

## ***Ley para Establecer la Política Pública del ELA Relacionada con la Interpretación de las Disposiciones del Código de Seguros de Salud y Emitir Prohibiciones***

Ley Núm. 5 del 3 de enero de 2014, según enmendada

(Contiene enmiendas incorporadas por las siguientes leyes:

[Ley Núm. 47 de 23 de julio de 2017](#)

[Ley Núm. 138 del 1 de Septiembre de 2020](#))

Se enmienda el Artículo 2.020, se añade un nuevo inciso I y se reenumeran los actuales incisos I al CC como incisos J al DD del Artículo 2.030, y se añade un nuevo Artículo 2.090 a la [Ley Núm. 194-2011, según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”](#); para establecer la política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico relacionada con la interpretación de las disposiciones del Código de Seguros de Salud, o de surgir algún conflicto entre lo establecido en este Código de Seguros de Salud y cualquier otra legislación, que la interpretación que prevalecerá será aquella que resulte más favorable para el paciente; para prohibir a todo asegurador, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, negar la debida autorización para los procesos de hospitalización de un paciente, incluyendo el largo del periodo de dicha hospitalización y los pagos por servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la debida prestación de servicios de salud a dicho paciente, cuando medie una recomendación médica basada en una necesidad médica a estos fines, en los casos en que estos servicios sean parte de la cubierta del plan médico del asegurado, el servicio sea prestado mientras la póliza se encuentre vigente y el servicio se encuentre dentro de las categorías de servicios cubiertos por dicha póliza; establecer dentro del Código de Seguros de Salud la definición del concepto de necesidad médica; se añade la Sección 18 al Artículo VI de la [Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico”](#), con el fin de prohibir que ninguna compañía de seguros de salud, asegurador, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas, que contrate con la Administración para el manejo o implantación del Plan de Salud Gubernamental, niegue la debida autorización para los procesos de hospitalización de un paciente, incluyendo el largo del periodo de dicha hospitalización y los pagos por servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la debida prestación de servicios de salud a dicho paciente, cuando medie una recomendación médica basada en una necesidad médica a estos fines, en los casos en que estos servicios sean parte de la cubierta del plan médico del asegurado, el servicio sea prestado mientras la póliza se encuentre vigente y el servicio se encuentre dentro de las categorías de servicios cubiertos por dicha póliza, además de que no se negará ningún referido para evaluación de especialistas o sub-especialistas a un suscriptor o paciente del Plan de Salud Gubernamental cuando se encuentre basada en la premisa de necesidad médica; se añade los nuevos incisos (o) y (p) al Artículo 7 de la [Ley Núm. 77-2013, mejor conocida como “Ley del Procurador del Paciente del Estado Libre Asociado de Puerto Rico”](#), a los fines de establecer la jurisdicción y responsabilidad de la Oficina del

Procurador de la Salud en la resolución de querellas por el incumplimiento de esta Ley y establecer penalidades; y establecer reglamentación y vigencia.

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Es un deber ineludible del Estado velar continuamente por la calidad de los servicios de salud que se ofrecen a los ciudadanos y eliminar todos los obstáculos que éstos enfrentan en la consecución de un estado óptimo de salud. En el ámbito de los servicios de salud, la relación médico-paciente desempeña un rol primordial en el proceso de aliviar los padecimientos de salud y prevenir la enfermedad; siendo el médico el profesional de la salud autorizado para determinar cuál tratamiento médico necesita brindarse a un paciente en estado de necesidad.

Dentro del marco de los servicios de salud, las aseguradoras utilizan directrices o guías clínicas estandarizadas con el fin de establecer procesos de revisión de utilización de servicios de los planes médicos por los pacientes asegurados. Estas guías médicas son nacionalmente aceptadas y contienen principios de cuidado clínico en base a lo que consideran las mejores prácticas de la medicina.

Uno de los problemas medulares que están confrontando los pacientes en Puerto Rico es que diariamente existen choques entre médicos, facilidades de salud, proveedores de servicios de salud y aseguradoras cuando un paciente necesita un tratamiento médico, el mismo se brinda y luego de facturado no se procede con el pago de los servicios brindados por controversias con el largo de la estadía hospitalaria, por el tratamiento brindado por discrepancias con lo establecido en las guías clínicas de los asegurados sobre el criterio médico. Diariamente en los medios de comunicación de país se escuchan las quejas de los médicos, los hospitales y de los pacientes con las múltiples restricciones y obstáculos que entienden les imponen las compañías de seguros, los cuales les dificultan el seguir las recomendaciones de cuidado según dispuestas por su médico. Además, en muchas ocasiones, luego de prestado el servicio médico y el paciente ha salido del hospital, surgen controversias con el servicio prestado en base a las guías clínicas estandarizadas que utilizan las aseguradoras fin de establecer procesos de revisión de utilización de servicios de los planes médicos por los pacientes asegurados.

Por tanto, esta Asamblea Legislativa entiende necesaria la aprobación de esta medida con el fin de establecer varios parámetros importantes: se reconoce como política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico que la salud es un asunto de naturaleza ética, de justicia social y de derechos humanos sobre el ánimo de lucro. Además, se garantiza a los ciudadanos que el criterio de necesidad médica sólo podrá ser ejercida por los médicos sin que existan intervenciones indebidas por parte de un asegurador o proveedor de planes médicos, en particular a lo concerniente a las recomendaciones médicas relacionadas a la necesidad de hospitalización y los pagos por servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la debida prestación de servicios de salud al mismo según se dispone en esta Ley. También, se añade la Sección 18 al Artículo VI de la [Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico](#), para establecer unas prohibiciones similares para que le sean de aplicación al Plan de Salud Gubernamental de Puerto Rico. Y por último, entendemos necesario darle la jurisdicción a la Oficina del Procurador de la Salud para que intervenga y atienda querellas

sobre estos asuntos sin menoscabo de los poderes de investigación y atención de querellas que tiene la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

Entendemos que con esta Ley hacemos un balance entre la realidad de las aseguradoras y los proveedores de servicios de salud en Puerto Rico. Si bien es cierto que las guías clínicas son una herramienta utilizada por las aseguradoras como medio de control de calidad para asegurarse que los pagos que se realicen a los proveedores de servicios de salud en Puerto Rico sean basados en servicios de calidad para los pacientes; es importante establecer que las mismas son solamente instrumentos de apoyo para la toma de decisiones informadas basadas en la necesidad médica. El elemento de necesidad médica es el criterio máximo que debe utilizar todo médico al momento de la toma de decisiones para brindar tratamiento a un paciente. Y jamás debe utilizarse estas guías como la razón principal para negar algún tipo de tratamiento o pago por los servicios realizados. El criterio de necesidad médica debe ser siempre ejercido por el médico, y todo tratamiento se evalúa caso a caso; y ninguna aseguradora debe impedir el pago por servicios prestados a un paciente cuando exista la necesidad médica y la misma se encuentre fundamentada en evidencia clínica que sostenga dicha determinación y esté debidamente documentada por el facultativo que trató al paciente; independientemente de lo que establezcan las guías médicas utilizadas por las aseguradoras.

*Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:*

**Artículo 1. — Omitido.** [Nota: Enmienda el Artículo 2.020 de la [Ley Núm. 194-2011, según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”](#)]

**Artículo 2. — Omitido.** [Nota: Añade un nuevo inciso I. y se reenumeran los actuales incisos I. al CC. como incisos J. al DD. del Artículo 2.030 de la [Ley Núm. 194-2011, según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”](#)]

**Artículo 3. — Omitido.** [Nota: Añade un nuevo Artículo 2.090 a la [Ley Núm. 194-2011, según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”](#)]

**Artículo 4. — Omitido.** [Nota: Añade la Sección 18 al Artículo VI de la [Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico”](#)]

**Artículo 5. — Omitido.** [Nota: Añade los nuevos incisos (o) y (p) al Artículo 7 de la [Ley Núm. 77-2013](#)]

**Artículo 6. — Reglamentación y Multas Administrativas.** (1 L.P.R.A. § 746 nota) y (24 L.P.R.A. § 7036f nota) [Nota: La Sec. 3 de la [Ley 47-2017](#) y la Sec. 5 de la [Ley 138-2020](#) enmendaron este Artículo]

El Procurador del Paciente, en coordinación y consulta con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, el Comisionado de Seguros y el Secretario del Departamento de Salud, adoptará la reglamentación necesaria para velar por el cumplimiento de lo dispuesto en esta Ley, en un término no mayor de sesenta (60) días a partir de la aprobación de la misma. Se faculta al

Procurador del Paciente para imponer multas administrativas por violación a las disposiciones de esta Ley, previa notificación y vista, conforme y hasta las cantidades dispuestas en la [Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, conocida como "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Estado Libre Asociado de Puerto Rico"](#) [Nota: Derogada y sustituida por la [Ley 38-2017](#)].

No obstante, toda persona que voluntaria y maliciosamente impidiere y obstruyere el ejercicio de las funciones del Procurador, o del personal de su Oficina, o sometiere información falsa a sabiendas de su falsedad, incurrirá en delito menos grave y convicta que fuere será castigada con una multa no mayor de cinco mil (5,000) dólares.

Cuando el impedimento u obstrucción a que se refiere el párrafo anterior se ocasione mediante intimidación, fuerza o violencia, tal acción constituirá delito grave y convicta que fuere cualquier persona, estará sujeta a la pena de reclusión por un término fijo que no excederá de cinco (5) años ni será menor de seis (6) meses y un día, o pena de multa que no excederá de diez mil (10,000) dólares ni será menor de cinco mil (5,000) dólares, o ambas penas a discreción del Tribunal. Además, se ordena a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico a reglamentar los procesos de revisión y utilización conforme a los estándares nacionales de los Estados Unidos de América, incluyendo las entidades que participen en el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, utilizando los siguientes principios:

- a) La revisión de utilización debe completarse en un periodo no mayor de cuarenta y ocho (48) horas luego de provisto el servicio;
- b) No está permitida la utilización de los remedios extraordinarios de revisión retrospectiva como medio para provocar la denegación de pagos por servicios realmente prestados al paciente;
- c) Toda compañía de seguros de salud, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, vendrá obligado a proveer recursos necesarios y capacitados en el proceso de revisión. O sea, el proceso de revisión entre la compañía de seguros de salud, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico tendrá que ser hecha por un homólogo clínico al profesional de la salud quien determinó la necesidad médica del servicio.
- d) Los criterios de revisión clínica esbozados en la [Ley 194-2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico"](#), solo constituirán guías de referencia para el profesional de la salud a la hora de proveer los servicios de salud necesarios para el paciente. El criterio rector para determinar la necesidad médica e idoneidad de los servicios de salud provistos al paciente será la discreción médica, siempre y cuando sea conforme al estándar de cuidado razonable exigible ante las circunstancias particulares de cada paciente, en consideración a los conocimientos contemporáneos, las normas generalmente aceptadas por la práctica médica, y a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza. Cuando se tratase de servicios de salud para el cáncer, se autorizará mediante una sola evaluación la totalidad del protocolo clínico generalmente aceptado por la clase médica oncológica para cada condición de cáncer diagnosticada. Por tal motivo, los criterios de revisión clínica no sustituirán la discreción médica, en las circunstancias provistas anteriormente, para determinar la necesidad médica real del paciente en el proceso de revisión de utilización requerido para facturar los servicios prestados por el profesional de la salud o proveedor. Esta reglamentación que se le exige

a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico no incluirá lenguaje limitando el foro al cual puede acudir el proveedor que entienda que se han violado las disposiciones de esta Ley, permitiéndole así, poder escoger el foro administrativo o el foro judicial para presentar su reclamo.

**Artículo 7. — Acceso a la Información de Estadísticas de Determinaciones Adversas o Denegaciones de Servicios de Salud.** [Nota: La Sección 4 de la [Ley 47-2017](#) añadió este Artículo y renumeró el anterior Art. 7 como Art. 10]

Toda compañía de seguros de salud, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, vendrá obligada a someter al Procurador del Paciente, informes trimestrales en los que consignará, desglosado de la manera proscrita por el Procurador mediante Reglamento, y tomando las precauciones necesarias para proteger la identidad de los asegurados, el número total de determinaciones adversas o denegaciones de servicio, así como la justificación para dicha determinación adversa o denegaciones de servicios de salud y cualquier otra información pertinente que se establezca mediante Reglamento.

Los plazos trimestrales fijados para la radicación de los informes exigidos en este Artículo comenzarán a discurrir noventa (90) días a partir de la fecha de vigencia de esta Ley. Los formularios necesarios para recopilar de manera uniforme la información requerida deberán estar disponibles dentro de dicho término y se remitirán a todos los obligados a rendir los informes requeridos.

La dilación o inacción de la agencia en cuanto a la preparación, tanto de la reglamentación autorizada como de los formularios para requerir la información, no será, sin embargo, justificación para que las personas naturales o jurídicas no provean, a partir del primer trimestre transcurrido luego de los noventa (90) días contados a partir de la fecha de vigencia de esta Ley, la información requerida en este Artículo.

El Procurador del Paciente será responsable de mantener, en su página cibernética, todos los informes que en cumplimiento este Artículo le sean sometidos, así como los nombres de aquellas compañías que no provean, en el plazo requerido, la información correspondiente.

**Artículo 8. —** [Nota: La Sección 5 de la [Ley 47-2017](#) añadió este Artículo y renumeró el anterior Art. 8 como Art. 11]

Se prohíbe que cualquier compañía de seguro de salud, o cualquier persona jurídica de la cual sus accionistas, oficiales o directores, o cualquier otra persona natural o jurídica que sea el alter ego, o tenga un interés económico directo o sea un conducto económico pasivo de la misma, a realizar el proceso de revisión y utilización en cualquiera de los niveles de apelación.

**Artículo 9. — Causa de Acción.** [Nota: La Sección 6 de la [Ley 47-2017](#) añadió este Artículo]

Salvo aquellos casos en que no sea permitido por disposición federal, toda aseguradora que directa o indirectamente, a través de sus empleados, oficiales, agentes, personal, normas o por cualquier otro medio, intervenga en el proceso de diagnóstico o tratamiento médico, será responsable por los daños ocasionados por sus actuaciones y omisiones al paciente, sus familiares y cualquier otra persona que pueda reclamarlos conforme ha sido reconocido por la jurisprudencia

y vendrá obligado a reparar los daños causados. La responsabilidad civil de la aseguradora será solidaria con los restantes cocausantes del daño. Dicha responsabilidad de las aseguradoras se determinará bajo los principios de negligencia expuestos en el Artículo 1802 del Código Civil de Puerto Rico y su jurisprudencia interpretativa. Esta causa de acción será jurisdicción de los Tribunales del Gobierno de Puerto Rico.

**Artículo 10. — Cláusula de Separabilidad.** (1 L.P.R.A. § 746 nota) y (24 L.P.R.A. § 7036f nota)

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

**Artículo 11. —** Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

Nota. Este documento fue compilado por personal de la [Oficina de Gerencia y Presupuesto](#) del Gobierno de Puerto Rico, como un medio de alertar a los usuarios de nuestra Biblioteca de las últimas enmiendas aprobadas para esta Ley. Aunque hemos puesto todo nuestro esfuerzo en la preparación del mismo, este no es una compilación oficial y podría no estar completamente libre de errores inadvertidos; los cuales al ser tomados en conocimiento son corregidos de inmediato. 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 y a la colección de Leyes de Puerto Rico Anotadas L.P.R.A.. Las anotaciones en letra cursiva y entre corchetes añadidas al texto, no forman parte de la Ley; las mismas solo se incluyen para el caso en que alguna ley fue derogada y ha sido sustituida por otra que está vigente. Los enlaces al Internet solo se dirigen a fuentes gubernamentales. Los enlaces a las leyes enmendatorias pertenecen a la página web de la [Oficina de Servicios Legislativos](#) de la Asamblea Legislativa de Puerto Rico. Los enlaces a las leyes federales pertenecen a la página web de la [US Government Publishing Office GPO](#) de los Estados Unidos de Norteamérica. Los enlaces a los Reglamentos y Ordenes Ejecutivas del Gobernador, pertenecen a la página web del [Departamento de Estado](#) del Gobierno de Puerto Rico. Compilado por la Biblioteca de la Oficina de Gerencia y Presupuesto.

Véase además la [Versión Original de esta Ley](#), tal como fue aprobada por la Legislatura de Puerto Rico.

⇒ ⇒ ⇒ Verifique en la Biblioteca Virtual de OGP la **Última Copia Revisada** (Rev.) para esta compilación.

Ir a: [www.ogp.pr.gov](http://www.ogp.pr.gov) ⇒ Biblioteca Virtual ⇒ Leyes de Referencia—SEGUROS DE SALUD.