

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18^{va.} Asamblea
Legislativa

5^{ta.} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 1204

25 de febrero de 2019

Presentado por el señor *Martínez Santiago*

Referido a la Comisión de Salud

LEY

Para añadir un nuevo inciso (I) al Artículo 2.030 de la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, conocida como “Código de Seguro de Salud de Puerto Rico,” reenumerar los actuales incisos (I), (J), (K), (L), (M), (N), (O), (P), (Q), (R), (S), (T), (U), (V), (W), (X), (Y), (Z), (AA), (BB), (CC), (DD) como los nuevos incisos (J), (K), (L), (M), (N), (O), (P), (Q), (R), (S), (T), (U), (V), (W), (X), (Y), (Z), (AA), (BB), (CC), (DD), (EE), respectivamente; añadir un nuevo inciso (N) al Artículo 2.050, de la Ley Núm. 194-2011, según enmendada; y añadir un nuevo Capítulo 5 a la Ley Núm. 194-2011, según enmendada; a los efectos de definir el término “medicamentos especializados;” eximir los medicamentos especializados de la limitación a la imposición de compartir costos; crear el Programa de Reaseguro Obligatorio de Medicamentos Especializados; y para otros fines.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En Puerto Rico se ha incrementado significativamente el costo de los medicamentos recetados, especialmente los medicamentos especializados que frecuentemente representan entre un 35% a un 40% del gasto total del beneficio de farmacia de un plan médico. Los medicamentos especializados son medicamentos típicamente de mayor costo que otros tipos de medicamentos y que típicamente requieren un manejo y apoyo adicional para su administración. Estos medicamentos se utilizan para tratar enfermedades complejas, poco comunes y de alto impacto financiero

para quien tenga responsabilidad de pago por los mismos, costando los mismos hasta más de \$20,000 por despacho mensual por paciente.

El impacto de estos medicamentos en los precios de los planes médicos es directo e inmediato. Al aparecer sólo uno o dos pacientes en un grupo de asegurados, que requieran un medicamento especializado, inmediatamente se ve afectada la experiencia de utilización de tal grupo. Al tratarse de un gasto sustancial, consistente y predecible, que aparece con precisión en los informes de utilización del grupo, la reacción natural del mercado es de subir drásticamente las primas ofrecidas para asumir el riesgo de ese grupo en particular. Esto a su vez le deja pocas alternativas al grupo en el mercado local ya que todo asegurador que cotiza el riesgo puede medir con precisión el gasto de farmacia de dichos pacientes y por ende se suma el costo completo de dicha terapia a las primas del grupo. Esto es totalmente contrario a los principios básicos de un seguro que pretende diluir casos de alto impacto a través de toda una cartera de negocio. Por ende, el propósito primordial de esta legislación es establecer un Reaseguro Obligatorio de Medicamentos Especializados (ROME) donde toda organización de Seguros de Salud o asegurador comercial del país participe del mismo para diluir el impacto de todo medicamento especializado a través de una prima nivelada y uniforme Por Miembro Por Mes (PMPM) para todo el segmento comercial, incluyendo planes de grupos grandes, grupos pequeños (PYMES) y planes individuales, cuenten o no con cubierta de farmacia.

El no haberse atendido esta situación ha traído como consecuencia nefasta que muchos patronos con pacientes de medicamentos especializados en su grupo pasen el impacto en primas al bolsillo de sus empleados al mantener su aportación patronal inalterada, afectando así el acceso a opciones terapéuticas clínicamente indicadas para estos empleados y sus dependientes. En algunos casos el aumento drástico a la aportación mensual del empleado causa que los empleados o sus dependientes (pacientes) tengan que recurrir a cualificarse y registrarse en el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, ahora VITAL, siendo esta la alternativa lógica para estos

pacientes acceder a los medicamentos especializados que sus médicos especialistas entienden son necesarios para su tratamiento. El resultado ha sido un aumento sustancial en el costo de los medicamentos del programa VITAL, pasando esta carga económica al estado en un punto histórico donde menos el estado está preparado para asumir dicha carga.

El segundo propósito de esta legislación es bajar significativamente el precio de adquisición de estos medicamentos especializados tan importantes para la salud de los pacientes afectados, utilizando programas de ayuda de la industria farmacéutica como herramienta principal. En el pasado, para mitigar el impacto económico de los medicamentos especializados, el mercado de seguros local había recurrido a alterar el diseño del beneficio de farmacia aumentando el por ciento de aportación del paciente, típicamente conocido como el *coaseguro* para estos medicamentos especializados a un 30% o más, del costo total del medicamento. Oportunamente, la industria farmacéutica, reconociendo que tal carga económica sería onerosa para el paciente, estableció un sinnúmero de Programas de Ayuda al Paciente con el propósito primordial de subsidiar el coaseguro del medicamento para que esto no fuese impedimento para el despacho de sus productos a estos pacientes. Sin embargo, con la aprobación del *Affordable Care Act* a nivel federal (ACA, por sus siglas en inglés) se estableció una limitación a la imposición de requisitos de compartir costos, mejor conocido como un *Maximum-out-of-Pocket* (MOOP) por regulación federal, el cual buscaba establecer estatutariamente los montos máximos que un individuo o una unidad familiar iban a pagar por sus servicios médicos y gastos de medicamentos durante un año póliza, específicamente para gastos considerados parte de los Beneficios de Salud Esenciales (*Essential Health Benefits*, o EHB en sus siglas en inglés). La aplicación de una versión local del MOOP en nuestra reglamentación, a unos niveles o montos menores a los típicamente observados en los Estados Unidos, tuvo el efecto adverso de abruptamente truncar los subsidios de la industria farmacéutica a un máximo de \$6,350 por asegurado por año (es decir, equivalente al MOOP local), cuando antes dichos subsidios ascendían a hasta más de \$30,000 por año. Como punto de referencia, en vez de subsidiar el 30% de coaseguro

completo para medicamentos especializados, el *MOOP* inoportunamente limitaba tal subsidio a sólo un 8-9% del costo total del medicamento. Esta legislación busca revertir el efecto adverso de haber limitado el subsidio de la industria farmacéutica, estableciendo un coaseguro uniforme de un 40% para medicamentos especializados, con el propósito singular de permitir a la industria farmacéutica aportar el monto de este coaseguro a través de sus Programas de Ayuda al Paciente. Hay que enfatizar que el contar con un inventario amplio de Programas de Ayuda al Paciente de la industria farmacéutica permite que los grandes recursos de estas empresas redundan en un mayor acceso a terapias para nuestros pacientes. A tales efectos, persiguiendo tanto la estabilidad del mercado local de seguros individuales y grupales, como la capacidad de los patronos de absorber los costos incrementales de las primas, y buscando un mejor acceso de estos medicamentos especializados para nuestros pacientes, entendemos se requiere esta legislación de manera urgente.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos Federal (*Health and Human Services*, o *HHS*, por sus siglas en inglés) eximió a Puerto Rico y los otros territorios de cumplir con seis (6) de los elementos principales de *ACA*. Sin embargo, Puerto Rico ha optado por cumplir con todos los requisitos por legislación local. Es por esta razón que debemos legislar para excluir a Puerto Rico de cumplir con ciertos requisitos que no operan en beneficio de nuestros pacientes. La legislación presentada persigue entonces la agregación del riesgo y el reaseguro posterior del gasto de medicamentos especializados por todas los aseguradores y organizaciones de Seguros de Salud que ofrezcan productos en el mercado comercial local.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

- 1 Artículo 1.- Se añade un nuevo inciso (I) al Artículo 2.030 de la Ley Núm.
- 2 194-2011, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Salud de
- 3 Puerto Rico,” y se reenumeran los actuales incisos (I) (J), (K), (L), (M), (N), (O), (P),
- 4 (Q), (R), (S), (T), (U), (V), (W), (X), (Y), (Z), (AA), (BB), (CC), (DD) como los

1 nuevos incisos (J), (K), (L), (M), (N), (O), (P), (Q), (R), (S), (T), (U), (V), (W), (X),
2 (Y), (Z), (AA), (BB), (CC), (DD), (EE), respectivamente, para que lea como sigue:

3 “Artículo 2.030.- Definiciones

4 Para fines de este Código y excepto para aquellos Capítulos donde
5 se provea una definición más específica, los siguientes términos
6 tendrán el significado que se indica a continuación:

7 A. ...

8 ...

9 I. *“Medicamentos Especializados” significa al menos aquellos*
10 *medicamentos que según las guías de los “Centers for Medicare and*
11 *Medicaid Services” (CMS) cualifiquen para Nivel de Medicamentos*
12 *Especializados (Specialty Tier Drugs). Más explícitamente, significa*
13 *aquellos medicamentos con un precio de lista en exceso a \$600 en base de*
14 *terapia mensual por paciente, con énfasis en aquellos medicamentos cuyo*
15 *manufacturero cuenta con un Programa de Ayuda al Paciente capacitado*
16 *para subsidiar el costo del medicamento; y/o aquellos que se utilicen en*
17 *pacientes con condiciones crónico-debilitantes que requieran un manejo*
18 *clínico “high-touch.”*

19 [I.] J. *“Necesidad Médica” significa...*

20 ...

21 [DD.] EE. *“Beneficios de Salud Esenciales” significa...*

22 *“Programa de Ayuda al Paciente” significa ...*

1 Artículo 2.- Se añade un nuevo inciso (N) al Artículo 2.050, de la Ley Núm.
2 194-2011, para que lea como sigue:

3 “Artículo 2.050.- Conformidad con Leyes Federales
4 Cualquier disposición de este Código que conflija o trate sobre un
5 asunto regulado por alguna ley, reglamento federal o directriz
6 administrativa emitida por una agencia federal que sea aplicable a
7 Puerto Rico en el área de la salud o de los planes médicos, se
8 entenderá enmendada para que armonice con tal ley o reglamento
9 federal. Además:

10 A. ...

11 ...

12 N. *No obstante lo dispuesto en el Artículo 2.050(D)(2) de este Código,*
13 *todo asegurador u organización de Seguros de Salud que provea*
14 *planes médicos grupales o individuales ofrecerá en todos sus*
15 *productos cubierta de medicamentos especializados sin que estos*
16 *medicamentos estén sujetos a la limitación a la imposición de*
17 *requisitos de compartir costos o antes descrito el MOOP.*

18 Artículo 3.- Se añade un nuevo Capítulo 5 a la Ley Núm. 194-2011, según
19 enmendada, conocida como “Código de Seguro de Salud de Puerto Rico,” para
20 que lea como sigue:

21 “Capítulo 5. Programa de Reaseguro Obligatorio de Medicamentos
22 Especializados (ROME)

1 *Artículo 5.010. Título*

2 *Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo del Programa de*
3 *Reaseguro Obligatorio de Medicamentos Especializados (ROME).*

4 *Artículo 5.020. Propósito*

5 *El propósito de este Capítulo es establecer el Programa de Reaseguro*
6 *Obligatorio de Medicamentos Especializados (ROME) para garantizar el*
7 *acceso a todo medicamento especializado en el mercado individual y grupal*
8 *de seguros de salud en Puerto Rico dispersando la totalidad del riesgo del*
9 *costo de los medicamentos especializados entre todo el mercado de seguros de*
10 *salud individual y grupal comercial de Puerto Rico y permitiendo que se*
11 *mejore tanto el acceso a dichos medicamentos por los pacientes y se*
12 *normaliza su aportación de bolsillo (“coaseguro”) al momento de despacho*
13 *del mismo. El Programa ROME será administrado por el Comité Técnico del*
14 *Programa de Reaseguro Obligatorio de Medicamentos Especializados, el cual*
15 *tendrá a su haber, entre otras, desarrollar una solicitud de propuestas (RFP,*
16 *por sus siglas en inglés) dirigida al mercado de compañías reaseguradoras,*
17 *evaluar las propuestas y oportunamente adjudicar la solicitud de propuesta.*

18 *Artículo 5.030. Definiciones*

19 *Para efectos de este Capítulo los siguientes términos tendrán el significado*
20 *que se indica a continuación:*

1 A. *“Comité Técnico del Programa de Reaseguro Obligatorio de*
2 *Medicamentos Especializados” o “Comité” significa el comité que*
3 *se crea en el Artículo 5.050 de este Capítulo.*

4 B. *“Programa de Reaseguro Obligatorio de Medicamentos*
5 *Especializados” o “Programa ROME” significa programa que se*
6 *crea en el Artículo 5.040 de este Capítulo.*

7 C. *“Comisionado de Seguros” o “Comisionado” significa el*
8 *Comisionado de Seguros de Puerto Rico.*

9 *Artículo 5.040. Programa de Reaseguro Obligatorio de Medicamentos*
10 *Especializados (ROME)*

11 *Se crea el Programa de Reaseguro Obligatorio de Medicamentos*
12 *Especializados (ROME), adscrito a la Oficina del Comisionado de Seguros*
13 *de Puerto Rico. Toda organización de Seguros de Salud y asegurador que*
14 *ofrezca planes médicos individuales o grupales comerciales en Puerto Rico,*
15 *excluyendo planes Medicare Advantage y el Plan de Salud del Gobierno*
16 *(PSG), incluya o no cobertura de farmacia, vendrá obligado a participar del*
17 *Programa ROME.*

18 *El Comité nombrará un Director Ejecutivo del Programa, quien estará a*
19 *cargo de ejecutar todas las funciones delegadas por el Comité Técnico*
20 *relacionadas a la administración del Programa ROME. Dicho Director*
21 *Ejecutivo reportará directamente a la Junta de la Oficina del Comisionado de*
22 *Seguros o en su defecto al Comisionado.*

1 *Artículo 5.050. Comité Técnico del Programa de Reaseguro Obligatorio de*
2 *Medicamentos Especializados*

3 A. *Se crea el Comité del Programa de Reaseguro Obligatorio de*
4 *Medicamentos Especializados. El Comité estará adscrito a la*
5 *Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. La Oficina del*
6 *Comisionado de Seguros de Puerto Rico proveerá al Comité una*
7 *oficina o espacio donde pueda realizar sus reuniones, así como el*
8 *apoyo administrativo y técnico necesario para llevar a cabo sus*
9 *funciones.*

10 B. *Entre las funciones del Comité se encuentran el mantener un*
11 *listado activo de todos los medicamentos especializados que*
12 *cualifiquen para el Programa ROME, según la definición provista*
13 *en el Capítulo 2 de este Código y las aprobaciones del FDA;*
14 *actualizar cada tres meses el listado de medicamentos especializados*
15 *tomando en consideración inclusiones de nuevos agentes,*
16 *exclusiones y extensiones de línea, y elaborar un proceso de*
17 *solicitud de propuestas formal (RFP) a las diferentes compañías de*
18 *reaseguro en dicho mercado;*

19 C. *El Comité tendrá todos los poderes necesarios y convenientes para*
20 *llevar a cabo y efectuar sus funciones tales como adoptar su*
21 *reglamento interno, promulgar reglamentos y administrar los*
22 *fondos del Programa ROME.*

1 G. *Una vez el Senado de Puerto Rico confirme a los integrantes del*
2 *Comité, el Comisionado de Seguros tendrá un término no mayor de*
3 *cuarentaicinco (45) días para citar a una reunión inicial del Comité*
4 *donde los integrantes seleccionarán los puestos de vicepresidente(a)*
5 *y secretario(a) y establecerán un calendario de trabajo para dar fiel*
6 *cumplimiento a las disposiciones de este Capítulo. El cuórum*
7 *requerido para las reuniones del Comité será de cinco (5) de los*
8 *siete (7) integrantes, y los acuerdos se tomarán por mayoría simple*
9 *de los(as) integrantes presentes.*

10 *Artículo 5.060. Requerimiento de Propuestas*

11 *En un término no mayor de sesenta (60) días después de su reunión inicial,*
12 *el Comité Técnico deberá abrir un proceso de solicitud de propuestas a*
13 *compañías de reaseguro. Este término se podrá prorrogar treinta (30) días*
14 *adicionales por acuerdo del Comité.*

15 *El requerimiento de propuesta deberá considerar lo siguiente.*

16 A. *Se le prohíbe al Comité Técnico del Programa ROME, o a cualquier*
17 *otra instrumentalidad de gobierno, nombrar un corredor, productor*
18 *u otro intermediario para el Programa ROME, con el propósito de*
19 *que la contratación de la póliza de reaseguro sea directamente con*
20 *la(s) compañía(s) reaseguradora(s) y/o sus MGU (“Managing*
21 *General Underwriters”) para evitar los cargos adicionales que estos*
22 *intermediarios representan a las primas cotizadas, y para evitar*

1 *cualquier interés especial en el negocio. Será el mismo Comité*
2 *Técnico que provee el peritaje necesario, con apoyo administrativo y*
3 *técnico de la Oficina del Comisionado de Seguros, y de cualquier*
4 *consultor contratado a base de un pago fijo u honorario por hora,*
5 *para desarrollar la solicitud de propuestas (RFP) de acuerdo con lo*
6 *establecido en este Artículo 5.060, y para evaluar la cobertura y*
7 *propuesta financiera ofrecida por cada proponente.*

8 B. *El periodo de cobertura del Programa ROME será el año calendario*
9 *natural, del 1ero de enero al 31 de diciembre de cada año.*

10 C. *La solicitud de propuestas (RFP) incluirá la definición específica de*
11 *Medicamentos Especializados que aplicaría para el próximo año*
12 *póliza, partiendo de la premisa que toda terapia farmacéutica con*
13 *un precio de lista en exceso de \$600 por paciente por mes estará*
14 *cubierta, sea por despacho en la farmacia o por una cubierta médica*
15 *("Medical Drugs"), exceptuando aquellas terapias definidas como*
16 *excluidas por el Comité Técnico.*

17 D. *La cubierta del Programa ROME tendrá un deducible y un*
18 *coaseguro, representando el riesgo a retenerse por cada*
19 *organización de Seguros de Salud o asegurador que participe del*
20 *programa. El Deducible del Programa ROME se define como los*
21 *primeros \$600 de la terapia mensual de cada paciente por cada*
22 *medicamento especializado utilizado. Es decir que el Programa*

1 ROME solamente cubrirá el exceso de los primeros \$600 de cada
2 medicamento especializado para cada mes de terapia. En adición a
3 los primeros \$600, la organización de Seguros de Salud o
4 asegurador retendrá el 10% del riesgo en exceso de los primeros
5 \$600 de cada medicamento especializado para cada mes de terapia.
6 Este 10% se definirá como el Coaseguro del Programa ROME. Es
7 decir que el Programa ROME cubrirá el 90% del exceso de los
8 primeros \$600 de cada medicamento especializado para cada mes de
9 terapia.

10 E. Utilizando la misma definición de Medicamentos Especializados
11 descrita en el inciso (C) arriba, el Comité Técnico le solicitará dos
12 (2) archivos de data electrónica de experiencia más un archivo del
13 registro mensual de membresía ("Member Months") a cada
14 organización de Seguros de Salud y asegurador que participará del
15 Programa ROME, cada uno con treinta (30) meses de experiencia.
16 El primer archivo de data electrónica corresponde a la utilización de
17 Medicamentos Especializados despachados por la farmacia. El
18 segundo archivo de data electrónica corresponde a la utilización de
19 Medicamentos Especializados despachados por la cubierta médica
20 ("Medical Drugs"). Los treinta (30) meses de experiencia, tanto
21 para los archivos de data electrónica como para el archivo del
22 registro mensual de membresía ("Member Months") incluirá

1 *específicamente los dos (2) años calendarios anteriores al año en*
2 *curso, más los primeros seis (6) meses (enero a junio) del año en*
3 *curso. El Comité Técnico debe establecer un formato de récord*
4 *("record layout") preciso y uniforme para cada organización de*
5 *Seguros de Salud y asegurador que incluya campos como la fecha*
6 *del despacho, el código NDC, HCPCS y/o J-Code de cada*
7 *medicamento despachado, "Member ID" (de-identificado para*
8 *cumplir con HIPAA) de cada paciente, NPI de la farmacia, el*
9 *médico u otra entidad quien despachó el medicamento, nombre de la*
10 *farmacia, el médico u otra entidad quien despachó el medicamento,*
11 *precio AWP del medicamento (precio AWP por Unidad*
12 *multiplicado por la cantidad de unidades despachadas), precio del*
13 *ingrediente ("Ingredient Cost"), cargo por despacho ("Dispensing*
14 *Fee"), porción del costo que fue responsabilidad del paciente*
15 *("Patient Paid Amount"), pago neto a la farmacia, al médico y otra*
16 *entidad ("Plan Paid Amount"), indicador marca o genérico (M, N,*
17 *O, Y), indicador formulario (Y, N), y cualquier otro campo de*
18 *información que determine el Comité Técnico.*

19 *F. La prima a cotizarse por cada reasegurador proponente debe ser a*
20 *base de una prima Por Miembro Por Mes (PMPM) garantizado*
21 *por el periodo de doce (12) meses de enero a diciembre (año*
22 *calendario natural) del año siguiente al año en curso y cubrirá todo*

1 *Medicamento Especializado de acuerdo con la definición de*
2 *Medicamentos Especializados establecido por el Comité Técnico*
3 *como parte del inciso (C) arriba, aplicando el Deducible y*
4 *Coaseguro del Programa ROME, de acuerdo con el inciso (D)*
5 *arriba.*

6 G. *Cada organización de Seguros de Salud o asegurador que participe*
7 *del Programa ROME tendrá la opción de descontar de su pago*
8 *mensual de prima de reaseguro una cantidad equivalente al 90%*
9 *del exceso de \$600 por cada mes de terapia de cada medicamento*
10 *especializado despachado, de acuerdo con la definición de*
11 *Medicamentos Especializados establecido como parte del inciso (C)*
12 *arriba, para los servicios pagados durante el mes anterior al pago de*
13 *prima, siempre y cuando dicha organización de Seguros de Salud o*
14 *asegurador someta un archivo electrónico en el mismo formato de*
15 *récord ("record layout") establecido en el inciso (E) arriba para así*
16 *sustentar lo descontado del pago de prima.*

17 *y cualquier otro asunto que el Comité, mediante acuerdo debidamente*
18 *certificado, entienda necesario.*

19 *Artículo 5.070. Evaluación de Propuestas*

20 *Una vez recibidas las propuestas, el Comité tendrá un término de treinta*
21 *(30) días para adjudicar a cuál/es de la(s) compañía(s) de reaseguro se le*
22 *otorgará el contrato. La determinación deberá venir acompañada con un*

1 *informe detallado de las razones que guiaron al Comité, con particular peso*
2 *al aspecto financiero. En el proceso de evaluación de propuestas y de*
3 *adjudicación el Comité podrá solicitar la ayuda de los recursos técnicos de la*
4 *Oficina del Comisionado de Seguros, y si fuese necesario, de un consultor*
5 *externo contratado a base de un pago fijo u honorario por hora.*

6 *Artículo 5.080. Diseño de Beneficio de Medicamentos Especializados*

7 *Todas las cubiertas individuales y grupales de las organizaciones de seguros*
8 *de salud o aseguradoras que ofrezcan planes médicos en Puerto Rico tendrán*
9 *un diseño donde la persona cubierta tendrá un coaseguro equivalente a un*
10 *cuarenta (40) por ciento del costo total del medicamento especializado con la*
11 *intención de cubrir dicho coaseguro con los Programas de Ayuda del*
12 *Paciente de la industria farmacéutica.*

13 *Artículo 5.090. Ajuste a la Experiencia de Clientes Grupales*

14 *En la determinación de las primas de renovación de sus clientes grupales,*
15 *cada organización de Seguros de Salud y cada asegurador ajustará la*
16 *experiencia de utilización para reflejar un crédito por la porción de la*
17 *utilización de medicamentos especializados cedida al Programa ROME,*
18 *reemplazando el mismo por el costo directo, sin cargos adicionales, de las*
19 *primas niveladas a base del PMPM del Programa ROME.*

20 *Artículo 5.100. Crédito por Reservas sobre Riesgo Cedido ("Risk-Based*
21 *Capital" o RBC, por sus siglas en inglés)*

1 *Conforme a lo establecido en el Capítulo 46 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio*
2 *de 1957, según enmendada, conocida como Código de Seguros de Puerto*
3 *Rico, al participar en el Programa ROME, la organización de Seguros de*
4 *Salud o asegurador podrá obtener un crédito por el riesgo cedido al*
5 *reasegurador a consecuencia del Programa ROME en la determinación de su*
6 *nivel de capital en exceso como función del riesgo asumido (“Risk-Based*
7 *Capital” o RBC, en sus siglas en inglés).*

8 **Artículo 4.- Vigencia**

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