

GOBIERNO DE PUERTO RICO

19^{na} Asamblea
Legislativa

1^{ra}. Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 76

2 de enero de 2021

Presentado por señor *Rivera Schatz*

Coautores la señora Riquelme Cabrera y el señor Matías Rosario

Referido a la Comisión de Salud

LEY

Para enmendar la Sección 6 del Artículo 6 de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico”, y enmendar el Artículo 2.050 de la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, a los fines de eliminar el requisito de referido para beneficiarios de enfermedades crónicas y de alto costo; ordenar a la Administración de Seguros de Salud a realizar un estudio actuarial con el fin de enmendar el Plan Estatal de Medicaid y de ampliar el alcance del Programa de Medicaid en Puerto Rico; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Nuestro sistema de salud está fundamentado en el beneficio del paciente, y alcanzar que éstos logren una mejor calidad de vida, a pesar de su diagnóstico.

Al amparo de esa política pública, se han desarrollado dos sistemas de salud notablemente desiguales. En términos generales, podemos afirmar que en Puerto Rico la calidad de los cuidados de salud ha venido a depender preponderantemente de la capacidad económica de la persona para cubrir con sus propios recursos el costo de los mismos. Por un lado, cierta parte de la población está asegurada por planes de salud privados, ya sea por que son costeados por su patrono o porque son costeados por los

propios individuos. Por el otro lado, tenemos 1.3 millones de personas por debajo del 133% del nivel de pobreza criolla que son cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno (Plan Vital). Además, contamos con sobre 210,000 personas que no cuentan con ningún tipo de cubierta por no cualificar para el Plan de Salud del Gobierno (PSG) por generar mayores ingresos, pero a su vez, no cuentan con los ingresos suficientes para poder adquirir un plan privado.

La Administración de Seguros de Salud (ASES), fue creada por la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico". Dicha corporación pública fue delegada con la plena capacidad para implementar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores, y/u organizaciones de Servicios de Salud, un sistema de seguros de salud que eventualmente le brinde a todos los residentes de la Isla acceso a cuidados médico hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera. La ASES es la entidad pública encargada para administrar el PSG, así como de recibir los fondos federales dirigidos a sufragar el mismo. Los planes médicos privados, por su parte, son regulados por el Código de Seguros de Salud y la Oficina del Comisionado de Seguros.

Aunque tanto el PSG como los planes privados le brindan servicios a sus pacientes, la triste realidad es que dependiendo del plan médico, varían las reglas por las que debe dejarse llevar el beneficiario a la hora de buscar y recibir tratamiento. Por ejemplo, la mayoría de los beneficiarios de planes médicos privados no necesitan conseguir referidos de sus médicos primarios para asistir a médicos especialistas, subespecialistas o para realizarse cualquier tipo de estudio que necesiten. Mientras que, si un paciente cuenta con la cubierta del PSG, Medicare Platino, Medicare Advantage (ciertas cubiertas), o ciertos planes comerciales, éstos necesitan un referido para cualquier visita o estudio que necesiten realizarse. Esto impone responsabilidades adicionales a estos pacientes, más aún, si los mismos padecen de alguna enfermedad o condición de larga duración que conlleve estudios constantes y visitas periódicas a

diferentes médicos. Por lo general, este tipo de enfermedades o condiciones son catalogadas como de alto costo, por su largo tratamiento o mantenimiento.

Se estima que sobre el 50% de la población en Puerto Rico padece de algún tipo de enfermedad de alto costo, aunque no sean enfermedades crónicas. Las enfermedades crónicas, según definidas por el Departamento de Salud, son condiciones que usualmente se desarrollan lentamente, tienden a tener una larga duración y la severidad de las mismas progresa con el tiempo. Éstas pueden ser controladas, pero raramente se curan. Además, existen enfermedades de alto costo que tienen un impacto similar, pero con la única diferencia que estas no necesariamente son progresivas si son tratadas a tiempo y controladas. Es importante destacar que, conforme a la data recopilada de varios estudios realizados en Puerto Rico, muchas enfermedades catalogadas como de alto costo son la principal causa de muertes en Puerto Rico.

De hecho, a raíz de la emergencia por el COVID-19, la ASES, a través de una carta normativa, eliminó temporariamente el requisito de que los pacientes o beneficiarios del Plan Vital tengan que solicitar referidos y pre-autorizaciones para recibir servicios médicos, laboratorios, radiología y servicios hospitalarios. Además, ya el PSG hace una excepción en cuanto a los referidos para su Cubierta Especial, que provee servicios para el cuidado de ciertas necesidades especiales de cuidado de salud como lo son las enfermedades catastróficas.

Las personas con Cubierta Especial pueden elegir cualquier proveedor que trabaje con su Red de Proveedores Preferidos o con la Red General de su Aseguradora. Además, pueden obtener medicamentos recetados, pruebas y otros servicios a través de la Cubierta Especial sin necesitar un referido o que su PCP firme. Las enfermedades cobijadas por la cubierta especial de enfermedades graves de carácter catastrófico del Gobierno de Puerto Rico son aquellas que se caracterizan por su capacidad de deteriorar sustancialmente la salud de la persona y, en algunos casos, a niveles fatales si éstas no son atendidas adecuadamente por profesionales expertos competentes de la

salud. Por otra parte, los tratamientos para atender estas enfermedades son sumamente costosos.

Es por ello que, mediante esta Ley se enmienda la Ley 73-1993, supra, para específicamente disponer que aquellos beneficiarios del PSG que padezcan de una enfermedad de alto costo, no necesitarán de referidos. De igual forma, se enmienda la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para también eliminar el requisito de presentar un referido en los casos en que los beneficiarios padezcan enfermedades de alto costo. Este es un gran paso para uniformar los requisitos que las aseguradoras imponen a sus beneficiarios, mientras que eliminamos una barrera para recibir tratamiento.

Es menester de esta Asamblea Legislativa atender las necesidades de nuestro pueblo, específicamente, en áreas esenciales como la salud, la seguridad y la educación. Por tanto, reconociendo las necesidades de sobre 210,000 personas que actualmente no cuentan con un seguro de salud en Puerto Rico, esta Ley ordena a la ASES a realizar un estudio actuarial a los fines de enmendar su Plan Estatal de Medicaid, para así ampliar el nivel de pobreza criollo, o en su defecto, que se utilice el nivel de pobreza federal. De esta manera, se amplía el alcance del Programa de Medicaid en Puerto Rico, cualificando un mayor grupo de ciudadanos para el Plan de Salud del Gobierno. Medidas como estas, conllevan a una mejor calidad de vida para nuestro pueblo.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Sección 1.-Se enmienda la Sección 6 del Artículo 6 de la Ley 72-1993, según
2 enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de
3 Puerto Rico”, para que lea como sigue:

4 “Artículo VI.-PLAN DE SEGUROS DE SALUD

5 Sección 1.- ...

6 ...

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 Los médicos primarios tendrán la responsabilidad del manejo ambulatorio del
7 beneficiario bajo su cuidado, proveyéndole continuidad en el servicio. Asimismo,
8 éstos serán los únicos autorizados a referir al beneficiario a los médicos de apoyo y
9 proveedores primarios. *Disponiéndose, que aquellos beneficiarios que padezcan de alguna*
10 *enfermedad crónica o de alto costo, según definidas por el Departamento de Salud y*
11 *dispuestas en esta Sección, no necesitarán referidos del médico primario para tratar su*
12 *enfermedad.*

13 *Se considerará como enfermedad crónica aquella que usualmente se desarrolla*
14 *lentamente, tiende a tener una larga duración y la severidad de la misma progresa con el*
15 *tiempo. Puede ser controlada, pero raramente se cura. Por su parte, se entenderá como*
16 *enfermedad de alto costo aquella con un impacto similar a la enfermedad crónica, pero con la*
17 *diferencia de que ésta no progresa necesariamente si es tratada y controlada a tiempo.*

18 Sección 7.- ...

19 ..."

20 Sección 2.- Se añade un nuevo acápite (I) y se renumerar los demás acápites
21 del Artículo 2.050 de la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como "Código de
22 Seguros de Salud de Puerto Rico", para que lea como sigue:

1 “Artículo 2.050.- Conformidad con Leyes Federales

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

5 A. ...

6 ...

7 I. *Ningún plan médico individual o grupal podrá requerir que exista un referido para*
8 *aquellos beneficiarios que padezcan de enfermedades crónicas o de alto costo, según definidos*
9 *dichos términos por el Departamento de Salud y en este Artículo. Para fines de ese inciso, se*
10 *considerará como enfermedad crónica aquella que usualmente se desarrolla lentamente, tiende*
11 *a tener una larga duración y la severidad de la misma progresa con el tiempo. Puede ser*
12 *controlada, pero raramente se cura. Por su parte, se entenderá como enfermedad de alto costo*
13 *aquella con un impacto similar a la enfermedad crónica, pero con la diferencia de que ésta no*
14 *progresa necesariamente si es tratada y controlada a tiempo.*

15 **[I]** J. ...

16 **[J]** K. ...

17 **[K]** L. ...

18 **[L]** M. ...

19 **[M]** N. ...”

20 Sección 3.- El Departamento de Salud promulgará, dentro de los treinta (30)
21 días siguientes a la aprobación de esta Ley, la carta normativa que establecerá el

1 alcance del término “enfermedad de alto costo” y “enfermedad crónica”, de
2 conformidad con esta Ley.

3 Sección 4.- Se ordena a la Administración de Seguros de Salud a realizar un
4 estudio actuarial en un término de noventa (90) días contados a partir de la
5 aprobación de esta Ley, con el fin de evaluar enmendar el Plan Estatal de Medicaid,
6 y cubrir una cantidad mayor de ciudadanos. Dicho análisis deberá calcular los costos
7 y deseabilidad de ampliar las cubiertas a aquellos ciudadanos que no cualifican para
8 el Plan de Salud del Gobierno, y a su vez, no tienen ingresos suficientes para costear
9 un plan médico privado.

10 Sección 5.- La Administración de Seguros de Salud tendrá que someter el
11 informe actuarial y sus recomendaciones sobre la ampliación del Plan de Salud del
12 Gobierno ante la Secretaría de ambos Cuerpos Legislativos en un término que no
13 exceda los quince (15) días, contados a partir del término de noventa (90) días
14 dispuesto para realizar el estudio actuarial.

15 Sección 6.-Vigencia

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