

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 263

16 de enero de 2013

Presentado por el señor *Martínez Santiago*

Referido a la Comisión de Salud y Nutrición

LEY

Para establecer como política pública del Gobierno de Puerto Rico el “Protocolo Estándar para la Prevención, Atención y Control del Asma en Pacientes Severos y Moderados”, a los fines de facilitar la detección, tratamiento, y acceso a especialistas; así como implantar un modelo de tratamiento uniforme dirigido a controlar la enfermedad de los pacientes con asma persistente, moderada y severa, y enmendar la Sección 6 del Artículo VI de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, para estos fines.

EXPOSICION DE MOTIVOS

El asma es una enfermedad crónica ocasionada por la constricción de las paredes en las vías respiratorias, obstaculizando el flujo del aire en los pulmones, limitando así la respiración. Al ser catalogada como una enfermedad crónica, el Asma requiere un control continuo y tratamiento apropiado para que las personas que padecen de esta enfermedad tengan una mejor calidad de vida, sin recaídas, libre de visitas a la sala de emergencia y hospitalizaciones.

Lamentablemente, y a pesar de todos los avances científicos para tratar la enfermedad, las estadísticas demuestran que el asma en Puerto Rico no está controlada. Nótese que:

- En el 2005, el Sistema de Vigilancia de Asma detectó 100 muertes relacionadas al asma en Puerto Rico.
- Según estudios publicados, el 95% de estas muertes se pueden evitar, si se ofrece un diagnóstico y tratamiento adecuado del asma.
- El Sistema de Vigilancia de Asma de Puerto Rico (“Puerto Rico Asthma Survey System”, “PRASS”, por sus siglas en inglés), al igual que otros estudios publicados,

han identificado una gran cantidad de pacientes asmáticos que no tienen su afección controlada.

- La Oficina de Estadísticas Vitales del Departamento de Salud, en sus estadísticas de mortalidad para el 2004, reflejaron que las muertes relacionadas al asma en Puerto Rico fueron 2 veces mayores que las registradas en los Estados Unidos continentales (25.9 por millón y 12.8 por millón, respectivamente).
- Un 30.8% de los niños puertorriqueños han sido diagnosticados con asma en algún momento de sus vidas:
 - El 16.6% de éstos acarrean esta condición.
 - Ambos índices resultan ser dos veces mayores que los relativos a los niños de los Estados Unidos continentales (National Health Interview Survey, NCHS, 2008).
- El 60% de los adultos asmáticos recibieron su primer diagnóstico antes de los 18 años de edad.
- El 70% de los asmáticos (150,000 personas) tuvieron al menos un ataque de asma en los últimos 12 meses.
- Un 25% de los adultos con asma reportaron que utilizan un medicamento de rescate para detener un ataque de asma, ello de 1 a 4 veces durante un período de treinta días y 15% (31,200 personas con asma) reportó que utiliza estos medicamentos 15 veces o más durante dicho periodo.
- Niños entre las edades de 0-14 años utilizan la sala de emergencia un promedio 3 veces al año y son hospitalizados 1 vez al año, más que cualquier otro segmento de la población.
- Los asegurados de la Reforma, contrario a los asegurados con planes privados, tienen una tasa de visitas a la sala de emergencia 6 veces mayor.
- Un paciente con asma descontrolada puede afectar su sistema respiratorio de manera irreversible.
- El Estudio Continuo de Salud en los Municipios de Puerto Rico, para los años 2001 al 2003, reveló que el asma era la segunda condición más prevalente y la primera causa de hospitalizaciones en Puerto Rico.

- Informes del Sistema de Vigilancia de Asma indican que la falta de cumplimiento con las guías establecidas por el Programa Nacional de Educación y Prevención del Asma (“National Asthma Education and Prevention Program”, “NAEPP”, por sus siglas en inglés) para el tratamiento del asma es uno de los problemas principales en la detección, estabilización y tratamiento de la condición.

Según las Guías Nacionales para el Diagnóstico y Tratamiento del Asma (“National Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asthma”), emitidas por el NAEPP, el tratamiento del asma tiene cuatro componentes principales: 1) el uso de medidas objetivas sobre el funcionamiento pulmonar (como medidores de flujo máximo y espirómetros) para evaluar la severidad del asma y para observar el curso del tratamiento; 2) medidas de control ambiental para evitar o eliminar factores que causan síntomas o ataques de asma; 3) terapias con medicamentos para el control a largo plazo, con el propósito de revertir y prevenir la inflamación de las vías respiratorias, así como terapias para manejar los ataques de asma; y 4) orientación del paciente para fomentar una asociación entre los pacientes, su familia, el médico y otros proveedores de cuidado de la salud.

Conviene señalar que el “Informe sobre Epidemiología del Asma en Puerto Rico y Estrategias para el Control de la Condición del 2008”, suscrito por el Sistema de Vigilancia de Asma en Puerto Rico, destacó que a pesar de que no existe cura para el asma, este padecimiento puede estabilizarse, siguiendo las guías actualizadas difundidas por NAEPP. Dicho informe también indica que se encuentran discrepancias entre las guías y el tratamiento de la condición en pacientes asmáticos de la Isla, concluyendo que “la pobre prescripción de córtico esteroides inhalados, tratamiento de primera línea para el control adecuado del asma persistente, redundando en la alta tasa de reclamaciones por visitas a la sala de emergencia en la población de Reforma y en el descontrol y exceso de exacerbaciones de la condición”. Además, el informe indica que la eliminación del riesgo de capitación al médico en prescribir pruebas diagnósticas y medicamentos de primera línea, facilitaría el control de la condición y disminuiría visitas a salas de emergencia, hospitalizaciones y ausencias en el trabajo y la escuela.

Por otro lado, es menester indicar que el asma no sólo tiene un impacto negativo en la vida del paciente que padece la condición, sino que afecta su entorno familiar cuando ésta es moderada o severa. En el caso de los menores, las ausencias a la escuela y la imposibilidad de participar en actividades propias de su edad, definitivamente, tiene un impacto negativo en la

autoestima y en la integración social de éstos. La familia se desestabiliza cuando un menor sufre de la condición en su vertiente aguda, al tener que dirigir sus esfuerzos a la atención del paciente. Las visitas a las salas de emergencia, visitas ambulatorias seguidas, aún cuando no hay mejoría, tienen entre otros resultados, tales como: ausencias de los padres a sus empleos, pérdida de ingresos e impacto en otros menores de la familia. En el caso de los adultos asmáticos, las hospitalizaciones frecuentes y visitas ambulatorias tienen el efecto directo de incidir en su gestión laboral, asunto que se agrava cuando el adulto es padre o madre de familia.

Por otro lado, el descontrol del asma tiene un costo económico considerable para la sociedad puertorriqueña y para el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. La prevalencia del asma en Puerto Rico es aproximadamente un 18%, de los cuales un 34% son severos y 18% son moderados, para un total de más de 127,000 personas que sufren de asma descontrolada en la población asegurada por el Plan de Salud del Gobierno. Por definición, el paciente asmático moderado sufre como promedio, una hospitalización al año y dos visitas a la sala de emergencia, en comparación con el paciente severo que se hospitaliza dos veces al año y tiene tres visitas a la sala de emergencia. El costo estimado de una visita a sala de emergencia es de \$125 y de una hospitalización es de \$500 por día, con una duración aproximada de dos días por hospitalización. En unas proyecciones igualmente conservadoras, el costo para el Gobierno de Puerto Rico por las hospitalizaciones y visitas a la sala de emergencia, ocasionadas por el descontrol en la condición del asma, puede alcanzar unos 167.6 millones de dólares.

Ante esta realidad de gran impacto social y económico para el pueblo puertorriqueño, es responsabilidad de esta Asamblea Legislativa proteger el bienestar y la salud de la población asmática y garantizar el tratamiento para la estabilización efectiva de esta enfermedad que afecta seriamente la salud de los puertorriqueños. Ello redundará en ahorros sustanciales al Gobierno de Puerto Rico en atenciones médicas, fomentando así una mejor calidad de vida y productividad en la ciudadanía. Se impone, pues, una revisión del modelo actual del tratamiento del asma.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

- 1 **Artículo 1.-** Se declara política pública del Gobierno de Puerto Rico que la
- 2 enfermedad del asma debe prevenirse y controlarse, mediante un tratamiento adecuado y
- 3 estandarizado que facilite la detección, diagnóstico y tratamiento, accesando a todos aquellos

1 especialistas, pruebas y medicamentos necesarios para estabilizar la condición de asma
2 persistente, moderada y severa. Se ordena la eliminación de las barreras existentes para que
3 estos pacientes reciban el tratamiento necesario para prevenir y controlar su enfermedad,
4 mediante un modelo de prevención primaria y secundaria. El Departamento de Salud, a través
5 de su Secretario, será responsable de vigilar por el cumplimiento de la política pública sobre
6 atención y tratamiento del asma, tanto para los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno
7 como para aquellos beneficiarios de aseguradoras privadas.

8 **Artículo 2.-** Salvo se disponga lo contrario en esta Ley, los siguientes términos
9 tendrán el significado que a continuación se expresan:

10 (a) “Administración”- significa la Administración de Servicios de Salud de Puerto
11 Rico, conocido por sus siglas como ASES.

12 (b) “Algoritmo”- significa el conjunto ordenado y finito de operaciones que permite
13 llegar a la solución de un problema; para fines de esta Ley, el algoritmo incluido
14 significa las guías y pasos a seguir para identificar los pacientes asmáticos.

15 (c) “Aseguradora”- significa todo asegurador u organización de servicios de salud,
16 pública o privada, debidamente autorizada en Puerto Rico a ofrecer, o que se obligue
17 proveer servicios de salud, según dispuesto en la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957,
18 según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, así como
19 planes organizados y autorizados por alguna ley especial. Lo anterior incluye a todos
20 los planes de seguros que brinden servicios a través de la Ley Núm. 72 de 7 de
21 septiembre de 1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de
22 Seguros de Salud de Puerto Rico".

23 (d) “Corticoesteroides Inhalados”- significa un medicamento de uso diario para

1 reducir la inflamación de las vías respiratorias.

2 (e) “Departamento”- significa el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de
3 Puerto Rico.

4 (f) “Director Ejecutivo”- significa el Director Ejecutivo de la Administración de
5 Servicios de Salud de Puerto Rico (ASES).

6 (g) “Independent Practice Associations”- significa una organización que provee
7 cuidado de la salud por parte de médicos, quienes mantienen sus propias oficinas y
8 atienden a sus propios pacientes, pero acuerdan tratar a los miembros de la
9 organización por un pago pre-acordado. Abreviación: I.P.A.

10 (h) “Médico Especialista”- significa un médico debidamente autorizado a ejercer la
11 profesión en Puerto Rico y con autoridad para practicar las especialidades de
12 neumología y/o como alergista, según haya sido certificado por la Junta de
13 Licenciamiento y Disciplinas Médicas de Puerto Rico.

14 (i) “Plan de Salud del Gobierno”- significa el Plan de Salud del Gobierno de Puerto
15 Rico, creado en virtud de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según
16 enmendada.

17 (j) “Registro Especial”- significa el Registro Especial de Asma, el cual identificará a
18 los pacientes que padecen de asma persistente, moderada y severa, utilizando las guías
19 o algoritmo descrito en esta Ley.

20 (k) “Secretario”- significa el Secretario del Departamento de Salud del Estado Libre
21 Asociado de Puerto Rico.

22 **Artículo 3.-** Se ordena a todos los aseguradores, organizaciones de servicios de salud
23 organizadas, conforme a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida

1 como "Código de Seguros de Puerto Rico", planes de seguros que brinden servicios a través
 2 de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, conocida como "Ley de la
 3 Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", que creen un registro especial en el cual
 4 identifiquen los pacientes que padecen de asma persistente, moderada y severa, utilizando el
 5 siguiente algoritmo estándar de utilización de servicios establecido por la Administración de
 6 Seguros de Salud de Puerto Rico (y/o cualquier otro aprobado con posterioridad a la
 7 aprobación de esta Ley por las autoridades competentes, incluyendo, pero no limitándose, a la
 8 Organización Mundial de la Salud), que notifique a los IPA's (Independent Practice
 9 Associations) correspondientes, al médico primario y al paciente o su encargado sobre la
 10 inclusión del paciente en dicho registro especial, orienten a éstos sobre los procedimientos y
 11 responsabilidades de todas las partes y la creación y distribución de un formato a cada
 12 proveedor de salud que incluya, pero no se limite a, la frecuencia de ataques, intensidad de
 13 los síntomas, función pulmonar y dificultades en las actividades diarias.

<i>Crterios de Estratificación de la Población Identificada para la Condición de Asma</i>			
<i>Crterio</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Severa</i>
<i>Hospitalizaciones</i>	<i>NA</i>	<i>1</i>	<i>≥ 2</i>
<i>Visitas a Sala de Emergencia</i>	<i>≤ 1</i>	<i>2</i>	<i>≥ 3</i>
<i>Visitas Ambulatorias</i>	<i>≤ 2</i>	<i>3-5</i>	<i>≥ 6</i>
<i>Farmacia:</i> <i>El beneficiario debe tener tres o más recetas de la misma categoría terapéutica.</i>			

<i>Criterios de Estratificación de la Población Identificada para la Condición de Asma</i>			
<i>Las categorías de la GPI son:</i>			
<i>441000 Anticholinergics</i>			
<i>441500 Cromolyn</i>	<i>1 categoría</i>	<i>2 categoría</i>	<i>3 o más</i>
<i>442000 Sympathomimetics</i>	<i>terapéutica</i>	<i>terapéutica</i>	<i>categorías</i>
<i>444000 Steroid Inhalants</i>			<i>terapéuticas</i>
<i>443000 Xanthines</i>			
<i>445000 Leukotriene Inhibitors</i>			
<i>221000 Corticosteroids</i>			
<i>Si el beneficiario es categorizado como severo en cualquiera de los criterios, entonces será clasificado severo.</i>			
<i>Si el beneficiario tiene clasificación de moderado en visitas a la sala de emergencia y también fue clasificado como moderado en hospitalizaciones, entonces el beneficiario será clasificado severo.</i>			

1

2 **Artículo 4.-** Todos los pacientes incluidos en el registro especial deberán recibir un
3 cuidado y manejo individualizado, de acuerdo con el modelo de tratamiento que se describe a
4 continuación. Todo paciente que sea incluido en el registro especial deberá recibir un
5 tratamiento dirigido a prevenir y controlar su condición, según especificado en las guías
6 actualizadas de manejo y tratamiento del National Asthma Education and Prevention Program

1 (NAEPP-NHI 2007), las cuales establecen, entre otras cosas, cuatro elementos fundamentales
2 en el tratamiento del asma:

3 a) Monitoreo: Los proveedores de salud deberán establecer medidas para identificar el
4 estado de la condición del asma del paciente (frecuencia de ataques, intensidad de los
5 síntomas, función pulmonar deficiente y dificultades en las actividades diarias).

6 b) Educación: Los pacientes deberán ser educados para monitorear y atender su
7 condición, mediante la creación de un plan de acción que incluya instrucciones para el
8 tratamiento diario, métodos para identificar el deterioro de la condición y medicamentos para
9 controlar su condición. Todos los aseguradores, organizaciones de servicios de salud y los
10 proveedores de salud, según definidas en esta Ley, tendrán la obligación de orientar a sus
11 pacientes sobre la importancia de prevenir y controlar el asma.

12 c) Control de factores ambientales: Deberán tomarse medidas que puedan ser tomadas
13 por el paciente para limitar la exposición de los pacientes a sustancias o elementos que
14 puedan deteriorar la condición.

15 d) Medicamentos: El uso de medicamentos es esencial para controlar el asma. Los
16 pacientes con asma severa necesitan medicamentos para controlar el asma a largo plazo y
17 prevenir el deterioro de la condición, así como medicamentos de alivio inmediato

18 e) Nada de lo aquí dispuesto contravendrá lo dispuesto en las guías del National
19 Asthma Education and Prevention Program.

20 **Artículo 5.-** Se enmienda la Sección 6 del Artículo VI de la Ley Núm. 72 de 7 de
21 septiembre de 1993, según enmendada, para que lea como sigue:

22 "Artículo VI.-

23 ...

1 Sección 6.-Cubierta y Beneficios Mínimos

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

5 ...

6 La Administración revisará esta cubierta periódicamente.

7 La Administración también establecerá un Registro especial para pacientes
8 con asma persistente, moderada y severa, quien a su vez, con la cooperación de los
9 aseguradores que administran el Plan de Salud del Gobierno, identificarán a todo
10 paciente con asma persistente, moderada o severa, mediante el algoritmo estándar de
11 utilización de servicios establecidos por la Administración y dichos pacientes serán
12 incluidos en un registro especial.

13 Todo paciente incluido en el Registro especial tendrá acceso al fondo que a
14 continuación se establece para el pago de especialistas, medicamentos de control y
15 mantenimiento, laboratorios y pruebas especializadas. Este fondo estará separado de
16 los fondos que recibe el médico primario como pago per cápita por cada paciente.

17 (a) Uso de fondos y orientación: La Administración hará un estimado de los
18 gastos actuales del presupuesto de la capitación y la utilización relacionada al asma,
19 incluyendo todos los gastos relacionados a la co-morbilidad de la condición. Dichos
20 fondos serán descontados del pago per cápita de los pacientes con asma persistente,
21 moderada o severa y serán destinados al tratamiento de los pacientes identificados en
22 el registro especial.

1 La Administración notificará a los aseguradores, quienes posteriormente
2 notificarán a los IPA's (Independent Practice Associations) correspondientes, al
3 médico primario y al paciente o su encargado sobre la inclusión del paciente en el
4 registro especial y orientará a éstos sobre los procedimientos y responsabilidades de
5 todas las partes.

6 (b) Modelo de Tratamiento. El médico primario, en coordinación con un
7 médico especialista en neumología y/ o como alergista, será responsable de iniciar de
8 inmediato un plan de acción para el control de asma, de acuerdo a las Guías de
9 Manejo y Tratamiento de NAEPP-NHI. El médico primario podrá prescribir
10 medicamentos de control y hacer referidos a especialistas, según definidos en esta
11 Ley, sin cargos a la capitación.

12 Los pacientes con asma severa podrán dirigirse directamente a su médico
13 primario o al especialista, sin necesidad de un referido. El paciente persistente
14 moderado será atendido por el médico primario, quien actuará como médico de
15 cabecera, en coordinación con el médico especialista. El médico primario entregará un
16 referido al paciente con asma persistente moderada para que acuda al médico
17 especialista cuando sea necesario.

18 (c) Orientación y educación: Las aseguradoras establecerán un programa de
19 manejo de enfermedad de asma para brindar orientación sobre la condición, tanto a
20 los pacientes incluidos en el registro especial como a pacientes en general.

21 (d) Monitoreo: El Departamento de Salud y la Administración tendrán la
22 responsabilidad de monitorear la implantación de esta Ley por las aseguradoras. La
23 aseguradoras vendrán obligadas a someter a la Administración informes periódicos

1 sobre la utilización y resultados del modelo propuesto en esta Ley, a los fines de
2 medir la calidad de los servicios y la ejecución de los médicos especialistas,
3 primarios y del propio paciente.

4 ...”

5 **Artículo 6.-** Responsabilidad de ASES

6 La Administración revisará la implantación de esta cubierta periódicamente. Además,
7 rendirá un informe anual a la Asamblea Legislativa con los resultados de los informes
8 descritos en el Artículo 6, inciso (d), el cual deberá ser avalado por el Secretario del
9 Departamento de Salud.

10 **Artículo 7.-** Responsabilidad del Departamento de Salud y el Comisionado de
11 Seguros de Puerto Rico

12 El Departamento de Salud, en conjunto con el Comisionado de Seguros de Puerto
13 Rico, revisará la implantación de lo dispuesto en esta Ley.

14 **Artículo 8.-** Separabilidad

15 Si cualquier cláusula, párrafo, artículo, inciso, capítulo o parte de esta Ley fuere
16 declarada inconstitucional por un tribunal con competencia, la sentencia a tal efecto dictada
17 no afectará, perjudicará ni invalidará el resto de esta Ley. El efecto de dicha sentencia
18 quedará limitado a la cláusula, párrafo, artículo, inciso, capítulo o parte que así hubiere sido
19 declarada inconstitucional.

20 **Artículo 9.-** Reglamentos

21 Se faculta al Director Ejecutivo de ASES, al Secretario del Departamento de Salud y
22 al Comisionado de Seguros de Puerto Rico a preparar todos aquellos reglamentos que sean
23 necesarios, a los fines de facilitar la implantación de esta Ley, dentro de un término de tres

1 (3) meses después de la aprobación de esta Ley y en conformidad a la Ley Núm. 170 de 12 de
2 agosto de 1988, según enmendada, conocida como la “Ley de Procedimiento Administrativo
3 Uniforme del Estado Libre Asociado de Puerto Rico”.

4 **Artículo 10.-** Responsabilidad del paciente

5 El paciente será responsable de cumplir con el tratamiento indicado por el médico y
6 participar de iniciativas educativas o de manejo de enfermedad, dirigidas a su persona de la
7 cual haya sido notificada por su médico o aseguradora.

8 **Artículo 11.-** Vigencia

9 Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.