

## ***Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico***

Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada

(Contiene enmiendas incorporadas por las siguientes leyes:

Ley Núm. 1 de 8 de Enero de 1994  
Ley Núm. 139 de 14 de Diciembre de 1994  
Ley Núm.29 de 1 de Julio de 1997  
Ley Núm. 83 de 13 de Junio de 1998  
Ley Núm.88 de 24 de Mayo de 2000  
Ley Núm. 107 de 22 de Junio de 2000  
Ley Núm. 372 de 2 de Septiembre de 2000  
Ley Núm. 462 de 29 de Diciembre de 2000  
Ley Núm. 463 de 29 de Diciembre de 2000  
Ley Núm. 12 de 11 de Abril de 2001  
Ley Núm. 100 de 10 de Agosto de 2001  
Ley Núm. 105 de 19 de Julio de 2002  
Ley Núm. 64 de 4 de Enero de 2003  
Ley Núm. 133 de 1 de Junio de 2003  
Ley Núm. 334 de 29 de Diciembre de 2003  
Ley Núm. 482 de 23 de septiembre de 2004  
Ley Núm. 63 de 23 de agosto de 2005  
Ley Núm. 27 de 23 de Enero de 2006  
Ley Núm 236 de 3 de Noviembre de 2006  
Ley Núm. 125 de 21 de Septiembre de 2007  
Ley Núm. 78 de 2 de Junio de 2008  
Ley Núm. 100 de 27 de Junio de 2008  
Ley Núm. 267 de 13 de agosto de 2008  
Ley Núm. 120 de 7 de Octubre de 2009  
Ley Núm 127 de 19 de Octubre de 2009  
Ley Núm 128 de 20 de Octubre de 2009  
Ley Núm. 20 de 26 de Febrero de 2010)

Para crear la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico; establecer su organización, propósitos, deberes funciones; establecer seguros de servicios de salud; y para asignar fondos.

*Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:*

## **ARTICULO I. — TITULO**

### **Sección 1. — Título** (24 L.P.R.A. § 7001 nota)

Esta Ley se conocerá como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", ("ASES"), en adelante denominada "Administración".

## **ARTÍCULO II. — DECLARACIÓN DE INTENCIÓN LEGISLATIVA**

### **Sección 1. — Declaración de Intención Legislativa.** (24 L.P.R.A. § 7001)

Como parte de una reforma radical de los servicios de salud en Puerto Rico, se establece la presente ley para crear la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico. Se trata de una corporación pública con plena capacidad para desarrollar las funciones que la ley le encomienda.

La Administración tendrá la responsabilidad de implantar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores, entidades y personas proveedoras de servicios de salud, un sistema de seguros de salud que eventualmente le brinde a todos los residentes de la Isla acceso a cuidados médico hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera.

La política pública de salud en Puerto Rico ha girado, desde principios de este siglo, en torno a la visión de que el Gobierno tiene la responsabilidad de prestar directamente los servicios de salud. Al amparo de esa política, se han desarrollado dos sistemas de salud notablemente desiguales. En términos generales, podemos afirmar que en Puerto Rico la calidad de los cuidados de salud ha venido a depender preponderantemente de la capacidad económica de la persona para cubrir con recursos propios el costo de los mismos.

Dentro de ese esquema, al Departamento de Salud le ha correspondido la atención del sector médico-indigente de nuestra población. Las buenas intenciones de sus funcionarios no han sido suficientes para cancelar los efectos adversos que, sobre la calidad de servicios del Departamento, han tenido factores como los siguientes: la insuficiencia de los presupuestos; el costo creciente de la tecnología y los abastos médicos; el gigantismo y centralismo burocráticos; y la interferencia partidista con la gestión departamental.

Desde 1967, en Puerto Rico se han realizado ensayos de reforma en los servicios médico-hospitalarios del Departamento. Sin embargo, no se ha logrado estrechar una brecha que cada día se abre más entre la calidad de los servicios públicos y los privados. Esta experiencia constituye el trasfondo de la política pública que pauta esta ley. Esta política pública es la siguiente: La Administración gestionará, negociará y contratará con aseguradoras y proveedores de servicios de salud, para proveer a sus beneficiarios, particularmente los médico-indigentes, servicios médico-hospitalarios de calidad.

La Administración también deberá establecer mecanismos de control dirigidos a evitar un alza injustificada en los costos de los servicios de salud y en las primas de los seguros.

### ARTÍCULO III. — DEFINICIONES

#### Sección 1. — Término y Frases (24 L.P.R.A. § 7002)

Para fines de esta ley, los siguientes términos y frases tendrán el significado que se expone a continuación:

- (a) *Administración*: Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.
- (b) *Alianzas de beneficiarios*: Grupos de beneficiarios representados por la Administración en la negociación de las cubiertas de beneficios del Plan de Salud que éstos necesiten. Componen estos grupos, beneficiarios del Departamento de Salud u otros grupos que en el futuro puedan beneficiarse de las actividades de la Administración.
- (c) *Aportación patronal*: Porción del costo de la prima que es pagada por el patrono del beneficiario.
- (d) *Aportación*: personal Porción del costo de la prima que es pagada por el beneficiario.
- (e) *Asegurador*: Entidad que asume el riesgo en forma contractual mediante el pago de una prima, debidamente autorizada por el Comisionado de Seguros para hacer negocios en Puerto Rico; o entidad con la cual la Administración delega por razón de vínculo contractual la adjudicación de la procesabilidad del pago por servicios en aquellos contratos entre la Administración y proveedores participantes.
- (f) *Auditoría interna fiscal* Procedimiento establecido por la Administración para recopilar la información necesaria que corrobore que los servicios prestados a los beneficiarios fueron provistos a base de criterios de necesidad y facturados correctamente.
- (g) *Beneficiario de Medicare*: Aquella persona elegible al Programa Federal de Medicare y que además cumple con los requisitos para ser beneficiario de la Administración.
- (h) *Coaseguro*: Participación porcentual que tiene el beneficiario de cada pérdida o porción del costo de recibir un servicio.
- (i) *Comisionado*: Comisionado de Seguros de Puerto Rico.
- (j) *Cubierta de beneficios de salud*: Todos los beneficios incluidos en un plan de salud para los beneficiarios.
- (k) *Departamento*: Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- (l) *Director Ejecutivo*: Director Ejecutivo de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.
- (m) *Emergencia*: Se refiere a una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, donde una persona legítima, razonablemente prudente, que tenga un conocimiento promedio de salud y medicina, pueda esperar que en la ausencia de acción médica inmediata colocaría la salud de la persona en serio peligro, o resultaría en una seria disfunción de cualquier miembro u órgano del cuerpo o con respecto a una mujer embarazada que esté sufriendo contracciones, que no haya suficiente tiempo para transferirla a otras instalaciones antes del parto, o que transferirla representaría una amenaza a la salud de la mujer o de la criatura por nacer.

- (n) *Entidad*: Cualquier organización con personalidad jurídica propia, organizada o autorizada a hacer negocios de conformidad con las leyes de Puerto Rico.
- (o) *Facilidades de salud*: Aquéllas definidas en la Ley Núm. 101 de 26 de Julio de 1965, según enmendada (24 L.P.R.A. § 331 *et seq.*)
- (p) *Grupo médico primario*: Entidad con o sin fines de lucro, que agrupe o asocie médicos primarios.
- (q) *Grupo médico de apoyo*: Entidad con o sin fines de lucro, que agrupe o asocie médicos de apoyo.
- (r) *Grupo de proveedores*: primarios Entidad con o sin fines de lucro, que agrupe o asocie proveedores primarios. (s) *Junta de Directores*: Junta de Directores de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.
- (t) *Ley*: Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.
- (u) *Médico de apoyo*: Profesional proveedor participante que provee servicios complementarios y de apoyo a los médicos primarios. Para obtener beneficios de éstos, el beneficiario deberá ser referido por el médico primario. Se considerarán médicos de apoyo, los siguientes: cardiólogos, endocrinólogos, neurólogos, psiquiatras, oftalmólogos, radiólogos nefrólogos, fisiatras, ortopedas, cirujano general y demás médicos no comprendidos en la definición de médico primario.
- (v) *Médico primario*: Profesional proveedor participante que evalúa y da tratamiento inicialmente a los beneficiarios. Es responsable de determinar los servicios que precisa el beneficiario, proveer continuidad referir a los beneficiarios a servicios especializados. Se consideran médicos primarios Primary Physicians los siguientes: médicos generalistas, médicos internistas, médicos de familia, pediatras, ginecólogos y obstetras.
- (w) *Organizaciones de servicios de salud*: Son grupos médicos primarios, grupos médicos de apoyo y grupos de proveedores primarios que cumplan los requerimientos de contratación establecidos por la Administración para ofrecer servicios de salud a través del modelo de cuidado coordinado.
- (x) *Pago per capita (capitation)*: Aquélla parte de la prima pagada al asegurador que se transfiere al proveedor participante en pago de los beneficios provistos bajo las cubiertas de beneficios de salud a los beneficiarios que representa la Administración o aquel pago fijo efectuado por la Administración al proveedor participante por cada beneficiario.
- (y) *Plan de salud*: Significa cualquier contrato mediante el cual una persona se compromete a proveer a un beneficiario o grupo de beneficiarios, determinados servicios de cuidado de salud bien sea directamente o a través de un proveedor de servicios de salud, o a pagar la totalidad o una parte del costo de tales servicios, en consideración al pago de una cantidad prefijada en dicho contrato que se considera devengada independientemente de si el beneficiario utiliza o no los servicios de cuidado de salud provistos por el plan.
- (z) *Preautorización*: Permiso escrito del asegurador al beneficiario concediendo la autorización para obtener un beneficio. El beneficiario será responsable de obtener dicha preautorización del asegurador para obtener los beneficios que requiere la misma. El no

obtener la preautorización cuando sea requerida impide la obtención del beneficio y la concesión de la preautorización obliga al autorizante al pago del servicio autorizado.

(aa) *Prima Remuneración*: que se le otorga a un asegurador por asumir un riesgo mediante un contrato de seguro. (bb) *Prima base*: La prima más baja de entre todas las contratadas con los aseguradores.

(cc) *Proveedor de servicios de salud* Consistirá de médicos primarios, médicos de apoyo, servicios primarios, proveedores primarios y organizaciones de servicios de salud.

(dd) *Proveedor participante*: Aquel proveedor de servicios de salud contratado por los aseguradores o por la Administración para ofrecer servicios de salud a la población representada por la Administración.

(ee) *Proveedores primarios*: Consistirá de proveedores participantes que sean laboratorios clínicos, facilidades de radiología, farmacias y hospitales, sin incluir salas de emergencia.

(ff) *Referido*: Autorización por escrito emitida por el médico primario seleccionado que le permita al beneficiario obtener un servicio en otro proveedor participante en un período determinado. (gg) *Secretario*: Secretario del Departamento de Salud.

(hh) *Servicios primarios*: Las salas de emergencia de los proveedores participantes..

## **ARTÍCULO IV. — ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO**

### **Sección 1. — Creación (24 L.P.R.A. § 7003)**

Se crea una corporación pública, como instrumentalidad del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, bajo el nombre de Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico. La Administración tendrá existencia perpetua con personalidad jurídica independiente y separada de cualquier otra entidad, agencia, departamento o instrumentalidad del Gobierno de Puerto Rico y estará regida por una Junta Directores.

### **Sección 2. — Propósitos, Funciones y Poderes: (24 L.P.R.A. § 7004)**

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

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

(b) Negociar y contratar con aseguradores públicos y privados cubiertas de seguros médico-hospitalarios, según se definen y establecen éstos en el Artículo VI de esta ley (24 L.P.R.A. § 7025 a 7036).

(c) Negociar y contratar directamente con proveedores de servicios de salud aquellos servicios de salud que la Administración estime conveniente, considerando la capacidad y estructura de éstas.

- (d) Organizar alianzas y conglomerados de beneficiarios con el fin de representarlos en la negociación y contratación de sus planes de salud.
- (e) La Administración podrá representar a otras entidades públicas y alianzas o conglomerados privados que lo interesen y así lo soliciten.
- (f) Adoptar, modificar y utilizar un sello oficial.
- (g) Establecer una estructura administrativa y financiera que le permita manejar sus fondos y recaudos, administrar efectivo y realizar desembolsos.
- (h) Demandar y ser demandada.
- (i) Solicitar, aceptar y recibir aportaciones federales, estatales, municipales y de cualquier otra índole.
- (j) Establecer las normas para el nombramiento, contratación y remuneración de su personal.
- (k) Negociar y otorgar toda clase de contratos, documentos y otros instrumentos públicos con personas y entidades jurídicas.
- (l) Adquirir, para sus fines corporativos, bienes por compra, donación, concesión o legado; poseer y ejercer todos los derechos de propiedad sobre los mismos y disponer de ellos de acuerdo con los términos y condiciones que su junta de directores determine.
- (m) Realizar todos los actos necesarios y convenientes para llevar a cabo los propósitos de esta ley, excepto que la Administración no tendrá facultad para empeñar el crédito del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, ni de ninguna de sus subdivisiones políticas.
- (n) Establecer en los contratos que suscriba con las aseguradoras o con los proveedores participantes:
  - (1) La garantía del pago y la atención médico-hospitalaria que reciban sus beneficiarios, aunque la misma se preste fuera del área de salud donde los beneficiarios residan, por razón de emergencia o necesidad imperiosa.
  - (2) Los mecanismos de evaluación y de cualquier otra naturaleza que garanticen todos los aspectos que afecten, directa o indirectamente, la accesibilidad, calidad, control de costos y de utilización de los servicios, así como la protección de los derechos de los beneficiarios y proveedores participantes.
  - (3) La actuación como pagador secundario del seguro médico contratado por la Administración, en caso de que la persona elegible a recibir servicios tenga otro seguro médico.
  - (o) Ordenar a aseguradores y proveedores que suministren la información que la Administración estime necesaria conforme al Artículo VII, Sección 2 de esta Ley, documentar los servicios prestados en programas categóricos subvencionados por el gobierno federal que hayan sido delegados, y documentar la relación de sus asegurados, reclamaciones de pagos, e informes estadísticos y financieros pertinentes. En caso de incumplimiento, la Administración podrá acudir al Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico, Sala de San Juan, para solicitar que éste ordene la entrega de la información requerida.
  - (4) La prohibición de que un proveedor de servicios reclame directamente al paciente el balance que la compañía aseguradora no desembolsó por los servicios prestados en

salas de emergencia, que como paciente no está obligado a pagar. La aseguradora está obligada a pagar el 100% (cien por ciento) de lo estipulado en el contrato. Esto no incluye deducible.

(p) Aprobar, enmendar y derogar reglamentos para regir los asuntos y actividades de la Administración y para prescribir las reglas y normas necesarias para el cumplimiento de sus funciones y deberes, conforme a lo establecido en la Ley 170 de 12 de Agosto de 1988, según enmendada (3 L.P.R.A. § 2101 *et seq.*), conocida como "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Estado Libre Asociado de Puerto Rico".

(q) Ordenar todos aquellos estudios que sean necesarios para cumplir con el mandato de esta ley.

(r) Mantener una División de Educación y Prevención Continua para la promoción, desarrollo, énfasis y fortalecimiento de actividades y adiestramientos a los proveedores participantes del Plan de Salud que implante y gestione la Administración, conforme a las normas y procedimientos que establezca la Administración y los fondos que les sean asignados a estos efectos, que incluya pero no se limite a:

1) mantener informados a dichos proveedores participantes del funcionamiento del sistema, sus procedimientos, de aquellos cambios que pueda sufrir y de cualquier otra información relacionada con la administración de los servicios de salud provistos a los beneficiarios de la Administración conforme a esta Ley.

En el ejercicio de esta función, la Administración podrá recurrir a medios o estrategias de comunicación tales como publicar un boletín informativo, comunicados de prensa, o coordinar seminarios de educación y prevención a tales fines, entre otros, en conjunto con el Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico y otros colegios y entidades establecidas por ley, representativas de los proveedores participantes."

### **Sección 3. — Composición de la Junta de Directores:** (24 L.P.R.A. § 7005)

La Junta de Directores de la Administración estará compuesta por nueve (9) miembros. Cuatro (4) de ellos serán miembros natos y cinco (5) serán nombrados por el Gobernador de Puerto Rico con el consejo y consentimiento del Senado.

### **Sección 4. — Miembros Natos.** (24 L.P.R.A. § 7006)

Los Secretarios de Salud y de Hacienda, el Administrador de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) y el Comisionado de Seguros serán los cuatro (4) miembros natos de la Junta de Directores.



**Sección 5. — Calificaciones de los Miembros de la Junta de Directores por Nombramientos.** (24 L.P.R.A. § 7007)

Los cinco (5) miembros de la Junta de Directores que no sean natos deberán ser personas de reconocida probidad moral. De éstos uno (1) será profesional competente en la industria de seguros; dos (2) serán proveedores competentes dentro de la Reforma de Salud, de los cuales uno será médico primario; uno (1) representará a los beneficiarios del seguro médico-hospitalario; y uno (1) será un representante del interés público. Este último no podrá tener intereses ni podrá pertenecer a grupos ya representados en la Junta ni podrá tener relaciones comerciales ni contractuales con instalaciones médico-hospitalarias, ni con la industria de seguros de salud, ni con proveedores de servicio de salud que no sean las de asegurador-asegurado, asegurador-reclamante, paciente-médico o paciente-hospital.

**Sección 6. — Término de los Miembros de la Junta de Directores.** (24 L.P.R.A. § 7008)

Los miembros de la Junta de Directores que no sean miembros natos serán nombrados por términos de seis (6) años cada uno y ocuparán sus posiciones hasta que sus sucesores sean nombrados. Los nombramientos originales serán uno (1) por dos (2) años; uno (1) por cuatro (4) años; y dos (2) por seis (6) años.

En caso de que un miembro de la Junta de Directores no pueda concluir su término por razón de renuncia, destitución, incapacidad o muerte, el sucesor ocupará su puesto por el resto del término.

**Sección 7. — Oficiales de la Junta de Directores.** (24 L.P.R.A. § 7009)

El Gobernador de Puerto Rico nombrará al Presidente de la Junta de Directores de entre sus miembros. La Junta de Directores seleccionará de entre sus miembros: un vicepresidente, quien sustituirá al presidente en ausencia de éste, así como a un secretario.

**Sección 8. — Reuniones y Quórum.** (24 L.P.R.A. § 7010)

(a) La Junta de Directores celebrará reuniones ordinarias por lo menos una vez al mes y podrá celebrar todas aquellas reuniones extraordinarias que sean convocadas por su presidente o que sean solicitadas por una mayoría de los miembros de la Junta.

(b) La mayoría de los miembros de la Junta de Directores constituirá quórum para las reuniones. Todo acuerdo o determinación de la Junta requerirá el voto afirmativo de por lo menos cinco (5) miembros. La función de cada miembro de la Junta, así como su asistencia a las reuniones, será indelegable.



**Sección 9. — Compensación.** (24 L.P.R.A. § 7011)

Los miembros natos de la Junta de Directores no recibirán remuneración alguna por el desempeño de sus funciones. Aquellos miembros de la Junta de Directores que no sean funcionarios o empleados públicos tendrán derecho al pago de una dieta diarias que no excederá de cien dólares (\$100.00) por cada reunión a la que asista.

**Sección 10. — Remoción:** (24 L.P.R.A. § 7012)

Los miembros de la Junta de Directores que no sean miembros natos podrán ser removidos por el Gobernador de Puerto Rico por incompetencia en el desempeño de sus deberes, o por cualquier otra causa justificada, previa formulación de cargos y la oportunidad de ser oídos ante la Junta.

**Sección 11. — Aplicación de las Disposiciones de la Ley de Ética Gubernamental:** (24 L.P.R.A. § 7013)

Los miembros de la Junta de Directores estarán sujetos a las disposiciones de la Ley Núm. 12 de 24 de julio de 1985 (3 L.P.R.A. § 1801 *et seq.*), conocida como "Ley de Ética Gubernamental de Puerto Rico", particularmente lo relacionado con la radicación de informes financieros que requiere dicha Ley a funcionarios públicos .

**Sección 12. — Inmunidad** (24 L.P.R.A. § 7014)

No incurrirán en responsabilidad económica por cualquier acción tomada en el desempeño de sus deberes y poderes bajo esta ley, ni la Junta de Directores ni sus directores, personal o individualmente, siempre y cuando no actúen en violación de sus deberes fiduciarios para con la Administración, o actúen intencionalmente para ocasionar un daño o a sabiendas de que puedan ocasionar algún daño.

**ARTÍCULO V. — DIRECTOR EJECUTIVO**

**Sección 1. — Nombramiento del Director Ejecutivo.** (24 L.P.R.A. § 7020)

La Junta de Directores nombrará a un Director Ejecutivo, quien será responsable del buen funcionamiento de la Administración.

**Sección 2. — Calificaciones del Director Ejecutivo.** (24 L.P.R.A. § 7021)

El Director Ejecutivo deberá ser una persona de comprobada propiedad moral y reconocido peritaje en el área de la agencia de seguros de salud.

**Sección 3. — Término del Nombramiento y Remuneración.** (24 L.P.R.A. § 7022)

El Director Ejecutivo ocupará su cargo a voluntad de la Junta de Directores, y desempeñará sus funciones con arreglos a las normas y condiciones que esta Ley establezca. La Junta también fijará la remuneración y los demás beneficios del Director.

**Sección 4. — Funciones y Deberes del Director Ejecutivo.** (24 L.P.R.A. § 7023)

EL Director Ejecutivo tendrá todos los Poderes y facultades que le sean delegados por la Junta de Directores, incluyendo los que se enumeran a continuación, sin ánimo de limitarlos.

- (a) Realizar las funciones necesarias y convenientes a la implantación de esta Ley de los reglamentos que se adopten en virtud de la misma.
- (b) Nombrar un subdirector, con la aprobación de la Junta de Directores. En caso de ausencia o incapacidad del Director Ejecutivo, el subdirector le sustituirá y ejercerá todas sus funciones.
- (c) Someter a la consideración de la Junta de Directores propuestas de reglamentos para regir los asuntos y actividades de la Administración y para establecer las reglas y normas necesarias para el cumplimiento de funciones y deberes de la Administración.
- (d) Nombrar y contratar el personal de la Administración, fijar su remuneración, conforme a los reglamentos de personal aplicable, y al plan de retribución que establezca la Junta de Directores.
- (e) Establecer y mantener oficinas en el lugar o lugares que estime convenientes y necesario para cumplir con los propósitos de este Ley, previa aprobación de la Junta de Directores.

**ARTÍCULO VI. — PLAN DE SEGUROS DE SALUD**

**Sección 1. — Selección de Planes de Seguros de Salud.** (24 L.P.R.A. § 7025)

La Administración gestionará planes de salud para una o más áreas geográficas, luego de determinar que existen en dichas áreas geográficas las condiciones necesarias para asegurar acceso a servicios de salud de calidad dentro de un marco de costo-efectividad. A estos propósitos, se podrá considerar que la demarcación territorial de todo Puerto Rico constituye una sola área, así como la agrupación de uno o más municipios podrá constituir un área o región independiente y separada. Entre los criterios que utilizará la Administración para determinar la demarcación territorial por áreas o regiones estará la participación de un número mínimo de aseguradoras que la Administración haya previamente calificado para que se garanticen la competencia en el costo de la prima y la calidad de los servicios. Antes de determinar que todo Puerto Rico es una sola área, la Administración deberá llevar a cabo un estudio para determinar la viabilidad de establecer una sola área, así como las ventajas y desventajas de ello para la estabilidad y fortalecimiento del plan de salud, de suerte que se pueda fortalecer verdaderamente la libre selección y el acceso a servicios de calidad para los

beneficiarios. La Administración al calificar a las aseguradoras deberá tomar en consideración la solvencia y recursos administrativos y operacionales de éstas. El Departamento, a través de la Oficina de Asistencia Médica (OAM), identificará y certificará las personas elegibles a los servicios conforme a su nivel de ingreso y a su elegibilidad para recibir beneficios de salud estatales y federales, en armonía con lo dispuesto en el Artículo VI, Sección 5, de esta Ley. Disponiéndose que para fines de la determinación de elegibilidad, cuando se vayan a adoptar nuevas normas de elegibilidad, las mismas deberán ser notificadas a los beneficiarios en un término no menor de seis (6) meses previo a que las mismas vayan a entrar en vigor, siempre y cuando no se trate de una regulación federal que requiera su cumplimiento inmediato.

Dentro de las normas de elegibilidad, a los fines de la valoración de bienes inmuebles por concepto de fincas rústicas como parte del proceso de determinar la elegibilidad de un beneficiario, se asignará el valor de mil (1,000) dólares la cuerda, siempre y cuando se trate de una finca que no esté produciendo o no genera ingresos por cualquier concepto. Se determinará que esta asignación de valor será exclusivamente a los fines dispuestos de esta Ley. En tal caso el beneficiario vendrá obligado a presentar la titularidad del beneficiario y una declaración jurada, en la cual se acreditará que la finca no está generando ingresos por ningún concepto. Si luego de que se extienda el beneficio se determinara que la persona sometió información falsa, ésta vendrá obligada a restituir el doble de todas las cantidades que se hubieren pagado como resultado del uso del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, sin perjuicio de aquellas otras sanciones penales aplicables dispuestas por las leyes vigentes sobre presentación de información o documentos falsos o apropiación indebida de servicios públicos.

Los planes de salud dispuestos en este Capítulo estarán sujetos a evaluación por la Administración, con el fin de determinar el éxito de los mismos y la necesidad de modificarlos para alcanzar los objetivos de este Capítulo.

## **Sección 2. — Contratación.** (24 L.P.R.A. § 7026)

La Administración contratará seguros de salud para el área o áreas establecidas con uno o más aseguradores autorizados a hacer negocios de seguros de salud en Puerto Rico por el Comisionado de Seguros, o por leyes especiales aprobadas para estos propósitos. De igual forma el Director Ejecutivo será la persona designada a evaluar y contratar con los proveedores de servicios de salud según definidos en esta ley. Disponiéndose, que las organizaciones de servicios de salud que contraten con la Administración, por los servicios que presten a los beneficiarios que representa la Administración, no estarán sujetas a la jurisdicción ni reglamentación del Comisionado conforme al Artículo 19.031 del Código de Seguros (26 L.P.R.A. § 1903a). La Administración será responsable de fiscalizar y velar por la capacidad y efectividad de cumplimiento de estas organizaciones pudiendo contratar los servicios de terceros para tales fines.

**Sección 3. — Beneficiarios del Plan de Salud.** (24 L.P.R.A. § 7029)

Todos los residentes de Puerto Rico podrán ser beneficiarios del Plan de Salud que se establecen por la implantación de esta ley, siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos, según corresponda:

(a) Sean identificadas y certificadas por el Departamento, según lo provisto por la Sección 1 de este Artículo (24 L.P.R.A. § 7025). Disponiéndose, que las personas elegibles a recibir beneficios de salud federales obtendrán sus servicios, según lo dispuesto por la legislación o reglamentación federal aplicable, teniendo, además, derecho a los servicios de salud estatales disponibles y adecuados para su condición que no estén cubiertos bajo los beneficios de salud federales.

(b) Los miembros de la Policía de Puerto Rico, sus cónyuges e hijos, conforme a lo dispuesto en la Ley Núm. 53 de 10 de Junio de 1996, según enmendada (25 L.P.R.A. § 3001 *et seq.*). Este beneficio se mantendrá vigente cuando el miembro de la Policía de Puerto Rico falleciere por cualquier circunstancia, mientras el cónyuge supérstite permanezca en estado de viudez y los hijos sean menores de veintiún (21) años de edad o aquellos mayores hasta veinticinco (25) años de edad, que se encuentren cursando sus estudios postsecundarios. La Policía de Puerto Rico consignará en su presupuesto de gastos los fondos para mantener vigente el plan de salud para estos beneficiarios, mediante una aportación equivalente a la aportación patronal que recibía el miembro de la Policía al momento de fallecer para beneficios de salud.

En caso del fallecimiento del miembro de la Policía de Puerto Rico, ésta se le deberá notificar al cónyuge supérstite y/o a los dependientes menores de edad, sobre su derecho a continuar disfrutando del beneficio de la Tarjeta de Salud, y éstos vendrán en la obligación de aceptar o rechazar el mismo mediante un endoso por escrito.

(1).-Los referidos beneficiarios tendrán un término de noventa (90) días para notificar su aceptación o rechazo del beneficio y dentro del referido término de noventa (90) días no se podrá efectuar ningún cambio en los beneficios del plan de salud, a menos que se reciba la contestación antes de expirado en el referido término.

(2).-La Policía de Puerto Rico vendrá obligada a notificar al Departamento de Salud cualquier cambio en el beneficio del plan de salud de los dependientes de un policía que muera en el cumplimiento del deber. Se dispone que el Programa de Asistencia Médica vendrá obligado a notificar al o a los dependientes del policía que falleció, los derechos que le asisten bajo esta Ley.”

(c) Aquellos empleados públicos y sus dependientes directos que, por su condición económica, cualifiquen como beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, tendrán derecho a recibir este beneficio. La diferencia correspondiente para cubrir el costo total de la prima de seguros para la cubierta médico-hospitalario individual y familiar, provendrá de los fondos asignados por la Oficina de Gerencia y Presupuesto.

Los empleados públicos, cuyo nivel de ingresos no les permite ser elegibles para el Plan, podrán optar por acogerse al Plan de Servicios de Salud Gubernamental o continuar acogidos al plan privado de su preferencia. En caso de acogerse al Plan de Salud del

Gobierno, la diferencia entre la aportación del gobierno y el costo de la prima será sufragada por los empleados.

En el caso de empleados públicos casados entre sí, estos podrán acogerse al [Plan] de Salud combinando las aportaciones de ambos y actuando de forma mancomunada para su elegibilidad. En todos los casos el Secretario de Hacienda transferirá a la Administración el monto correspondiente a la aportación patronal de los empleados públicos acogidos al Plan de Salud. Los empleados públicos que opten por utilizar la aportación patronal para adquirir otro plan médico en el mercado, y que a su vez hayan sido identificados y certificados por el Departamento, según lo provisto por la Sección 1 de este Artículo (24 L.P.R.A. § 7025), no participarán del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Los empleados públicos tendrán la opción de extender la cubierta médica-hospitalaria a sus dependientes opcionales, y el empleado sufragará en su totalidad el costo de la cubierta.

(d) Los pensionados del Gobierno Central del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, según el Plan de Implantación establecido por la Administración. El Secretario de Hacienda transferirá a la Administración el monto correspondiente a la aportación patronal de los pensionados de las agencias del Gobierno Central. Los pensionados tendrán la opción de extender la cubierta médica-hospitalaria a sus dependientes directos y opcionales y el pensionado sufragará en su totalidad el costo de la cubierta. Los pensionados que opten por utilizar la aportación patronal para adquirir otro plan médico en el mercado, no participarán del plan establecido en esta ley.

(e) Los empleados de pequeñas y medianas empresas, según definido en la Sección 121 del Título 13 del Código de Reglamentación Federal, que interesen acogerse al plan establecido por esta ley, y que accedan, de tener derecho a ello, que su patrono transfiera a la Administración o al Asegurador el monto correspondiente por concepto de la aportación patronal, más el pago de la aportación del empleado hasta cubrir el costo de la prima del seguro para la cubierta de beneficios médico-hospitalarios, tanto para la cubierta individual como familiar; salvo en el caso en que la aportación patronal cubra la totalidad del costo de la cubierta.

(f) Los veteranos, sus cónyuges e hijos, certificados por el Programa Federal de Asistencia Médica, conforme a lo dispuesto en la Ley Núm. 13 de 2 de Octubre de 1980, según enmendada (29 L.P.R.A. § 811 *et seq.*)

(g) Los veteranos, sus cónyuges e hijos menores de veintiún (21) años que dependan de sus padres para su cuidado y manutención, que de interesarlo paguen a la Administración o al Asegurador el monto correspondiente por concepto del costo de la prima del seguro para la cubierta de beneficios médico-hospitalarios, tanto para la cubierta individual como la familiar.

#### **Sección 4. — Disposiciones Contra Discriminación. (24 L.P.R.A. § 7030)**

Un asegurador bajo esta ley no podrá emitir tarjetas de identificación diferentes a las que provee a otros asegurados bajo planes de cubierta similares, salvo que la Administración así lo autorice o requiera.

Ningún proveedor participante o su agente podrá inquirir en forma alguna sobre la procedencia de la cubierta del plan de salud, para determinar si una persona es beneficiaria del plan que esta ley crea.

**Sección 5. — Deducibles; Coaseguro y Primas; Prácticas Prohibidas.** (24 L.P.R.A. § 7031)

La Administración establecerá en los contratos con los aseguradores, la prima acordada con éstos. Además, establecerá en los referidos contratos la cantidad que corresponda como pago de deducibles y coaseguro, conforme al nivel de ingresos y capacidad de pago del beneficiario. Los demás aseguradores podrán acordar con la Administración una prima mayor que la prima base, cuya diferencia la pagará el beneficiario. Ningún proveedor participante podrá cobrar al beneficiario una cantidad que exceda la acordada como deducible, coaseguro o primas en el contrato suscrito con los aseguradores o con la Administración.

Los aseguradores que contraten con la Administración para proveer planes de salud, en ningún momento podrán incrementar la prima o reducir beneficios en cualesquiera otras pólizas que provean, a los fines de subsidiar la prima, reducir el costo o compensar la experiencia de pérdida que tuviera en el plan de salud que se autoriza en esta ley. La prima acordada deberá ser validada actuarialmente como razonable por los actuarios de la Administración debidamente cualificadas según los estándares de la Academia Americana de Actuarios. Para propósitos de estructurar y fijar el costo o prima, los aseguradores considerarán al grupo de beneficiarios de estos planes de seguro de salud, como una unidad independiente de sus otros grupos del beneficiarios, y mantendrán un sistema de contabilidad separado para ellos. De igual forma, los proveedores de servicios de salud que contraten con la Administración, no podrán reducir los beneficios o afectar la calidad de los mismos para atender pacientes no cubiertos por el plan de salud que se autoriza en esta ley.

El incumplimiento de las disposiciones de esta Sección será sancionado por el Comisionado de Seguros conforme a lo establecido en la Ley Núm. 77 de 19 de Junio de 1957 según un enmendada (26 L.P.R.A. § 101 *et seq.*), denominada "Código de Seguros de Puerto Rico" o por las disposiciones del contrato con la Administración, según aplique.

**Sección 6. — Cubierta y Beneficios Mínimos.** (24 L.P.R.A. § 7032)

Los planes de salud tendrán una cubierta amplia, con un mínimo de exclusiones. No habrá exclusiones por condiciones preexistentes, como tampoco períodos de espera, al momento de otorgarse la cubierta al beneficiario.

*Cubierta A.-* La Administración establecerá una cubierta de beneficios a ser brindados por los aseguradores contratados o proveedores participantes. La cubierta comprenderá, entre otros beneficios, los siguientes: servicios ambulatorios, hospitalizaciones, salud dental, salud mental, estudios, pruebas y equipos para beneficiarios que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida, laboratorios, rayos X, así como medicamentos



mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en una farmacia participante, libremente seleccionada por el asegurado, y autorizada bajo las Leyes de Puerto Rico. La cubierta dispondrá para que cada beneficiario tenga a su alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad, sexo y condición física. Disponiéndose que la lista de medicamentos para los pacientes de VIH/SIDA deberán revisarse anualmente a los fines de en caso de que la Administración lo estime pertinente, incluir aquellos nuevos medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de la condición que serán dispensados y ofrecidos en conformidad con las mejores prácticas médicas, siempre y cuando no se afecte el "State Plan" suscrito por el Departamento de Salud y el "Health Resources and Services Administration".

La Administración revisará esta cubierta periódicamente.

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

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

(1) Servicios de Salud Preventivos:

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

(b) Vacunación contra la influenza y pulmonía de personas mayores de sesenta y cinco (65) años de edad, y/o niños y adultos con enfermedades de alto riesgo como enfermedades pulmonares, renales, diabetes y del corazón, entre otras.

(c) Visita al médico primario para examen médico general una vez al año.

(d) Exámenes de cernimiento para cáncer ginecológico, de mama y de próstata, según las prácticas aceptables.

(e) Sigmoidoscopia en adultos mayores de cincuenta (50) años a riesgo de cáncer del colon, según las prácticas aceptables.

(2) Evaluación y tratamiento de beneficiarios con enfermedades conocidas:

La evaluación y tratamiento inicial de los beneficiarios se llevará a cabo por el médico primario escogido por el paciente entre los proveedores del plan correspondiente.

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

Los médicos primarios tendrán la responsabilidad del manejo ambulatorio del beneficiario bajo su cuidado, proveyéndole continuidad en el servicio. Asimismo, éstos serán los únicos autorizados a referir al beneficiario a los médicos de apoyo y proveedores primarios.



**Sección 7. — Modelos de Prestación de Servicios.** (24 L.P.R.A. § 7033)

La Administración establecerá mediante reglamento, los distintos modelos de prestación de servicios que podrán utilizarse para ofrecer los planes de salud que por esta ley se crean.

Los modelos de prestación de servicios que se utilicen tendrán en común lo siguiente:

- (a) El cuidado primario estará fortalecido con grupos de médicos primarios y por proveedores primarios, según se definen en la legislación y reglamentos locales y federales aplicables, que estén autorizados a ejercer en Puerto Rico.
- (b) El cuidado de la sala de emergencia será de alta prioridad, tanto en el sistema de transportación por ambulancia, como en los cuidados médicos de emergencia.
- (c) La Administración sólo contratará con aseguradores que no tengan, directa o indirectamente, interés económico en, o relación con dueñas subsidiarias, o afiliadas de una facilidad de salud que preste servicios a los beneficiarios del seguro de salud que esta ley crea.
- (d) La Administración no podrá contratar con organizaciones de servicios de salud que tengan intereses económicos, directamente con otras organizaciones de servicios de salud, excepto con aquellos grupos médicos primarios o grupos médicos de apoyo que cuenten con recursos radiológicos en sus facilidades.
- (e) Los modelos que se implanten tendrán medidas estrictas de control de utilización.
- (f) Todos los modelos estarán reforzados por un sistema de educación en salud y prevención, con énfasis especial en estilo de vida, SIDA, drogadicción, y salud de la madre y [d]el niño. La promoción de la salud será responsabilidad del Departamento.
- (g) Los aseguradores incluirán en su modelo de prestación de servicios la utilización de todas las facilidades del Estado contratadas con el sector privado en la región.

**Sección 8. — Sistema de Regionalización.** (24 L.P.R.A. § 7034)

La prestación de servicios se hará siguiendo el sistema de regionalización establecido por la Administración en coordinación con el Departamento, estableciendo progresivamente una red de proveedores participantes en todo el Estado Libre Asociado y asegurando así el servicio más cercano al paciente.

- (a) El asegurador proveerá en cada región todos los servicios secundarios y terciarios, según lo define el Departamento, pero sólo aquellos servicios secundarios y terciarios no provistos por el Estado, en esa área o región. Los proveedores participantes coordinarán con la Administración el alcance de los servicios secundarios y terciarios que proveerán según se disponga en el contrato, pero sólo aquellos servicios secundarios y terciarios no provistos por el Estado, en esa área o región.
- (b) En las áreas urbanas, distintos hospitales podrán funcionar como una entidad complementaria de servicios con el fin de evitar la [duplicación], controlar la utilización de las instalaciones y reducir el costo unitario de servicios.

- (c) Las facilidades regionales del Departamento continuarán ofreciendo servicios a poblaciones con necesidades especiales, tales como servicios de detoxificación, centros de salud mental y otros.
- (d) Cada municipio tendrá acceso a un sistema de emergencia, tanto de transporte, como de servicio.
- (e) Los gobiernos municipales que hayan optado por operar o continuar operando las facilidades para prestar servicios de salud estarán sujetos a la contratación de aquellos planes de salud que haya realizado la Administración.
- (f) En aquellos municipios donde operen o puedan operar en el futuro Centros de Salud Comunitarios, éstos podrán continuar prestando los servicios y contratar con los aseguradores correspondientes o la Administración, los servicios adicionales.
- (g) La Administración procederá a implantar, en aquello que le corresponde, la Reforma de Salud en el Municipio de San Juan, no más tarde del 1ro de julio de 2000. A esos efectos, gestionará, negociará y contratará planes de seguros de salud con miras a extender a aquellos ciudadanos elegibles del Municipio de San Juan, la Tarjeta de Salud del Plan de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico, con todos aquellos beneficios y prerrogativas aplicables al plan. La administración municipal del Municipio de San Juan y su Legislatura Municipal facilitarán que la Administración cumpla con este mandato, ofreciendo aquella cooperación necesaria y a su alcance con miras a viabilizar la implantación de la Reforma de Salud en San Juan.

**Sección 9. — Financiamiento de la Administración y del Plan de Salud; Otros Ingresos.**  
(24 L.P.R.A. § 7035)

El plan de salud establecido mediante esta ley y los gastos de funcionamiento de la Administración se sufragarán de la siguiente manera:

- (a) *Plan de salud* Para el año fiscal 1993-94 se asigna a la Administración, de fondos no comprometidos en el Tesoro Estatal la cantidad de dieciocho millones (18,000,000) de dólares. Para años subsiguientes, se consignará en el presupuesto de gastos de la Administración una asignación especial autorenovable de acuerdo a las necesidades del plan de salud. Se asigna, además, a la Administración para el año fiscal 1993-94 y para años subsiguientes, las economías que genere el Departamento en la implantación de la Ley Núm. 103 de 12 de junio [julio] de 1985, según enmendada.
- (b) *Gastos de funcionamiento.* Para el año fiscal 1993-94 se asigna a la Administración, de fondos no comprometidos en el Tesoro Estatal, la cantidad de un millón (1,000,000) de dólares. Para años subsiguientes, los gastos de funcionamiento se consignarán en la Resolución Conjunta del Presupuesto General de Gastos del Gobierno de Puerto Rico.
- (c) Las asignaciones adicionales no comprometidas que reciba el Gobierno a partir del año fiscal 1993-94, del programa federal *Medicaid* y otros fondos federales aplicables.
- (d) La asignación presupuestaria de los gobiernos municipales para servicios de salud directos en áreas cubiertas por los planes de salud estará basada en los por cientos contenidos en la Tabla siguiente del Presupuesto de Fondos Ordinarios de los municipios

excluyendo la Contribución Adicional Especial (CAE), y fondos federales utilizando como base el presupuesto de fondos ordinarios del año fiscal anterior, a partir del 1ro de julio de 1997.

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| 0 - 10,000,000            | = 5%  |
| 10,000,001 - 29,000,000   | = 6%  |
| 29,000,001 - 39,000,000   | = 7%  |
| 39,000,001 - 49,000,000   | = 8%  |
| 49,000,001 - 59,000,000   | = 9%  |
| 59,000,001 - 79,000,000   | = 10% |
| 79,000,001 - 89,000,000   | = 12% |
| 89,000,001 - 100,000,000  | = 15% |
| 100,000,001 - en adelante | = 17% |

El Centro de Recaudación de Ingresos Municipales, en adelante el CRIM, prorratará entre las remesas mensuales una cantidad suficiente para satisfacer la aportación que le corresponda a cada municipio de acuerdo al por ciento establecido, y la remitirá en o antes del décimo día de cada mes a la Administración de Seguros de Salud.

En lo que se revisa el esquema de aportación municipal al costo de la Reforma de Salud para el Año Fiscal 2005-2006 y en años fiscales sucesivos, los municipios aportarán la cantidad equivalente al por ciento establecido para el Año Fiscal 2004-2005 o el actual, cual fuese el menor, según dispuesto en su presupuesto. En el caso del Municipio de San Juan, éste aportará la cantidad resultante de la aplicación de la Tabla al presupuesto para el año fiscal 2004-2005 o actual, cual fuese menor. Para aquellos municipios que brindan servicios preventivos, ya sean directos e indirectos de salud, el CRIM retendrá el pago a ASES hasta que esta institución acuerde con el municipio la devolución por concepto de la correspondiente aportación de aquellos municipios, según lo requiere el Artículo 14 de la Ley Núm. 3 de 1ro. de enero de 2003. ASES reembolsará total o parcialmente a los municipios todo gasto incurrido por servicios directos o indirectos de salud prestados por los municipios sin restricción alguna.

(e) Ingresos de la Administración provenientes de aportaciones de patronos y empleados individuales por concepto de pago de primas.

(f) Ingresos por concepto de fondos comprometidos por el Departamento para cubrir [el] arrendamiento de instalaciones médico-hospitalarias que se subarriendan.

#### **Sección 10. — Procedimiento de Querellas. (24 L.P.R.A. § 7036)**

La Administración requerirá de los aseguradores y de los proveedores procedimientos para atender y resolver querellas de proveedores participantes y beneficiarios.

La Administración establecerá guías para la resolución de querellas que garanticen el debido procedimiento de ley. Las determinaciones tomadas sobre las querellas serán apelables ante la Administración, según se disponga por Reglamento o contrato suscrito. Las determinaciones finales de la Administración serán revisables por el Tribunal de Circuito de Apelaciones.

**Sección 13. — Orientación a los Beneficiarios.** (24 L.P.R.A. § 7036a)

- (1) Las aseguradoras serán responsables por la preparación, publicación y distribución de folletos informativos a su propio costo, en español, que contengan una descripción de la cubierta de salud y los beneficios incluidos en los mismos. Estos folletos serán distribuidos a cada beneficiario junto con las tarjetas de identificación.
- (2) Las aseguradoras serán responsables por la preparación y diseminación, a su propio costo, de un programa de orientación para la comunidad que cubra los aspectos de la logística relacionada con la estructura, el uso, los beneficios y la accesibilidad de los servicios del plan médico para los beneficiarios de cada región de salud.
- (3) Los folletos informativos servirán de certificado y garantía de los beneficios a que tienen derecho los beneficiarios y deberán incluir, como mínimo, lo siguiente:
  - (a) Relación de los beneficios cubiertos.
  - (b) Limitaciones y exclusiones del programa de beneficios.
  - (c) Derechos de los beneficiarios.
  - (d) Instrucciones para que los beneficiarios puedan tener acceso a los beneficios.
  - (e) Lista de las organizaciones de cuidado de salud y otros proveedores-participantes disponibles para ofrecer los servicios de cuidado de salud cubiertos en el programa de beneficios.
  - (f) Descripción del procedimiento para ventilar querellas.
  - (g) Firma del beneficiario a la entrega y explicación del folleto.
  - (h) Derecho a la libre selección de proveedor.
- (4) El contenido de los folletos informativos, así como su plan de distribución, deberán ser aprobados por la Administración antes de su publicación y distribución.

**Sección 14. — Derechos de los Beneficiarios.** (24 L.P.R.A. § 7036b)

Todo beneficiario tendrá, entre otros, derecho a:

- (1) Recibir los servicios médicos de calidad cuando los necesiten.
- (2) Fácil acceso a los servicios médicos.
- (3) Seleccionar su organización de cuidado de salud.
- (4) Seleccionar su médico primario o de cabecera.
- (5) Seleccionar, en conjunto con su médico primario, su médico especialista.
- (6) Cambiar su médico primario o su organización de cuidado de salud.
- (7) Que no se le nieguen los servicios bajo la cubierta.
- (8) Acceso fácil e inmediato a servicios de emergencia.
- (9) Recibir la educación e información necesarias para conocer todos los beneficios que ofrece el seguro de salud.
- (10) Que no se discrimine en su contra,
- (11) Iniciar un procedimiento formal de querrela ante el asegurador si tiene una queja o preocupación sobre los servicios de cuidado de salud que le son ofrecidos bajo el plan.
- (12) Apelar cualquier determinación final de la aseguradora ante la Administración.

(13) Seleccionar su farmacia y laboratorio.

**Sección 15 . — Obligaciones de los Beneficiarios.** (24 L.P.R.A. § 7036c)

Los beneficiarios tendrán la obligación de:

- (1) Mantener su información de elegibilidad al día y cuando sea requerida por la Administración.
- (2) Mantener su salud en buen estado manteniendo un estilo de vida saludable.
- (3) Una vez notificado de su elegibilidad al programa deberá acudir al lugar que le indique el asegurador para completar el proceso de suscripción y recibir su tarjeta de identificación como beneficiario.
- (4) Notificar al asegurador de los problemas que pueda confrontar en recibir los beneficios cubiertos.
- (5) Apelar cualquier determinación final del asegurador ante la Administración.

**Sección 16. — Derechos de los Proveedores.** (24 L.P.R.A. § 7036d)

Bajo este plan, los proveedores tienen derecho a:

- (1) Que le sean pagadas las reclamaciones a tenor con los términos dispuestos en su contrato con el asegurador.
- (2) Apelar cualquier determinación final del asegurador ante la Administración.

**Sección 17. — Obligaciones de los Proveedores.** (24 L.P.R.A. § 7036e)

Los proveedores se obligan a:

- (1) Ofrecer servicios de óptima calidad, cuando son necesarios y sin dilación a los beneficiarios del programa.
- (2) Brindar los servicios que sean necesarios para el cuidado de la salud de los beneficiarios.
- (3) No discriminar contra los beneficiarios de sus demás pacientes, por ningún concepto.
- (4) Notificar al asegurador de los problemas que puedan confrontar en ofrecer los servicios a los beneficiarios.
- (5) Notificar al asegurador o a la Administración de cualquier situación que constituya abuso, mal uso o fraude de parte de los beneficiarios.

**ARTÍCULO VII. — INFORMES**

**Sección 1. — Informes Anuales.** (24 L.P.R.A. § 7040)

Dentro de los noventa (90) días siguientes al cierre de cada año fiscal, la Administración someterá al Gobernador y a la Asamblea Legislativa informes sobre sus actividades incluyendo lo siguiente:

- (a) Un resumen de la labor realizada durante el año fiscal en cumplimiento con los propósitos de esta ley, incluyendo copia de los contratos otorgados para los servicios de salud, así como un plan de trabajo, incluyendo proyectos y actividades específicas para el año subsiguiente.
- (b) Estados financieros auditados de acuerdo con los principios de contabilidad aceptados generalmente para los organismos gubernamentales.
- (c) Una relación de las inversiones de capital.

## **Sección 2. — Informes de las aseguradoras**

Dentro de los sesenta (60) días al cierre de cada año fiscal, cada asegurador someterá a la Administración, un informe estadístico de sus actividades. Una vez recopilada y analizada por la Administración, ésta de requerírsele, deberá someterla al Gobernador y a la Asamblea Legislativa. Dicho informe estadístico deberá incluir, como mínimo, lo siguiente:

- (a) Datos estadísticos sobre el acceso de pacientes a servicio preventivo-ambulatorio;
- (b) Datos estadísticos sobre el acceso de pacientes a servicios primarios;
- (c) Datos estadísticos sobre el acceso de pacientes a servicios especializados;
- (d) Datos estadísticos sobre el acceso de pacientes a las salas de emergencias;
- (e) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes con cualquier tipo de cáncer;
- (f) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes con condiciones cardíacas;
- (g) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes con hipertensión;
- (h) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes asmáticos;
- (i) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes con adicción a drogas, nicotina y alcohol;
- (j) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes con enfermedades mentales;
- (k) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes con diabetes;
- (l) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios a pacientes con enfermedades sexualmente transmisibles;
- (m) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a mujeres en estado de embarazo, incluyendo relación de edades de las mujeres embarazadas y estado civil de las mismas;
- (n) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a infantes;
- (o) Datos estadísticos sobre cantidad de nacimientos;
- (p) Datos estadísticos sobre vacunación, tanto en infantes como en niños, adolescentes y adultos;
- (q) Datos estadísticos sobre tipos de enfermedades mayormente tratadas;
- (r) Datos estadísticos sobre medicación, los cuales deberán incluir todos los medicamentos recetados y una relación de costos de los mismos.

Cualquier persona o aseguradora que se negare a brindar la información antes descrita, o rehusare producir cualquier documento que se le solicitare, incurrirá en un delito menos grave que aparejará una pena de no más de mil (1,000) dólares ni menos de cien (100) dólares o cárcel por no más de doce (12) meses ni menos de un (1) mes, o ambas penas. El Director Ejecutivo de la Administración podrá recurrir al Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico, Sala de San Juan, a fin de compeler la divulgación de la información solicitada.

(s) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios ofrecidos a personas con sobrepeso u obesidad.

## **ARTÍCULO VIII. — DISPOSICIONES GENERALES**

### **Sección 1. — Exenciones.** (24 L.P.R.A. § 7031)

La Administración estará exenta de toda clase de contribuciones, derechos, impuestos, arbitrios o cargos, incluyendo los de licencias, impuestos o los que se impusieren por el Gobierno o cualquier subdivisión política de éste, incluyendo todas sus operaciones, sus propiedades muebles o inmuebles, su capital, ingresos y sobrantes. Dichas exenciones serán intransferibles.

Se exime a la Administración del pago de toda clase de derechos o impuestos requeridos por ley para la ejecución de procedimientos judiciales, la emisión de certificaciones en las oficinas y dependencias gubernamentales y subdivisiones políticas, así como en el otorgamiento de documentos públicos y de su inscripción en cualquier Registro Público de Puerto Rico.

### **Sección 2. — Exclusiones y Reglamentación.** (24 L.P.R.A. § 7042)

La Administración estará excluida de las disposiciones de la “Ley de Personal del Servicio Público de Puerto Rico”, de la Ley de Compras y Suministros del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, y de todos los reglamentos promulgados en virtud de dichas leyes.

No obstante, deberá aprobar un Reglamento General para la implantación de las disposiciones de esta Ley dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de vigencia de la misma. También deberá aprobar dentro de igual término un Reglamento de Personal, basado en el principio de mérito, así como un Reglamento de Compras, Suministros y Contratación de Servicios.

### **Sección 3. — Oficina del Contralor.** (24 L.P.R.A. § 7043)

El Contralor tendrá plena facultad para auditar las operaciones de la Administración, con el fin de constatar la legalidad de sus transacciones. Podrá, asimismo, requerir documentos o testimonio a personas o entidades particulares, cuando ello fuere indispensable, al efectuar



una auditoría o intervención en la Administración, o en empresas que operen bajo contrato con la Administración, en aquellos asuntos relacionados con el contrato.

**Sección 4. — Separabilidad.** (24 L.P.R.A. § 7001 nota)

Si alguno de los Artículos, secciones, párrafos, oraciones, frases, o disposiciones de esta Ley fuera declarado inconstitucional por un tribunal con autoridad para ello, las restantes disposiciones permanecerán con toda su fuerza y vigor.

**Sección 5. — Medidas Transitorias.** (24 L.P.R.A. § 7001 nota)

El Departamento continuará todos los procesos relacionados con el establecimiento del plan piloto de seguros de salud hasta que la Junta de Directores de la Administración esté constituida y en posición de asumir la implantación de esta Ley, en cuyo momento el Secretario transferirá a la Administración todos los libros, expedientes, contratos, fondos y cualesquiera documentos relacionados con la implantación de los planes de seguros de sal.

**Sección 6. — Vigencia.**

Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

**ARTICULO IX. — CONTRATACION CON PROVEEDORES DE SALUD**

**Sección 1. — Contratos** (24 L.P.R.A. § 7051)

En los contratos que efectúe la Administración al contratar directamente con proveedores de servicios de salud, la Administración podrá contratar con aseguradoras para que éstas adjudiquen la procesabilidad del pago por servicios en aquellos contratos entre la Administración y los proveedores participantes.

**Sección 2. — Proceso de Contratación** (24 L.P.R.A. § 7051a)

Todos los procedimientos de contratación directa con los proveedores de servicios de salud deberán ser realizados conforme a las disposiciones de esta sección. Todo grupo médico o proveedores que deseen contratar directamente, conforme a lo dispuesto en la Ley Núm. 105 de 19 de julio de 2002, someterá por escrito una solicitud que deberá contener lo siguiente:

- (a) Carta de Trámite: carta oficial que deberá incluir su nombre y dirección de la organización proponente, fecha en que se somete la propuesta y la firma y título del oficial de la corporación autorizando la propuesta.
- (b) Portada: la composición artística de la portada será determinada por la organización proponente y deberá incluir el nombre de la misma.

(c) Página Titular: dicha página deberá incluir el membrete de la organización. El título de la propuesta será el siguiente:

PROPUESTA PARA EL PROYECTO DEMOSTRATIVO DE  
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD  
MEDIANTE UN ACUERDO DE CONTRATACION  
DIRECTA PROVEEDORES.

(d) Resumen Ejecutivo: descripción del modelo de cuidado coordinado bajo una estructura organizativa similar a la de "Health Care Organizations" (HCO), que incluya la integración de todos los componentes de un sistema integrado de salud, los servicios propuestos y los beneficios que representa para los beneficiarios y proveedores participantes.

Actividades específicas a llevarse a cabo para cumplir con los objetivos propuestos. Areas que se detallan en el cuerpo principal de la propuesta de forma tal que facilite a los Comités de Evaluación el análisis de aquellas áreas que sean de más impacto.

(e) Tabla de Contenido: desglose de los temas principales y las páginas donde se encuentran.

(f) Contenido de la Propuesta: información clara y concisa en cada uno de los renglones que se especifican en cada capítulo.

Capítulo 1: Organización  
Capítulo 2: Información Financiera  
Capítulo 3: Modelo de Prestación de Servicios  
Capítulo 4: Sistemas de Información  
Capítulo 5: Mejoramiento de Calidad  
Capítulo 6: Servicio al Cliente  
Glosario de Términos  
Anejos

(g) Encuadernación: la propuesta se entregará en original y 3 copias, en carpetas de 3 argollas de 2 pulgadas de ancho. El contenido deberá ser escrito en tamaño 13 CG Times New Roman a doble espacio.

Toda propuesta debidamente entregada a la Administración deberá ser estudiada y analizada para propósitos de la contratación en un término improrrogable de treinta y cinco (35) días laborables.

### **Sección 3. — Criterios de Evaluación (24 L.P.R.A. § 7051b)**

El proceso de evaluación llevado a cabo por la Administración se determinará tomando en consideración el área regional para la cual se solicita la contratación directa, cantidad de vidas que se solicita para la prestación de los servicios, facilidades físicas, capacidad económica, capital para el financiamiento de los servicios y habilidad para proveer servicios de manejo de riesgos. Los siguientes elementos serán considerados en el proceso evaluativo:

(a) Capacidad, eficiencia y adecuación del sistema de información utilizado para registrar encuentros y procesar reclamaciones electrónicamente.

- (b) Disponibilidad y eficiencia de los programas de contención de costos, incluyendo la revisión de utilización y programas de garantía de calidad.
- (c) Capacidad, administrativa y financiera de la organización proponente, incluyendo la red de proveedores de cuidado coordinado.
- (d) Disponibilidad de programas de medicina preventiva.
- (e) Disponibilidad de médicos primarios y especialistas.
- (f) Disponibilidad de salas de emergencia.
- (g) Disponibilidad de programas de quejas y querellas por parte de los beneficiarios y plan de cumplimiento conforme a los estatutos locales y federales aplicables.

**Sección 4. — Modelo; Demostrativo; Autorización** (24 L.P.R.A. § 7052)

Complementado por, y sin menoscabo de las disposiciones de esta Ley, se autoriza a la Administración a realizar planes pilotos de contratación directa con proveedores de salud, dentro del año contado a partir de la vigencia de la Ley que crea este Artículo IX, a los fines de permitir a la Administración la negociación y contratación de planes de salud con los proveedores de servicios de salud según definidos por esta Ley. La Administración cada seis (6) meses, a partir de la aprobación de esta ley, informará a la Asamblea Legislativa sobre la evaluación, viabilidad y posibilidad de extensión a otras áreas o regiones de la Isla.

**Sección 5. — Pago** (24 L.P.R.A. § 7053)

A tenor con lo establecido en la Sección 2 anterior (24 L.P.R.A. § 7052), la Administración considerará el transferir al proveedor de servicios de salud el por ciento del dólar prima destacado al subfondo médico; sin menoscabo del mismo por facturas y/o cargos relativos a los otros renglones del fondo médico como lo son los servicios ancilares de consultas de salas de emergencias y hospitales, laboratorios, rayos X, farmacias, médicos de apoyo y demás proveedores de servicios de salud.

Además, la Administración considerará hacerse cargo del Fondo Catastrófico, el Fondo Institucional y los servicios ancilares anteriormente mencionados. En cuanto a las medidas de seguridad tomadas por la Administración, las mismas se limitarán exclusivamente a reservas que sean proporcionales al riesgo actuarial asumido en la contratación.

De igual modo, la Administración considerará negociar tarifas con los diferentes médicos de apoyo a base de métodos de pago por servicios rendidos o pago per cápita, teniendo a su haber los fondos de administración y reservas para amortiguar las fluctuaciones de pagos.

**Sección 6. — Medicamentos** (24 L.P.R.A. § 7054)

Se autoriza a la Administración a realizar las subastas necesarias, conforme a su propia reglamentación, para la compra de medicamentos y productos médicos. Los medicamentos y productos médicos serán aquellos publicados en los propios formularios establecidos por la Administración. Dichas subastas se llevarán a cabo una vez el proyecto de contratación

directa cuente con el cincuenta por ciento (50%) del total de vidas comprendidas en la reforma de salud.

**Nota. Este documento fue preparado por la Oficina de Gerencia y Presupuesto. En el mismo se han incorporado todas las enmiendas hechas a la Ley a fin de facilitar su consulta. Para exactitud y precisión, refiérase a los textos originales de dicha ley. Preparado por la Biblioteca de la Oficina de Gerencia y Presupuesto**