

LEY 72 SEP 7 1993

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

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

ARTICULO I

TITULO

Sección 1.- Esta Ley se conocerá como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", ("ASES"), en adelante denominada "Administración".

ARTICULO II

DECLARACION DE INTENCION LEGISLATIVA

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 autonomía para desarrollar las funciones que la Ley le encomienda.

La Administración tendrá la responsabilidad de implantar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores, 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 actitud 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 planes de seguros de salud que permitan obtener para sus asegurados, 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.

ARTICULO III

DEFINICIONES

Sección 1.- Términos y frases

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 del Seguro 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 asegurado.
- (d) **Aportación personal:** porción del costo de la prima que es pagada por el asegurado.
- (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.
- (f) **Co-aseguro:** participación porcentual que tiene el asegurado de cada pérdida o porción del costo de recibir un servicio.
- (g) **Comisionado:** Comisionado de Seguros de Puerto Rico.
- (h) **Cubierta de beneficios de salud:** todos los beneficios incluidos en un plan de seguro de salud para los beneficiarios.
- (i) **Departamento:** Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- (j) **Director Ejecutivo:** Director Ejecutivo de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.
- (k) **Entidad:** cualquier organización con personalidad jurídica propia, organizada o autorizada a hacer negocios de conformidad con las leyes de Puerto Rico.
- (l) **Facilidades de Salud:** aquellas definidas en la Ley Núm. 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada.

- (m) **Junta de Directores:** Junta de Directores de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.
- (n) **Ley:** Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.
- (o) **Médico primario:** profesional que evalúa y da tratamiento inicialmente a los beneficiarios. Es responsable de determinar los servicios que precisa el asegurado, proveer continuidad y referir los asegurados a servicios especializados. Se consideran médicos primarios ("Primary Physicians") aquellos profesionales aceptados como tales en jurisdicciones estatales y federales.
- (p) **Prima:** remuneración que se le otorga a un asegurador por asumir un riesgo mediante un contrato de seguro.
- (q) **Proveedor participante:** aquel proveedor contratado por los aseguradores para ofrecer servicios de salud a la población representada por la Administración.
- (r) **Secretario:** Secretario del Departamento de Salud.

ARTICULO IV

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO

Sección 1.- Creación:

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 de Directores.

Sección 2.- Propósitos, Funciones y Poderes:

La Administración será el organismo gubernamental encargado de la implantación de las disposiciones de esta Ley. A estos fines, tendrá los siguientes poderes y funciones, que radicarán en 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.
- (c) Organizar alianzas o conglomerados de beneficiarios con el fin de representarlos en la negociación y contratación de sus seguros de salud.
- (d) Representar al Secretario de Hacienda en todas las fases relacionadas con la negociación de contratos de seguros médico-hospitalarios de los empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, establecidos al amparo de la Ley Núm. 95 de 29 de junio de 1963, según enmendada. La Administración también podrá representar al mismo efecto a otras entidades públicas y alianzas o conglomerados privados que lo interesen y así lo soliciten.
- (e) Adoptar, modificar y utilizar un sello oficial.

- (f) Establecer una estructura administrativa y financiera que le permita manejar sus fondos y recaudos, administrar efectivo y realizar desembolsos.
- (g) Demandar y ser demandada.
- (h) Solicitar, aceptar y recibir aportaciones federales, estatales, municipales y de cualquier otra índole.
- (i) Establecer las normas para el nombramiento, contratación y remuneración de su personal.
- (j) Negociar y otorgar toda clase de contratos, documentos y otros instrumentos públicos con personas y entidades jurídicas.
- (k) 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.
- (l) 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.
- (m) Establecer en los contratos que suscriba con las aseguradoras:
 - 1) la garantía del pago por la atención médico-hospitalaria que reciban sus subscriptores, aunque la misma se preste fuera del área de salud donde los subscriptores 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.
 - 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.
- (n) Ordenar a aseguradores y proveedores que suministren la información que la Administración estime necesaria para darle seguimiento al firme cumplimiento 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 Superior de Puerto Rico, Sala de San Juan, para solicitar que éste ordene la entrega de la información requerida.
- (o) 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 Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, conocida como "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Estado Libre Asociado de Puerto Rico."

- (p) Ordenar todos aquellos estudios que sean necesarios para cumplir con el mandato de esta Ley.

Sección 3.- Composición de la Junta de Directores:

La Junta de Directores de la Administración estará compuesta por siete (7) miembros. Tres (3) de ellos serán miembros natos y cuatro (4) serán nombrados por el Gobernador de Puerto Rico con el consejo y consentimiento del Senado.

Sección 4.- Miembros natos:

Los Secretarios de Salud y de Hacienda y el Comisionado de Seguros serán los tres (3) miembros natos de la Junta de Directores.

Sección 5.- Cualificaciones de los miembros de la Junta de Directores por nombramiento:

Los cuatro (4) miembros de la Junta de Directores que no sean natos deberán ser personas de reconocida probidad moral. De éstos, dos (2) serán profesionales competentes en la industria de seguros y en los campos de la salud o de la Administración de Servicios de Salud, respectivamente, y los otros dos (2) serán representantes del interés público. Estos últimos no podrán tener relaciones contractuales con instalaciones médico-hospitalarias, ni con la industria de seguros, ni con proveedores de servicios de salud.

Sección 6.- Término de los miembros de la Junta de Directores:

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:

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 vice-presidente, quien sustituirá al presidente en ausencia de éste, así como a un secretario.

Sección 8.- Reuniones y quórum:

- (a) La Junta de Directores celebrará reuniones ordinarias por lo menos una (1) 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 cuatro (4) miembros. La función de cada miembro de la Junta, así como su asistencia a las reuniones, será indelegable.

Sección 9.- Compensación:

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 diaria que no excederá de cien dólares (\$100.00) por cada reunión a la que asistan.

Sección 10.- Remoción:

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:

Los miembros de la Junta de Directores estarán sujetos a las disposiciones de la Ley Núm. 12 de 24 de julio de 1985, conocida como "Ley de Ética Gubernamental de Puerto Rico", particularmente en lo relacionado con la radicación de informes financieros que requiere dicha Ley a funcionarios públicos.

ARTICULO V

DIRECTOR EJECUTIVO

Sección 1.- Nombramiento del Director Ejecutivo:

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

Sección 2.- Cualificaciones del Director Ejecutivo:

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

Sección 3.- Término del nombramiento y remuneración:

El Director Ejecutivo ocupará su cargo a voluntad de la Junta de Directores, y desempeñará sus funciones con arreglo 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:

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 y 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 aplicables, y al plan de retribución que establezca la Junta de Directores.
- (e) Establecer y mantener oficinas en el lugar o lugares que estime conveniente y necesario para cumplir con los propósitos de esta Ley, previa aprobación de la Junta de Directores.

ARTICULO VI

PLAN DE SEGUROS DE SALUD

Sección 1.- La Administración gestionará planes de seguros de salud para una o más áreas geográficas que, previa determinación del Departamento, reúnan las condiciones necesarias para desarrollar modelos piloto de seguros de salud.

Para la selección de las áreas, el Departamento tomará en consideración la disponibilidad de instalaciones médico-hospitalarias en las mismas. El Departamento identificará y certificará las personas elegibles a los servicios conforme a su nivel de ingreso y su elegibilidad para recibir beneficios de salud estatales y federales.

Los modelos piloto de planes de seguros de salud estarán sujetos a evaluación por la Administración con el fin de determinar sobre su continuidad y sobre la necesidad de modificarlos para alcanzar los objetivos de esta Ley.

Sección 2.- La Administración contratará seguros de salud para una o más áreas o regiones 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.

Sección 3.- La Administración le garantizará el derecho de libre selección del plan de seguros de salud a sus asegurados, entre dos (2) o más aseguradores seleccionados por la Administración dentro de la región de salud de la residencia del asegurado, a partir del quinto año de estar participando en el plan de seguros de salud.

Sección 4.- Los residentes en regiones o áreas geográficas que no estén cubiertos por planes piloto de salud, continuarán recibiendo los servicios del Departamento, que mantendrá, mientras tanto, la responsabilidad de prestarlos.

Sección 5.- Beneficiarios del Seguro de Salud:

Las siguientes personas serán beneficiarias de los seguros de salud que por esta Ley se establecen:

- (a) Las personas o familias que hayan sido certificadas, total o parcialmente, como médico-indigentes por el Programa de Asistencia Médica del Departamento de Salud.

- (b) Los miembros de la Policía de Puerto Rico, sus cónyuges e hijos, conforme a lo dispuesto en la Ley Núm. 26 de 22 de agosto de 1974, según enmendada. El Secretario de Hacienda transferirá a la Administración el monto de la aportación patronal que se consigna en el Presupuesto General de Gastos para la cubierta de beneficios médico-hospitalarios al amparo de la Ley Núm. 95 de 29 de junio de 1963, según enmendada.

Los beneficiarios que opten por utilizar la aportación patronal para adquirir otro plan médico en el mercado, no participarán del plan establecido en esta Ley.

- (c) 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.

Sección 6.- Disposiciones contra discriminación:

Un asegurador bajo esta Ley no podrá emitir tarjetas de identificación diferentes a las que provee a otros asegurados bajo planes de cubierta similares.

Ningún proveedor participante o su agente podrá negar servicios a beneficiarios bajo esta Ley, excepto en el caso de cualquier actuación voluntaria del asegurado que perjudique, dificulte, prolongue o impida el servicio; o que le agrave o le exponga a agravar su condición; o que incurra en conducta desordenada o tumultuosa que altere o pueda alterar la paz en la facilidad de salud o poner en peligro a las personas allí presentes; o que realice actos de manifiesta inmoralidad que haga indeseable la permanencia del asegurado en dicha facilidad; o que esté en estado de intoxicación voluntaria manifiesta; o cuando el servicio solicitado sea una contraindicación a su tratamiento o contribuya en forma alguna a prolongarlo; o que esté acompañada por personas que con su comportamiento violan las normas de disciplina de la facilidad o produzcan evidente molestia o peligro a las personas allí presentes.

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

Cada violación a cualquier disposición de esta Sección constituirá delito menos grave, castigable con multa de cinco mil dólares (\$5,000.00) por cada ofensa, o reclusión por un término de treinta (30) días calendario, sin derecho a sentencia suspendida.

Sección 7.- Deducibles, co-aseguro y primas; prácticas prohibidas:

La Administración establecerá por Reglamento la cantidad que corresponda como pago de deducibles, co-aseguro y primas, conforme al nivel de ingresos y capacidad de pago del beneficiario. Ningún proveedor podrá cobrar al asegurado una cantidad que exceda la acordada como deducible o co-aseguro en el contrato suscrito con los aseguradores.

Los aseguradores que contraten con la Administración para proveer planes de seguro 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 tuviere en el plan de seguros que se autoriza en esta Ley. 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 de asegurados y mantendrán un sistema de contabilidad separada para ellos.

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 enmendada, denominada "Código de Seguros de Puerto Rico".

Sección 8.- Cubierta y beneficios mínimos:

Los seguros 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.

A. La Administración establecerá una cubierta de beneficios a ser brindados por los aseguradores contratados. La cubierta comprenderá, entre otros beneficios, los siguientes: servicios ambulatorios, hospitalizaciones, salud dental, salud mental, 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.

La Administración revisará esta cubierta periódicamente.

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

C. En su cubierta ambulatoria los seguros 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 a 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 de 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.

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 asegurado a los especialistas o subespecialistas que participen como proveedores de los seguros de salud.

Sección 9.- Modelos de prestación de servicios:

La Administración establecerá mediante reglamento, los distintos modelos de prestación de servicios que podrán utilizarse para ofrecer los seguros 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 proveedores primarios, según se definen en la legislación y reglamentos federales aplicables, que estén autorizados a ejercer en Puerto Rico, entre otros: médicos generales, optómetras, internistas, médicos de familia, pediatras, ginecólogos-obstetras, psiquiatras, dentistas y servicios de laboratorios, radiología y farmacia.
- (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) Los modelos que se implanten tendrán medidas estrictas de control de utilización.
- (e) Todos los modelos estarán reforzados por un sistema de educación en salud y prevención, con especial énfasis en estilo de vida, SIDA, drogadicción, y salud de la madre y el niño. La promoción de la salud será responsabilidad del Departamento.
- (f) 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 10.- Sistema de Regionalización:

La prestación de servicios se hará siguiendo el sistema de regionalización del Departamento, estableciendo progresivamente una red de proveedores participantes en toda la Isla y asegurando así el servicio más cercano al paciente.

- (a) El asegurador proveerá en cada región todos los servicios terciarios, según lo define el Departamento.
- (b) En las áreas urbanas, distintos hospitales podrán funcionar como una entidad complementaria de servicios con el fin de evitar la duplicidad, 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 seguros 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, los servicios adicionales.
- (g) El Municipio de San Juan podrá optar entre incluir a los residentes en su jurisdicción entre los beneficiarios de esta Ley, o seguir prestando, bajo su patrocinio y dirección, los servicios de salud que hoy le ofrece a esa población.

A efectos de ejercer el derecho a esta opción, el Municipio de San Juan deberá aprobar una ordenanza municipal, haciendo constar su decisión al respecto, no más tarde del 30 de septiembre de 1994.

De no aprobar la ordenanza municipal, se entenderá que el Municipio de San Juan ha optado por continuar prestando los servicios médico-hospitalarios a la población, bajo su propio patrocinio y dirección.

Sección 11.- Financiamiento de la Administración y del plan de seguros de salud; otros ingresos:

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

- (a) Plan de Seguros de Salud - para el año fiscal 1993-94 se asigna al Departamento, 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 del Departamento de Salud una asignación especial auto-renovable de acuerdo a las necesidades del plan de seguros de salud, y las economías que genere el Departamento en la implantación de la Ley Núm. 103 de 12 de junio 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 seguros de salud será negociada con el municipio correspondiente, utilizándose como base la asignación presupuestaria municipal del año fiscal 1993-94 en dólares constantes.
- (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 arrendamiento de instalaciones médico-hospitalarias que se sub-arriendan.

Sección 12.- Procedimientos de Querellas:

La Administración requerirá de los aseguradores con los cuales contrate procedimientos para atender y resolver querellas de proveedores y asegurados.

La Administración establecerá guías para la resolución de querellas que garanticen el debido procedimiento de Ley. Las determinaciones que tome el asegurador sobre estas querellas serán apelables ante la Administración, según se establezca por reglamento. Las determinaciones finales de la Administración serán revisables por el Tribunal Superior de Puerto Rico.

ARTICULO VII

INFORMES

Sección 1.- Informes anuales:

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.

ARTICULO VIII

DISPOSICIONES GENERALES

Sección 1.- Exenciones:

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:

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:

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:

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:

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 salud.

Sección 6.- Vigencia:

Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

.....
Presidente del Senado

.....
Presidente de la Cámara