

ORIGINAL

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

20^{ma.} Asamblea
Legislativa

1^{ra.} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 208

8 de enero de 2025

Presentado por la señora *Álvarez Conde*

Referido a

LEY

Para crear la "Ley de Cubiertas de Seguros Médicos para Tratamientos de Infertilidad y Preservación de Fertilidad", enmendar los Artículos III y 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 Capítulo 55 a la Ley 194-2011, según enmendada, mejor conocida como el "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico" y aclarar la Sección 6 de la Ley Núm. 95 de 29 de junio de 1963, según enmendada, mejor conocida como la "Ley de Beneficios de Salud para Empleados Públicos" a los fines de requerir cubiertas para los tratamientos de infertilidad así como preservación de fertilidad y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva ha definido el término "infertilidad" como la imposibilidad de generar un embarazo clínico luego de intentarlo activamente por, al menos, un periodo de doce meses.¹ Dicha Sociedad, al igual que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones profesionales, han catalogado la infertilidad como una enfermedad.² Para el año 2016, el Centro para el

¹ Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2013;99:63.

² Id.; Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S; International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology; World Health

RECIBIDO EN ENE 8 PM 3:39:09

TRAMITES Y RECORDS SENADO

Control y Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud de los Estados Unidos, ya había reconocido distintas clasificaciones de infertilidad, entre las que se encuentran: la infertilidad resuelta (embarazos que se producen después del año de intentar concebir sin intervención médica), infertilidad primaria (cuando una persona siempre se le ha hecho imposible quedar embarazada) o infertilidad secundaria (imposibilidad de concebir después de haber llevado un embarazo a término sin el uso de tratamientos para la infertilidad).³ La salud ginecológica, urológica o gestacional puede verse afectada por exposiciones ambientales, químicas o en el lugar de trabajo que, no solo pueden provocar infertilidad sino que pueden aumentar las posibilidades de desarrollar enfermedades en la adultez tales como cáncer de ovario, de testículo o de próstata, síndrome metabólico o síndrome de ovario poliquístico.⁴

Algunas de las causas, conocidas y potenciales, de la infertilidad, que se conocen hasta el momento son:

- El envejecimiento reproductivo y su asociación con el agotamiento precoz de la reserva ovárica y los efectos de la edad en la calidad del esperma y la función reproductiva.
- Los períodos de desarrollo importantes, es decir, los factores que afectan la fertilidad durante ciertos períodos del desarrollo (por ejemplo, antes de la concepción, in útero, en la pubertad, intergeneracional)
- Las enfermedades infecciosas, como la clamidia, gonorrea, micoplasmas, tricomoniasis, vaginosis bacteriana, tuberculosis del tracto reproductivo,

Organization. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertil Steril*. 2009;92:1520-1524.

³ Plan de acción nacional de salud pública para la detección, prevención y el tratamiento de la infertilidad, Enero 2016, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention

⁴ Skakkebaek NE, Rajpert-De Meyts E, Main KM. Testicular dysgenesis syndrome: an increasingly common developmental disorder with environmental aspects. *Hum Reprod*. 2001;16:972-978; Walsh TJ, Schembri M, Turek PJ, Chan JM, Carroll PR, Smith JF, Eisenberg ML, Van Den Eeden SK, Croughan MS. Increased risk of high-grade prostate cancer among infertile men. *Cancer*. 2010;116:2140-2147

organismos microbianos asociados a las infecciones de las vías reproductivas, epididimoorquitis, prostatitis y paperas.

- Las afecciones y enfermedades crónicas, incluidas las enfermedades endocrinas y metabólicas, como la insuficiencia ovárica primaria, síndrome de ovario poliquístico, amenorrea hipotalámica, defectos del ciclo menstrual, endometriosis, leiomioma uterino, trastornos de la tiroides, síndrome metabólico, diabetes, trastornos autoinmunitarios, aneuploidía meiótica, fibrosis quística, varicocele, trastornos testiculares, esclerosis múltiple, la salud urológica general y los trastornos por mediación inmunitaria.
- Los factores del comportamiento, como la alimentación, ejercicio, sueño, estrés psicológico y fisiológico, consumo de cafeína, consumo de tabaco y alcohol, aumento o pérdida de peso, trastornos de alimentarios, consumo de drogas recetadas o ilícitas y uso ilícito de esteroides anabólicos y hormonas del crecimiento.
- Las causas iatrogénicas, como la quimioterapia o los medicamentos asociados al cáncer testicular o de ovario y el tratamiento antirretroviral (TARV) para el VIH/SIDA.
- Los peligros ambientales y ocupacionales, como la radiación, movimientos repetitivos o postura, lesiones (por ejemplo, trauma del tracto urinario o reproductivo, como el que se experimenta durante el servicio militar) o sustancias químicas naturales o artificiales y compuestos con actividades hormonales (por ejemplo, disruptores endocrinos).
- Las influencias genéticas, como las anomalías del cariotipo masculino, microdeleciones del cromosoma Y, o anomalías del gen del receptor androgénico.⁵

⁵ *Id.*

A pesar de que la sociedad le da casi énfasis exclusivo a la infertilidad femenina, es igual de probable que un hombre tenga problemas de infertilidad que una mujer. A nivel internacional, las estadísticas de infertilidad masculina son casi inexistentes por lo que los expertos tienden a extrapolar los datos existentes en países con mejores estadísticas⁶. Esencialmente, los datos se calculan a partir de estimados basados en la literatura, donde se indica que el 50% de los casos de infertilidad se deben a la mujer solamente, el 20-30% se deben al hombre solamente y el restante de los casos se deben a una combinación de ambos.⁷ Por esta razón, el acceso a una cubierta para tratamientos de infertilidad no debe entrar en consideraciones de género.

A nivel internacional, predominan las estadísticas sobre infertilidad en las mujeres blancas (“Caucasian”) en Estados Unidos y en Europa. Los datos sobre infertilidad en mujeres negras o hispanas son escasos en comparación. Según un estudio publicado en el año 2013, en Estados Unidos, las mujeres en general tienen una fecundidad alterada de 10-12%, pero las mujeres negras tienen 1.8 veces más probabilidad de sufrir de infertilidad.⁸ El estigma que acompaña la infertilidad femenina en regiones como América Latina y África, dificultan la recopilación de estadísticas y aun en los casos donde se busca ayuda de profesionales de la salud, no necesariamente se cuentan con buenos sistemas para contabilizar y cuantificar esta data.⁹

En general, se estima que el 52% de los casos de infertilidad en América Latina se deben al hombre. Para el 2012, en América Latina y el Caribe, la infertilidad femenina primaria representa entre 1.2-1.8% y la infertilidad femenina secundaria el 7.5% de la

⁶ Agarwal, Ashok, Aditi Mulgund, Alaa Hamada, and Michelle Renee Chyatte. 2015. “A Unique View on Male Infertility around the Globe.” *Reproductive Biology and Endocrinology* 13(1): 1-9.

⁷ Sharlip, Ira D. et al. 2002. “Best Practice Policies for Male Infertility.” *Fertility and Sterility* 77(5): 873-82.

⁸ Chandra, Anjani, Casey E. Copen, and Elizabeth Hervey Stephen. 2013. “Infertility and Impaired Fecundity in the United States, 1982-2010: Data from the National Survey of Family Growth.” *National Health Statistics Reports* (67): 1-18.

⁹ Patel, M. 2016. “The Socioeconomic Impact of Infertility on Women in Developing Countries.” *Facts, Views & Vision in ObGyn* 8(1): 59-61.

población de mujeres que desean concebir.¹⁰ Para ese mismo año, en la población de mujeres en general, la tasa de infertilidad primaria está cercana al 1.0% y la tasa infertilidad secundaria, está entre 2.5-3.0%.¹¹ Es importante destacar que en el caso de los países del Caribe la incidencia de infertilidad de ambos tipos es mayor en comparación al resto de las Américas incluyendo a América Latina en general.¹²

La Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA) es la organización encargada de proveer guías y recomendaciones en cuanto a esta práctica para la región, sobre todo donde no existe legislación específica sobre el tema, ha urgido a los países a legislar sobre la materia¹³. En el caso de los países en América Latina, cualquier plan relacionado a salud sexual y reproductiva tiene que venir acompañado con educación sexual adecuada ya que las enfermedades e infecciones de transmisión sexual son las causas principales para la infertilidad en estos países.¹⁴ En Argentina¹⁵ y Uruguay¹⁶ tienen leyes específicas sobre los tratamientos de infertilidad, mientras que en Colombia¹⁷ y Perú¹⁸ hay leyes que incluyen alguna disposición relativa al tema.

Los servicios y los tratamientos para la infertilidad abarcan desde asesoramiento y orientación hasta medicamentos y cirugía. Resulta importante destacar que existen un sin número de opciones naturales para intentar concebir que pueden ser exploradas bajo las personas en consulta con profesionales de la medicina natural. Pero, nuevamente, dichos tratamientos suelen ser costosos. Según las estadísticas recopiladas

¹⁰ Mascarenhas, Maya N. et al. 2012. "National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys." *PLoS Medicine* 9(12): 1-12.

¹¹ Id.

¹² Id.

¹³ López, Alma et al. 2021. "The Need for Regulation in the Practice of Human Assisted Reproduction in Mexico. An Overview of the Regulations in the Rest of the World." *Reproductive Health* 18(1): 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01293-7>.

¹⁴ Chambers, Georgina M., G. David Adamson, and Marinus J.C. Eijkemans. 2013. "Acceptable Cost for the Patient and Society." *Fertility and Sterility* 100(2): 319-27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.06.017>.

¹⁵ [Texto completo | Argentina.gob.ar](#)

¹⁶ Ley N° 19167 (impo.com.uy)

¹⁷ Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad [LEY_1953_2019] (secretariasenado.gov.co)

¹⁸ Ley General de Salud (Ley 26842) [actualizada 2022] | LP (lpderecho.pe)

por el el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud de los Estados Unidos para el año 2016, los servicios médicos más comunes que reciben las personas en edad reproductiva con problemas actuales de infertilidad son los más económicos y de menor complejidad, como el asesoramiento (29%), la realización de exámenes (27%) y medicamentos para inducir la ovulación (20%). Otros servicios que se reciben con menor frecuencia incluyen la inseminación intrauterina (IIU) (7%), la cirugía o el tratamiento de trompas obstruidas (3%) y la tecnología de reproducción asistida (TRA) (3%).¹⁹

Según la National Survey of Family Growth de 2006–2010 del Centro Nacional para Estadísticas de Salud de los Estados Unidos, el 12% de las mujeres entre 15 y 44 años en los Estados Unidos o sus cónyuges o parejas, utilizaron alguna vez uno o más servicios para la infertilidad.²⁰ Este porcentaje posiblemente subestima la carga real de la infertilidad debido a que excluye a las personas que aún no han procurado los servicios o que no puede procurarlos por falta de capacidad económica. Si bien la mayoría de los servicios para la infertilidad no involucran la tecnología de reproducción asistida (TRA),²¹ su uso ha ido en aumento. La cantidad de ciclos de TRA (que son principalmente ciclos de fertilización in vitro [FIV]) realizados en los Estados Unidos aumentó de 99,629 en el 2000 a 163,039 en el 2011, y los procedimientos de TRA se utilizaron para más del 1% del total de los nacimientos en los Estados Unidos en el 2011.²² Sin embargo, los referidos tratamientos son sumamente costosos por lo que existen disparidades en cuanto al acceso y utilización a estos servicios. El costo

¹⁹ *Id.*

²⁰ Chandra A, Copen CE, Stephen EH. Infertility Service Use in the United States: Data from the National Survey of Family Growth, 1982-2010. National Health Statistics Reports; no 73. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2014

²¹ Schieve LA, Devine O, Boyle CA, Petrini JR, Warner L. Estimation of the contribution of non-assisted reproductive technology ovulation stimulation fertility treatments to US singleton and multiple births. *Am J Epidemiol.* 2009;170:1396-1407

²²Centers for Disease Control and Prevention, American Society for Reproductive Medicine, Society for Assisted Reproductive Technology. 2011 Assisted Reproductive Technology National Summary Report. Atlanta, GA:

Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services; 2013.

MAC

promedio de un solo ciclo de FIV en los Estados Unidos para el año 2010 se ha estimado en más de \$12,000.²³

Además, el 13 de agosto de 2019, el Comité Multisectorial creado a la luz de la Ley 199-2010, según enmendada, crea la “Ley de Reto Demográfico”, emitió su último “Informe de Progreso Preliminar” en el cual se reportó que, entre 2010-2018, Puerto Rico experimentó una reducción poblacional de 530,636 personas, debido, principalmente a la emigración, las altas tasas de muertes y las bajas tasas de natalidad. La infertilidad es un gran factor contribuyente a la reducción continua de las tasas de natalidad y al crecimiento natural negativo de la población en el país. Resulta contradictorio crear alarma ante el problema de baja natalidad que experimentamos en Puerto Rico mientras el acceso a alternativas disponibles para una persona que necesita o desea concebir mediante procedimientos de reproducción asistida así como el número de veces que la misma persona puede intentar concebir a través de los mismos, dependen directamente de su capacidad económica. Por lo tanto, resulta innegable que facilitar el acceso a los tratamientos de la infertilidad tiene consecuencias para la salud pública que van más allá de la mera posibilidad de llevar un embarazo a término.

Varios estudios realizados entre el 2005 y el 2011, han revelado que existen disparidades económicas, regionales y raciales o étnicas en el acceso y en el uso de los servicios para la infertilidad.²⁴ Incluso, en los estados con un acceso más equitativo a la atención médica debido a las exigencias en materia de seguros, se han encontrado diferencias raciales o étnicas en el índice de resultados adversos para la salud tras el uso

²³ . Macaluso M, Wright-Schnapp TJ, Chandra A, Johnson R, Satterwhite CL, Pulver A, Berman SM, Wang RY, Farr SL, Pollack LA. A public health focus on infertility prevention, detection, and management. *Fertil Steril.* 2010;93:16.E1-E10.

²⁴ Feinberg EC, Larsen FW, Catherino WH, Zhang J, Armstrong AY. Comparison of assisted reproductive technology utilization and outcomes between Caucasian and African American patients in an equal-access-to-care setting. *Fertil Steril.* 2006;85:888-894; Bitler M, Schmidt L. Health disparities and infertility: impacts of state-level insurance mandates. *Fertil Steril.* 2006;85:858-865; Martin JR, Bromer JG, Sakkas D, Patrizio P. Insurance coverage and in vitro fertilization outcomes: a US perspective. *Fertil Steril.* 2011;95:964-969; Jain T, Hornstein MD. Disparities in access to infertility services in a state with mandated insurance coverage. *Fertil Steril.* 2005;84:221-223.

AAC

de tratamientos para la infertilidad.²⁵ Para el 2020, una investigación concluyó que en países con sistemas de salud universal o donde se cubren al menos parcialmente los procedimientos médicos relacionados a los TRAs sus usos aumentan considerablemente.²⁶

Cabe destacar que durante Decimonovena Asamblea Legislativa, esta pieza legislativa fue presentada por la Hon. Ana Irma Rivera Lassén y el Hon. Rafael Bernabe Riefkohl, y contó con la coautoría de múltiples senadores. La medida fue aprobada por el Senado de Puerto Rico, pero su trámite quedó pendiente en la Cámara de Representantes. Promovemos inequívocamente iniciativas como esta en favor de quienes desean hacer de Puerto Rico el lugar donde cumplir sus sueños de tener una familia.

En la actualidad, existen jurisdicciones de Estados Unidos en donde se pusieron en vigor leyes para requerir a las aseguradoras cubrir u ofrecer algún nivel de cobertura para el tratamiento de la infertilidad.²⁷ La cobertura del seguro puede aumentar el uso de transferencia electiva de embrión único en los procedimientos con TRA, con una consecuente mejora en los resultados de nacimientos producto de tales procedimientos.²⁸ Resulta imperativo que esta Asamblea Legislativa actúe para reducir las disparidades económicas y raciales en el acceso a servicios de detección, diagnóstico y tratamiento efectivo para las causas conocidas de la infertilidad.

²⁵ Feinberg EC, Larsen FW, Catherino WH, Zhang J, Armstrong AY. Comparison of assisted reproductive technology utilization and outcomes between Caucasian and African American patients in an equal-access-to-care setting., *Supra*.

²⁶ Zegers-Hochschild, Fernando et al. 2020. "Assisted Reproductive Techniques in Latin America: The Latin American Registry, 2017." *Jornal Brasileiro de Reproducao Assistida* 24(3): 362-78.

²⁷ Martin JR, Bromer JG, Sakkas D, Patrizio P. Insurance coverage and in vitro fertilization outcomes: a US perspective. *Fertil Steril*. 2011;95:964-969.

²⁸ *Id.*

AAC

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.- Esta Ley se denominará “Ley de Cubiertas de Seguros Médicos para Tratamientos de Infertilidad y Preservación de Fertilidad”,

1 Artículo 2.- Política Pública

2 Será la política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico que toda
3 persona tenga derecho a recurrir al tratamiento de su infertilidad, así como a procrear
4 mediante el uso de técnicas de reproducción asistida.

5 Artículo 3.- Se enmienda la Sección 1 el Artículo III de la Ley la Ley 72 de 7 de
6 septiembre de 1993, según enmendada conocida como “Ley de la Administración de
7 Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)”, para que se lea como sigue:

8 “Sección 1.-Término y Frases

9 Para fines de este capítulo, los siguientes términos y frases tendrán el
10 significado que se expone a continuación:

11 (a) Administración. — Administración de Seguros de Salud de Puerto
12 Rico.

13 [...]

14 (s) *Infertilidad.* - una enfermedad, caracterizada por la imposibilidad de establecer
15 un embarazo clínico,

16 (i) *después de 12 meses de relaciones sexuales regulares y sin protección; o*

17 (ii) *debido a la imposibilidad de una persona para la reproducción, ya sea*
18 *por sí sola o con su pareja o su pareja, lo que puede determinarse después*

19 *de un período de, al menos 12 meses, de relaciones sexuales regulares y no*

1 *protegidas, o basado médicamente en antecedentes físicos, sexuales y*
2 *reproductivos, edad, hallazgos físicos o pruebas de diagnóstico*

3 (t) *Infertilidad iatrogénica. - deterioro de la fertilidad debido a cirugía, radiación,*
4 *quimioterapia u otro tratamiento médico necesario*

5 [(s)] (u) Junta de Directores. — Junta de Directores de la Administración
6 de Seguros de Salud de Puerto Rico.

7 [(t)] (v) Ley. — Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto
8 Rico.

9 [(u)] (w) Médico de apoyo. — Profesional proveedor participante que
10 provee servicios complementarios y de apoyo a los médicos primarios.
11 Para obtener beneficios de éstos, el beneficiario deberá ser referido por el
12 médico primario. Se considerarán médicos de apoyo, los siguientes:
13 cardiólogos, endocrinólogos, neurólogos, psiquiatras, oftalmólogos,
14 radiólogos nefrólogos, fisiatras, ortopedas, cirujano general y demás
15 médicos no comprendidos en la definición de médico primario.

16 [(v)] (x) Médico primario. — Profesional proveedor participante que
17 evalúa y da tratamiento inicialmente a los beneficiarios. Es responsable de
18 determinar los servicios que precisa el beneficiario, proveer continuidad
19 referir a los beneficiarios a servicios especializados. Se consideran médicos
20 primarios (Primary Physicians) los siguientes: médicos generalistas,
21 médicos internistas, médicos de familia, pediatras, ginecólogos y
22 obstetras.

1 [(w)] (y) Organizaciones de servicios de salud. — Son grupos médico
2 primarios, grupos médico de apoyo, y grupos de proveedores primarios
3 que cumplan los requerimientos de contratación establecidos por la
4 Administración para ofrecer servicios de salud a través del modelo de
5 cuidado de coordinado. Se incluye bajo esta definición a las
6 organizaciones de servicios de salud, según definidas en las secs. 1901 et
7 seq. del Título 26, conocidas como “Ley de Organizaciones de Servicios de
8 Salud”, incorporada en el Código de Seguros de Puerto Rico.

9 [(x)] (z) Pago per cápita (capitation). — Aquella parte de la prima pagada
10 al asegurador que se transfiere al proveedor participante en pago de los
11 beneficios provistos bajo las cubiertas de beneficios de salud a los
12 beneficiarios que representa la Administración o aquel pago fijo efectuado
13 por la Administración al proveedor participante por cada beneficiario.

14 [(y)] (aa) Plan de cuidado de salud. — Cualquier convenio mediante el cual
15 una persona se compromete a proveer a un suscriptor o grupo de
16 suscriptores, determinados servicios de cuidado de salud, bien sea
17 directamente o a través de un proveedor, o a pagar la totalidad o una
18 parte del costo de tales servicios, en consideración al pago de una
19 cantidad prefijada en dicho convenio, que se entiende devengada,
20 independientemente de si el suscriptor utiliza o no los servicios de
21 cuidado de salud provistos por el plan. No obstante, lo anterior, dicho
22 plan deberá proveer principalmente para la prestación de servicios de

1 cuidado de salud, a distinción de la mera indemnización por el costo de
2 tales servicios.

3 **[(z)]** *(bb)* **[Reautorización]** *Preautorización.* — Permiso escrito del
4 asegurador al beneficiario concediendo la autorización para obtener un
5 beneficio. El beneficiario será responsable de obtener dicha
6 preautorización del asegurador para obtener los beneficios que requiere la
7 misma. El no obtener la preautorización cuando sea requerida impide la
8 obtención del beneficio y la concesión de la preautorización obliga al
9 autorizante al pago del servicio autorizado.

10 **[(aa)]** *(cc)* Prima. — Remuneración que se le otorga a un asegurador por
11 asumir un riesgo mediante un contrato de seguro.

12 **[(bb)]** *(dd)* Prima base. — La prima más baja de entre todas las contratadas
13 con los aseguradores.

14 **[(cc)]** *(ee)* Proveedor de servicios de salud. — Consistirá de médicos
15 primarios, médicos de apoyo, servicios primarios, proveedores primarios
16 y organizaciones de servicios de salud.

17 **[(dd)]** *(ff)* Proveedor participante. — Aquel proveedor de servicios de
18 salud contratado por los aseguradores o por la Administración para
19 ofrecer servicios de salud a la población representada por la
20 Administración.

1 [(ee)](gg) Proveedores primarios. — Consistirá de proveedores
2 participantes que sean laboratorios clínicos, facilidades de radiología,
3 farmacias y hospitales, sin incluir salas de emergencia.

4 [(ff)] (hh) Referido. — Autorización por escrito emitida por el médico
5 primario seleccionado que le permita al beneficiario obtener un servicio en
6 otro proveedor participante en un período determinado.

7 [(gg)] (ii) Secretario. — Secretario del Departamento de Salud.

8 [(hh)] (jj) Servicios primarios. — Las salas de emergencia de los
9 proveedores participantes.

10 (kk) *Tecnología de reproducción asistida. - tratamientos o procedimientos que*
11 *implican la manipulación de óvulos, espermatozoides y embriones humanos fuera*
12 *del cuerpo con la intención de facilitar un embarazo, incluida la fecundación in*
13 *vitro, la crio preservación de óvulos, embriones o espermatozoides, óvulos o*
14 *embriones, inseminación artificial, donación, y gestación subrogada."*

15 Artículo 4.-Se enmienda la Sección 6 del Artículo VI de la Ley 72-1993, según
16 enmendada mejor conocida como la "Ley de la Administración de Seguros de Salud de
17 Puerto Rico (ASES)", para que se lea como sigue:

18 "Sección 6. — Cubierta y Beneficios Mínimos.

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

1 Cubierta A. La Administración establecerá una cubierta de beneficios a ser
2 brindados por los aseguradores contratados o proveedores participantes. La cubierta
3 comprenderá, entre otros beneficios, los siguientes: servicios ambulatorios,
4 hospitalizaciones, salud dental, salud mental, vacunaciones y tratamientos para el virus
5 del Papiloma Humano, *tratamientos para la infertilidad y/o preservación de fertilidad*,
6 estudios, pruebas y equipos, incluso para menores de veintiún (21) años de edad,
7 postrados en cama con diversidades físicas o fisiológicas complejas y para beneficiarios
8 que requieran el uso de un ventilador artificial para mantenerse con vida, los suplidos
9 que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional
10 necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes, laboratorios, rayos X, así como
11 medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en
12 una farmacia participante, libremente seleccionada por el asegurado, y autorizada bajo
13 las leyes de Puerto Rico. La cubierta dispondrá para que cada beneficiario tenga a su
14 alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su
15 edad, sexo y condición física. Disponiéndose, que la lista de medicamentos para los
16 pacientes de VIH/SIDA deberán revisarse anualmente a los fines de que en caso que la
17 Administración lo estime pertinente, incluir aquellos nuevos medicamentos que sean
18 necesarios para el tratamiento de la condición que serán dispensados y ofrecidos en
19 conformidad con las mejores prácticas médicas, siempre y cuando no se afecte el State
20 Plan suscrito por el Departamento de Salud y el Health Resources and Services
21 Administration.

1 Para los efectos de los servicios establecidos en esta cubierta para menores de
2 veintiún (21) años de edad, postrados en cama con diversidades físicas o fisiológicas
3 complejas y para beneficiarios que requieran el uso de un ventilador artificial para
4 mantenerse con vida, se dispone que tendrán el beneficio de un mínimo de un (1) turno
5 diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermería o de especialistas en
6 terapia respiratoria o de técnicos(as) de emergencias médicas-paramédico(a) (TEM-P),
7 debidamente licenciados(as). A estos efectos, se entenderá como beneficiario a aquellas
8 personas que utilizan tecnología médica, así como niños con traqueotomía para
9 respirar, y cuyo funcionamiento depende de un equipo médico, entiéndase respirador o
10 de oxígeno suplementario, por lo que va a requerir cuidado diario especializado de
11 cualesquiera profesionales antes mencionados para evitar la muerte o un grado mayor
12 de incapacidad; y de aquellos que hayan comenzado tratamiento siendo menores y
13 cumplan veintiún (21) años de edad y que recibieron o reciben servicios de asistencia
14 clínica en el hogar continúen recibiendo dichos servicios después de haber cumplido
15 veintiún (21) años de edad, según lo establecido en esta Sección. Además, los
16 técnicos(as) de emergencias médicas-paramédicos(as) (TEM-P) debidamente licenciados
17 deberán tener cursos, certificaciones y adiestramientos aprobados y convalidados o los
18 requerimientos de destrezas y conocimientos establecidos mediante reglamentación por
19 su respectiva Junta Examinadora relacionados hacia el cuidado y manejo de dichos
20 pacientes y sus equipos médicos, según autorizado en esta Ley.

21 La Administración revisará esta cubierta periódicamente.

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

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

5 (1) Servicios de Salud Preventivos:

6 (a) Vacunación de niños y adolescentes hasta los dieciocho (18) años de
7 edad.

8 (b) Vacunación contra la influenza y pulmonía de personas mayores de
9 sesenta y cinco (65) años de edad, y/o niños y adultos con enfermedades
10 de alto riesgo como enfermedades pulmonares, renales, diabetes y del
11 corazón, entre otras.

12 (c) Visita al médico primario para examen médico general una vez al año.

13 (d) Exámenes de cernimiento para cáncer ginecológico, de mama y de
14 próstata, según las prácticas aceptables. Además, incluirán criterios para
15 exámenes de cernimiento para cáncer de mama a las mujeres que cumplan
16 con los siguientes requisitos:

17 i. una mamografía de referencia "baseline mammogram" a las
18 mujeres entre treinta y cinco (35) y treinta y nueve (39) años de
19 edad;

20 ii. una mamografía anual a las mujeres de cuarenta (40) años o más;

21 iii. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas
22 de diagnóstico suplementarias, a las mujeres de cuarenta (40) años

1 o más que tienen senos de tejido clasificado como
2 heterogéneamente denso o extremadamente denso, según
3 determinado en su mamografía por un radiólogo, en base a la
4 escala de densidad del seno del Reporte de Proyección de Imagen y
5 Sistema de Datos del Seno ("Breast Imaging Reporting and Data
6 System", BI-RADS, por sus siglas en inglés), promulgada por el
7 Colegio Americano de Radiología ("American College of
8 Radiology");

9 iv. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas
10 de diagnóstico suplementarias, a las mujeres con alto riesgo de
11 desarrollar cáncer seno debido a su historial familiar, a su propio
12 historial como paciente de cáncer, a la presencia de marcadores de
13 alto riesgo en su perfil genético o a algún otro factor determinado
14 por su médico.

15 (e) Sigmoidoscopia en adultos mayores de cincuenta (50) años a riesgo de
16 cáncer del colon, según las prácticas aceptables.

17 (f) el suministro de un monitor de glucosa cada tres (3) años con
18 reemplazo de equipo dañado, el suministro de una (1) inyección de
19 glucagón y reemplazo de la misma en caso de su uso o por haber
20 expirado, y un mínimo de ciento cincuenta (150) tirillas y de ciento
21 cincuenta (150) lancetas cada mes para pacientes diagnosticados con

1 diabetes mellitus tipo I por un especialista en endocrinología pediátrica o
2 endocrinología.

3 (g) *servicios estándares de preservación de fertilidad cuando un tratamiento*
4 *médico necesario pudiera producir infertilidad iatrogénica.*

5 (2) Evaluación y tratamiento de beneficiarios con enfermedades conocidas:

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

9 (3) La Administración rendirá un informe semestral a la Asamblea Legislativa
10 que incluya entre otros la lista de medicamentos, las controversias que hayan surgido
11 con el "State Plan" suscrito por el Departamento de Salud y el "Health Resources and
12 Services Administration" y la cantidad de pacientes que se vean afectados por estas
13 controversias. Los médicos primarios tendrán la responsabilidad del manejo
14 ambulatorio del beneficiario bajo su cuidado, proveyéndole continuidad en el servicio.
15 Asimismo, éstos serán los únicos autorizados a referir al beneficiario a los médicos de
16 apoyo y proveedores primarios.

17 (4) Acceso al tratamiento de vacunación para El virus del Papiloma Humano,
18 cual consiste de tres (3) dosis que se administrará conforme a lo establecido por el
19 profesional de la salud. Esta cubierta no se limitará únicamente al tratamiento expuesto
20 en este inciso, y se extenderá a cualquier otro tratamiento o vacuna que surja para el
21 tratamiento y prevención del virus del Papiloma Humano.

1 (5) *El acceso a tratamiento para la infertilidad, incluyendo cualquier procedimiento*
2 *utilizando tecnología de reproducción asistida no experimental o tratamiento de medicina*
3 *natural.*

4 **[(5)]** (6) La Administración rendirá un informe semestral a la Asamblea
5 Legislativa que incluya entre otros la lista de medicamentos, las controversias que
6 hayan surgido con el State Plan suscrito por el Departamento de Salud y el Health
7 Resources and Services Administration y la cantidad de pacientes que se vean afectados
8 por estas controversias. Los médicos primarios tendrán la responsabilidad del manejo
9 ambulatorio del beneficiario bajo su cuidado, proveyéndole continuidad en el servicio.
10 Asimismo, éstos serán los únicos autorizados a referir al beneficiario a los médicos de
11 apoyo y proveedores primarios. Disponiéndose, que aquellos beneficiarios que
12 padezcan de alguna enfermedad crónica o de alto costo, según definidas por el
13 Departamento de Salud y dispuestas en esta Sección, no necesitarán referidos del
14 médico primario para tratar su enfermedad.

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

1 Artículo 5.-Se añade un nuevo Capítulo 55 a la Ley 194-2011, según enmendada,
2 mejor conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, que se lea como
3 sigue:

4 “CAPÍTULO 55. – *Cubierta Requerida Para Tratamiento de Infertilidad y Preservación*
5 *de Fertilidad.*

6 *Artículo 55.001. Definiciones*

7 *Para propósitos de este Artículo los siguientes términos tendrán el significado que se*
8 *indica a continuación:*

9 (1) *Infertilidad. - una enfermedad, caracterizada por la imposibilidad de establecer un*
10 *embarazo clínico,*

11 *(a) después de 12 meses de relaciones sexuales regulares y sin protección; o*

12 *(b) debido a la imposibilidad de una persona para la reproducción, ya sea como*
13 *persona por si sola, o con su pareja, o su pareja, lo que puede determinarse*
14 *después de un período de, al menos, 12 meses de relaciones sexuales regulares y no*
15 *protegidas o basado médicamente en antecedentes físicos, sexuales y*
16 *reproductivos, edad, hallazgos físicos o pruebas de diagnóstico*

17 (2) *Infertilidad iatrogénica. - deterioro de la fertilidad debido a cirugía, radiación,*
18 *quimioterapia u otro tratamiento médico.*

19 (3) *Tecnología de reproducción asistida. - tratamientos o procedimientos que implican la*
20 *manipulación de óvulos, espermatozoides y embriones humanos fuera del cuerpo con la*
21 *intención de facilitar un embarazo, incluida la fecundación in vitro, la crio preservación*

1 de óvulos, embriones o espermatozoides, óvulos o embriones, inseminación artificial,
2 donación, y gestación subrogada.

3 Artículo 55.002.- Cubierta para Infertilidad.

4 Un plan de salud grupal y un(a) emisor(a) de seguro médico que ofrezca cobertura de
5 seguro médico grupal o individual que incluya cobertura de servicios obstétricos, urológicos y
6 medicina natural tendrá que proveer cubierta para el tratamiento de la infertilidad que el(a)
7 médico(a) tratante determine apropiado, incluyendo, según corresponda, inducción de la
8 ovulación, extracción de óvulos, extracción de esperma, inseminación artificial, fertilización in
9 vitro, cribado genético, inyección intracitoplasmática de esperma, y cualquier otro tratamiento no
10 experimental, en consulta con los (las) profesionales apropiados(as) y las organizaciones de
11 pacientes, tales como la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, RESOLVE: La
12 Asociación Nacional de Infertilidad y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, entre
13 otros.

14 Artículo 55.003.- Cubierta para Infertilidad Iatrogénica.

15 Un plan de salud de grupo y un(a) emisor(a) de seguro de salud que ofrece un seguro de
16 salud de grupo o individual debe proveer cubierta para servicios de preservación de la fertilidad a
17 las personas que se someten a un tratamiento médicamente necesario que pueda causar
18 infertilidad iatrogénica , según lo determine el(la) médico(a) tratante, incluyendo, la crio
19 preservación de gametos y otros procedimientos, de acuerdo con las prácticas médicas
20 establecidas y las pautas profesionales publicadas por organizaciones médicas profesionales,
21 incluyendo pero no limitándose a la Sociedad Americana de Oncología Clínica y la Sociedad
22 Americana de Medicina Reproductiva.

1 *Artículo 55.004.- Cobertura para tecnología de reproducción asistida.*

2 *Un plan de salud de grupo y un(a) emisor (a) de seguro de salud que ofrece cobertura de*
3 *seguro de salud individual o grupal que incluya cobertura de servicios obstétricos y urológicos*
4 *proporcionarán cobertura para la tecnología de reproducción asistida si:*

5 *(1) a la persona se le hace imposible establecer un embarazo clínico o no puede llevar un*
6 *embarazo a un nacimiento vivo a través de tratamientos de infertilidad mínimamente*
7 *invasivos, según el(la) médico(a) tratante determine apropiado, teniendo en cuenta los*
8 *diagnósticos específicos de la persona participante o beneficiaria y la condición para la*
9 *cual la cobertura está disponible bajo el plan o la cubierta;*

10 *(2) el tratamiento se realiza en una instalación médica que:*

11 *(i) cumple con los estándares de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva*
12 *y la Sociedad de Tecnología de Reproducción Asistida; y*

13 *(ii) cumple con cualquier norma establecida por una agencia federal o estatal*
14 *apropiada.*

15 *Artículo 55.005.- Limitaciones.*

16 *Los costos compartidos, incluyendo los deducibles, copagos, el uso planes médicos*
17 *complementarios, u otras limitaciones para tratamiento de la infertilidad y los servicios para*
18 *prevenir la infertilidad iatrogénica no se pueden imponer con respecto a los servicios que deben*
19 *cubrirse bajo las subsecciones (A), (B) y (C) en la medida en que dichos costos compartidos*
20 *excedan el costo compartido aplicado a servicios similares bajo el plan de salud grupal o la*
21 *cobertura de seguro médico o cuando tales limitaciones son diferentes a las limitaciones*
22 *impuestas con respecto a servicios similares.*

1 *Artículo 55.006.- Prohibiciones*

2 *Un plan de salud de grupo y un(a) emisor(a) de seguro de salud que ofrezca cobertura de seguro*
3 *de salud individual o grupal que incluya cobertura de servicios obstétricos y urológicos no puede:*

4 (1) *brindar incentivos (monetarios o de otro tipo) a una persona participante o*
5 *beneficiaria para alentar a dicha persona participante o beneficiaria a no recibir*
6 *tratamientos de infertilidad o servicios de preservación de la fertilidad a los que tiene*
7 *derecho dicha persona participante o beneficiaria conforme a esta sección a los(las)*
8 *proveedores(as) para inducir a dichos(as) proveedores(as) a no brindar dichos*
9 *tratamientos a personas participantes o beneficiarias calificadas;*

10 (2) *prohibir a un(a) proveedor(a) discutir con una persona participante o beneficiaria*
11 *tratamientos de infertilidad o tecnologías de preservación de la fertilidad u opciones de*
12 *tratamientos médicos relacionados con esta sección; o*

13 (3) *penalizar o reducir o limitar de otra manera el reembolso de un(a) proveedor(a) porque*
14 *dicho(a) proveedor(a) proporcionó tratamientos de infertilidad o servicios de preservación*
15 *de la fertilidad a una persona participante o beneficiaria calificada de acuerdo con esta*
16 *sección.*

17 *Artículo 55.007.-Interpretación*

18 *Nada en esta sección se interpretará en el sentido de que requiere que una persona participante o*
19 *beneficiaria se someta a tratamientos de infertilidad o servicios de preservación de la fertilidad.*

20 *Artículo 55.008.- Aviso.*

21 *Un plan de salud grupal y un(a) emisor(a) de seguro de salud que ofrezca cobertura de seguro de*
22 *salud grupal o individual que incluya cobertura de servicios obstétricos y urológicos deberá*

1 *notificar a cada persona participante y beneficiaria de dicho plan con respecto a la cobertura*
2 *requerida. Dicho aviso deberá estar por escrito y colocado de manera destacada en cualquier*
3 *literatura o respuesta de correspondencia que el plan o el(la) emisor(a) ponga a disposición o*
4 *distribuya y se transmitirá:*

5 *(1) en el próximo envío por correo realizado por el plan o 1 emisor a la persona*
6 *participante o beneficiaria;*

7 *(2) como parte de cualquier paquete informativo anual enviado a la persona participante o*
8 *beneficiaria; o*

9 *(3) a más tardar el 1 de junio de 2022, lo que ocurra primero.*

10 *Artículo 9.- Reembolsos*

11 *Nada en este Artículo se interpretará como una prohibición a que un plan de salud*
12 *grupal o un(a) emisor(a) de seguro de salud que ofrece cobertura de seguro de salud grupal o*
13 *individual negocie el nivel y el tipo de reembolso con un(a) proveedor(a), para la atención*
14 *brindada de acuerdo con este artículo."*

15 *Artículo 6.- Excepción Sobre Negociación Colectiva.*

16 *A. En general. — En el caso de un plan de salud grupal mantenido de conformidad con*
17 *1 o más convenios colectivos entre representantes de las personas empleadas y 1 o más*
18 *patronos ratificados antes de la fecha de promulgación de esta Ley, las enmiendas*
19 *hechas a la cubierta no se aplicarán a los años del plan que comiencen antes de o más*
20 *tarde de:*

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

4 (2) 6 meses después de la fecha de promulgación de esta Ley.

5 B. Aclaración. – Para los propósitos de esta Ley, cualquier enmienda a la cubierta de
6 un plan de salud hecha de conformidad con un acuerdo de negociación colectiva
7 únicamente para cumplir con cualquier requisito de esta Ley no se tratará como una
8 terminación de dicho convenio colectivo.

9 Artículo 7.- Los servicios de tratamientos de infertilidad y preservación de
10 fertilidad se entenderán incluidos dentro de los términos “beneficios obstétricos”,
11 “atención y tratamiento médico” y “otros materiales y servicios médicos”
12 comprendidos en la Sección 6 de la Ley Núm. 95 de 29 de junio de 1963, según
13 enmendada, mejor conocida como la “Ley de Beneficios de Salud para Empleados
14 Públicos”.

15 Artículo 8. – Los(as) profesionales de la salud que ofrezcan tratamientos para la
16 infertilidad debe reportar al Departamento de Salud anualmente, la cuantía de
17 pacientes que se sometieron a los referidos tratamientos, estadísticas de los tipos de
18 tratamiento utilizados en dichas(os) pacientes, los costos y estadísticas de los resultados
19 de sus intervenciones. De esta manera, se posibilita la recopilación de estadísticas sobre
20 la infertilidad en Puerto Rico y la efectividad de los tratamientos disponibles para esta
21 enfermedad. El Departamento de Salud, compartirá estas estadísticas con el Instituto de
22 Estadísticas de Puerto Rico, quien publicará las mismas. La referida publicación

- 1 facilitará a posibles pacientes el acceso a trasfondos, costos y estadísticas de los
- 2 proveedores, permitiéndoles hacer una selección informada de estos.

3 Artículo 9. - Vigencia.

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