ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

28 de agosto de 2003

Hon. Julio Rodríguez Gómez
Presidente
Comisión de Salud y Asuntos Ambientales
Senado de Puerto Rico
P. O. Box 9023431
San Juan, Puerto Rico 00902-3431

Re: Proyectos del Senado 2083 y 2084

Honorable senador Rodríguez:

Agradecemos la oportunidad que nos brinda la Comisión de Salud y Asuntos Ambientales del Senado de Puerto Rico para exponer nuestros comentarios en torno a los Proyectos de Ley denominados P. del S. 2083 y P. del S. 2084, en adelante "Proyectos".

Dichas medidas legislativas proponen enmendar respectivamente el Artículo 3 de la Ley Núm. 11 de 11 de abril de 2001, según enmendada, y el Artículo 9(a) de la Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, con el propósito de garantizar en todos los contratos y en todas las cubiertas el derecho de los beneficiarios de la Reforma de Salud a obtener una segunda opinión de un médico que no necesariamente sea parte del grupo primario de proveedores de servicios de salud.

Comenzamos por señalar que, en la actualidad, los seguros de salud o planes de cuidado de salud que podemos denominar como "privados" permiten que sus asegurados o suscritores busquen segundas opiniones médicas. Bajo este tipo de seguro o plan privado, el asegurador u organización de servicio de salud promueve y fomenta que los asegurados o suscriptores obtengan una segunda opinión respecto al diagnóstico y/o tratamiento que mejor atienda su necesidad médica. Ello, porque así se garantiza que el asegurado o suscriptor reciba el servicio de salud que específicamente

necesita para corregir su condición de salud, y a la vez, se evita la utilización inadecuada de los recursos disponibles del asegurador u organización de servicios de salud.

Asimismo, bajo el Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, el contrato vigente entre la Administración de Servicios de Salud de Puerto Rico (ASES) y los aseguradores u organizaciones de servicios de salud específicamente dispone que los beneficiarios del programa pueden obtener segundas opiniones médicas.

De esa forma, consideramos que el contenido de las enmiendas propuestas por estos Proyectos está actualmente contemplado en los seguros de salud o planes de cuidado de salud emitidos por los aseguradores u organizaciones de servicios de salud. Por ello, somos de la opinión que resulta poco factible elevar a rango estatutario lo acordado ya por contrato entre las partes.

Por otro lado, nos preocupa el que estos Proyectos establezcan que el beneficiario pueda recurrir a un médico que no necesariamente sea parte del grupo primario de proveedores de servicios de salud para conseguir esa segunda opinión.

Como es de conocimiento general, el Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico es un programa de cuidado dirigido que funciona a través de médicos primarios para inicialmente rinden el servicio de salud al paciente suscrito a ese plan de salud gubernamental. Son estos médicos primarios quienes, según su juicio profesional, refieren al paciente a los distintos médicos especialistas, en caso que la condición de salud así lo requiera. En términos económicos, este programa de cuidado dirigido se basa en un "capitation" o recursos específicos destinados a cada grupo de proveedores de servicios de salud, incluyendo médicos primarios y especialistas. De esa forma, por las particularidades del programa de cuidado dirigido, las primas que se pagan son considerablemente menores a las que se pagan por los seguros o planes que no funcionan bajo cuidado dirigido.

Por su parte, algunos de los seguros de salud o planes de cuidado de salud que podemos denominar como "privados" funcionan bajo un sistema de cuidado dirigido, en el cual los servicios médicos están concentrados en un grupo particular de proveedores. Los demás funcionan bajo un programa de libre selección dentro de la red amplia de proveedores de servicios de salud.

Dado que el programa de cuidado dirigido requiere esencialmente concentrar los servicios de salud en unos proveedores particulares con unos recursos económicos específicos, consideramos que permitir que el asegurado o suscriptor pueda buscar una segunda opinión médica fuera del grupo de médicos primarios trastoca las características y el propósito de dicho programa, ya que podría promover la sobre-

utilización de los servicios y agotar inadecuadamente los recursos disponibles. Entendemos, por ejemplo, que se debe aclarar en los Proyectos cómo y a quién le facturará ese médico que no pertenece al grupo primario al que pertenece el beneficiario.

Finalmente, consideramos que reconocer por ley el derecho de los beneficiarios de la Reforma de Salud a obtener una segunda opinión de un médico, se debe limitar a condiciones de salud que requieran servicios médicos especializados, como por ejemplo, cirugías electivas, enfermedades catastróficas y otros. Resulta poco práctico extender ese derecho a condiciones de salud ordinarios como un catarro, varicelas, etc.

Asimismo, consideramos que extender este derecho a obtener una segunda opinión médica fuera del grupo primario de proveedores podría acarrear unos gastos no contemplados dentro del "capitation". Sugerimos que se consulte con ASES para que dicha agencia se exprese sobre el impacto que podría tener sobre el "capitation" la aprobación de estos Proyectos tal y como están redactados.

A base de lo anterior, la Oficina del Comisionado de Seguros agradece nuevamente la oportunidad brindada para expresarnos sobre este asunto. Esperamos que estos comentarios que anteceden le sean de utilidad. Estamos a su disposición para dialogar y conversar sobre este asunto.

Atentamente,

Fermín M. Contreras Gómez
Comisionado de Seguros