

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20^{ma}. Asamblea
Legislativa

2^{da}. Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 763

7 de octubre de 2025

Presentado por la señora *Moran Trinidad*

Referido a la Comisión de Salud

LEY

Para enmendar el Artículo 2 de la Ley Núm. 10-2020, conocida como “Ley del Derecho a la Detección Efectiva del Cáncer de Seno”; añadir el inciso (ii) a la Sección 1 del Artículo III, añadir un nuevo inciso (e) y redesignar los incisos (e) y (f) como (f) y (g), respectivamente, del subinciso (1) del inciso “Cubierta C” de la Sección 6 del Artículo VI de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico”, con el propósito de establecer que todo plan de salud en Puerto Rico, incluyendo el Plan Vital, que provea cobertura para servicios médicos deberá incluir, como beneficio preventivo, la mamografía de detección mediante tomosíntesis digital de seno 3D; disponer su aplicabilidad; y ordenar reglamentación.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El cáncer de seno es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en las mujeres. La evidencia científica y las guías de práctica clínica reconocen que la tomosíntesis digital de seno (mamografía 3D) es una modalidad eficaz de mamografía, asociada con mayor detección de cáncer y menores tasas de “recall” comparada con la mamografía digital 2D sola. En el 2024, el *U.S. Preventive Services Task Force*, estableció que la mamografía digital y la tomosíntesis digital son modalidades efectivas de “screening”.

Estudios han demostrado que la tomosíntesis aumenta la detección de cáncer invasivo y reduce falsos positivos o “recalls”, especialmente en pacientes con mamas densas. En el plano regulatorio, numerosos estados en Estados Unidos requieren que los planes médicos cubran la tomosíntesis como mamografía de cernimiento y, en muchos casos, sin deducibles ni copagos. Por ejemplo, el estado de Texas enmendó su Código de Seguros para incluir la tomosíntesis dentro de la definición de mamografía y exigir la cobertura. Desde el 2021, también exige paridad para imágenes diagnósticas relacionadas. Asimismo, el estado de Washington requiere cobertura de DBT sin costo compartido desde el 2018. Por su parte, el estado de Minnesota la reconoce como tratamiento preventivo para personas en riesgo. Un mapa comparativo y tablas legislativas actualizadas confirman a estas y otras jurisdicciones con cobertura obligatoria.

En Puerto Rico, la Ley Núm. 10-2020, conocida como “Ley del Derecho a la Detección Efectiva del Cáncer de Seno”, ordena la cobertura de mamografías y otras pruebas de detección o diagnóstico para poblaciones específicas y menciona expresamente la tomosíntesis como alternativa diagnóstica en mujeres con senos densos. Sin embargo, no dispuso un mandato claro que integre este tipo de prueba como procedimiento preventivo de rutina (con costo compartido prohibido) para el universo de aseguradas que cumplan criterios de cernimiento, y que establezca paridad para imágenes diagnósticas relacionadas. Por tanto, es necesario enmendar el referido estatuto, así como la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para dotar a las aseguradas de las mejores prácticas clínicas, cerrando así las brechas regulatorias y de acceso.

Entendemos que la enmienda propuesta tendrá el potencial de salvar vidas, reducirá costos al evitar procedimientos innecesarios y promoverá equidad en pacientes con mamas densas y otros factores de riesgo, alineando a Puerto Rico con la evolución regulatoria en múltiples estados. Además, como se ha evidenciado, los mandatos de cobertura aumentan el uso de DBT (acceso), lo que puede redundar en mejores precios,

sin aumentar el gasto de bolsillo de las pacientes. En vista de ello, y poniendo la salud de los pacientes primero, se aprueba la presente Ley.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Sección 1.- Se enmienda el Artículo 2 de la Ley Núm. 10-2020, para que se lea
2 como sigue:

3 “Artículo 2.- Todo asegurador u organización de servicios de salud, *incluyendo el*
4 *Plan de Salud del Gobierno*, organizado conforme a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957,
5 según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, todo plan de
6 seguro que brinde servicios en Puerto Rico, toda otra entidad contratada para ofrecer
7 beneficios de salud en Puerto Rico y toda entidad excluida a tenor con el Artículo 1.070
8 de dicha Ley; la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico y toda entidad
9 contratada para ofrecer servicios de salud o de seguros de salud en Puerto Rico, a través
10 de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración
11 de Seguros de Salud de Puerto Rico”; proveerá, como parte de los beneficios de cuidado
12 preventivo de su cubierta básica, mamografías y otras pruebas de diagnóstico y
13 detección de cáncer de seno, según las prácticas aceptables, conforme a lo siguiente:

14 a. una mamografía de referencia “baseline mammogram”, a mujeres entre treinta
15 y cinco (35) y treinta y nueve (39) años,

16 b. una mamografía anual a mujeres de cuarenta (40) años o más,

17 c. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico

18 suplementarias:

1 i. a mujeres de cuarenta (40) años o más, que tienen senos de tejido
2 clasificado como heterogéneamente denso o extremadamente denso, según
3 determinado en su mamografía por un radiólogo, a base de la escala de densidad
4 del seno del Reporte de Proyección de Imagen y Sistema de Datos del Seno
5 (“Breast Imaging Reporting and Data System”, BI-RADS por sus siglas en inglés),
6 promulgada por el Colegio Americano de Radiología (“American College of
7 Radiology”);

8 ii. a las mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer seno debido:

9 1. a su historial familiar,

10 2. a su propio historial como paciente de cáncer,

11 3. presencia de marcadores de alto riesgo en su perfil genético, o

12 4. algún otro factor determinado por su médico.

13 *Las mamografías preventivas podrán realizarse mediante tomosíntesis digital de seno*
14 *(DBT), acompañada de imagen 3D digital o sintetizada, según estándares clínicos aplicables.*

15 *Cuando un plan cubra una mamografía de detección, deberá ofrecer cobertura para*
16 *imágenes diagnósticas y de seguimiento (mamografía diagnóstica, ecografía, resonancia*
17 *magnética u otras modalidades) en condiciones no menos favorables que las aplicables a la*
18 *mamografía de detección, incluyendo límites, autorizaciones y redes.*

19 *La selección de modalidad 3D, DBT u otras, y la necesidad de exámenes suplementarios*
20 *se regirá por las guías USPSTF, ACR y otras autoridades reconocidas, y por el juicio clínico del*
21 *médico que ordenó el procedimiento.*

PLAN DE SEGUROS DE SALUD

Sección 1.- Selección de Planes de Seguros de Salud.

...

Sección 6.- Cubierta y Beneficios Mínimos.

Los planes de salud tendrán una cubierta amplia, con un mínimo de exclusiones.

No habrá exclusiones por condiciones preexistentes, como tampoco períodos de espera, al momento de otorgarse la cubierta al beneficiario.

Cubierta A. La Administración establecerá una cubierta de beneficios a ser brindados por los aseguradores contratados o proveedores participantes. La cubierta comprenderá, entre otros beneficios, los siguientes: servicios ambulatorios, hospitalizaciones, salud dental, salud mental, vacunaciones y tratamientos para el virus del Papiloma Humano, estudios, pruebas y equipos, incluso para menores de veintiún (21) años de edad, postrados en cama con diversidades físicas o fisiológicas complejas y para beneficiarios que requieran el uso de un ventilador artificial para mantenerse con vida, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes, laboratorios, rayos X, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en una farmacia participante, libremente seleccionada por el asegurado, y autorizada bajo las leyes de Puerto Rico. La cubierta dispondrá para que cada beneficiario tenga a su alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad, sexo y condición física. Disponiéndose, que la lista de medicamentos para los pacientes de VIH/SIDA deberán revisarse anualmente a los

1 fines de que, en caso que la Administración lo estime pertinente, incluir aquellos nuevos
2 medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de la condición, que serán
3 dispensados y ofrecidos en conformidad con las mejores prácticas médicas, siempre y
4 cuando no se afecte el State Plan suscrito por el Departamento de Salud y el Health
5 Resources and Services Administration.

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

1 requerimientos de destrezas y conocimientos establecidos mediante reglamentación por
2 su respectiva Junta Examinadora relacionados hacia el cuidado y manejo de dichos
3 pacientes y sus equipos médicos, según autorizado en esta Ley.

4 La Administración revisará esta cubierta periódicamente.

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

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

9 (1) Servicios de Salud Preventivos:

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

11 (b) Vacunación contra la influenza y pulmonía de personas mayores de
12 sesenta y cinco (65) años de edad, y/o niños y adultos con enfermedades de
13 alto riesgo como enfermedades pulmonares, renales, diabetes y del corazón,
14 entre otras. (c) Visita al médico primario para examen médico general una
15 vez al año.

16 (d) Exámenes de cernimiento para cáncer ginecológico, de mama y de
17 próstata,

18 según las prácticas aceptables. Además, incluirán criterios para exámenes de
19 cernimiento para cáncer de mama a las mujeres que cumplan con los
20 siguientes

21 requisitos:

- 1 i. una mamografía de referencia “baseline mammogram” a las
2 mujeres entre treinta y cinco (35) y treinta y nueve (39) años de
3 edad;
- 4 ii. una mamografía anual a las mujeres de cuarenta (40) años o más;
- 5 iii. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de
6 diagnóstico suplementarias, a las mujeres de cuarenta (40) años o
7 más que tienen senos de tejido clasificado como heterogéneamente
8 denso o extremadamente denso, según determinado en su
9 mamografía por un radiólogo, en base a la escala de densidad del
10 seno del Reporte de Proyección de Imagen y Sistema de Datos del
11 Seno (“Breast Imaging Reporting and Data System”, BI-RADS, por
12 sus siglas en inglés), promulgada por el Colegio Americano de
13 Radiología (“American College of Radiology”);
- 14 iv. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de
15 diagnóstico suplementarias, a las mujeres con alto riesgo de
16 desarrollar cáncer seno debido a su historial familiar, a su propio
17 historial como paciente de cáncer, a la presencia de marcadores de
18 alto riesgo en su perfil genético o a algún otro factor determinado
19 por su médico.

20 *(e) Las mamografías preventivas podrán realizarse mediante tomosíntesis digital de*
21 *seno (DBT), acompañada de imagen 3D digital o sintetizada, según estándares*
22 *clínicos aplicables.*

1 *Cuando un plan cubra mamografía de detección, deberá ofrecer cobertura para*
2 *imágenes diagnósticas y de seguimiento (mamografía diagnóstica, ecografía,*
3 *resonancia magnética u otras modalidades) en condiciones no menos favorables que*
4 *las aplicables a la mamografía de detección, incluyendo límites, autorizaciones y*
5 *redes.*

6 *La selección de modalidad 3D, DBT u otras, y la necesidad de exámenes*
7 *suplementarios se regirá por las guías USPSTF, ACR y otras autoridades*
8 *reconocidas, y por el juicio clínico del médico que ordenó el procedimiento.*

9 *Nada de lo aquí dispuesto limitará coberturas adicionales más favorables para la*
10 *paciente, ni impedirá a los planes cubrir una DBT para poblaciones fuera de los*
11 *criterios mínimos aquí establecidos.*

12 **[(e)]** *(f) Sigmoidoscopia en adultos mayores de cincuenta (50) años a riesgo de*
13 *cáncer del colon, según las prácticas aceptables.*

14 **[(f)]** *(g) el suministro de un monitor de glucosa cada tres (3) años con*
15 *reemplazo de equipo dañado, el suministro de una (1) inyección de glucagón*
16 *y reemplazo de la misma en caso de su uso o por haber expirado, y un*
17 *mínimo de ciento cincuenta (150) tirillas y de ciento cincuenta (150) lancetas*
18 *cada mes para pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo I por un*
19 *especialista en endocrinología pediátrica o endocrinología.*

20 (2) Evaluación y tratamiento de beneficiarios con enfermedades conocidas: La
21 evaluación y tratamiento inicial de los beneficiarios se llevará a cabo por el

1 médico primario escogido por el paciente entre los proveedores del plan
2 correspondiente.

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

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

17 (5) La Administración rendirá un informe semestral a la Asamblea Legislativa
18 que incluya entre otros la lista de medicamentos, las controversias que hayan
19 surgido con el State Plan suscrito por el Departamento de Salud y el Health
20 Resources and Services Administration y la cantidad de pacientes que se vean
21 afectados por estas controversias.

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

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

14 Sección 4.- Aplicabilidad y preeminencia.

15 Esta Ley aplicará a todos los contratos y pólizas emitidos, enmendados o
16 renovados luego de su vigencia por entidades sujetas al Código de Seguros de Puerto
17 Rico. La ASES garantizará la implementación de estas disposiciones en el Plan de Salud
18 del Gobierno.

19 Para planes auto asegurados sujetos a prelación federal (ERISA) u otros
20 esquemas exentos, se promoverá su adopción voluntaria. Nada de lo dispuesto en esta
21 Ley se interpretará como una contravención a las leyes federales aplicables.

22 Sección 5.- Reglamentación.

1 Se ordena a la Oficina del Comisionado de Seguros (OCS), Departamento de
2 Salud, Administración de Seguros de Salud (ASES) para el Plan de Salud del Gobierno
3 y a la Oficina del Procurador del Paciente a promulgar o atemperar reglamentos
4 vigentes y cartas normativas en un término no mayor de ciento ochenta (180) días desde
5 la vigencia de esta Ley para su implementación uniforme, incluyendo estándares de
6 facturación y autorización compatibles con códigos CPT/HCPCS aplicables a las DBT y
7 modalidades relacionadas.

8 Sección 6.- Deber de orientación; informe anual.

9 Será deber, tanto de la OCS como de la ASES, orientar e informar a las
10 aseguradoras, organizaciones de seguros de salud y terceros administradores sobre el
11 alcance y las disposiciones de las enmiendas que se incluyen en esta Ley. Además, será
12 deber del Departamento de Salud, en coordinación con la Oficina del Procurador del
13 Paciente, promulgar e incluir en sus programas educativos y materiales de orientación a
14 pacientes y profesionales de la salud, así como al público en general, información sobre
15 las DBTs, densidad mamaria y opciones de cernimiento, así como de acceso a cobertura.

16 La OCS deberá someter informes cada doce (12) meses a la Asamblea Legislativa
17 durante los primeros tres (3) años de vigencia de esta Ley, que incluyan métricas de
18 acceso, utilización de las DBT, denegaciones y quejas, así como con aquellas
19 recomendaciones de mejora que considere pertinentes.

20 Sección 7.- Separabilidad.

21 Si cualquier artículo, inciso, parte, párrafo o cláusula de esta Ley o su aplicación
22 a cualquier persona o circunstancia, fuera declarada inconstitucional por un Tribunal

1 competente, la sentencia dictada no afectará ni invalidará sus demás disposiciones. El
2 efecto de dicha sentencia quedará limitado a la cláusula, párrafo, artículo, sección o
3 parte de esta que así hubiere sido declarada inconstitucional o inválida.

4 Sección 8.- Vigencia.

5 Esta Ley comenzará a regir a los ciento ochenta (180) días después de su
6 aprobación.