Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico

Legislación sobre Seguros de Salud en Puerto Rico a febrero de 2012

Por: Lcda. Iraelia Pernas, Directora Ejecutiva
Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico

Introducción

De una mirada retrospectiva a lo acontecido el pasado año 2011 en lo que concierne a la industria de servicios y seguros de salud, podríamos concluir que fue ese segmento uno de los tópicos de mayor discusión pública y relevancia en el país. Muchos factores inciden sobre la ecuación del servicio de calidad y acceso a la salud, siendo partícipes del sistema tanto el consumidor, como los comerciantes, el consumidor individual, las empresas aseguradoras y los proveedores de servicios de salud, entre otros. La solución se complica aún más si consideramos que estamos en una recesión económica que no termina y ante una espiral ascendente en los costos de los servicios.

Sin pretender que estas referencias se entiendan como un listado exhaustivo de todos los desarrollos que se dieron en ese año, resaltamos que el nuevo modelo de prestación y financiamiento de servicios para el seguro del Gobierno que contrata la Administración de Seguros de Salud (ASES), bautizándose con el nombre de Mi Salud, que inició en octubre de 2010. La implantación de ese modelo ha conllevado muchos tropiezos y necesidad de ajustes, trayendo grandes controversias, tanto desde la perspectiva de los aseguradores, como de los proveedores de servicios médicos, así como por parte de los beneficiarios del programa.

A su vez, se comenzaron a tomar los pasos en el ámbito local para cumplir con las directrices y requisitos de la llamada ley de Reforma de Salud Federal, que fuese aprobada por el Congreso de los Estados Unidos el 23 de marzo de 2010, la Ley 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act" (PPACA). Entró en vigor la legislación local que fue aprobada subsiguientemente, extendiéndose las protecciones al asegurado que establece el estatuto federal. Entre algunos extremos, se extendió el derecho a los dependientes a permanecer en el plan familiar hasta los 26 años de edad, aun si no están estudiando. También se emitió una Carta Normativa de parte de la Oficina del Comisionado de Seguros para regular las primas de los seguros de salud, aplicándose ciertos parámetros cuando se proponga un aumento de 10% en primas sobre las vigentes en el contrato anterior. Para el año 2014, los aseguradores tendrán que extender sus cubiertas de salud a los solicitantes, sin prueba de asegurabilidad.

No menos importante fue la iniciativa de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, que emprendió la tarea de legislar un Código de Seguros de Salud a los fines de ordenar en un solo cuerpo legal toda la reglamentación aplicable a los seguros de salud, que hasta entonces se trataba como seguros de incapacidad y sus normas estaban dispersas entre varios capítulos del Código de Seguros. Este esfuerzo culminó en la aprobación de la Ley Núm 194 de 29 de agosto de 2011, Código de Seguros de Salud que aquí reseñamos. De este nuevo código, en lo que a los empresarios concierne, resaltamos el Capítulo 8 sobre Seguros para Pequeñas y Medianas Empresas (PYMES). Este capítulo tiene el propósito de promover el acceso a planes médicos entre los patronos de PYMES, independientemente de la condición de salud o experiencia de reclamaciones de su grupo de empleados. Se establecen prohibiciones de prácticas de tarifación abusivas para propiciar la sana competencia en el mercado y el acceso al seguro.

El Código de Seguros de Salud será a sólo unos días de esta Conferencia, esto es al 25 de febrero de 2012. Esta ley contiene una multiplicidad de aspectos que inciden sobre todos los componentes de la industria de seguros de salud. Éste es sólo un primer paso en un largo camino que recorreremos según se vayan proponiendo las demás fases del Código de Seguros.

Por otra parte, el Gobierno de Puerto Rico inició los primeros pasos hacia el cumplimiento con los requisitos del Departamento de Salud federal para el establecimiento de un Intercambio Electrónico de Información de Salud de Puerto Rico, conformando este proyecto a la legislación federal conocida como *Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH Act)*, y cumpliendo con la Oficina del Coordinador Nacional de Informática Médica en el Departamento de Salud Federal.

Tampoco estaría completo este análisis si omitiésemos las medidas legislativas que están sometidas y siendo consideradas al presente. De éstas, se destaca una propuesta para la segunda fase del Código de Seguros de Salud. Además, según reseñaremos más adelante, hay una serie de medidas que es preciso seguir con detenimiento, pues proponen la imposición de beneficios mandatorios en las cubiertas de los seguros, lo cual podrá redundar en mayores costos para los individuos y empresas. Reconociendo lo vital que es el seguro de salud para todos así como su complejidad y distintas vertientes, no bajemos la guardia y participemos activamente de este proceso regulatorio.

Leyes Aprobadas

Ley Núm 194 de 29 de agosto de 2011, Código de Seguros de Salud

Con la aprobación de la Ley Núm.194 de 29 de agosto de 2011, se estableció la primera fase del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Se trata de un ambicioso proyecto iniciado la Oficina del Comisionado de Seguros, pues toda la reglamentación aplicable a los seguros de salud hasta entonces estuvo regulada bajo distintos capítulos del Código de Seguros de Puerto Rico, primordialmente los aplicables a seguros de incapacidad, así como por múltiples pronunciamientos mediante cartas circulares y normativas de la Oficina del Comisionado de Seguros.

Éste era un ejercicio muy necesario, si consideramos el amplio desarrollo que ha tenido el área de los seguros de salud en los últimos años. Más aún, era importante atemperar las disposiciones de la ley local a los cambios introducidos por la Ley de Reforma de Salud Federal,*"Patient Protection and Affordable Care Act" y "Health Care and Education Reconciliation Act"*, cuyas disposiciones tendrán un efecto significativo en esta rama de los seguros y en la economía del país, en general. De modo que, con esta Ley Núm. 194, se actualiza el marco regulatorio que conlleva este tipo de seguro, sentándose a su vez las bases para una fiscalización más efectiva de la industria de seguros de salud.

Por su parte, la industria de seguros dio la bienvenida a esta iniciativa, reconociendo que aprobar el nuevo Código de Seguros de Salud de Puerto Rico por fases, de manera que se puedan evaluar adecuada y responsablemente cada uno de los aspectos allí dispuestos, fue una sabia decisión.

Aparte de establecer unas disposiciones generales y la forma en que el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico interactuará con el Código de Seguros de Puerto Rico, esta nueva ley contempla varios aspectos de los seguros de salud que habían sido objeto de análisis por el regulador en el pasado y que se determinó que era necesario reglamentar de manera uniforme, dada su importancia en el contexto de la financiación y acceso a los seguros de servicios de salud.

Así, se dispone sobre diversas áreas, a saber:

- el manejo de medicamentos de receta por parte de las organizaciones de seguros de salud;
- los exámenes de reclamaciones por servicios de cuidado de la salud;
- la disponibilidad de planes médicos para los patronos de pequeñas y medianas empresas en Puerto Rico;
- el uso de cláusulas discrecionales en los planes médicos y las cubiertas de protección de ingresos en caso de incapacidad;
- las normas para una oportuna y adecuada resolución de querellas que se presentan contra aseguradores; y
- los requisitos uniformes para las cubiertas de niños recién nacidos, niños recién adoptados y niños colocados para adopción, tanto en los planes médicos grupales como individuales.

A continuación, reseñamos los aspectos más sobresalientes de esta importante legislación. Advertimos que este resumen no contiene todos los extremos tratados en la primera fase del Código de Seguros de Salud. Ciertamente esta nueva ley debe estar en primera línea entre las asignaciones y es lectura obligada para todos los que de alguna manera participan de la industria de seguros de salud.

Capítulo 2: Disposiciones Generales

Bajo el Capítulo 2 del Código de Seguros de Salud, se sientan las bases del alcance de la legislación, estableciéndose claramente que la política pública del Gobierno de Puerto Rico es

garantizar una regulación y reglamentación más efectiva de la industria de los seguros de salud, incluyendo las entidades que ofrecen planes médicos grupales e individuales.

De igual forma, se declara que esta política pública tiene el propósito de lograr que todos los puertorriqueños tengan acceso a más y mejores servicios de salud y promover un mayor crecimiento y desarrollo de la industria. Ciertamente, la industria de seguros y la empresa privada del país comparten esta visión del legislador y consideran que la medida es necesaria para que quede clara la reglamentación de esta clase de seguro que se relaciona con algo tan valioso como la salud de los ciudadanos, lo cual ocupa un alto sitial en el orden del interés público.

Por otra parte, en el Capítulo 2 se incluyen las definiciones que aplicarán al resto de la medida. Además, se consigna una disposición de transición, quedando claro que las actividades y extremos reglamentados por los capítulos propuestos en esta primera fase del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico prevalecerán sobre las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico, cuyas disposiciones complementarán las aquí dispuestas y no se entenderán derogadas en la medida en que no sean incompatibles con las primeras. De esta manera, se tiende una especie de "puente regulatorio" que viabiliza la incorporación gradual de todos los aspectos atinentes al seguro de salud en un solo cuerpo legal, sin dejar nada en un vacío mientras transcurre el proceso legislativo.

Capítulo 4: Manejo de Medicamentos de Receta

En líneas generales, en este Capítulo 4 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, se considera la experiencia habida en Puerto Rico con los planes de farmacia, escenario en el que en muchas ocasiones el asegurado percibe que no está siendo protegido adecuadamente por su seguro, teniendo que enfrentar los altos costos de los fármacos que se le recetan. Esta reglamentación parte de la experiencia habida al surgir controversias que en muchos casos responden a una ausencia de información o de una noción clara sobre el ámbito de las cubiertas contratadas.

Con estas disposiciones, el legislador sabiamente ponderó el interés público en promover un acceso justo al paciente asegurado a los fármacos cubiertos por el seguro médico, mientras que, a su vez, se aseguró de proteger el interés de la organización de seguros de salud o asegurador en promover la sana utilización de la cubierta.

Se establece el deber del asegurador de informar plenamente las categorías de fármacos y los medicamentos incluidos en los formularios. Así, en el inciso A (1) del Artículo 4.060, que trata sobre la información para las personas que expiden recetas de medicamentos, farmacias, personas cubiertas y posibles personas cubiertas, se dispone que las organizaciones de seguros de salud mantendrán y facilitarán a las personas cubiertas o asegurados, a las personas que suscriben recetas y a las farmacias, o que proveen servicios de cuidado de salud a las personas cubiertas o asegurados, por medios electrónicos o, a solicitud de la persona cubierta o asegurado o de la farmacia, por escrito, lo siguiente:

(a) Su formulario (listado de medicamentos de receta) organizado por categorías terapéuticas;

(b) información sobre los medicamentos de receta, si alguno, que estén sujetos a un procedimiento de manejo desarrollado y mantenido, según las disposiciones de este Capítulo; e

(c) información sobre la documentación que debe presentar la persona cubierta o asegurado o su representante personal para solicitar una excepción médica, según el proceso establecido a tenor con el Artículo 4.070 de este Código y la manera en que se debe presentar dicha documentación.

En aras de promover una estabilidad y continuidad en las cubiertas de medicamentos recetados, en el Artículo 4.060, se establece que la organización de seguros de salud sólo podrá hacer, durante la vigencia de la póliza, certificado o contrato, cambios en el formulario o en otros procedimientos de manejo de medicamentos de receta si el cambio obedece a motivos de seguridad o a que el fabricante del medicamento de receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado.

Por su parte, el Artículo 4.070 dispone unas reglas uniformes para administrar las cubiertas de medicamentos, atendiéndose situaciones particulares que surgen en la administración de beneficios de farmacia. De conformidad con dicho artículo, la organización de seguros de salud o asegurador establecerá y mantendrá un procedimiento para solicitar excepciones médicas que permita que la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, solicite la aprobación de:

(1) Un medicamento de receta que no está cubierto según el formulario;

(2) cubierta continuada de determinado medicamento de receta que la organización de seguros de salud o asegurador habrá de descontinuar del formulario por motivos que no sean de salud o porque el fabricante no pueda suplir el medicamento o lo haya retirado del mercado; o

(3) una excepción a un procedimiento de manejo que implica que el medicamento de receta no estará cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que no estará cubierto por la cantidad de dosis recetada.

Capítulo 6: Examen de Reclamaciones Presentadas a las Organizaciones de Seguros de Salud

El Capítulo 6 del Código de Seguros de Salud trata el asunto de las auditorías que se efectúan para determinar la correspondencia entre lo que surge del expediente médico del asegurado versus aquello que consigna el proveedor de servicios en la facturación al asegurador. Ha sido muy atinado reglamentar en líneas generales este proceso, que muchas veces causa grandes fricciones entre el asegurador y el proveedor de servicios, resultando en algunas instancias perjudicado el asegurado, pues se ha dado también la circunstancia de que el proveedor opta por dejar de tratar los pacientes asegurados por el asegurador que hace la revisión.

De modo que, al establecerse ahora unas reglas de juego uniformes para todos los aseguradores y proveedores, existe ahora un orden y grado de confiabilidad en estos procesos, mientras que se propicia la reducción de costos adicionales que muchas veces causan esos exámenes.

Entre los extremos que se reglamentan por el referido Capítulo 6, está lo relativo a los términos que rigen el proceso de auditoría. El Artículo 6.060 (D) dispone que toda intención de realizar

una auditoría de las reclamaciones presentadas a las organizaciones de seguros de salud o aseguradores se inicia con la debida notificación al proveedor. El auditor deberá enviar la notificación al proveedor en un término que no excederá de seis (6) meses del recibo de la reclamación final por parte de la organización de seguros de salud o asegurador. Al recibir la notificación, el proveedor tendrá treinta (30) días para responder y proveerá un itinerario para la auditoría. El auditor cualificado completará la auditoría a más tardar los treinta y seis (36) meses del recibo por la organización de seguros de salud o asegurador de la reclamación final. Cada una de las partes tomará previsiones razonables ante la eventualidad de que alguna de éstas no pueda cumplir con el itinerario. No obstante, se dispuso que "no se interpretará que el término treinta y seis (36) meses para completar la auditoría dejará sin efecto aquellos términos menores que para los mismos propósitos se hayan acordado mediante libre contratación".

Con estos términos como marco de referencia, se busca agilizar lo que en tantas ocasiones-por acciones u omisiones, ya sea por parte del pagador o por parte del proveedor de servicios- se ha convertido en un proceso interminable y a destiempo, generándose gastos innecesarios, además de lesionarse la relación saludable que deben mantener ambas partes.

Por su parte, en el Artículo 6.070 se intenta formalizar aun más el proceso de auditoría, requiriéndose que tras el examen, se lleve a cabo una reunión con los proveedores, así como un informe escrito al final de toda auditoría. Si el proveedor renuncia a la reunión final, el auditor así lo hará constar en su informe escrito. El contenido específico del informe final se divulgará únicamente a las partes que participan en la auditoría. El proveedor tendrá sesenta (60) días para responder a los hallazgos, después de lo cual se considerará que la auditoría es final. Finalmente, cuando ambas partes hayan aceptado los hallazgos de la auditoría, los resultados de ésta serán finales.

Capítulo 8 Disponibilidad de Seguros de Salud para las Pequeñas y Medianas Empresas

Como Capítulo 8 del Código de Seguros de Salud, se ha dispuesto lo relativo a la disponibilidad de planes médicos para patronos de Pequeñas y Medianas Empresas (PYMES). Es ésta una iniciativa importante, pues es necesario promover el acceso a planes médicos entre los patronos de PYMES, independientemente de la condición de salud o experiencia de reclamaciones de su grupo de empleados. Además, el mercado debe estar libre de prácticas de tarifación abusivas, como las que se prohíben en este Capítulo 8.

Por otra parte, se contemplan disposiciones que se dirigen hacia propiciar la distribución más amplia y equitativa del riesgo actuarial de los planes médicos para pequeñas y medianas empresas y se dispone para el establecimiento de un Programa de Reaseguro.

En este análisis, no podemos soslayar que, en la medida en que más empresas pequeñas y medianas aseguren a sus empleados, mejor será el acceso a los servicios que la población necesita y, a su vez, más viable será la financiación de esos servicios, pues el riesgo actuarial se dispersaría entre los aseguradores participantes de este mercado.

Desde la perspectiva de los asegurados, se establecen unas reglas en protección de los intereses de éstos, disponiéndose, entre otros extremos, para la divulgación de las prácticas de tarifación a los compradores de planes médicos, normas relativas a la renovación de los planes médicos y al uso de las exclusiones por condiciones preexistentes.

Finalmente, destacamos que el Capítulo 8 se refiere al desarrollo de un plan médico "básico" y uno "estándar" para ser ofrecidos a todos los patronos de PYMES. Esto contribuirá a despejar las dudas del consumidor respecto al alcance de sus cubiertas y servirá a su vez para uniformar los ofrecimientos de la industria de seguros de salud, exigiendo unos parámetros comunes y promoviendo entonces la sana competencia entre aseguradores, que lucharán por captar su mercado ofreciendo servicios de calidad al consumidor.

Próximamente, la Oficina del Comisionado de Seguros estructurará las medidas administrativas internas necesarias y adoptará los reglamentos que sean necesarios para viabilizar las disposiciones de este importante aspecto del Código de Seguros de Salud. Debemos estar pendientes de esos desarrollos.

Capítulo 12: Prohibición de uso de Cláusulas Discrecionales

Las disposiciones del Capítulo 12 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico se encaminan hacia asegurar que se acuerden contractualmente los beneficios de los planes médicos y las cubiertas de protección de ingresos en caso de incapacidad. Estas disposiciones son muy convenientes y contribuirán a preservar la confianza de la industria de seguros que provee beneficios de incapacidad, pues se establecen reglas específicas para evitar el conflicto de intereses que ocurre cuando la organización de seguros de salud o el asegurador de incapacidad responsable de proveer los beneficios tiene la autoridad discrecional para decidir cuáles beneficios se tienen que pagar.

Más importante aún, el Capítulo 12 recoge ciertas normas que se han implantado a través de los años y resulta muy beneficioso para todos los integrantes de la industria que estén recogidas en un capítulo del Código de Seguros de Salud, facilitándose al regulador, a su vez, la fiscalización de las entidades que ofrecen cubiertas de incapacidad.

Capítulo 22: Procedimientos de Quejas de las Organizaciones de Seguros de Salud

Consideramos que el uso efectivo de los mecanismos dispuestos en el Capítulo 22 del Código de Seguros de Salud resultará en la más pronta, ágil y justa resolución de las controversias, sin que éstas tengan que terminar en pleitos ante los tribunales.

Este Capítulo 22 incluye unas normas y procedimientos que deben seguir las organizaciones de seguros de salud o aseguradores para garantizar que las personas cubiertas o aseguradas tengan la oportunidad de obtener una oportuna y adecuada resolución de sus querellas. Dichas disposiciones resultan equitativas, en la medida en que contemplan garantías de debido proceso de ley para tanto el asegurado como para la entidad aseguradora.

Se establecen unos parámetros definidos que podrán aplicarse de manera uniforme a toda la industria de seguros de salud. Los requisitos de transparencia y comunicación a los asegurados sobre sus derechos para solicitar la revisión de determinaciones del asegurador introducen unos elementos de confiabilidad en las entidades aseguradoras, lo cual resulta fundamental para el buen funcionamiento de este mercado.

Capítulo 54: Cubierta para Niños Recién Nacidos, Niños Recién Adoptados y Niños Colocados para Adopción

El propósito de este Capítulo 54 del Código de Seguros de Salud es fijar requisitos uniformes para las cubiertas de niños recién nacidos, niños recién adoptados y niños colocados para adopción, tanto en los planes médicos grupales como individuales.

Se dispone que todo plan médico sujeto a dicho Capítulo 54 deberá proveer cubierta a:

(1) Niños recién nacidos de personas cubiertas o asegurados desde el momento en que nacen o

(2) Niños recién adoptados por personas cubiertas o asegurados a partir de la primera de las siguientes fechas:

(a) La fecha en que se colocan en el hogar de la persona cubierta o asegurado con el propósito de ser adoptados y permanecen en el hogar en las mismas condiciones que los demás dependientes de la persona cubierta o asegurado, a menos que la colocación se interrumpa antes de la adopción legal y se traslade al niño del hogar donde había sido colocado;

(b) La fecha en que se emitió una orden, proveyéndole la custodia del niño a la persona cubierta o asegurado que tenga la intención de adoptarlo; o

(c) La fecha de vigencia de la adopción.

En cuanto a la cubierta para niños recién nacidos, niños recién adoptados o niños colocados para adopción, la misma deberá cumplir con los siguientes requisitos: contemplar servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, incluyendo el cuidado y tratamiento de defectos y anormalidades congénitas que se hayan diagnosticado por un médico y no estar sujeta a ninguna exclusión por condición preexistente.

Capítulo 66: Seguro de Cuidado Prolongado

Los seguros de cuidado prolongado han cobrado una mayor relevancia en los últimos tiempos, si consideramos el perfil poblacional del país y la incidencia de condiciones que menoscaban la capacidad de las personas para valerse por sí mismas, aunque su expectativa de vida sea alta por estar bien de otras condiciones de salud. Por esto, es fundamental promover el interés público y la disponibilidad de pólizas de seguro de cuidado prolongado.

En ese sentido, el Capítulo 66 llena un vacío al proteger a los solicitantes de seguros de cuidado prolongado, de prácticas de venta o suscripción injustas o engañosas, particularmente si consideramos lo vulnerable que puede estar una persona al ponderar si adquiere esa clase de cubierta.

En la medida en que estas disposiciones contienen unos parámetros y reglas uniformes a seguirse por la industria que cubre ese riesgo, incluyendo lo relativo a adiestramientos a los productores, se sentarán las bases para que los asegurados entiendan el valor añadido de este tipo de seguro y

para que el mercado pueda innovarse, mediante el desarrollo de distintas modalidades de seguros de cuidado prolongado.

Ley Núm. 88 de 7 de junio de 2011

Mediante esta ley, se enmienda la Ley de Beneficios de Salud para Empleados Públicos para autorizar al Juez Presidente del Tribunal Supremo y a los Presidentes de los Cuerpos Legislativos a negociar directamente con los planes de seguros de salud para los empleados. Dispone que cuando ambos cónyuges beneficiarios son empleados o pensionados del servicio público, éstos podrán acogerse al plan de su preferencia y tendrán derecho a que se le apliquen las aportaciones patronales de ambos a dicho plan, hasta el máximo de la referida aportación.

Ley Núm. 150 de 27 de julio de 2011

Se trata de una enmienda el Código de Seguros para reducir los términos establecidos para el pago de reclamaciones a los proveedores participantes y para reclamaciones procesables y no procesables para pago. Antes de esta enmienda, los aseguradores tenían cincuenta (50) días a partir del recibo de una reclamación limpia para pagar, mientras que como resultado de esa ley, el término se reduce a treinta (30) días.

Ley Núm. 175 de 11 de agosto de 2011

Esta legislación crea el Registro de las Personas con Diabetes Mellitus en el Departamento de Salud. Establece la obligación de médicos, laboratorios y facilidades de salud de informar tales casos al Registro, e impone penalidades.

Ley Núm. 205 de 18 de octubre de 2011

Enmienda la Ley de la Administración de Seguros de Salud (ASES) para autorizar a dicha agencia a obtener del Banco Gubernamental de Fomento (BGF) o de cualquier institución financiera privada, una línea de crédito rotativa por la cantidad que determina el BGF conforme a determinados criterios, para el pago de servicios de salud contratados bajo el Programa Mi Salud.

Ley Núm. 269 de 20 de diciembre de 2011

Esta es una enmienda a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, a los fines de aclarar que las disposiciones relacionadas a la confidencialidad de la información del paciente no se tendrán como impedimento para el intercambio de información entre proveedores de servicios de salud y la ASES, cuando sea para fines de auditoría y pago de servicios.

Ley Núm. 276 de 24 de diciembre de 2011

Se trata de otra enmienda la Ley de Beneficios de Salud para Empleados Públicos para excluir de su aplicación a la Oficina del Contralor. Dispone que el Contralor contratará directamente con los planes de seguros de servicios de salud, a nombre y para beneficio de sus empleados.

Medidas legislativas pendientes de aprobación

Este resumen no estaría completo si no incluimos aquellas medidas legislativas actualmente propuestas y pendientes de consideración por la Asamblea Legislativa o por una de sus cámaras, las cuales tratan aspectos importantes que inciden sobre la industria de seguros de salud. Es imprescindible que todos los componentes de esta industria sigan ese proceso legislativo e intervengan aportando sus posiciones a las comisiones legislativas concernidas, según sea necesario. Algunas de las medidas más relevantes son las siguientes:

P. de la C. 3710 y el P. del S. 4320: Segunda fase del Código de Seguros de Salud

Actualmente, tanto el Senado como la Cámara de Representantes consideran unos proyectos de ley de Administración, el P. de la C. 3710 y el P. del S. 4320, cuyos términos son esencialmente idénticos y que proponen legislar una segunda fase del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, proyecto que se iniciase por esta Asamblea Legislativa y cuya primera parte culminó con la aprobación de la Ley Núm. 194, *supra*.

La propuesta de la segunda fase del Código de Seguros de Salud se dirige principalmente a recopilar y uniformar la regulación relacionada con la industria de los seguros de salud en Puerto Rico. Así se adopta una reglamentación especialmente dirigida a atender los asuntos relacionados con el manejo adecuado de la información médica de los pacientes asegurados; requisitos para operar como una organización de servicios de salud limitados; procesos de verificación de credenciales de los profesionales de la salud; criterios de evaluación de calidad y mejora de calidad de servicios por organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen planes de cuidado coordinado; procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios llevados a cabo por las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; así como la regulación sobre la creación y mantenimiento de redes de proveedores de servicios de salud para planes de cuidado coordinado.

Se proponen, además, normas definidas respecto a los procedimientos de revisión externa de determinaciones adversas realizadas por las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; sobre el procedimiento para el pago o reembolso del costo de medicamentos prescritos para un uso diferente al indicado en su etiqueta ("*off-label use*") y la prohibición de actos constitutivos de discrimen indebido contra las víctimas de maltrato, por parte de organizaciones de servicios de salud, aseguradores o profesionales de salud.

Coincidimos con las expresiones de la Exposición de Motivos de los proyectos en el sentido de que esta segunda fase del Código de Seguro de Salud de Puerto Rico es una necesaria para

propiciar garantías en el manejo adecuado de las operaciones y calidad de los servicios ofrecidos en la industria de seguros de salud. Damos la bienvenida a esta iniciativa y reiteramos que ha sido una sabia decisión el aprobar el nuevo Código de Seguros de Salud de Puerto Rico por fases, de manera que se puedan evaluar adecuada y responsablemente cada uno de los aspectos allí dispuestos. Actualmente las Comisiones de Salud de ambas cámaras legislativas se encuentran evaluando esta propuesta de la segunda fase del Código de Seguros de Salud.

P. del S. 2146 (P. de la C. 3377)

Mediante esta medida, se crearía la Ley para la Administración e Intercambio Electrónico de Información de Salud de Puerto Rico, así como la Corporación de Intercambio Electrónico de Información de Salud de Puerto Rico, entidades que tendrían a su cargo su manejo. Igualmente, se crea la posición de Coordinador de Informática Médica de Puerto Rico. Con este proyecto, el Gobierno persigue estar acorde con la legislación federal del *Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH Act)*, y cumplir con la Oficina del Coordinador Nacional de Informática Médica en el Departamento de Salud Federal.

Este proyecto de ley fue radicado en octubre de 2011 y se rindió un Informe Positivo, con enmiendas, el 8 de noviembre de 2011. Se incluyó en el Calendario de Órdenes especiales del día del Senado el 9 de noviembre de 2011. Ha quedado pendiente de acción posterior desde el 10 de noviembre de 2011.

Cabe señalar que este proyecto es uno cuya aprobación reviste gran importancia para ayudar a controlar los costos de Mi Salud y de los planes médicos en general, pues la introducción del récord médico electrónico y el intercambio de información propiciará el cuidado integral del paciente, promoviendo una mejor utilización del sistema de salud en beneficio de todos los componentes.

P. de la C. 186

Este proyecto dispone que todo contrato de seguro de salud incluya en su cubierta las visitas a especialistas, las mamografías, mastectomías, la cirugía reconstructiva del seno, y la reconstrucción del otro seno para simetría, las prótesis de seno, el tratamiento por complicaciones incluyendo el linfedema, así como cualquier cirugía reconstructiva post-mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional de la paciente, y que se garantice un mínimo de 48 horas de convalecencia en el hospital en casos de mastectomía y reconstrucción de seno. El énfasis de la medida es propiciar la salud de la mujer que sufre de cáncer de mama y sigue las líneas de la ley federal conocida como "Womens Cancer Rights Act". De hecho, ya la generalidad de las pólizas de salud contempla este beneficio.

La medida fue aprobada el 19 de enero de 2010 por la Cámara de Representantes con enmiendas de informe. Se envió a la Comisión de Salud del Senado el 25 de enero de 2010. La Comisión de Salud del Senado rindió un informe sin enmiendas el 23 de junio de 2011.

P. de la C. 473

Este proyecto de ley propone enmendar la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000, según enmendada, conocida como "Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes en Puerto Rico", a fin de constituir un Consejo Consultivo que asesore a los Secretarios de los Departamentos de Educación y Salud en la implantación de dicha ley.

Fue aprobada el 19 de junio de 2009 por la Cámara de Representantes y entonces referida a las Comisiones de Educación y Asuntos de la Familia y de Salud del Senado el 22 de junio de 2009. Se envió a la Comisión de Salud del Senado el 25 de enero de 2010. El 6 de septiembre de 2011 se emitió un Informe Conjunto de las Comisiones de Educación, Asuntos de la Familia y de Salud del Senado rendido, recomendando su aprobación.

P. de la C. 1283

Este proyecto de ley propone que todo plan de salud que realice negocios en Puerto Rico incluya en su cubierta los gastos por maternidad, parto y sus complicaciones, "*nursery*" y "*nursery intensive*" neonatal, de toda mujer asegurada con capacidad reproductiva independientemente de su estado civil.

La medida fue aprobada por la Cámara de Representantes el 6 de junio de 2011 y referida a la Comisión de Salud del Senado el 9 de junio de 2011.

P. de la C. 1364

La medida es para establecer la Ley del Banco Universal de Datos, mediante la cual se crea el Banco Universal de Datos, adscrito a la Administración de Seguros de Salud, para mantener y usar información no-sensitiva a ser compartida con compañías aseguradoras privadas y proveedores de salud, a fin de detectar duplicidad en los seguros médicos públicos y privados**.** Esta iniciativa es una muy positiva para la industria de seguros de salud, si en efecto se logran sus propósitos.

El proyecto fue aprobado el 24 de junio de 2010 por la Cámara de Representantes. Se refirió entonces a la Comisión de Salud del Senado el 25 de junio de 2010. Esta comisión rindió un Informe positivo con enmiendas el 23 de junio de 2011.

P. de la C. 2583

Este proyecto de ley propone una enmienda a la Ley para incluir en las cubiertas de planes médicos la vacuna contra el Cáncer Cervical a los fines de que se incluya a varones dentro del programa de vacunación. La medida fue aprobada por la Cámara de Representantes el 9 de mayo de 2011. Se refirió a la Comisión de Salud del Senado el 11 de mayo de 2011.

P. de la C. 2871

Este proyecto es a los fines de requerir a todos los aseguradores, organizaciones de servicios de salud constituidas, planes de seguros y asociaciones con fines no pecuniarios, que suscriben seguros de servicios de salud en Puerto Rico, que incluyan, como parte de sus cubiertas, programas de acondicionamiento físico en los que los suscriptores puedan beneficiarse de talleres educativos y recreativos que ofrezcan clases de ejercicios y como mejorar la nutrición, entre otros afines.

El proyecto se aprobó por la Cámara de Representantes el 8 de septiembre de 2011 y fue referido a la Comisión de Salud del Senado el 14 de septiembre de 2011.

P. del S. 746

Se trata de una enmienda al inciso (2) del Artículo 31.020 del Capítulo 31de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico" a los fines de excluir a las cooperativas de la aplicación de la definición de "persona" como entidad jurídica y establecer específicamente que las mismas continuarán siendo reguladas por la Ley Núm. 239 de 1 de septiembre de 2004, conocida como "Ley General de Sociedades Cooperativas de Puerto Rico de 2004", y para otros fines.

El proyecto fue aprobado por la Cámara de Representantes, con enmiendas, el 14 de febrero de 2011. El Senado no concurrió con las enmiendas de la Cámara de Representantes el 29 de junio de 2011. Se llevó entonces al Comité de Conferencia el 30 de junio de 2011, emitiéndose un informe en esa misma fecha. El Senado aprobó el informe de conferencia, pero la Cámara de Representantes no lo aprobó. La medida quedó pendiente de acción y fue retirada del Calendario de la Cámara y enviada a la Comisión de Calendarios el 30 de junio de 2011. No ha habido desarrollos posteriores.

Este proyecto de ley es de gran preocupación para la industria de seguros de salud, pues con su aprobación se abrirían las puertas para el establecimiento de cooperativas de proveedores de servicios de salud, las cuales no tendrían que regirse por las reglas de negociación colectiva que se legislaron como parte del Capítulo 31 del Código de Seguros. Ello podría redundar en un desbalance en las posiciones de cada parte y lesionar las prácticas de sana competencia y justa negociación entre aseguradores y proveedores que se persigue mantener en el Capítulo 31. De trastocarse ese balance, la amenaza es que puedan aumentar los costos de los servicios, lo cual a la larga redundaría en perjuicio para el consumidor individual y los patronos, a quienes le aumentarían las primas de sus seguros de salud.

P. del S. 1072

El proyecto tiene la intención de crear la "Ley para Evaluaciones Auditivas y de Patología del Habla-Lenguaje de Puerto Rico" la cual requiere a todas las compañías aseguradoras que tienen asegurados en Puerto Rico y cuyas pólizas de seguro provean cubierta para hospitales, cirugías o

tratamiento médico, a brindar cubierta anualmente para evaluaciones auditivas y de patología del habla-lenguaje, siempre y cuando éstas sean prescritas por médicos, audiólogos o patólogos del habla debidamente licenciados.

El proyecto fue aprobado por el Senado el 11 de febrero de 2010. Posteriormente, el 9 de noviembre de 2010, la medida se aprobó en la Cámara de Representantes con enmiendas. El Senado no concurrió con las enmiendas de la Cámara de Representantes. Del récord legislativo a esta fecha se desprende que se accedió a conferenciar el 15 de noviembre de 2011. No ha habido desarrollos posteriores.

P. del S. 1329

Mediante este proyecto se propone establecer el protocolo de tratamiento estandarizado para la prevención, atención y control del asma en pacientes con asma persistente, moderada y severa, basado en las guías de manejo y tratamiento *National Asthma Education and Prevention Program*, a ser observado por todas las aseguradoras y organizaciones de servicios de salud en Puerto Rico. Se propone, además, establecer el Registro Especial de Pacientes con Asma, a ser identificados mediante el algoritmo estándar de utilización de servicios. Enmienda la Ley de la Administración de Seguros de Salud. Dispone que en las cubiertas de los planes de salud no habrá exclusiones por condiciones preexistentes, ni períodos de espera para el beneficiario. Además, dispone que los beneficiarios pacientes de asma, debidamente registrados, tendrán acceso al Fondo para el pago de especialistas, medicamentos de control y mantenimiento, laboratorios y pruebas especializadas.

El proyecto fue aprobado por el Senado, con enmiendas, el 27 de mayo de 2010. Se refirió a la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes el 2 de junio de 2010. Fue aprobado por la Cámara de Representantes, con enmiendas del informe, el 24 de marzo de 2011 y enviado al Gobernador el 1 de abril de 2011. El Gobernador devolvió la medida el 27 de abril de 2011. Se aprobó por el Senado en reconsideración con enmiendas de sala el 1 de septiembre de 2011.

P. del S. 2198

Esta medida es a los fines de crear la Ley de Política Pública de Pagos y Cobertura Médica. Prohíbe que los aseguradores de planes de salud rechacen las recetas de un médico y/o denieguen la autorización de hospitalización de un paciente.

Fue aprobado por el Senado, con enmiendas, el 17 de octubre de 2011 y referido a la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes el 20 de octubre de 2011. Aunque se reconoce que se trata de una medida dirigida hacia evitar que se racionen los servicios de salud, a nuestro juicio, no debe legislarse para atender casos o situaciones particulares que se desvían de las normas. Dichas situaciones deben atenderse en sus méritos e individualmente, sin establecer una norma que, lejos de beneficiar, podría perjudicar a la industria. Tenemos serias reservas sobre las consecuencias que puede traer la medida, pues su aplicación podría acarrear serios problemas de

interpretación en cuanto a la extensión de las cubiertas contempladas en las pólizas de seguro médico.

P. de la C. 3090

Este proyecto tiene la intención de requerir a todos los aseguradores, organizaciones de servicios de salud constituidas, planes de seguros y asociaciones con fines no pecuniarios, que suscriben seguros de servicios de salud en Puerto Rico, que incluyan, como parte de sus cubiertas, todo tipo de equipo o servicio que puede ser utilizado para aumentar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de las personas con impedimentos (equipos de asistencia tecnológica); y para otros fines relacionados. Este proyecto no es favorecido por entenderse que la incorporación de dicho beneficio mandatorio redundará en un aumento significativo de primas.

Fue aprobado por la Cámara de Representantes el 5 de mayo de 2011. Se refirió a la Comisión de Salud del Senado el 9 de mayo de 2011.

P. de la C. 3185

Se trata de una enmienda a la Ley de la Administración de Seguros de Salud para incluir a los policías auxiliares, bomberos voluntarios y miembros del Cuerpo de Voluntarios de la Agencia Estatal para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (AEMEAD) entre los beneficiarios de la Reforma de Salud.

Fue aprobado por la Cámara de Representantes, con enmiendas del informe y de sala, el 23 de junio de 2011. Se encuentra ante la consideración de la Comisión de Salud del Senado, desde el 24 de junio de 2011.

P. del S. 958

Se trata de una propuesta de enmienda el Código de Seguros para derogar y sustituir el Capítulo 30 por nuevas disposiciones en torno al pago inmediato a los proveedores, disponiendo para el pago inmediato de los honorarios médicos cuando éstos son prestados por conducto de un plan médico, y propone un procedimiento para objetar las reclamaciones.

Esta medida fue aprobada por el Senado, con enmiendas del informe, el 12 de noviembre de 2009. Fue referida a la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes, rindiéndose un Informe Positivo, con enmiendas, por la Comisión de Salud el 20 de abril de 2010. El proyecto quedó pendiente de acción posterior en el Calendario de la Cámara, el 23 de junio de 2010. Se retiró el informe de la Comisión de Salud y fue devuelto a dicha comisión el 25 de junio de 2011. No ha habido desarrollos posteriores.

La propuesta no es endosada, pues entre otros extremos, dado la naturaleza y diversidad de los servicios de salud que se facturan, las reclamaciones realmente no son transacciones susceptibles de tratarse como cualquier mercancía en el comercio. Además, su implantación trastocaría la

salud financiera de los aseguradores, que programan los desembolsos a proveedores según entran los ingresos por primas, administrando así el flujo de efectivo de los aseguradores. Ese costo se traduciría en aumentos al consumidor. Finalmente, la medida resulta innecesaria a esta fecha, ya se aprobó una enmienda a la Ley de Pago Puntual para reducir el término de pago de reclamaciones limpias de 50 a 30 días, la Ley Núm. 150 de 27 de julio de 2011.

P. de la C. 3564

Requiere a los aseguradores y planes de servicios de salud que operan en Puerto Rico, así como aquellos contratados a través de la Administración de Seguros de Salud, a que incluyan en su cubierta, tanto los medicamentos orales como los medicamentos inyectables contra el cáncer. El proyecto fue aprobado por la Cámara de Representantes, sin enmiendas, el 10 de noviembre de 2011. Está ante la Comisión de Salud del Senado.

Nuevamente, se trata de una medida que conlleva la imposición de beneficios mandatorios, lo cual podría incidir negativamente sobre la prima y, en consecuencia, afectar la accesibilidad del consumidor al seguro de salud.