, que una vez más, que sería injusto que el grupo completo se vea afectado por los actos de una persona en su carácter individual y que de igual forma, se debe aclarar que la determinación del asegurador debe ser tomada posterior a la investigación correspondiente, de este modo, el asegurado tiene la oportunidad de presentar cualquier tipo de argumento o evidencia en su defensa.

El Inciso A(6): señalan que este inciso contempla la determinación de un asegurador de descontinuar el ofrecimiento de todos sus planes médicos formalizados con el patrono que es un pequeño y mediano empresario. El CUD recalca la importancia de que en este escenario se deben establecer las alternativas o la acción a seguir ante tal eventualidad, de manera que se pueda minimizar el impacto en los asegurados de la región geográfica en particular.

Artículo 8.070. -Disponibilidad del plan médico

Inciso C(3): Este inciso establece una definición en cuanto a qué se considerará una condición preexistente. El Artículo lee:

(3) El plan médico no incluirá una definición de "condición preexistente" que sea más amplia que la siguiente: "una condición, sin importar la causa de ésta, para la cual se recomendó tratamiento o para la cual se obtuvo consulta, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico durante los seis (6) meses inmediatamente anteriores a la fecha de suscripción". (Ponencia Centro Unido de Detallistas)

Recomienda el CUD que la definición antes expuesta integre que para que una condición preexistente sea considerada como tal debe ser debidamente diagnosticada por un profesional de salud con las competencias necesarias para ello y se expresa que ésta aclaración es medular al considerar que el diagnóstico es un elemento esencial para determinar la existencia de una condición preexistente. De igual forma, mencionan que el juicio del diagnóstico debe ser uno final, posterior a las evaluaciones pertinentes.

Inciso C(6): En lo que se refiere a este inciso, recomiendan que bajo las condiciones mediante las que se prohíbe a los aseguradores poner una exclusión por condición preexistente se incluya a aquellas relacionadas con condiciones mentales.

Artículo 8.120. Comité de Planes Médicos

Inciso A(3): Este Artículo establece la creación de un Comité de Planes Médicos, que estará compuesto por cinco miembros. Entre los integrantes se destacan el Secretario de Salud, el Administrador de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción y el Comisionado de Seguros. Además, se incluye a dos miembros adicionales, un profesional competente en la industria de seguros y un representante del interés público.

Ciertamente, están de acuerdo con la integración de un Comité con una composición variada, tal como la propuesta, para lograr el intercambio de ideas y metodologías que propendan en una administración y funcionamiento adecuados. Sin embargo, resulta medular contemplar al Procurador del Paciente dentro de dicha composición. La participación de este funcionario será muy significativa en las labores del Comité al representar directamente el interés del paciente puertorriqueño.

De otro lado, se añada que el profesional en la industria de seguros no debe tener ningún interés personal o profesional ni tampoco ninguna relación o interés pecuniario con ninguna de las aseguradoras de salud u organizaciones participantes. De esta forma, se garantiza la imparcialidad y objetividad que requiere la función." (Ponencia del Centro Unido de Detallistas citado ad verbatim)

Por último, sugiere el CUD, como un ente representante de cerca de 8,000 pequeños y medianos empresarios locales, sea considerado como miembro del Comité de Planes Médicos. La integración de la Institución resulta importante, puesto que como entidad representativa del sector empresarial posee el conocimiento sobre las necesidades de los comerciantes y cuenta con la infraestructura tecnológica y el andamiaje en el manejo, servicio y administración de planes médicos de su grupo de socios. Esto, ya que la Entidad creó una agencia para dichos propósitos, CUD Salud.

Capítulo 22. Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud

Artículo 22.060. Procedimientos de Revisión de las Querellas

Inciso D: Se recomienda que la descripción de los procedimientos de querellas en atención a cualquier reclamo de un asegurado sea provista a las personas en el mismo momento en que ocurre la entrega de sus tarjetas de salud y/o póliza. Puede ser cualquiera de las alternativas que permita una accesibilidad mayor al asegurado. De igual forma, se señala que el personal de servicio al cliente debe ofrecer dicha información al asegurado ante la llamada de éste con relación a una reclamación o querella.

Artículo 22.070. Revisión de Primer Nivel de las Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa

Para el CUD es de importancia que el derecho que le asiste a un asegurado en lo que concierne a la revisión de primer nivel ante una determinación adversa sea detallado al asegurado a modo de notificación en la misiva o comunicación mediante la que se le informa de tal determinación. Esto debe incluir el proceso y término para ejercer tal acción.

Inciso D(1)(a)(ii): En esta parte es medular que se fije un término mediante el que una organización de servicios de salud deberá remitir cualquier información solicitada bajo este inciso al asegurado que así lo solicite. En ese sentido, se recomienda que dicho lapso no sea mayor de 15 días, contados a partir del recibo de la solicitud.

Inciso E: Bajo este inciso, se sugiere que de faltar alguna información o documento inherente a la querella, la aseguradora notifique al asegurado de tal hecho y especifique el documento o información necesaria.

Artículo 22.090. Nivel Voluntario de Revisiones de Querellas

Inciso B(3)(b): Es medular que bajo este inciso se notifique al asegurado de su derecho a comparecer a la reunión de revisión y se haga alusión a la fecha, hora y lugar donde se celebrará.

Inciso C(1)(c): En lo que respecta a este inciso, es importante que como parte de las responsabilidades del panel se establezca la obligación de informar por escrito al Comisionado de Seguros. Esto, cuando pasados 15 días calendario, contados a partir de la emisión y notificación de su determinación, la organización de servicios de salud o asegurador no haya tomado acción en cumplimiento fiel con tal determinación.

Del mismo modo, de manera general y con relación a las Revisiones establecidas en este Código, es imperante que no sólo se explique al asegurado que puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros para solicitar ayuda, sino que se establezca que dicha Oficina será un ente fiscalizador y supervisor en el proceso, en aras de asegurar que las evaluaciones y determinaciones sean unas que cumplan con las disposiciones regulatorias aplicables. El CUD hace mención de recordar que la vida y la salud de miles de asegurados en algún momento pueden depender de este procedimiento. La Oficina del Comisionado no puede ni debe ser un mero ayudante en el proceso, sino ejercer un papel más acorde con su función reguladora.

El CUD, entiende que el éxito de esta propuesta y lo contemplado en el Capítulo 8 depende de los beneficios y las cubiertas a ofrecer, así como los costos de las primas correspondientes. En otras palabras, el factor competitividad es medular ante otras opciones disponibles en el mercado.

Se recalca que el CUD puede ser una herramienta clave en el funcionamiento y asequibilidad de los planes médicos a los pequeños y medianos empresarios a través de la Reforma de Salud. Ésto, ya que, tal como se señaló en líneas anteriores, cuenta con la experiencia, andamiaje, infraestructura tecnológica y, en especial, con el conocimiento de las necesidades del pequeño y mediano sector comercial." (Ponencia del Centro Unido de Detallistas.)

F. Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico

A continuación un resumen de las recomendaciones del Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico:

Recomiendan que se debe disponer en lo concerniente a medicamentos que se nombrará un "Comité Central de Farmacia y Terapéutica" compuesto de un representante del

Departamento de Salud, un representante del Colegio de Farmacia, un representante del Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico, un académico de la Escuela de Farmacia, un académico de una de las escuelas de medicina de Puerto Rico y dos representantes de la industria de seguros de salud. Recomiendan que el comité pudiera estar adscrito al Departamento de Salud y que se debe establecer que mediante reglamentación se dispondrá lo necesario para la formación y operación del Comité. La función del Comité Central de Farmacia y Terapéutica será revisar los diferentes formularios de las organizaciones de seguros de salud.

Otro asunto que preocupa al Colegio es lo referente a los "rebates", que dichos "rebates" influencian lo que finalmente se incluye en los formularios. Recomiendan disponerse para que estuviesen proscritos, o en su defecto para que el producto de los mismos se utilizara para rebajar la prima de los participantes del programa de seguro.

Entiende el Colegio y citamos que "lo debería hacerse es que todos los medicamentos fueran comprados por Salud mediante subastas públicas y que entonces fueran distribuidos a los diferentes participantes. Con los medios modernos de comunicación y distribución se podría colocar la orden con múltiples puntos de entrega a las farmacias de los programas participantes. Así se obviarían asuntos de logística asociados con almacenamiento y distribución. Esto se ha hecho en el pasado y no hay razón para que hoy, que es más fácil no se haga. Aquí sí trabajarían los "rebates" pues sería el Estado que los recibiría y teóricamente se traducirían en ahorros distribuidos equitativamente.". (Ponencia del Colegio de Médicos Cirujanos.)

En cuanto al Artículo 4.070. Requisitos y Procedimientos para la Aprobación de Excepciones Médicas. El Colegio añade que son del criterio de que sólo médicos de la misma especialidad del médico prescribiente debe pasar juicio sobre los medicamentos recetados. No tienen problema que una vez el médico acepta determinado plan tenga que sujetarse a las normas de dicho, en la medida que dichas normas no violen los Cánones de Ética de la Profesión y que puedan menoscabar el bienestar del paciente. La alternativa que se someten es que como médicos tienen de no aceptar planes médicos que vayan contra nuestros principios médicos, esto es una determinación individual que tienen que hacer.

Concomitante con lo anterior, tampoco tienen problemas con que haya que justificar medicamente la desviación de los formularios al prescribir. Ahora, entienden que lo que no se puede hacer es exigir un tratado médico para cada excepción. Por cuando se quiera examinar el fundamento para una excepción, la fuente primaria debería ser el expediente médico, donde se

supone se documente todo lo concerniente a este asunto. El Colegio entiende que por lo precedente que el examen del expediente médico debería ser parte integral del análisis de toda excepción y que dicho análisis deber ser realizado por un par, esto es, por un médico que se encuentre en igualdad de condiciones que el prescribiente.

En cuanto a los Planes Médicos para los Patronos de Pequeñas y Medianas Empresas (PYMES) tienen una preocupación que es común a todas las secciones del propuesto Código de Seguros de Salud. Esta preocupación tiene que ver con las tarifas. A pesar de que en el Código se hace referencia constante a las tarifas, el Colegio menciona que en ningún lugar se establece un organismo rector que tenga como función exclusiva la revisión de tarifas. No obstante, se habla en PYMES de que la Junta revisará las tarifas, pero dicha revisión es dentro de todo un programa de revisión de todas las áreas de operación de las PYMES. El Colegio entiende que se debe crear una Junta Central de Revisión de Tarifas que tenga como función primaria revisar todas las tarifas que se pagan bajo el Código de Seguros. En este punto, cuando se refiere a tarifas se está hablando de lo que se paga a los proveedores por los diferentes servicios que prestan bajo el plan de salud. Hace ver el Colegio que tarifa no es definido en la sección de definiciones por lo que recomiendan desarrollar dicha definición e incluirla. Se expone en la ponencia por Colegio que "La Ley 203 del 8 de agosto de 2008 ya creó en su artículo 31.060 una Junta Revisora de Tarifas de Planes Médicos y Seguros. Expresamente se dispone la creación de una "Junta Revisora de Tarifas de Planes Médicos y Seguros, la cual tendrá la facultad de regular, supervisar y aprobar las tarifas por concepto de primas que cobran las personas, proveedores, organizaciones de servicios de salud y los planes médicos. El problema con dicha junta es que es inoperante, al igual que la Ley 208 citada. Ahora, es fundamental que en el nuevo código se cree dicha junta pues de lo contrario estaríamos en la misma situación presente.

No se debe dejar la facultad de crear o eliminar juntas revisoras de tarifas al ente administrativo.

En cuanto al balance entre el término que tienen las aseguradas para ir hacia atrás y revisar la actuación de los proveedores de salud e iniciar procedimientos de recobro de dinero pagado y el término que tienen los proveedores para facturar por sus servicios no hay duda que hay un desbalance.

En la actualidad se tienen días para facturar, sino pierden el fruto de nuestro trabajo. Sin embargo, las aseguradoras pueden ir 6 años para atrás y obligarnos a devolver lo pagado. Hay

que cerrar la brecha y se entiende que el término para revisar y recobrar no debe exceder 36 meses. Tampoco no ven problemas que cuando haya fraude o dolor y que se demuestre, que el término continúe siendo 6 años, pues venga de donde venga el Colegio no avala el fraude, el engaño, la maquinación insidiosa para quitarle a otro lo que no corresponde o para promover un desplazamiento patrimonial injustificado." (Ponencia del Colegio de Médicos Cirujanos)

El Colegio de Médicos luego de lo recomendado anteriormente, apoya dicha legislación.

G. MCS

MCS endosa la medida, luego de hacer los siguientes señalamientos que esbozamos a continuación:

La Reforma de Salud Federal, así como las tendencias de política pública a nivel mundial, refuerzan la prevención, el cuidado primario, los estilos de vida saludables y la disciplina de tratamiento como elementos claves en la reglamentación de un sistema de salud. En específico se han establecido estándares generales de calidad aplicables a todos los componentes del sistema, y se fomenta que las estructuras y políticas de pago se transformen para que estén alineadas no tan solo en la provisión de un volumen de servicio sino con los objetivos de calidad de los servicios. Además, la legislación Federal, "Patient Protection and Affordable Care Act" (P.L. 111-148) y el "Health Care and Education Affordability Act of 2010" (P.L. 111- 152), han incorporado mecanismos específicos para fomentar estilos de vida saludables y adherencias a los tratamientos. Por ejemplo, los patronos privados podrán variar hasta en un 30% la aportación del empleado al pago de su prima sujeto a si fuma o no, o a si cumple con un programa de bienestar ("wellness").

Entiende MCS "que a pesar de que estos elementos en la mayoría de los caso ya aplican a Puerto Rico, es meritorio que al establecer un nuevo Código de Seguros de Salud se contemple incluir lenguaje explícito y una declaración de política pública que le dé prioridad a la prevención, el cuidado integrado y la promoción de los estilos de vida saludables como pilares del sistema hacia el futuro".

A modo de ejemplo, MCS presentó a las Comisiones algunos documentos desarrollados para los programa de MCS que se enfocan en la promoción de la prevención, los buenos estilos de vida y mejor uso de los servicios de salud disponibles. Menciona MCS que muchas veces

ésto se escucha en las discusiones entre expertos clínicos y del sistema y que la meta es que todos los ciudadanos tengan acceso al servicio apropiado, en el momento apropiado y por el proveedor apropiado.

Entre los documentos se mencionan:

1) **MCS Wellness Institute:** Guía del participante para el seminario 2010 relacionado al desarrollo de programas de bienestar ("wellness") en el contexto del patrono. MCS ofrece este programa a los directivos de recursos humanos y los dueños de grandes y pequeñas empresas.
2) **MCS Steps to Wellness:** "Guía de Bienestar" que utilizan los participantes del programa de bienestar para empleados y familiares de los clientes comerciales.
3) **Innovación en Farmacia:** Guía especial sobre las tendencias actuales en la industria de farmacia y los programas clínicos y productos ofrecidos por MCS.
4) **Folleto sobre Steps to Wellness en Facebook:** Este folleto describe una herramienta innovadora que tiene MCS en Facebook donde las personas pueden establecer sus metas para vivir saludables y llegar a ellas con la ayuda de sus amigos.

H. Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico

La ACODESE menciona en su ponencia que con la incorporación de las disposiciones propuestas en el P. del S. 1856, se legisla una primera fase del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y se actualiza el marco regulatorio que conlleva este tipo de seguro, sentándose a su vez las bases para una fiscalización más efectiva de esta industria.

La Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico da la bienvenida a esta iniciativa y, sobre todo, reconoce que ha sido una sabia decisión el aprobar el nuevo Código de Seguros de Salud de Puerto Rico por fases, de manera que se puedan evaluar adecuada y responsablemente cada uno de los aspectos allí dispuestos.

Se expone que "establecer unas disposiciones generales y la forma en que el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico interactuará con el Código de Seguros de Puerto Rico, el P. del S. 1856 contempla varios aspectos de los seguros de salud que habían sido objeto de análisis por el regulador en el pasado y que se determinó que era necesario reglamentar de

manera uniforme, dada su importancia en el contexto de la financiación y acceso a los seguros de servicios de salud. Así, este proyecto trata diversas áreas, a saber: el manejo de medicamentos de receta por parte de las organizaciones de seguros de salud; los exámenes de reclamaciones por servicios de cuidado de la salud; la disponibilidad de planes médicos para los patronos de pequeñas y medianas empresas en Puerto Rico; el uso de cláusulas discrecionales en los planes médicos y las cubiertas de protección de ingresos en caso de incapacidad; las normas para una oportuna y adecuada resolución de querellas que se presentan contra aseguradores; y los requisitos uniformes para las cubiertas de niños recién nacidos, niños recién adoptados y niños colocados para adopción, tanto en los planes médicos grupales como individuales." (Ponencia ACODESE).

A continuación los comentarios de la ACODESE siguiendo el orden de los capítulos propuestos en el P. del S. 1856.

"Capítulo 2: Disposiciones Generales

Bajo este propuesto Capítulo 2 del Código de Seguros de Salud, se sientan las bases del alcance de la legislación, estableciéndose claramente que la política pública del Gobierno de Puerto Rico es garantizar una regulación y reglamentación más efectiva de la industria de los seguros de salud, incluyendo las entidades que ofrecen planes médicos grupales e individuales. De igual forma, se declara que esta política pública tiene el propósito de lograr que todos los puertorriqueños tengan acceso a más y mejores servicios de salud y promover un mayor crecimiento y desarrollo de la industria. Se comparte esta visión del legislador y se entiende que la medida es necesaria para que quede clara la reglamentación de esta clase de seguro que se relaciona con algo tan valioso como la salud de los ciudadanos, lo cual ocupa un alto sitial en el orden del interés público.

En la sección 1 del proyecto, se consigna una disposición de transición, quedando claro que las actividades y extremos reglamentados por los capítulos propuestos en esta primera fase del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico prevalecerán sobre las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico, cuyas disposiciones complementarán las aquí propuestas y no se entenderán derogadas en la medida en que no sean incompatibles con las primeras. De esta manera, se tiende una especie de "puente regulatorio" que viabiliza la incorporación gradual de todos los aspectos atinentes al seguro de salud en un solo cuerpo legal, sin dejar nada en un vacío mientras transcurre el proceso legislativo.

En este Capítulo 2 se proponen las definiciones que aplicarán al resto de la medida. Con respecto al lenguaje propuesto en el Artículo 2.030 para los distintos términos, sólo tenemos las siguientes observaciones:

En cuanto a la definición del inciso G. sobre "Dependientes", se sugiere que se aclare la misma, especificando que se trata de personas que tienen relación con el empleado *asegurado*. Se recomienda leer así:

"Dependientes" significa cualquier individuo que es o pudiese ser elegible al plan médico por motivo de la relación que tiene con el empleado asegurado y a tenor con las condiciones dispuestas en el plan. Podrán considerarse dependientes del empleado asegurado los siguientes:

El cónyuge;

Un hijo, hijo adoptivo o colocado para adopción menor de veintiséis (26) años, o cualquiera de éstos que, independientemente de la edad, no pueda sostenerse a sí mismo por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas;

Hijastros;

Hijos de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el empleado asegurado, en una relación normal de padre/madre e hijo/hija, y que es y continuará siendo totalmente dependiente de la familia del empleado asegurado para recibir alimento, según se establece en el Artículo 16.330 del Código de Seguros de Puerto Rico;

Menor no emancipado cuya custodia le ha sido adjudicada al empleado asegurado;

Individuo de cualquier edad que haya sido judicialmente declarado como incapacitado y cuya tutela haya sido adjudicada al empleado;

Familiar del empleado asegurado o su cónyuge que viva permanentemente bajo el mismo techo del empleado y que dependa sustancialmente de éste para su sustento, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de los seguros de salud;

Padre y madre del asegurado principal, o los de su cónyuge, aunque no vivan bajo el mismo techo, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o

colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de los seguros de salud.

En cuanto a la definición de "Plan abierto", se sugiere que se aclare el término "persona cubierta" para que lea igual que el término propuesto en el inciso L de las definiciones. Para leer así:

"N. "Plan abierto" significa un plan de cuidado coordinado que provee incentivos, incluidos los incentivos económicos, para que la persona cubierta o asegurado use los proveedores participantes conforme a los términos del plan.".

En cuanto a la definición de "Plan cerrado", se sugiere que se aclare el término "persona cubierta" para que lea igual que el término propuesto en el inciso L de las definiciones. Para leer así:

" O. "Plan cerrado" significa un plan de cuidado coordinado que requiere que la persona cubierta o asegurado use sólo proveedores participantes conforme a los términos del plan.".

En cuanto a la definición de "Plan de cuidado coordinado", se sugiere que se aclare el término "persona cubierta" para que lea igual que el término propuesto en el inciso L de las definiciones. Para leer así:

"P. "Plan de cuidado coordinado" significa un plan médico que provee incentivos económicos o de otro tipo para que la persona cubierta o asegurado use los proveedores participantes de la organización de seguros de salud, o que son administrados, contratados o empleados por ésta.".

La definición de "plan médico" del inciso R. debe modificarse para establecer claramente que se trata de un contrato que puede ser suscrito por cualquiera de las tres entidades nombradas en la primera parte de la definición, las cuales a su vez quedan definidas en otros incisos del propuesto Artículo 2.030. Se recomienda que se modifique para que lea así:

"Plan médico" significa un contrato de seguro, póliza, certificado, o contrato de suscripción con una organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador, provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base prepagada, mediante el cual la organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador se obliga a proveer, o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud mental, o servicios incidentales a la prestación de éstos." .

En cuanto a la definición de "Proveedor Participante" del inciso U. se sugiere que se aclare que se trata del profesional que contrata con la "organización de seguros de salud o asegurador". Esto, a los fines de conformar los términos a lo dispuesto en el inciso K. de las definiciones propuestas en el Artículo 2. 030. Para leer así:

" U. "Proveedor participante" significa el proveedor que, conforme a un contrato con una organización de seguros de salud *o asegurador* o con su contratista o subcontratista, haya acordado proveer servicios de cuidado de la salud a las personas cubiertas con la expectativa de recibir algún pago, aparte del porcentaje de coaseguro, el copago o el deducible, directa o indirectamente de parte de la organización de seguros de salud.".

El inciso V. del Artículo 2.030 define el término "Representante autorizado". Se sugiere que se modifique este término y se sustituya por "Representante personal", de manera que no exista confusión con el "representante autorizado" del Capítulo 9 del Código de Seguros. Además, la definición propuesta en este inciso V. alude a la persona designada o autorizada por el asegurado para representarle frente a la entidad aseguradora y, bajo las disposiciones de la ley federal HIPAA, esta persona es referida como un "*personal representative*".

Por otra parte, se sugiere se modifique el inciso F del propuesto Artículo 2.050 para precisar el término de "organización de seguros de salud o *asegurador*". Esto, a los fines de conformar el lenguaje a lo dispuesto en el inciso K. de las definiciones propuestas en el Artículo 2. 030. Para leer así:

"Todo plan médico que requiera la designación para un niño de un proveedor de cuidado primario deberá permitir que se designe un médico especializado en pediatría en calidad de proveedor de cuidado primario del niño, siempre que ese médico pediatra sea parte de la red de proveedores del plan médico. "Proveedor de cuidado primario" significa el proveedor participante que tenga a su cargo, por designación de una organización de seguros de salud o asegurador, la supervisión, coordinación y suministro de cuidado inicial o de seguimiento de las personas cubiertas. Además, la organización de seguros de salud o asegurador puede requerir que el proveedor de cuidado primario inicie los trámites de referido para cuidado especializado y continúe supervisando los servicios de cuidado de la salud ofrecidos a la persona cubierta.".

Capítulo 4: Manejo de Medicamentos de Receta

En este Capítulo 4 del propuesto Código de Seguros de Salud de Puerto Rico se proponen unas reglas uniformes para administrar las cubiertas de medicamentos recetados en los casos en

que el plan médico así provea el beneficio, atendiéndose situaciones particulares como el caso de la persona cubierta o asegurado que necesita un fármaco que no está en el formulario de medicamentos establecido para su plan médico o para quien se ha determinado que no es necesario seguir los pasos de un procedimiento de terapia escalonada. En líneas generales, las reglas propuestas recogen el resultado de la experiencia habida con los planes de farmacia y contemplan el interés público en promover un acceso justo al paciente asegurado a los fármacos cubiertos por el seguro médico, mientras que, a su vez, se protege el interés de la organización de seguros de salud o asegurador en promover la sana utilización de la cubierta.

Sobre las disposiciones propuestas en este Capítulo 4, se observa que atienden más bien unas preocupaciones de lenguaje, de modo que se puedan evitar controversias futuras al aplicar las reglas allí dispuestas. Éstas son las siguientes:

"En el Artículo 4.030 de "definiciones", el inciso A sobre "autorización previa o pre-autorización" debe modificarse para aclarar que este requisito surge en función de la cubierta de farmacia de que se trate el caso. Por tanto, se recomienda que lea como sigue:

"A. "Autorización o pre-autorización" significa el proceso de obtener aprobación previa de la organización de seguros de salud o asegurador que se requiera bajo los términos de la cubierta del Plan médico para el despacho de un medicamento de receta.".

En la definición del inciso D. del mismo Artículo 4.030 sobre "Evidencia médica o científica", en el subinciso (6) se debe aclarar que se refiere a "toda la evidencia médica o científica adicional que sea comparable con lo detallado en los incisos (1) al (5) precedentes".

Se sugiere modificar la definición del inciso E. del mismo Artículo 4.030 sobre "Formulario", sustituyendo el término "lista" por "listado". Se recomienda que lea así:

"Formulario" significa un listado de medicamentos de receta desarrollado y aprobado por la organización de seguros de salud o asegurador o su designado, y la cual regularmente se evalúa para añadir o excluir medicamentos de receta, a la cual se refieren para determinar los beneficios en la cubierta de farmacia.".

El inciso K. del Artículo 4.030 define el término "Representante autorizado". Al igual que se observa con referencia al propuesto Capítulo 2, se sugiere que se modifique este término y se sustituya por "Representante personal", de manera que no exista confusión con el "representante autorizado" del Capítulo 9 del Código de Seguros. La definición propuesta en este inciso K. alude a la persona designada o autorizada por la persona cubierta o asegurado para

representarle frente a la entidad aseguradora y, bajo las disposiciones de la ley federal HIPAA, esta persona es referida como un "personal representative".

En el inciso A (1) del propuesto Artículo 4.060, que trata sobre la información para las personas que expiden recetas de medicamentos, farmacias, personas cubiertas y posibles personas cubiertas, se establece que las organizaciones de seguros de salud deberán mantener informados y facilitar a las personas que expiden recetas y a las farmacias que participan en su red preferida, o que proveen servicios de cuidado de salud a las personas cubiertas, ya sea mediante medios electrónicos o por escrito, cierta información. Entre la información a ser suministrada, se consigna lo siguiente en el inciso (a): "[s]u formulario (lista de medicamentos de receta) organizado por categorías terapéuticas". Se debe modificarse lenguaje para que lea: "[s]u formulario *listado* de medicamentos de receta) organizado por categorías terapéuticas".

En el inciso A (2) del propuesto Artículo 4.060, se establece que la organización de seguros de salud sólo podrá hacer, durante la vigencia de la póliza, certificado o contrato, cambios en el formulario o en otros procedimientos de manejo de medicamentos de receta si el cambio obedece a motivos de seguridad o a que el fabricante del medicamento de receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado. Se provee para que, en esos casos, se notifique el cambio a las personas cubiertas o asegurados y a las personas que expiden recetas "con por lo menos sesenta (60) días de antelación a la fecha de vigencia del cambio, a menos que la organización de seguros de salud provea un suministro de hasta sesenta (60) días del medicamento en las condiciones existentes y que se siga recetando dicho medicamento a la persona cubierta". Preocupa que para el caso en que surjan dudas en cuanto a la seguridad del fármaco o cuando se retira el mismo del mercado, se imponga el deber de notificar a los pacientes y a quienes prescriben los medicamentos con no menos de 60 días.

Según ACODESE "en los casos de retiro de medicamentos por motivos de seguridad tanto los profesionales que prescriben los mismos como las farmacias, reciben avisos directamente de la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés). Por esto, no es necesario que el asegurador u organización de servicios de salud entregue avisos a los profesionales que recetan ni a las farmacias. Cuando un medicamento de retira por razones de seguridad, la denegación de la receta es inmediata porque el interés es preservar la vida de los seres humanos. En ese caso, ninguna farmacia despachará medicamentos que han sido retirados por este motivo para evitar exponerse a reclamaciones de impericia. Esto, toda vez

que en la práctica la FDA notifica a las farmacias y anuncia el hecho al público en los medios de comunicación de difusión general cuando ocurren estas circunstancias.". (Ponencia ACODESE) La ACODESE entiende que la intención del inciso A (2) propuesto como parte de este Artículo 4.060 es evitar cambios unilaterales a la cubierta de farmacia de parte de la organización de seguros de salud o asegurador durante el término del contrato o póliza que tiene cubierta de farmacia. No obstante, indican que parece virtualmente imposible cumplir con el requisito de notificación propuesto en unas circunstancias donde está en tela de juicio la seguridad del medicamento recetado o si éste se retira del mercado. Se sugiere se elimine el plazo de 60 días para notificar, toda vez que ambas circunstancias no están bajo el control de la entidad aseguradora.

En el Artículo 4.070 se dispone el procedimiento a seguir para aprobar excepciones médicas a lo provisto en el Formulario de Medicamentos. ACODESE considera que el procedimiento allí dispuesto establece un balance saludable entre los intereses de la persona asegurada, las determinaciones de necesidad médica y el fin igualmente legítimo de la organización de seguros de salud o asegurador en la administración eficiente de la cubierta. Sin embargo, ACODESE considera que debe enmendarse lo dispuesto en el inciso B (1) sobre el procedimiento a seguirse para solicitar la excepción médica a los fines de establecer que la persona cubierta o su representante personal deberá hacer la solicitud *por escrito*. (Énfasis en el original.) Además consideran que de esa manera, se puede mantener la integridad de los procesos, protegiéndose los derechos de tanto el asegurado como de la entidad aseguradora. Por estas consideraciones, se sugiere el siguiente lenguaje:

"B. (1) La persona cubierta o asegurado o su representante personal podrá hacer una solicitud conforme a este Artículo, la cual deberá ser por escrito, solamente si la persona que expidió la receta ha determinado que el medicamento de receta solicitado es médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta porque: ....." (Ponencia ACODESE)

Además, para ser consistentes con los términos que se introducen en el propuesto Capítulo 2 sobre Disposiciones generales, se recomienda que dondequiera que se aluda a "organización de seguros de salud" se añada "o asegurador". De igual manera, dondequiera que se utilice el término "persona cubierta" debe añadirse "o asegurado".

Capítulo 6: Examen de Reclamaciones Presentadas a las Organizaciones de Seguros de Salud

El Capítulo 6 propuesto como parte de la revisión de las normas a aplicarse a los aseguradores de seguros de salud o aseguradores trata el asunto de las auditorías que se efectúan para determinar la correspondencia entre lo que surge del expediente médico del asegurado versus aquello que consigna el proveedor de servicios en la facturación al asegurador. Se considera que es muy atinado reglamentar en líneas generales este proceso, que muchas veces causa grandes fricciones entre el asegurador y el proveedor de servicios, resultando en algunas instancias perjudicado el asegurado, pues se ha dado también la circunstancia de que el proveedor opta por dejar de tratar los pacientes asegurados por el asegurador que hace la revisión. De modo que, la Asociación de Compañías de Seguros favorece esta iniciativa, entendiendo que, al establecer unas reglas de juego uniformes para todos los aseguradores y proveedores, habrá entonces un orden y grado de confiabilidad en estos procesos, mientras que se propicia la reducción de costos adicionales que muchas veces causan esos exámenes.

Sin perjuicio de ello, ACODESE considera pertinente realizar las siguientes observaciones al texto propuesto para dicho Capítulo 6:

En el inciso G del Artículo 6.030, se define el término "expediente médico". Se sugiere que se modifique para referirse a "expediente clínico", dada la diversidad de información que registra no sólo el facultativo médico, sino también personal de enfermería y otros.

En el Artículo 6.050, se enumeran los requisitos que deben cumplir las personas que se dediquen a realizar la tarea de examinadores de reclamaciones y coordinadores de exámenes de proveedores institucionales, disponiéndose que deben tener experiencia y pericia en ciertas áreas, incluyendo en "(3) los formularios de facturación, incluidos los formularios UB92 y el HCFA1500 y los procedimientos de facturación". Se sugiere se modifique el lenguaje citado para atemperar el mismo a cualquier cambio que, de tiempo en tiempo, pueda surgir en la nomenclatura de esos formularios. Por ello, se recomienda refrasear el inciso (3) para que lea así:

"(3) Los formularios de facturación vigentes en la industria de seguros de salud, tales como UB92 y el HCFA 1500 y los procedimientos de facturación;". (Ponencia ACODESE)

En el inciso D del Artículo 6.060, sobre notificación del examen, se disponen los términos para notificar un examen al proveedor de servicios de salud, proveyéndose que "el examinador de reclamaciones cualificado enviará la notificación al proveedor institucional *a más*

tardar los seis (6) meses del recibo por la organización de seguros de salud de la reclamación final". Se dispone, además, para que el examinador complete el examen *"a más tardar los doce (12) meses del recibo por la organización de seguros de salud de la reclamación final"*. En la última oración de ese inciso se reitera que "la organización de seguros de salud no solicitará, ni aceptará ningún examen después de que hayan transcurrido *doce (12) meses de la fecha del recibo de la reclamación final.* (Itálicas en el original.)

Para ACODESE considera literalmente que "estas limitaciones de tiempo impuestas a las organizaciones de seguros de salud para completar la tarea de verificar la corrección de lo facturado por sus proveedores participantes responden a un interés de dar finalidad a las controversias que puedan surgir en esa relación contractual entre el asegurador y proveedor. Por otra parte, el proceso de revisión de utilización, particularmente en los casos de servicios prestados en instituciones como hospitales, es uno relativamente ágil. Cada proveedor cuenta con una estructura administrativa para tramitar esas revisiones y, como parte de los requisitos de la entidad acreditadora conocida como *"The Joint Commission (TJC)"*, antes *"Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)"*, tienen implantados unos protocolos para esos procesos. Sin embargo, al considerar la norma propuesta para el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, consideramos que el trámite de esas revisiones no debe concebirse en términos tan estrictos. Ello podría operar como una camisa de fuerza para tanto los proveedores como los aseguradores.". (Ponencia ACODESE.)

ACODESE entiende que es preciso ponderar que un período de tiempo tan limitado como el propuesto de seis meses a partir del recibo de la reclamación por parte del asegurador es muy posible que no sea suficiente para la realización de esa tarea si consideramos el volumen extraordinario de reclamaciones de servicios de salud que procesan a diario los aseguradores. Exponen que ciertos exámenes se realizan una vez los sistemas de información de los aseguradores alertan sobre patrones inusuales de facturación de ciertos procedimientos, lo cual requiere que se acumule una experiencia de reclamaciones que no necesariamente se puede detectar en un año. Por otra parte, ACODESE expresa que la limitación de un año dispuesta en el inciso D del propuesto Artículo 6.060 para auditar los expedientes que correspondan a una reclamación es incompatible con lo dispuesto con las regulaciones del plan de salud Medicare, bajo las cuales el Gobierno federal permite auditar hasta seis años a partir de la fecha de pago de la reclamación. Más aún, las disposiciones de la Ley Núm. 104 de 19 de julio de 2002, conocida

como "Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones a Proveedores de Servicios de Salud", que fueran incorporadas como el Capítulo 30 del Código de Seguros de Puerto Rico, provee en su Artículo 30.040, que:

"El Asegurador u Organización de Servicios de Salud podrá solicitar el reembolso de una reclamación no procesable pagada al proveedor, dentro del término de **seis (6) años** a partir del momento en que el Asegurador u Organización de Servicios de Salud efectuó el pago, conforme con el procedimiento que establezca mediante reglamento el Comisionado y luego recurrir al Tribunal correspondiente en revisión judicial, si así lo desea."(Énfasis de ACODESE) De modo que, quedando inalterado por las enmiendas aquí propuestas y vigente el Capítulo 30 del Código de Seguros de Puerto Rico y, considerando la poca o ninguna razonabilidad de exigir que se notifique al proveedor sobre la auditoría a más tardar los seis (6) meses del recibo por la organización de seguros de salud de la reclamación final, así como que se complete el examen a más tardar los doce (12) meses del recibo por la organización de seguros de salud de la reclamación final, nuestra recomendación es que se enmiende el referido inciso D. para atemperar sus términos al lenguaje dispuesto en el Artículo 30.040 del Código de Seguros." (Ponencia de ACODESE.)

En el inciso F (5) del Artículo 6.060, sobre "notificación de examen", se dispone "toda solicitud de examen de reclamaciones, sea por teléfono, por medio electrónico o por escrito, incluirá el número del expediente médico y el número de cuenta del paciente del proveedor institucional." Este requisito es prácticamente imposible de cumplir, pues los datos como número de expediente clínico y número de cuenta del paciente son elementos de control interno del proveedor participante y no son conocidos por el asegurador. Las reclamaciones a ser revisadas se deben identificar con el número de póliza o contrato del paciente asegurado y la fecha del servicio. Por lo que, se sugiere se modifique ese inciso F (5) del Artículo 6.060, eliminando las referencias a número del expediente médico y número de cuenta del paciente del proveedor institucional.

En el inciso G del mismo Artículo 6.060 del proyecto de ley, se dispone que los proveedores institucionales que no puedan tramitar la solicitud de examen conforme a las disposiciones establecidas, explicarán la razón por la cual no pueden atender la solicitud "dentro de un lapso razonable" y ofrecerán un término razonable para programar el examen en otra fecha. Sugerimos que, a los fines de evitar dudas en la interpretación de este inciso, se defina

qué es lo que constituye "un lapso razonable". La ACODESE entiende que es necesario, pues ante el anuncio de un examen de expedientes clínicos, ha habido experiencias de proveedores que dilatan excesivamente el enfrentarse a la auditoría. Además que hay contratos de proveedores participantes que estipulan que si el proveedor niega acceso al asegurador o a su representante para realizar el examen, se puede resolver su contrato. Por tanto, se sugiere que se defina el "lapso razonable", como un término no mayor de 30 días.

En el inciso A del propuesto Artículo 6.080, se dispone que los proveedores institucionales y examinadores cumplan con ciertos requisitos, entre los cuales se consigna en el subinciso (2) lo siguiente:

"(2) La programación de un examen no impedirá la facturación *tardía*;"(énfasis de ACODESE) consideran que debe revisarse ese lenguaje, pues no tiene sentido en el contexto de todo el artículo y de lo que se está reglamentando. Se recomienda que se enmiende ese inciso para que disponga:

"(2) La programación de un examen no impedirá la facturación oportuna de las reclamaciones de conformidad con lo dispuesto en el contrato del proveedor participante;"

En el Artículo 6.120 se dispone, en cuanto a lo relativo a exámenes a otro tipo de proveedores que no sean proveedores institucionales, que los mismos se regirán "*por los términos que éstos hayan pactado contractualmente con la organización de seguros de salud*". La ACODESE no encuentra una razón lógica para diferenciar los parámetros de examen de reclamaciones por la diferencia en el lugar o tipo de servicio, ya sea institucional u ofrecido en una oficina o consulta médica. ACODESE considera que la revisión de reclamaciones por servicios prestados en ambos ámbitos de regirse por los mismos parámetros. (Itálicas en el original)

Para ser consistentes con los términos que se introducen en las definiciones provistas en el propuesto Capítulo 2 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, sobre Disposiciones generales, se recomienda que dondequiera que en este Capítulo 6 haya unas referencia a "organización de seguros de salud", se añada "o asegurador". De igual manera, dondequiera que se utilice el término "persona cubierta", deberá añadirse "o asegurado".

<u>Capítulo 8 Disponibilidad de Seguros de Salud para las Pequeñas y Medianas Empresas</u>

El Capítulo 8 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, se propone regular lo relativo a la disponibilidad de planes médicos para patronos de Pequeñas y Medianas Empresas (PYMES).

La Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico endosa esta iniciativa legislativa, pues consideran necesario promover el acceso a planes médicos entre los patronos de PYMES, independientemente de la condición de salud o experiencia de reclamaciones de su grupo de empleados. Asimismo, creemos en que el mercado debe estar libre de prácticas de tarifación abusivas, como las que se prohíben en el capítulo propuesto. Por otra parte, ACODESE entiende que la medida contempla disposiciones que se dirigen hacia propiciar la distribución más amplia y equitativa del riesgo actuarial de los planes médicos para pequeñas y medianas empresas y dispone para el establecimiento de un Programa de Reaseguro y que en la medida en que más empresas pequeñas y medianas aseguren a sus empleados, mejor será el acceso a los servicios que la población necesita y, a su vez, más viable será la financiación de esos servicios, pues el riesgo actuarial se dispersaría entre los aseguradores participantes de este mercado.

ACODESE hace mención que desde la perspectiva de los asegurados, se establecen unas reglas en protección de los intereses de éstos, disponiéndose, entre otros extremos, para la divulgación de las prácticas de tarifación a los compradores de planes médicos, normas relativas a la renovación de los planes médicos y al uso de las exclusiones por condiciones preexistentes. Destacan que el proyecto de ley se refiere al desarrollo de un plan médico "básico" y uno "estándar" para ser ofrecidos a todos los patronos de PYMES y que esto contribuirá a despejar las dudas del consumidor respecto al alcance de sus cubiertas y servirá a su vez para uniformar los ofrecimientos de la industria de seguros de salud, exigiendo unos parámetros comunes y promoviendo entonces la sana competencia entre aseguradores, que lucharán por captar su mercado ofreciendo servicios de calidad al consumidor.

ACODESE favorece la medida y la necesidad de que se regulen estos planes para grupos de PYMES a parte de los méritos antes señalados, enfatizan la necesidad de que se apruebe este capítulo como parte del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. ACODESE menciona que dado a que esto y ante el hecho de que recientemente, se aprobó la Ley Núm. 197 de 15 de diciembre de 2010, mediante la cual se enmendó la Ley Núm. 72 de 9 de septiembre de 1993,

conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", para facultar a la ASES a contratar planes médicos para las PYMES.

Por otro lado, la ACODESE menciona que "la recién aprobada Ley Núm. 197, *supra*, dispone que las pequeñas y medianas empresas (mejor conocidas como PYMES), que así lo interesen puedan acogerse al plan de la ASES. Para propósitos de dicha ley, las pequeñas y medianas empresas son aquéllas en las que trabajan desde uno (1) a cincuenta (50) empleados. Además, se dispuso para que pudiesen optar por el plan de la ASES los individuos, los empleados cuyos patronos no les proveen un plan médico y las personas con un autoempleo, y sus dependientes, así como los miembros de las asociaciones, las cooperativas, las asociaciones o los colegios de personas licenciadas por el Gobierno de Puerto Rico para dedicarse a una profesión reconocida, las asociaciones o colegios de oficios, las asociaciones de empleados federales, estatales o municipales, y la Asociación Americana de Personas Retiradas (AARP, por sus siglas en inglés). En estos casos, la ASES promulgará aquellos reglamentos que sean necesarios para la implantación y operación de este Plan de Salud, lo que incluirá las cubiertas y los beneficios a ofrecerse, los criterios de elegibilidad y el sistema para el pago de la prima. La incorporación de las PYMES comenzará a regir a los seis (6) meses de la aprobación de la ley, esto es a partir del 15 de junio de 2011, mientras que la incorporación de las personas autoempleadas o cuyos patronos no le proveen plan médico y de los miembros de asociaciones comenzará al año de la aprobación de la Ley Núm. 197, *supra*, a partir de diciembre de 2011.

La incursión de la ASES en este mercado de patronos pequeños y medianos supone la incorporación de una nueva categoría de asegurados entre los beneficiarios para quienes esa agencia ha extendido una cubierta de plan médico. Este grupo de PYMES está constituido por empleados cuyos planes se auspician por patronos que, por su tamaño, cualifican bajo la definición de pequeñas y medianas empresas, distinto al beneficiario que hasta la fecha ha calificado para el plan de la ASES, conforme a requisitos y criterios de médico-indigencia. Distinto a los beneficiarios de *Medicaid*, los empleados de las PYMES y sus dependientes participarán de un plan auspiciado por su patrono con una aportación patronal. Como tales, los planes médicos que se extiendan a las PYMES a través de ASES, deben regirse por las medidas propuestas en este proyecto de ley como Capítulo 8 del Código de Seguros de Salud y por las demás disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico aplicables a los planes grupales, que prevalecen aún después de aprobada la primera fase del Código de Seguros de Salud de Puerto

Rico propuesta en este P. del S. 1856. De lo contrario, se establecerían dos niveles o categorías de planes médicos para las PYMES, a saber: los planes que se contraten a través de ASES y los planes que surjan de la eventual aprobación del Capítulo 8 que se ha propuesto. Por ello, es imperativo atender la presente medida legislativa y regular los seguros para pequeñas y medianas empresas.

Establecida la importancia de este Capítulo 8, se consignan las siguientes observaciones que se entiende deben atenderse antes de aprobar la medida:

En el Artículo 8.030 del Proyecto, se incluyen las definiciones aplicables al tema de los planes médicos para las PYMES, disponiéndose en el inciso H, lo relativo a "cubierta acreditable". Tras establecerse que se trata de la cubierta provista de conformidad con los mecanismos enumerados del inciso (1) al (9), se dispone que no se contará un periodo de cubierta acreditable con respecto a la suscripción de un individuo bajo un plan médico grupal si, después de dicho periodo y antes de la fecha de suscripción, la persona es objeto de una interrupción sustancial de cubierta (*significant break coverage*). Seguido de esto, se establece que por "interrupción sustancial de cubierta", se entenderá "un periodo de noventa (90) días consecutivos durante el cual la persona no ha tenido cubierta acreditable alguna, excepto que los periodos de espera ni los periodos de inscripción se tomarán en cuenta para el cómputo de los noventa (90) días". (Ponencia ACODESE citado ad verbatim)

Según ACODESE la definición de lo que constituye una "interrupción sustancial de cubierta" o el llamado *significant break coverage* incide sobre la aplicación de períodos de espera, dependiendo de si el asegurado tiene una cubierta previa acreditable.

La ACODESE, después de analizar esta disposición del propuesto Código de Seguros de Salud, entiende que se debe atender al hecho de que el 23 de marzo de 2010 el Congreso de Estados Unidos aprobó la Ley Pública Núm. 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act" (Ley PPACA). Según, la Asociación, esta ley tiene el propósito de ampliar el acceso y mejorar los servicios médicos provistos a los ciudadanos americanos. Por otra parte, con la Ley Núm. 161 de 1 de noviembre de 2010, se enmendó la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente a fin de extender en Puerto Rico todas las protecciones a los pacientes reconocidas en la legislación federal. Indican que entre las protecciones que se le reconocen a los pacientes en la Ley PPACA que fueron incorporados a nuestra legislación, se encuentran la prohibición de discrimen por razón de alguna condición médica preexistente y la

prohibición de imponer límites de por vida, anual o de beneficios, según éstos son definidos en la legislación federal.

Se relata en la ponencia que ACODESE que específicamente "la Ley Núm. 161, *supra*, enmendó el inciso (a) del Artículo 6 de la Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, conocida como "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente," para disponer que todo paciente, usuario, o consumidor de tales planes y servicios en Puerto Rico tiene derecho a una selección de planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios que sea adecuada y suficiente para garantizar el acceso a cuidado y servicios de salud de alta calidad. Se dispuso para que los pacientes menores de 19 años de edad puedan seleccionar el plan de cuidado de salud y aquellos proveedores que se ajusten a sus necesidades sin que se sean discriminados por cualquier condición médica preexistente o su historial médico. Finalmente, cónsono con la Ley PPACA, se provee que, a partir del año 2014, el derecho a que no se discrimine por condición médica preexistente o historial médico aplicará a todos los pacientes, independientemente de su edad.

ACODESE expresa que "de la trayectoria legislativa antes expuesta se desprende que la relevancia de la continuidad de cubierta a los fines de determinar si se aplica un período de espera por condiciones médicas preexistentes será cada vez menor y, para el año 2014, prevalecerá el derecho de todos los pacientes a que no se les discrimine por condición médica preexistente o historial médico, independientemente de su edad. Esto es así, siempre que el Congreso de los Estados Unidos no apruebe enmiendas a la Ley PPACA que restrinjan ese derecho ya reconocidos por ésta y que las mismas no se adopten en Puerto Rico. A pesar de esto, nos preocupa la disposición de un período de 90 días para definir la interrupción sustancial de la cubierta, cuando bajo las disposiciones vigentes sobre continuación de cubierta de la ley federal HIPAA, se establece que la interrupción sustancial de cubierta surge cuando la persona pierde su elegibilidad o termina su plan y transcurren más de 63 días antes de que solicite la inscripción al nuevo plan médico. Esta disposición de la Ley HIPAA está vigente a pesar de la aprobación de la Ley PPACA; por lo que, entendemos que la definición propuesta en el inciso H del Artículo 8.030 del P. del S. 1856 para definir una interrupción sustancial de cubierta debe atemperarse al término de 63 días establecido bajo la ley federal HIPAA". (Ponencia ACODESE)

A continuación otras enmiendas al Proyecto:

En el Artículo 8.070 del Proyecto, sobre disponibilidad del plan médico, se incluye un inciso C, que dispone que los planes médicos que cubren a los patronos de PYMES debe cumplir con ciertas disposiciones, que se enumeran en los incisos (1) al (10). El inciso (6) dispone que:

"(6) Los aseguradores de patronos de PYMES no impondrán una exclusión por condición preexistente relacionados al embarazo" se sugiere corregirse el error de sintaxis para que lea así:

(6) "Los aseguradores de patronos de PYMES no impondrán una exclusión por condición preexistente relacionada a la condición de embarazo.".

En el inciso (8) del Artículo 8.070, se establece que todo asegurador que provea plan médico a patronos de PYMES establecerá un periodo especial para suscripción de dependientes, durante el cual el dependiente y el empleado elegible, si no está suscrito de otra manera, podrán suscribirse al plan médico, y en los casos de nacimiento, adopción de un niño, adjudicación de custodia o tutela, o de matrimonio. Se dispone, además, que:

"El periodo especial de suscripción para las personas que cumplen con las disposiciones de este inciso (8) será un periodo **no menor de treinta (30) días** y comenzará en la fecha más tardía de las siguientes:

(a) La fecha en que se haga disponible el plan médico para dependientes; o

(b) La fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o adjudicación de custodia o tutela. (Énfasis de ACODESE)

Para ACODESE el parámetro de treinta (30) días para notificar un nacimiento, adopción o matrimonio es la práctica prevaleciente en la industria de seguros de salud. Por lo que, se endosa el lenguaje antes citado, ya que está conforme a lo usual y acostumbrado en la industria y por ser un término razonable. Sin embargo, llaman la atención de las Honorables Comisiones al hecho de que el mismo tema tiene un tratamiento distinto en el Artículo 54.060 propuesto como parte del mismo P. del S. 1856, donde se incluye un Capítulo 54 sobre cubierta para niños recién nacidos, niños recién adoptados y niños colocados en adopción. Ese artículo dispone que, si la incorporación del niño recién nacido, niño recién adoptado y niño colocado en adopción supone el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan médico podrá exigir que se notifique de la inclusión del niño recién nacido "a más tardar a los sesenta (60) días de la fecha de nacimiento". Más aún, se provee en los incisos (2) y (3) del mismo Artículo 54.060 que:

"(2) Si no se proporciona la notificación y pago descrito en el inciso anterior, la organización de seguros de salud podrá optar por no continuar proporcionándole cubierta al niño **más allá del periodo de sesenta (60) días.** No obstante lo anterior, **si a más tardar a los cuatro (4) meses de la fecha de nacimiento del niño la persona cubierta emite todos los pagos adeudados, se reinstalará la cubierta del niño.** (Énfasis de ACODESE)

(3) Si para proveer cubierta a un niño recién nacido no se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, la organización de seguros de salud **podrá solicitar que se proporcione una notificación del nacimiento del niño, pero no podrá denegar o rehusarse a continuar proveyendo la cubierta si la persona cubierta no proporciona dicha notificación.**" (Énfasis de ACODESE)

ACODESE menciona que las disposiciones antes citadas, que se han propuesto como parte del Capítulo 54 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico deben conformarse a lo establecido en el Artículo 8.070, bajo cuyas disposiciones se podría pedir que el asegurado notifique la inclusión del niño a los treinta (30) días de su nacimiento, adopción, colocación para adopción; así, se fijaría un plazo más razonable, evitándose condiciones que promueven la selección adversa.

Capítulo 12: Prohibición de uso de Cláusulas Discrecionales

Según las disposiciones propuestas para el Capítulo 12 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y ACODESE endosa las mismas en la medida en que se encaminan hacia asegurar que se acuerden contractualmente los beneficios de los planes médicos y las cubiertas de protección de ingresos en caso de incapacidad. La Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico considera que esta medida es una conveniente y que contribuirá a preservar la confianza de la industria de seguros que provee beneficios de incapacidad, pues se establecen reglas específicas para evitar el conflicto de intereses que ocurre cuando la organización de seguros de salud o el asegurador de incapacidad responsable de proveer los beneficios tiene la autoridad discrecional para decidir cuáles beneficios se tienen que pagar.

Capítulo 22: Procedimientos de Quejas de las Organizaciones de Seguros de Salud

El Capítulo 22 propone unas normas y procedimientos que deben seguir las organizaciones de seguros de salud o aseguradores para garantizar que las personas cubiertas o aseguradas tengan la oportunidad de obtener una oportuna y adecuada resolución de sus

querellas. En la medida en que lo dispuesto contiene garantías de debido proceso de ley para tanto el asegurado como para la entidad aseguradora, respaldamos la iniciativa.

La Asociación de Compañías de Seguros endosa el que se establezcan unos parámetros definidos que podrán aplicarse de manera uniforme a toda la industria de seguros de salud. Por otra parte, mencionan que los requisitos de transparencia y comunicación a los asegurados sobre sus derechos para solicitar la revisión de determinaciones del asegurador introducen unos elementos de confiabilidad en las entidades aseguradoras que son importantes para el buen funcionamiento de este mercado.

Finalmente, consideran que el uso efectivo de los mecanismos previstos para el trámite de querellas resultará en la más pronta, ágil y justa resolución de las controversias, sin que éstas tengan que terminar en pleitos ante los tribunales.

Sin perjuicio de lo anterior, ACODESE entiende necesario señalar lo siguiente en relación a algunas de las disposiciones propuestas para este Capítulo 22 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico:

En el Artículo 22.070, sobre revisión de primer nivel de las querellas relacionadas con una determinación adversa, se incluye un inciso E. que dispone lo siguiente:

"E. A los fines de calcular los plazos que se establecen en el apartado F para la determinación y notificación, los plazos comenzarán cuando la organización de seguros de salud reciba la solicitud de revisión, **independientemente de si se acompaña la solicitud con toda la información necesaria para hacer la determinación**". (Énfasis de ACODESE)

Luego de haber sometido lo propuesto en este inciso, la ACODESE indica que los términos para que la organización de seguros de salud o asegurador conteste una solicitud de revisión de primer nivel, comenzarían a contar desde que se presenta la solicitud de revisión, independientemente si el querellante presenta o no la documentación o información requerida o necesaria para entender y dilucidar su planteamiento. Consideran que el lenguaje es demasiado restrictivo en este inciso, pues la organización de seguros de salud quedaría obligada a decidir el caso sin necesariamente contar con todos los elementos de juicio. ACODESE expresa que si bien no se opone a que se exija de parte del asegurador una contestación completa y fundamentada, les parece irrazonable que el término para éste cumplir con los plazos para contestar siga corriendo aunque el reclamante, quien tiene el peso de la prueba, no le ofrezca toda la información necesaria para hacer la determinación. De modo que, el lenguaje propuesto se

sugiere modificar para establecer que los plazos comenzarán a correr una vez se ponga en condición a la organización de seguros de salud o asegurador para poder contestar, suministrándole toda la información pertinente.

ACODESE no tiene ningún otro señalamiento particular con respecto a las disposiciones propuestas bajo este Capítulo 22, excepto que para ser consistentes con los términos que se introducen en las definiciones provistas en el propuesto Capítulo 2 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, sobre Disposiciones generales, se recomienda que dondequiera que en este Capítulo 22 se mencione "organización de seguros de salud", se añada "o asegurador", quedando la referencia a esa entidad en términos iguales al inciso K del propuesto Artículo 2.030.

Capítulo 54: Cubierta para Niños Recién Nacidos, Niños Recién Adoptados y Niños Colocados para Adopción

Sobre este Capítulo 54, ACODESE no tiene otro señalamiento que no sea la referencia que consideraron al comentar sobre el inciso (8) del Artículo 8.070 que se propone como parte del Capítulo 8 sobre los planes disponibles para las PYMES.

Al igual que con referencia a los demás capítulos propuestos como parte del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, ACODESE reitera que, para ser consistentes con los términos que se introducen en las definiciones provistas en el propuesto Capítulo 2 de ese código, sobre Disposiciones generales, dondequiera que en el Capítulo 54 se aluda a "organización de seguros de salud", debe añadirse "o asegurador", quedando la referencia a esa entidad en términos iguales al inciso K del propuesto Artículo 2.030.

Capítulo 66: Seguro de Cuidado Prolongado

La Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico endosa la propuesta de este Capítulo 66, pues consideran que, dado el perfil poblacional del país y la incidencia de condiciones-como el mal de Alzheimer- que menoscaban la capacidad de las personas para valerse por sí mismas, aunque su expectativa de vida sea alta por estar bien de otras condiciones de salud.

Asimismo, entienden que es imperativo proteger a los solicitantes de seguros de cuidado prolongado, de prácticas de venta o suscripción injustas o engañosas, particularmente si se considera lo vulnerable que puede estar una persona al ponderar si adquiere esa clase de cubierta.

La Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico enfatiza que en la medida en que estas disposiciones contienen unos parámetros y reglas uniformes a seguirse por la industria que

cubre ese riesgo, incluyendo lo relativo a adiestramientos a los productores, se sentarán las bases para que los asegurados entiendan el valor añadido de este tipo de seguro y para que el mercado pueda innovarse, mediante el desarrollo de distintas modalidades de seguros de cuidado prolongado.

La Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico endosa la aprobación del Proyecto del Senado 1856, con las enmiendas propuestas.

I. Oficina del Procurador del Paciente (OPP)

La Oficina del Procurador del Paciente, considera que la pieza legislativa adelanta el propósito mencionado por que establece una base reguladora con la cual los distintos componentes de la industria de la salud podemos interactuar y utilizar para sobrellevar las situaciones que se nos presentan día a día con los pacientes.

No obstante, a continuación le presentamos unos comentarios sobre seis partes del proyecto, según como lo presenta la Oficina del Procurador del Paciente:

"Primer punto; en el Capitulo 4, Articulo 4.050, de la pieza legislativa, *Manejo de Medicamentos de Receta*, se habla sobre un Comité de Farmacia y Terapéutica, el cual será creado por cada organización de seguros de salud para desarrollar, mantener y manejar el formulario de medicamentos de Receta y otros procedimientos de Manejo de los Beneficios de Medicamentos. La OPP no duda de que la intención de crear estos comités sea velar por la calidad y mantener actualizados los formularios de medicamentos, pero nos preocupa que los mismos sean utilizados para sustituir el criterio medico del galeno que conoce de primera mano al paciente, lo atiende y tiene una responsabilidad directa con el bienestar de este. La OPP indica que el problema real surge cuando se deja esperando al paciente por su medicamento por que la orden medica esta bajo el escrutinio de un "Comité", en cuyo proceso no está claro el valor añadido en términos clínicos para el paciente. Una recomendación nuestra seria que se expresara en este capítulo que estos "Comités" no pueden ser parte del proceso de autorización establecido por la aseguradora para los medicamentos recetados.

Segundo punto; en el Capitulo 8, Articulo 8.070, inciso C. (3) se establece que:

"El plan médico no incluirá una definición de "condición preexistente" que sea más amplia que la siguiente: "*una condición, sin importar la causa de ésta, para la cual se recomendó tratamiento o para la cual se obtuvo consulta, diagnóstico, cuidado o tratamiento*

médico durante los seis (6) meses inmediatamente anteriores a la fecha de suscripción." (Ponencia de la Oficina el Procurador del Paciente. Énfasis en el original.)

La OPP entiende que una condición de salud preexistente debe ser debidamente diagnosticada por un profesional de la salud con las competencias necesarias para ello. El diagnóstico es un elemento esencial para poder determinar la condición preexistente. Una recomendación o consulta que no establezca un diagnostico no debería catalogarse como condición preexistente. Por ejemplo, un paciente acude a un médico y este le diagnostica diabetes y le explica que esta condición tarda meses o años en desarrollarse, bajo la definición presentada podría ser catalogada por la aseguradora como condición preexistente si encuentra otros diagnósticos previos no idénticos pero asociados. ¿Cuando el paciente se entero de que tenia diabetes? Cuando se lo diagnosticaron. No toda consulta médica conlleva un diagnostico, la misma puede ser parcial o sin determinación conclusiva.

Tercer punto; en el Capitulo 8, Articulo 8.120, inciso A. (3) se establece que:

"El Comisionado nombrará un Comité de Planes Médicos compuesto por cinco (5) miembros. El Secretario de Salud, quien presidirá el Comité, el Administrador de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción y el Comisionado serán los tres (3) miembros natos del Comité. Los otros dos (2) miembros lo serán un (1) profesional competente en la industria de seguros y un (1) representante del interés público, quienes se seleccionarán conforme a los procedimientos y las guías que establezca el Comisionado."

La función del Comité de Planes Médicos según dispuesto en la medida legislativa es **recomendar y diseñar**: (énfasis de la OPP)

"los niveles de beneficios, costos compartidos, exclusiones y limitaciones para el plan médico básico y el plan médico estándar, teniendo en cuenta todas las disposiciones impuestas por las leyes y los reglamentos federales y estatales.

Los planes médicos recomendados y diseñados por el Comité incluirán medidas de control de costos tales como las siguientes: (1) Revisión de utilización, lo cual incluye la revisión de la necesidad médica de los servicios médicos y de hospitalización; (2)Mejorar la calidad y el acceso a los servicios, programas preventivos y manejo de casos, entre otros; (3) Contratación con hospitales, médicos y otros proveedores de cuidado de la salud; (4)Diferencias razonables entre beneficios aplicables a proveedores

participantes o no participantes en los arreglos que contemplan disposiciones sobre redes preferidas y (5) Otras disposiciones relacionadas con el cuidado coordinado.". (Ponencia OPP.)

La OPP menciona que como en la en el inciso B del Articulo 8.120, se reconoce la importancia y utilidad de que este Comité realice las consultas que estime necesarias "tanto al Procurador del Paciente como a aquellas entidades dedicadas a prestar servicios de cuidado de la salud, ofrecer y mercadear planes médicos..." se entiende que para que este Comité sea uno efectivo y no se convierta en uno inoperante se debe incluir como parte del mismo a la propia Oficina del Procurador del Paciente y a un medico que represente la academia medica. A través de las querellas recibidas y las investigaciones realizadas en la OPP, se obtiene una radiografía actual y vigente de las situaciones que aquejan a los pacientes del país así como también servimos de "termómetro" que identifica problemas en la industria de la salud que merecen una atención inmediata por los riesgos y situaciones que atentan contra la salud de los pacientes. Según la OPP, no incluirla en el Comité atrasaría los procesos del mismo toda vez que el insumo se postergaría a reuniones paralelas y no facilitaría la presentación oportuna de planteamientos clínicos con su debida justificación. Por otro lado, la OPP (y por ende los pacientes) se ha beneficiado en múltiples ocasiones del asesoramiento de médicos profesores que practican su cátedra en las Universidades de Medicina y/o Profesionales de la Salud. Estos profesores se caracterizan por mantenerse al día en las especialidades medicas que enseñan y por mantener objetividad e imparcialidad en las recomendaciones presentadas. Ha sido en muchas ocasiones que la opinión de un representante de la academia médica ha puesto fin a controversias entre proveedores de servicios de la salud.

Cuarto Punto; El Capítulo 22 del Proyecto de Ley descrito en referencia (en adelante, el Proyecto) establece un procedimiento interno especial de querellas que regirá sobre toda organización de seguros de salud (Artículo 22.040; página 102) con el propósito de que las personas cubiertas tengan oportunidad de obtener remedio a sus querellas (Artículo 22.020, página 96), según se define ese término conforme a lo dispuesto en la página 99, líneas 14-23 del Proyecto.

Dicho procedimiento además obliga que en las decisiones de la aseguradora se notifique al asegurado sobre la disponibilidad de ayuda y servicio ante el Comisionado de Seguros de Puerto Rico con relación a la reclamación instada. Sobre este particular hacemos referencia a:

página 110, líneas 14-21; página 112, líneas 20-22; página 122, líneas 22-23; y página 123; líneas 1-6 del Proyecto.

No obstante, para la OPP, el procedimiento a establecerse mediante este Proyecto no menciona ni hace referencia alguna a los servicios y facultades legales de la Oficina del Procurador del Paciente sobre esta materia. Ello da la impresión de que esta Oficina queda fuera del proceso de querellas de pacientes contra las aseguradoras, y en todo caso, la agencia gubernamental con alguna facultad sería el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

La Ley 11 de 11 de abril de 2001, enmendada, creó la Oficina del Procurador del Paciente con el propósito y la facultad jurisdiccional de administrar, ejecutar y hacer cumplir las disposiciones de la Ley 194 de 25 de agosto de 2000, enmendada, Carta de Derechos del Paciente.

La OPP hace referencia a las facultades y deberes del Procurador, conforme con la Ley 11, *supra*, se encuentran:

> "Los deberes y obligaciones de los Aseguradores, Facilidades Médico Hospitalarias y Proveedores, según se definen dichos términos en esta Ley, así como los derechos de los Pacientes, cuyo incumplimiento o violación, respectivamente, daría base a la presentación de una querella o investigación al amparo de las disposiciones de esta Ley, serán detallados expresamente en el/los Reglamentos (s) que se le ordenan aprobar al Procurador, conforme a lo dispuesto en el Art. 10 de esta Ley." Véase, Artículo 6(o) de la Ley 11, supra.

Por su parte, la Ley 194, *supra*, otorga a todo paciente el derecho de presentar quejas y agravios contra cualquier proveedor de servicios de salud, incluyendo aseguradoras y planes médicos. Conforme con la legislación en vigor, dichas quejas se presentan y adjudican a través de la Oficina del Procurador del Paciente; pues es agencia en cargada y facultada en Ley para implantar y administrar la Ley 194, supra.

En vista de lo antes expuesto, y en aras de establecer una legislación clara y libre de cualquier interpretación contraria a la intención legislativa, la OPP recomienda que el Capítulo 22 del Proyecto contenga una disposición para que se exponga de la siguiente manera:

"Nada de lo dispuesto en este Capítulo intervendrá, limitará, restringirá y de ninguna forma afectará las facultades legales y jurisdiccionales de la Oficina del Procurador del Paciente para iniciar, investigar, procesar y adjudicar querellas, nuevas, pendientes o en

proceso luego de la vigencia de esta Ley, contra aseguradoras, organizaciones de seguros de salud, planes médicos, proveedores de servicios de salud, profesionales de la salud o contra cualquier otra persona o entidad sujeta a las facultades jurisdiccionales de dicha Oficina. Nada de lo aquí dispuesto se entenderá como una enmienda, cambio o modificación a las leyes, reglamentos, normas y procedimientos que administra la Oficina del Procurador del Paciente.". (Ponencia de la Oficina del Procurador del Paciente.)

Para la Oficina del Procurador, con esta enmienda se salvaguardan los derechos de los pacientes dispuestos en la Ley 194, supra, y se preserva la jurisdicción de la Oficina del Procurador del Paciente como foro adjudicador de querellas respecto a las organizaciones de seguros de salud en Puerto Rico. También se recomienda que se incluya y haga referencia a la Oficina del Procurador del Paciente en: página 110, líneas 14-21; página 112, líneas 20-22; página 122, líneas 22-23; y página 123; líneas 1-6 del Proyecto; donde únicamente se hace mención del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

Por otro lado, mencionan que en la página 13, línea 17, se elimine la palabra "*cubiertas*" para que dicha línea exponga de la siguiente manera: "*aplicará a todas las personas **[cubiertas]**, independientemente de su edad.*" Semejante recomendación se realiza respecto a la página 67, líneas 7 y 8. Allí se recomienda que eliminar las frases "*a los asegurados*" y "*del asegurado*" respectivamente para que ambas líneas en conjunto expongan como sigue: "*limitar los beneficios **[a los asegurados]** por motivo de una condición preexistente, independientemente de la edad **[del asegurado]** de la persona.*" Estos cambios se recomiendan con el propósito de que se cumpla con la intensión legislativa de que ningún plan médico discrimine, niegue, excluya o limite beneficios a personas aseguradas o no aseguradas por condiciones preexistentes. De estos cambios de no realizarse, la prohibición de negar beneficios por condición preexistente se entenderá que sólo aplicará a personas ya cubiertas o aseguradas por un plan. Las personas no cubiertas o no aseguradas, que no participan de ningún plan, quedarían desprovistas del beneficio de no discrimen que otorga esta prohibición mediante legislación estatal.

Quinto Punto; en el Capitulo 4, Articulo 4.050, inciso B, se establece que:

"La organización de seguros de salud se asegurará de que todo comité de farmacia y terapéutica establecido tenga y siga un procedimiento para evaluar la evidencia médica y científica relacionada con la seguridad y eficacia de los medicamentos de receta, incluyendo la información comparativa sobre medicamentos de receta similares, al decidir cuáles de los

medicamentos de receta se incluirán en el formulario y al desarrollar otros procedimientos de manejo."

La Oficina del Procurador del Paciente entiende que se debe incluir al final de este inciso lo siguiente:

"También se asegurará que dichos procedimientos incluyan la autorización de medicamentos o equipos para un uso no indicado ("off label use") por el Food & Drug Administration (FDA, por sus siglas en inglés) en aquellas condiciones de salud donde se haya probado o evidenciado su eficacia por la práctica de la medicina.

Sexto Punto; en el Capitulo 4, Articulo 4.050, inciso C, se debe incluir un sub-inciso cuatro (4) que establezca lo siguiente:

"Que ninguna evaluación de medicamentos nuevos aprobados por el "Food and Drug Administration" (FDA) sea mayor de 90 días, a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA y que la decisión para incorporarlo en el formulario de medicamentos no sea mayor de 90 días, a partir de la fecha en que el producto está en el mercado.". (Ponencia de la Oficina del Procurador del Paciente según citado)

La Oficina del Procurador del Paciente debe incluir estos incisos relacionados a la utilización de medicamentos "off lable" atendería la necesidad de que los pacientes que no tienen alternativa de medicamento en el mercado, puedan obtener tratamiento alterno que sean más efectivos y basados en evidencia científica, pero que aun no estén autorizados por la FDA para el diagnóstico en especifico. Por otro lado, regular la cantidad de días para evaluar e incorporar los nuevos medicamentos aprobados por la FDA es cónsono con los propósitos de esta legislación de mantener actualizados los formularios de medicamentos de las aseguradoras.

Esta pieza legislativa contiene serias disposiciones que la OPP atiende, como los motivos que la crearon, **"actualizar el marco regulatorio que conlleva una actividad tan importante como es la Salud de Nuestro Pueblo".** (Énfasis de la OPP)

Teniendo en mente los comentarios presentados, la Oficina del Procurador del Paciente recomienda la aprobación del P. del S. 1856.

J. Oficina del Procurador del Ciudadano

Expresa la Oficina del Procurador del Ciudadano tiene un deber ministerial de por la protección de los derechos de los ciudadanos y mencionan que el derecho a la protección a la

Pato Villanueva

salud es ya un derecho internacionalmente reconocido y aspirado por distintos pueblos, lo cual se constata en su inclusión en diversas constituciones. Aunque la Oficina reconoce en los foros internacionales que el mismo no implica un derecho a estar sano, pues depende tanto de las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como de los recursos con los que cuenta el Estado, suponemos que la sociedad puertorriqueña, por su grado de desarrollo, se le debe garantizar un alto grado de seguridad a sus ciudadanos en ese aspecto.

La Oficina del Procurador del Ciudadano se solidariza con la política pública del gobierno de Puerto Rico de garantizar una regulación y reglamentación más efectiva de la industria de los seguros de salud, incluyendo las entidades que ofrecen planes médicos grupales e individuales. En la Ponencia de la Oficina del Procurador del Ciudadano se expresa y citamos que:

"...en términos generales, el codificar, o recopilar los estatutos relacionados para lograr una mejor coherencia del tema a tratarse, es una idea que ayuda a la ciudadanía y a los entes jurídicos que les aplique o toque aplicar a entender mejor los actos que la Asamblea Legislativa quiere reglamentar, proscribir y fomentar. El acto, o mejor dicho el proceso, de codificar es uno de gran envergadura y responsabilidad puesto que se tiene que coordinar armoniosamente las legislaciones y reglas que el proponente quiera integrar. Este ejercicio cobra mayor rigurosidad cuando se intenta también incorporar, como se hace en este caso, los cambios introducidos por la Ley de Reforma de Salud Federal- "Patient Protection and Affordable Care Act" y "Health Care and Education Reconciliation Act". Históricamente, varios grupos de nuestra sociedad han sido, de una manera u otra, irrazonablemente marginados y discriminados. Las personas con impedimentos componen uno de esos grupos. Por ello, nos complace que el propuesto proyecto de Código de Seguros de Salud este encaminado a asegurar que se acuerden contractualmente los beneficios de los planes médicos y las cubiertas de protección de ingresos en caso de incapacidad. Es decir, que las determinaciones sobre proveer, entregar, tramitar, pagar o reembolsar los costos de los servicios de cuidado de la salud no estarán sujetas a discreción del asegurador. Esto ayudará a las industrias de seguros que provean beneficios de incapacidad a ganar mayor credibilidad, pues el proyecto establece reglas específicas y las aseguradoras no podrán imponer su interpretación o discreción en cuanto a los beneficios a pagar. A su vez, le ofrece paz mental a aquella persona que ha quedado incapacitada de que estará bien protegida por su cubierta. La propuesta en cuestión, prohíbe que los aseguradores tomen en consideración

el estado de la salud de las personas cubiertas y la experiencia de reclamaciones al momento de determinar a quienes ofrecen el plan médico, previniendo así la segmentación del mercado a base del riesgo de salud. Más aun, el nuevo código prohibiría las prácticas de tarifación abusivas que actualmente existen en el mercado. Dichas cláusulas redundarán en beneficio para los asegurados, ya que los protege al momento de renovar su seguro y al uso de las exclusiones por condiciones preexistentes." (Ponencia de la Oficina del Procurador del Ciudadano.)

Por otro lado, la Oficina del Procurador del Ciudadano se solidariza con la inclusión de los Patronos de Pequeñas y Medianos Empresas en el proyecto de referencia, ya que mediante la ley Núm. 454 de 2000, fue creada la Procuraduría de Pequeños Negocios, la cual está adscrita a nuestra Oficina. La Oficina reconoce de primera mano los sacrificios, frustraciones y atropellos por los cuales pasan muchas veces estas empresas y que muchos patronos podrán por fin ofrecer a sus empleados alternativas competitivas de planes médicos o tener una plantilla laboral saludable y protegida.

Entiende la Oficina del Procurador que esta iniciativa legislativa promueve un mayor acceso a planes médicos entre los patronos de pequeños y medianos comerciantes y que en la medida en que más empleados de empresas pequeñas y medianas se aseguren, mejor será el acceso a los servicios que la población necesita y, a su vez, más viable será la financiación de esos servicios, pues el riesgo actuarial se dispersaría entre los aseguradores participantes de este mercado.

Por último, la Oficina del Procurador del Ciudadano, enfatiza que son los estados los que tienen la responsabilidad primordial de hacer efectivos los Derechos Humanos y el marco jurídico donde se materializan, y "un estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído,"; y que es por esto que el propuesto Código de Seguros de Salud no tan solo se justifica, sino que se hace necesario. Esta legislación de avanzada nos acerca más y más a nuestras aspiraciones como Pueblo de poder alcanzar la protección de la salud como un derecho de rango constitucional.

La Procuraduría del Ciudadano avala el proyecto de ley de referencia.

Sato Villanueva

K. Laboratorio Irizarry

El Laboratorio Clínico Irizarry Guasch, Inc., es una corporación dueña y operadora de nueve laboratorios clínicos en el área oeste de Puerto Rico. Indican que en general el borrador del P. del S. 1856 establece algunos de los criterios y requisitos básicos necesarios para la sana administración de los planes médicos y seguros de salud por parte del Comisionado de Seguros. No obstante hace las siguientes observaciones y recomendaciones que a continuación citamos:

"Criterios de servicios médicos provistos por otros proveedores. El borrador solo cubre los criterios para cubierta y manejo de medicamentos recetados; no incluye los criterios a ser utilizados para la contratación y los servicios cubiertos como aquellos provistos por los laboratorios clínicos y centros radiológicos. Los mismos problemas que tienen los suscriptores con los medicamentos, los tienen con las pruebas de laboratorio y procedimientos radiológicos. Problemas como listados de pruebas y procedimientos cubiertos y no cubiertos, deducibles, tarifas para el pago de estos servicios, inclusión de nuevas pruebas, inclusión de procedimientos y tecnologías nuevas, y las determinaciones de necesidad médica deben ser reglamentadas como parte de este proyecto.

Cubiertas y pagos coordinados: Actualmente pacientes con más de un plan médico requieren que el proveedor le cobre al plan primario y le facture el deducible o procedimientos no cubiertos al plan secundario. La mayor parte de las veces, el proveedor se entera que el paciente tiene otro(s) plan(nes) médico(s) al recibir el rechazo del pago de su factura, por lo que tiene que re-facturar e iniciar todo el proceso por segunda o tercera vez, aumentando los costos administrativos del proveedor. Recomiendan incluir en este proyecto la responsabilidad del plan médico al cual se le facture el coordinar entre todos los planes que tenga el paciente el pago de los servicios. Cuando un plan médico rechaza el pago de una factura por no ser el plan primario es porque tienen toda la data del otro u otros planes que tiene ese paciente en particular. Una transacción electrónica entre las aseguradoras pertinentes resuelve el problema.

Control y reglamentación de los grupos Independent Physicians Associations (IPAs): desde el inicio de la Reforma de Salud se crearon los grupos IPAs como forma de administrar a los médicos y controlar los gastos de los servicios de salud de los suscriptores. Actualmente los grupos IPAs se han convertido en un intermediario adicional en la prestación de servicios de salud; una entidad administrativa que opera entre la aseguradora y el paciente o suscriptor. Los gastos de operación y beneficios económicos de los miembros de sus respectivas

Juntas de Directores y las ganancias para los dueños y accionistas representan un gasto significativo (millones de dólares anuales), dinero que podría utilizarse en un mejor servicio a los pacientes y una remuneración más adecuada y justa para los proveedores de servicios.

Con la implantación de Mi Salud, representantes de estos grupos en ASES lograron que se les permitiera contratar proveedores imponiendo descuentos significativos en las tarifas a cambio de participar en sus redes preferidas. Esos ahorros pasan a ser beneficios económicos para los IPAs que alegadamente se comparten con los médicos participantes del grupo. Esto no solo encarece los servicios de salud sino que redundan en la degradación de la calidad de los servicios que reciben los beneficiarios del Plan Médico del Gobierno de Puerto Rico. Ante esta situación, esta Legislatura no puede hacer caso omiso y debe reglamentar a los IPAs mediante el código de seguros, incluyéndolos en este proyecto. Los millones de dólares que consumen los IPAs pueden ser mejor utilizados en mejores servicios de salud para los pacientes. Los descubrimientos que se hicieron durante las vistas de la Resolución del Senado 696 así lo demostraron cuando un IPA en particular admitió recibir $17 millones en incentivos por los ahorros en los gastos médicos de sus pacientes.

La reglamentación de los IPAs es ahora más necesaria cuando la Ley de la Reforma de Salud Federal establece los Accountable Care Organizations (ACO), grupos operarán como operan los IPAs en Puerto Rico. Aunque en su inicio en el 2012 solo aplicarán a Medicare, el concepto se puede expandir a todas las aseguradoras con serias consecuencias si no son adecuadamente regulados y supervisados.

Conflicto de intereses: este proyecto también debe reglamentar los posibles conflictos de intereses de aseguradoras que mediante el uso de corporaciones separadas son también proveedores de servicios de salud. Este es el caso de First Medical y Metropavía Health System donde se le ofrece "$0.00 de deducible en la mayoría de los servicios" como lo indica en sus anuncios (ver anejo). Se considera que esta práctica es una desleal hacia otros proveedores contratados por la aseguradora y representa un serio conflicto de interés por lo que debe ser reglamentada.

Cubiertas estándares: el proyecto debe establecer un mínimo de tres cubiertas estándares, una básica, comprensiva y extendida. Estas cubiertas tienen que ser definidas por un panel de expertos, incluyendo los deducibles a pagar, para ser incluidas en el proyecto con la idea que todas las aseguradoras tengan que ofrecer dichas cubiertas a sus respectivos costos o

Dato Villanueva

primas. El propósito es que los consumidores puedan comparar los costos de cada asegurador para cada una de esas cubiertas a y pueda tomar una decisión inteligente. Actualmente hay cientos de cubiertas disponibles y no hay forma de comparar los precios de las cubiertas entre aseguradoras. Este requisito obligará a las aseguradoras a competir con los mismos productos.

A continuación algunas recomendaciones adicionales:

Página 2, primer párrafo, línea 8: mover el Capítulo 30 antes del Capítulo 31.

Página 3, primer párrafo, línea 5: añadir o de capitación después de coordinado. Puede haber servicios coordinados sin o con capitación.

Página 6, línea 17: corregir siso por sido.

Página 7: incluir a los IPAs (Independent Physicians Associations) como contratistas de proveedores como lo son en el Plan de Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico, Mi Salud.

Página 7, línea 9 y 10: cambiar centros de laboratorios a laboratorios clínicos.

Página 7, línea 14: añadir después de toda persona, o entidad jurídica.

Página 8, línea 1: añadir después de corporación, con o sin fines de lucro.

Página 8, línea 12: cambiar la definición de "Plan abierto" por significa un plan médico donde el asegurado elige el proveedor de servicios contratado por la aseguradora sin necesidad de referidos.

Página 8, línea 19: cambiar para que lea "Plan de cuidado coordinado" significa un plan médico que provee incentivos económicos o de otro tipo a sus proveedores primarios o IPAs para controlar la utilización de los servicios y los costos utilizando los servicios de proveedores participantes de la organización de seguros de salud, o que son administrados, contratados o empleados por ésta.

Página 11, línea 5: cambiar para que lea planes médicos regulados por este Código y aquellas entidades que contraten o subcontraten a proveedores de servicios de salud para proveer los servicios contratados por el primero, en todo...

Página 13, línea 4, 5, 6 y 7: Mover la oración "Proveedor de cuidado primario... a la página 9 bajo definiciones.

Página 34, líneas 17: cambiar Examen por Auditoría.

Página 38, líneas 1: cambiar Examinadores por Auditores y Exámenes por Auditorías.

Página 38, líneas 10 y 11: cambiar HCFA por CMS.

Página 39, líneas 11: cambiar Examen por Auditoría.

Página 39, líneas 14 y 15: cambiar para que lea Se indicará el nombre, dirección postal y física, número de teléfono, número de fax y dirección de correo electrónico, de todo...

Página 40, líneas 8: definir proveedor institucional.

Página 40, líneas 9: cambiar examinador por auditor.

Página 42, líneas 4: cambiar Exámenes por Auditorías.

Página 42, líneas 11: cambiar examen por auditoría.

Página 43, líneas 12: cambiar Exámenes por Auditorías.

Página 47, líneas 22: cambiar examen por auditoría.

Página 48, líneas 8: cambiar examen por auditoría.

Página 61 en adelante: cambiar la palabra tarifa o tarifas por prima o primas. La prima es lo que se le paga a la aseguradora; la tarifa es lo que se le paga al proveedor.

Página 61, líneas 22: definir "grupos etarios".

Página 62, líneas 17: cambiar para que lea: Cada asegurador deberá mantener y publicar en su lugar de negocio ...

Página 62, líneas 18, página 63, líneas 3: cambiar tarifación por para establecer las primas.

Página 89, Artículo 8.120, Comité de Planes Médicos: añadirles representantes de proveedores incluyendo laboratorios clínicos. Estos representantes, en el caso de los laboratorios, no deben ser del Colegio de Tecnólogos Médicos ya que ellos no representan a los laboratorios como negocio o institución.

Página 89, líneas 16 a la 20: cambiar para incluir las tres cubiertas estándares una vez definidas.

Página 90, línea 9: cambiar de 180 días a (90) días.

Página 91, Artículo 8.140: revisar ya que un reglamento no puede ir sobre la ley.

Página 96, Artículo 12.050: establecer las sanciones específicas que se pueden imponer.

Pagos a los proveedores: Se debe incluir y adjudicar la responsabilidad de coordinación de pago a las aseguradoras. Aclarando que en situaciones donde los pacientes le someten al proveedor la tarjeta de un solo plan médico cuando tienen varios, que la aseguradora a la cual se le facture pague por los servicios y recobre el dinero de las otras aseguradoras con responsabilidad o riesgos compartidos.

En conclusión, el Laboratorio entiende que es necesario para reglamentar y supervisar las aseguradoras, organizaciones de servicios de salud y los Independent Physician Assoiciations (IPAs) para garantizar que los suscriptores y consumidores reciban los servicios de salud de calidad que esperan recibir como suscriptores de un plan médico. Además que se debe incluir y regular a los IPAs ya que estas organizaciones se han convertido en otro intermediario administrativo entre la aseguradora y el paciente, con la misión de controlar los gastos en servicios médicos para aumentar sus ganancias.

Finalmente, recomiendan que al igual que cubrir los criterios de medicamentos es necesario incluir los criterios aplicables para los servicios de laboratorio y radiológicos.

L. Global Health Plan

Global Health Plan nos expresa que aunque en la Exposición de Motivos se hace un amplio comentario sobre el Código de Seguros, sus regulaciones e innumerables enmiendas que ha experimentado, entienden que aún así hay cosas que no están debidamente reguladas y van en perjuicio del asegurado. Global Health Plan considera que esto no se ajusta a la realidad por la regulación de parte de la Oficina del Comisionado de Seguros.

Mencionan en su ponencia que "fijar límites o topes, como es conocido en Puerto Rico, en el despacho de medicamentos contribuye a controlar la adicción o fraude por parte del asegurado en el consumo de los mismos". Se expresa en la Ponencia de Global que "en Puerto Rico, cada día se presenta una crisis mental que no debe ser apoyada con el libre acceso y sin contra medicamentos, sino tener programas de prevención y educación para el manejo de condiciones de salud. El límite de que la cubierta de farmacia, no quiere decir que el asegurado no podrá adquirir los medicamentos que necesite porque, al menos en GLOBAL, se requiere pre-autorización para aquellos medicamentos no cubiertos y cuando exceden del tope, con la misma tarjeta, la farmacia le aplica un descuento promedio de no menos del cincuenta (50) por ciento del costo del medicamento, como medida para controlar la utilización desmedida e injustificada.". (Ponencia de Global.)

Global Health Plan señala que "la cubierta de farmacia dentro de la industria de planes médicos es una de las más riesgosa que existe, porque con frecuencia, el asegurado recurre al médico de su confianza y le pide una receta para determinado medicamento y no es para ella, sino para algún familiar o amistad, alteran recetas cambiando el número de repeticiones, etc. Por

Sara Villanueva

otro lado, el establecer comité de farmacia es aumentar el costo de la nómina innecesariamente. En todas las compañías de planes médicos hay uno o más doctores en medicina con licencia vigente y hay además empleados especializados en farmacia.". (Ponencia de Global.)

Por otro lado, se señala en la ponencia de Global y expresamos como se lee: "las compañías de planes médicos, antes de proceder a mercadear sus cubiertas a los asegurados tienen que someter a la Oficina del Comisionado de Seguro la póliza o cubierta que ofrecerá y que estas cubiertas son cuidadosamente evaluadas por la OCS y se fijan bien de que cumplan con todas las leyes y regulaciones vigentes, tanto estatal como federal. Hay diferencias en el costo de las cubiertas porque no es lo mismo una cubierta que cubre un estudio especializado por ano contrato, versus otra que cubre una por región anatómica. A la hora del asegurado seleccionar su cubierta, este lo realizará de acuerdo a sus necesidades y la disponibilidad de sus recursos, única forma de poder tener tarifas económicas y al alcance del bolsillo del asegurado, máxime cuando este no lo necesita. Si no se establecen estos controles, todas las tarifas serian inalcanzable para la gran mayoría de los asegurados. El asegurado es el que decide lo que necesita o puede pagar, no se le impone. Tiene además el asegurado la opción de acogerse al programa de MI SALUD, cuando no puede pagar la cubierta privada o de libre selección. Por otro lado, pretender bajar el término de pago establecido por la Ley 104 para el pago de reclamaciones a los proveedores y otros servicios relacionados a 30 días no es factible. Cualquier cambio a lo establecido en la Ley 104 afectaría grandemente a la industria de planes médicos y se hace innecesario porque está debidamente regulado y conlleva penalidades. En cuanto a las tarifas de las compañías de planes médicos, estas se fijan por UNDERWRITERS, personas debidamente capacitadas en la industria, que usan todos los factores que se requieran para establecer el costo de la prima adecuado, tales como edad, sexo, informes de experiencia y utilización y composición del grupo. Pretender regular por el gobierno el costo de las primas es una acción injusta e inconstitucional y de efectos catastróficos, máxime cuando no se regulan los precios de los medicamentos y otros servicios que le prestan los proveedores. La mejor alternativa para mantener las tarifas bajo control es la competencia en la industria, con la participación de todas las aseguradoras. Cuantos más competidores existan, mas bajan los precios y mejores son los servicios. Hay muchas tarifas en el mercado que están por debajo de la cubierta de reforma del gobierno, a pesar de que son tarifas de libre selección y no cuidado dirigido, como es el programa de MI SALUD. Esto en nada contribuye al desarrollo de la empresa privada y es inconstitucional. Por tal razón consideramos

improcedente que el gobierno trate de regular tarifas y servicios. Los estándares de servicios y precios deben fijarse por la libre competencia. Como se va a regular los costos y beneficios de las aseguradoras, si ellos no fabrican los medicamentos que le brindan a sus asegurados y tampoco prestan directamente los servicios médicos y hospitalarios, los que aumentan sus tarifas todos los años en no menos del cinco (5) porciento, salvo algunas compañías que directa o indirectamente son dueños de hospitales, tales como los Metropolitanos de First Medical, Ryder en Humacao, Menonita de Cayey, que tiene una compañía de planes médicos, igual que Bella Vista en Mayagüez y Auxilio Mutuo en San Juan. Global Health Plan se oponen a la aprobación del P. del S. 1856.

M. American Health Plan

American Health Plan avala la medida en discusión y expone las siguientes recomendaciones según aparece en la ponencia en torno al Proyecto del Senado 1856:

1) Relacionado a las definiciones entienden que se debe hacer uniformidad entre las definiciones contenidas en el Código de Seguros de Puerto Rico y las definiciones propuestas.

   A su vez sugieren que se incluya como definición separada Asegurador, esta sugerencia la hacen porque ambas definiciones, organización de servicios de salud y organización de seguros de salud, causa confusión y debe haber uniformidad en las definiciones de esta ley y el Código de Seguros.

2) En relación al Artículo 2.050- "Conformidad con Leyes Federales", en párrafo introductorio debe modificarse el lenguaje, pues puede que haya en el propuesto Código, o con alguna otra ley aprobada por esta legislatura que se relacione a la salud que contenga alguna disposición más restrictiva que la Ley Federal en protección del Consumidor, en esa instancia debe prevalecer lo dispuesto en el Código de Salud. No se debe perder de perspectiva que desde que fue aprobado por el Congreso el McCarran-Ferguson Act se le permite a los estados la regulación de los seguros siempre y cuando la legislación sea adecuada.

3) El Artículo 6.050 a-3 - hace referencia a los formularios de facturación UB92 y HCFA1500. Dichos formularios fueron sustituidos hace varios años por lo que deben reemplazarse por el UB04 y el CMS1500.

4) El Artículo 6.100 describe un proceso distinto al que siguen los planes médicos. En la actualidad se evalúa de manera concurrente la admisión y estudio, se documenta en la hoja de evaluación del auditor los servicios que se presentaron y que generalmente están contratados fuera de del "per diem"" y esa información se usa para validar los cargos al plan. El proceso aquí descrito también indica que no se debe usar para determinar necesidad médica .El concepto de necesidad médica de un servicio es de suma importancia por lo que debe incluirse en el proceso de validación.
5) El Artículo 6.110- Honorarios y Pagos debe modificarse para incluir el proceso que actualmente siguen las aseguradoras e incluirse la facultad del asegurador u organización de servicios de salud para determinar la necesidad médica de un servicio.

N. Plan de Salud Menonita y First Medical Plan

Las entidades antes mencionadas avalaron la medida sometiendo varias recomendaciones que fueron acogidas en nuestro análisis.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

Las Comisiones que suscribientes han determinado que esta medida **no tiene impacto fiscal** significativo sobre las finanzas de los gobiernos municipales.

IMPACTO FISCAL ESTATAL

A tenor con el Artículo 8 de la Ley Número 103 del 25 de mayo de 2006, conocida como "Ley para la Reforma Fiscal del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de 2006", de que no se aprobará ninguna Ley o Resolución que requiera la erogación de fondos públicos sin antes mediar certificaciones bajo juramento del Director de la Oficina de Gerencia y Presupuesto y del Secretario de Hacienda, ambas por separado, sobre la disponibilidad de fondos recurrentes o no recurrentes, para financiar las mismas, identificando su fuente de procedencia; y que de existir un impacto fiscal, el informe legislativo deberá contener recomendaciones que subsane el efecto negativo que resulte de la aprobación de la medida, como también deberán identificarse los recursos a ser utilizados por la entidad afectada para atender tales obligaciones;

las Comisiones suscribientes han determinado que esta medida **no tiene impacto fiscal** sobre las arcas del Gobierno Central.

CONCLUSIÓN

Bajo el P. del S. 1856 se establece una regulación específica para la operación de los seguros de salud, recogiendo en un solo código los avances logrados hasta el presente y añadiendo otras regulaciones dentro de la práctica de los seguros médicos en Puerto Rico. El Gobierno de Puerto Rico promueve una política pública de que todos los puertorriqueños tengan acceso a más y mejores servicios de salud. Entendemos que debido al crecimiento y desarrollo de la industria de los seguros de salud es necesario crear los parámetros para poder lograr una mejor fiscalización de dicha industria y la reglamentación.

Durante todo el proceso de discusión y análisis conducente a la evaluación del P. del S. 1856, se evidenció un consenso de todos los sectores en cuanto a que era necesario crear un nuevo Código de Seguros de Salud. Las Comisiones que suscriben están convencidas de la necesidad de aprobar el P. del S. 1856. Las enmiendas propuestas en el entirillado electrónico que se acompaña a este informe son producto del consenso entre nuestras Comisiones y participantes en las Vistas Públicas celebradas sobre la medida en discusión.

Con la aprobación de esta medida garantizamos una regulación y reglamentación más efectiva de la industria de los seguros de salud, incluyendo las entidades que ofrecen planes médicos. El P. del S. 1856 pretende codificar los estatutos relacionados a la industria de seguros de salud para lograr una mejor coherencia del tema a tratar, por lo cual entendemos es una idea que ayuda a la ciudadanía y a los entes jurídicos que les aplique. Por ser una legislación de vanguardia, se incorporan los cambios introducidos por la Ley de Reforma de Salud Federal- "Patient Protection and Affordable Care Act" y "Health Care and Education Reconciliation Act".

Se recomienda que el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico sea aprobado por fases para poder analizar y atender todas las áreas responsablemente, dada la complejidad e importancia del asunto y que para poder ir concediendo los derechos a los pacientes se han dividido las disposiciones del Código en varias partes. En el Proyecto se establecen las

definiciones generales y otras disposiciones que aplicarán a todas las partes del Código, y la forma en que éste se relacionará con el Código de Seguros de Puerto Rico.

Esta iniciativa de reglamentación atiende un sinnúmero de áreas de necesidad identificadas a través de los años, con el fin de lograr que todos los puertorriqueños tengan acceso a más y mejores servicios de salud, ampliar el margen de garantías de protección a los asegurados y promover un mayor crecimiento, desarrollo y fiscalización de esta industria. La aprobación de esta medida es fundamental porque permitirá que se pueda proteger mejor al paciente al crear unos controles en cuanto al manejo de los medicamentos de receta, entre otros asuntos de gran relevancia.

Por otro lado, la medida propone eliminar el trato diferente entre las organizaciones de servicios de salud y los aseguradores de incapacidad, en términos de reglamentación, agrupando bajo un mismo término, a saber, "organización de seguros de salud" o "asegurador", a todas las entidades sujetas a las leyes y reglamentos de seguros de Puerto Rico o sujetas a la jurisdicción del Comisionado. Además, estandariza las pautas para los exámenes de reclamaciones por servicios de cuidado de la salud, lo que permitirá que las reclamaciones puedan ser aprobadas con una celeridad mayor.

Al mismo tiempo, el proyecto promueve la disponibilidad de planes médicos para los patronos de pequeñas y medianas empresas en Puerto Rico, independientemente de la condición de salud o experiencia de reclamaciones de su grupo de empleados. También prohíbe el uso de cláusulas discrecionales en los planes médicos y las cubiertas de protección de ingresos en caso de incapacidad. Además, provee normas para establecer y mantener los procedimientos que deben seguir las organizaciones de seguros de salud para garantizar que las personas cubiertas tengan la oportunidad de obtener una oportuna y adecuada resolución de sus querellas; para fijar requisitos uniformes para las cubiertas de niños recién nacidos, niños recién adoptados y niños colocados para adopción, tanto en los planes médicos grupales como los individuales.

La Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, como reguladora y fiscalizadora de la industria de seguros en el país, favorece en toda su extensión la aprobación de este proyecto.

Las disposiciones contenidas en el Proyecto del Senado 1856 constituyen una aportación sumamente importante a la regulación de los planes médicos y uno de los pasos más importantes que se haya dado en los últimos años hacia el fortalecimiento de la regulación de la industria de seguros y de la protección del cliente de seguros.

Por los fundamentos expuestos, las Comisiones de Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas; y de Salud recomiendan la aprobación del P. del S. 1856, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

Respetuosamente sometido,

Lornna Soto Villanueva
Presidenta
Comisión de Banca, Asuntos del Consumidor
y Corporaciones Públicas

Ángel R. Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

GOBIERNO DE PUERTO RICO **LF-120**

16ta. Asamblea Legislativa

4ta. Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO
ENTIRILLADO ELECTRONICO

P. del S. 1856

15 DE OCTUBRE DE 2010

Presentado por el señor *Rivera Schatz;* la señora *Nolasco Santiago;* los señores *Arango Vinent, Seilhamer Rodríguez, Ríos Santiago;* las señoras *Padilla Alvelo, Arce Ferrer;* el señor *Berdiel Rivera;* la señora *Burgos Andújar;* los señores *Díaz Hernández, González Velázquez, Martínez Maldonado, Martínez Santiago, Muñiz Cortés;* las señoras *Peña Ramírez, Raschke Martínez, Romero Donnelly, Santiago González;* el señor *Soto Díaz;* la señora *Soto Villanueva;* el señor *Torres Torres;* y la señora *Vázquez Nieves*

Referido a las Comisiones de Salud; de Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas; y de lo Jurídico Civil

LEY

Para crear el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico; establecer sus disposiciones generales y la forma en que éste interactuará con el Código de Seguros de Puerto Rico; reglamentar el manejo de medicamentos de receta por parte de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, según ~~definidas~~ definidos; estandarizar en Puerto Rico las pautas para ~~los exámenes~~ las auditorías de reclamaciones por servicios de cuidado de la salud; promover la disponibilidad de planes médicos para los patronos de pequeñas y medianas empresas en Puerto Rico, independientemente de la condición de salud o experiencia de reclamaciones de su grupo de empleados; prohibir el uso de cláusulas discrecionales en los planes médicos y las cubiertas de protección de ingresos en caso de incapacidad; proveer las normas para establecer y mantener los procedimientos que deben seguir las organizaciones de seguros de salud o aseguradores para garantizar que las personas cubiertas o asegurados ~~tengan la oportunidad de obtener~~ obtengan una oportuna y adecuada resolución de sus querellas; para fijar requisitos uniformes para las cubiertas de niños recién nacidos, niños recién adoptados y niños colocados para adopción, tanto en los planes médicos grupales como individuales; para establecer estándares para los seguros de cuidado prolongado y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

A pesar de las innumerables enmiendas que ha experimentado el Código de Seguros de Puerto Rico desde su aprobación en 1957, el área de los planes médicos ha quedado rezagada en términos de regulación específica, todo ello a pesar de los profundos cambios ocurridos en este sector durante los pasados años. La situación se hace más relevante al considerar los cambios introducidos en este campo por la Ley de Reforma de Salud Federal —"Patient Protection and Affordable Care Act" y "Health Care and Education Reconciliation Act"—, que habrá de tener un efecto trascendental en nuestra sociedad y en nuestra economía. El Código de Seguros de Puerto Rico apenas cuenta con un reducido grupo de capítulos relacionados con esta importante área como son: el Capítulo 16, dedicado a los seguros de incapacidad física; el Capítulo 19, dedicado a las organizaciones de servicios de salud; ~~el Capítulo 31, relacionado con la negociación colectiva entre planes médicos y proveedores; y~~ el Capítulo 30, dedicado a requisitos de pago puntual a los proveedores de cuidado de salud~~;~~ y el Capítulo 31, relacionado con la negociación colectiva entre planes médicos y proveedores. Ha llegado el momento de actualizar el marco regulatorio que conlleva una actividad tan importante como es la salud de nuestro Pueblo. Además de armonizar las disposiciones legales vigentes en Puerto Rico en torno a las cubiertas de salud con la legislación más reciente aprobada a nivel federal, mediante la presente legislación se crea un nuevo Código de Seguros de Salud que hará más efectiva la fiscalización de estas actividades a nivel local.

Este Código de Seguros de Salud incide sobre un sinnúmero de áreas de gran relevancia en la industria de los seguros de salud tales como la protección del consumidor; la regulación de planes médicos grupales e individuales; las organizaciones de servicios de salud; la disponibilidad y asequibilidad de los seguros de cuidado prolongado; los sistemas de prestación de servicios; la prohibición de prácticas desleales; los procedimientos de querellas de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; la suficiencia de las redes de proveedores; los planes médicos para personas no asegurables; la regulación de los terceros administradores; las cubiertas para niños recién nacidos y adoptados; entre muchas otras. Todo lo anterior basado en la legislación modelo desarrollada por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés).

Esta iniciativa regulatoria atiende, además, un sinnúmero de áreas de necesidad identificadas a través de los años y tras la experiencia obtenida en el manejo de diversos modelos de financiación y prestación de los servicios médicos en Puerto Rico y en Estados Unidos. Ejemplos de esas áreas de necesidad la constituyen actividades de vital importancia para una efectiva regulación de esta industria tales como lo son los beneficios y restricciones en el manejo de los medicamentos de receta; los procesos de examen o auditoría de reclamaciones; la disponibilidad de planes médicos para pequeñas y medianas empresas y para asegurados individuales en Puerto Rico; la prohibición de prácticas injustas por parte de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; la protección de la integridad y confidencialidad de la información médica; la protección y fiscalización de la solvencia de los aseguradores; y garantías de protección a los asegurados bajo sistemas de prestación de servicios de cuidado coordinado.

Debido a la complejidad e importancia de este asunto, esta Asamblea Legislativa ha determinado conveniente aprobar, por fases, el nuevo Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, de manera que los distintos capítulos que lo componen puedan ser analizados responsablemente. En esta primera fase, se aprueban los siguientes capítulos; Disposiciones Generales, Manejo de Medicamentos de Receta, ~~Examen~~ Auditoría de Reclamaciones Presentadas a las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores, Disponibilidad de Seguros de Salud para las Pequeñas y Medianas Empresas, Prohibición de Uso de Clausulas Discrecionales, Procedimientos Internos de ~~Quejas~~ Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores, Cubierta para Niños Recién Nacidos, Niños Recién Adoptados y Niños Colocados para Adopción y el capítulo de Seguro de Cuidado Prolongado.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.- Se adopta un conjunto de disposiciones legales que será conocido y podrá citarse como el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, el cual será complementado por el Código de Seguros de Puerto Rico, Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, en todo aquello que este último no tenga conflicto con el primero. Ninguna disposición del Código de Seguros de Puerto Rico se entenderá derogada salvo que expresamente así se disponga en este Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, o cuando ~~sus~~ las disposiciones de ambos códigos estén en conflicto ~~con éste~~.

"Capítulo 2. Disposiciones Generales

Artículo 2.010. Título

Esta Ley constituye el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y puede citarse como tal.

Artículo 2.020. Declaración de Política Pública

El Gobierno de Puerto Rico adopta como política pública el garantizar una regulación y reglamentación más efectiva de la industria de los seguros de salud, incluyendo la regulación de aquellas entidades que ofrecen planes médicos grupales e individuales. Como parte de esa política pública es vital que se cumplan las normas promovidas por la Reforma de Salud Federal implantada a través del "Patient Protection and Affordable Care Act" y el "Health Care and Education Reconciliation Act." De igual forma, a nivel estatal es necesario recoger y uniformar en lo posible, en un nuevo cuerpo legal conocido como el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, las normas legales aplicables a esta importante industria, la cual ha experimentado un crecimiento sin precedentes en los pasados años.

La Política Pública aquí adoptada tiene como fin primordial ~~el~~ lograr que todos los puertorriqueños tengan acceso a más y mejores servicios de salud y promover un mayor crecimiento y desarrollo de esta industria.

Artículo 2.030 Definiciones

Para fines de este Código y excepto para aquellos Capítulos donde se provea una definición más específica, los siguientes términos tendrán el significado que se indica a continuación.

A. "Beneficios cubiertos" o "beneficios" significa los servicios de cuidado de la salud a los que una persona cubierta o asegurado tiene derecho conforme a un plan médico.

B. "Código de Seguros de Puerto Rico" se refiere a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada~~, conocida como Código de Seguros de Puerto Rico~~.

C. "Comisionado" significa el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

D. "Condición médica de emergencia" significa una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, ante la cual una persona lega, razonablemente prudente y con un conocimiento promedio de salud y medicina, puede esperar que, en ausencia de atención médica inmediata, la salud de la persona se colocaría en serio peligro, o resultaría en una seria disfunción de cualquier miembro u órgano del cuerpo o, con respecto a una mujer embarazada, que esté sufriendo contracciones, que no haya suficiente tiempo para trasladarla a otras

instalaciones antes del parto, o que trasladarla representaría una amenaza a su salud o a la de la criatura por nacer.

E. "Criterios de revisión clínica" significa los procedimientos escritos para el cernimiento, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa la organización de seguros de salud o asegurador para determinar la necesidad e idoneidad del servicio de cuidado de la salud.

F. "Cuidado médico" significa:

(1) El diagnóstico, ~~cuidado,~~ alivio, tratamiento o prevención de enfermedades;

(2) Transporte esencial para recibir el cuidado médico indicado en el inciso (1) y principalmente para dicho propósito.

G. "Dependientes" significa cualquier individuo que es o pudiese ser elegible ~~al~~ a un plan médico por motivo de la relación que tiene con el ~~empleado~~ asegurado principal y a tenor con las condiciones dispuestas en el plan médico. Podrán considerarse dependientes del ~~empleado~~ asegurado principal los siguientes:

(1) El cónyuge;

(2) Un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción menor de veintiséis (26) años~~, o cualquiera de éstos que, independientemente de la edad, no pueda sostenerse a sí mismo por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como~~

~~"Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas~~;

(3) Un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción que, independientemente de la edad, no pueda sostenerse a sí mismo por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas;

Hijastros;

~~(3)~~ (4) Hijos de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el ~~empleado~~ asegurado principal, en una relación ~~normal~~ de padre/madre e hijo/hija, y que es y continuará siendo totalmente dependiente de la familia del ~~empleado~~ asegurado principal para recibir alimento, según se establece en el Artículo 16.330 del Código de Seguros de Puerto Rico;

~~(4)~~ (5) Menor no emancipado cuya custodia le ha sido adjudicada al ~~empleado~~ asegurado principal;

~~(5)~~ (6) Individuo de cualquier edad que haya ~~sido~~ sido judicialmente declarado como incapacitado y cuya tutela haya sido adjudicada al ~~empleado~~ asegurado principal;

~~(6)~~ (7) Familiar del ~~empleado~~ asegurado principal o su cónyuge que viva permanentemente bajo el mismo techo del ~~empleado~~ asegurado principal

y que dependa sustancialmente de éste para su sustento, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de los seguros de salud;

~~(7)~~ (8) Padre y madre del asegurado principal, o los de su cónyuge, aunque no vivan bajo el mismo techo, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de los seguros de salud.

H. "Instalación de cuidado de salud" o "instalación" significa una institución con licencia para proveer servicios de cuidado de la salud o un lugar donde se provee cuidado médico, incluyendo los hospitales y otros centros con pacientes recluidos, centros de cirugía o tratamiento ambulatorios, centros de enfermería especializada, centros residenciales de tratamiento, centros de laboratorios, radiología e imágenes y los lugares de rehabilitación y otros tipos de terapia.

I. "NAIC" se refiere a la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros, conocido así por sus siglas en inglés.

J. "Organización de servicios de salud" significa toda ~~persona~~ entidad que se compromete mediante contrato a proveer o tramitar servicios de cuidado de la salud a ~~personas cubiertas~~ sus suscriptores a base del prepago de los mismos, salvo la cantidad que debe pagar ~~la persona cubierta~~ el suscriptor por concepto de copago, coaseguro o deducible, según se establece en el Capítulo sobre Organizaciones de Servicios de Salud de este Código.

K. "Organización de seguros de salud" o "asegurador" significa una entidad sujeta a las leyes y reglamentos de seguros de Puerto Rico o sujeta a la jurisdicción del Comisionado, que contrata o se ofrece a contratar para proveer, suministrar, tramitar o pagar los costos de servicios de cuidado de salud o reembolsar los mismos, incluyendo cualquier corporación con o sin fines de lucro de servicios hospitalarios y de salud, las organizaciones de servicios de salud u otra entidad que provea planes de beneficios, servicios o cuidado de la salud.

L. "Persona cubierta" o "asegurado" significa el tenedor de una póliza o certificado, suscriptor~~, persona suscrita~~ u otra persona que participe de los beneficios de un plan médico.

M. "Persona" significa persona natural o jurídica, incluyendo corporación, sociedad, asociación, sociedad conjunta, sociedad comanditaria, fideicomiso, organización no incorporada y entidades similares o alguna combinación de las anteriores.

N. "Plan abierto" significa un plan de cuidado coordinado que provee incentivos, incluidos los incentivos económicos, para que la persona cubierta o asegurado use los proveedores participantes conforme a los términos del plan.

O. "Plan cerrado" significa un plan de cuidado coordinado que requiere que la persona cubierta o asegurado use sólo proveedores participantes conforme a los términos del plan.

P. "Plan de cuidado coordinado" significa un plan médico que provee incentivos económicos o de otro tipo para que la persona cubierta o asegurado use los proveedores participantes de la organización de seguros de salud o asegurador, o que son administrados, contratados o empleados por ésta.

Q. "Plan de indemnización médica" significa plan médico que no es un plan de cuidado coordinado.

R. "Plan médico" significa un contrato de seguro, póliza, certificado, o contrato de suscripción con una organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador, provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base prepagada, mediante el cual la organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro ~~el~~ asegurador se obliga a proveer~~,~~ o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud mental, o servicios incidentales a la prestación de éstos.

S. "Profesional de la salud" significa un médico u otro profesional del campo de la salud con licencia, acreditado o certificado por las entidades correspondientes para proveer determinados servicios de cuidado de la salud a tenor con las leyes estatales y reglamentos correspondientes.

T. "Proveedor de cuidado de salud" o "proveedor" significa un profesional de la salud o una instalación de cuidado de la salud debidamente autorizado a prestar o proveer servicios de cuidado de la salud.

U. "Proveedor participante" significa el proveedor que, conforme a un contrato con una organización de seguros de salud o asegurador, o con ~~su~~ el contratista o subcontratista de ésta, haya acordado ~~proveer~~ brindar servicios de cuidado de la salud a las personas cubiertas o asegurados con la expectativa de recibir algún pago, aparte del porcentaje de coaseguro, el copago o el deducible, directa o indirectamente de parte de la organización de seguros de salud o asegurador.

V. "Representante ~~autorizado~~ personal" significa:

(1) Una persona a quien la persona cubierta o asegurado ha dado consentimiento expreso por escrito para que le represente para los propósitos de este Código;

(2) Una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución de la persona cubierta o asegurado;

(3) Un miembro de la familia inmediata de la persona cubierta o asegurado, o el profesional de la salud que atiende a la persona cubierta o asegurado, cuando ésta no tenga la capacidad de dar su consentimiento;

(4) Un profesional de la salud cuando el plan médico de la persona cubierta o asegurado requiere que un profesional de la salud solicite el beneficio; o

(5) En el caso de una solicitud de cuidado urgente, un profesional de la salud que tenga conocimiento sobre la condición médica de la persona cubierta o asegurado.

W. "Reglamento del Código de Seguros de Salud" se refiere a cualquier regla o reglamento que adopte el Comisionado al amparo de cualquier disposición de este Código.

X. "Servicios de cuidado de la salud" o "servicios médicos" significa servicios de diagnóstico, prevención, tratamiento, cura o alivio de padecimientos crónicos, dolencias, lesiones o enfermedades.

Y. "Servicios de emergencia" significa los servicios de cuidado de la salud prestados o que se requieren para tratar una condición médica de emergencia.

Z. "Suscriptor" significa cualquier persona acogida a un plan médico emitido por una organización de servicios de salud.

AA. "Urgencia" significa una condición médica suscitada, que no expone a riesgo de muerte inminente o la integridad de la persona, y que puede ser tratada en oficinas médicas u oficinas de horario extendido, no necesariamente en salas de emergencia, pero la cual, de no ser tratada en el momento adecuado y de la manera correcta, se podría convertir en una emergencia.

Artículo 2.040. Código de Seguros de Puerto Rico

Las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico serán de aplicación a los planes médicos y a las entidades ~~regulados~~ resultadas por este Código, en todo aquello que no sea incompatible con las disposiciones de éste.

Artículo 2.050. Conformidad con Leyes Federales

Cualquier disposición de este Código que conflija con alguna ley o reglamento federal aplicable a Puerto Rico en el área de la salud o de los planes médicos se entenderá enmendada para que armonice con tal ley o reglamento federal. Además:

A. Ningún asegurador u organización de seguros de salud que provea planes médicos grupales o individuales establecerá lo siguiente:

(1) Límites de por vida en los beneficios esenciales cubiertos, a tenor con la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and ~~Affordablle~~ Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas.

(2) Límites anuales irrazonables en los beneficios esenciales cubiertos, a tenor con la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and ~~Affordablle~~ Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas.

B. El apartado A no prohíbe que un asegurador u organización de seguros de salud que provea planes médicos grupales o individuales para los cuales no se requiera proveer beneficios esenciales de salud, según este término es definido en la legislación y reglamentación federal y local, establezca límites anuales o de por vida en beneficios específicos cubiertos, todo ello en la medida que tales límites estén de otro modo permitidos bajo leyes federales o estatales.

C. Todo asegurador u organización de seguros de salud que provea planes médicos individuales o grupales deberá por lo menos proveer cubierta y no impondrá requisitos de compartir costos ("cost-sharing") con respecto a los siguientes servicios de cuidado preventivo:

(1) Servicios incluidos en las recomendaciones más recientes del "United States Preventive Services Task Force".

(2) Inmunizaciones para las cuales hay en efecto una recomendación del "Advisory Committee on Inmunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention" y del Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico.

(3) Con respecto a infantes, niños y adolescentes hasta los veintiún (21) años, servicios de cuidado preventivo y cernimiento de los contemplados en las directrices del "Health Resources and Services Administration".

(4) Con respecto a mujeres, todo servicio preventivo y de cernimiento, según las directrices del "Health Resources and Services Administration", incluyendo los servicios relacionados con cernimiento de cáncer del seno ~~y mamografía~~.

D. Todo asegurador u organización de seguros de salud que provea planes médicos individuales o grupales deberá por lo menos tener disponible una cubierta que incluya los siguientes servicios:

(1) Servicios ambulatorios, médico-quirúrgicos

(2) Servicios de emergencia

(3) Hospitalización

(4) Servicios de maternidad y cuidado de recién nacidos

(5) Servicios de salud mental y de desórdenes por el uso de sustancias controladas

(6) Servicios de laboratorios, rayos x y pruebas diagnósticas

(7) Servicios pediátricos, incluyendo la vacuna contra el virus sincitial respiratorio y la vacuna contra el cáncer cervical

(8) Cualquier otro servicio o beneficio mandatorio que se requiera por ley o reglamento, estatal o federal.

~~D.~~ E. Nada de lo provisto en este Artículo se entenderá como que prohíbe a un asegurador u organización de seguros de salud proveer servicios más amplios que los aquí descritos.

~~E.~~ F. Ningún plan médico individual o grupal que ~~provea~~ incluya servicios de emergencia requerirá aprobación previa para tales servicios, independientemente de que el proveedor sea un proveedor participante o no.

~~F.~~ G. Todo plan médico individual o grupal que requiera la designación ~~para un niño~~ de un proveedor de cuidado primario, cuando el asegurado tiene dieciocho (18) años o menos, deberá permitir que se designe un médico especializado en pediatría en calidad de proveedor de cuidado primario ~~del niño~~, siempre que ese médico pediatra sea parte de la red de proveedores participantes del plan médico. "Proveedor de cuidado primario" significa el proveedor participante que tenga a su cargo, por designación de una organización de seguros de salud o asegurador, la supervisión, coordinación y suministro de cuidado inicial o de seguimiento de las personas cubiertas o asegurados. Además, la organización de seguros de salud o asegurador puede requerir que el proveedor de cuidado primario inicie los trámites de referido para cuidado especializado y continúe supervisando los servicios de cuidado de la salud ofrecidos a la persona cubierta o asegurado.

~~G.~~ H. Ningún plan médico individual o grupal establecerá requisitos de referido o de autorización previa para obtener servicios de obstetricia y ginecología provistos por proveedores participantes.

~~H.~~ I. Ningún plan médico individual o grupal establecerá exclusiones para condiciones preexistentes en el caso de menores de diecinueve (19) años. A partir del año 2014, el derecho a que no se discrimine por condiciones médicas preexistentes aplicará a todos ~~las personas cubiertas~~ los individuos, independientemente de su edad.

~~I.~~ J. Los derechos establecidos en este Artículo tendrán el alcance y se regirán de conformidad con los requisitos y procedimientos dispuestos por la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and ~~Affordablle~~ Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y la reglamentación federal y local adoptada al amparo de ésta.

Artículo 2.060. Poderes y Deberes del Comisionado

~~Con respecto~~ Respecto a este Código, ~~y además de los poderes y deberes que se le confieren en el mismo,~~ el Comisionado tendrá los poderes, facultades y deberes que se proveen en el mismo y, además, los ~~mismos~~ poderes, facultades y deberes que se establecen en el Código de Seguros de Puerto Rico.

Artículo 2.070. Separabilidad

Si alguna disposición de este Código, o su aplicabilidad a determinada persona o circunstancia, fuere declarada nula o inválida por un tribunal ~~de~~ con jurisdicción competente, ello no afectará la validez de las demás disposiciones del Código o su aplicabilidad a personas o circunstancias distintas a aquellas para las cuales fue determinada tal nulidad o invalidez.

Artículo 2.080. ~~Penalidades~~ Sanciones

~~Además de cualquier penalidad expresamente establecida en este Código por violación a alguna de sus disposiciones, cualquiera de tales violaciones que a su vez~~

~~constituya una violación al Código de Seguros de Puerto Rico estará sujeta a las penalidades establecidas en el mismo.~~ Aquellas violaciones a las disposiciones de este Código o a las reglas o reglamentos promulgados a su amparo que no tuvieren sanción o penalidad expresamente establecida, estarán sujetas a una multa administrativa no menor de quinientos dólares ($500.00) ni mayor de diez mil dólares ($10,000.00) por cada violación.

Capítulo 4 Manejo de Medicamentos de Receta

Artículo 4.010. Título

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre el Manejo de Medicamentos de Receta.

Artículo 4.020. Propósito

El propósito de este Capítulo es proveer normas para desarrollar, mantener y manejar los formularios de medicamentos de receta y otros procedimientos para el manejo de los beneficios de medicamentos de receta que establecen las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que proveen dichos beneficios.

Artículo 4.030. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Autorización previa o pre-autorización" significa el proceso de obtener aprobación previa de la organización de seguros de salud o asegurador, que se requiera bajo los términos de la cubierta del plan médico, para el despacho de un medicamento de receta ~~que así lo requiera~~.

B. "Comité de farmacia y terapéutica" significa un comité o cuerpo equivalente, compuesto por empleados o consultores externos contratados por una organización de seguros de salud o asegurador, ~~o por una persona designada por ésta, la cual es~~ el

cual estará compuesto por un número impar de miembros. Los miembros del comité de farmacia y terapéutica serán profesionales de la salud, ~~tal~~ tales como médicos y farmacéuticos, y ~~quien~~ en conjunto ~~tiene~~ tendrán conocimiento y pericia con respecto a:

(1) La forma adecuada, desde la perspectiva clínica, de recetar, suministrar y supervisar los medicamentos de receta para pacientes ambulatorios y

(2) La revisión y evaluación del uso de los medicamentos así como la intervención con dicho uso.

Si entre los miembros del comité de farmacia y terapéutica se encontrasen representantes del administrador de beneficios de farmacia o de la organización de seguros de salud o asegurador, éstos sólo podrán aportar consideraciones operacionales o de logística, pero no tendrán voto en determinaciones relativas a la inclusión o exclusión de medicamentos de receta en el formulario.

C. "Criterios de revisión clínica" son los procedimientos escritos para el cernimiento, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa la organización de seguros de salud o asegurador para determinar la necesidad médica e idoneidad de los servicios de cuidado de la salud.

D. "Evidencia médica o científica" significa evidencia encontrada en alguna de las siguientes fuentes:

(1) Estudios revisados por homólogos expertos, publicados o aceptados para publicación en las revistas médicas especializadas que cumplen con los requisitos reconocidos a nivel nacional para los textos científicos;

(2) Publicaciones médicas revisadas por homólogos expertos, las cuales incluyen publicaciones relacionadas con terapias que han sido evaluadas y aprobadas por juntas de revisión institucional, los compendios biomédicos y otras publicaciones médicas que cumplen con los criterios de indización de la Biblioteca Médica de los Institutos Nacionales de Salud en el Index Medicus (Medline) y los de Elsevier Science Ltd. en Excerpta Medicus (EMBASE);

(3) Las revistas médicas reconocidas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de Estados Unidos, conforme a la Ley Federal de Seguro Social;

(4) Los siguientes compendios normativos en inglés:

(a) "The American Hospital Formulary Service–Drug Information";

(b) "Drug Facts and Comparisons®";

(c) "The American Dental Association Accepted Dental Therapeutics" y

(d) "The United States Pharmacopoeia–Drug Information";

(5) Los hallazgos, estudios o investigaciones realizados por las agencias del gobierno federal, o con el auspicio de éstas, y por los institutos federales de investigación, reconocidos ~~en la Nación~~ en Estados Unidos de América, los cuales incluyen:

(a) La agencia federal "Agency for Health Care Research and Quality";

(b) Los Institutos Nacionales de la Salud;

(c) El Instituto Nacional del Cáncer;

(d) La "National Academy of Sciences";

(e) Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS);

(f) La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y

(g) Toda junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud cuyo propósito es evaluar la eficacia de los servicios de cuidado de salud.

(6) Toda evidencia médica o científica adicional que sea comparable con lo detallado en los incisos (1) al (5) precedentes.

E. "Exclusión categórica" significa la disposición expresa que establece un plan médico para la no cobertura de un medicamento de receta, identificando el mismo por su nombre científico o comercial.

~~E.~~ F. "Formulario" significa una lista de medicamentos de receta desarrollada y aprobada por la organización de seguros de salud o asegurador, o su designado, y la cual regularmente se evalúa para añadir o excluir medicamentos de receta, a la cual se refieren para determinar los beneficios en la cubierta de farmacia.

~~F.~~ G. "Medicamento de receta" o "medicina de receta" significa un medicamento aprobado o regulado; que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) permite que se mercadee; y que las leyes de Puerto Rico o de Estados Unidos exigen que sea suministrado mediante receta.

~~G.~~ H. "Orden de medicamento de receta", "receta" o "prescripción" significa una orden expedida por una persona licenciada, certificada o legalmente autorizada a expedir recetas de medicamentos, dirigida a un farmacéutico para el despacho de un medicamento de receta.

~~H.~~ I. "Persona que expide una receta de medicamentos" significa todo profesional de la salud autorizado por ley a expedir órdenes de medicamentos de receta.

~~I.~~ J. "Procedimiento de manejo de medicamentos de receta" o "PBMP", por sus siglas en inglés, incluye los siguientes elementos:

(1) Formularios (listas de medicamentos de receta);

(2) Restricciones de dosificación y límites de cantidad;

(3) Requisitos de autorización previa; o

(4) Requisitos de terapia escalonada.

~~J.~~ K. "Querella" significa el documento escrito solicitando algún remedio por parte o en representación de una persona cubierta o asegurado, por acciones o determinaciones de una organización de seguros de salud o asegurador en asuntos como los siguientes:

(1) La disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de cuidado de salud, incluidas las querellas relacionadas con una determinación adversa que resulte de una revisión de utilización;

(2) El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de salud; o

(3) Asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona cubierta o asegurado y la organización de seguros de salud o asegurador.

~~K.~~ L. "Representante ~~autorizado~~ personal" significa:

(1) Una persona a quien la persona cubierta o asegurado ha dado consentimiento expreso por escrito para que le represente al solicitar una excepción médica según se establece en este Capítulo;

(2) Una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución de la persona cubierta o asegurado;

(3) Un miembro de la familia inmediata de la persona cubierta o asegurado, o el profesional de la salud que la atiende, cuando ésta no tenga la capacidad de dar su consentimiento;

(4) El profesional de la salud que trata o suministra medicamentos a la persona cubierta o asegurado, a los fines de solicitar una excepción médica a nombre de ésta, según se establece en este Capítulo.

~~L.~~ M. "Restricción de dosis" significa ~~imponer~~ el establecimiento de una limitación en ~~la~~ el número de dosis de un medicamento de receta que estará ~~cubierta~~ cubierto durante ~~determinado~~ un periodo de tiempo específico.

~~(2)~~ (1) "Restricción de dosis" no incluye:

(a) Una disposición incluida en ~~una~~ la cubierta ~~de un plan médico con respecto a los beneficios de medicamentos de receta~~ en la que se limita el número de ~~la~~ dosis de un medicamento de receta que se cubrirá durante determinado periodo; o

(b) Una limitación en la dosis de un medicamento de receta cuando el fabricante del mismo lo ha retirado del mercado o no lo puede suplir.

~~M.~~ N. "Sustitución con bioequivalentes" significa ~~la sustitución~~ el intercambio de un medicamento de receta de marca por una versión bioequivalente ~~("AB-rated")~~ que tenga los mismos ingredientes activos, potencia y esté indicado para el mismo uso que el medicamento de receta de marca; cuya equivalencia terapéutica haya sido reconocida por la Administración Federal de Alimentos y Drogas (FDA), y que aparezca codificado como tal en el "Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations", mejor conocido como "Orange Book".

N. O. "Terapia escalonada" significa el protocolo que especifica la secuencia en que se deben suministrar los medicamentos de receta para determinada condición médica.

Artículo 4.040. Aplicabilidad y Alcance

Este Capítulo será aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, o su sus designado designados, que proveen provean o administren beneficios de medicamentos de receta para pacientes ambulatorios conforme las disposiciones del plan médico emitido, mediante el uso de un formulario o la aplicación de otro procedimiento de manejo de los beneficios de medicamentos de receta.

No se interpretará que ninguna las disposición de este Capítulo será aplicable a los medicamentos de receta que se excluyen categóricamente o por disposición contractual del plan médico de la persona cubierta o asegurado. Las disposiciones del plan médico que pretenden excluir todos los medicamentos de receta que no estén en el formulario no se considerarán una exclusión categórica para los fines de este Capítulo.

Las disposiciones de este Capítulo no serán aplicables a los medicamentos de receta que se excluyan categóricamente o por disposición contractual del plan médico de la persona cubierta o asegurado. Las disposiciones del plan médico que pretendan excluir todos los medicamentos de receta que no estén incluidos en el formulario no se considerarán una exclusión categórica para los fines de este Capítulo.

Artículo 4.050. Requisitos para el Desarrollo, Mantenimiento y Manejo de Formularios de Medicamentos de Receta y otros Procedimientos de Manejo de los Beneficios de Medicamentos de Receta

A. Toda organización de seguros de salud o asegurador que provea beneficios de medicamentos de receta y maneje dichos beneficios mediante el uso de un

formulario u otro procedimiento, establecerá ~~o deberá tener establecido~~ uno o más comités de farmacia y terapéutica, según entienda apropiado, para desarrollar, mantener y manejar dicho formulario y los procedimientos relacionados conforme a los requisitos de este Artículo. El comité de farmacia y terapéutica no participará en los procesos de determinación de beneficios que establezca la organización de seguros de salud o asegurador para el despacho de medicamentos de receta.

La organización de seguros de salud o asegurador ~~se asegurará de~~ garantizará que todo comité de farmacia y terapéutica ~~establecido tenga~~ establezca políticas y requisitos de divulgación en los que se contemple la identificación de posibles conflictos de interés entre los miembros de los comités y los desarrolladores o fabricantes de los medicamentos de receta. Ningún miembro del comité de farmacia y terapéutica podrá tener relación o interés alguno, financiero o de otra índole, con los desarrolladores o fabricantes de los medicamentos de receta.

B. La organización de seguros de salud o asegurador ~~se asegurará de~~ garantizará que todo comité de farmacia y terapéutica ~~establecido tenga~~ establezca por escrito y siga un procedimiento para evaluar la evidencia médica y científica relacionada con la seguridad y eficacia de los medicamentos de receta, incluyendo la información comparativa sobre medicamentos de receta similares y bioequivalentes, al decidir cuáles de los medicamentos de receta se incluirán en el formulario y al desarrollar otros procedimientos de manejo. La organización de seguros de salud o asegurador también garantizará que el comité de farmacia y terapéutica establezca procedimientos para el análisis, y posible inclusión en el formulario, de medicamentos para un uso no indicado ("off label use"), en aquellas condiciones de

salud donde se haya probado, mediante evidencia médica o científica, la eficacia del medicamento.

~~La organización de seguros de salud requerirá que el~~ Todo comité de farmacia y terapéutica ~~mantenga~~ mantendrá la documentación del proceso según se requiere en este inciso y ~~que suministre~~ suministrará todos los registros y documentos a solicitud de la organización de seguros de salud o asegurador~~, a fines de mantener los registros que se requieren en este Capítulo~~.

C. La organización de seguros de salud o asegurador requerirá que todo comité de farmacia y terapéutica ~~establecido~~ adopte y observe un procedimiento para considerar e implantar actualizaciones y cambios en el formulario u otro procedimiento de manejo, de manera oportuna, a base de:

(1) Nueva evidencia científica y médica u otra información relacionada con los medicamentos de receta que ~~figuran actualmente~~ figuren en el formulario o estén sujetos a otro procedimiento de manejo y nueva evidencia científica y médica sobre medicamentos de receta recién aprobados y de otra índole que no ~~figuran actualmente~~ figuren en el formulario o estén sujetos a algún otro procedimiento de manejo, para determinar si se debe hacer un cambio al formulario o procedimiento de manejo;

(2) Si fuera aplicable, información que reciba la organización de seguros de salud o asegurador con respecto a solicitudes de excepción médica para permitir que el ~~Comité~~ comité de farmacia y terapéutica evalúe si los medicamentos que ~~actualmente~~ figuran en el formulario o están sujetos a otro

procedimiento de manejo, cumplen con las necesidades de las personas cubiertas o asegurados; e

(3) Información sobre la seguridad y eficacia de los medicamentos de receta que figuran ~~actualmente~~ en el formulario o están sujetos a otro procedimiento de manejo, información sobre medicamentos de receta que sean clínicamente similares o bioequivalentes pero que no figuran en el formulario ni están sujetos a otro procedimiento de manejo, información que surja de las actividades de garantía de calidad de la organización de seguros de salud o asegurador, o información incluida en reclamaciones recibidas después de la revisión más reciente del comité de farmacia y terapéutica de dichos medicamentos de receta.

(4) La organización de seguros de salud o asegurador requerirá que el comité de farmacia y terapéutica realice la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) en un término no mayor de 90 días, contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA. En un término no mayor de 90 días, contados a partir de que el nuevo medicamento de receta entre al mercado, el comité de farmacia y terapéutica deberá emitir su determinación en torno a si incluirá o no en el formulario dicho nuevo medicamento de receta.

D. Sujeto a lo dispuesto por este Capítulo, la organización de seguros de salud o asegurador podrá contratar a otras personas para que realicen las funciones del comité de farmacia y terapéutica según se ~~describe~~ describen en este Artículo. La organización de seguros de salud o asegurador responderá al Comisionado por las

acciones, incumplimiento y violaciones a este Capítulo en que incurra el comité de farmacia y terapéutica.

Artículo 4.060. Información para las Personas que Expiden Recetas de Medicamentos, Farmacias, Personas Cubiertas o Asegurados y Posibles Personas Cubiertas o Asegurados

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán cumplir con los siguientes requisitos:

(1) Toda organización de seguros de salud o asegurador ~~o su designado~~ mantendrá y facilitará a las personas cubiertas o asegurados, a las personas que expiden recetas y a las farmacias que participan en su red preferida, o que proveen servicios de cuidado de salud a las personas cubiertas o asegurados, por medios electrónicos o, a solicitud de la persona cubierta o asegurado o de la farmacia, por escrito, lo siguiente:

(a) Su formulario (lista de medicamentos de receta) organizado por categorías terapéuticas;

(b) Información sobre los medicamentos de receta, si alguno, que estén sujetos a un procedimiento de manejo desarrollado y mantenido según las disposiciones de este Capítulo ~~y~~ e

(c) Información sobre la documentación que debe presentar la persona cubierta o asegurado o su representante ~~autorizado~~ personal para solicitar una excepción médica, según el proceso establecido ~~por la organización~~ a tenor con el Artículo 4.070 de este Código y la manera en que se debe presentar dicha documentación.

(2) La organización de seguros de salud o asegurador sólo podrá hacer, durante la vigencia de la póliza, certificado o contrato, cambios en el formulario o en otros procedimientos de manejo de medicamentos de receta si el cambio obedece a motivos de seguridad, ~~o~~ a que el fabricante del medicamento de receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado, o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario. A estos efectos notificará, o bajo su responsabilidad hará las gestiones para que algún tercero notifique dicho cambio a:

(a) Las personas cubiertas o asegurados y a las farmacias participantes de la red preferida, a más tardar la fecha de efectividad del cambio. ~~y las personas que expiden las recetas con por lo menos sesenta (60) días de antelación a la fecha de vigencia del cambio, a menos que la organización de seguros de salud o asegurador provea un suministro de hasta sesenta (60) días del medicamento en las condiciones existentes y que se siga recetando dicho medicamento a la persona cubierta o asegurado y~~

~~(b) [Las farmacias participantes de la red preferida de la organización de seguros de salud o asegurador a la fecha efectiva del cambio.]~~

Artículo 4.070. Requisitos y Procedimientos para la Aprobación de Excepciones Médicas

A. Si la organización de seguros de salud o asegurador que provee beneficios de medicamentos de receta maneja dicho beneficio mediante el uso de un formulario o la aplicación de limitaciones de dosis, de manera que determinado medicamento

recetado no se cubra para la cantidad de dosis recetada, o que tenga un requisito de terapia escalonada, de manera que no se cubra un medicamento recetado hasta que se cumplan los requisitos del procedimiento de manejo en particular, la organización de seguros de salud o asegurador establecerá y mantendrá un procedimiento para solicitar excepciones médicas que permita que la persona cubierta o asegurado, o su representante ~~autorizado~~ personal, solicite la aprobación de:

(1) Un medicamento de receta que no está cubierto según el formulario;

(2) Cubierta continuada de determinado medicamento de receta que la organización de seguros de salud o asegurador habrá de descontinuar del formulario por motivos que no sean de salud o porque el fabricante no ~~puede~~ pueda suplir el medicamento o lo haya retirado del mercado; o

(3) Una excepción a un procedimiento de manejo que implica que el medicamento de receta no estará cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que no estará cubierto por la cantidad de dosis recetada.

B. (1) La persona cubierta o asegurado, o su representante ~~autorizado~~ personal, solamente podrá hacer una solicitud conforme a este Artículo, la cual deberá ser por escrito, si la persona que expidió la receta ha determinado que el medicamento de receta solicitado es médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado porque:

(a) No hay ningún medicamento de receta en el formulario que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado;

(b) El medicamento de receta alternativo que figura en el formulario o que se requiere conforme a la terapia escalonada:

(i) Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona cubierta o asegurado y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente; o

(ii) Ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño a la persona cubierta o asegurado; o

(iii) La persona cubierta o asegurado ya se encontraba en un nivel más avanzado en la terapia escalonada de otro plan médico, por lo cual sería irrazonable requerirle comenzar de nuevo en un nivel menor de terapia escalonada.

(c) La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado o, a base de la evidencia

clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona cubierta o asegurado y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente.

(2) (a) La organización de seguros de salud o asegurador podrá requerir que la persona cubierta o asegurado, o su representante ~~autorizado~~ personal, provea una certificación de la persona que expide la receta sobre la determinación que se hizo conforme al inciso (1).

(b) La organización de seguros de salud o asegurador sólo podrá requerir que dicha certificación incluya la siguiente información:

(i) Nombre, número de grupo o contrato, número de suscriptor;

(ii) Historial del paciente;

(iii) Diagnóstico primario relacionado con el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica;

(iv) Razón por la cual:

(I) El medicamento de receta que figura en el formulario no es aceptable para ese paciente en particular;

(II) El medicamento de receta que se requiere que se use ya no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con terapia escalonada; o

(III) La dosis disponible para el medicamento de receta no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con una limitación de dosis;

(v) Razón por la cual el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica se necesita para el paciente, o, si la solicitud se relaciona con una limitación de dosis, la razón por la que se requiere la excepción a la limitación de dosis para ese paciente en particular.

C. (1) Al recibo de una solicitud de excepción médica hecha conforme a este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador se asegurará de que la solicitud sea revisada por profesionales de la salud adecuados, dependiendo de la condición de salud para la cual se solicita la excepción médica, quienes, al ~~tomar una decisión~~ hacer su determinación sobre la solicitud, ~~tomarán en cuenta~~ considerarán los hechos y las circunstancias específicas aplicables a la persona cubierta o asegurado para la cual se ~~hace~~ presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:

(a) Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida; y

(b) Si las hubiera, guías de práctica pertinentes, las cuales pueden incluir guías de práctica aceptadas, guías de práctica basadas en evidencia, guías de práctica desarrolladas por el comité de farmacia y terapéutica de la organización de seguros de salud o asegurador u otras guías de práctica desarrolladas por el gobierno federal, o sociedades, juntas o

asociaciones nacionales o profesionales en el campo de la medicina o de farmacia.

(2) Los profesionales de la salud designados por la organización de seguros de salud o asegurador para revisar ~~la~~ las ~~solicitud~~ solicitudes de excepción médica, se asegurarán que las ~~decisiones~~ determinaciones tomadas ~~con respecto a la solicitud~~ correspondan a los beneficios y exclusiones que se disponen en el plan médico de la persona cubierta o asegurado. Las referidas determinaciones deberán constar en un informe debidamente fundamentado.

D. (1) El procedimiento de solicitud de excepciones médicas que se dispone en este Artículo requerirá que la organización de seguros de salud o asegurador tome la ~~decisión~~ determinación con respecto a una solicitud ~~hecha~~ presentada y notifique dicha ~~decisión~~ determinación a la persona cubierta o asegurado, o a su representante ~~autorizado~~ personal, con la premura que requiera la condición médica de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso a más de setenta y dos (72) horas desde la fecha del recibo de la solicitud, o de la fecha del recibo de la certificación, en el caso que la organización de seguros de salud o asegurador solicite la misma conforme al apartado B(2), cual fuere posterior de las fechas.

(2) (a) Si la organización de seguros de salud o asegurador no toma una ~~decisión~~ determinación con respecto a la solicitud de excepción médica, ni la notifica ~~la decisión~~ dentro del periodo antes mencionado:

(i) La persona cubierta o asegurado tendrá derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud hasta por treinta (30) días; y

(ii) la organización de seguros de salud o asegurador tomará una ~~decisión~~ determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de que la persona cubierta o asegurado termine de consumir el medicamento suministrado.

(b) Si la organización de seguros de salud o asegurador no toma una ~~decisión~~ determinación con respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la ~~decisión~~ determinación antes de que la persona cubierta o asegurado termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuadamente, mientras se siga recetando el medicamento a la persona cubierta o asegurado y se considere que el mismo sea seguro para el tratamiento de su enfermedad o condición médica, a menos que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.

E. (1) Si se aprueba una solicitud de excepción médica hecha conforme a este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador proveerá cubierta para el medicamento de receta objeto de la solicitud y no requerirá que la persona cubierta o asegurado solicite aprobación para una repetición, ni para una receta nueva para continuar con el uso del mismo medicamento de receta luego de que se consuman las repeticiones iniciales de la receta. Todo lo

anterior sujeto a los términos de la cubierta de medicamentos de receta del plan médico, siempre y cuando:

(a) La persona que le expidió la receta a la persona cubierta o asegurado siga recetando dicho medicamento para tratar la misma enfermedad o condición médica y

(b) Se siga considerando que el medicamento de receta sea seguro para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado.

(2) La organización de seguros de salud o asegurador no establecerá un nivel de formulario especial, copago u otro requisito de costo compartido que sea aplicable únicamente a los medicamentos de receta aprobados mediante solicitudes de excepción médica.

F. (1) Toda denegación de una solicitud de excepción médica hecha por una organización de seguros de salud o asegurador:

(a) Se notificará a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante ~~autorizado~~ personal, por escrito, o por medios electrónicos, si la persona cubierta o asegurado ha acordado recibir la información por esa vía;

(b) Se notificará, por medios electrónicos, a la persona que expide la receta o, a su solicitud, por escrito y

(c) Se podrá apelar mediante la presentación de una querella a tenor con el Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores de este Código.

(2) La denegación expresará de una manera comprensible a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante ~~autorizado~~ personal:

(a) Las razones específicas de la denegación;

(b) Referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los criterios de revisión clínica y las guías de práctica, así como evidencia clínica, médica y científica considerada al tomar la ~~decisión~~ determinación de denegar la solicitud;

(c) Instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación y

(d) Una descripción del proceso y los procedimientos para presentar una querella para apelar la denegación conforme al Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores de este Código, ~~incluidos~~ incluyendo los plazos para dichos procedimientos.

G. No se requerirá que la organización de seguros de salud o asegurador establezca un procedimiento para solicitar excepciones médicas, ni que cumpla con las disposiciones de los apartados B, C, D, E (1), y F, si la organización de seguros de ~~cuidado~~ de salud o asegurador:

(1) Tiene un procedimiento de revisión acelerada de utilización como se dispone en el Capítulo sobre Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios de este Código; y

(2) Permite que la persona cubierta o asegurado, o su representante ~~autorizado~~ personal, use dicho proceso para solicitar la aprobación de cubierta de un

medicamento de receta que no tiene cubierta debido al formulario u otro procedimiento de manejo.

I. No se interpretará que este Artículo permite que la persona cubierta o asegurado pueda usar el procedimiento de solicitud de excepción médica aquí dispuesto para solicitar la cubierta de un medicamento de receta que esté excluido ~~contractualmente de manera categórica~~ categóricamente de la cubierta de su plan médico.

Artículo 4.080. Requisitos de Registros e Informes

A. Toda organización de seguros de salud o asegurador mantendrá registros escritos o electrónicos suficientes para demostrar el cumplimiento con este Capítulo, los cuales incluirán registros que documenten el proceso de toma de ~~decisiones~~ determinaciones con respecto a los formularios u otros procedimientos de manejo de medicamentos de receta y registros que documenten la implantación del proceso de solicitud de excepción médica. Los registros se conservarán por un periodo no menor de tres (3) años o hasta que se complete el próximo examen de la organización de seguros de salud o asegurador, cuál de las fechas sea posterior, y estarán disponibles a solicitud del Comisionado.

B. Toda organización de seguros de salud o asegurador mantendrá registros con respecto a los asuntos que se indican a continuación, y a solicitud del Comisionado, proveerá la siguiente información relacionada con las solicitudes de excepción médica:

(1) La cantidad total de solicitudes de excepción médica;

(2) De la cantidad total de solicitudes de excepción médica provista a tenor con el inciso (1):

(a) La cantidad de solicitudes hechas para cubierta de un medicamento de receta que no figura en el formulario;

(b) La cantidad de solicitudes hechas para cubierta continuada de un medicamento de receta que la organización de seguros ~~de cuidado~~ de salud o asegurador habría de descontinuar ~~de la cubierta~~ del formulario por motivos que no fueran de seguridad o porque el fabricante no puede suplir el medicamento o lo haya retirado del mercado y

(c) La cantidad de solicitudes hechas para una excepción a un procedimiento de manejo en el que se aplican requisitos de limitación de dosis o terapia escalonada al medicamento de receta;

(3) La cantidad de solicitudes aceptadas y denegadas; y

(4) Toda otra información que el Comisionado pudiera solicitar.

Artículo 4.090. Responsabilidades de Fiscalización y Contratación

A. La organización de seguros de salud o asegurador será responsable de fiscalizar todas las actividades que se realicen a tenor con este Capítulo y de asegurar que se cumplan todos sus requisitos y los reglamentos aplicables.

B. Si la organización de seguros de salud o asegurador contrata a otra persona para realizar las actividades que se requieren en este Capítulo o en los reglamentos aplicables, el Comisionado responsabilizará a la organización de seguros de salud o asegurador por la fiscalización de las actividades de la persona contratada y por ~~de asegurar~~ que se cumplan los requisitos de este Capítulo y los reglamentos aplicables.

Artículo 4.100. Requisitos de Divulgación

A. En las pólizas, certificados, folletos informativos, resúmenes de cubierta, evidencia de cubierta o cualquier otro documento que se provea a las personas cubiertas o asegurados, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que utilicen formularios u otro tipo de procedimiento de manejo de medicamentos de receta:

(1) Divulgarán la existencia del formulario y otro procedimiento de manejo y el hecho de que puede haber otras limitaciones o requisitos en el plan que pudieran afectar **[a]** la cubierta de determinados medicamentos de receta en específico;

(2) Describirán el proceso de solicitud de excepción médica que se puede usar para solicitar la cubierta de medicamentos de receta que no figuran en el formulario o para solicitar una excepción a los requisitos de limitación de dosis o terapia escalonada y

(3) Describirán el proceso para presentar una querella, tal como se dispone en el Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores de este Código, para apelar la denegación de una solicitud de excepción médica.

B. En las pólizas, certificados, folletos informativos, resúmenes de cubierta, evidencia de cubierta o cualquier otro documento que se provea a las personas cubiertas o asegurados se explicará y se incluirá una descripción, de manera comprensible a un lego, el formulario de medicamentos y cada uno de los procedimientos de manejo de medicamentos de receta. La explicación indicará además que la organización de seguros de salud o asegurador ~~o su designado~~ proveerá a la persona cubierta o

asegurado una copia ~~de la lista~~ del formulario junto con información sobre cuáles medicamentos de receta están sujetos a los procedimientos de manejo.

Capítulo 6 ~~Examen~~ Auditoría de Reclamaciones Presentadas a las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores

Artículo 6.010. Título

Este Capítulo se conocerá y se podrá citar como el Capítulo sobre ~~Examen~~ Auditoría de Reclamaciones Presentadas a las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores.

Artículo 6.020. Propósito

El propósito de este Capítulo es estandarizar ~~en Puerto Rico~~ las pautas para ~~los exámenes~~ las auditorías de reclamaciones por servicios de cuidado de salud presentadas a las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, terceros administradores y otros planes médicos. ~~Dichos exámenes~~ Dichas auditorías se realizan para determinar si la información en los expedientes médicos del proveedor ~~institucional~~ concuerda con los servicios que figuran en la reclamación de pago presentada por un asegurado o proveedor ~~institucional~~. Se pretende además mitigar los posibles conflictos ~~del examen~~ con los usos ~~médicos~~ de los expedientes médicos y reducir los costos adicionales que representan ~~los exámenes innecesarios~~ las auditorías innecesarias.

Artículo 6.030. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "~~Examinador~~ Auditor de reclamaciones cualificado" significa una persona empleada o contratada por una organización de seguros de salud o asegurador, ~~que es reconocida como~~ capacitada para realizar o coordinar ~~exámenes~~ auditorías de reclamaciones y que se rige por políticas y procedimientos explícitos dirigidos a

proteger la confidencialidad y para desechar adecuadamente la información del paciente que tuviera bajo su control.

B. "~~Examen~~ Auditoría de reclamaciones" significa el proceso para determinar si la información en el expediente médico del reclamante corresponde a los servicios de cuidado de la salud que figuran en la reclamación presentada a la organización de seguros de salud o asegurador. ~~El examen~~ La auditoría de reclamaciones no comprende la revisión de la necesidad médica, ni de la razonabilidad de los cargos cobrados por los servicios.

C. "Cargos no corroborados" o "cargos no documentados" significa que el volumen de servicios indicado en la reclamación supera el volumen identificado en la documentación del proveedor ~~institucional~~; también denominado sobrefacturación.

D. "Cargos no facturados" significa cargos o servicios prestados que no se han facturado.

E. "Cargos subfacturados" significa que el volumen de servicios indicado en la reclamación es menor que el volumen identificado en la documentación del proveedor ~~institucional~~.

F. "Centro de cirugía ambulatoria" significa un establecimiento con una facultad médica organizada, con instalaciones permanentes equipadas y operadas principalmente con el propósito de realizar procedimientos quirúrgicos. En tales establecimientos se proveen servicios médicos y de enfermería graduada constantemente mientras el paciente se encuentra en el establecimiento. Un centro de cirugía ambulatoria no provee servicios ni alojamiento para que los pacientes pernocten y presta los siguientes servicios mientras el paciente esté en el centro:

(1) medicamentos según requieran los procedimientos quirúrgicos,

(2) atención al bienestar físico y mental de los pacientes,

(3) servicios de emergencia,

(4) administración estructurada y

(5) expedientes administrativos, estadísticos y médicos.

G. "Expediente médico" significa una recopilación de gráficas, registros, informes, documentos y otros memorandos que mantiene el proveedor ~~institucional~~ en determinado lugar, para registrar o indicar la condición, dolencia o enfermedad física o mental y el tratamiento correspondiente del paciente, en la actualidad o en el pasado.

H. ~~"Proveedor institucional" significa una institución que provee servicios de cuidado de la salud en lugares habilitados para dichos servicios, que incluyen, entre otros, hospitales, centros para pacientes ingresados, centros de cirugía ambulatoria, centros de enfermería especializada y centros de tratamiento residencial.~~ "Proveedor" significa un profesional de la salud o una instalación de cuidado de la salud debidamente autorizado a prestar o proveer servicios de cuidado de la salud.

I. "Reclamación final" significa la factura final de un proveedor ~~institucional~~ en la que se detallan todos los cargos que el proveedor ~~institucional~~ está cobrando.

J. "Reclamante" significa ~~un~~ una persona cubierta o asegurado de un plan médico que haya recibido servicios ~~quirúrgicos o de hospitalización~~ de cuidado de la salud y cuyos costos éste, u otra persona a nombre de éste, solicita que pague la organización de seguros de salud o asegurador.

Artículo 6.040. Aplicabilidad y Alcance

Este Capítulo será aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud o aseguradores. Todo proveedor ~~institucional~~ que acepte el pago de beneficios que corresponden a una persona cubierta o asegurado será responsable del trámite y los resultados de ~~los exámenes~~ las auditorías de las reclamaciones, independientemente de si ~~el examen lo~~ la auditoría la lleva a cabo un empleado o se realiza por contrato con otra firma. El proveedor ~~institucional~~ y la organización de seguros de salud o asegurador:

A. Fiscalizarán el proceso para asegurar que ~~el examen~~ la auditoría se lleve a cabo de conformidad con este Capítulo;

B. Se mantendrán al tanto de las actividades del ~~examinador~~ auditor con relación ~~al examen~~ a la auditoría de reclamaciones y

C. Tomarán las medidas correctivas correspondientes de manera expedita si se observa alguna conducta indebida por parte del ~~examinador~~ auditor.

Artículo 6.050. Cualificaciones de los ~~Examinadores~~ Auditores y de los Coordinadores de ~~Exámenes~~ Auditorías de Proveedores ~~Institucionales~~

A. Los ~~examinadores~~ auditores de reclamaciones y los coordinadores de ~~exámenes~~ auditorías de proveedores ~~institucionales~~ tendrán el conocimiento, la experiencia y la pericia ~~adecuados~~ adecuada en el campo del cuidado de la salud, entre otros, en las siguientes áreas:

(1) El formato y contenido de los expedientes médicos y los demás tipos de documentación médica y clínica;

(2) Los principios y prácticas aceptados, tal como se aplican ~~al exámen~~ a la auditoría de reclamaciones;

(3) Los formularios de facturación vigentes en la industria de seguros de salud ~~incluidos los formularios UB92 y el HCFA 1500~~ y los procedimientos de facturación;

(4) La reglamentación estatal y federal relacionada con el uso, la divulgación y la confidencialidad de los expedientes de los pacientes;

(5) Las unidades de cuidado crítico, áreas de especialización y unidades auxiliares relacionadas con determinado examen y

(6) La terminología médica y la codificación bajo códigos tales como ICD-9, CPT y HCPCS.

B. Si los proveedores ~~institucionales~~ o la organización de seguros de salud o asegurador entienden que la persona que realiza ~~el examen~~ la auditoría no cumple con estos requisitos, deben comunicarlo de inmediato a la firma del ~~examinador~~ auditor o auspiciador ~~del examen~~ de la auditoría.

C. El personal de ~~examen~~ auditoría actuará de una manera profesional y conforme a las normas ética y los requisitos de confidencialidad, siempre con una perspectiva objetiva. Dicho personal deberá documentar sus hallazgos y señalamientos.

D. El ~~examinador~~ auditor identificará en su informe todo cargo no corroborado, no facturado o subfacturado que se identifique durante ~~un examen~~ una auditoría.

E. La remuneración, los beneficios, los honorarios o instrucciones de los ~~examinadores~~ auditores individuales no se tramitarán de una manera que pudiera poner en tela de juicio sus hallazgos. La remuneración de los ~~examinadores~~ auditores se tramitará de una manera que no se produzca incentivo alguno por producir hallazgos de asuntos cuestionables. Los proveedores ~~institucionales~~ o las organizaciones de seguros de

salud o aseguradores que entiendan que el ~~examinador~~ auditor aparenta tener un conflicto de intereses se comunicarán con los funcionarios correspondientes de la organización que esté llevando a cabo ~~el examen~~ la auditoría.

Artículo 6.060. Notificación ~~del Examen~~ de la Auditoría

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores y los proveedores ~~institucionales~~ se esforzarán por resolver directamente todas las interrogantes relacionadas con las reclamaciones. Se indicará el nombre, el número de teléfono de contacto, [~~y~~] el número de fax y la dirección de correo electrónico de todo representante de la organización de seguros de salud o asegurador o proveedor ~~institucional~~ a más tardar al momento de la facturación, en el caso del proveedor ~~institucional~~, y al momento de la primera solicitud por la organización de seguros de salud o asegurador.

B. Si los representantes de la organización de seguros de salud o asegurador y el proveedor ~~institucional~~ no pueden resolver de manera satisfactoria las interrogantes acerca de la facturación, la organización de seguros de salud o asegurador podrá iniciar de lleno el proceso de ~~examen~~ auditoría.

C. ~~El examen~~ La auditoría de reclamaciones puede requerir el uso de alguna documentación o el examen del expediente médico del paciente, así como otra documentación médica y clínica. El propósito principal de la documentación contenida en un expediente médico es asegurar la continuidad del cuidado del paciente y, por lo tanto, el uso de los expedientes del paciente para propósitos de ~~examen~~ auditoría estará siempre subordinado a su uso para el cuidado del paciente.

D. ~~Todo examen~~ Toda auditoría de las reclamaciones presentadas a las organizaciones de seguros de salud o aseguradores comenzará con una notificación al proveedor ~~institucional~~ de la intención de llevar a cabo ~~el examen~~ la auditoría. El ~~examinador~~ auditor de reclamaciones cualificado enviará la notificación al proveedor ~~institucional~~ a más tardar los seis (6) meses del recibo por la organización de seguros de salud o asegurador de la reclamación final. Al recibir la notificación, el proveedor ~~institucional~~ tendrá treinta (30) días para responder y proveerá un itinerario para ~~el examen~~ la auditoría. El ~~examinador~~ auditor cualificado completará ~~el examen~~ la auditoría a más tardar los ~~doce (12)~~ treinta y seis (36) meses del recibo por la organización de seguros de salud o asegurador de la reclamación final. Cada una de las partes tomará previsiones razonables ante la eventualidad de que alguna de ~~las partes~~ éstas no pueda cumplir con el itinerario. La organización de seguros de salud o asegurador no solicitará, ni aceptará ~~ningún examen~~ ninguna auditoría después de que hayan transcurrido ~~doce (12)~~ treinta y seis (36) meses de la fecha del recibo de la reclamación final. Disponiéndose, que no se interpretará que el término treinta y seis (36) meses para completar la auditoría dejará sin efecto aquellos términos menores que para los mismos propósitos se hayan acordado mediante libre contratación.

E. Todo ~~examen~~ auditoría de reclamaciones se llevará a cabo en las oficinas del proveedor ~~institucional~~, salvo que el proveedor ~~institucional~~ acepte una solicitud particular y razonable para realizar ~~el examen~~ la auditoría en otro lugar.

F. Toda solicitud de ~~examen~~ auditoría de reclamaciones, sea por teléfono, por medio electrónico o por escrito, incluirá la siguiente información:

(1) La factura o grupo de facturas que motiva la solicitud de ~~examen~~ auditoría por parte de la organización de seguros de salud o asegurador. Cuando se pretende examinar solamente determinados cargos o partes de las facturas, se debe indicar en la notificación;

(2) Nombre del paciente;

(3) Fechas de admisión y alta, si aplica;

(4) Nombre del ~~examinador~~ auditor y el nombre de la firma del ~~examinador~~ auditor, cuando la organización de seguros de salud o asegurador haya contratado con un tercero para realizar ~~el examen~~ la auditoría;

(5) El número del expediente médico y el número de cuenta del paciente del proveedor ~~institucional~~, si se conocen, y

(6) La persona de contacto para discutir la solicitud y programar ~~el examen~~ la auditoría.

G. Los proveedores ~~institucionales~~ que no puedan tramitar la solicitud de ~~examen~~ auditoría conforme a las disposiciones aquí establecidas, explicarán, en un término máximo de treinta (30) días calendario, la razón por la cual no pueden atender la solicitud. ~~dentro de un lapso razonable~~ Junto con la referida explicación ofrecerán una fecha alterna ~~un término razonable~~ para ~~programar el examen~~ realizar la auditoría, la cual no excederá de sesenta (60) días a partir de la fecha originalmente establecida para la auditoría ~~en otra fecha~~. Los ~~examinadores~~ auditores deberán agrupar ~~los exámenes~~ las auditorías para maximizar la eficiencia, cuando sea factible.

H. El proveedor ~~institucional~~ que haya hecho la reclamación de pago o reembolso conforme a un contrato de cuidado coordinado será responsable de notificar, con anticipación a la fecha programada para ~~el examen~~ la auditoría, si el ~~examinador~~ auditor habrá de confrontar alguna dificultad para acceder los expedientes. Como condición de pago, el proveedor ~~institucional~~ será responsable de proveer al ~~examinador~~ auditor toda información que pudiera afectar la eficiencia ~~del examen~~ de la auditoría cuando el ~~examinador~~ auditor llegue a las oficinas del proveedor.

Artículo 6.070. Coordinadores de ~~Exámenes~~ Auditorías de Proveedores ~~Institucionales~~

A. Los proveedores ~~institucionales~~ designarán una persona para coordinar todas las actividades de ~~los exámenes~~ auditorías de reclamaciones. Los coordinadores de ~~exámenes~~ auditorías tendrán las mismas cualificaciones que se requieren del ~~examinador~~ auditor conforme al Artículo 6.050 de este Capítulo. Los deberes del coordinador de ~~exámenes~~ auditorías incluyen, entre otros, los siguientes:

(1) Programar ~~el examen~~ la auditoría;

(2) Notificar al resto del personal y a los otros departamentos del proveedor ~~institucional del examen~~ de la auditoría ~~programado~~ programada;

(3) Asegurar que el expediente médico incluye la declaración de la condición de admisión del paciente;

(4) Verificar que el ~~examinador~~ auditor sea un representante autorizado de la organización de seguros de salud o asegurador;

(5) Reunir los documentos que se requieren en el examen la auditoría;

(6) Coordinar las solicitudes de información del ~~examinador~~ auditor, el espacio donde se llevará a cabo ~~el examen~~ la auditoría y el acceso a los registros y al personal del proveedor ~~institucional~~;

(7) Orientar a los ~~examinadores~~ auditores con respecto a los procedimientos de ~~examen~~ auditoría del proveedor ~~institucional~~, las pautas de documentación y las prácticas de facturación;

(8) Servir de enlace entre el personal ~~del examen~~ de la auditoría y el personal del proveedor ~~institucional~~;

(9) Hacer una entrevista final con el ~~examinador~~ auditor para responder a sus preguntas y discutir los hallazgos ~~del examen~~ de la auditoría;

(10) Leer el informe escrito final del ~~examinador~~ auditor y darle seguimiento a las reclamaciones o cargos pendientes de resolución;

(11) Tramitar el pago, según corresponda; y

(12) Tramitar los ajustes a las facturas o reembolsos que se requieran.

Artículo 6.080. Condiciones y Programación de ~~los Exámenes~~ las Auditorías

A. Para asegurar que el proceso de ~~examen~~ auditoría sea justo, eficiente y eficaz, los proveedores ~~institucionales~~ y ~~examinadores~~ auditores cumplirán con los siguientes requisitos:

(1) Independientemente del propósito original ~~del examen~~ de la auditoría de reclamaciones, todas las partes acordarán reconocer, registrar o presentar cualquier cargo no corroborado, no facturado o subfacturado que descubra el ~~examinador~~ auditor;

(2) La programación de ~~un examen~~ una auditoría no impedirá la facturación ~~tardía~~ de cargos no facturados;

(3) Las partes que participan en ~~el examen~~ la auditoría acordarán mutuamente el itinerario para la resolución de toda discrepancia, interrogante o error que surja y se ceñirán a dicho itinerario;

(4) Se hará una reunión y un informe escrito al final de ~~todo~~ toda ~~examen~~ auditoría. Si el proveedor ~~institucional~~ renuncia a la reunión final, el ~~examinador~~ auditor así lo hará constar en su informe escrito. El contenido específico del informe final se divulgará únicamente a las partes que participan en ~~el examen~~ la auditoría;

(5) El proveedor ~~institucional~~ tendrá sesenta (60) días para responder a los hallazgos, después de lo cual se considerará que ~~el examen~~ la auditoría es final;

(6) Cuando ambas partes hayan aceptado los hallazgos ~~del examen~~ de la auditoría, los resultados de ~~éste~~ ésta serán finales;

(7) Todas las personas que participen en ~~el examen~~ la auditoría actuarán de una manera profesional y ~~cortés~~ respetuosa y resolverán todas las diferencias de criterio de una manera amigable;

(8) En caso de que los ~~examinadores~~ auditores noten que hay algún problema recurrente con la facturación o la documentación y que dicho problema no se puede corregir como parte del proceso de culminación ~~del examen~~ de la auditoría, se informará de la situación a la gerencia del proveedor ~~institucional~~ y a la organización de seguros de salud o asegurador. El

proveedor ~~institucional~~ y la organización de seguros de salud o asegurador tomarán las medidas correspondientes para resolver el problema que se ha identificado. Las partes ~~examinadas~~ auditadas atenderán los problemas o interrogantes que surjan como parte del proceso de ~~examen~~ auditoría.

Artículo 6.090. Confidencialidad y Autorizaciones

A. Todos los participantes de ~~un examen~~ una auditoría de reclamaciones cumplirán con todas las leyes federales y estatales y todos los acuerdos contractuales relacionados con la confidencialidad de la información de los pacientes.

B. Se requiere autorización del paciente para divulgar sus expedientes médicos. En la declaración de condición que solicita el proveedor ~~institucional~~ al admitir el paciente se incluirá un texto que contemple la autorización de la divulgación de los expedientes. Si no se obtiene esta declaración, se requiere una autorización aparte para ~~el examen~~ la auditoría de reclamaciones. La autorización no tiene que nombrar a una organización de seguros de salud o asegurador o una firma de ~~examen~~ auditoría en específico.

C. La persona que realiza ~~el examen~~ la auditoría de reclamaciones o el proveedor ~~institucional~~ obtendrá la autorización, la cual debe incluir por lo menos la siguiente información:

(1) El nombre de la organización de seguros de salud o asegurador y, si fuera aplicable, el nombre de la firma de ~~examen~~ auditoría que recibirá la información;

(2) El nombre de la institución que divulgará la información;

(3) El nombre completo, fecha de nacimiento y dirección del paciente cuyos expedientes se divulgarán;

(4) La naturaleza o alcance de la información que se divulgará, con las fechas de tratamiento;

(5) El número de cuenta del paciente con el proveedor ~~institucional~~, si figura en la factura; y

(6) La firma del paciente o su representante legal y la fecha en que se firmó el consentimiento.

D. El pago de beneficios a un paciente implicará que se autorizó ~~el examen~~ la auditoría de sus expedientes.

E. El coordinador ~~del examen~~ de la auditoría confirmará al representante de la firma de ~~examen~~ auditoría que hay una declaración de condición al momento de admisión para ~~el examen~~ la auditoría que se programará.

F. El proveedor ~~institucional~~ informará al paciente o reclamante, a su debido tiempo, si hay leyes federales o estatales que prohíban o restrinjan de alguna manera ~~el examen~~ la auditoría de los expedientes médicos y si la institución tiene políticas y procedimientos ~~relacionadas~~ relacionados con la confidencialidad que sean aplicables ~~al examen~~ a la auditoría de dichos documentos. Dichas políticas no tendrán la intención específica de demorar ~~el examen~~ la auditoría.

Artículo 6.100. Documentación

A. La verificación de los cargos incluirá la investigación de que:

(1) Los cargos que figuran en la factura son correctos;

(2) Se prestaron los servicios según consta en los expedientes médicos u otros registros y

(3) Los servicios fueron prestados ~~por la institución~~ según el plan de tratamiento de un médico. Si corresponde, el personal profesional puede proveer suministros o seguir los procedimientos conforme a las políticas y procedimientos de la institución, o las normas de las juntas de práctica profesional. Muchos procedimientos podrían incluir artículos que no constan específicamente en el expediente médico pero se disponen en las políticas médicas o clínicas. Dichas políticas se revisarán, aprobarán y documentarán según lo requiere la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Cuidado de la Salud ("Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations") u otra agencia acreditadora. Las políticas estarán disponibles para los ~~examinadores~~ auditores.

B. El expediente médico contiene información clínica sobre los diagnósticos, tratamientos y resultados y no es un documento de facturación. En general, el expediente médico del paciente contiene información relacionada con el cuidado del paciente y no tiene que proveer constancia de cada cargo individual que aparece en la factura del paciente. Podría existir algún otro tipo de documentación firmada donde figuren los servicios prestados al paciente en los departamentos auxiliares del proveedor ~~institucional~~, tal como las bitácoras de tratamiento, registros diarios, boletas individuales de servicio o de órdenes y otros documentos.

C. Los ~~examinadores~~ auditores ~~quizás tengan que~~ podrán revisar varios otros documentos para determinar la validez de los cargos y ~~deben reconocer que~~

aceptarán estas fuentes de información ~~se aceptan~~ como evidencia razonable de que en realidad se prestaron los servicios al paciente, según fueron ordenados por un médico. Los proveedores ~~institucionales~~ se deben asegurar de que existan políticas y procedimientos adecuados en los que se especifiquen la documentación y las autorizaciones que deben incluirse en el expediente médico, los registros y bitácoras suplementarias. Estos procedimientos, además, deben especificar que se ordenaron y se prestaron debidamente los servicios a los pacientes. El proveedor ~~institucional~~ notificará al ~~examinador~~ auditor si la documentación proviene de una fuente que no sea el expediente médico y facilitará el acceso a dichas fuentes.

Artículo 6.110. Honorarios y Pagos

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores pagarán las facturas de manera expedita y no demorarán el pago debido al proceso de ~~examen~~ auditoría. El pago de una factura presentada a un pagador secundario se basará en la cantidad facturada y cubierta por el plan médico primario del paciente.

B. Si se pagaran honorarios a los ~~examinadores~~ auditores, se pagarán al comienzo ~~del examen~~ de la auditoría de reclamaciones. ~~Si durante el examen se identifica alguna cantidad debida por alguna de las partes, se pagará dicha cantidad dentro de un plazo razonable que no excederá los treinta (30) días de la fecha en que se completó el examen, salvo que las partes acuerden lo contrario.~~

C. Si durante la auditoría se identifica alguna cantidad debida por alguna de las partes, se pagará dicha cantidad dentro de un plazo razonable que no excederá los treinta (30) días de la fecha en que se completó la auditoría, salvo que las partes acuerden algún otro término.

~~**Artículo 6.120. Exámenes a otro tipo de proveedores que no sean proveedores institucionales**~~

~~Los exámenes de las reclamaciones presentadas por cualquier otro tipo de proveedor, que no sean proveedores institucionales, se regirán por los términos que éstos hayan pactado contractualmente con la organización de seguros de salud.~~

Capítulo 8 Disponibilidad de Planes Médicos para los Patronos de Pequeñas y Medianas Empresas

Artículo 8.010. Título

Este Capítulo se conocerá y podrá ser citado como el Capítulo sobre Disponibilidad de Planes Médicos para los Patronos de Pequeñas y Medianas Empresas (PYMES).

Artículo 8.020. Propósito

El propósito de este Capítulo es promover la disponibilidad de planes médicos para los patronos de PYMES, independientemente de la condición de salud o experiencia de reclamaciones de su grupo de empleados; prevenir prácticas de tarifación abusivas; prevenir la segmentación del mercado de planes médicos a base del riesgo de salud; esparcir el riesgo de los planes médicos de manera más amplia; requerir la divulgación de las prácticas de tarifación a los compradores de planes médicos; establecer reglas con respecto a la renovación de los planes médicos; limitar el uso de las exclusiones por condiciones preexistentes; proveer para el desarrollo de planes médicos "básico" y "estándar" para ser ofrecidos a todos los patronos de PYMES; disponer el establecimiento de un Programa de Reaseguro; y mejorar la equidad y eficiencia general del mercado de planes médicos para grupos pequeños.

Artículo 8.030. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Afiliada" o "compañías afiliadas" significa toda entidad o persona que directa o indirectamente, mediante uno o más intermediarios, controla, o es controlada por, o se encuentra bajo el mismo control que una entidad o persona en específico.

B. "Área geográfica de servicio" significa un área geográfica, según aprobada por el Comisionado, en el cual se autoriza al asegurador a proveer cubierta bajo las disposiciones de este Capítulo. El asegurador deberá dar estricto cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada, en especial al Artículo 6(b) en cuanto a todas las áreas geográficas de servicio en las cuales esté autorizado a proveer cubierta.

C. "Asegurador" o "asegurador de patronos de PYMES" significa toda entidad autorizada por el Comisionado para ofrecer planes médicos a los empleados elegibles de uno o más patronos de PYMES a tenor con este Capítulo. Para propósitos de este Capítulo, "asegurador" incluye a una compañía de seguros, un plan prepagado de cuidado médico o de hospital, una sociedad fraternal benéfica, una organización de servicios de salud, y toda otra entidad que ofrezca y provea planes médicos o beneficios de salud que esté sujeta a la reglamentación de seguros en Puerto Rico.

D. "Asegurador que asume riesgo" significa un asegurador de patronos de PYMES cuya solicitud para ofrecer y proveer planes médicos a uno o más patronos de PYMES en Puerto Rico es aprobada por el Comisionado a tenor con este Capítulo.

E. "Asegurador-reasegurador" significa un asegurador de patronos de PYMES que participa del Programa de Reaseguro establecido por virtud de este Capítulo.

F. "Certificación actuarial" significa una declaración firmada por un miembro de la Academia Americana de Actuarios u otro individuo aceptable para el Comisionado, aseverando que las tarifas y primas de un asegurador de patronos de PYMES cumplen con las disposiciones de este Capítulo. Tal certificación estará basada en un examen realizado por dicha persona que incluya una revisión de los registros apropiados, los supuestos y métodos actuariales usados por el asegurador para establecer las tarifas de los planes médicos aplicables.

G. "Comité" significa el Comité ~~del~~ de Planes Médicos creado a tenor con este Capítulo.

H. "Cubierta acreditable" significa, con respecto a un individuo, los beneficios de salud o la cubierta provista conforme a alguno de los siguientes mecanismos:

(1) Un plan médico, ya sea grupal o individual;

(2) La Parte A o la Parte B del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare);

(3) El Título XIX de la Ley del Seguro Social (Medicaid), aparte de la cubierta que consiste solamente de beneficios en el artículo 1928 (el programa para la distribución de vacunas pediátricas);

(4) El Capítulo 55 del Título 10 del Código de Estados Unidos (cuidado médico y dental para los miembros y algunos ex-miembros de ~~los servicios de~~ la uniformada, y para sus dependientes. Para propósitos del Título 10 U.S.C. Capítulo 55, ~~"servicios uniformados"~~ "la uniformada" significa las Fuerzas Armadas y el Cuerpo Comisionado

de la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica y del Servicio Público de Salud);

(5) Un fondo común de riesgos de salud estatal;

(6) Un plan médico ofrecido bajo el Capítulo 89 del Título 5 del Código de Estados Unidos (Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales —FEHBP, por sus siglas en inglés—);

(7) Un plan médico público que, para propósitos de este Capítulo, significa un plan establecido o mantenido por un estado, el gobierno de los Estados Unidos o un país extranjero o alguna subdivisión política de un estado, del gobierno de los Estados Unidos o un país extranjero que provea cubierta a las personas afiliadas en el plan;

(8) Un plan médico según descrito en el artículo 5(e) de la Ley del Cuerpo de Paz, 22 U.S.C. 2504(e); o

(9) El Título XXI de la Ley del Seguro Social (Programa de Seguro de Salud para Niños, conocido como Children's Health Insurance Program o CHIP, por sus siglas en inglés).

No se contará un periodo de cubierta acreditable con respecto a la suscripción de un individuo bajo un plan médico grupal si, después de dicho periodo y antes de la fecha de suscripción, la persona es objeto de una interrupción sustancial de cubierta ("significant break coverage"). Se entenderá como "interrupción sustancial de cubierta" un periodo de ~~noventa (90)~~ sesenta y tres (63) días consecutivos durante el cual la persona no ha tenido cubierta acreditable alguna, excepto que los periodos de

espera ni los periodos de inscripción se tomarán en cuenta para el cómputo de los ~~noventa (90)~~ sesenta y tres (63) días.

I. "Dependientes" significa cualquier individuo que es o pudiese ser elegible al plan médico por motivo de la relación que tiene con el empleado elegible y a tenor con las condiciones dispuestas en el plan. Podrán considerarse dependientes del empleado los siguientes:

(1) El cónyuge;

(2) Un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción menor de veintiséis (26) años~~, o cualquiera de éstos que, independientemente de la edad, no pueda sostenerse a sí mismo por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas~~;

(3) Un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción que, independientemente de su edad, no pueda sostenerse a sí mismo por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas;

~~(3)~~ (4) Hijastros;

~~(4)~~ (5) Hijos de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el empleado, en una relación ~~normal~~ de padre/madre e hijo/hija, y que es y continuará siendo totalmente dependiente de la familia del empleado para recibir alimento, según se establece en el Artículo 16.330 del Código de Seguros de Puerto Rico;

~~(5)~~ (6) Menor no emancipado cuya custodia le ha sido adjudicada al empleado;

~~(6)~~ (7) Individuo de cualquier edad que haya ~~sido~~ sido judicialmente declarado como incapacitado y cuya tutela haya sido adjudicada al empleado;

~~(7)~~ (8) Familiar del empleado o su cónyuge que viva permanentemente bajo el mismo techo del empleado y que dependa sustancialmente de éste para su sustento, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de los seguros de salud;

~~(8)~~ (9 Padre y madre del asegurado principal, o los de su cónyuge, aunque no vivan bajo el mismo techo, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de los seguros de salud.

J. "Empleado elegible" significa un empleado que trabaja a tiempo completo —semana regular de trabajo de treinta (30) horas o más—, o a tiempo parcial —al menos diecisiete y media (17.5) horas por semana regular de trabajo— para un patrono de PYMES, en una relación de buena fe de patrono y empleado que no se establece con el propósito de comprar un plan médico. En este cómputo se deben incluir aquellos empleados que están ausentes del trabajo por motivo de alguna licencia o derecho reconocido por ley tales como los beneficios que provee la Corporación del Fondo del Seguro del Estado o la "Family and Medical Leave Act of 1993". El término "empleado elegible" no incluye a un empleado temporero ni a los contratistas independientes.

K. "Exclusión por condición preexistente" significa una limitación o exclusión de beneficios por motivo de una condición de salud, lesión o enfermedad que existía antes de la fecha de suscripción al plan médico. La información genética no se utilizará para imponer una exclusión ~~de~~ por condición preexistente en ausencia de un diagnóstico de la condición relacionada con dicha información.

L. "Factor relacionado con el estado de la salud" incluye los siguientes ~~factores~~:

(1) Estado de salud;

(2) Condición médica, que incluye tanto enfermedades físicas como mentales;

(3) Experiencia de reclamaciones;

(4) Servicios de cuidado de salud recibidos;

(5) Historial médico;

(6) Información genética;

(7) Evidencia de asegurabilidad, incluyendo condiciones que surjan de actos de violencia doméstica y de la participación en actividades tales como motociclismo, correr vehículos todoterreno, montar a caballo, esquiar y otras actividades de alto riesgo similares; o

(8) Incapacidad.

M. "Fecha de efectividad" significa el primer día de la cubierta o, si hay un periodo de espera, el primer día del periodo de espera, lo que ocurra primero.

N. "Información genética" significa información sobre genes, productos de genes y características heredadas que podrían derivarse de la persona o de un miembro de la familia. Esto incluye información relacionada con el estatus de portador e información derivada de pruebas de laboratorio que identifican mutaciones en genes o cromosomas específicos, exámenes médicos físicos, historiales familiares y el análisis directo de los genes o cromosomas.

O. "Junta" significa la Junta de Directores del Programa de Reaseguro para los Patronos de PYMES creado en este Capítulo.

P. "Patrono de pequeña y mediana empresa (PYMES)" significa toda persona, firma, corporación, sociedad, asociación, con o sin fines de lucro, que haya empleado durante al menos el cincuenta (50) por ciento de sus días laborables del año natural anterior, al menos dos (2), pero no más de cincuenta (50) empleados elegibles. Al determinar el número de empleados elegibles, las compañías que sean afiliadas, o que sean elegibles para presentar una planilla de impuestos combinada para propósitos de tributación en Puerto Rico, se considerarán un solo patrono. Después

de emitido el plan médico y con el propósito de determinar la continuidad de la elegibilidad, el tamaño de dicho patrono de PYMES se determinará anualmente.

Q. "Periodo de espera" significa[,] el periodo que debe transcurrir con respecto a la persona cubierta o asegurado antes de que pueda ser elegible a recibir ciertos beneficios bajo los términos del plan médico. El periodo de espera en ningún caso podrá exceder de noventa (90) días.

R. "Periodo de suscripción" significa el lapso de tiempo establecido para que un empleado elegible se suscriba a un plan médico de patronos de PYMES.

S. "Persona cubierta" o "asegurado" significa el titular de una póliza o certificado, suscriptor, la persona suscrita u otra persona que participe de los beneficios de un plan médico de patronos de PYMES.

T. "Plan de red preferida" significa un plan médico en donde el pago de los beneficios está condicionado a que los servicios médicos sean provistos, en su totalidad o en parte, por aquellos proveedores que han contratado con el asegurador.

U. "Plan médico" significa un contrato de seguro, póliza o certificado provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base prepagada, mediante el cual el asegurador se obliga a proveer, o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud mental o servicios incidentales a la prestación de éstos.

(1) "Plan médico" no incluirá ninguna de las siguientes alternativas:

(a) Cubierta sólo para accidente, o seguro de ingresos por incapacidad, o combinación de las mismas;

(b) Cubierta emitida como suplemento al seguro de responsabilidad;

(c) Seguro de responsabilidad, incluso seguro de responsabilidad general y seguro de responsabilidad de automóvil;

(d) Seguro de compensación a los trabajadores;

(e) Seguro de pagos médicos ~~de automóvil~~ por accidentes automovilísticos;

(f) Seguro de crédito solamente;

(g) Cubierta para clínicas médicas en los predios ("on-site medical clinics"); y

(h) Otra cubierta de seguro similar, en la cual los beneficios de cuidado médico son secundarios o incidentales a otros beneficios del seguro.

(2) "Plan médico" no incluirá los siguientes beneficios si se proveen bajo una póliza, un certificado o un contrato de seguros aparte, o de alguna otra manera no son parte integral del plan:

(a) Beneficios limitados de servicios dentales o de visión;

(b) Beneficios de cuidado a largo plazo, cuidado de enfermeras en el hogar, cuidado de salud en el hogar, cuidado basado en la comunidad, o alguna combinación de los mismos;

(c) Otros beneficios limitados similares.

Para propósitos de este inciso, los beneficios no se considerarán parte integral de un plan, sólo si se satisfacen los siguientes requisitos:

(i) Los asegurados pueden elegir no recibir cubierta para esos beneficios, es decir, los beneficios provistos son opcionales; y

(ii) Se le requiere al asegurado pagar una prima o contribución adicional por esa cubierta de beneficios opcionales.

(3) "Plan médico" no incluirá los beneficios que se indican a continuación si los mismos son provistos bajo una póliza, certificado o contrato de seguro separado:

(a) Cubierta que provea beneficios sólo para una enfermedad o padecimiento específico; o

(b) Indemnización por hospitalización u otro seguro de indemnización fijo;

(c) Seguro de salud suplementario de Medicare;

(d) Cubierta suplementaria a la cubierta provista (conocido como programas suplementarios TRICARE); o

(e) Cubierta suplementaria similar provista a la cubierta bajo un plan médico grupal.

V. "Plan médico básico" significa un plan médico de menor costo desarrollado por el Comité de Planes Médicos de conformidad con este Capítulo.

W. "Plan médico estándar" significa un plan médico diseñado por el Comité de Planes Médicos a tenor con este Capítulo y cuyo costo es mayor que el del plan médico básico.

X. "Plan médico grupal" significa una póliza, contrato de seguro o certificado, emitido por un asegurador para beneficio de un patrono PYMES o un grupo de patronos de PYMES, mediante el cual se provee ~~cuidado médico~~ servicios de cuidado de la salud a los empleados elegibles y sus dependientes.

Y. "Prima" significa la cantidad específica de dinero pagada a un asegurador como condición para recibir los beneficios de un plan médico para los empleados elegibles de patronos de PYMES.

Z. "Productor" significa una persona que, con arreglo al Código de Seguros de Puerto Rico, ostenta una licencia debidamente emitida por el Comisionado para gestionar seguros en Puerto Rico.

AA. "Programa" significa el Programa de Reaseguro para Aseguradores de Patronos de PYMES creado por este Capítulo.

BB. "Suscriptor tardío" significa un empleado elegible o dependiente que solicita acogerse a un plan médico de patronos de PYMES después del periodo de suscripción inicial, siempre que el periodo de suscripción inicial haya sido un periodo no menor de treinta (30) días.

No se considerará un suscriptor tardío a un empleado elegible o dependiente alguno:

(1) Si el empleado elegible o dependiente cumple con cada uno de los siguientes criterios:

(a) Estaba cubierto bajo una cubierta acreditable al momento de la suscripción inicial;

(b) Perdió la cubierta acreditable como resultado del cese de la aportación del patrono, la terminación de su empleo o de su elegibilidad, la reducción en el número de horas de su empleo, la terminación involuntaria de una cubierta acreditable, o la muerte de un cónyuge, divorcio o separación legal y

(c) Solicita acogerse dentro de treinta (30) días a partir de la terminación de la cubierta acreditable o el cambio en las condiciones que llevaron a la terminación de la cubierta;

(2) Si el empleado elegible o dependiente se acoge durante un periodo de suscripción establecido, cuando se provea para ello en un plan médico o cuando de otra manera disponga la ley;

(3) Si el empleado elegible está empleado por un patrono que ofrece múltiples planes médicos y éste elige un plan médico diferente durante un periodo de suscripción;

(4) Si un tribunal ha ordenado que se provea cubierta para un cónyuge, hijo menor o dependiente bajo el plan médico de un empleado y se hace la solicitud de suscripción dentro de los treinta (30) días después de emitirse la orden del tribunal;

(5) Si el estatus del empleado cambia de no elegible a uno de elegible y solicita suscripción dentro de los treinta (30) días después del cambio de estatus;

(6) Si el empleado elegible o dependiente tenía cubierta bajo una disposición de continuación del "Consolidated Omnibus Budget Reconcilation Act (COBRA)" y la cubierta bajo esa disposición se ha extinguido; o

(7) El empleado elegible cumple con los requisitos de suscripción especial a tenor con las disposiciones de este Capítulo.

CC. "Tarifación de comunidad ajustada" significa un método utilizado para desarrollar tarifas que dispersa el riesgo financiero a lo largo del universo de grupos pequeños del asegurador de acuerdo con los requisitos de este Capítulo.

Artículo 8.040. Aplicabilidad y Alcance

A. Este Capítulo será aplicable a todo asegurador que provea planes médicos a los empleados de patronos de PYMES en Puerto Rico, siempre y cuando el patrono de PYMES pague parte o la totalidad de la prima, de los beneficios, o reembolse al empleado elegible alguna porción de la prima, ya sea mediante deducción de salario o mediante otra forma, según se acuerde entre las partes.

B. Para propósitos de este Capítulo, los aseguradores que sean compañías afiliadas o que sean elegibles para presentar una planilla contributiva consolidada deberán ser tratados como un solo asegurador y toda restricción o limitación impuesta por este Capítulo deberá ser aplicable como si todos los planes médicos emitidos para su formalización a patronos de PYMES en Puerto Rico por dichos aseguradores afiliados hubieran sido emitidos por un solo asegurador.

C. Aquellos aseguradores que deseen contratar con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) para ofrecer, mercadear o administrar el Plan MI Salud PYMES, cumplirán con los requisitos y las disposiciones legales y reglamentarias establecidas por ASES, el Código de Seguros de Puerto Rico y este Capítulo. Disponiéndose, que en el caso del Plan MI Salud PYMES, al asegurador le aplicarán las normas establecidas por ASES en cuanto a:

(1) el área geográfica de servicio;

(2) los criterios para determinar la elegibilidad del patrono PYMES, así como de sus empleados y dependientes de éstos;

(3) el desarrollo y definición del plan o los planes médicos y sus cubiertas de beneficios;

(4) los asuntos relacionados con los modelos, métodos y prácticas de tarifación y las primas a pagar.

Se dispone además que aquellos aseguradores que no estén ofreciendo, mercadeando o administrando un plan médico para algún patrono de PYMES en Puerto Rico y deseen contratar con ASES para el Plan MI Salud PYMES, tendrán que solicitar y obtener la aprobación o una dispensa del Comisionado para poder participar en dicho Plan MI Salud PYMES.

Artículo 8.050. Restricciones Relacionadas con las Tarifas

A. Las tarifas de los planes médicos estarán sujetas a las siguientes disposiciones:

(1) El asegurador de patronos de PYMES deberá desarrollar sus tarifas a base de un cálculo comunitario ajustado y sólo podrá variar el cálculo comunitario ajustado por área geográfica, composición familiar y edad.

(2) El ajuste por edad que menciona el inciso anterior no utilizará categorías de edad con incrementos menores de cinco (5) años y éstos comenzarán con la edad de treinta (30) años y terminarán con la edad de sesenta y cinco (65) años.

(3) Los aseguradores podrán desarrollar tarifas distintas para individuos de sesenta y cinco (65) años o más independientemente de que Medicare sea el

pagador primario o no. En ambos casos las tarifas estarán sujetas a los requisitos de este Artículo.

(4) Durante los primeros dos (2) años luego de entrar en vigor las disposiciones de este Capítulo, los ajustes en las tarifas por edad no pueden ser más del cuatrocientos (400) por ciento de la tarifa más baja para todos los grupos etarios. Durante los dos (2) años siguientes, los ajustes permitidos en las tarifas ~~permitidos~~ no pueden ser mayores de trescientos (300) por ciento de la tarifa más baja para todos los grupos etarios. Posteriormente, los ajustes a las tarifas por razón de edad no pueden ser más del doscientos (200) por ciento de la tarifa más baja para todos los grupos etarios.

B. La prima cobrada por un plan médico no puede ajustarse más de una vez ~~al~~ por año contrato a menos que ocurra algún cambio en:

(1) La afiliación del patrono de PYMES;

(2) La composición familiar del empleado elegible; o

(3) Los beneficios de plan médico ~~solicitados~~ solicitado por el patrono de PYMES.

C. Las tarifas no pueden ser alteradas por los aseguradores a base de la cuota pagada o pagadera como parte del Programa de Reaseguro que se establece en este Capítulo.

D. Los factores de tarifación deberán producir primas para grupos idénticos que se diferencien solamente por las características atribuibles al diseño del plan y no reflejen diferencias debido a la naturaleza de los grupos supuestos a seleccionar planes médicos en particular.

E. El Comisionado podrá establecer mediante reglamento las prácticas de tarifación a ser utilizadas por los aseguradores de patronos de PYMES que sean cónsonas con los propósitos de este Capítulo.

F. Cada asegurador deberá mantener en su lugar principal de negocios, para inspección del Comisionado, una descripción completa y detallada de sus prácticas de tarifación, de suscripción y de renovación. Además, mantendrá la información y documentación que demuestren que sus métodos y prácticas de tarifación se basan en supuestos actuariales ampliamente aceptados y están de acuerdo con principios actuariales razonables. Además, los aseguradores deberán cumplir con los siguientes requisitos:

(1) Cada asegurador deberá presentar ante el Comisionado anualmente, no más tarde del 31 de marzo, una certificación actuarial ~~que ratifique~~ acreditando que cumple con este Capítulo y que los métodos de tarifación que utiliza son actuarialmente razonables. La certificación deberá ser de la forma y manera, y deberá contener la información que especifique el Comisionado. El asegurador deberá retener una copia de la certificación en su lugar principal de negocios.

(2) Un asegurador de patronos de PYMES deberá tener disponible para la inspección del Comisionado la información y documentación descrita en este inciso F, cuando dicho funcionario la solicite. Excepto en casos de violaciones a este Capítulo, la información se deberá considerar información privilegiada y secreto del negocio y no estará sujeta a divulgación por el

Comisionado a personas fuera de su oficina, excepto según lo acepte el asegurador o según lo ordene un tribunal con jurisdicción y competencia.

G. Los requisitos de este Artículo serán~~+~~ aplicables a todos los planes médicos emitidos o renovados en o después de la fecha de vigencia de este Capítulo.

Artículo 8.060. Renovación del Plan Médico

A. Un asegurador que provea planes médicos a los patronos de PYMES renovará el mismo a todos los empleados elegibles y sus dependientes, excepto en los casos siguientes:

(1) Por falta de pago de la prima, considerando el período de gracia;

(2) Cuando la persona cubierta o asegurado realiza un acto que constituye fraude. En tal caso, el asegurador puede elegir no renovar el plan médico a ese patrono de PYMES por un (1) año a partir de la fecha de ~~no renovación~~ terminación de la cubierta;

(3) Cuando la persona cubierta o asegurado ha hecho una representación falsa intencional de un hecho importante y material bajo los términos del plan médico. En tal caso, el asegurador puede elegir no renovar el plan médico a ese patrono de PYMES por un (1) año a partir de la fecha de ~~de no renovación~~ terminación de la cubierta;

(4) Por incumplimiento con los requisitos de participación mínima establecidos por el asegurador de conformidad con las disposiciones de este Capítulo;

(5) Por incumplimiento con los requisitos de aportación patronal;

(6) Cuando el asegurador determina descontinuar el ofrecimiento de todos sus planes médicos formalizados con patronos de PYMES en Puerto Rico. En

estos casos, el asegurador notificará por escrito al Comisionado, al patrono de PYMES y a las personas cubiertas o asegurados, su determinación de no renovar, por lo menos ciento ochenta (180) días antes de la fecha de renovación del plan médico. El asegurador que determina descontinuar el ofrecimiento de planes médicos conforme lo aquí dispuesto, estará impedido de suscribir nuevo negocio en el mercado de patronos de PYMES en Puerto Rico por un período de cinco (5) años, comenzando en la fecha en que el asegurador cesó el ofrecimiento de tales planes médicos.

(7) Cuando el Comisionado decide que la continuación del plan médico no responde a los mejores intereses de los titulares de las pólizas, o afectaría la capacidad del asegurador de cumplir sus obligaciones contractuales.

(8) Cuando, en el caso de los planes médicos que se hacen disponibles en el mercado de grupos pequeños mediante un plan de red preferida, ya no hay un empleado del patrono de PYMES que viva, trabaje o resida dentro del área geográfica establecida del asegurador.

B. En el caso de un asegurador de patronos de PYMES que lleva a cabo negocios en un área geográfica de servicio en Puerto Rico, las reglas establecidas en este Artículo sólo serán aplicables a las operaciones del asegurador en ~~esa~~ ese área de servicio.

C. Además de lo dispuesto en este Artículo, el asegurador cumplirá en todo momento con la reglamentación federal aplicable, según codificada en 45 C.F.R. sec. 146.152 ("Guaranteed renewability of coverage for employers in the group market").

Artículo 8.070. Disponibilidad del Plan Médico

A. Como condición para realizar negocios en Puerto Rico y salvo lo dispuesto en este Capítulo, los aseguradores ofrecerán a los patronos de PYMES todos los planes médicos que ~~mercadea~~ mercadeen activamente para este sector de PYMES, incluyendo al menos un plan médico básico y un plan médico estándar. ~~Se considerará que un asegurador de patronos de PYMES está mercadeando activamente un plan médico si ofrece ese plan a patronos de PYMES con los cuales no tiene contrato actualmente.~~ Los aseguradores deberán cumplir, además, con los siguientes requisitos sobre disponibilidad:

(1) El asegurador de patronos de PYMES deberá emitir el plan médico a todo patrono que solicite dicho plan y acepte realizar los pagos mínimos requeridos y satisfacer las demás disposiciones razonables del plan médico que no sean contrarias a este Capítulo.

(2) Salvo que el Comisionado disponga lo contrario, el asegurador de patronos de PYMES no deberá celebrar uno o más arreglos de cesión con respecto a los planes médicos formalizados o emitidos para su formalización a patronos de PYMES en Puerto Rico, si dichos arreglos resultarían en la retención por parte del asegurador cedente de menos del cincuenta (50) por ciento de la obligación o riesgo de seguro para tales planes médicos.

B. Los aseguradores le presentarán al Comisionado los formularios de los planes médicos que mercadearán. El asegurador podrá comenzar a usar dichos formularios sesenta (60) días luego de presentar los mismos, siempre que no hayan sido desaprobados por el Comisionado. Disponiéndose que~~"~~:

(1) El Comisionado en cualquier momento podrá prorrogar este término por no más de sesenta (60) días adicionales.

(2) El Comisionado en cualquier momento, previa notificación y vista, podrá retirar la aprobación concedida a los formularios de un plan médico básico o estándar, en aquellas instancias en que el plan no cumpla con los requisitos de este Capítulo o los reglamentos promulgados.

C. Los planes médicos que cubren a los patronos de PYMES deben cumplir con las siguientes disposiciones:

(1) Un asegurador no podrá denegar, excluir o limitar los beneficios de un plan médico por motivo de una condición preexistente cuando se trate de un ~~asegurado~~ individuo de 19 años o menos.

(2) En el caso de un ~~asegurado~~ individuo mayor de 19 años, el asegurador podrá denegar, excluir o limitar los beneficios por motivo de una condición preexistente, por un periodo máximo de seis (6) meses a partir de la fecha de efectividad del plan médico.

(3) El plan médico no incluirá una definición de "condición preexistente" que sea más amplia que la siguiente: "una condición, sin importar la causa de ésta, para la cual se recomendó tratamiento o para la cual se obtuvo ~~consulta~~, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico durante los seis (6) meses inmediatamente anteriores a la fecha de suscripción."

(4) A partir del año 2014, los planes médicos no podrán denegar, excluir o limitar los beneficios a los ~~asegurados~~ individuos por motivo de una

condición preexistente, independientemente de la edad del ~~asegurado~~ individuo.

(5) Los aseguradores de patronos de PYMES deberán cumplir, además, con las siguientes disposiciones sobre condiciones preexistentes:

(a) Todo asegurador deberá reducir el período de denegación, limitación o exclusión por motivo de una condición preexistente, siempre y cuando ~~la persona~~ el individuo haya tenido una cubierta acreditable, y ésta haya terminado en una fecha no anterior a los noventa (90) días previos a la fecha de suscripción al nuevo plan médico. La reducción dispuesta en este inciso será por la totalidad del período de cubierta acreditable.

(b) El asegurador que no establezca limitaciones por condiciones preexistentes con respecto a sus planes médicos podrá imponer un periodo de suscripción que no exceda sesenta (60) días para suscriptores nuevos y de noventa (90) días para suscriptores tardíos. Estos períodos de suscripción se aplicarán de manera uniforme, independientemente de cualquier factor relacionado con la salud.

(6) Los aseguradores de patronos de PYMES no impondrán una exclusión por condición preexistente ~~relacionados al~~ relacionada a la condición de embarazo.

(7) Los aseguradores ~~podrán permitir~~ permitirán que los suscriptores tardíos se suscriban conforme a los términos del plan médico durante un periodo especial de suscripción si:

(a) El suscriptor tardío estuvo cubierto por otro plan médico cuando se ofreció el plan médico de patronos de PYMES, incluyendo un plan médico conforme a las disposiciones de continuación de "Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act" (COBRA).

(b) El otro plan médico que tenía el suscriptor tardío terminó conforme a los requisitos de elegibilidad de dicho plan médico, los cuales incluyen la separación, el divorcio, la muerte, la terminación del empleo, o reducción en el número de horas de empleo o las aportaciones patronales a la otra cubierta se han terminado y

(c) El suscriptor tardío solicita acogerse al plan de patronos de PYMES a más tardar a los treinta (30) días de la fecha de vencimiento del otro plan médico.

Si un empleado solicita la suscripción según este inciso (7), el plan médico de patronos de PYMES entrará en vigor a más tardar el primer mes natural siguiente a la fecha en que se recibió la solicitud de suscripción.

(8) Todo asegurador que provea plan médico a patronos de PYMES establecerá un periodo especial para suscripción de dependientes, durante el cual el dependiente y el empleado elegible, si no está suscrito de otra manera, podrán suscribirse al plan médico, en el caso del nacimiento, adopción de un niño, adjudicación de custodia o tutela, o en el caso de matrimonio. El periodo especial de suscripción para las personas que cumplen con las disposiciones

de este inciso (8) será un periodo no menor de treinta (30) días y comenzará en la fecha más tardía de las siguientes:

(a) La fecha en que se haga disponible el plan médico para dependientes; o

(b) La fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o adjudicación de custodia o tutela.

Si el empleado elegible suscribe al dependiente durante los primeros treinta (30) días del periodo especial de suscripción, la fecha de efectividad del plan médico será la siguiente:

(a) En el caso de un matrimonio, el primer día del mes siguiente a la fecha en que se recibe la solicitud de suscripción completada;

(b) En el caso del nacimiento de un dependiente, a la fecha de nacimiento y

(c) En el caso de la adopción, adjudicación de custodia o tutela del dependiente, la fecha de la adopción o de la adjudicación.

(9) Los aseguradores de patronos de PYMES no requerirán un nivel mínimo de participación que sea mayor de:

(a) El cien por ciento (100%) de los empleados elegibles que trabajen para patronos de tres (3) empleados o menos y

(b) El setenta y cinco por ciento (75%) de los empleados elegibles que trabajen para patronos con cuatro (4) empleados o más.

Al aplicar los criterios de participación mínima con respecto a un patrono de PYMES, el asegurador tomará en consideración los empleados o dependientes que tengan cubierta acreditable al momento de determinar el porcentaje de participación aplicable. No se tomarán en consideración las personas que están cubiertas por un plan médico conforme a las disposiciones de continuación de COBRA.

Los aseguradores no aumentarán los niveles de participación mínima, ni modificarán ningún requisito de aportación mínima del patrono de PYMES, después que se haya aceptado al patrono para el plan médico.

(10) (a) El asegurador que ofrezca un plan médico a un patrono de PYMES, ofrecerá el mismo a todos los empleados elegibles de dicho patrono y sus dependientes. El asegurador no limitará el plan médico únicamente a determinados empleados elegibles o dependientes del grupo.

(b) Los aseguradores de patronos de PYMES no establecerán restricción alguna en cuanto a la suscripción o participación en el plan de los empleados elegibles o sus dependientes que se relacione con la condición de salud de éstos.

(c) Salvo como se permite en este Capítulo, los aseguradores no modificarán los planes médicos con respecto a patronos de PYMES, o algún empleado elegible o su dependiente, mediante anejos, endosos, o de otra manera, que tengan el efecto de restringir o excluir los

beneficios del plan médico con respecto a enfermedades, condiciones médicas o servicios específicos.

D. No se requerirá al asegurador de patronos de PYMES que ofrezca planes médicos ni acepte solicitudes de suscripción en los siguientes casos:

(1) A un patrono de PYMES, cuando dicho patrono no está ubicado en el área geográfica donde~~, con la aprobación del Comisionado,~~ ofrece servicios el asegurador;

(2) A un empleado, cuando el empleado no vive, trabaja, ni está domiciliado en el área geográfica de servicio donde~~, con la aprobación del Comisionado,~~ ofrece servicios el asegurador.

Los aseguradores aplicarán las disposiciones de este Artículo de manera uniforme a todos los patronos de PYMES, independientemente de la experiencia de reclamaciones o algún otro factor relacionado con el estado de salud de los empleados elegibles y sus dependientes.

E. No se requerirá que un asegurador de patronos de PYMES provea planes médicos a dichos patronos si por algún periodo de tiempo el Comisionado determina que el asegurador no tiene las reservas financieras adecuadas para suscribir los planes médicos. En estos casos, el asegurador no podrá ofrecer planes médicos en el mercado de patronos de PYMES antes de la fecha más tardía de las siguientes:

(1) A los ciento ochenta (180) días de la fecha en que el Comisionado tomó la determinación; o

(2) Cuando el asegurador haya demostrado al Comisionado que tiene las reservas financieras adecuadas para suscribir planes médicos a los

patronos de PYMES nuevamente y el Comisionado lo haya autorizado a ofrecer planes médicos a los patronos de PYMES nuevamente.

F. No se requerirá que ningún asegurador suscriba nuevos planes médicos a patronos de PYMES si el asegurador opta por no suscribir nuevos planes médicos a los patronos de PYMES en Puerto Rico. Disponiéndose, además, que:

(1) El asegurador que opte por no suscribir nuevos planes médicos a los patronos de PYMES podrá mantener sus pólizas existentes en Puerto Rico, si así lo determina el Comisionado.

(2) El asegurador que opte por no suscribir nuevos planes médicos a los patronos de PYMES notificará su decisión al Comisionado y éste emitirá una prohibición que le impedirá suscribir nuevos planes médicos en el mercado de patronos de PYMES en Puerto Rico por un periodo de cinco (5) años, a partir de la fecha en que el asegurador dejó de suscribir nuevos planes médicos en Puerto Rico.

Artículo 8.080. Certificación de Cubierta Acreditable

A. Los aseguradores de patronos de PYMES proveerán un formulario de certificación de cubierta acreditable a las personas según se dispone en el apartado B.

B. El formulario de certificación de cubierta acreditable se proveerá:

(1) Cuando la persona deje de estar cubierta por el otro plan médico o tiene cubierta por una disposición de continuación según la ley COBRA;

(2) En el caso de la persona cubierta o asegurado por una disposición de continuación según la ley COBRA, cuando la persona ya no esté cubierta por dicha disposición.

C. El formulario de certificación de cubierta acreditable que se requiere conforme a este Artículo contendrá lo siguiente:

(1) El periodo de cubierta acreditable de la persona según el otro plan médico y

(2) El periodo de espera, si alguno, y, si fuera aplicable, el periodo de suscripción que se estipula para la persona con respecto a la cubierta del otro plan médico.

Artículo 8.090. Aviso de Intención de Operar como Asegurador que Asume Riesgos o como Asegurador-Reasegurador

A. A más tardar los treinta (30) días de la fecha en que el Comisionado apruebe el plan de operaciones del Programa de Reaseguro que se establece en el Artículo 8.110, cada asegurador notificará al Comisionado de su intención de operar como un asegurador que asume riesgos o como un asegurador-reasegurador. Aquél que pretenda operar como un asegurador que asume riesgos hará su solicitud conforme al Artículo 8.100.

B. La decisión inicial del asegurador respecto a si quiere operar como un asegurador que asume riesgo o como un asegurador-reasegurador, lo obligará por dos (2) años. Las decisiones subsiguientes obligarán al asegurador por cinco (5) años. El Comisionado podrá autorizar que el asegurador modifique su decisión en todo momento por justa causa.

C. El Comisionado establecerá un proceso de solicitud para los aseguradores de patronos de PYMES que pretendan cambiar su decisión en cuanto a cómo operar conforme a este Artículo. En el caso de un asegurador de patronos de PYMES que haya sido adquirido por otro asegurador de ese tipo, el Comisionado podrá obviar o modificar los plazos que se establecen en el inciso (B) de este Artículo.

D. Un asegurador-reasegurador que solicite y se le apruebe operar como un asegurador que asume riesgos no podrá continuar reasegurando ningún plan médico bajo el Programa de Reaseguro que se establece en el Artículo 8.110. En esos casos, el asegurador pagará una derrama prorrateada a base de las pólizas de reaseguro suscritas por el Programa durante la parte del año en que éste participó como reasegurador.

Artículo 8.100. Solicitud para Convertirse en Asegurador que Asume Riesgos

A. Los aseguradores que interesen ofrecer y mercadear, o continuar ofreciendo y mercadeando los planes médicos permitidos por este Capítulo, o cualquier otro diseñado para los patronos de PYMES en Puerto Rico, radicarán una solicitud para convertirse en aseguradores que asumen riesgos ante el Comisionado, en la forma y manera que este último determine.

(1) Como medida de transición y en lo que se evalúa la solicitud requerida en este Artículo, se dispone que aquel asegurador que al momento de aprobarse este Capítulo ofrezca, mercadee u administre algún plan médico a uno o más patronos de PYMES, podrá continuar haciéndolo.

(2) No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, dicho asegurador tendrá que radicar dentro de un plazo de treinta (30) días una notificación ante el Comisionado en la que indique:

(a) la fecha en que comenzó a ofrecer, mercadear o administrar planes médicos a los patronos de PYMES;

(b) la cantidad de los modelos de planes médicos para PYMES que tiene vigente, clasificándolos en los que mercadea, los que son de carácter exclusivo o los que administra, y si éstos últimos tienen algún tipo de cubierta "stop loss";

(c) la cantidad de patronos PYMES y de asegurados que están acogidos por tipo de plan médico y para ello seguirá la clasificación antes indicada;

(d) la tarifa o las tarifas para estos planes médicos y la base para determinar las mismas, así como las que utiliza y suscribe;

(e) una tabla en la que desglosan los beneficios cubiertos, las exclusiones y limitaciones, los deducibles, copagos y coaseguros aplicables, los empleados y dependientes elegibles, y las primas aplicables para un individuo, el grupo familiar, para el empleado y un dependiente (de pareja), para los dependientes opcionales o colaterales, según estos términos y prácticas son comúnmente aceptadas y definidas en el mercado de los seguros de salud; y

(f) cualquier otra información que sea necesaria para cumplir con los propósitos de este Capítulo.

B. El Comisionado tomará en cuenta los siguientes factores al evaluar las solicitudes para convertirse en asegurador que asume riesgos:

(1) La situación financiera del asegurador;

(2) El historial del asegurador con respecto a tarifas y pólizas grupales suscritas con patronos de PYMES;

(3) El compromiso del asegurador de mercadear sus productos de manera equitativa a todos los patronos de PYMES de Puerto Rico o en su área geográfica de servicio, según fuera aplicable; y

(4) La experiencia del asegurador con el manejo del riesgo de los grupos de patronos PYMES.

C. El Comisionado podrá retirar la aprobación concedida a un asegurador que asume riesgos si determina que:

(1) La condición financiera del asegurador ya no podrá sostener el riesgo que representa la suscripción de planes médicos de patronos de PYMES;

(2) El asegurador no ha mercadeado sus productos de manera equitativa a todos los patronos de PYMES en Puerto Rico o en su área geográfica de servicio, según fuera aplicable; o

(3) El asegurador no proveyó cubierta a los patronos de PYMES elegibles según se requiere en el Artículo 8.070.

D. El asegurador que opte por convertirse en un asegurador que asume riesgos, así como aquel que ofrezca y emita un plan de seguro de grupo con límite de siniestralidad ("stop loss"), no estará sujeto a las disposiciones sobre el Programa de Reaseguro para los Aseguradores de Patronos de PYMES.

E. Se dispone, además, que todo asegurador que al momento de aprobarse este Capítulo haya suscrito algún plan médico a un patrono de PYMES, podrá continuar renovando el mismo, según dispone la reglamentación federal aplicable, la cual está codificada en el 45 CFR secs. 146.152 ("Guaranteed renewability of coverage for employers in the group market") y 147.140 ("Preservation of right to maintain existing coverage"), promulgada al amparo de la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", y la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act".

Artículo 8.110. Programa de Reaseguro para los Aseguradores de Patronos de PYMES de Puerto Rico

A. Todo asegurador-reasegurador estará sujeto a las disposiciones de este Artículo.

B. Se crea una entidad sin fines de lucro que se conocerá como el Programa de Reaseguro para los Aseguradores de Patronos de PYMES de Puerto Rico.

C. El Programa operará bajo la supervisión y el control de una Junta. La Junta tendrá cuatro (4) miembros nombrados por el Gobernador, a recomendación del Comisionado, más el Comisionado o su representante designado, quien será miembro nato de ésta.

(1) Al seleccionar los miembros de la Junta, el Gobernador incluirá un (1) representantes de los patronos de PYMES, dos (2) representantes de los aseguradores de patronos de PYMES y una (1) persona adicional cualificada que determine dicho funcionario. Estos miembros se seleccionarán conforme a los procedimientos y guías que establezca el Comisionado.

(2) Si el Programa fuera elegible para financiamiento adicional conforme al apartado K, la Junta se expandirá para incluir a dos (2) miembros adicionales quiénes serán nombrados por el Gobernador, a recomendación del Comisionado. Al seleccionar los miembros adicionales de la Junta, el Gobernador escogerá personas que representan fuentes de financiamiento que se identifican en el apartado K. La expansión de la Junta conforme a este inciso continuará por el periodo en que el Programa sea elegible para dicho financiamiento.

(3) Los miembros iniciales de la Junta se nombrarán como sigue: dos (2) miembros que pertenecerán a la Junta por dos (2) años; dos (2) miembros que pertenecerán por cuatro (4) años y un (1) miembro que pertenecerán a la Junta por seis (6) años. Los miembros subsiguientes pertenecerán a la Junta por un término de tres (3) años. El término de cada miembro de la Junta continuará hasta tanto se nombre su sucesor.

(4) En caso de que hubiera una vacante en la Junta, el Gobernador, contando con la recomendación del Comisionado, nombrará a una persona para ocupar el puesto. El Gobernador podrá remover a cualquier miembro de la Junta por justa causa.

D. A más tardar a los sesenta (60) días de la fecha de vigencia de este Capítulo, todo asegurador de patronos de PYMES radicará un documento ante el Comisionado en el que deberá hacer constar las primas netas que obtiene de planes médicos entregados o emitidos para entrega a los patronos de PYMES en Puerto Rico durante el pasado año natural.

E. A más tardar a los ciento ochenta (180) días del nombramiento de la Junta inicial, la Junta presentará al Comisionado un plan de operaciones y posteriormente, toda enmienda necesaria a dicho plan, para asegurar una administración justa, razonable y equitativa del Programa. El Comisionado aprobará el plan de operaciones, si determina que es adecuado para asegurar dicha administración y para asegurar que se compartan las ganancias y pérdidas del Programa de manera equitativa y proporcional, conforme a las disposiciones de este Artículo. El plan de operaciones entrará en vigor cuando el Comisionado lo apruebe por escrito.

F. El plan de operaciones establecerá lo siguiente:

(1) Procedimientos para la administración y contabilidad de los activos y fondos del Programa y los informes fiscales anuales al Comisionado;

(2) Procedimientos para la selección de un asegurador administrador y los poderes y deberes de dicho asegurador;

(3) Procedimientos para el reaseguro de riesgos conforme a las disposiciones de este Artículo;

(4) Procedimientos para cobrar derramas de aseguradores que operan como reaseguradores; proveer fondos para pagar las reclamaciones; y sufragar los gastos administrativos incurridos o estimados;

(5) Una metodología para aplicar los límites monetarios que se disponen en este Artículo en el caso de los aseguradores que pagan o reembolsan a los proveedores de cuidado de salud mediante capitación o salario;

(6) Metodología para determinar las primas que cobrará el Programa de Reaseguro aquí establecido;

(7) Normas para determinar los niveles y la manera de pago de remuneración para los productores con respecto a la venta de los planes médicos básico y estándar; y

(8) Lo que fuera necesario para la implantación y administración del Programa.

G. El Programa tendrá los poderes generales y la autoridad que otorgan las leyes de Puerto Rico a los aseguradores y las organizaciones de servicios de salud, salvo el poder de emitir planes médicos directamente a grupos o a personas particulares. Además, el Programa tendrá autorización específica para lo siguiente:

(1) Otorgar los contratos que fueren necesarios o convenientes para ejecutar las disposiciones y los propósitos de este Capítulo;

(2) Demandar o ser demandada, lo cual incluye las medidas judiciales necesarias para cobrar derramas y sanciones del Programa o de aseguradores que operan como reaseguradores o a favor de éstos;

(3) Tomar las acciones judiciales necesarias para evitar el pago de reclamaciones improcedentes en contra del Programa;

(4) Definir los planes médicos para los cuales se proveerá reaseguro y emitir contratos de reaseguro, a cambio del pago de la prima correspondiente, conforme a los requisitos de este Capítulo;

(5) Establecer las reglas, condiciones y procedimientos para el reaseguro de los riesgos conforme al Programa;

(6) Establecer funciones actuariales según corresponda para la operación del Programa;

(7) Imponer cuotas o derramas a los reaseguradores conforme a las disposiciones de este Artículo, e imponer derramas interinas según sean razonables y necesarias para sufragar los gastos operacionales interinos. Las derramas interinas se acreditarán a toda cuota o derrama regular pagadera después del cierre de cada año fiscal;

(8) Nombrar los comités legales, actuariales o de otro tipo, según sean necesarios, para proveer ayuda técnica en la operación del Programa, diseño de pólizas u otros contratos y demás funciones dentro de la autorización del Programa; y

(9) Tomar prestado dinero para implantar los objetivos del Programa. ~~Toda nota~~ Todo pagaré u otra evidencia de deuda del Programa que no esté en mora constituirán una inversión legal y se podrá contabilizar como un activo admitido.

H. Con respecto a un plan médico básico o un plan médico estándar, el Programa reasegurará el nivel de cubierta provisto y con respecto a otros planes, hasta al nivel de la cubierta provisto en un plan médico básico o estándar.

(1) El asegurador de patronos de PYMES podrá reasegurar un grupo completo de un patrono a partir de los sesenta (60) días del comienzo o renovación de la cubierta del plan médico grupal.

(2) Un empleado recién elegible del patrono de PYMES, o su dependiente, se podrá reasegurar dentro de los sesenta (60) días luego del comienzo de su cubierta.

(3) El Programa no reembolsará al asegurador-reasegurador con respecto a las reclamaciones de un empleado reasegurado o sus dependientes hasta tanto el asegurador haya incurrido en un nivel inicial de reclamaciones para dicho empleado o dependiente de $5,000 en un año póliza por beneficios cubiertos. Además, el asegurador-reasegurador será responsable del diez (10) por ciento de los siguientes $50,000 de pago de beneficios durante el año póliza y el Programa reasegurará el restante. La responsabilidad del asegurador-reasegurador conforme a este inciso no excederá $10,000 en determinado año póliza con respecto a una persona reasegurada.

(a) Anualmente, la Junta ajustará el nivel inicial de reclamaciones y el límite de retención por el asegurador para reflejar los aumentos en costos y la utilización en el mercado general de planes médicos en Puerto Rico. El ajuste no será menor que el cambio anual en el componente médico del "Índice de Precios al Consumidor para todos los Consumidores Urbanos (ICP-U)" del Negociado de Estadísticas del Departamento del Trabajo Federal, a menos que la Junta proponga un factor de ajuste menor y el Comisionado lo apruebe.

(4) El asegurador de patronos de PYMES podrá dar por terminado el reaseguro por medio del Programa con respecto a uno o más de los empleados o dependientes reasegurados, en el aniversario del plan médico.

(5) Las primas cobradas por concepto de reaseguro a una organización de servicios de salud que cualifique conforme al 42 U.S.C. Sec. 300c(c) (2) (A), y como tal esté sujeta a los requisitos que limitan la cantidad de riesgo que se

puede ceder al Programa, se reducirán para reflejar la parte del riesgo que no se puede ceder al Programa, si alguno.

(6) El asegurador-reasegurador aplicará todas las técnicas de cuidado coordinado y manejo de reclamaciones, las cuales incluyen la revisión de utilización, manejo de casos individuales, disposiciones sobre proveedores participantes y otras disposiciones o métodos de operación del cuidado coordinado de manera uniforme con respecto a las pólizas reaseguradas y las pólizas no reaseguradas.

I. La Junta, como parte del plan de operaciones, establecerá una metodología para determinar las primas que cobrará el Programa por el Reaseguro. La metodología incluirá un sistema de tarifación de los patronos de PYMES con las características que comúnmente usan este tipo de aseguradores en Puerto Rico. La metodología incluirá la forma en que se desarrollarán las tarifas básicas de reaseguro, que se multiplicarán por los factores indicados en el inciso (2) para determinar las primas que cobrará el Programa. La Junta establecerá las tarifas básicas de reaseguro, sujeto a la aprobación del Comisionado.

(1) Las primas para el Programa serán como sigue:

(a) El grupo completo de un patrono de PYMES se podrá reasegurar a una tarifa que sea uno punto cinco (1.5) veces la tarifa básica de reaseguro para el grupo.

(b) La tarifa de reaseguro para empleados o dependientes elegibles podrá ser cinco (5) veces la tarifa básica de reaseguro para las personas individuales.

(2) La Junta revisará periódicamente la metodología establecida, incluidos el sistema de tarifación y los factores para determinar las tarifas, para asegurar que ésta refleja de manera razonable la experiencia de reclamaciones del Programa. La Junta podrá proponer cambios en la metodología que estarán sujetos a la aprobación del Comisionado.

(3) La Junta podrá considerar la necesidad de hacer ajustes en las tarifas cobradas por el Programa para que las mismas reflejen el uso de sistemas efectivos de contención de costos y cuidado coordinado.

J. Aun cuando el plan médico de un patrono de PYMES esté total o parcialmente reasegurado por el Programa, las primas cobradas al patrono de PYMES cumplirán con las restricciones relacionadas con las tarifas que se disponen en este Capítulo.

K. (1) Antes del 31 de marzo de cada año, la Junta determinará e informará al Comisionado las pérdidas netas del Programa para el año natural precedente, las cuales incluirán los gastos administrativos y las pérdidas incurridas en dicho año, tomando en cuenta el ingreso derivado de inversiones y otras ganancias y pérdidas, según corresponda.

(2) Se recuperará la pérdida neta del año mediante la imposición de una derrama a los aseguradores-reaseguradores.

(3) La Junta establecerá, como parte del plan de operaciones, una fórmula para establecer la derrama que se impondrá a los aseguradores-reaseguradores.

(a) La fórmula para establecer la derrama se basará en lo siguiente:

(i) El porcentaje que corresponde a cada asegurador-reasegurador de las primas totales devengadas durante el año natural

anterior, por concepto de los planes médicos emitidos a los patronos de PYMES en Puerto Rico.

(b) A ningún asegurador-reasegurador se le impondrá una derrama que sea menor del cincuenta (50) por ciento, ni mayor del ciento cincuenta (150) por ciento de una cantidad basada en la proporción de:

(i) las primas totales devengadas por el asegurador-reasegurador durante el año natural precedente por concepto de los planes médicos emitidos a patronos de PYMES en Puerto Rico con respecto al total de primas devengadas por todos los aseguradores-reaseguradores durante el año natural precedente por concepto de planes médicos emitidos a patronos de PYMES en Puerto Rico.

(c) Sujeto a la aprobación por el Comisionado, la Junta ajustará la fórmula para el cálculo de la derrama que se impone a los aseguradores-reaseguradores que sean organizaciones de servicios de salud y que cualifiquen conforme al 42 U.S.C. Sec. 300, et seq., para a tomar en cuenta las restricciones que se les imponen, si alguna, que no se imponen a los demás aseguradores.

(4) Antes del 31 de marzo de cada año, la Junta determinará y radicará con el Comisionado un estimado de la derrama que se requiere para cubrir las pérdidas incurridas por el Programa durante el año natural precedente.

(a) Si la Junta determina que la derrama que se requiere para cubrir las pérdidas incurridas por el Programa durante el año natural precedente

excederá el cinco por ciento (5%) del total de primas devengadas durante dicho año por concepto de planes médicos emitidos a patronos de PYMES en Puerto Rico, la Junta evaluará la operación del Programa e informará al Comisionado de sus determinaciones. Dichas determinaciones incluirán recomendaciones de cambios en el plan de operaciones del Programa, y se presentarán antes del 31 de marzo próximo al año natural en el que incurrieron las pérdidas. La evaluación incluirá un estimado de las derramas futuras y una valoración de los costos administrativos del Programa, la suficiencia de las primas cobradas, el nivel de retención de aseguradores por el Programa y los costos de plan médico para los patronos de PYMES. Si la Junta no radica un informe al Comisionado en la fecha indicada, el Comisionado podrá evaluar las operaciones del Programa y formular las enmiendas al plan de operaciones que entienda necesarias para reducir las pérdidas y las derramas futuras.

(b) Si las derramas exceden la cantidad especificada en el inciso (b) durante dos (2) años naturales consecutivos, el Programa será elegible a recibir financiamiento adicional. El financiamiento adicional se obtendrá de las mismas fuentes que las establecidas bajo el Capítulo sobre Planes Médicos para Personas No Asegurables de este Código. La cantidad de financiamiento adicional que se provea al Programa equivaldrá a la cantidad por la cual las derramas de los dos (2) años naturales excedieron el cinco por ciento (5%) del total de primas

devengadas durante ese periodo por los patronos de PYMES en concepto de planes médicos emitidos en Puerto Rico. Si el Programa ha recibido financiamiento adicional conforme a este inciso, la cantidad de dicho financiamiento se restará de la cantidad total de la derrama para los fines de los cálculos que disponen en la oración anterior. El financiamiento adicional que reciba el Programa se distribuirá a los aseguradores-reaseguradores proporcionalmente según las derramas que hayan pagado en los dos (2) años naturales precedentes.

(5) Si las derramas exceden las pérdidas netas del Programa, dicho excedente se retendrá y devengará intereses. La Junta usará el excedente para compensar por las pérdidas futuras o reducir las primas del Programa. Para los fines de este inciso, las "pérdidas futuras" incluyen las reservas por concepto de reclamaciones incurridas pero no informadas (IBNR, por sus siglas en inglés).

(6) La Junta determinará anualmente la parte de la derrama que corresponde a cada asegurador-reasegurador a base de los estados de situación anuales y otros informes que entienda necesarios la Junta.

(7) El plan de operaciones contemplará la imposición de un pago por intereses por el pago tardío de la derrama.

(8) El asegurador-reasegurador podrá solicitar al Comisionado una prórroga con respecto al pago de una parte o la totalidad de la derrama impuesta por la Junta. El Comisionado concederá la prórroga si determina que el pago de la

derrama afectaría la situación económica del asegurador-reasegurador. Si el Comisionado concede la prórroga, la cantidad diferida se repartirá entre el resto de los aseguradores-reaseguradores en la proporción que se distribuyen las derramas en este Artículo. El asegurador-reasegurador a quien se le concede la prórroga responderá al Programa por la cantidad diferida y no tramitará reaseguro de personas o grupos con el Programa hasta tanto pague la derrama diferida.

L. Como parte del plan de operaciones, la Junta establecerá las normas para determinar los niveles y la manera de pago de remuneración para los productores con respecto a la venta de planes médicos básicos y estándar. Al establecer las normas, la Junta tomará en cuenta la necesidad de proveer una amplia disponibilidad de planes médicos, los objetivos del Programa, el tiempo y el esfuerzo que se requiere para emitir los mencionados planes, la necesidad de proveer servicio continuo a los patronos de PYMES, los niveles de remuneración actuales en la industria y los costos del plan médico en general para los patronos de PYMES.

M. El Programa tendrá exención contributiva con respecto a todo tipo de impuestos.

Artículo 8.120. Comité de Planes Médicos

A. El Comisionado nombrará un Comité de Planes Médicos compuesto por cinco (5) miembros. El Secretario de Salud, quien presidirá el Comité, ~~el Administrador de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción,~~ el Procurador del Paciente y el Comisionado serán los tres (3) miembros natos del Comité. Los otros dos (2miembros lo serán un (1) profesional competente en la industria de seguros y

un (1) representante del interés público, quienes se seleccionarán conforme a los procedimientos y las guías que establezca el Comisionado.

B. El Comité recomendará la forma y el nivel de cubierta que el asegurador de patronos de PYMES debe proveer conforme a este Capítulo. En el descargo de esta función, el Comité podrá hacer las consultas que estime necesarias ~~tanto al Procurador del Paciente, como~~ a aquellas personas o entidades dedicadas a prestar servicios de cuidado de la salud, ofrecer y mercadear planes médicos a este segmento del mercado y otras actividades relacionadas con los planes médicos, especialmente a los patronos de PYMES.

C. El Comité recomendará y diseñará los niveles de beneficios, costos compartidos, exclusiones y limitaciones para el plan médico básico y el plan médico estándar, teniendo en cuenta todas las disposiciones impuestas por las leyes y los reglamentos federales y estatales. Los planes médicos recomendados y diseñados por el Comité incluirán medidas de control de costos tales como las siguientes:

(1) Revisión de utilización, lo cual incluye la revisión de la necesidad médica de los servicios médicos y de hospitalización;

(2) Mejorar la calidad y el acceso a los servicios, programas preventivos y manejo de casos, entre otros;

(3) Contratación con hospitales, médicos y otros proveedores de cuidado de la salud;

(4) Diferencias razonables entre beneficios aplicables a proveedores participantes o no participantes en los arreglos que contemplan disposiciones sobre redes preferidas; y

(5) Otras disposiciones relacionadas con el cuidado coordinado.

D. Luego de aprobarse este Capítulo, pero no más tarde de ciento ochenta (180) días de su nombramiento, el Comité presentará para aprobación del Comisionado un plan médico básico y un plan médico estándar, así como otros planes médicos que estime conveniente para cumplir con los propósitos descritos en este Artículo. Posterior a esta recomendación inicial y por lo menos una vez al año, el Comité presentará y recomendará las enmiendas necesarias a dichos planes médicos.

Artículo 8.130. Evaluación Periódica del Mercado

Por lo menos una vez cada tres (3) años, la Junta de Directores del Programa de Reaseguro para los Patronos de PYMES, en consulta con los miembros del Comité de Planes Médicos, llevará a cabo un estudio sobre la efectividad de las disposiciones de este Capítulo e informará al Comisionado de los resultados de dicho estudio. ~~El Comisionado deberá remitir copia de dicho informe al Gobernador y a la Asamblea Legislativa dentro de un término no mayor de treinta (30) días de haberlo recibido.~~ En el informe se analizará la efectividad de las disposiciones de este Capítulo en promover la estabilidad de tarifas, la disponibilidad de los productos y la asequibilidad económica de los planes médicos para los patronos de PYMES. El informe podrá incluir recomendaciones para mejoras que se pudieran introducir con respecto a la efectividad general, eficiencia y la equidad en el mercado de seguros para grupos pequeños. En el informe se discutirá si los aseguradores y productores están mercadeando o emitiendo de manera activa y equitativa los planes médicos a los patronos de PYMES, de conformidad con los propósitos de este Capítulo. El informe podrá incluir recomendaciones sobre conducta de mercado u otras normas o acciones regulatorias.

Artículo 8.140. Relevo de Ciertas Leyes Estatales

Cualquier ley o reglamento estatal que sea aprobado luego de la fecha de vigencia de este Capítulo y que requiera la inclusión en un plan médico de ciertos servicios o beneficios, o que requiera el reembolso de éstos, así como la utilización o inclusión de algún proveedor de cuidado de salud o de persona alguna, no será aplicable a los planes médicos de los aseguradores de patronos de PYMES en Puerto Rico, a menos que expresamente así lo disponga la ley o el reglamento en cuestión. No obstante lo anterior, cualquier asegurador podrá optar por cumplir con la ley o reglamento aprobado, si ello redunda en beneficios para los patronos de PYMES, así como para los empleados y sus dependientes.

Artículo 8.150. Procedimientos Administrativos

El Comisionado promulgará el o los reglamentos que sean necesarios para hacer efectivas las disposiciones de este Capítulo, siguiendo el proceso establecido para ello en el Capítulo 2 del Código de Seguros de Puerto Rico.

Artículo 8.160. Estándares y Restricciones para Garantizar el Mercadeo Equitativo

A. ~~Los aseguradores mercadearán~~ Todo asegurador mercadeará de manera activa a todos los patronos de PYMES en Puerto Rico todos los planes médicos que venda dicho asegurador en este mercado.

B. Ningún asegurador o productor podrá participar, directa o indirectamente, en las siguientes actividades:

(1) Alentar o inducir a cualquier patrono de PYMES a que no solicite el plan médico al asegurador, o a que solicite el plan médico de otro asegurador, por razón del estado de salud de los empleados elegibles

o dependientes, o la experiencia de reclamaciones, industria, ocupación o ubicación geográfica del patrono de PYMES. Esta disposición no será aplicable con respecto a información provista por un asegurador o productor sobre el área geográfica de servicio del asegurador o alguna disposición de red preferida.

C. Ningún asegurador, directa o indirectamente, contratará, acordará o hará algún acuerdo con un productor para disponer o que resulte en que la remuneración pagada al productor por la venta de planes médicos variará debido a algún factor relacionado con el estado de salud de los empleados elegibles o dependientes, o la industria, ocupación o ubicación del patrono de PYMES, ya fuere al inicio del plan médico, como al momento de renovarlo.

Esta disposición no será aplicable con respecto a un acuerdo de remuneración a un productor a base de porcentaje de las primas, disponiéndose que dicho porcentaje no variará debido a ningún factor relacionado con el estado de salud de los empleados elegibles o dependientes, o la industria, ocupación o ubicación del patrono de PYMES.

D. Ningún asegurador podrá dar por terminado, negarse a renovar o limitar el contrato o acuerdo de representación con un productor por alguna razón que tenga que ver con un factor relacionado con el estado de salud de los empleados elegibles o dependientes, o la industria, ocupación o ubicación del patrono de PYMES, ya fuere al inicio o al momento de renovación de un plan médico colocado por el productor con dicho patrono.

E. Ningún asegurador o productor podrá inducir o alentar a patronos de PYMES a separar o de otra manera excluir a un empleado elegible o dependiente de los beneficios del plan médico.

F. Siempre que el asegurador deniegue una solicitud de plan médico de un patrono de PYMES, por alguna razón permitida bajo las disposiciones de este Capítulo, lo notificará por escrito e indicará de forma clara la razón o razones por las que deniega la solicitud.

G. Toda violación de este Artículo constituirá un práctica comercial desleal conforme al Capítulo 27 del Código de Seguros de Puerto Rico y estará sujeta a las sanciones allí dispuestas. Si un asegurador contrata, acuerda o hace otro tipo de arreglo con un tercero administrador para proveer servicios administrativos, de mercadeo o de otro tipo relacionados con el ofrecimiento de planes médicos a los patronos de PYMES en Puerto Rico, el tercero administrador estará sujeto a este Artículo como si fuera el asegurador.

Artículo 8.170. Divulgaciones Requeridas

A. En relación con la oferta para la venta de un plan médico a un patrono de PYMES, el asegurador deberá realizar una divulgación razonable, como parte de sus materiales de solicitación y venta, que incluya todo lo siguiente:

(1) Las disposiciones del plan médico que, conforme este Capítulo, le otorgan el derecho al asegurador de cambiar las tarifas y los factores, que no sea la experiencia en reclamaciones;

(2) Las disposiciones relacionadas con la posibilidad de renovación de las pólizas y contratos;

(3) Las disposiciones relacionadas con las condiciones preexistentes; y

(4) Una lista e información descriptiva, incluso beneficios y primas, sobre todos los planes médicos disponibles para el patrono de PYMES.

Capítulo 12 Prohibición del Uso de Cláusulas Discrecionales

Artículo 12.010. Título

Este Capítulo se conocerá y citará como el Capítulo sobre Prohibición del Uso de Cláusulas Discrecionales.

Artículo 12.020. Propósito

El propósito de este Capítulo es asegurar que se acuerden contractualmente los beneficios de los planes médicos y las cubiertas de protección de ingresos en caso de incapacidad, para así evitar el conflicto de intereses que ocurre cuando la organización de seguros de salud o el asegurador de incapacidad responsable de proveer los beneficios tiene la autoridad discrecional para decidir cuáles beneficios se tienen que pagar. No se entenderá que las disposiciones de este Capítulo imponen un requisito o deber a ninguna persona que no sea la organización de seguros de salud o el asegurador de incapacidad que ofrece cubierta de protección de ingresos en caso de incapacidad.

Artículo 12.030. Definiciones

A. "Cubierta de protección de ingresos en caso de incapacidad" es una póliza, un contrato, un certificado o un acuerdo que dispone que se hagan pagos regulares, sean semanales o mensuales, durante un periodo específico de tiempo, mientras exista una incapacidad que resulte de una enfermedad o lesión o combinación de ambas.

B. "Servicios de cuidado de la salud" significa servicios de diagnóstico, prevención, tratamiento, cura o alivio de padecimientos crónicos, dolencias, lesiones o enfermedades.

Artículo 12.040. Prohibición del Uso de Cláusulas Discrecionales

A. Las pólizas, contratos, certificados o acuerdos ofrecidos o emitidos en Puerto Rico por una organización de seguros de salud o asegurador para proveer, entregar, tramitar, pagar o reembolsar el costo de servicios de cuidado de la salud no dispondrán que la interpretación final de los términos del contrato estará sujeta a discreción por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, ni contendrán normas de interpretación o revisión que contravengan las leyes de Puerto Rico. Las determinaciones adversas que emitan las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, así como las disputas o controversias que surjan entre una organización de seguros de salud o asegurador y una persona cubierta o asegurado, estarán sujetas a los procedimientos de revisión, tanto internos como externos, que se establecen en este Código.

B. Las pólizas, contratos, certificados o acuerdos ofrecidos o emitidos en Puerto Rico que provean cubierta de protección de ingresos en caso de incapacidad no dispondrán que la interpretación final de los términos del contrato estará sujeta a discreción por parte del asegurador de incapacidad, ni contendrán normas de interpretación o revisión que contravengan las leyes de Puerto Rico.

~~Artículo 12.050. Sanciones~~

~~Toda violación a este Capítulo estará sujeta a las sanciones que se imponen a los aseguradores por violaciones al Código de Seguros de Puerto Rico.~~

Capítulo 22 Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores

Artículo 22.010. Título

Este Capítulo se conocerá y se podrá citar como el Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores.

Artículo 22.020. Propósito

El propósito de este Capítulo es proveer las normas para establecer y mantener los procedimientos que deben seguir las organizaciones de seguros de salud o aseguradores para garantizar que las personas cubiertas o asegurados ~~tengan la oportunidad de obtener~~ obtengan una oportuna y adecuada resolución de sus querellas, como se definen en este Capítulo.

Artículo 22.030. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Beneficios cubiertos" o "beneficios" significa los servicios de cuidado de la salud a los que la persona cubierta o asegurado tiene derecho conforme al plan médico.

B. "Certificación" significa un documento que contiene la determinación de ~~una~~ la organización de seguros de salud o asegurador, o ~~una~~ de la organización de revisión de utilización, en ~~la~~ el que se expresa que se ha revisado la solicitud de un beneficio a tenor con el plan médico y que, a base de la información provista, el beneficio cumple con los requisitos de la organización de seguros de salud o asegurador en cuanto a la necesidad médica, la idoneidad, el lugar donde se provee el cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del cuidado.

C. "Criterios de revisión clínica" son los procedimientos escritos para el cernimiento, resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y guías de práctica que usa la organización de seguros de salud o asegurador para determinar la necesidad médica e idoneidad de los servicios de cuidado de salud.

D. "Determinación adversa" significa:

(1) Una determinación hecha por una organización de seguros de salud o asegurador, o una organización de revisión de utilización, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio, o no se paga el beneficio, parcial o totalmente, ya que al aplicar las técnicas de revisión de utilización, a base de la información provista, el beneficio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de necesidad médica e idoneidad, lugar en que se presta el servicio o el nivel o eficacia del cuidado o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa;

(2) La denegación, reducción, terminación o ausencia de pago de un beneficio, sea parcial o en su totalidad, por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, o una organización de revisión de utilización, basado en la determinación sobre la elegibilidad de la persona cubierta o asegurado de participar en el plan médico; o

(3) La determinación que resulte de una revisión prospectiva o revisión retrospectiva en la que se deniega, reduce, termina o no se paga, parcial o totalmente, el beneficio.

E. "Estabilizado" significa, con respecto a una condición médica de emergencia, que no hay probabilidad de que se deteriore la condición del paciente, dentro de las probabilidades médicas razonables, antes de que se pueda transferir al paciente.

F. "Homólogo clínico" significa un médico u otro profesional de la salud que tiene una licencia sin restricciones en un estado de los Estados Unidos o en Puerto Rico, y en la misma especialidad, o especialidad similar, que los médicos o profesionales de la salud que por costumbre atienden la condición, procedimiento o tratamiento que se revisa.

G. "Manejo de casos" significa un conjunto de actividades coordinadas, establecidas por la organización de seguros de salud o asegurador, para el manejo individual de los padecimientos del paciente, sean complejos, prolongados o de otro tipo.

H. "Plan de cuidado coordinado" significa

(1) Un plan médico que requiere o incentiva, incluso económicamente, que las personas cubiertas o asegurados utilicen los proveedores de la organización de seguros de salud o asegurador, o proveedores que son administrados, contratados o empleados por ésta, para que las personas cubiertas o asegurados utilicen dichos servicios.

(2) Los "planes de cuidado coordinado" incluyen:

(a) Los planes cerrados, según se definen en el Artículo 2.020 de este Código; y

(b) Los planes abiertos, según se define en el Artículo 2.020 de este Código.

I. "Organización de revisión de utilización" significa la entidad contratada por una organización de seguros de salud o asegurador para llevar a cabo la revisión de utilización, cuando no sea la organización de seguros de salud o asegurador quien hace la revisión de su propio plan médico. No se interpretará que es requisito para la organización de seguros de salud o asegurador subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo los procesos de revisión de utilización.

J. "Plan médico" ~~significa toda póliza, contrato, certificado o acuerdo ofrecido o emitido por una organización de seguros de salud para proveer, suministrar, o tramitar los servicios de cuidado de la salud, o pagar o reembolsar los costos de los mismos~~ significa un contrato de seguro, póliza, certificado, o contrato de suscripción con una organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador, provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base prepagada, mediante el cual la organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador se obliga a proveer o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud mental, o servicios incidentales a la prestación de éstos.

K. "Planificación de altas" significa el proceso formal que se lleva a cabo antes de que a un paciente se le ~~dé~~ de alta de una instalación, para determinar la coordinación y manejo del cuidado que recibirá dicho paciente luego de que se le haya dado de alta.

L. "Querella" significa una queja escrita —o verbal, si la misma conlleva una solicitud de cuidado urgente— presentada por una persona cubierta o asegurado, o a nombre de ~~ésta~~ éste, con respecto a:

(1) La disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de cuidado de la salud, incluidas las querellas relacionadas con una determinación adversa que resulte de una revisión de utilización;

(2) El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de la salud; o

(3) Asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona cubierta o asegurado y la organización de seguros de ~~la~~ salud o asegurador.

M. "Red" significa el grupo de proveedores participantes que presta servicios ~~a~~ en un plan de cuidado coordinado.

N. "Revisión concurrente" significa la revisión de utilización hecha durante la estadía del paciente en una instalación, o durante el tratamiento del paciente en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de la salud a pacientes recluidos o ambulatorios.

O. "Revisión de servicios ambulatorios" significa la revisión de utilización de servicios de cuidado de la salud prestados en instalaciones que proveen servicios ambulatorios.

P. "Revisión de utilización" significa un conjunto de técnicas formales para supervisar los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar la necesidad médica, idoneidad, eficacia o eficiencia de los mismos. Dichas técnicas podrían incluir la revisión de servicios ambulatorios, la revisión prospectiva, la segunda opinión, la certificación, la revisión concurrente, el manejo de casos, la planificación de altas o la revisión retrospectiva.

Q. "Revisión prospectiva" significa la revisión de utilización antes de que se preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito de la organización de seguros de salud o asegurador para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.

R. "Revisión retrospectiva" significa la revisión de una solicitud de un beneficio que se lleva a cabo luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. "Revisión retrospectiva" no incluye la revisión de una reclamación que se limita a la evaluación de la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.

S. "Segunda opinión" significa la oportunidad o el requisito de obtener una evaluación clínica hecha por un proveedor, que no sea el proveedor que haya hecho la recomendación inicial, de un servicio de cuidado de la salud, con miras a evaluar la necesidad médica e idoneidad de dicho servicio.

T. "Solicitud de cuidado urgente" significa

(1) Una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento con respecto al cual el tiempo establecido para hacer una determinación de cuidado no urgente:

(a) Podría poner en peligro la vida o la salud de la persona cubierta o asegurado o su recuperación plena; o

(b) En la opinión de un médico con conocimiento de la condición médica de la persona cubierta o asegurado, expondría a la persona a dolor que no se puede manejar adecuadamente sin el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado.

(2) Al determinar si se tratará la solicitud como una solicitud de cuidado urgente, la persona que representa a la organización de seguros de salud o asegurador ejercerá el juicio de un lego prudente que tiene un conocimiento promedio de la salud y la medicina. Si un médico con conocimiento de la condición médica de la persona cubierta o asegurado determina presentar una solicitud de cuidado urgente dentro del significado del inciso (1), la organización de seguros de salud o asegurador tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente.

Artículo 22.040. Aplicabilidad y Alcance

Salvo se especifique lo contrario, este Capítulo será aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud o aseguradores.

Nada de lo dispuesto en este Capítulo limitará o de forma alguna afectará las facultades legales de la Oficina del Procurador del Paciente o de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico para iniciar, investigar, procesar o adjudicar querellas, nuevas o pendientes. Nada de lo dispuesto en este Capítulo se entenderá como una enmienda o derogación a las leyes, reglamentos o procedimientos que administra la Oficina del Procurador del Paciente o la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

Artículo 22.050. Requisitos para Reportar Querellas al Comisionado

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores mantendrán registros escritos para documentar todas las querellas recibidas durante cada año natural (el registro).

B. Las solicitudes de revisión de primer nivel de las querellas relacionadas con una determinación adversa se procesarán según el Artículo 22.070. Las solicitudes de

revisión ordinaria de las querellas no relacionadas con una determinación adversa se procesarán según el Artículo 22.080.

C. Las solicitudes de revisión voluntaria adicional de una querella se procesarán según el Artículo 22.090.

D. Para cada querella, el registro contendrá, como mínimo, la siguiente información:

(1) Una descripción general de la razón de la querella;

(2) La fecha en que se recibió;

(3) La fecha de cada revisión o, si fuera aplicable, de cada reunión de revisión;

(4) La decisión/resolución que se emitió en cada nivel de revisión, si fuera aplicable;

(5) La fecha de la decisión/resolución en cada nivel de revisión, si fuera aplicable; y

(6) El nombre de la persona cubierta o asegurado con respecto a la cual se radicó la querella.

E. El registro se mantendrá de una manera clara y accesible al Comisionado.

F. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores conservarán el registro recopilado durante el año natural por un periodo de cinco (5) años o hasta que el Comisionado haya emitido el informe final de un examen que incluya una revisión del registro para dicho año natural, cual plazo sea mayor.

(2) (a) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores presentarán al Comisionado, por lo menos una vez al año, un informe en el formato especificado por el Comisionado.

(b) El informe incluirá lo siguiente para cada uno de los planes médicos que ofrece la organización de seguros de salud o asegurador:

(i) La certificación de cumplimiento que se requiere en el Artículo 22.060 (C);

(ii) La cantidad de personas cubiertas o asegurados;

(iii) La cantidad total de querellas;

(iv) La cantidad de querellas para las cuales una persona cubierta o asegurado solicitó una revisión voluntaria a tenor con el Artículo 22.090;

(v) La cantidad de querellas resueltas en cada nivel, si fuera aplicable, y la decisión/resolución;

(vi) La cantidad de querellas que fueran apeladas al Comisionado de las cuales se ha informado a la organización de seguros de salud o asegurador;

(vii) La cantidad de querellas referidas a procedimientos alternos de mediación o arbitraje, o que resultaron en litigios; y

(viii) Una sinopsis de las medidas tomadas para corregir los problemas que se ~~han~~ hayan identificado.

Artículo 22.060. Procedimientos de Revisión de las Querellas

A. Salvo como se especifique en el Artículo 22.100, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores recibirán y resolverán las querellas de las personas cubiertas o asegurados, según los procedimientos escritos, como se dispone en los Artículos 22.070, 22.080 y 22.090.

B. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores radicarán con el Comisionado una copia de los procedimientos que se requieren en el apartado A, incluidos todos los formularios usados para procesar las solicitudes hechas. Toda modificación sustancial a dichos procedimientos se radicará con el Comisionado también. El Comisionado podrá desaprobar la radicación hecha si no cumple con este Capítulo o con la reglamentación aplicable.

C. Además de lo dispuesto en el apartado B, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores radicarán anualmente con el Comisionado, como parte del informe anual requerido en el Artículo 22.050, una certificación de que ha establecido y mantiene, para cada uno de sus planes médicos, procedimientos de querellas que cumplen plenamente con las disposiciones de este Capítulo.

D. La descripción de los procedimientos de querella que se requieren en este Artículo se incluirá en la póliza, certificado, folleto de ofrecimiento a socios, resumen de cubierta o cualquier otra evidencia de cubierta provista a las personas cubiertas o asegurados.

E. La descripción de los procedimientos de querella en los documentos antes mencionados incluirán una declaración del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador del Paciente para obtener ayuda en todo momento. La declaración incluirá el número telefónico y la dirección del Comisionado y de la Oficina del Procurador del Paciente.

Artículo 22.070. Revisión de Primer Nivel de las Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa

A. A más tardar ~~los~~ ciento ochenta (180) días del recibo de la notificación de una determinación adversa, la persona cubierta o asegurado, o su representante ~~autorizado~~ personal, podrá radicar una querella ~~con~~ ante la organización de seguros de salud o asegurador en la que se solicita una revisión de primer nivel de la determinación adversa.

B. La organización de seguros de salud o asegurador proveerá a la persona cubierta o asegurado el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona u organización designada para coordinar la revisión de primer nivel a nombre de la organización de seguros de salud o asegurador.

C. (1) (a) ~~En el caso~~ Si la querella surge a raíz de una determinación adversa relacionada con una revisión de utilización, la organización de seguros de salud o asegurador designará uno o varios homólogos clínicos de la misma especialidad, o especialidad similar, que los profesionales de la salud que normalmente manejarían el caso para el cual se hizo la determinación adversa. Los homólogos clínicos designados no pueden haber participado en la determinación adversa inicial.

(b) La organización de seguros de salud o asegurador se asegurará de que, si designa a más de un homólogo clínico para la revisión, éstos tengan la pericia adecuada.

(2) Al llevar a cabo una revisión a tenor con este Artículo, los revisores tomarán en cuenta todos los comentarios, documentos y registros, así como otra información relacionada con la solicitud de revisión presentada por las personas cubiertas o asegurados ~~o sus representantes autorizados~~, independientemente de que la información se hubiese presentado o considerado al hacer la determinación adversa inicial.

D. (1) (a) Las personas cubiertas o asegurados o, si fuera aplicable, sus representantes ~~autorizados~~ personales, tienen el derecho de:

(i) Presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados con la ~~solicitud~~ querella objeto de revisión; y

(ii) Recibir de la organización de seguros de salud o asegurador, a solicitud y gratuitamente, acceso a todos los documentos y registros, y a obtener copias de los mismos, así como información pertinente a la ~~solicitud de revisión~~ querella.

(b) Para los fines del sub inciso (a) (ii), se considerará que los documentos, registros u otra información es pertinente a la ~~solicitud de revisión~~ querella de la persona cubierta o asegurado si éstos:

(i) Se usaron en la determinación de beneficios;

(ii) Se presentaron, consideraron o generaron con relación a la determinación adversa, aunque la determinación del beneficio no dependiera de dichos documentos, registros u otra información;

(iii) Demuestran que al hacer la determinación, la organización de seguros de salud o asegurador siguió, de manera uniforme, los mismos procedimientos y garantías administrativas que se siguen con otras personas cubiertas o asegurados en circunstancias similares; o

(iv) Constituyen declaraciones de política o directrices del plan médico relacionadas con el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado y el diagnóstico de la persona cubierta o asegurado, independientemente de que se tomaran en cuenta al hacer la determinación adversa inicial.

(2) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores informarán a las personas cubiertas o asegurados o, si fuera aplicable, a sus representantes ~~autorizados~~ personales, de los derechos que conforme al inciso (1) le asisten, a más tardar tres (3) días laborables del recibo de la querella.

E. A los fines de calcular los plazos que se establecen en el apartado F para la determinación y notificación, los plazos comenzarán cuando la organización de seguros de salud o asegurador reciba la ~~solicitud de revisión~~ querella, independientemente de si se acompaña la ~~solicitud~~ misma con toda la información necesaria para hacer la determinación. Si la organización de seguros de salud o asegurador entiende que la querella no contiene toda la información necesaria para hacer una determinación, le indicará claramente a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, las razones por las cuales considera

que no puede tramitar la querella, indicando los documentos o información adicional que deberá someter.

F. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores emitirán ~~una~~ su ~~decisión~~ determinación y la notificarán por escrito, o por medios electrónicos si la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, ha acordado recibir la notificación por esta vía, dentro de los plazos establecidos en los incisos (2) ó (3).

(2) Con respecto a una querella en la que se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión prospectiva, la organización de seguros de salud o asegurador notificará y emitirá ~~la~~ su ~~decisión~~ determinación dentro de un plazo razonable de acuerdo a la condición médica de la persona cubierta o asegurado, pero nunca más tarde de quince (15) días calendario del recibo de la querella.

(3) Con respecto a una querella en la que se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva, la organización de seguros de salud o asegurador notificará y emitirá ~~una~~ su ~~decisión~~ determinación en un plazo razonable, pero nunca más tarde de treinta (30) días calendario del recibo de la querella.

G. La ~~decisión~~ determinación emitida conforme al apartado F expresará de manera comprensible para la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, para su representante ~~autorizado~~ personal:

(1) Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión de primer nivel (los revisores);

(2) Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella;

(3) La ~~decisión~~ determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, pueda responder a los planteamientos de la organización de seguros de salud o asegurador;

(4) La evidencia o documentación usada como base de la ~~decisión~~ determinación;

(5) En el caso de que la determinación de la organización de seguros de salud o asegurador, luego de realizar una revisión de primer nivel, resulte adversa, se incluirá además lo siguiente:

(a) Las razones específicas de la determinación adversa;

(b) Referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;

(c) Una declaración en el sentido de que la persona cubierta o asegurado tiene derecho a recibir de manera gratuita, a su solicitud, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información pertinente, según se defina el término "pertinente" en el apartado D(1)(b);

(d) Si para formular la determinación adversa la organización de seguros de salud o asegurador se fundamentó en una regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá una copia de dicha regla, guía o protocolo en específico u otro criterio similar en que se fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a solicitud

de la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, de su representante personal;

(e) Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, o una declaración de que se proveerá una explicación a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, de manera gratuita, a su solicitud; y

(f) Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:

(i) Una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación, según se dispone en el inciso 5 (d); y

(ii) Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, según se dispone en el inciso 5 (e).

(6) Si fuera aplicable, una declaración en la que se indique:

(a) Una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional ~~a la decisión de la revisión del primer nivel relacionada con una determinación adversa~~, si la persona cubierta o asegurado deseare solicitar una revisión voluntaria conforme al Artículo 22.090;

(b) Los procedimientos escritos que rigen la revisión voluntaria, incluyendo los plazos requeridos para la revisión;

(c) Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente, conforme las disposiciones del Capítulo sobre "Revisión Externa ~~de las Determinaciones Adversas~~ de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores" de este Código, si la persona cubierta o asegurado decidiera que no solicitará una revisión voluntaria; y

(d) El derecho de la persona cubierta o asegurado a incoar una demanda en el tribunal competente.

(7) Si fuera aplicable, y enfatizando el carácter voluntario, la siguiente declaración: "El plan médico y usted podrían tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias, tal como la mediación o el arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, comuníquese con el Comisionado de Seguros"; y

(8) Una notificación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador del Paciente para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador del Paciente.

Artículo 22.080. Revisiones Ordinarias de Querellas No Relacionadas con una Determinación Adversa

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establecerán procedimientos escritos para las revisiones ordinarias de querellas no relacionadas con una determinación adversa.

B. (1) Los procedimientos permitirán que la persona cubierta o asegurado, o su representante ~~autorizado~~ personal, presente una querella no relacionada con una determinación adversa ~~con~~ ante la organización de seguros de salud o asegurador, conforme a las disposiciones de este Artículo.

(2) (a) La persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante ~~autorizado~~ personal, ~~tienen~~ tiene derecho a presentar documentos escritos para la consideración de las personas designadas por la organización de seguros de salud o asegurador para llevar a cabo la revisión ordinaria.

(b) La organización de seguros de salud o asegurador informará a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante ~~autorizado~~ personal, dentro de tres (3) días laborables del recibo de la querella, los derechos que le asisten conforme al inciso 2 (a).

C. (1) Al recibo de la querella, la organización de seguros de salud o asegurador designará una o más ~~persona~~ personas para realizar la revisión ordinaria.

(2) Para realizar la revisión ordinaria, la organización de seguros de salud o asegurador no designará a la persona que manejó el asunto objeto de la querella.

(3) La organización de seguros de salud o asegurador proveerá a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante ~~autorizado~~ personal, el nombre, la dirección y el número telefónico de ~~la persona designada~~ las personas designadas para realizar la revisión ordinaria de la querella.

D. La organización de seguros de salud o asegurador notificará por escrito su ~~decisión~~ determinación a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante ~~autorizado~~ personal, a más tardar los treinta (30) días calendario del recibo ~~de una solicitud de revisión ordinaria de una~~ la querella.

E. La ~~decisión~~ determinación por escrito emitida conforme al apartado D contendrá:

(1) Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión ordinaria (los revisores);

(2) Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella;

(3) La ~~decisión~~ determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta o asegurado pueda responder a los planteamientos de la organización de seguros de salud o asegurador;

(4) Referencia a la evidencia o documentación usada como base de la ~~decisión~~ determinación;

(5) Si fuera aplicable, una declaración escrita que incluya:

(a) Una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional ~~a la decisión de la revisión ordinaria~~, si la persona cubierta o asegurado deseare solicitar una revisión voluntaria conforme al Artículo 22.090;

(b) Los procedimientos escritos que rigen la revisión voluntaria, lo cual incluye los plazos requeridos para la revisión; y

(6) Una notificación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador del

Paciente para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador del Paciente.

Artículo 22.090. Nivel Voluntario de Revisiones de Querellas

A. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen planes de cuidado coordinado establecerán un proceso de revisión voluntaria para sus planes de cuidado coordinado. El propósito de este proceso de revisión voluntaria es proveer a las personas cubiertas o asegurados que estén ~~insatisfechas~~ insatisfechos con la ~~decisión~~ determinación de la revisión de primer nivel hecha conforme al Artículo 22.070, o que estén insatisfechas con la ~~decisión~~ determinación de la revisión ordinaria hecha conforme al Artículo 22.080, la opción de solicitar una revisión voluntaria adicional en la cual tengan el derecho de comparecer ante los representantes designados por la organización de seguros de salud o asegurador.

(2) Este Artículo no será aplicable a los planes de indemnización médica.

B. (1) Toda organización de seguros de salud o asegurador ~~a la~~ al que se le requiere conforme a este Artículo que establezca un proceso de revisión voluntaria, proveerá a las personas cubiertas o asegurados, o a sus representantes ~~autorizados~~ personales, una notificación conforme al Artículo 22.070 G (6) o el Artículo 22.080 E (5), según corresponda. Tal notificación será a los efectos de que dichas personas cuentan con la opción de presentar una solicitud de revisión voluntaria adicional.

(2) Al recibo de una solicitud de una revisión voluntaria adicional, la organización de seguros de salud o asegurador notificará a la persona cubierta o asegurado o, si fuere aplicable, a su representante ~~autorizado~~ personal, del derecho que tiene la persona cubierta o asegurado a:

(a) Solicitar dentro del plazo especificado en el inciso (3) (a), la oportunidad de comparecer en persona ante el panel de revisión designado por la organización de seguros de salud o asegurador;

(b) Recibir de la organización de seguros de salud o asegurador, a solicitud de la persona cubierta o asegurado, copias de todos los documentos, registros y otra información, que no sea confidencial ni privilegiada, relacionada con la solicitud de revisión voluntaria adicional;

(c) Presentar el caso de la persona cubierta o asegurado ante el panel de revisión;

(d) Presentar comentarios escritos, documentos, registros y otros materiales relacionados con la solicitud de revisión voluntaria adicional para la consideración del panel de revisión, tanto antes como durante la reunión de revisión, si fuera aplicable;

(e) Si fuera aplicable, formular preguntas a los representantes de la organización de seguros de salud o asegurador en el panel de revisión; y

(f) Tener la asistencia o representación de cualquier persona, incluyendo abogado, que escoja la persona cubierta o asegurado.

(3) (a) Toda persona cubierta o asegurado, o su representante ~~autorizado~~ personal, que desee comparecer en persona ante el panel de revisión presentará por escrito a la organización de seguros de salud o asegurador una solicitud a dichos efectos, a más tardar ~~siete (7)~~ quince (15) días laborables del recibo de la notificación enviada conforme al inciso (2).

(b) No se condicionará el derecho que tiene la persona cubierta o asegurado a una revisión justa, a que ésta comparezca a la reunión de revisión.

C. (1) (a) Con respecto a una solicitud de revisión voluntaria adicional de una ~~decisión~~ determinación emitida conforme al Artículo 22.070, la organización de seguros de salud o asegurador nombrará un panel de revisión para considerar la solicitud.

(b) Al realizar la revisión, el panel de revisión tomará en consideración todo comentario, documento, registro y otra información relacionada con la solicitud de revisión voluntaria adicional que presente la persona cubierta o asegurado o su representante ~~autorizado~~ personal, independientemente de si la información se presentó o consideró al tomar la ~~decisión~~ determinación en la revisión de primer nivel.

(c) El panel tendrá la autoridad legal para obligar a la organización de seguros de salud o asegurador a cumplir con la ~~decisión~~ determinación de dicho panel. Si transcurren veinte (20) días calendario sin que la organización de seguros de salud o asegurador

haya dado cumplimiento a la determinación del panel de revisión, este último tendrá la obligación de notificar dicho hecho al Comisionado.

(2) (a) Salvo como se dispone en el inciso 2 (b), la mayoría de las personas que ~~componen~~ compongan el panel de revisión serán personas que no participaron en la ~~decisión de la~~ revisión de primer nivel ~~tomada~~ realizada conforme al Artículo 22.070.

(b) Una persona que haya participado en la ~~decisión de la~~ revisión de primer nivel podrá ser miembro del panel o comparecer ante el panel para proveer información o responder a las preguntas del panel.

(c) La organización de seguros de salud o asegurador se asegurará de que ~~la mayoría de~~ las personas que realizan la revisión voluntaria adicional sean profesionales de la salud con la pericia adecuada.

(d) El personal que realiza la revisión voluntaria adicional:

(i) No será un proveedor del plan médico de la persona cubierta o asegurado ni

(ii) Tendrá ningún interés económico en el resultado de la revisión.

D. (1) (a) Con respecto a una solicitud de revisión voluntaria adicional de una ~~decisión~~ determinación emitida conforme al Artículo 22.080, la organización de seguros de salud o asegurador nombrará el panel de revisión para considerar la solicitud.

(b) El panel tendrá la autoridad legal para obligar a la organización de seguros de salud o asegurador a cumplir con su ~~decisión~~

determinación. Si transcurren veinte (20) días calendario sin que la organización de seguros de salud o asegurador haya dado cumplimiento a la determinación del panel de revisión, este último tendrá la obligación de notificar dicho hecho al Comisionado.

(2) (a) Salvo como se dispone en el inciso 2 (b), la mayoría las personas que componen el panel serán empleados o representantes de la organización de seguros de salud o asegurador que no participaron en la ~~decisión de la~~ revisión ordinaria ~~tomada~~ realizada conforme al Artículo 22.080.

(b) ~~Los~~ Un ~~empleados~~ empleado o ~~representantes~~ representante de la organización de seguros de salud o asegurador que ~~hayan~~ haya participado en la ~~decisión de la~~ revisión ordinaria ~~podrán~~ podrá ser miembro del panel o comparecer ante el panel para proveer información o responder preguntas.

E. (1) (a) Cuando una persona cubierta o asegurado o su representante ~~autorizado~~ personal solicite, conforme al apartado C o el apartado D, comparecer en persona ante el panel~~, dentro del plazo especificado en el apartado B (3) (a),~~ los procedimientos para realizar la revisión voluntaria adicional ~~incluirán~~ se regirán por las disposiciones ~~de este apartado~~ establecidas a continuación.

(b) (i) El panel de revisión programará y celebrará una reunión a más tardar los treinta (30) días calendario contados a partir del recibo de la solicitud de revisión voluntaria adicional.

(ii) Con por lo menos quince (15) días calendario de anticipación, se notificará por escrito a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante ~~autorizado~~ personal, la fecha en que se llevará a cabo la reunión del panel de revisión.

(iii) La organización de seguros de salud o asegurador no denegará de manera irrazonable una solicitud de la persona cubierta o asegurado o su representante ~~autorizado~~ personal para aplazar la revisión.

(c) La reunión de revisión se realizará durante horas laborables normales en un lugar accesible a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante ~~autorizado~~ personal.

(d) Cuando una reunión en persona no sea factible por razones geográficas, la organización de seguros de salud o asegurador ofrecerá a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante ~~autorizado~~ personal, la oportunidad de comunicarse con el panel de revisión, mediante llamada telefónica de tipo conferencia, videoconferencia u otra tecnología apropiada, por cuenta de la organización de seguros de salud o asegurador.

(e) Si la organización de seguros de salud o asegurador tiene la intención de estar asistida por su representación legal, notificará este hecho a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante ~~autorizado~~ personal, con por lo menos quince (15) días calendario de anticipación a la fecha de la reunión de revisión Además, le notificará

a la persona cubierta o asegurado que puede estar asistida por su propia representación legal.

(f) El panel de revisión emitirá una ~~decisión~~ determinación por escrito, según se dispone en el apartado F, y la notificará a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante ~~autorizado~~ personal, a más tardar diez (10) días calendario de finalizar la reunión de revisión.

(2) Cuando la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante ~~autorizado~~ personal, no solicite la oportunidad de comparecer en persona ante el panel de revisión, dicho panel de revisión emitirá su ~~decisión~~ determinación y notificará la misma ~~a la persona cubierta o, si fuera aplicable, a su representante~~, como se dispone en el apartado F, por escrito o electrónicamente (si se ha acordado recibir la notificación por esta vía), a más tardar los cuarenta y cinco (45) días calendario de la primera de las siguientes fechas:

(a) La fecha en que la persona cubierta o asegurado o su representante ~~autorizado~~ personal notifique a la organización de seguros de salud o asegurador que no solicitará la comparecencia en persona ante el panel de revisión; o

(b) La fecha en que vence el plazo establecido en el apartado B (3) (a) para que la persona cubierta o asegurado o su representante ~~autorizado~~ personal solicite comparecer ante el panel de revisión.

F. La ~~decisión~~ determinación por escrito emitida conforme al apartado E incluirá:

(1) Los títulos y credenciales de los miembros del panel de revisión;

(2) Una declaración de la interpretación que hizo el panel de revisión de la ~~querella~~ solicitud de revisión voluntaria adicional y todos los hechos pertinentes;

(3) La justificación de la ~~decisión~~ determinación del panel de revisión;

(4) Referencia a la evidencia o documentación que el panel de revisión consideró al tomar la ~~decisión~~ determinación;

(5) Si la ~~querella~~ solicitud de revisión voluntaria adicional se relaciona con una determinación adversa:

(a) Las instrucciones para solicitar una declaración escrita de la justificación médica, incluidos los criterios de revisión clínica usados al tomar la determinación;

(b) Si fuera aplicable, una declaración en la que se describen los procedimientos para obtener una revisión externa independiente de la determinación adversa a tenor con el Capítulo sobre "Revisión Externa ~~de las Determinaciones Adversas~~ de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores" de este Código; y

(6) Una notificación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador del Paciente para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador del Paciente.

Artículo 22.100. Revisiones Aceleradas de Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa

A. La organización de seguros de salud o asegurador establecerá por escrito procedimientos para la revisión acelerada de solicitudes de cuidado urgente, relacionadas con una determinación adversa.

B. Los procedimientos permitirán que la persona cubierta o asegurado, o su representante ~~autorizado~~ personal, solicite a la organización de seguros de salud o asegurador una revisión acelerada según se dispone en este Artículo, verbalmente o por escrito.

C. La organización de seguros de salud o asegurador designará para la revisión acelerada homólogos clínicos de la misma especialidad o especialidad similar ~~al~~ a la de la persona que normalmente manejaría el caso que se revisa. Dichos homólogos no deben haber participado en la determinación adversa inicial.

D. En una revisión acelerada, toda la información necesaria, incluida la ~~decisión~~ determinación de la organización de seguros de salud o asegurador, se transmitirá entre la organización de seguros de salud o asegurador y la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante ~~autorizado~~ personal, por teléfono, fax, o la manera más expedita disponible.

E. La decisión de la revisión acelerada se tomará y se notificará a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante ~~autorizado~~ personal, conforme al apartado G, con la premura que requiera la condición médica de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso a más de cuarenta y ocho (48) horas del recibo de la solicitud de revisión acelerada.

F. Para fines de calcular los plazos en que se requiere que se tome la decisión y se notifique conforme al apartado E, el plazo comenzará ~~a~~ en la fecha en que se radique la solicitud de revisión acelerada con la organización de seguros de salud o asegurador, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

G. (1) La notificación de la decisión detallará lo siguiente, de una manera comprensible para la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, para su representante ~~autorizado~~ personal:

(a) Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión acelerada (los revisores);

(b) Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la ~~querella~~ solicitud de revisión acelerada;

(c) La ~~decisión~~ determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta o asegurado pueda responder a los planteamientos de la organización de seguros de salud o asegurador;

(d) Una referencia a la evidencia o documentación usada como base de la ~~decisión~~ determinación; y

(e) Si la ~~decisión~~ determinación resulta en una determinación adversa, la misma proveerá:

(i) Las razones específicas de la determinación adversa;

(ii) Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;

(iii) Si para formular la determinación adversa la organización de seguros de salud o asegurador se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá una copia de dicha regla, guía o protocolo u otro criterio similar en que se fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a la solicitud de la persona cubierta o asegurado;

(iv) Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación;

(v) Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:

(I) Una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación adversa según se dispone en el subinciso (e) (iii) o

(II) Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, según se dispone en el inciso (e) (iv);

(vi) Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente conforme a las disposiciones del Capítulo sobre "Revisión Externa ~~de las Determinaciones Adversas~~ de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores" de este Código;

(vii) Una declaración en la que se indica el derecho de la persona cubierta o asegurado a incoar una demanda en el tribunal competente;

(viii) La siguiente declaración, enfatizando el carácter voluntario de los procedimientos: "El plan médico y usted podrían tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias, tal como la mediación o el arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, comuníquese con el Comisionado de Seguros"; y

(ix) Una notificación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador del Paciente para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador del Paciente.

(2) (a) La organización de seguros de salud o asegurador podrá proveer la notificación que se requiere en este Artículo verbalmente, por escrito o electrónicamente.

(b) Si se provee la notificación de la determinación adversa verbalmente, la organización de seguros de salud o asegurador proveerá una notificación por escrito o por medio electrónico a más tardar a los tres (3) días de la notificación verbal.

Capítulo 54 Cubierta para Niños Recién Nacidos, Niños Recién Adoptados y Niños Colocados para Adopción

Artículo 54.010. Título

Este Capítulo se conocerá y se podrá citar como el Capítulo sobre Cubierta para Niños Recién Nacidos, Niños Recién Adoptados y Niños Colocados para Adopción.

Artículo 54.020. Propósito

El propósito de este Capítulo es fijar requisitos uniformes para las cubiertas de niños recién nacidos, niños recién adoptados y niños colocados para adopción, tanto en los planes médicos grupales como individuales.

Artículo 54.030. Definiciones

Para propósitos de este Capítulo:

A. "Plan médico" significa una póliza, un contrato, un certificado o acuerdo ofrecido o emitido por una organización de seguros de salud o asegurador para proveer, suministrar, o tramitar los servicios de cuidado de la salud, o pagar o reembolsar los costos de los mismos.

Artículo 54.040. Aplicabilidad

A. Con la excepción de lo dispuesto en el apartado B, este Capítulo se aplicará a los planes médicos que proveen cubierta a los dependientes de las personas cubiertas o asegurados.

B. Las disposiciones de este Capítulo no aplicarán a los planes médicos, sean grupales o individuales, que proveen solamente cubierta para enfermedades específicas, cubierta específica de accidentes o sólo de accidentes, cubierta de seguro de crédito, cubierta dental, cubierta de ingreso por incapacidad, indemnización hospitalaria u

otra cubierta de indemnización fija, cubierta de visión o cualquier otro beneficio suplementario o póliza suplementaria de Medicare, cubierta bajo un plan a través de Medicare, Medicaid o el programa de beneficios de salud de los empleados federales, toda cubierta emitida como suplemento de un seguro de responsabilidad, compensación para trabajadores o algún seguro similar, seguro de automóviles que cubren gastos médicos o algún seguro bajo el cual los beneficios son pagaderos sin importar la culpa.

Artículo 54.050. Requisitos para la Cubierta

A. Todo plan médico sujeto a este Capítulo deberá proveer cubierta a:

(1) Niños recién nacidos de personas cubiertas o asegurados desde el momento en que nacen o

(2) Niños recién adoptados por personas cubiertas o asegurados a partir de la primera de las siguientes fechas:

(a) La fecha en que se colocan en el hogar de la persona cubierta o asegurado con el propósito de ser adoptados y permanecen en el hogar en las mismas condiciones que los demás dependientes de la persona cubierta o asegurado, a menos que la colocación se interrumpa antes de la adopción legal y se traslade al niño del hogar donde había sido colocado;

(b) La fecha en que se emitió una orden proveyéndole la custodia del niño a la persona cubierta o asegurado que tenga la intención de adoptarlo; o

(c) La fecha de vigencia de la adopción.

B. La cubierta para niños recién nacidos, niños recién adoptados o niños colocados para adopción deberá cumplir con los siguientes requisitos:

(1) Deberá incluir servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anormalidades congénitas que se hayan diagnosticado por un médico; y

(2) No estará sujeta a ninguna exclusión por condición preexistente.

Artículo 54.060. Requisitos de Notificación

A. En los casos de niños recién nacidos, la organización de seguros de salud o asegurador estará obligada a proveer a las personas cubiertas o asegurados una notificación razonable ~~acerca de~~ sobre lo siguiente:

(1) Si para proveer cubierta a un niño recién nacido, según se dispone en este Capítulo, se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan médico podrá exigir que la persona cubierta o asegurado notifique a la organización de seguros de salud o asegurador del nacimiento del niño y que proporcione el pago de los cargos o la prima requeridos a más tardar a los ~~sesenta (60)~~ treinta (30) días de la fecha de nacimiento.

(2) Si no se proporciona la notificación y pago descrito en el inciso anterior, la organización de seguros de salud o asegurador podrá optar por no continuar proporcionándole cubierta al niño más allá del periodo de ~~sesenta (60)~~ treinta (30) días. No obstante lo anterior, si a más tardar a los cuatro (4) meses de la fecha de nacimiento del niño la persona cubierta o asegurado emite todos los pagos adeudados, se reinstalará la cubierta del niño.

(3) Si para proveer cubierta a un niño recién nacido no se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, la organización de seguros de salud o asegurador podrá solicitar que se proporcione una notificación del nacimiento del niño, pero no podrá denegar o rehusarse a continuar proveyendo la cubierta si la persona cubierta o asegurado no proporciona dicha notificación.

B. En los casos de niños recién adoptados o niños colocados para adopción, la organización de seguros de salud o asegurador estará obligada a proveer a las personas cubiertas o asegurados una notificación razonable acerca de lo siguiente:

(1) Si para proveer cubierta a un niño recién adoptado o un niño colocado para adopción se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan médico podrá exigirle a la persona cubierta o asegurado que notifique a la organización de seguros de salud o asegurador sobre la adopción o sobre la colocación en un hogar para adopción y que provea ~~a dicha organización~~ el pago de la prima o cargos requeridos a más tardar los ~~sesenta (60)~~ treinta (30) días de la fecha en que se requiere que la cubierta comience según lo dispuesto en el artículo 54.050A(2).

(2) Si la persona cubierta o asegurado no provee la notificación o el pago descrito en el inciso anterior dentro del periodo de ~~sesenta (60)~~ treinta (30) días, la organización de seguros de salud o asegurador no podrá tratar al niño adoptado o al niño colocado para adopción de manera menos favorable que a otros dependientes, que no sean niños recién nacidos, para quienes se solicita

cubierta en una fecha posterior a la fecha en que el dependiente se hizo elegible a la cubierta.

~~[Artículo 54.090. Vigencia~~

~~Los requisitos dispuestos en este Capítulo aplicarán a todo plan médico que se otorgue en Puerto Rico a los ciento ochenta (180) días de la fecha en que se apruebe este Capítulo.]~~

Capítulo 66 Seguro de Cuidado Prolongado

Artículo 66.010. Título

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Seguros de Cuidado Prolongado.

Artículo 66.020. Alcance

Los requisitos de este Capítulo aplicarán a las pólizas entregadas o emitidas para entregarse en Puerto Rico en o después de la fecha de vigencia del mismo. No se pretenden sustituir las obligaciones que tienen las entidades sujetas a este Capítulo de cumplir con las disposiciones de otras leyes de seguro aplicables, en la medida en que no conflijan con este Capítulo, salvo que las leyes y reglamentos diseñados para aplicar a las pólizas de seguro suplementario de Medicare no aplicarán a los seguros de cuidado prolongado.

Artículo 66.030. Propósito

El propósito de este Capítulo es promover el interés público y la disponibilidad de pólizas de seguro de cuidado prolongado, proteger a los solicitantes de seguros de cuidado prolongado, según definido, de prácticas de venta o suscripción injustas o engañosas, establecer estándares para los seguros de cuidado prolongado, facilitar el entendimiento del

público y la comparación de pólizas de seguro de cuidado prolongado y facilitar también la flexibilidad y la innovación en el desarrollo de cubiertas de seguro de cuidado prolongado.

Artículo 66.040. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Certificado" significa todo certificado emitido conforme a una póliza grupal de seguro de cuidado prolongado, cuya póliza se haya entregado o emitido para entregarse en Puerto Rico.

B. "Contrato de seguro de cuidado prolongado cualificado" o "contrato de seguro de cuidado prolongado que cualifique para crédito contributivo federal" significa un contrato de seguro individual o grupal que cumple con los requisitos del Código de Rentas Internas Federal de 1986, según enmendado, de la siguiente manera:

(1) La única protección de seguro que se provee bajo el contrato es la cubierta de servicios de cuidado prolongado establecida según las leyes de contribuciones federales. El contrato no incumplirá con los requisitos de este inciso debido a que se están efectuando pagos a base de periodos de tiempo (por día u otro periodo) sin tomar en consideración los gastos en los que se ha incurrido durante dicho período;

(2) El contrato no dispone que se paguen ni se reembolsen los gastos incurridos por servicios o artículos que sean reembolsables bajo el Título XVIII de la Ley de Seguro Social, según enmendada, o serían reembolsables sólo si se le aplica un monto de deducible o coaseguro. Los requisitos de este inciso no aplican a los gastos que son reembolsables bajo el Título XVIII de la Ley de Seguro Social solo como pagador secundario. El contrato no incumplirá con

los requisitos de este inciso debido a que se están efectuando pagos a base de periodos de tiempo (por día u otro periodo) sin tomar en consideración los gastos en los que se ha incurrido durante dicho período;

(3) Se garantiza que el contrato es renovable, según se define en el Código de Rentas Internas Federal de 1986, según enmendado;

(4) El contrato no dispone un valor de rescate en efectivo u otro tipo de prestación monetaria que se pueda pagar, ceder, pignorar o tomar prestada excepto según se dispone en el artículo 66.040 B (1) (e) de este Capítulo;

(5) Toda devolución de primas, y todos los dividendos o montos similares del titular de la póliza, que se realicen conforme al contrato se aplicarán mediante reducciones en las primas futuras o aumentando los beneficios futuros, excepto que un reembolso en caso de muerte del asegurado o una entrega total o cancelación del contrato no podrá exceder el total de primas pagadas conforme el contrato; y

(6) El contrato cumple con las disposiciones de protección al consumidor expuestas en el Código de Rentas Internas Federal de 1986, según enmendado.

"Contrato de seguro de cuidado prolongado cualificado" o "contrato de seguro de cuidado prolongado que cualifique para crédito contributivo federal" también significa la porción de un contrato de seguro de vida que provee cubierta de seguro de cuidado prolongado mediante una cláusula enmendada o como parte del contrato y que cumple con los requisitos del Código de Rentas Internas Federal de 1986, según enmendado.

C. "Póliza" significa toda póliza, contrato, acuerdo de suscriptor, anejo o endoso entregado o emitido para entregarse en Puerto Rico por un asegurador autorizado a mercadear seguros de incapacidad en Puerto Rico.

D. "Seguro de cuidado prolongado" significa:

(1) Toda póliza de seguro o anejo anunciado, mercadeado, ofrecido o diseñado para proveer cubierta por no menos de doce (12) meses consecutivos, a base de gastos incurridos, indemnización, prepago u otro tipo de cubierta; para uno o más servicios de cuidado diagnóstico, preventivo, terapéutico, de rehabilitación, de mantenimiento o personal necesario o médicamente necesario que se provea en cualquier lugar que no sea una unidad de cuidado agudo de un hospital.

(2) El término incluye anualidades grupales e individuales y pólizas de seguro de vida que provean seguro de cuidado prolongado directa o suplementariamente. También incluye pólizas o anejos que dispongan que se paguen beneficios basado en la pérdida de capacidad cognoscitiva o en la pérdida de capacidad funcional. Incluirá también los contratos de seguro de cuidado prolongado que cualifiquen para crédito contributivo federal.

(3) Los seguros de cuidado prolongado pueden ser emitidos por aseguradores autorizados a emitir seguros de incapacidad.

(4) Los seguros de cuidado prolongado no incluirán ninguna póliza de seguro que se ofrezca principalmente para proveer cubierta básica de Medicare suplementario, cubierta básica de gastos de hospital, cubierta básica de gastos médico-quirúrgicos, cubierta de indemnización por hospitalización, cubierta

de los gastos médicos mayores, cubierta de ingresos por incapacidad o relacionada con la protección de activos, cubierta solamente para accidentes, cubierta para enfermedades específicas o accidentes específicos o cubierta de salud de beneficios limitados.

(5) Respecto a los seguros de vida, este término no incluye las pólizas de seguro de vida que aceleran el beneficio por muerte específicamente para uno o más de los sucesos calificadores de enfermedad terminal, condiciones médicas que requieran intervención médica extraordinaria o reclusión institucional permanente; que proveen la opción de pago de una suma global por esos beneficios y en que ni los beneficios ni la elegibilidad para los beneficios están condicionados al recibo de cuidado prolongado. No obstante alguna otra disposición de este Capítulo, todo producto anunciado, mercadeado u ofrecido como seguro de cuidado prolongado estará sujeto a las disposiciones de este Capítulo.

E. "Seguro de cuidado prolongado grupal" significa una póliza de seguro de cuidado prolongado que se entrega o se emite para entregarse en Puerto Rico a:

(1) Uno o más patronos u organizaciones laborales, un fideicomiso o los fiduciarios de un fondo establecido por uno o más patronos u organizaciones laborales, o una combinación de éstos, para empleados o ex empleados, o una combinación de éstos, o para miembros o ex miembros, o una combinación de éstos, de las organizaciones laborales; o

(2) Toda asociación profesional, gremial u ocupacional, para sus miembros presentes, pasados o retirados, o una combinación de estos, si la asociación:

(a) Se compone de personas que están o estuvieron activos en la misma profesión, gremio u ocupación; y

(b) Se ha mantenido de buena fe para otros propósitos que no sean la obtención de un seguro; o

(3) Una asociación, fideicomiso o los fiduciarios de un fondo establecido, creado o mantenido para el beneficio de miembros de una o más asociaciones. Previo al anuncio, mercadeo u ofrecimiento de la póliza en Puerto Rico, la asociación, o el asegurador de la asociación, radicará evidencia ante el Comisionado de que la asociación desde el comienzo se organizó y se ha mantenido de buena fe para otros propósitos que no sean la obtención de un seguro; ha existido activamente durante al menos un (1) año; y tiene una constitución y estatutos que disponen que:

(a) La asociación lleva a cabo reuniones regulares no menos de una vez al año para promover los propósitos de los miembros;

(b) Salvo en el caso de las cooperativas de ahorros, la asociación cobra cuotas o solicitan contribuciones a los miembros; y

(c) Los miembros tienen derecho al voto y representación en la junta de gobierno y los comités.

Luego de transcurridos treinta (30) días de la radicación, se entenderá que la asociación cumple con los requisitos organizacionales, salvo que el Comisionado determine lo contrario.

(4) Para cualificar como seguro de cuidado prolongado grupal, el asegurador deberá cerciorarse de que se satisfacen los requisitos mínimos de personas

cubiertas o asegurados establecidos en el Capítulo 14.010 del Código de Seguros de Puerto Rico.

F. "Solicitante" significa:

(1) En el caso de una póliza de seguro de cuidado prolongado individual, la persona que interesa obtener el seguro.

(2) En el caso de una póliza grupal de seguro de cuidado prolongado, el prospecto tenedor del certificado.

Artículo 66.050. Jurisdicción Extraterritorial—Seguros de Cuidado Prolongado Grupal

No se ofrecerá ninguna cubierta de seguro de cuidado prolongado a un residente de Puerto Rico bajo una póliza grupal emitida en otro estado a un grupo descrito en el Artículo 66.040 E, salvo que el Gobierno de Puerto Rico, o el gobierno de otro estado que tenga requisitos estatutarios y reglamentarios con respecto a los seguros de cuidado prolongado considerablemente similares a los adoptados en Puerto Rico, haya determinado que se ha cumplido con dichos requisitos.

Artículo 66.060. Estándares de Divulgación y Desempeño para Seguros de Cuidado Prolongado

A. El Comisionado podrá promulgar un reglamento que incluya estándares para una divulgación completa y justa, en la cual se exponga la manera en que se hará la divulgación y su contenido e información requerida para la venta de pólizas de seguro de cuidado prolongado, los términos de renovación, las condiciones iniciales y futuras de elegibilidad, la no duplicidad de disposiciones de cubierta, el seguro de dependientes, las condiciones preexistentes, la cancelación de la póliza, la

continuación o conversión, los períodos de espera, las limitaciones, excepciones, reducciones, los períodos de eliminación, los requisitos de reemplazo, las condiciones recurrentes y definiciones de términos.

B. Ninguna póliza de seguro de cuidado prolongado puede:

(1) Cancelarse, no renovarse o darse por terminada debido a la edad o el deterioro de la salud física o mental del asegurado o el tenedor del certificado; ni

(2) Contener una disposición que establezca un nuevo período de espera en caso de que la cubierta existente se convierta o se reemplace por una nueva u otra forma de cubierta dentro de la misma compañía, excepto si se tratare de un aumento en beneficios seleccionado voluntariamente por el asegurado o el tenedor de la póliza grupal; ni

(3) Proveer cubierta sólo para cuidado de enfermería especializada ni proveer significativamente más cubierta para cuidado especializado en una institución que para niveles menores de cuidado.

C. Condiciones preexistentes.

(1) Ninguna póliza o certificado de seguro de cuidado prolongado usará una definición de "condición preexistente" que sea más restrictiva que la siguiente:

"Condición preexistente significa una condición para la cual se recomendó o recibió atención médica o tratamiento por parte de un proveedor de servicios de cuidado de salud en los seis (6) meses anteriores a la fecha de vigencia de cubierta de una persona asegurada."

(2) Ninguna póliza o certificado de seguro de cuidado prolongado puede excluir de la cubierta una pérdida o reclusión que resulte de una condición preexistente a menos que la pérdida o reclusión comience dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de inicio de cubierta del asegurado.

(3) La definición de "condición preexistente" no impide que el asegurador use un formulario de solicitud diseñado para obtener el historial médico completo de un solicitante, y, a base de las respuestas en esa solicitud, asegurar a la persona de acuerdo con los estándares de suscripción establecidos por el asegurador. Salvo como se disponga en la póliza o el certificado, una condición preexistente, independientemente de si se informó en la solicitud, no tiene que cubrirse hasta que venza el período de espera descrito en el apartado C (2). Ninguna póliza o certificado de seguro de cuidado prolongado podrá excluir o utilizar cláusulas de renuncia o cláusulas de enmienda de ningún tipo para excluir, limitar o reducir la cubierta o los beneficios para enfermedades o condiciones físicas preexistentes específicamente nombradas o descritas más allá del período de espera descrito en el apartado C (2).

D. Hospitalización/institucionalización previa.

(1) No se puede entregar o emitir para entrega en Puerto Rico una póliza de seguro de cuidado prolongado si la póliza:

(a) Condiciona la elegibilidad para un beneficio a un requisito relacionado con la hospitalización previa;

(b) Condiciona la elegibilidad para beneficios provistos en un ambiente de cuidado institucional al recibo de un nivel mayor de cuidado institucional; o

(c) Condiciona la elegibilidad para algún beneficio, que no sea la exención del pago de la prima, los beneficios post-reclusión, post-cuidado agudo o de recuperación, a un requisito de institucionalización previa.

(2) (a) Una póliza de seguro de cuidado prolongado que contenga beneficios post-reclusión, post-cuidado agudo o de recuperación identificará claramente las limitaciones o condiciones, e incluirá la cantidad de días de reclusión requerida en un párrafo aparte de la póliza o el certificado titulado "Limitaciones o condiciones a la elegibilidad para beneficios".

(b) Una póliza de seguro de cuidado prolongado o anejo que condicione la elegibilidad para beneficios no institucionales a que se haya recibido cuidado institucional previo no requerirá una estadía previa de más de treinta (30) días.

(3) Ninguna póliza de seguro de cuidado prolongado o anejo que provea beneficios sólo después de que la persona sea ingresada en una institución condicionará dichos beneficios a que la admisión de la persona a la institución por condiciones similares o relacionadas se efectúe en un período menor de treinta (30) días del alta de dicha institución.

E. El Comisionado podrá adoptar reglamentos que establezcan estándares sobre la razón de pérdida ("loss ratio") para las pólizas de seguro de cuidado prolongado.

F. Derecho a devolución. Los solicitantes de seguro de cuidado prolongado tendrán el derecho a devolver la póliza o el certificado hasta treinta (30) días después de la entrega y a que se les reembolse la prima pagada si, luego de examinar la póliza o el certificado, el solicitante no está satisfecho por el motivo que fuera. Las pólizas y los certificados de seguro de cuidado prolongado tendrán un aviso escrito en un lugar prominente en la primera página o adjunto a ésta que diga en esencia que el solicitante tendrá el derecho a devolver la póliza o el certificado hasta treinta (30) días después de la entrega y a que se le reembolse la prima pagada si, luego de examinar la póliza o el certificado, el solicitante no está satisfecho por el motivo que fuera. Este inciso también aplicará a la denegación de solicitudes. Todo reembolso que deba realizar el asegurador, por devolución de la póliza o el certificado o por denegación de la solicitud, se tendrá que efectuar a más tardar a los treinta (30) días de la devolución o denegación.

G. Resumen de cubierta.

(1) Se entregará un resumen de cubierta a la persona que posiblemente solicite el seguro de cuidado prolongado al momento de la solicitación inicial. El resumen se proveerá en un documento que atraiga la atención y que destaque su propósito.

(a) El Comisionado determinará un formato estándar, que incluya el estilo, el arreglo y la apariencia general así como el contenido del resumen de cubierta.

(b) En el caso de la solicitación por parte del productor, éste entregará el resumen de cubierta antes de presentar una solicitud o un formulario de inscripción a la persona.

(2) El resumen de cubierta incluirá:

(a) Una descripción de los principales beneficios y la cubierta provistos en la póliza;

(b) Una enumeración de las principales exclusiones, reducciones y limitaciones que contiene la póliza;

(c) Una exposición de los términos bajo los cuales la póliza o el certificado, o ambos, pueden continuar en vigencia o ser descontinuados, incluida cualquier reserva en la póliza a un derecho a cambiar las primas. Las disposiciones de continuación o de conversión de la cubierta grupal se describirán de manera específica;

(d) Una declaración en la que se indica que la cubierta es sólo un resumen, no un contrato de seguro, y que la póliza o póliza matriz grupal contiene las disposiciones contractuales vigentes;

(e) Una descripción de los términos según los cuales puede devolverse la póliza o el certificado y reembolsarse las primas;

(f) Una breve descripción de la relación entre el costo de cuidado y los beneficios; y

(g) Una declaración que informe al tenedor de la póliza o el certificado si la póliza es un contrato de seguro de cuidado prolongado cualificado o que cualifique para crédito contributivo federal.

H. Un certificado emitido de conformidad con una póliza de seguro de cuidado prolongado grupal cuya póliza se entregue o se emita para ser entregada en Puerto Rico incluirá:

(1) Una descripción de los principales beneficios y la cubierta provistos en la póliza;

(2) Una enumeración de las principales exclusiones, reducciones y limitaciones que contiene la póliza; y

(3) Una declaración en la que se indica que la póliza matriz grupal determina las disposiciones contractuales vigentes.

I. Si se aprueba una solicitud para un contrato de seguro de cuidado prolongado, el asegurador entregará la póliza o certificado de seguro al solicitante a más tardar los treinta (30) días de la fecha de aprobación.

J. En el caso de una póliza de seguro de vida individual que provee beneficios de cuidado prolongado, al momento de la entrega de la póliza se entregará un resumen de dichos beneficios, sea como parte de la póliza o mediante un anejo. Además de cumplir con todos los requisitos aplicables, el resumen incluirá:

(1) Una explicación de cómo el beneficio de cuidado prolongado interactúa con otros componentes de la póliza, incluidas las deducciones de los beneficios por muerte;

(2) Una ilustración de la cantidad de beneficios, la duración de los beneficios y los beneficios de por vida garantizados, si alguno, para cada persona cubierta o asegurado;

(3) Todas las exclusiones, reducciones y limitaciones a los beneficios de cuidado prolongado;

(4) Una declaración indicando que cualquier opción de protección de inflación de cuidado prolongado no está disponible bajo la póliza;

(5) Si fuera aplicable al tipo de póliza, el resumen también incluirá:

(a) Una divulgación de los efectos de ejercer otros derechos conforme a la póliza;

(b) Una divulgación de las garantías relacionadas con los costos del seguro del cuidado prolongado; y

(c) Los beneficios máximos que se proveen actualmente y que se proyecta que se proveerán en el futuro, mientras viva el asegurado.

K. Si el beneficio de cuidado prolongado que se está pagando se financia mediante la aceleración de los beneficios por muerte de un seguro de vida, se le proveerá un informe mensual al tenedor de la póliza o el certificado. El informe incluirá:

(1) Todos los beneficios de cuidado prolongado pagados durante el mes;

(2) Una explicación de todos los cambios en la póliza, como por ejemplo, los beneficios por muerte o el valor en efectivo de la póliza, debido a los beneficios de cuidado prolongado que se están pagando; y

(3) Los beneficios de cuidado prolongado existentes o restantes.

L. Si se deniega una reclamación conforme a un contrato de seguro de cuidado prolongado, el asegurador, o un representante del mismo, a más tardar los sesenta (60) días de la fecha de la solicitud por escrito del tenedor de la póliza o el certificado:

(1) Proveerá una explicación por escrito de los motivos de la denegación; y

(2) Tendrá disponible toda la información directamente relacionada con la denegación.

M. Toda póliza o anejo que se anuncie, mercadee u ofrezca como seguro de cuidado prolongado o de hogar de envejecientes cumplirá con las disposiciones de este Capítulo.

Artículo 66.070. Período de Incontestabilidad

A. Si la póliza o certificado ha estado vigente por menos de seis (6) meses, el asegurador podrá rescindir la póliza o el certificado de seguro de cuidado prolongado o denegar una reclamación de seguro de cuidado prolongado que de otro modo sería válida, si puede probar que hubo falsa representación material para la aceptación del riesgo o para el peligro asumido por el asegurador.

B. Si la póliza o certificado ha estado vigente por más de seis (6) meses pero menos de dos (2) años, el asegurador podrá rescindir dicha póliza o certificado de seguro, denegar una reclamación de seguro de cuidado prolongado, que de otro modo sería válida, si puede probar que hubo falsa representación que es material para la aceptación del riesgo y está relacionada con la condición para la cual se reclaman los beneficios.

C. Luego que la póliza o certificado haya estado vigente por más de dos (2) años , no se podrá contestar sobre la única base de una alegación de falsa representación, sino que será necesario demostrar que el asegurado a sabiendas e intencionalmente hizo representaciones falsas con respecto a su estado de salud.

D. Los terceros administradores podrán emitir pólizas o certificados de seguro de cuidado prolongado sin la evaluación de la oficina principal del asegurador, si la remuneración del productor o tercero administrador no se basa en la cantidad de pólizas o certificados que emita. Para propósitos de este Artículo, "sin la evaluación de la oficina principal del asegurador" significa una póliza o un certificado emitido por un tercero administrador de conformidad con la autoridad para asegurar otorgada por un asegurador a este tercero administrador y siguiendo las pautas para asegurar establecidas por el asegurador.

E. Si un asegurador ha pagado beneficios bajo la póliza o el certificado de seguro de cuidado prolongado, el asegurador no podrá recuperar los pagos de beneficios en el caso que se rescinda la póliza o el contrato.

F. En caso de muerte del asegurado, este Artículo no aplicará al beneficio por muerte restante de una póliza de seguro de vida que acelere beneficios para cuidado prolongado. En esta situación, los beneficios por muerte restantes bajo estas pólizas serán regidos por las disposiciones legales aplicables a los seguros de vida. En todas las demás situaciones, este Artículo aplicará a las pólizas de seguro de vida que aceleren beneficios para cuidado prolongado.

Artículo 66.080. Beneficios de No Caducidad

A. Excepto lo dispuesto en el apartado B, no se podrá entregar o emitir para entrega en Puerto Rico una póliza de seguro de cuidado prolongado salvo que al tenedor de la póliza o del certificado se le ofrezca la opción de comprar una póliza o un certificado que incluya un beneficio de no caducidad. La oferta de un beneficio de no caducidad puede ser mediante un anejo a la póliza. En el caso que el tenedor de la póliza o del

certificado no acepte el beneficio de no caducidad, el asegurador proveerá un beneficio contingente sobre caducidad que estará disponible por un período de tiempo específico luego de que haya un aumento considerable en las primas.

B. Cuando se emite una póliza de seguro de cuidado prolongado grupal, la oferta requerida en el apartado A se hará al tenedor de la póliza grupal.

C. El Comisionado promulgará un reglamento que especifique el tipo o los tipos de beneficios de no caducidad que se ofrecerán como parte de las pólizas y los certificados de seguro de cuidado prolongado, los estándares para los beneficios de no caducidad y las reglas respecto al beneficio contingente sobre caducidad, que incluya una determinación del período de tiempo específico durante el cual estará disponible un beneficio contingente sobre caducidad y el aumento considerable en el precio de las primas que provoca un beneficio contingente sobre caducidad según descrito en el apartado A.

Artículo 66.090. Requisitos de Adiestramiento a Productores

A. Se deberán satisfacer los siguientes requisitos relacionados con la venta, ofrecimiento o negociación de seguros de cuidado prolongado:

(1) Una persona no podrá vender, ofrecer o negociar seguros de cuidado prolongado a menos que posea licencia de productor de seguros para gestionar seguros de incapacidad y haya completado el curso de adiestramiento requerido. El adiestramiento cumplirá con los requisitos expuestos en apartado B.

(2) Una persona que ya posea licencia y venda, ofrezca y negocie seguros de cuidado prolongado en la fecha de vigencia de este Capítulo no podrá

continuar vendiendo, ofreciendo o negociando seguros de cuidado prolongado a menos que la persona complete el curso de adiestramiento requerido, según expuesto en el apartado B, a más tardar un (1) año de la fecha de vigencia de este Capítulo.

(3) Además del adiestramiento requerido en los incisos (1) y (2), una persona que venda, ofrezca o negocie seguros de cuidado prolongado completará los adiestramientos continuos dispuestos en el apartado B.

(4) Los requisitos de adiestramiento del apartado B pueden aprobarse como cursos de educación continua conforme a la Regla 52 del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico.

B. El curso de adiestramiento requerido por este Artículo durará no menos de ocho (8) horas y el adiestramiento continuo durará no menos de (4) horas cada veinticuatro (24) meses.

El adiestramiento consistirá de temas relacionados con los seguros de cuidado prolongado, servicios de cuidado prolongado y, si fuera aplicable, los programas de alianzas para el cuidado prolongado establecidos según las leyes estatales, los cuales incluirán, entre otros:

(1) Los reglamentos y requisitos estatales y federales y la relación entre los programas de alianzas para el cuidado prolongado establecidos según las leyes estatales y las demás cubiertas públicas y privadas de servicios de cuidado prolongado, incluido Medicaid;

(2) Los servicios prolongados y los proveedores disponibles;

(3) Los cambios o las mejoras a los servicios de cuidado prolongado o proveedores;

(4) Las alternativas a la compra de seguros de cuidado prolongado privados;

(5) El efecto de la inflación en los beneficios y la importancia de la protección contra la inflación y

(6) Los estándares y directrices de idoneidad de consumidores.

El adiestramiento requerido por este Artículo no incluirá el adiestramiento específico del asegurador o de un producto de la compañía o que incluya información, materiales o adiestramientos sobre ventas o mercadeo, distintos a los requeridos por la ley estatal o federal.

C. Los aseguradores sujetos a este Capítulo obtendrán la verificación de que un productor recibió el adiestramiento requerido por este Artículo antes de permitirle vender, ofrecer, o negociar los productos de seguro de cuidado prolongado del asegurador; mantendrán los expedientes según los requisitos estatales de retención de expedientes y tendrán esa verificación disponible para el Comisionado, de ser requerida. Los aseguradores sujetos a este Capítulo mantendrán los expedientes relacionados con el adiestramiento de sus productores sobre la distribución de sus pólizas participantes en el programa de alianza, si aplica, de forma que le permita al Comisionado proveer garantía a la agencia estatal de Medicaid de que los productores hayan recibido el adiestramiento descrito en este Artículo y que los productores hayan demostrado un entendimiento de las pólizas participantes en el programa de alianza, si aplica, y su relación con las cubiertas de cuidado prolongado públicas y privadas, incluido Medicaid, en Puerto Rico. Estos expedientes se

mantendrán de conformidad con los requisitos estatales de retención de expedientes y se tendrán disponibles para el comisionado, de ser requeridos.

D. Completar estos requisitos de adiestramiento en cualquier estado equivaldrá a haber cumplido con los requisitos de adiestramiento en Puerto Rico.

Artículo 66.100. Autoridad para Promulgar Reglamentos

El Comisionado emitirá reglamentos razonables para fomentar el uso de primas adecuadas y proteger al tenedor de la póliza o certificado en caso de un aumento considerable en las tarifas, y para establecer estándares mínimos de educación de los productores, de prácticas de mercadeo, de compensación a los productores, de evaluación a los productores, de sanciones y de notificación de las prácticas para los seguros de cuidado prolongado.

Artículo 66.130. Sanciones

Además de alguna otra penalidad que se disponga en las leyes de Puerto Rico, incluyendo el Código de Seguros de Puerto Rico, todo asegurador y todo productor hallado culpable de violar algún requisito de Puerto Rico relacionado con la regulación de los seguros de cuidado prolongado o del mercadeo de dichos seguros estará sujeto a una multa que será la mayor entre las siguientes cantidades: hasta tres (3) veces el monto pagado en comisiones por cada póliza involucrada en la violación o hasta $10,000."

Sección 2.- Esta Ley comenzará a regir ciento ochenta (180) días después de su aprobación. ~~Aquellos capítulos para los cuales se disponga una fecha de vigencia particular, comenzarán a regir en dicha fecha.~~

ORIGINAL

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta Asamblea Legislativa

4 ta Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

10 de noviembre de 2010

Informe Positivo sobre la R. C. de la C. 966

SENADO DE P.R.
SECRETARÍA
RECIBIDO
10 NOV 10 PM 8:55

AL SENADO DE PUERTO RICO:

Vuestra Comisión de Hacienda, previo estudio y consideración de la **R. C. de la C. 966**, recomienda a este Alto Cuerpo Legislativo su aprobación sin enmiendas.

ALCANCE DE LA MEDIDA

La **R. C. de la C. 966** tiene el propósito de reasignar a la Administración de Rehabilitación Vocacional la cantidad de ochocientos sesenta y nueve mil cuatrocientos diez dólares con treinta y cuatro centavos ($869,410.34), provenientes de la cuantía de cuatrocientos setenta y tres mil quinientos nueve dólares ($473,509.00) sobrantes de la Resolución Conjunta Núm. 116 de 23 de julio de 2007 y trescientos noventa y cinco mil novecientos un dólares con treinta y cuatro centavos ($395,901.34) de la Resolución Conjunta Núm. 205 de 29 de diciembre de 2009, para realizar mejoras permanentes al Centro de Rehabilitación Vocacional de Centro Médico y el Centro de Avaluación y Ajuste de Río Piedras (Edificio F de Siquiatría); para autorizar la contratación de tales obras; y para autorizar el pareo de los fondos reasignados.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

La medida bajo estudio va dirigida a reasignar la cantidad $869,410.34 a la Administración de Rehabilitación Vocacional; provenientes de sobrantes de la Resolución Conjunta Núm. 116 de 23 de julio de 2007 y la Resolución Conjunta Núm. 205 de 29 de diciembre de 2009. Estos fondos se utilizarán para realizar mejoras

permanentes al Centro de Rehabilitación Vocacional de Centro Médico y el Centro de Avaluación y Ajuste de Río Piedras (Edificio F de Siquiatría).

Según se expone en la medida, la Administración de Rehabilitación Vocacional es la agencia estatal designada para administrar el Programa de Servicios de Rehabilitación Vocacional para personas con impedimentos que resulten elegibles a tenor con los criterios establecidos en la Ley Pública Núm. 93-112 de 20 de septiembre de 1973, según enmendada, conocida como la "Ley de Rehabilitación". Para llevar a cabo esta función es necesario promover el establecimiento y desarrollo de proyectos de servicios de rehabilitación vocacional a todos los sectores de la Isla. Esto con el propósito de atender adecuadamente las necesidades de todos los ciudadanos con impedimentos.

MPA Cónsono a este fin, el Centro de Rehabilitación Vocacional de la Administración de Rehabilitación Vocacional fue establecido en Puerto Rico en el año 1963, con el propósito de ofrecer servicios a las personas con incapacidades severas. Cabe destacar que es éste el único recurso que el Gobierno tiene disponible para las personas con impedimentos más significativos. Igualmente, en Puerto Rico existe una gran población de personas con impedimentos y se espera que la misma aumente en los próximos años. Por lo tanto, mediante esta pieza legislativa se proveen los recursos económicos que permitirán completar los Proyectos del Centro de Rehabilitación Vocacional de Centro Médico y el Centro de Avaluación y Ajuste de Río Piedras (Edificio F de Siquiatría).

Finalmente, se indica que el 17 de Mayo de 2005, la Asamblea Legislativa aprobó con el voto de sobre dos terceras (2/3) partes del número total de sus miembros, conforme a lo dispuesto en la Sección 19 del Artículo III de la Constitución de Puerto Rico, la R. C. de la C. 139. La misma dispuso mantener abierta y operando las áreas de enfermería, hospedaje y rehabilitación física a las personas con impedimentos severos del Centro de Rehabilitación Vocacional de Centro Médico en Río Piedras.

Dicho histórico veto fue aprobado por la Legislatura debido a la gran importancia que el mismo tiene y representa tanto para este importante sector de la sociedad como para la Isla en general.

Por todo lo cual, se entiende meritorio asignar la cantidad de $869,410.34 para realizar mejoras permanentes al Centro de Rehabilitación Vocacional de Centro Médico y el Centro de Avaluación y Ajuste de Río Piedras (Edificio F de Siquiatría).

IMPACTO FISCAL ESTATAL

En cumplimiento con el Artículo 8 de la Ley Núm. 103 de 2006, según enmendada, esta Comisión solicitó a la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP) una certificación a los fines de confirmar la disponibilidad de los fondos a ser reasignados a través de esta medida. No obstante, para completar este requerimiento la OGP depende de los datos de la Administración de Rehabilitación Vocacional, a quien originalmente le fueron asignados los fondos en las Resoluciones Conjuntas señaladas anteriormente. Siendo así, la Administración de Rehabilitación Vocacional certificó la disponibilidad de los fondos de las Resoluciones Conjuntas. Se acompaña la copia de la certificación del 9 de noviembre de 2010.

Según certificado por la Administración de Rehabilitación Vocacional, existen los balances disponibles de la Resolución Conjunta 205 del 29 diciembre de ascendentes a $395,901.34, (cuenta 313-1260000-779-2004, $301,645.26), (cuenta 314-1260000-782-2005, $17,000.00) y en la (cuenta 141-1260000-1089-779-2000, $77,256.08). Asimismo, de la Resolución Conjunta 116 del 23 de julio de 2007 la cantidad de $473,509.00 (cuenta 316-1260000-081-2007). Lo anterior representa la cantidad total de $869,410.34; la cual permite atender los propósitos de esta Resolución.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

En cumplimiento con la Sección 32.5 del Reglamento del Senado de Puerto Rico, esta Comisión evaluó la presente medida y la aprobación de la misma no tendrá impacto fiscal negativo sobre los gobiernos municipales.

CONCLUSIÓN

Por las razones antes expuestas, la Comisión de Hacienda recomienda la aprobación de la medida sin enmiendas.

Esta medida fue discutida en Reunión Ejecutiva por la Comisión de Hacienda.

Respetuosamente sometido,

Migdalia Padilla
Presidenta
Comisión de Hacienda

mdc

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)
(TEXTO DE APROBACION FINAL POR LA CAMARA)
(8 DE NOVIEMBRE DE 2010)

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

16ta. Asamblea Legislativa — 4ta. Sesión Ordinaria

CAMARA DE REPRESENTANTES

R. C. de la C. 966

28 DE OCTUBRE DE 2010

Presentada por la representante *González Colón* señores y los representantes *Rodríguez Aguiló, Crespo Arroyo, Pérez Otero, Aponte Hernández, Bonilla Cortés, Bulerín Ramos,* señora *Casado Irizarry;* señores *Chico Vega, Cintrón Rodríguez, Colón Ruiz, Correa Rivera,* señora *Fernández Rodríguez,* señores *Jiménez Valle, Jiménez Negrón, León Rodríguez, López Muñoz, Márquez García, Méndez Núñez, Navarro Suárez,* señora *Nolasco Ortiz,* señores *Peña Ramírez, Pérez Ortiz, Quiles Rodríguez, Ramírez Rivera, Ramos Peña,* señora *Ramos Rivera,* señores *Rivera Guerra, Rivera Ortega,* señoras *Rivera Ramírez, Rodríguez Homs,* señores *Rodríguez Miranda, Rodríguez Traverzo, Silva Delgado, Torres Calderón, Torres Zamora* y la señora *Vega Pagán*

Referida a la Comisión de Hacienda

RESOLUCION CONJUNTA

Para reasignar a la Administración de Rehabilitación Vocacional la cantidad de ochocientos sesenta y nueve mil cuatrocientos diez dólares con treinta y cuatro centavos ($869,410.34), provenientes de la cuantía de cuatrocientos setenta y tres mil quinientos nueve dólares ($473,509.00) sobrantes de la Resolución Conjunta Núm. 116 de 23 de julio de 2007 y trescientos noventa y cinco mil novecientos un dólares con treinta y cuatro centavos ($395,901.34) de la Resolución Conjunta Núm. 205 de 29 de diciembre de 2009, para realizar mejoras permanentes al Centro de Rehabilitación Vocacional de Centro Médico y el Centro de Avaluación y Ajuste de Río Piedras (Edificio F de Siquiatría); para autorizar la contratación de tales obras; y para autorizar el pareo de los fondos reasignados.

EXPOSICION DE MOTIVOS

La Administración de Rehabilitación Vocacional es la agencia estatal designada para administrar el Programa de Servicios de Rehabilitación Vocacional para personas con impedimentos que resulten elegibles a tenor con los criterios establecidos en la Ley Pública Núm. 93-112 de 20 de septiembre de 1973, según enmendada, conocida como la "Ley de Rehabilitación". Para llevar a cabo esta función es necesario promover el establecimiento y desarrollo de proyectos de servicios de rehabilitación vocacional a todos los sectores de la Isla. Esto con el propósito de atender adecuadamente las necesidades de todos los ciudadanos con impedimentos.

Cónsono a este fin, el Centro de Rehabilitación Vocacional de la Administración de Rehabilitación Vocacional fue establecido en Puerto Rico en el año 1963, con el propósito de ofrecer servicios a las personas con incapacidades severas. Cabe destacar que es éste el único recurso que el Gobierno tiene disponible para las personas con impedimentos más significativos. Igualmente, en Puerto Rico existe una gran población de personas con impedimentos y se espera que la misma aumente en los próximos años. Por lo tanto, mediante esta pieza legislativa se proveen los recursos económicos que permitirán completar los Proyectos del Centro de Rehabilitación Vocacional de Centro Médico y el Centro de Avaluación y Ajuste de Río Piedras (Edificio F de Siquiatría).

MBA

Finalmente, indicamos que el 17 de Mayo de 2005, la Asamblea Legislativa aprobó con el voto de sobre dos terceras (2/3) partes del número total de sus miembros, conforme a lo dispuesto en la Sección 19 del Artículo III de la Constitución de Puerto Rico, la R. C. de la C. 139. La misma dispuso mantener abierta y operando las áreas de enfermería, hospedaje y rehabilitación física a las personas con impedimentos severos del Centro de Rehabilitación Vocacional de Centro Médico en Río Piedras. Dicho histórico veto fue aprobado por la Legislatura debido a la gran importancia que el mismo tiene y representa tanto para este importante sector de la sociedad como para la Isla en general.

Por todo lo cual, la Asamblea Legislativa de Puerto Rico entiende meritorio asignar la cantidad de ochocientos sesenta y nueve mil cuatrocientos diez dólares con treinta y cuatro centavos ($869,410.34), provenientes de sobrantes de la Resolución Conjunta Núm. 116 de 23 de julio de 2007 y la Resolución Conjunta Núm. 205 de 29 de diciembre de 2009, para realizar mejoras permanentes al Centro de Rehabilitación Vocacional de Centro Médico y el Centro de Avaluación y Ajuste de Río Piedras (Edificio F de Siquiatría); para autorizar la contratación de tales obras; y para autorizar el pareo de los fondos resignados.

RESUELVESE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.-Se reasigna a la Administración de Rehabilitación Vocacional la cantidad de ochocientos sesenta y nueve mil cuatrocientos diez dólares con treinta y cuatro centavos ($869,410.34), provenientes de la cuantía de cuatrocientos setenta y tres mil quinientos nueve dólares ($473,509.00) sobrantes de la Resolución Conjunta Núm. 116 de 23 de julio de 2007 y trescientos noventa y cinco mil novecientos un dólares con treinta y cuatro centavos ($395,901.34) de la Resolución Conjunta Núm. 205 de 29 de diciembre de 2009, para realizar mejoras permanentes al Centro de Rehabilitación Vocacional de Centro Médico y el Centro de Avaluación y Ajuste de Río Piedras (Edificio F de Siquiatría); para autorizar la contratación de tales obras; y para autorizar el pareo de los fondos reasignados.

Sección 2.-En particular estos sobrantes se reasignan de la siguiente manera:

1. Ochocientos diez y nueve mil cuatrocientos diez dólares con treinta y cuatro centavos ($819,410.34) al Centro de Rehabilitación Vocacional del Centro Médico.
2. Cincuenta mil dólares ($50,000.00) al Centro de Avaluación y Ajuste de Río Piedras (Edificio F de Siquiatría).

Sección 3.-Se autoriza a contratar con los gobiernos municipales, contratistas privados, así como cualquier departamento, agencia o corporación del Gobierno de Puerto Rico, para el desarrollo de los propósitos de esta Resolución Conjunta.

Sección 4.-Los fondos reasignados en esta Resolución Conjunta podrán ser pareados con fondos federales, estatales o municipales.

Sección 5.-Esta Resolución Conjunta comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

RCC 966

CERTIFICACION

Certificamos que los fondos de las Resoluciones Conjuntas 205 del 29 diciembre de 2009 y 116 del 23 de julio de 2007 están disponibles en las siguientes cuentas:

Cuenta	Fondos Disponibles
313-1260000-779-2004	$301,645.26
314-1260000-782-2005	17,000.00
141-1260000-1089-779-2000	77,256.08
Total Resolución Conjunta 205 del 29 diciembre de 2009	**$395,901.34**
316-1260000-081-2007	473,509.00
Total Resolución Conjunta 116 del 23 de julio de 2007	**$473,509.00**

Dado hoy, 9 de noviembre de 2010, en San Juan, Puerto Rico.

Edwin González Díaz
Supervisor
División de Presupuesto

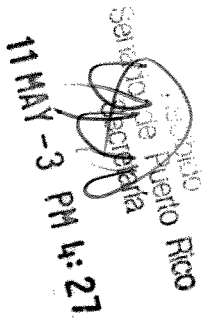
División de Presupuesto
Mercantil Plaza, Ave. Ponce de León, Hato Rey - Apartado 191118, San Juan, Puerto Rico 00919-1118
Teléfono: (787) 729-6680 * Facsímile: (787) 200-7742

GOBIERNO DE PUERTO RICO

ORIGINAL

16 ta Asamblea Legislativa

5 ta Sesión Ordinaria



SENADO DE PUERTO RICO

03 de mayo de 2011

Informe sobre

la R. del S.1099

AL SENADO DE PUERTO RICO

La Comisión de Asuntos Internos, previa consideración, recomienda la aprobación de la Resolución del Senado Núm. 1099, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

La R. del S. Núm. 1099 propone ordenar a la Comisión de Agricultura del Senado de Puerto Rico, que realice una investigación sobre el traspaso, por el Departamento de Agricultura, de las facilidades de la villa pesquera del Bo. Daguao de Naguabo a la Oficina de Comunidades Especiales.

Esta Comisión entiende que la realización de la investigación propuesta es razonable; y que presenta una situación que puede ser atendida por la Comisión de Agricultura del Senado de Puerto Rico, según lo dispuesto en la Sección 13.1 "Funciones y Facultades de las Comisiones Permanentes" del Reglamento del Senado de Puerto Rico.

Por lo antes expresado, la Comisión de Asuntos Internos recomienda la aprobación de la R. del S. Núm. 1099, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

Respetuosamente sometido,

Margarita Nolasco Santiago
Presidenta
Comisión de Asuntos Internos

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta. Asamblea Legislativa

3 ra. Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. del S. 1099

5 de abril de 2010

Presentado por *el señor Díaz Hernández*

Referido a

RESOLUCIÓN

Para ordenar a la Comisión de Agricultura del Senado de Puerto Rico, que realice una investigación sobre el traspaso, por el Departamento de Agricultura, de ~~la~~ las facilidades de la villa pesquera del Bo. Daguao de Naguabo a la Oficina de Comunidades Especiales.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Actualmente, los pescadores ~~de la localidad~~ del barrio Daguao de Naguabo han sido desalojados de ~~dichas~~ las facilidades de la villa pesquera, impidiéndoseles el acceso a las mismas. Los portones de la villa permanecen cerrados con candados y cuando la misma se utiliza, alegadamente, se abre para actividades sociales. Es importante señalar que las facilidades de dicha villa pertenecen al Departamento de Agricultura y por años han estado arrendadas a la asociación de pescadores que labora en la localidad.

En aras de evaluar el uso que se le está brindado a las facilidades de la villa pesquera del Barrio Daguao en el ~~Municipio~~ municipio de Naguabo, el Senado de Puerto Rico estima meritorio hacer una investigación sobre la alegada transferencia de dichas facilidades realizada por el Departamento de Agricultura a la Oficina de Comunidades Especiales ~~de dichas facilidades~~.

RESUÉLVESE POR EL SENADO DE PUERTO RICO:

Sección 1. - ~~Ordenar~~ Se ordena a la Comisión de Agricultura del Senado de Puerto Rico, que realice una investigación sobre el traspaso, por el Departamento de Agricultura, de ~~la~~ las

facilidades de la villa pesquera del Bo. Daguao de Naguabo a la Oficina de Comunidades Especiales.

Sección 2. - La ~~comisión rendirá~~ Comisión deberá rendir un informe con sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones, no más tarde de noventa (90) días después de aprobada esta ~~resolución~~ Resolución.

Sección 3. - Esta Resolución será atendida por la Comisión mediante la ejecución y aplicación de las funciones y facultades de las Comisiones del Senado, según dispuesto en la Sección 13.1 del Reglamento del Senado de Puerto Rico.

Sección ~~3.~~ 4. - Esta Resolución entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.

ORIGINAL

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta Asamblea Legislativa

5 ta Sesión Ordinaria

Recibido Senado de Puerto Rico Secretaría 11 MAY -3 PM 3:40

SENADO DE PUERTO RICO

03 de mayo de 2011

Informe sobre

la R. del S.1109

AL SENADO DE PUERTO RICO

La Comisión de Asuntos Internos, previa consideración, recomienda la aprobación de la Resolución del Senado Núm. 1109, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

La R. del S. Núm. 1109 propone ordenar a las Comisiones de Recreación y Deportes; y de Educación y Asuntos de la Familia del Senado de Puerto Rico, a que realicen una investigación sobre la situación del programa de deportes interescolar del Departamento de Educación; y cómo se integran los recursos de los Departamentos de Educación y de Recreación y Deportes en este esfuerzo.

Esta Comisión entiende que la realización de la investigación propuesta es razonable; y que presenta una situación que puede ser atendida por las Comisiones de Recreación y Deportes; y de Educación y Asuntos de la Familia del Senado de Puerto Rico, según lo dispuesto en la Sección 13.1 "Funciones y Facultades de las Comisiones Permanentes" del Reglamento del Senado de Puerto Rico.

Por lo antes expresado, la Comisión de Asuntos Internos recomienda la aprobación de la R. del S. Núm. 1109, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

Respetuosamente sometido,

Margarita Nolasco Santiago
Presidenta
Comisión de Asuntos Internos

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta. Asamblea Legislativa

3 ra. Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. del S. 1109

7 de abril de 2010

Presentado por *el señor Díaz Hernández*

Referido a

RESOLUCIÓN

Para ordenar a las Comisiones de Recreación y Deportes; y de Educación y Asuntos de la Familia del Senado de Puerto Rico, a que realicen una investigación sobre la situación del programa de deportes interescolar del Departamento de Educación; y cómo se integran los recursos de los Departamentos de Educación y de Recreación y Deportes en este esfuerzo.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La educación física debe fortalecerse a todos los niveles en las escuelas ~~del país~~ de Puerto Rico. Para ello, es necesario que se asignen los recursos humanos, económicos y materiales para que cada escuela cuente con una facultad capacitada en esta área. También es necesario un programa de deportes interescolares que promueva el desarrollo de los estudiantes-atletas. Tanto el Programa de Educación Física como el deporte interescolar necesitan una infraestructura deportiva y recreativa en óptimas condiciones que permita su uso diario y continuo.

Es imperativo que el Senado de Puerto Rico investigue la manera en que se planifica e implanta el programa interescolar, su funcionamiento y las acciones que hay que tomar para su desarrollo pleno.

RESUÉLVESE POR EL SENADO DE PUERTO RICO:

Sección 1. - ~~Ordenar~~ Se ordena a las Comisiones de Recreación y Deportes; y de Educación y Asuntos de la Familia del Senado de Puerto Rico, a que realicen una investigación sobre la situación del programa de deportes interescolar del Departamento de

Educación; y cómo se integran los recursos de los Departamentos de Educación y de Recreación y Deportes en este esfuerzo.

Sección 2. - ~~La comisión rendirá~~ Las Comisiones deberán rendir un informe con sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones, no más tarde de noventa (90) días después de aprobada esta ~~resolución~~ Resolución.

Sección 3. - Esta Resolución será atendida por las Comisiones mediante la ejecución y aplicación de las funciones y facultades de las Comisiones del Senado, según dispuesto en la Sección 13.1 del Reglamento del Senado de Puerto Rico.

Sección ~~3.~~ 4. - Esta Resolución entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.

GOBIERNO DE PUERTO RICO

ORIGINAL

16 ta Asamblea Legislativa

5 ta Sesión Ordinaria

Recibido Senado de Puerto Rico Secretaría 11 MAY -3 PM 4:04

SENADO DE PUERTO RICO

03 de mayo de 2011

Informe sobre

la R. del S.1257

AL SENADO DE PUERTO RICO

La Comisión de Asuntos Internos, previa consideración, recomienda la aprobación de la Resolución del Senado Núm. 1257, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

La R. del S. Núm. 1257 propone ordenar a las Comisiones de Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas; de Salud; y de Seguridad Pública y Asuntos de la Judicatura del Senado de Puerto Rico, a que investiguen profunda y exhaustivamente la problemática existente con el sistema de ambulancias que ofrecen servicios a pacientes con condiciones crónicas de salud y brindan servicios de emergencias a la ciudadanía.

Esta Comisión entiende que la realización de la investigación propuesta es razonable; y que presenta una situación que puede ser atendida por las Comisiones de Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas; de Salud; y de Seguridad Pública y Asuntos de la Judicatura del Senado de Puerto Rico, según lo dispuesto en la Sección 13.1 "Funciones y Facultades de las Comisiones Permanentes" del Reglamento del Senado de Puerto Rico.

Por lo antes expresado, la Comisión de Asuntos Internos recomienda la aprobación de la R. del S. Núm. 1257, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

Respetuosamente sometido,

Margarita Nolasco Santiago
Presidenta
Comisión de Asuntos Internos

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)
GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta Asamblea Legislativa

3 ra Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. del S. 1257

10 de mayo de 2010

Presentada por *la senadora Peña Ramírez*

Referida a

RESOLUCION

Para ordenar a las Comisiones de ~~lo Jurídico Civil;~~ Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas; de Salud; y de Seguridad Pública y Asuntos de la Judicatura del Senado de Puerto Rico, a que investiguen profunda y exhaustivamente la problemática existente con el sistema de ambulancias que ofrecen servicios a pacientes con condiciones crónicas de salud y brindan servicios de emergencias a la ciudadanía.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Recientemente ha surgido a la luz pública los problemas que existen con el sistema de ambulancias en Puerto Rico. La Agencia Estatal para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres, indica que en Puerto Rico hay más ambulancias por milla cuadrada que en cualquier estado de la nación americana, pero que no están siendo bien utilizadas y/o distribuidas. Esta situación incide en la respuesta que pueda brindarse a las llamadas de emergencias que se reciben a través del sistema de emergencias 9-1-1 y afectan el servicio a los usuarios.

Por otro lado, los dueños de compañías de ambulancias, que brindan el servicio de traslado de pacientes en casos de emergencias y de pacientes con condiciones crónicas, como son los pacientes de diálisis, han denunciado problemas en el cobro de sus facturas por los servicios prestados, lo que a su vez, limita el acceso de los servicios para la ciudadanía.

Considerando que ningún ciudadano está exento de necesitar el servicio de ambulancias en una situación de emergencia; y entendiendo que el buen funcionamiento del sistema de ambulancias puede determinar la diferencia entre la vida o la muerte de un ser humano en distintas circunstancias, ~~esta Asamblea Legislativa~~ este Senado entiende necesario el que se realice una investigación profunda y exhaustiva ~~investigación~~ de la crítica situación en que se encuentra el sistema de ambulancias en Puerto Rico, para que se determine cuáles son las causas y posibles soluciones al problema.

Los resultados de esta investigación redundarán en beneficio de la ciudadanía en general.

RESUELVESE POR EL SENADO DE PUERTO RICO:

Sección 1. - Se ordena a las Comisiones de ~~lo Jurídico Civil~~ Banca, Asuntos del Consumindor y Corporaciones Públicas; de Salud; y de Seguridad Pública y Asuntos de la Judicatura del Senado de Puerto Rico, que investiguen profunda y exhaustivamente todo el funcionamiento del sistema de ambulancias en Puerto Rico, tanto las ~~gubernamentales,~~ estatales y municipales~~, así~~ como las de las compañías privadas; incluyendo ~~. Debe incluirse como parte de la investigación~~ las denuncias hechas por ~~los~~ dueños de compañías privadas de ambulancias sobre el atraso en el pago de su facturación~~, entre otros~~.

Sección 2. - La investigación debe auscultar el funcionamiento del sistema de ambulancias, tanto en las situaciones de emergencia, así como en el servicio que se ofrece a pacientes con condiciones de salud crónicas.

Sección 3. - Las Comisiones ~~le someterán~~ deberán presentar al Senado de Puerto Rico un informe contentivo de sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones que estime pertinentes, incluyendo las medidas legislativas y administrativas que deban adoptarse con relación al asunto objeto de esta investigación, dentro de noventa (90) días, después de aprobarse esta Resolución.

Sección 4. - Esta Resolución será atendida por las Comisiones mediante la ejecución y aplicación de las funciones y facultades de las Comisiones del Senado, según dispuesto en la Sección 13.1 del Reglamento del Senado de Puerto Rico.

Sección ~~4.~~ 5. - Esta Resolución entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.