



5 de agosto de 2015

A LA MANO

Hon. Lydia Méndez Silva
Presidenta Comisión de Salud
Cámara de Representantes
El Capitolio
San Juan, Puerto Rico

RE: PONENCIA SOBRE PROYECTO DE LA CÁMARA 2413

Estimada señora Presidenta:

Reciba usted y todos los miembros de la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes de Puerto Rico un cordial saludo. Comparece la Lcda. Marylis Gavillán Cruz, Directora Ejecutiva de la Asociación de Farmacias de Comunidad de Puerto Rico (en adelante, la "Asociación"), la Lcda. Idalia Bonilla y la Lcda. María de Lourdes Rivera, Presidenta y abogada de la Asociación, respectivamente. Nos place brindarle nuestros comentarios en relación al Proyecto de la Cámara 2413.

I

Mediante el Proyecto de la Cámara 2413 se propone enmendar la Ley Núm. 194 de 29 de agosto de 2011 (Ley 194-2011), mejor conocida como el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, para, entre otros:

- (i) autorizar a las organizaciones de seguros de salud y a los aseguradores a ofrecer un Plan Médico Alternativo cuya cubierta no cubra todos los beneficios esenciales de salud, entre éstos, la cubierta de medicamentos;
- (ii) establecer, mediante legislación, el proceso de aprobación de tarifas de los planes médicos, y;
- (iii) eximir a las organizaciones de seguros de salud o a los aseguradores del requisito de reembolso de las primas a los suscriptores cuando: a) estas entidades alcancen la razón de pérdida mínima de 80% en sus planes

médicos individuales y de grupos pequeños y, b) el Comisionado determine que el reembolso a los suscriptores colocaría al asegurador o a la organización de seguros de salud en una situación de pérdida o menoscabo.

Expuesto en términos generales el alcance de la medida ante nuestra consideración, a continuación ofrecemos nuestros comentarios a la misma.

II

El Código de Seguros de Salud se aprobó con el propósito de implementar en Puerto Rico la reforma de salud federal, también conocida como *Obamacare*. Uno de los principales y más importantes cambios de la reforma de salud federal y, por ende, del Código de Seguros de Salud, fue requerirle a todo asegurador u organización de seguros de salud que sus cubiertas incluyan el Conjunto de Beneficios de Salud Esenciales, entendiéndose: (i) servicios ambulatorios, médico-quirúrgicos; (ii) servicios de emergencia; (iii) hospitalización; (iv) servicios de maternidad y cuidado de recién nacidos; (v) servicios de salud mental y de desórdenes por el uso de sustancias controladas; (vi) servicios de laboratorios, rayos X y pruebas diagnósticas; (vii) servicios pediátricos (incluyendo la vacuna contra el virus sincitial respiratorio y la vacuna contra el cáncer cervical, servicios de visión y dental); (viii) **cubierta de medicamentos**; (ix) servicios de habilitación y rehabilitación; (x) servicios preventivos y de bienestar, así como el manejo de enfermedades crónicas, y; (xi) cualquier otro servicio o beneficio mandatorio que se requiera por ley o reglamento, estatal o federal.¹

La cubierta de medicamento es de vital importancia ante la realidad indiscutible de que facilitar la adquisición de los medicamentos se traduce en una mayor adherencia a éstos y, por ende, en un tratamiento más efectivo y menos costoso.

La falta de adherencia a los medicamentos es una amenaza a la salud de los pacientes y, de acuerdo a estudios realizados en Estados Unidos, contribuye a un gasto estimado de \$290 billones anuales.² Estudios recientes demuestran que el tomar los medicamentos, según recetados, disminuye los costos relacionados a la salud por una suma que excede el costo de los medicamentos.³ Ejemplo de esto es que por cada \$1 de incremento en los costos relacionados a medicamentos recetados, los costos médicos

¹ Véase Artículo 2.050 de la Ley 194-2011, 26 L.P.R.A. §9005.

² Véase National Community Pharmacists Association, *Medication Adherence in America: A National Report*, 2013, https://www.ncpanet.org/pdf/reportcard/AdherenceReportCard_Abridged.pdf ("... [n]on-adherence can threaten patient's health individually as well as add vast costs to the health care system, an estimated \$290 billion annually."). Véase, además, Avalere (S. Braithwaite, I. Shirkhorshidian, K. Jones, M. Johnsrud), *The role of medication adherence in the U.S. Healthcare System*, June 2013, http://avalere.com/research/docs/20130612_NACDS_Medication_Adherence.pdf ("...[m]ore recently, a report published by the New England Healthcare Institute estimated that \$290 billion in avoidable medical spending across all chronic diseases could be attributed to drug related problems, of which non-adherence to medications was a subset.").

³ Avalere, *supra*, ("... recent research has shown that 1) taking drugs as prescribed lowers total healthcare costs by an amount that exceeds the costs of the drug themselves (Roebuck et al. 2011), and 2) lower spending on prescription drugs may be offset by higher medical services costs (Gaynor et al. 2007).")

disminuyen en mayor cuantía, es decir, disminuyen por más de \$1.⁴ También se ha demostrado que cualquier ahorro en el gasto de medicamentos se pierde debido a que los costos de los servicios médicos, tales como la hospitalización, resultan ser mayores debido a la falta de adherencia a los medicamentos.⁵ Cuando un paciente no se adhiere a sus medicamentos, su salud puede deteriorarse aún más y requerir el uso de servicios médicos más costosos.⁶

La falta de una póliza de seguro de salud, al igual que el aumento en el costo de copago, están correlacionados directamente a la falta de adherencia de medicamentos en los pacientes.⁷ Por consiguiente, uno de los principales factores de la adherencia a los medicamentos es la capacidad de los pacientes de adquirirlos.⁸ Estudios sugieren que el uso de medicamentos aumenta y la adherencia a éstos mejora cuando los pacientes adquieren una cubierta de medicamentos.⁹

Ante dicha realidad fáctica, la Asociación creó y puso en marcha el Programa de Adherencia de Medicamentos (PAM), en el cual participan más de 200 farmacias de comunidad, y se enfoca en mejorar la adherencia de los pacientes a sus terapias a través de la educación farmacéutica, llamadas de recordatorio de repeticiones y facilitando el acceso de medicamentos.¹⁰ La efectividad de este Programa depende, principalmente, de que los pacientes puedan adquirir los medicamentos recetados.

La Exposición de Motivos del Proyecto de la Cámara 2413 indica que el apoyar los planes médicos alternativos "... permitirá que la ciudadanía tenga más flexibilidad a la hora de elegir su plan médico con la facultad de escoger planes menos en beneficios pero que resultarán ser menos costosos". No obstante, todo lo previamente expuesto demuestra de forma fehaciente que la falta de una cubierta de medicamentos afecta la salud de la ciudadanía y se traduce en tratamientos más costosos. Por consiguiente, y en ánimos de contribuir efectivamente a la salud de nuestra ciudadanía, debe mantenerse la exigencia de que todo asegurador u organización de seguros de salud provea entre sus beneficios la cubierta de farmacia. Lo contrario sería contribuir a que nuestra ciudadanía requiera

⁴ *Id.*, ["[s]tudies have shown that for every \$1.00 increase in costs related to prescription drug spending for adherent patients, medical cost decreases by more than \$1.00."].

⁵ *Id.*, ["...[p]oor adherence also translates into increased use of expensive components of healthcare, such as hospitalizations, which are more costly and time consuming than the services related to the management of the original condition ... at an earlier point in the care continuum."].

⁶ *Id.*, ["... [i]n summary, when a patient does not adhere to their medications, their health may decline further, requiring utilization of more expensive services such as those found in the acute or long term care system."].

⁷ PhRMA, [Improving prescription medicine adherence is key to better health care](http://phrma.org/sites/default/files/pdf/PhRMA_Improving%20Medication%20Adherence_Issue%20Brief.pdf) http://phrma.org/sites/default/files/pdf/PhRMA_Improving%20Medication%20Adherence_Issue%20Brief.pdf.

⁸ Avalere, *supra*, ["...[r]egression modeling, a statistical technique that assesses the independent strength of the relationship between variables while holding other factors constant, identified the six key predictors of medication adherence. Those include, in order of magnitude: - Patient's personal connection with a pharmacist or pharmacy staff; - How easy it is for them to afford their medications..."].

⁹ Avalere, *supra*, ["...[s]tudies suggest that drug use increases (up to 20 percent) and adherence improves when patients get drug insurance coverage..."].

¹⁰ Véase AFCPR, [Programa de Adherencia a Medicamentos: Un proyecto horicua que reconoce la importancia del farmacéutico en el cuidado de salud del paciente](#), Revista El Botiquín, Núm. 8, octubre a diciembre de 2013.

tratamientos más costosos que pudieron haberse prevenido mediante una cubierta de farmacia y la adherencia de los pacientes a sus medicamentos recetados.

Por otra parte, en el Proyecto de la Cámara 2413 se establece un proceso de aprobación previa de tarifas de los planes médicos por parte del Comisionado de Seguros. Sobre este particular, recomendamos que se incorpore a éste la **Junta Revisora de Tarifas de Planes Médicos y Seguros** creada por la la Ley Núm. 203 de 8 de agosto de 2008 (Ley 203-2008) o un proceso similar que reconozca la participación en el proceso de otras partes interesadas. De conformidad al Artículo 31.060 de la Ley 203-2008, la **Junta Revisora de Tarifas de Planes Médicos y Seguros** se creó con “la facultad de **regular, supervisar y aprobar las tarifas por concepto de primas que cobran las personas, proveedores, organizaciones de servicios de salud y los planes médicos**” y si “... de la negociación entre las partes involucradas resultar[se] un aumento en deducible o copago, prima o tarifa, las partes deberán notificar al Comisionado de Seguros, la Procuradora del Paciente, Procurador del Ciudadano y al Departamento de Salud, y obtener autorización por tal aumento, previo a que el mismo se ponga en efecto”. Entendemos que ya existe un mecanismo establecido para que evalúe y apruebe los aumentos en las tarifas de los planes médicos, debido a esto, no entendemos porque en este proyecto de ley se le delegan estas atribuciones únicamente al Comisionado de Seguros. La ciudadanía queda mejor protegida si participan del proceso de aprobación de tarifas otras partes interesadas, tal y como se establece en la Ley 203-2008.

Por último, recomendamos, igualmente, que **NO** se exima a las organizaciones de seguros de salud o a los aseguradores del requisito de reembolso de primas a los suscriptores cuando: a) estas entidades alcancen la razón de pérdida mínima de 80% en sus planes médicos individuales y de grupos pequeños y, b) el Comisionado determine que el reembolso a los suscriptores colocaría al asegurador o a la organización de seguros de salud en una situación de pérdida o menoscabo.

Actualmente, el Código de Seguros de Salud establece que:

... las organizaciones de seguros de salud y aseguradores de planes médicos individuales y de patronos PYMES deberán utilizar directamente al menos un 80% de las primas en proveer cuidado de salud y para el mejoramiento de la calidad del cuidado de salud que recibe el asegurado. En el caso de los grupos grandes esta razón deberá ser 85%. ... En caso de que la organización de seguros de salud o el asegurador incumplan con esta disposición deberá reembolsarle al suscriptor la diferencia.¹¹

Dicha exigencia, sin excepción alguna, es legítima y protege a la ciudadanía al reconocer que un por ciento significativo de las primas debe destinarse al cuidado de los pacientes y al mejoramiento de la calidad del cuidado de salud, más no en gastos

¹¹ Véase Artículo 2.050 (k) de la Ley 194-2011, 26 L.P.R.A. §9005(k).

administrativos u otros que no se traducen en un beneficio a su salud; de no cumplir este requisito, las aseguradoras deberán reembolsar la diferencia a quien suscribió el seguro. No debe mediar espacio para excepción alguna para el cumplimiento de este artículo, ante un interés y beneficio de tal envergadura para la ciudadanía. Tampoco se puede permitir que el Comisionado de Seguros pueda eximir de esta obligación, a su discreción, a una aseguradora siempre que exista **una situación de pérdida o menoscabo**. Entendemos que esta frase es una muy amplia y ambigua, ya que una pérdida puede ocurrir por un manejo deficiente de las operaciones, entre otros, y no por los servicios brindados a los paciente.

De igual forma, debe incorporarse al Proyecto de la Cámara 2413 una definición específica del término "**mejoramiento de la calidad del cuidado de la salud**" o guías específicas de qué constituye dicho mejoramiento. Ello en ánimos de garantizar que las aseguradoras y las organizaciones de seguros de salud inviertan las primas en actividades que, en efecto, se relacionan al mejoramiento de la salud.

Bajo la reforma de salud federal, se utiliza el término "**mejoramiento de la calidad del cuidado de la salud**" y se establece que éstas son aquéllas que:

- (i) mejoran resultados, tales como el manejo de enfermedades crónicas y el manejo de medicamentos;
- (ii) previenen readmisiones al hospital, tales como la educación al paciente y el seguimiento a éstos por profesionales de la salud;
- (iii) mejoran la seguridad del paciente y reducen errores médicos;
- (iv) mejoran el bienestar y promuevan la salud del paciente.¹²

Reconocemos que los cambios propuestos al Código de Seguros de Salud, e incorporados al Proyecto de la Cámara 2413, responden, principalmente, a que el Departamento de Salud Federal concedió mayor flexibilidad a Puerto Rico para reglamentar los seguros de salud. No obstante, entendemos que dejar inalteradas las disposiciones que requieren cubierta para los beneficios esenciales de salud, tales como la cubierta de medicamentos, al igual que el reembolso a suscriptores, sin excepción alguna, se traducen en una ciudadanía más saludable y en beneficios incalculables para todos.

III

Por consiguiente, y de conformidad al análisis previamente expuesto, **no endosamos y nos oponemos a la aprobación del presente Proyecto, según redactado**, particularmente, por las razones que a continuación esbozamos:

¹² Véase Congressional Research Service (S.M. Kirchhoff), Medical loss ratio requirements under the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA): Issues for Congress, 26 de Agosto de 2014, <https://www.fas.org/sgp/crs/misc/R42735.pdf>.

Somos de la opinión que deben permanecer inalteradas las siguientes exigencias del Código de Seguros de Salud vigente: (i) requisito de que todo asegurador y las organizaciones de seguros provean cubierta para los beneficios de salud esenciales, entre éstos, la cubierta de farmacia, y; (ii) requisito de reembolso a los suscriptores sin excepción alguna.

De igual forma, somos de la opinión que debe incorporarse al Código de Seguros de Salud vigente: (i) la Junta Revisora de Tarifas de Planes Médicos y Seguros para la aprobación de tarifas, o una estructura similar, que permita la participación de diversas partes con interés, y; (ii) una definición o guías específicas para el término "mejoramiento de calidad del cuidado de salud que recibe el asegurado".

Finalmente, agradecemos la oportunidad brindada para exponer nuestros comentarios y exhortamos a que se evalúen y se acojan las enmiendas sugeridas en la presente ponencia.

Siempre a su disposición,



Lcda. Marylis Gavillán Cruz
Directora Ejecutiva



Lcda. Idalia Bonilla
Presidenta