

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20^{ma}. Asamblea
Legislativa

3^{ra}. Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 1080

13 de febrero de 2026

Presentado por el señor *Matías Rosario*

Referido a la Comisión de Salud

LEY

Para adicionar un inciso (14) a la Sección 15, y enmendar la Sección 19 del Artículo VI, de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico”, (“ASES”), a fin de establecer el derecho del beneficiario de la cubierta de los planes de salud contratados al amparo de dicha ley de adquirir los medicamentos que le hayan sido prescritos por un médico mientras estuvo hospitalizado o en sala de emergencia para que, una vez dado de alta, pueda acudir directamente a una farmacia sin necesidad de una orden, referido o post autorización del médico primario; y establecer que el concepto de necesidad médica en la Ley Núm. 72, *supra*, incluye considerar esa prescripción como parte del tratamiento que el paciente recibió en la institución, con el propósito de evitar que retrocedan los avances del tratamiento ofrecido por aguardar el reexamen del médico primario.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El plan de Salud Vital establecido al amparo de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico”, (“ASES”), cuenta con cerca de 1.3 millones de beneficiarios en su cubierta, de los cuales el treinta (30) por ciento es atendido por afecciones crónicas comunes como problemas respiratorios, hipertensión, diabetes, desórdenes metabólicos y tiroides, entre otras. Asimismo, destaca el tratamiento que reciben los pacientes de enfermedades del corazón, condiciones cerebro vasculares y de cáncer.

Según la pasada directora de ASES, Roxanna Rosario, en el año 2024, “el 30 por ciento de los pacientes [del Plan Vital] consume el 80 por ciento de los 4.9 billones de dólares que cuesta pagar la atención. 5.3 millones [sic]¹ [de dólares] es el presupuesto total que incluye administración, pero el costo del servicio médico es 4.9 [billones de dólares].”² Es en ese escenario que hoy como nunca se debe requerir un enfoque terapéutico que promueva mantener la salud de los pacientes en la cubierta del Plan Vital dando prioridad a dos estrategias, a saber: la prevención de la salud del beneficiario sano y el tratamiento de mantenimiento adecuado para aquellos que requieren cuidados especiales, de modo que no se agrave y requiera mayores tratamientos que eleven los costos. Lo primero ya ha sido adoptado por muchas aseguradoras, cuyo enfoque en la prevención juega un papel fundamental para mantener los costos o gastos de cubierta en números favorables a su salud fiscal, a la vez que se benefician los tenedores de la cubierta.

Ahora bien, en el caso del tratamiento que requiere un paciente que ingresa a una facilidad médico-hospitalaria con una afección seria, que podría comprometer de forma permanente su salud o poner en riesgo su vida, es necesario garantizar la viabilidad y celeridad de otras fases del tratamiento y, al parecer, no se está haciendo. Nos referimos a la necesidad de asegurar que el paciente que acude a la sala de emergencia de una instalación médico-hospitalaria, tenga que acudir al médico primario del proveedor de su Plan Vital para que este le autorice a recibir o adquirir los medicamentos del tratamiento que le ha sido prescrito por un médico en dicha instalación. Esto impone regulaciones adicionales que impiden o posponen el tratamiento, poniendo en riesgo la vida o salud del paciente de manera permanente; o agrava la condición que le llevó a buscar el servicio de emergencia. Es razonable concluir que un paciente que tenga que esperar el aval de su médico primario para recibir o continuar un tratamiento médico

¹ Debió referirse a billones de dólares, en lugar de millones.

² L. Penchi, “Recertificación del Plan Vital en Puerto Rico ocasionó una pérdida de 150 mil pacientes según ASES”, 18 de junio de 2024, Medicina Salud Pública, <https://medicinaysaludpublica.com/noticias/salud-publica/recertificacion-del-plan-vital-en-puerto-rico-ocasiono-una-perdida-de-150-mil-pacientes-segun-ases/24275>, (última visita, 16 de diciembre de 2025).

prescritos mientras estuvo hospitalizado o en una sala de emergencia está en riesgo de interrumpir o perder su proceso de recuperación, su salud o su vida. Además, es conocido que muchas condiciones médicas dependen para su efectividad de la prontitud con que se continúe el tratamiento y la regularidad con que se tomen ciertos medicamentos.

Por tanto, es un contrasentido que el paciente deba aguardar la autorización de su médico primario para que avale lo que el criterio médico y profesional de un colega determinó que debía ser el tratamiento que se tiene que seguir. Más cuando el paciente estuvo bajo la observación de aquel y sin haberse llevado a cabo un reexamen del paciente por el médico primario. Lo anterior podría empeorar la condición médica del paciente provocando que deba posteriormente recibir mayores tratamientos y medicamentos, obrando en detrimento de la condición del paciente y aumentando los costos para la aseguradora.

Esta Asamblea Legislativa considera necesario garantizar al beneficiario del Plan de Salud Vital que pueda adquirir los medicamentos que le han sido prescritos por un facultativo durante de una emergencia u hospitalización sin la necesidad de la autorización del médico primario.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

- 1 Artículo 1. - Se adiciona un inciso (14) a la Sección 15 del Artículo VI de la Ley
- 2 Núm. 72-1993, según enmendada, para que se lea como sigue:
- 3 “Sección 15. — Derechos de los beneficiarios.
- 4 Todo beneficiario tendrá, entre otros, derecho a:
- 5 (1) Recibir los servicios médicos de calidad cuando los necesiten.
- 6 (2) Fácil acceso a los servicios médicos.
- 7 (3) Seleccionar su organización de cuidado de salud.

1 (4) Seleccionar su médico primario o de cabecera.

2 (5) Seleccionar, en conjunto con su médico primario, su médico especialista.

3 (6) Cambiar su médico primario o su organización de cuidado de salud.

4 (7) Que no se le nieguen los servicios bajo la cubierta.

5 (8) Acceso fácil e inmediato a servicios de emergencia.

6 (9) Recibir la educación e información necesarias para conocer todos los beneficios
7 que ofrece el seguro de salud.

8 (10) Que no se discrimine en su contra,

9 (11) Iniciar un procedimiento formal de querella dentro del sistema de quejas,
10 querellas y apelaciones requerido dentro del Plan de Salud del Gobierno del Estado
11 Libre Asociado de Puerto Rico, en conformidad con el 42 CFR 438, Subpartes E y F, o
12 ley o reglamentación federal posterior que sustituya las mismas, el cual es establecido
13 mediante reglamentación por la Administración, si tiene una queja o preocupación
14 sobre los servicios de cuidado de salud que le son ofrecidos bajo el Plan.

15 (12) Apelar cualquier determinación final de la aseguradora dentro del sistema de
16 quejas, querellas y apelaciones requerido dentro del Plan de Salud del Gobierno del
17 Estado Libre Asociado de Puerto Rico, en conformidad con el 42 CFR 438, Subpartes E
18 y F, o ley o reglamentación federal posterior que sustituya las mismas, el cual es
19 establecido mediante reglamentación o contrato suscrito por la Administración.

20 (13) Seleccionar su farmacia y laboratorio.

21 (14) *Adquirir los medicamentos que le sean prescritos por un médico en una sala de*
22 *emergencia o una hospitalización para dar seguimiento a su tratamiento luego de la alta médica,*

1 *directamente en una farmacia sin necesidad de una orden, referido o post autorización del médico*
2 *primario. Lo anterior se cumplirá cuando dicho medicamento sea necesario para evitar que*
3 *retrocedan los avances del tratamiento recibido o la mejoría de no utilizarse con la celeridad o*
4 *regularidad que este requiere."*

5 Artículo 2.- Se enmienda la Sección 19 del Artículo VI de la Ley Núm. 72-1993,
6 según enmendada, para que se lea como sigue:

7 "Sección 19. — Negación de Servicios de Hospitalización y Pagos Facturados

8 Se establece que ninguna compañía de seguros de salud, asegurador, organización
9 de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico,
10 por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas, que contrate con la
11 Administración para el manejo o implantación del Plan de Salud Gubernamental al
12 amparo de esta Ley, negará la debida autorización para los procesos de hospitalización
13 de un paciente, incluyendo el largo del periodo de dicha hospitalización y los pagos por
14 servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la debida prestación de
15 servicios de salud al mismo, cuando medie una recomendación médica a estos fines,
16 basada en la premisa de necesidad médica, en los casos en que estos servicios sean parte
17 de la cubierta del plan médico del asegurado, el servicio sea prestado mientras la póliza
18 se encuentre vigente y el servicio se encuentre dentro de las categorías de servicios
19 cubiertos por dicha póliza. En el caso de los profesionales de la salud, se establece que
20 no se negará ningún referido para evaluación de especialistas o **[sub-especialistas]**
21 *subespecialistas* a paciente del Plan de Salud Gubernamental por parte de un médico
22 primario cuando sea medicamento necesario. *Se incluye bajo este concepto el derecho del*

paciente a adquirir los medicamentos que le hayan sido prescritos por un médico mientras estuvo hospitalizado o en sala de emergencia para que, una vez dado de alta, pueda acudir directamente a una farmacia sin necesidad de una orden, referido o post autorización del médico primario. Se considerará dicha prescripción parte del tratamiento que recibió en la institución cuando ello sea necesario para evitar que retrocedan los avances o la mejoría del tratamiento recibido de no utilizarse con la celeridad o regularidad requerida. Para los efectos de esta Sección, el término de “necesidad médica” significa todo aquello que un médico licenciado prudente y razonable entienda que es medicamento necesario sobre todo aquel servicio, medicamento, tratamiento o procedimiento de salud que se brinde a un paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, padecimiento, dolencia o sus síntomas en una forma que:

1. Sea conforme con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza;

2. Sea clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración de los servicios o procedimientos de salud;

3. La determinación de “necesidad médica” no sea hecha meramente para la conveniencia del paciente o del médico o para el beneficio económico de la aseguradora, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud, del tratamiento médico en sí mismo o de otro proveedor de atención médica;

4. Sea dentro del ámbito de la práctica y/o especialidad médica de la o del profesional médico licenciado quién determinó la necesidad médica; y

1 5. Que dicha determinación de “necesidad médica” esté basada en evidencia
2 clínica que sostenga la determinación y esté debidamente documentada por el
3 facultativo que trató al paciente.”

4 Artículo 3.- Las disposiciones de esta Ley prevalecerán sobre cualquier otra que no
5 estuviere en armonía con lo aquí establecido.

6 Artículo 4.- La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico deberá
7 armonizar cualquier reglamento para que sea consistente con lo dispuesto en esta Ley.

8 Artículo 5.- Si cualquier parte de esta Ley fuese declarada nula o inconstitucional
9 por un tribunal de jurisdicción y competencia, este fallo no afectará ni invalidará el resto
10 de la Ley y su efecto quedará limitado al aspecto objeto de dicho dictamen judicial.

11 Artículo 6.- Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.