

**GOBIERNO DE PUERTO RICO**

19<sup>na.</sup> Asamblea  
Legislativa

3<sup>ra.</sup> Sesión  
Ordinaria

**SENADO DE PUERTO RICO****P. del S. 783**

2 de marzo de 2022

Presentado por los señores *Rivera Schatz, Ríos Santiago*; la señora *Jiménez Santoni*; el señor *Matías Rosario*; la señora *Moran Trinidad*; el señor *Neumann Zayas*; las señoras *Padilla Alvelo, Riquelme Cabrera, Soto Tolentino* y el señor *Villafañe Ramos*

*Referido a la Comisión de Salud*

**LEY**

Para enmendar el Artículo IV, Sección 2 de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico” y añadir a ésta los nuevos subincisos (t), (u) y (v) a los fines de establecer nuevas funciones a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico para promover y asegurar el acceso de los pacientes a los proveedores de servicios de salud; para facultar a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico a establecer reglamentación para cumplir con los propósitos de esta ley; y para otros fines relacionados.

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

El Gobierno de Puerto Rico reconoce el derecho a la salud de nuestros ciudadanos. Para hacer valer dicho derecho y poder facilitar el acceso de servicios de calidad a la población beneficiaria de los fondos Medicaid y sus programas, la Ley 72-1993, según enmendada, estableció la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (en adelante “ASES”).

La creación de ASES es cónsona con los planes estatales de manejo del programa Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Medicaid es un programa mediante el cual el Gobierno Federal aporta ayuda a los estados y territorios

para pagar los gastos médicos de ciertos grupos de personas con bajos recursos. Por su parte, CHIP se estableció para brindar nuevas oportunidades de cobertura médica a bajo costo a los niños de familias con ingresos demasiado altos para calificar para Medicaid, pero que no pueden pagar una cobertura privada. En Puerto Rico se opera como un programa de expansión de Medicaid financiado por el título XXI y cubre a niños de hasta 19 años con ingresos familiares de hasta el 266 por ciento del nivel de pobreza local.

Un plan estatal de Medicaid y CHIP; acorde al Center for Medicare and Medicaid Services (o “CMS” por sus siglas en inglés), *“es un acuerdo entre un estado y el gobierno federal que describe cómo ese estado administra sus programas de Medicaid y CHIP. Ofrece la seguridad de que un estado cumplirá con las reglas federales y puede reclamar fondos de contrapartida federales para las actividades de su programa. El plan estatal establece los grupos de personas que se cubrirán, los servicios que se brindarán, las metodologías para los proveedores que se reembolsarán y las actividades administrativas que se están llevando a cabo en el estado.”*

ASES tiene la responsabilidad de implantar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores, organizaciones de Servicios de Salud y proveedores un sistema de seguros de salud que brinde a todos los residentes de la Isla beneficiarios de Medicaid, CHIP y desde el 2006 los Medicare Platino, acceso a cuidados médico-hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera. Desde el 1994, ASES ejerce las funciones antes mencionadas, cuando se implementó la llamada Reforma de Salud, hoy día Plan Vital.

Dado lo dinámico del ambiente de los servicios de salud y el balance que debe haber entre los servicios de calidad y el manejo adecuado de los fondos, desde que se promulgó la Ley 72, *supra*, ésta ha sido enmendada para hacerla una más efectiva y a tenor con los retos que conlleva el servir a dicha población. Sin embargo, su última enmienda fue en el año 2015.

El Plan Vital administrado por ASES es el programa de seguros de salud de mayor cantidad de beneficiarios en la Isla, con alrededor de 1.5 millones de

beneficiarios adscritos al programa acorde con CMS. Al presente, dado el aumento de la población beneficiaria desde el 2017 por los desastres naturales y la pandemia que han aquejado a Puerto Rico, es menester y una necesidad el mantener una red de proveedores robusta y adecuada, para que nuestros pacientes tengan acceso oportuno, apropiado y completo a dichas redes de proveedores. Por los cambios y dinámicas del mercado, al presente existen solamente cuatro (4) aseguradores bajo el Plan Vital y cuatro (4) bajo el Medicare Platino. La doctrina económica establece en general que, mientras menos participantes en el mercado, más concentrado éste y mayor el riesgo de colusión, lo que daría al traste con uno de los pilares del Plan Vital que se basa en la competencia por mejores servicios y calidad entre las aseguradoras al ser estas organizaciones de cuidado dirigido (“managed care organizations” o “MCO’s” en inglés). A la vez que se buscan los beneficios y la costo-efectividad de un programa de cuidado dirigido, es importante contar con acceso suficiente a la piedra angular del servicio de salud, los proveedores y que sus condiciones sean unas adecuadas. Por tal razón, las funciones fiscalizadoras de ASES deben estar atemperadas a las condiciones dinámicas y los retos que presenta el cuidado de nuestra población más vulnerable.

Lo anterior, forma parte del compromiso esbozado en la página 117 de Puerto Rico Promete en la que expresamos que estaríamos revisando la estructura de la Administración de Servicios de Salud (ASES) para enfatizar las competencias gerenciales y líneas de responsabilidad donde la ASES debe tener un rol protagónico en la contratación de proveedores para el Plan VITAL.

En atención a lo anterior es pertinente que ASES pueda emitir directrices necesarias y apropiadas cuando lo entienda apropiado y así habilitar la contratación de proveedores por parte de las aseguradoras y organizaciones de cuidado de la salud, asegurando de esa forma que las redes de proveedores sean adecuadas, accesibles y completas, así como la provisión de tarifas uniforme por los servicios profesionales prestados que compense de forma adecuada los servicios médico-hospitalarios y de apoyo rendidos a los beneficiarios del plan.

**DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:**

1           Artículo 1.- Se enmienda el artículo IV, Sección 2 de la Ley Núm. 72-1993, según  
2 enmendada, para que se lea como sigue:

3           “ARTÍCULO IV. – ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO  
4 RICO.

5           Sección 1. - Creación.

6           ....

7           Sección 2. - Propósitos, Funciones y Poderes:

8           La Administración será el organismo gubernamental encargado de la  
9 implantación de las disposiciones de esta Ley. A esos fines, tendrá los siguientes  
10 poderes, funciones, que radicarán su Junta de Directores:

11 (a) Implantar planes de servicios médico-hospitalarios basados en seguros de salud.

12 ...

13 (t) *Establecer, de conformidad con las leyes y regulaciones federales aplicables, el Plan Estatal de*  
14 *Medicaid para Puerto Rico, y las leyes y reglamentos del Gobierno de Puerto Rico, un sistema*  
15 *uniforme y estandarizado de tarifas de compensación mínima para todos los proveedores*  
16 *participantes que será obligatoria para las aseguradoras y organizaciones de cuidado de la salud*  
17 *en sus procesos de contratación con dichos proveedores. Este sistema de tarifas de compensación*  
18 *mínima se realizará de conformidad con los principios actuariales y financieros generalmente*  
19 *usados en los sectores de servicios de salud tanto local como nacional; provisto, sin embargo, que*  
20 *dicho sistema de tarifas de compensación mínima no tendrá el propósito de establecer tarifas*  
21 *específicas para la compensación de servicios de salud particulares, sino proveer los límites*

1 *mínimos congruentes con la compensación apropiada a los proveedores según determinado por la*  
2 *Administración a base de su peritaje y de las condiciones de mercado de servicios de salud*  
3 *generalmente aceptadas. La Administración creará y adoptará los reglamentos, protocolos y*  
4 *metodología apropiados para fijar estas tarifas de compensación mínima, los cuales serán*  
5 *revisados de tiempo en tiempo para actualizar su contenido y congruencia con las condiciones de*  
6 *mercado.*

7 *(u) Emitir las directrices necesarias y apropiadas para mantener la idoneidad y accesibilidad a*  
8 *las redes de proveedores contratadas por las aseguradoras u organizaciones de servicios de salud*  
9 *de manera que los beneficiarios del sistema tengan acceso oportuno, apropiado y completo a*  
10 *dichas redes de proveedores. La Administración podrá emitir, además, directrices necesarias y*  
11 *apropiadas para habilitar la contratación de proveedores por parte de las aseguradoras y*  
12 *organizaciones de cuidado de la salud cuando, a juicio de la Administración, y basado en criterios*  
13 *generalmente aceptados del mercado de servicios de salud, sea apropiada para el funcionamiento*  
14 *del sistema esta contratación adicional. Lo anterior es sin perjuicio de la capacidad de*  
15 *negociación individual sobre tarifas específicas para los servicios de las aseguradoras,*  
16 *organizaciones de cuidado de la salud y proveedores, todo de estricta conformidad con el*  
17 *subinciso (t) anterior.*

18 *(v) La Administración, con el fin de garantizar la sana administración y transparencia*  
19 *financiera, podrá auditar, monitorear y/o fiscalizar todo lo relacionado a los acuerdos de*  
20 *compensación entre las aseguradoras y los proveedores de servicio, incluyendo, pero no limitado*  
21 *a los pagos bajo capitación, por tarifa, distribución de riesgo, retenciones o incentivos hechos a los*  
22 *proveedores. La capacidad de fiscalización, auditoría y monitoreo de la Administración sobre las*

1 *organizaciones de cuidado de salud y/o proveedores no estará limitada por la relación contractual*  
2 *que vincula el proveedor con la aseguradora de manera que, la Administración podrá*  
3 *directamente intervenir y administrar cualquier proceso de fiscalización con el fin de garantizar*  
4 *el cumplimiento de la sana administración y transparencia financiera, y de conformidad con las*  
5 *leyes y regulaciones federales aplicables, el Plan Estatal de Medicaid para Puerto Rico, y las leyes*  
6 *y reglamentos de Puerto Rico.”*

7           Sección 4.- Reglamentación.

8           Se ordena a la Administración de Seguros de Salud a tomar todas las medidas  
9 administrativas y reglamentarias necesarias a fin de lograr la efectiva consecución de lo  
10 dispuesto en esta Ley en los próximos sesenta (60) días.

11           Sección 5.- Cláusula de Separabilidad

12           Si cualquier cláusula, párrafo, artículo, sección, inciso o parte de esta Ley fuere  
13 declarada inconstitucional por un tribunal competente, la sentencia a tal efecto dictada  
14 no afectará, perjudicará ni invalidará el resto de la Ley. El efecto quedará limitado a la  
15 cláusula, párrafo, artículo, sección, inciso o parte de la Ley que así hubiere sido  
16 declarada inconstitucional.

17           Sección 6.- Vigencia

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