

22 de octubre de 2014

CARTA NORMATIVA # 14-10-22-A

A TODAS LAS ENTIDADES CONTRATADAS POR LA ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD (ASES) Y PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

Re: REFERIDOS

Esta Carta Normativa se publica con el propósito de dejar sin efecto las Cartas Normativas #11-0501 de 1ro de mayo de 2011 y la 2013-11-14 del 14 de noviembre de 2013, a la luz de la legislación y de la normativa aplicable.

El Programa de Salud del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (“el plan”) es un modelo integrado de salud adoptado para ofrecer servicios a las personas beneficiarias cubiertas bajo lo dispuesto en la Ley Núm. 72 de 1993, conocida como la Ley de la Administración de Seguros de Salud, y a las personas médico indigentes cubiertas bajo el programa federal de Medicaid. La Ley Núm. 72 define a los proveedores de servicios de salud como los “médicos primarios, médicos de apoyo, servicios primarios, proveedores primarios y organizaciones de servicios de salud”. Por su parte, la Ley Núm. 72 define al “médico primario” como el “profesional proveedor participante que evalúa y da tratamiento inicialmente a los beneficiarios” y quien “[e]s responsable de determinar los servicios que precisa el beneficiario, [de] proveer continuidad [y] de referir a los beneficiarios a servicios especializados”. “Se consideran médicos primarios [los] médicos generalistas, médicos internistas, médicos de familia, pediatras, ginecólogos y obstetras”. Para garantizar la calidad y libre selección de los beneficiarios a los servicios de salud cubiertos por el plan, la Ley Núm. 72 también dispone que los beneficiarios del plan tendrán derecho a escoger, e incluso a cambiar, su médico primario, derecho al libre acceso a los servicios médicos y a que no se les niegue los servicios bajo la cubierta.

Bajo lo dispuesto en la Ley Núm. 72, los beneficiarios del plan se suscriben a un Grupo Médico Primario (GMP), que es el custodio del manejo integrado de salud de los beneficiarios suscritos al plan y asignados a dicho GMP. Dentro de cada GMP se integran el número de médicos primarios y especialistas necesarios para el cuidado de la salud de la población bajo su atención, según exige el contrato entre la ASES y el asegurador seleccionado, las condiciones médicas prevalecientes y la demografía de esa población. Dichos GMP, como norma general, deben incluir médicos generalistas, médicos de familia, internistas, pediatras, ginecólogos y ginecólogos-obstetras.

El GMP es el responsable de velar y garantizar que los beneficiarios bajo su atención tengan acceso a los servicios especializados cubiertos y necesarios para sus condiciones de salud. Para viabilizar y facilitar el libre acceso a servicios especializados, el modelo del plan provee para que cada GMP cree su propia red preferida de proveedores de salud. Estas redes preferidas garantizan a los beneficiarios acceso directo a la cubierta de servicios especializados sin referido o autorización del médico primario.

El modelo integrado del plan también les brinda a los beneficiarios acceso a los especialistas que no forman parte del GMP y su red preferida a través de la red general del asegurador contratado por la ASES. Esta red general complementa la red preferida del GMP y ofrece otras opciones al beneficiario en caso de que las alternativas disponibles dentro de la red preferida no sean viables o se necesite de otros proveedores. Sin embargo, para que el GMP pueda ofrecer a los pacientes un cuidado de salud administrado de forma ordenada, coordinada y responsable en cumplimiento con la Ley Núm. 72, es preciso que antes de utilizar un especialista fuera del GMP y su red preferida, el beneficiario obtenga un referido de su médico primario y pague, de ser aplicable, el correspondiente co-pago cuando visite al especialista de la red general.

La emisión de referidos es responsabilidad exclusiva del médico primario seleccionado por el asegurado. El asegurado bajo ninguna circunstancia podrá ser dirigido a otra facilidad o grupo médico para la obtención de referido o autorizaciones de servicios. Ninguna Junta, Comité, Administrador de Grupo Médico, etc. podrá emitir referidos. Tampoco podrá pasar juicio sobre la determinación del médico primario el emitir el referido.

En el caso particular del acceso a los ginecólogos y ginecólogos-obstetras, es preciso reconocer que la Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, mejor conocida como la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", también de aplicación al Plan de Salud del Gobierno del Estado Libre Asociado, dispone en lo concerniente a la selección de planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios, que todo paciente, usuario o consumidor de tales planes y servicios en Puerto Rico tiene derecho a "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".

En consideración a todo lo antes expuesto y de conformidad con la Ley Núm. 72 de la ASES y lo dispuesto en la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, el modelo del Plan de Salud del Gobierno reconoce el derecho de sus beneficiarias a seleccionar y acceder de forma directa al ginecólogo o ginecólogo-obstetra de su preferencia a través del GMP y su red preferida sin necesidad de un referido de su

médico primario. En caso de que las beneficiarias necesiten los servicios de un ginecólogo o ginecólogo-obstetra en la red general y fuera de la red preferida, deberá obtener el correspondiente referido del médico primario y pagar, de ser aplicable, el copago que corresponda en la visita a dicho especialista.

Le recordamos que los referidos deben proveerse en la misma visita al Médico Primario (PCP, por sus siglas en inglés) o en un término no mayor de veinticuatro (24) horas luego de dicha visita. En aquellos casos en que el especialista a ser referido no forme parte de la red preferida del GMP, el médico primario tendrá la responsabilidad de coordinar la cita y asegurarse de que el servicio sea provisto en un término no mayor de treinta (30) días, siempre tomado en consideración el estado de salud del paciente. En este caso, no se cobrarán los copagos aplicables a especialistas fuera de la red.

En cuanto a la región virtual existe el modelo de libre selección para los asegurados que pertenezcan a la misma. Como ha de ser de su conocimiento, dicha región está compuesta por niños bajo la custodia del Departamento de la Familia (ADFAN) y mujeres sobrevivientes de violencia doméstica (Oficina de la Procuradora de las Mujeres). Para esta región no aplica la selección de grupo ni médico primario por ser esta una población flotante, por lo que no es necesario la expedición de referidos para que dicha población accese sus servicios de salud.

Finalmente, reiteramos, que bajo las redes preferidas del plan no se requieren referidos para visitar a especialistas, ni contrafirmas del médico primario para servicios de cubierta física. Tampoco el asegurado tendrá que pagar copagos al utilizar las redes preferidas dentro del Grupo Médico Primario de su selección y la aseguradora no podrá denegar facturas por estos servicios por no contar con el referido del médico primario. Además, no se requiere referido para acceder los servicios dentales, con excepción de las cirugías maxilofaciales donde se requiere referido del médico primario para el cirujano maxilofacial.

Solicitamos el fiel cumplimiento con esta normativa para que se mantengan brindando los servicios de excelencia y calidad conforme al Programa de Salud del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Cordialmente,



Ricardo Rivera Cardona
Director Ejecutivo