

(P. de la C. 2834)

## LEY

Para enmendar el inciso (a), derogar el inciso (g), redesignar los incisos (h) al (s) como (g) al (r), respectivamente, y enmendar los redesignados incisos (i) y (k) del Artículo 2; enmendar el inciso (a) y adicionar los incisos (f) al (k) al Artículo 6 y adicionar un nuevo inciso (a) y redesignar los incisos (a) y (b) como (b) y (c), respectivamente, al Artículo 7 de la Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, conocida como "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente".

### EXPOSICION DE MOTIVOS

Con el fin de ampliar el acceso y mejorar los servicios médicos provistos a los ciudadanos americanos, el pasado 23 de marzo de 2010 el Congreso de Estados Unidos aprobó la Ley Pública Núm. 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act" (Ley PPACA). Dicha legislación constituye una reforma sin precedente al sistema de salud de Estados Unidos. La Ley PPACA está dirigida a los miles de ciudadanos americanos que no pueden obtener los servicios médicos esenciales debido a los altos costos de un plan médico que les garantice una cubierta básica razonable. Además, la legislación federal garantiza el acceso de los ciudadanos a tratamientos preventivos para mantenerlos saludables y pretende evitar que miles de ciudadanos americanos tengan que abandonar tratamientos médicos debido a que sus planes médicos no cubren el costo de los mismos.

Luego de que en los pasados años cientos de miles de puertorriqueños quedaran desprovistos de un plan de salud, esta Administración se ha trazado como meta y considera como una de sus prioridades el garantizar que los puertorriqueños tengan acceso a más y mejores servicios de cuidado de salud. Resulta necesario tomar todas las medidas necesarias para implantar la Reforma de Salud Federal en Puerto Rico. De esta manera, se maximiza su impacto sobre nuestro sistema de salud y sobre nuestros ciudadanos. Esta legislación enmienda la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente a fin de garantizar que todos los puertorriqueños gocen de todas las protecciones a los pacientes reconocidas en la legislación federal.

Entre las protecciones que se le reconocen a los pacientes en la Ley PPACA, y que hoy incorporamos en nuestra legislación, se encuentran la prohibición de discrimen por razón de alguna condición médica preexistente y la prohibición de imponer límites de por vida, anual o de beneficios, según éstos son definidos en la legislación federal. De igual forma, se le garantiza al paciente una cubierta médica de cuidado preventivo, así como una cubierta, con acceso directo y sin referido o autorización, a servicios médicos

de ginecología y obstetricia, en aquellos casos en que el plan cubra dichos servicios. La presente legislación garantiza, además, que cuando uno de los beneficiarios sea un menor de edad, su padre o madre o tutor pueda seleccionar a un pediatra como su médico primario, siempre que dicho pediatra sea parte de la red de proveedores. Finalmente, todo paciente tendrá derecho a que su plan de seguros de salud le provea un sistema para procesar querellas que esté debidamente aprobado y reglamentado por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Dicho sistema deberá incluir un procedimiento apelativo interno y un procedimiento de apelación ante una entidad externa e independiente. El paciente también tendrá derecho a un procedimiento expedito en aquellos casos en que se requiera una acción inmediata en la que su salud o su vida estén en peligro.

Con estas enmiendas, damos un paso adicional para lograr que todos los puertorriqueños tengan acceso adecuado a servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias de alta calidad, de acuerdo con sus necesidades e independientemente de su condición socioeconómica, sus condiciones de salud preexistentes, su historial médico y su capacidad de pago. Después de todo, ese fue el objetivo que guió la aprobación de la Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, que crea la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente que hoy enmendamos.

#### *DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:*

Artículo 1.-Se enmienda el inciso (a), se deroga el inciso (g), se redesignan los incisos (h) al (s) como (g) al (r), respectivamente, se enmiendan los redesignados incisos (i) y (k) del Artículo 2 de la Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, para que lean como sigue:

#### *"Artículo 2.-Definiciones*

Para fines de esta Ley, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se indica:

- (a) Asegurador - Significa cualquier persona o entidad autorizada por el Comisionado de Seguros para llevar a cabo negocios de seguros en Puerto Rico que asume un riesgo en forma contractual en consideración o a cambio del pago de una prima, incluyendo a organizaciones de servicios de salud. Para efectos de esta Ley, el término asegurador también incluye a cualquier asociación, sociedad o asociación de socorros o auxilios mutuos de fines no pecuniarios que tenga establecido, mantenga y opere en Puerto Rico cualquier plan de servicios médico quirúrgico y servicios de hospitalización a socios en consideración al pago de una cuota o

cualquier entidad dedicada al negocio de otorgar contratos de seguro u ofrecer planes de beneficios de servicios de salud.

...

(g) ...

(h) ...

(i) Paciente - Significa cualquier persona que reciba o esté sujeta a recibir tratamiento para su salud, ya sea para una condición física o mental, y que consulta a un profesional de la salud o se somete a examen por éste con el fin de obtener información para mantenerse saludable, obtener un diagnóstico de su estado de salud o tratamiento para una enfermedad o lesión a su salud, incluyendo diagnósticos o tratamientos preventivos para la detección temprana de cualquier potencial condición médica o complicaciones de aquéllas ya diagnosticadas, o para prolongarle la vida y calidad de vida a aquéllos que ya se complicaron, independientemente de si es o no un suscriptor o beneficiario de un plan de cuidado de salud público o privado.

(j) ...

(k) Plan de cuidado de salud - Significa cualquier convenio mediante el cual una persona se compromete a proveer a un suscriptor, asegurado o grupo de suscriptores o asegurados determinados servicios de cuidado de salud o seguro de salud, bien sea directamente o a través de un proveedor, o a pagar la totalidad o una parte del costo de tales servicios, en consideración al pago de una cantidad prefijada en dicho convenio que se considera devengada, independientemente de si el suscriptor o asegurado utiliza o no los servicios de cuidado de salud provistos por el plan. Lo anterior incluye a los seguros de salud, a los planes de cuidado de salud o cualquier contrato de seguros de naturaleza similar a dichos planes, independientemente del asegurador que lo ofrezca.

..."

Artículo 2.-Se enmienda el inciso (a) y se adicionan los incisos (f), (g), (h), (i), (j) y (k) al Artículo 6 de la Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 6.-Derechos en cuanto a selección de planes y proveedores

En lo concerniente a la selección de planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios, todo paciente, usuario, o consumidor de tales planes y servicios en Puerto Rico tiene derecho a:

- (a) Una selección de planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios que sea adecuada y suficiente para garantizar el acceso a cuidado y servicios de salud de alta calidad, de manera que pueda escoger aquellos planes de cuidado y proveedores que mejor se ajusten a sus necesidades y deseos, independientemente de su condición socioeconómica, o capacidad de pago. Los pacientes menores de 19 años de edad pueden seleccionar el plan de cuidado de salud y aquellos proveedores que se ajusten a sus necesidades sin que se sean discriminados por cualquier condición médica preexistente o su historial médico. A partir del año 2014, el derecho a que no se discrimine por su condición médica preexistente o historial médico aplicará a todos los pacientes, independientemente de su edad.
- (b) ...  
...
- (f) Que los planes de cuidado de salud les ofrezcan una cubierta sin límite económico o “dollar limits”, según estos términos son definidos en la legislación federal y su reglamentación federal correspondiente, ya sea de por vida; por contrato anual, en los beneficios esenciales cubiertos, definidos como “essential health benefits” en la Ley Pública 111-148, conocida como “Patient Protection and Affordable Care Act”, y por sus reglamentos, y por las normas establecidas por el Comisionado.
- (g) Que los planes de cuidado de salud incluyan, como parte de su cubierta básica, sin costo adicional ni copago alguno, los siguientes servicios de cuidado preventivo: el cuidado preventivo recomendado por el “United States Preventive Services Task Force”; las inmunizaciones que sean recomendadas por el “Advisory Committee Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention”; en cuanto a los infantes, niños y adolescentes hasta los 21 años, cuidado preventivo que incluya las vacunas recomendadas según su edad y, en cuanto a las mujeres, el cuidado preventivo contra el cáncer de mama según recomendado

por el "Health Resources and Services Administration". Estos son los requisitos mínimos, sin que los mismos limiten a los aseguradores a ofrecer una mayor cobertura.

- (h) Que los planes de cuidado de salud que como parte de su cubierta incluyan a los dependientes, hagan la misma extensiva a los dependientes que no estén casados, hasta los 26 años de edad. El Comisionado reglamentará estos casos y su aplicación.
- (i) Que los planes de cuidado de salud individuales o grupales cubran los servicios de ginecología y obstetricia con acceso directo, sin requerir referido o autorización previa del plan, siempre que ese médico sea parte de la red de proveedores del plan de cuidado de salud.
- (j) Que los planes de cuidado de salud individuales o grupales que tengan en la cubierta a un menor de edad como participante o beneficiario, permitan que el padre o tutor del menor dependiente pueda seleccionar a un pediatra como su proveedor de cuidado primario, siempre que ese médico pediatra sea parte de la red de proveedores del plan de cuidado de salud.
- (k) Que los planes de cuidado de salud individuales o grupales implanten un sistema de querellas interno aprobado por el Comisionado que provea procedimientos adecuados y razonables para la pronta resolución de querellas relacionadas con las determinaciones sobre cubiertas y reclamaciones de asegurados. Los planes le notificarán a sus asegurados que tienen acceso a un proceso de apelaciones; que tienen derecho a ser asistidos por un funcionario del gobierno como el Procurador del Paciente o el Procurador del Ciudadano o un abogado de su preferencia; que tienen acceso a su expediente médico; que pueden presentar evidencia escrita o testifical; y que tienen derecho a recibir los beneficios, según se determine en el proceso. Los asegurados tienen derecho a que los planes de cuidado de salud establezcan un sistema de apelación ante una entidad externa e independiente que cumpla con los requisitos que el Comisionado establezca. Todo asegurado tiene derecho a que se establezca un proceso de evaluación expedita en los casos de emergencia que pongan en riesgo su salud.

Artículo 3.-Los derechos establecidos en el Artículo 2 de esta Ley tendrán el alcance y se registrarán de conformidad con los requisitos y procedimientos dispuestos por la Ley PPACA y la reglamentación federal y estatal adoptada al amparo de ésta”.

Artículo 4.-Se adiciona un nuevo inciso (a) y se redesignan los incisos (a) y (b) como (b) y (c) respectivamente del Artículo 7 de la Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 7.-Derechos del paciente a la Continuación de Servicios de Cuidado de Salud.

Todo paciente, usuario o consumidor de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico tiene derecho a que:

- (a) Todo plan de cuidado de salud incluya en el contrato o póliza una disposición a los efectos de que el plan de cuidado de salud no puede ser revocado o enmendado, una vez el beneficiario esté cubierto bajo el plan o incluido en la cubierta, a menos que no realice el pago de la prima y no cumpla con los períodos de gracia que concede el Código de Seguros; haya realizado un acto constitutivo de fraude; o haya realizado, intencionalmente una falsa representación que esté prohibida por el plan, sobre un asunto importante y material para la aceptación del riesgo, o para el riesgo asumido por el asegurador.
- (b) ...
- (c) ...”

Artículo 5.-Vigencia

Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

.....  
*Presidente del Senado*

.....  
*Presidenta de la Cámara*

DEPARTAMENTO DE ESTADO  
Certificaciones, Reglamentos, Registro  
de Notarios y Venta de Leyes  
Copia que es copia fiel y exacta del original.  
2 de noviembre de 2010

Aprobada en 1 de noviembre de 2010

  
.....  
Gobernador