

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

19^{na.} Asamblea
Legislativa

6^{ta.} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 1382

19 de octubre de 2023

Presentado por la señora *Rivera Lassén*

Referido a la Comisión de Salud

LEY

Para enmendar la Sección 6 del Artículos VI de la Ley 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, mejor conocida como la “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)”, añadir un nuevo inciso 3 Artículo 2.050 (A) del Capítulo 2, enmendar el Artículo 2.050 (D)(1) del Capítulo 2 y el Artículo 8.120 del Capítulo 8 de la Ley 194-2011, según enmendada, mejor conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico” a los fines imponer ciertos requisitos a las cubiertas de laboratorios de las aseguradoras o planes médicos que operan en Puerto Rico y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1946). El Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas, 1948) dispone:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez,

viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La comunidad internacional incluso utiliza la salud poblacional como uno de los componentes básicos utilizados globalmente para evaluar el nivel de desarrollo humano y el progreso alcanzado por cada país en crear un entorno adecuado para el crecimiento económico y el mejoramiento de las condiciones de vida de sus habitantes.

Por su parte, el ordenamiento jurídico puertorriqueño reconoce la estrecha vinculación del derecho a la salud con el derecho a la vida consagrado en la Sección 7 del Artículo II de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Artículo 2(a), Ley Núm. 150 de 19 de agosto de 1996, según enmendada, mejor conocida como la “Ley del Derecho a la Salud en Puerto Rico”. Nuestra política pública reconoce además que la atención médica y la asistencia económica para los y las pacientes son asuntos de interés público de alta prioridad. También cataloga a los servicios de salud como:

[...]un servicio esencial, sujeto a la protección presupuestaria contra recortes y ajustes que afecten la prestación de servicios y que tendrá la más alta prioridad dentro de la confección del Presupuesto Operacional Gubernamental de las agendas e instrumentalidades y en la evaluación presupuestaria de planes fiscales sometidos por parte del Gobierno. Ley 101-2022, Artículo 2.

Por su parte, el Artículo 2(b) la Ley Núm. 235 de 22 de diciembre de 2015, mejor conocida como la “Ley del Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico” dispone que el modelo organizacional del sistema de salud puertorriqueño debe mirar la salud como un derecho fundamental y no un bien de consumo, cubriendo en la mayor amplitud posible, el acceso de los servicios y las necesidades de salud de todas las personas que habitan en Puerto Rico de una manera integral, igualitaria, justa y libre de todo discrimen.

Desde hace años, las personas en Puerto Rico han venido denunciando como las aseguradoras y planes médicos pretenden sustituir el criterio médico del proveedor o la proveedora que evaluó directamente a él o la paciente por el control de costos. La situación ha llegado a tal punto en que las aseguradoras o planes médicos prácticamente ejercen un control total sobre el tratamiento y la frecuencia de seguimiento a pacientes, restringiendo la cubierta de pruebas de laboratorios a ciertos diagnósticos y a cierta frecuencia. Para pacientes que necesitan un monitoreo constante debido a sus condiciones o a los medicamentos que debe tomar para las mismas, estas acciones de las aseguradoras o seguros médicos ponen en peligro su salud y su vida. Los proveedores de salud son quienes tienen el criterio médico necesario para determinar qué constituye la necesidad médica de un o una paciente y los laboratorios de monitoreo que son necesarios para su tratamiento. Permitir que estas determinaciones estén en manos de las aseguradoras o planes médicos traiciona los ideales de política pública proscritos en nuestro ordenamiento para nuestro sistema de salud.

La presente legislación busca incorporar requisitos adicionales a las cubiertas de laboratorios que deben proveer las aseguradoras o seguros de salud que operan en Puerto Rico. Con la misma, esta Asamblea Legislativa continúa protegiendo a la ciudadanía, garantizando que sea el criterio médico de su proveedor o proveedora de salud quien determine las pruebas de laboratorios que debe realizarse y la frecuencia con la que debe repetirse las mismas.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

- 1 Sección 1.-Se enmienda la Sección 6 del Artículo VI de la Ley 72-1993, según
- 2 enmendada mejor conocida como la “Ley de la Administración de Seguros de Salud de
- 3 Puerto Rico (ASES)”, para que se lea como sigue:
- 4 “Sección 6. — Cubierta y Beneficios Mínimos.

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

4 Cubierta A. La Administración establecerá una cubierta de beneficios a ser
5 brindados por los aseguradores contratados o proveedores participantes. La
6 cubierta comprenderá, entre otros beneficios, los siguientes: servicios
7 ambulatorios, hospitalizaciones, salud dental, salud mental, vacunaciones y
8 tratamientos para el virus del Papiloma Humano, estudios, pruebas y equipos
9 para beneficiarios que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con
10 vida, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de
11 servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o
12 especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los
13 suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y
14 ocupacional necesaria para el desarrollo motor de éstos pacientes, laboratorios,
15 rayos X, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales
16 deberán ser despachados en una farmacia participante, libremente seleccionada
17 por el asegurado, y autorizada bajo las leyes de Puerto Rico. La cubierta
18 dispondrá para que cada beneficiario tenga a su alcance **[anualmente]** los
19 exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad, sexo y
20 condición física, *en la frecuencia que determine el criterio médico de su proveedor o*
21 *proveedora de salud.* Disponiéndose, que la lista de medicamentos para los
22 pacientes de VIH/SIDA deberán revisarse anualmente a los fines de en caso de
23 que la Administración lo estime pertinente, incluir aquellos nuevos
24 medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de la condición que serán
25 dispensados y ofrecidos en conformidad con las mejores prácticas médicas,
26 siempre y cuando no se afecte el State Plan suscrito por el Departamento de
27 Salud y el Health Resources and Services Administration. Para los efectos de los
28 servicios establecido en esta cubierta para los beneficiarios que requieran el uso

1 de un ventilador para mantenerse con vida, se entenderá como beneficiario a
2 aquellas personas que utilizan tecnología médica, así como niños con
3 traqueotomía para respirar, y cuyo funcionamiento depende de un equipo
4 médico, entiéndase respirador o de oxígeno suplementario por lo que va a
5 requerir cuidado diario especializado de enfermeras diestras con conocimiento
6 en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos
7 en enfermería para evitar la muerte o un grado mayor de imposibilidad; y de
8 aquellos que hayan comenzado tratamiento siendo menores y cumplan veintiún
9 (21) años y que recibieron o reciben servicios de asistencia clínica en el hogar
10 continúen recibiendo dichos servicios después de haber cumplido veintiún (21)
11 años de edad, según lo establecido en esta Sección. La Administración revisará
12 esta cubierta periódicamente.

13 ...”

14 Sección 2.- Se añade un nuevo inciso 3 al Artículo 2.050 (A) del Capítulo 2 de la
15 Ley 194-2011, según enmendada, mejor conocida como el “Código de Seguros de Salud
16 de Puerto Rico”, que se lea como sigue:

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

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

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

1 (2) Límites anuales irrazonables en los beneficios esenciales
2 cubiertos, a tenor con la Ley Pública 111-148, conocida como
3 “Patient Protection and Affordable Care Act”, la Ley Pública 111-
4 152, conocida como “Health Care and Education Reconciliation
5 Act” y los reglamentos promulgados al amparo de éstas.

6 (3) *Sustituir su criterio por el criterio médico del proveedor o*
7 *proveedora de salud en la determinación de los laboratorios de seguimiento*
8 *que requiere una condición o diagnóstico, así como la frecuencia en la que*
9 *se deben realizar los mismos.*

10 Sección 3.- Se enmienda el Artículo 2.050 (D)(1) del Capítulo 2 de la Ley 194-2011,
11 según enmendada, mejor conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto
12 Rico”, que se lea como sigue:

13 “D. Todo asegurador u organización de seguros de salud que provea
14 planes médicos individuales o grupales, con excepción de los planes médicos
15 “grandfathered” y de planes médicos de grupos grandes de empleados o grupos
16 grandes de una asociación bona fide, deberá asegurarse que todas sus cubiertas
17 incluyan el Conjunto de Beneficios de Salud Esenciales o “Essential health
18 benefits package” requerido a tenor con la Sección 1302(a) del “Patient Protection
19 and Affordable Care Act” y este inciso. El Conjunto de Beneficios de Salud
20 Esenciales constituye un plan médico que incluya:

21 (1) Los siguientes beneficios

22 a) Servicios ambulatorios, médico-quirúrgicos

23 b) Servicios de emergencia

24 c) Hospitalización

25 d) Servicios de maternidad y cuidado de recién nacidos

26 e) Servicios de salud mental y de desórdenes por el uso de sustancias
27 controladas

1 f) Servicios de laboratorios, rayos x y pruebas diagnósticas *en la frecuencia*
2 *que determine el criterio médico del proveedor o proveedora de salud.*

3 g) Servicios pediátricos, incluyendo la vacuna contra el virus sincitial
4 respiratorio y la vacuna contra el cáncer cervical, servicios de salud de
5 visión y dental

6 h) Cubierta de medicamentos

7 i) Servicios de habilitación y rehabilitación

8 j) Servicios preventivos y de bienestar, así como de manejo de
9 enfermedades crónicas

10 k) Cualquier otro servicio o beneficio mandatorio que se requiera por ley o
11 reglamento, estatal o federal.

12 Sección 4.- Se enmienda el Artículo 8.120 (A) del Capítulo de la Ley 194-2011,
13 según enmendada, mejor conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto
14 Rico” para que lea como sigue:

15 “Artículo 8.120. – Plan Médico Básico.

16 A. El Comisionado autorizará la forma y el nivel de cubierta que el
17 asegurador de planes médicos de grupos pequeños de patronos de
18 PYMES o de asociaciones bona fides, debe proveer conforme a este
19 Capítulo y a las disposiciones del Artículo 2.050 de esta Ley. No
20 obstante, en los planes médicos ofrecidos a grupos grandes de
21 asociaciones bona fides, la asociación bona fide podrá seleccionar las
22 cubiertas y beneficios de servicios de cuidado de salud que mejor
23 entiendan se ajusten a las necesidades de sus miembros, sin estar sujeto
24 al Conjunto de Beneficios Esenciales de Cubierta (“essential health
25 benefits package”) del Artículo 2.050 de esta Ley. Todo asegurador u
26 organización de seguros de salud que suscriba planes médicos para
27 grupos grandes de asociaciones bona fides deberá ofrecer activamente
28 en el mercado de grupos grandes de asociaciones bona fide dos (2) o

1 más tipos de cubiertas, en donde, por lo menos, una (1) de las
2 cubiertas a ofrecer deberá incluir las siguientes categorías de servicios:
3 (a) servicios ambulatorios, médico -quirúrgicos; (b) servicios de
4 emergencia; (c) hospitalización; (d) servicios de maternidad y cuidado
5 de recién nacidos; (e) servicios de salud mental y de desórdenes por el
6 uso de sustancias controladas; (f) servicios de laboratorios, rayos X y
7 pruebas diagnósticas *en la frecuencia que determine el criterio médico del*
8 *proveedor o proveedora de salud*; (g) servicios pediátricos, incluyendo la
9 vacuna contra el virus sincitial respiratorio y la vacuna contra el cáncer
10 cervical, servicios de visión y dental; (h) cubierta de medicamentos; (i)
11 servicios de habilitación y rehabilitación y (j) servicios preventivos y
12 de bienestar, así como de manejo de enfermedades crónicas. El
13 asegurador deberá presentar para previa aprobación del Comisionado
14 el formulario de dichas cubiertas de plan médico. El asegurador de
15 grupos grandes de asociaciones bona fides podrá comenzar a usar el
16 formulario del plan médico sesenta (60) días luego de presentar el
17 mismo, salvo que no haya sido desaprobado por el Comisionado. Las
18 asociaciones bona fides de grupos grandes deberán mantener entre las
19 ofertas de cubiertas de planes médicos ofrecidas a sus miembros, al
20 menos, una cubierta que incluya las diez (10) categorías de servicios
21 indicadas en este inciso. Cada miembro de la asociación bona fide de
22 grupo grande podrá seleccionar, entre las ofertas de cubiertas de
23 planes médicos ofrecidas por la asociación bona fide, aquella cubierta
24 de servicios de cuidado de salud que mejor entienda se ajuste a sus
25 necesidades de salud.

26 Sección 5.- Excepción Sobre Negociación Colectiva.

27 A. En general. — En el caso de un plan de salud grupal mantenido de conformidad
28 con 1 o más convenios colectivos entre representantes de las personas empleadas y 1 o

1 más patronos ratificados antes de la fecha de promulgación de esta Ley, las enmiendas
2 hechas a la cubierta no se aplicarán a los años del plan que comiencen antes de o más
3 tarde de:

4 (1) la fecha en la que el finaliza el último convenio colectivo de trabajo
5 relacionado con el plan de salud (determinado sin considerar cualquier
6 extensión del mismo que sea acordada después de la fecha de promulgación
7 de esta ley), o

8 (2) 6 meses después de la fecha de promulgación de esta Ley.

9 B. Aclaración. — Para los propósitos de esta Ley, cualquier enmienda a la cubierta
10 de un plan de salud hecha de conformidad con un acuerdo de negociación colectiva
11 únicamente para cumplir con cualquier requisito de esta Ley no se tratará como una
12 terminación de dicho convenio colectivo.

13 Sección 6. - Vigencia.

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