(TEXTO DE APROBACION FINAL POR LA CAMARA)
(25 DE AGOSTO DE 2011)

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

16ta. Asamblea Legislativa | 1ra. Sesión Ordinaria

CAMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 1783

23 DE JUNIO DE 2009

Presentado por el representante *Rodríguez Aguiló*
y suscrito por la representante *Nolasco Ortiz*

Referido a la Comisión de Salud

LEY

Para enmendar la Sección 6 del Artículo VI de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud", a los fines de imponer la obligación de prestación de servicios continua y el correspondiente pago por los servicios prestados e incorporar varias disposiciones dentro de la misma que por omisión fueron eliminadas por varias leyes anteriores que enmendaron esta sección; dejando clara la intención legislativa sobre el alcance de esta sección.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Mediante la Ley de la Administración de Seguros de Salud se propicia el que la mayor cantidad de personas tengan acceso directo a servicios de salud de excelencia. La salud es un derecho del pueblo y no un privilegio, es responsabilidad de todo gobierno proveer los mejores servicios de salud a sus ciudadanos y que todos estén en igualdad de condiciones para acceder los mismos.

En el Informe sobre la salud en el mundo, la OMS propone que los países basen sus decisiones relativas al sistema de salud y al desarrollo de la salud en cuatro orientaciones normativas amplias e interconectadas. Estas cuatro orientaciones representan los principios básicos de la atención de salud.

- Cobertura universal: para que los sistemas sean equitativos y eficientes, todas las personas deben tener acceso a la atención de salud de acuerdo con sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago.
- Servicios centrados en las personas: los sistemas de salud pueden reorientarse para responder mejor a las necesidades de las personas a través de puntos de prestación de servicios integrados en las comunidades.
- Políticas públicas saludables: la biología no explica por sí sola muchas de las diferencias de longevidad, como la diferencia de 27 años entre los barrios ricos y pobres de Glasgow. De hecho, gran parte de lo que afecta a la salud se halla en gran medida fuera de la esfera de influencia del sector sanitario. Los Ministerios de Comercio, Medio Ambiente, Educación y otros influyen en la salud, y, sin embargo, se suele prestar muy poca atención a las decisiones de estos ministerios que afectan a la salud. La OMS considera que todas deberían ser objeto de deliberaciones y que es preciso integrar ampliamente un enfoque de "la salud en todas las políticas" en todos los gobiernos.
- Liderazgo: los actuales sistemas de salud no se encaminarán de forma natural a modelos más equitativos, eficientes (que funcionen mejor) y eficaces (que alcancen sus objetivos). Así pues, más que mandar y controlar, el liderazgo tiene que negociar y dirigir.

Para que nuestro sistema de salud responda a las necesidades de nuestro pueblo es necesario que constantemente revisemos la ley que lo crea a los fines de buscar soluciones a aquellas situaciones que afectan su funcionamiento. Existe la práctica de algunas compañías de seguros de cancelar los contratos con los proveedores de servicios del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y en ocasiones se pone en riesgo la salud y seguridad del paciente si se descontinúa el servicio inmediatamente.

Muchos proveedores se ven obligados a seguir prestando servicios luego de la cancelación de sus contratos hasta que se hace la transición del paciente hacia el nuevo proveedor. No obstante, cuando el proveedor al que se le canceló el contrato presenta su factura de servicios para cobro se le deniega la misma sobre la base de que ya se le había notificado previamente la cancelación del contrato.

Entendemos que esta práctica es injusta y que la misma atenta contra la salud y seguridad de los pacientes del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Esta medida va dirigida a garantizar la continuidad de los servicios a los pacientes del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y a que los proveedores puedan cobrar por los servicios que han prestado. En adición, mediante esta medida enmendamos la Sección 6 del Artículo VI de esta Ley, para incorporar varias disposiciones dentro de la misma que

por omisión fueron eliminadas por varias leyes anteriores que enmendaron esta sección; y dejar clara la intención legislativa sobre el alcance de esta sección.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.-Se enmienda la Sección 6 del Artículo VI de la Ley 72-1993, según enmendada, para que se lea como sigue:

"Artículo VI.-Plan de Seguros de Salud...

Sección 6.-Cubierta y Beneficios Mínimos.-

Los planes de salud tendrán una cubierta amplia, con un mínimo de exclusiones. No habrá exclusiones por condiciones preexistentes, como tampoco períodos de espera, al momento de otorgarse la cubierta al beneficiario.

Cubierta A.- La Administración establecerá una cubierta de beneficios a ser brindados por los aseguradores y/u organizaciones de servicios de salud contratados o proveedores participantes. La cubierta comprenderá, entre otros beneficios, los siguientes: servicios ambulatorios, hospitalizaciones, salud dental, salud mental, estudios, pruebas y equipos para beneficiarios que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes, laboratorios, rayos X, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en una farmacia

participante, libremente seleccionada por el asegurado, y autorizada bajo las Leyes de Puerto Rico. La cubierta dispondrá para que cada beneficiario tenga a su alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad, sexo y condición física. Disponiéndose, que la lista de medicamentos para los pacientes de VIH/SIDA deberán revisarse anualmente a los fines de en caso de que la Administración lo estime pertinente, incluir aquellos nuevos medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de la condición que serán dispensados y ofrecidos en conformidad con las mejores prácticas médicas, siempre y cuando no se afecte el *State Plan* suscrito por el Departamento de Salud y el *Health Resources and Services Adrninistration*.

La Administración revisará esta cubierta periódicamente.

Cubierta B.- La cubierta de los servicios hospitalarios estará disponible veinticuatro (24) horas al día, todos los días del año.

Cubierta C.- En su cubierta ambulatoria los planes deberán incluir, sin que esto constituya una limitación, lo siguiente:

(1) Servicios de salud preventivos:

(A) …

(B) …

(C) Visita al médico primario para examen médico general una vez al año. En el caso de los estudiantes beneficiarios de este Plan, los mismos tendrán derecho a que se le realicen anualmente las pruebas de cernimientos requeridas por la

Ley 296-2000, según enmendada, y a que el médico primario le expida una Certificación a tales fines.

(D) …

(E) …

(2) Evaluación y Tratamiento de Beneficiarios con Enfermedades conocidas:

La evaluación y tratamiento inicial de los beneficiarios se llevará a cabo por el médico primario escogido por el paciente entre los proveedores del plan correspondiente.

Los médicos primarios tendrán la responsabilidad del manejo ambulatorio del beneficiario bajo su cuidado, proveyéndole continuidad en el servicio. Asimismo, éstos serán los únicos autorizados a referir al beneficiario a los médicos de apoyo y proveedores primarios.

(3) Acceso a servicio de salud de Profesionales de Nutrición y Dietética Licenciado.

Todo beneficiario podrá seleccionar libremente al Nutricionista Dietista Licenciado con el referido del médico primario. El beneficiario podrá seleccionar libremente su profesional de nutrición y dietética licenciado dentro de aquellos proveedores de la red contratada por el asegurador del área.

(4) La Administración rendirá un informe semestral a la Asamblea Legislativa que incluya entre otros la Lista de Medicamentos, las controversias que hayan surgido con el "State Plan" suscrito por el Departamento de Salud y el "Health Resources and Services Administration" y la cantidad de pacientes que se vean afectados por estas controversias.

Los médicos primarios tendrán la responsabilidad del manejo ambulatorio del beneficiario bajo su cuidado, proveyéndole continuidad en el servicio. Asimismo, éstos serán los únicos autorizados a referir al beneficiario a los médicos de apoyo y proveedores primarios.

Los médicos primarios tendrán la responsabilidad del manejo ambulatorio del beneficiario bajo su cuidado, proveyéndole continuidad en el servicio. Asimismo, éstos serán los únicos autorizados a referir al beneficiario a los médicos de apoyo y proveedores primarios. Disponiéndose, que cuando se le cancele algún contrato de servicios a un médico o proveedor, se deberán tomar las medidas necesarias para garantizar la inmediata transición del paciente hacia el nuevo proveedor. Hasta tanto no se realice la transición hacia el nuevo proveedor, el existente vendrá obligado a seguir prestando el servicio contratado hasta tanto el nuevo proveedor comience a prestar servicios. A la vez existirá la obligación de pagar por todos los servicios prestados, aun después de notificada la cancelación del contrato, si el proveedor demuestra que prestó los servicios."

Artículo 2.-Vigencia.-Esta ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.