

ORIGINAL

RECIBIDO JUN25'26PM6:15

TRAMITES Y RECORDS SENADO PR

## GOBIERNO DE PUERTO RICO

20<sup>ma.</sup> Asamblea  
Legislativa

3<sup>ra.</sup> Sesión  
Ordinaria

### SENADO DE PUERTO RICO

## P. de la C. 40

### INFORME POSITIVO

25 de junio de 2026

#### AL SENADO DE PUERTO RICO

La Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración del **Proyecto de la Cámara 40**, recomienda a este Alto Cuerpo su aprobación, con las enmiendas contenidas en el Entirillado Electrónico que se acompaña.

#### ALCANCE DE LA MEDIDA

El **Proyecto de la Cámara 40** propone crear la "Ley para la Contratación Sumaria de Proveedores Servicios de Salud", a los fines de establecer un proceso sumario en la contratación de profesionales e instituciones de servicios de salud por parte de las aseguradoras de planes médicos.; y para otros fines relacionados.

#### ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Según se desprende de la Exposición de Motivos de la medida, en Puerto Rico se continúa viviendo un éxodo masivo de nuestros profesionales de la salud a un ritmo acelerado y preocupante. Parte de la crisis se origina por la dificultad que enfrentan los médicos en que se le reconozcan sus credenciales ante las compañías aseguradoras para que esta les compense por los servicios prestados.

Cuando un profesional o institución de la salud somete sus credenciales para contratar con una aseguradora, estos no reciben compensación alguna por los servicios rendidos durante el proceso. Esto obliga al médico a tomar una decisión: no atender al paciente o

no recibir pago por sus servicios. Es imperativo que los profesionales e instituciones de salud puedan tener la certeza de que si estos cumplen con los requisitos de contratos con las diferentes aseguradoras de planes médicos se les reconozcan los servicios ofrecidos mientras se evalúa su solicitud de contrato.

Si el profesional o la institución de la salud no cumple con los criterios del contrato con una aseguradora de planes médicos y la solicitud es denegada, la aseguradora de planes médicos no estará obligada a pagar por los servicios rendidos durante la evaluación. No obstante, si el profesional o la institución de la salud cumple con los criterios del contrato con una aseguradora de planes médicos y la solicitud es aprobada, la aseguradora de planes médicos deberá pagar por los servicios rendidos durante dicha evaluación, desde el momento en que la persona cumplió con el requisito de presentar toda la documentación necesaria para poder ser evaluado. De esta forma se reduce el potencial conflicto de interés de que una aseguradora de planes médicos dilate el proceso de credencialización con el fin de reducir el pago por servicios rendidos mientras se evalúa la solicitud.



Ahora más que nunca, es importante que los servicios de salud se brinden en Puerto Rico libre de las presiones y tropiezos de los procesos burocráticos que pueden afectar los mejores intereses de un paciente. Entendemos que esta Ley, entre otras, ayudaría a mitigar el éxodo de nuestros profesionales de la salud.

#### ALCANCE DEL INFORME

Como parte del proceso de análisis y evaluación del **P. de la C. 40**, la Honorable Comisión de Salud del Senado evaluó los comentarios sobre la medida de diversos componentes gubernamentales y no gubernamentales. Los memoriales explicativos utilizados para el análisis de esta pieza legislativa son: el Departamento de Salud, la Oficina del Comisionado de Seguros (OCS), Asociación de Hospitales de Puerto Rico, la Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico (ACODESE), la Asociación de IPAS (AIPR), el Plan de Salud Menonita, Inc. (PSM) y MMM Holdings, LLC.

Asimismo, la Comisión también pudo el Informe Positivo, con su correspondiente Entirillado Electrónico cursado por el Cuerpo Hermano sobre la medida.

Cabe destacar, que la Comisión también solicitó comentarios sobre la pieza legislativa a la Administración de Seguros de Salud (ASES), la Asociación Médica de Puerto Rico, el

Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico (CMCPR), First Medical Health Plan, Inc., MCS Foundation y Triple-S Salud, Inc., no obstante, al momento de redactar este Informe, estos no han remitido los mismos.

A continuación, presentaremos un resumen de los argumentos y comentarios esbozados por las diferentes agencias y entidades consultadas durante el proceso de evaluación de la medida en referencia.

### DEPARTAMENTO DE SALUD (DS)



El **Departamento de Salud** compareció ante la Comisión de Salud, por conducto de su Secretario, Dr. Víctor Ramos Otero, para expresar su respaldo al Proyecto de la Cámara 40, medida que propone crear la "Ley para la Contratación Sumaria de Proveedores de Servicios de Salud", con el propósito de establecer un proceso más ágil y eficiente para la contratación de profesionales e instituciones de salud por parte de las aseguradoras de planes médicos. En su análisis, la Agencia contextualizó su función como organismo rector de la política pública de salud en Puerto Rico y reafirmó su responsabilidad de velar por el acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud de la ciudadanía.

En ese sentido, el Departamento reconoció que uno de los principales retos que enfrenta el sistema de salud es el éxodo sostenido de profesionales de la salud, situación que ha sido agravada por procesos burocráticos extensos relacionados con la credencialización y contratación comercial de proveedores. A esos efectos, señaló que la medida atiende una problemática real al procurar que las aseguradoras resuelvan con mayor celeridad las solicitudes de contratación, evitando retrasos innecesarios que afectan tanto a los proveedores como a los pacientes.

Asimismo, puntualizó que el Proyecto establece un mecanismo que garantiza la compensación retroactiva de los servicios prestados una vez aprobada la contratación del proveedor, siempre que este haya sometido oportunamente toda la documentación requerida. Según destacó, esta disposición promueve mayor certeza y estabilidad económica para los profesionales de la salud, a la vez que desalienta prácticas dilatorias en los procesos de evaluación de las aseguradoras. De igual forma, reconoció que la medida incorpora salvaguardas procesales al requerir la notificación de cualquier deficiencia documental dentro de términos específicos y mantener la evaluación dentro de los plazos ya establecidos en el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

Por otro lado, el Departamento informó que consultó la propuesta con la División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud (DLMPS), dependencia que observó favorablemente los esfuerzos dirigidos a reducir los obstáculos administrativos que enfrentan los profesionales de la salud. No obstante, aclaró que sus funciones están limitadas a los procesos de licenciamiento, certificación y supervisión disciplinaria de las profesiones de la salud, por lo que la implantación y fiscalización de la medida corresponde a otras entidades con jurisdicción especializada.

De igual manera, el Departamento sostuvo que la aprobación de esta legislación contribuiría significativamente al fortalecimiento del sistema de salud al facilitar la integración de proveedores a las redes de servicios, mejorar el acceso de los pacientes a tratamientos médicos y fomentar la retención de profesionales especializados en Puerto Rico. Según expresó, la reducción de cargas administrativas redundará en una prestación de servicios más eficiente, accesible y oportuna para la población.



Finalmente, el Departamento de Salud reafirmó que la supervisión e implementación de la medida debe permanecer bajo la jurisdicción de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, por tratarse del ente con la pericia regulatoria correspondiente. A esos fines, recomendó que dicha oficina sea consultada para ofrecer información adicional sobre la viabilidad e impacto operacional de la propuesta. Por consiguiente, el endosó expresamente el Proyecto de la Cámara 40 al concluir que representa una herramienta efectiva para fortalecer la prestación de servicios de salud y atender los desafíos que enfrenta el sector sanitario de Puerto Rico.

En conclusión, el Departamento de Salud manifestó que la medida atiende una barrera administrativa que afecta la retención de profesionales de la salud y el acceso oportuno a servicios médicos, por lo que estima que su aprobación contribuirá al fortalecimiento del sistema de salud de Puerto Rico. Finalmente sugirió consultar formalmente a la Oficina del Comisionado de Seguros para evaluar los aspectos de implementación, fiscalización y viabilidad operacional de la medida, manteniendo claramente delimitadas las competencias regulatorias entre ambas entidades.

#### OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS (OCS)

Luego de examinar la pieza legislativa de referencia, la **Oficina del Comisionado de Seguros (OCS)** presentó su memorial explicativo por conducto de su Comisionada, Lcda. Suzette Del Valle Lecároz, expresándose a favor de la aprobación de la medida con

recomendaciones. La OCS enfatizó el fin loable del Proyecto y reafirmó su compromiso de apoyar iniciativas dirigidas a retener los médicos en Puerto Rico y ampliar el acceso de la ciudadanía a servicios de salud.

La Oficina del Comisionado de Seguros reconoció el propósito meritorio del Proyecto de la Cámara 40 y expresó su respaldo a aquellas iniciativas dirigidas a fortalecer el sistema de salud mediante la retención de profesionales médicos y la ampliación del acceso de la ciudadanía a servicios de salud. En particular, señaló que la medida atiende una problemática real relacionada con los procesos de credencialización de proveedores, los cuales pueden retrasar significativamente la integración de médicos y otros profesionales de la salud a las redes de aseguradoras y, por consiguiente, el pago por los servicios prestados.



Asimismo, destacó que la propuesta legislativa complementa los esfuerzos previamente adoptados mediante la Ley 73-2023, legislación que estableció un sistema uniforme de credencialización y fijó términos específicos para que los planes médicos culminen la evaluación de solicitudes. A esos efectos, puntualizó que la Agencia continúa implementando mejoras tecnológicas dirigidas a agilizar dichos procesos y reducir las cargas administrativas que enfrentan los proveedores de servicios de salud.

Como hallazgo principal, la OCS concluyó que los retrasos asociados a la credencialización continúan constituyendo una barrera significativa para la contratación efectiva de profesionales de la salud, limitando la compensación por servicios prestados y desincentivando la permanencia o el regreso de médicos a Puerto Rico. De igual forma, reconoció que dichas dilaciones pueden repercutir negativamente en el acceso de los pacientes a servicios médicos oportunos y especializados.

Por otra parte, la entidad recomendó enmendar el Artículo 4 del Proyecto para establecer que cualquier pago retroactivo por servicios prestados durante el proceso de credencialización se efectúe conforme a la tarifa finalmente pactada entre el proveedor y la aseguradora. Además, propuso evaluar la utilización provisional del número de proveedor asignado por Medicare (PTAN) o, en su defecto, del National Provider Identifier (NPI), como mecanismos temporeros de identificación que permitan la prestación y facturación de servicios mientras culmina el proceso de contratación y credencialización. Según explicó, estas alternativas proveen controles adecuados de verificación sin sustituir los requisitos regulatorios vigentes.

En conclusión, la OCS endosó la aprobación de la medida por entender que promueve una mayor eficiencia en los procesos de contratación y compensación de proveedores de salud, fortalece la disponibilidad de servicios médicos para la ciudadanía y contribuye a atender la escasez de profesionales de la salud en Puerto Rico. No obstante, recomendó la incorporación de las enmiendas previamente propuestas para robustecer la política pública contenida en el proyecto y garantizar una implementación efectiva que armonice los intereses de los pacientes, los proveedores y las aseguradoras.

### **ASOCIACIÓN DE COMPAÑÍAS DE SEGUROS DE PUERTO RICO**

Esta Ilustre Comisión tuvo la oportunidad de examinar el memorial explicativo presentado por la **Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico (ACODESE)**, por conducto de su Directora Ejecutiva, Lcda. Iraelia Pernas, expresándose en contra de la aprobación de la medida.



En términos generales, la entidad reconoció la preocupación legislativa relacionada con el éxodo de profesionales de la salud y la necesidad de agilizar los procesos de contratación; sin embargo, manifestó reservas significativas respecto al mecanismo de compensación retroactiva contemplado en la medida.

En particular, ACODESE señaló que la Asamblea Legislativa ya atendió el asunto de la credencialización mediante la aprobación de la Ley 73-2023, legislación que implantó un formulario uniforme, un sistema electrónico centralizado y un Comité Central Revisor de Credenciales para agilizar y uniformar dichos procesos. Puntualizó, que el marco regulatorio vigente ya establece términos específicos para la evaluación de solicitudes, la notificación de deficiencias y la emisión de determinaciones por parte de los aseguradores.

De igual forma, la entidad advirtió que la propuesta legislativa equipara incorrectamente la entrega completa de documentos con la aprobación final de la credencialización, cuando todavía deben completarse múltiples procesos de validación. Por otro lado, argumentó que la imposición de pagos retroactivos generaría una obligación financiera respecto a servicios prestados antes de la existencia de una relación contractual formal entre el proveedor y el asegurador.

ACODESE sostuvo que la medida podría generar importantes dificultades operacionales y administrativas, particularmente en la reconstrucción retroactiva de reclamaciones,

tarifas aplicables, configuraciones de sistemas y determinaciones relacionadas con copagos, coaseguros y responsabilidades económicas de los asegurados. Finalmente, expresó que la obligación de compensar servicios antes de culminar el proceso de credencialización podría debilitar los controles diseñados para proteger a los pacientes y garantizar que únicamente proveedores debidamente evaluados formen parte de las redes contratadas. Añadió, que la compensación retroactiva propuesta podría generar implicaciones regulatorias, contractuales, operacionales y financieras que requieren una evaluación adicional para evitar efectos adversos sobre la administración de los planes médicos y la protección de los pacientes.



En conclusión, ACODESE recomendó no aprobar la medida en su forma actual debido a las consecuencias operacionales y financieras asociadas con la imposición de pagos retroactivos. A esos fines, favoreció continuar fortaleciendo los mecanismos establecidos mediante la Ley 73-2023 y las directrices emitidas por la Oficina del Comisionado de Seguros para garantizar procesos de credencialización ágiles y eficientes. De igual manera, sugirió que cualquier iniciativa dirigida a apoyar a los profesionales de la salud preserve los principios de seguridad del paciente, cumplimiento regulatorio, certeza contractual y sostenibilidad financiera.

### **ASOCIACIÓN DE HOSPITALES DE PUERTO RICO**

Luego de examinar la pieza legislativa de referencia, la **Asociación de Hospitales de Puerto Rico** presentó su memorial explicativo por conducto de su Presidente Ejecutivo, Lcdo. Jaime Plá Cortés, expresando su respaldo al Proyecto de la Cámara 40. Esta entidad, que agrupa la mayoría de los hospitales públicos y privados de la Isla, reconoció que el sistema de salud enfrenta retos significativos relacionados con la escasez de médicos y otros profesionales de la salud, por lo que toda iniciativa encaminada a eliminar barreras administrativas y facilitar la integración de proveedores a las redes de servicios debe ser evaluada favorablemente.

En ese contexto, la Asociación señaló que uno de los principales obstáculos que enfrentan los proveedores de servicios de salud son las dilaciones en los procesos de contratación y credencialización por parte de las aseguradoras, situación que genera incertidumbre, dificulta la incorporación de nuevos profesionales a las redes de servicios y puede desincentivar su permanencia en Puerto Rico. Asimismo, puntualizó que la medida atiende directamente esta problemática al promover un mecanismo que otorgue mayor

certeza, transparencia y agilidad a dichos procesos, fortaleciendo así la capacidad operacional de las instituciones de salud.

De igual forma, destacó que la agilización de los procesos de contratación redundará en beneficios concretos para los pacientes y para el sistema de salud en general. Según expuso, una contratación más eficiente facilita el acceso oportuno a los servicios médicos, fortalece la capacidad de los hospitales para responder a las necesidades de las comunidades y disminuye cargas administrativas que, en muchas ocasiones, obstaculizan innecesariamente la prestación de servicios de salud.



Por otro lado, la entidad sostuvo que la propuesta legislativa constituye una herramienta adicional para atender la crisis de retención de profesionales de la salud que enfrenta Puerto Rico. En particular, enfatizó que la reducción de trámites burocráticos y la creación de procesos más expeditos contribuyen a establecer un entorno más favorable para que médicos y demás profesionales permanezcan ejerciendo en la Isla. A tales efectos, recomendó que el requisito de prontitud contemplado en la medida sea extensivo a las aseguradoras comerciales, los planes Medicare Advantage y los programas Medicaid, garantizando así una aplicación uniforme de la política pública propuesta.

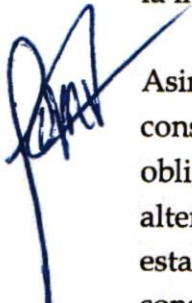
La Asociación de Hospitales concluyó que el P. de la C. 40 constituye una medida positiva dirigida a eliminar barreras administrativas que afectan la contratación de proveedores de servicios de salud, promoviendo procesos más ágiles y eficientes que fortalezcan la capacidad de respuesta del sistema sanitario. En consecuencia, recomendó la aprobación del Proyecto por entender que la medida favorece el acceso de los pacientes a los servicios de salud, contribuye a la retención de profesionales de la salud y fortalece la estabilidad operacional de las instituciones hospitalarias en Puerto Rico.

#### **ASOCIACIÓN DE IPAS DE PUERTO RICO (AIPR)**

Examinamos, de igual forma, la ponencia de la **Asociación de IPAS (AIPR)**, entidad que representa aproximadamente 1,850 médicos primarios y generalistas que ofrecen servicios a más de un millón de pacientes en Puerto Rico, endosó el P. de la C. 40, por entender que atiende una problemática real y apremiante relacionada con los procesos de credencialización y contratación de proveedores de servicios de salud. Destacó que la medida procura corregir la brecha económica que enfrentan los profesionales de la salud al prestar servicios durante el período en que una aseguradora evalúa su solicitud de contratación, sin garantía de compensación por dichos servicios.

Ilustró, que la medida atiende un problema real, urgente y bien documentado: la brecha de pago que sufre el proveedor por los servicios que rinde mientras una aseguradora evalúa su solicitud de contratación. Añadió, que el principio rector del Proyecto es justo, razonable y atiende directamente uno de los factores que agrava el éxodo de profesionales de la salud.

AIPR reconoció que la propuesta legislativa complementa los esfuerzos previamente realizados mediante la Ley 73-2023, la cual estableció mecanismos uniformes para la verificación de credenciales. En ese sentido, señaló que mientras dicha legislación atendió los aspectos relacionados con la recopilación y validación de información profesional, el P. de la C. 40 aborda la necesidad de garantizar una compensación justa durante el proceso de evaluación contractual, fortaleciendo así la política pública dirigida a agilizar la incorporación de proveedores a las redes de servicios de salud.



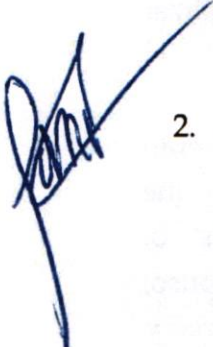
Asimismo, puntualizó que los retrasos en los procesos de credencialización generan consecuencias adversas tanto para los proveedores como para los pacientes, ya que obligan a los profesionales a asumir riesgos económicos considerables o, alternativamente, a limitar el acceso de los pacientes a servicios médicos. Según expuso, esta situación ha contribuido al debilitamiento de la práctica médica primaria y constituye uno de los factores que inciden en la emigración de profesionales de la salud fuera de Puerto Rico.

De igual forma, AIPR analizó la aplicabilidad de la medida a diversos programas de cubierta médica. En particular, sostuvo que la propuesta resulta plenamente viable para los planes comerciales regulados por el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Además, coincidió en que la exclusión de Medicare Advantage es jurídicamente correcta debido a la preeminencia de la legislación federal aplicable a dicho programa. No obstante, advirtió que el Proyecto mantiene una ambigüedad significativa respecto al Plan Vital, sector que agrupa la mayor cantidad de pacientes atendidos por sus miembros, por lo que estimó indispensable aclarar expresamente su inclusión e implantar mecanismos coordinados con ASES.

IPAS indicó que, del análisis realizado, surge que existe consenso sobre la necesidad de establecer mecanismos que promuevan procesos de contratación más ágiles y transparentes para los proveedores de servicios de salud. El memorial evidencia que las demoras en la credencialización generan incertidumbre financiera para los profesionales,

afectan la estabilidad de las prácticas médicas y limitan la disponibilidad de servicios para los pacientes. Asimismo, señaló que el Proyecto fortalece la política pública vigente al reconocer el derecho del proveedor a recibir compensación retroactiva por los servicios prestados una vez aprobada su contratación.

La entidad enumeró varias recomendaciones para fortalecer la medida:

- 
1. Incluir expresamente el Plan Vital, coordinando con ASES. Es la recomendación de mayor importancia para AIPR. Propuso enmendar la definición para abarcar a las Organizaciones de Cuidado Coordinado contratadas por ASES, y delegarse la implantación de forma concurrente en ASES, dirigiéndola a incorporar los requisitos de esta Ley en su Contrato Modelo y en la fijación de tarifas capitadas actuarialmente sólidas, con la concurrencia de CMS, e incluyendo una cláusula de armonización con la ley federal de Medicaid.
  2. Anclar el proceso en la aprobación del PEP (Plan Vital) y en el expediente centralizado (comercial). Expresó que, el proveedor que ya tiene aprobada su inscripción en el Portal de Inscripción de Proveedores (PEP) del Programa Medicaid de Puerto Rico ha superado el cernimiento de fuente primaria más riguroso del sistema, licencia, exclusiones, antecedentes, que además es precondition federal para el pago. Destacó, que la medida debe aprovechar esa aprobación. Explicó que, para los planes comerciales, donde no aplica el PEP, el mismo principio se ancla en el expediente del sistema centralizado y el formulario único de la Ley 73-2023.
  3. Cerrar la "brecha de la firma del contrato". Acentuó que, tal como está redactada, la obligación de pago retroactivo depende de que la aseguradora apruebe la solicitud y de que las partes suscriban contrato (Artículos 4 y 8). Alertó que, si la aseguradora controla si, y cuándo ofrece o firma el contrato, podría evadir la obligación simplemente no finalizando el contrato pese a haber aprobado las credenciales. Propuso fijar un término para ofrecer y suscribir el contrato tras la aprobación, y disponerse que la dilación injustificada no privará al proveedor del pago retroactivo por los servicios cubiertos prestados de buena fe.
  4. Fijar un término máximo cierto para la decisión de credencialización y contratación. Expuso, que el Artículo 5 remite a los plazos del Código de Seguros de Salud (Ley 194-2011), pero el propio Proyecto no establece un tope firme. Para que el proceso sea verdaderamente "sumario", recomendó fijar un término máximo definido (por ejemplo, noventa (90) días, conforme a las normas de acreditación y al Código),

transcurrido el cual la solicitud se tenga por aprobada o comiencen a acumularse intereses o penalidades.

- 
5. Limitar las notificaciones de deficiencias y objetivar el estándar. Señaló, que el término de quince (15) días para notificar deficiencias (Art. 4) es positivo, pero debe impedirse que se reinicie el reloj mediante notificaciones sucesivas o fraccionadas. Por eso recomendó que la aseguradora identifique todas las deficiencias en una sola notificación completa dentro de esos quince (15) días; que se permita un solo ciclo de subsanación; que requerimientos posteriores no muevan la fecha efectiva; y que el estándar “a satisfacción de la aseguradora” se sustituya por uno objetivo, atado a la lista de documentos y al formulario único de la Ley 73-2023.
  6. Establecer término y consecuencias para el pago retroactivo. El Proyecto ordena pagar retroactivamente, pero no fija cuándo. En cuanto a esto, propuso armonizar el pago con los requisitos de pago puntual del Código de Seguros de Puerto Rico (Capítulo 30): un término definido para emitir el pago tras la aprobación, intereses estatutarios por demora, y una ventana especial de radicación para reclamar el periodo retroactivo, de modo que el proveedor no quede impedido por las reglas de radicación oportuna (*timely filing*) de noventa (90) días.
  7. Integrar la medida con la Ley 73-2023 y con el Código de Seguros de Salud. Para coherencia normativa, recomendó ubicar la norma sustantiva dentro del Código de Seguros de Salud (Ley 194-2011) y definir la “fecha en que entregó todos los documentos” por referencia a la presentación a través del sistema centralizado y el formulario único creados por la Ley 73-2023, al entender que fija una fecha objetiva, evita que se vuelvan a requerir los mismos datos y reduce el margen para disputas sobre deficiencias.
  8. Distinguir “credencialización” de “contratación”. El Proyecto entrelaza ambos conceptos, que son etapas distintas: la credencialización verifica la idoneidad del proveedor; la contratación formaliza su participación en la red. Sugirió definir ambos términos y precisar cuál evento activa el término máximo y la obligación de pago.
  9. Reconsiderar la exención de la LPAU (Art. 7). Planteó que eximir la reglamentación implantadora de la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme (Ley 38-2017) elimina la vista pública y el periodo de comentarios, lo que puede suscitar planteamientos de debido proceso y de separación de poderes e invitar a impugnaciones que retrasarían la implantación, justo lo contrario del propósito de

la medida. Ante esto, propuso eliminar o circunscribir estrechamente esa exención, de modo que los reglamentos se adopten por el procedimiento ordinario, con participación de los proveedores e IPAs.

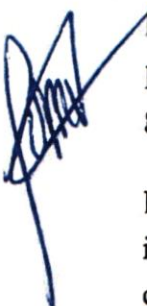
- 
10. **Disponer remedios y fiscalización expresos.** Argumentó que el Artículo 6 prohíbe reglas contrarias de las aseguradoras, pero sin remedios la prohibición carece de dientes. Recomendó disponer penalidades administrativas bajo el Código de Seguros, un mecanismo expedito de querella ante el Comisionado de Seguros (y ante ASES en el caso de Plan Vital), intereses por demora, prohibición de represalias contra el proveedor que invoque sus derechos y nulidad de toda renuncia contractual a éstos.
  11. **Disponer una vigencia y transición razonables.** Advirtió que una vigencia "inmediata" (Art. 10) resulta impráctica dada la necesidad de reglamentación y de cambios en sistemas y contratos, por lo que sugirió un periodo de implantación razonable (p. ej., noventa (90) días, mayor para Plan Vital a fin de permitir las enmiendas al Contrato Modelo de ASES y la concurrencia de CMS), con reglas transitorias para las solicitudes pendientes a la fecha de aprobación.
  12. **Realizar correcciones técnicas de redacción,** tales como uniformar el título a "Ley para la Contratación Sumaria de Proveedores de Servicios de Salud" (el Artículo 1 ya emplea la forma correcta) y corregir la puntuación "planes médicos;" en el título y el propósito. Asimismo, conviene pulir la definición de "aseguradora/plan médico" para que identifique con claridad a la persona regulada como sujeto del deber, y añadir definiciones de "Organización de Cuidado Coordinado", "credencialización" y "contratación".

Por todo lo anterior la Asociación de IPAS reiteró su endoso a la pieza legislativa objeto de evaluación y exhortó a la Comisión a incluir expresamente el Plan Vital, coordinando su implantación con ASES, por entender que, con dichas mejoras, la medida ofrecerá un alivio real a los médicos primarios, y sobre todo, protegerá el acceso de los pacientes al cuidado.

#### **PLAN DE SALUD MENONITA, INC. (PSM)**

El Plan de Salud Menonita (PSM) compareció ante la consideración de la Comisión, por conducto de su Principal Asesora Legal, Lcda. Yamilca Ortiz Carrión, para exponer su posición en contra de la aprobación del Proyecto de la Cámara 40. La entidad reconoció

la importancia de fortalecer la disponibilidad y retención de profesionales de la salud en Puerto Rico; sin embargo, manifestó su oposición a la medida al entender que esta no atiende adecuadamente las causas estructurales que inciden sobre la contratación de proveedores de servicios de salud.



En particular, PSM sostuvo que la propuesta legislativa parte de la premisa errónea de que la mera presentación de documentación por parte de un proveedor equivale al cumplimiento de todos los requisitos necesarios para su contratación. A esos efectos, señaló que el proceso de credencialización constituye un mecanismo esencial para garantizar la seguridad del paciente, mediante la verificación de licencias profesionales, certificaciones, historial disciplinario, cubierta de impericia médica, privilegios hospitalarios y demás requisitos regulatorios aplicables. Asimismo, puntualizó que dicho proceso depende en gran medida de información suministrada por terceros, lo que puede generar retrasos legítimos ajenos al control de las aseguradoras.

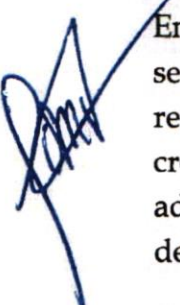
De igual forma, la entidad argumentó que imponer una obligación de pago retroactivo indistintamente a todas las aseguradoras resultaría desproporcionado, toda vez que no distingue entre demoras justificadas y actuaciones impropias. Según indicó, la medida podría exponer a las aseguradoras a responsabilidades económicas relacionadas con servicios prestados antes de completarse las verificaciones necesarias para garantizar el cumplimiento regulatorio y la calidad de los proveedores. Además, advirtió que dicha obligación generaría pasivos contingentes difíciles de proyectar actuarialmente, incrementaría los costos administrativos y podría repercutir en las primas y en los costos generales del sistema de salud.

Por otro lado, PSM expresó que el Proyecto podría crear incertidumbre operacional y financiera al suscitar controversias sobre la suficiencia de la documentación sometida, la fecha efectiva de cumplimiento de los requisitos, las tarifas aplicables y la responsabilidad sobre reclamaciones presentadas durante el período previo a la contratación formal. En ese contexto, sostuvo que la propuesta altera indebidamente la libertad contractual al imponer efectos económicos retroactivos a relaciones jurídicas que aún no han sido perfeccionadas mediante acuerdo entre las partes.

Asimismo, la entidad destacó que el ordenamiento jurídico vigente ya contiene mecanismos para agilizar y uniformar la credencialización de proveedores, particularmente a través de la Ley Núm. 194-2011 y la Ley Núm. 73-2023. A juicio de

PSM, si existe preocupación sobre retrasos indebidos en estos procesos, la respuesta adecuada debe consistir en fortalecer los mecanismos de fiscalización y cumplimiento actualmente disponibles, en lugar de imponer obligaciones retroactivas de pago.

Planteó, además, que la medida propuesta podría afectar la estabilidad actuarial del sistema de salud, alterar principios fundamentales de libertad contractual y certeza jurídica, generar costos administrativos adicionales e imponer obligaciones económicas retroactivas que no distinguen entre retrasos justificados e injustificados. Del mismo modo, sostuvo que el Proyecto no reconoce adecuadamente el marco regulatorio vigente ni las particularidades inherentes al proceso de credencialización de proveedores.



En conclusión, el Plan de Salud Menonita recomendó que el Proyecto de la Cámara 40 no sea aprobado en su forma actual. En su lugar, propuso considerar alternativas regulatorias más balanceadas dirigidas a fortalecer la fiscalización de los procesos de credencialización y contratación de proveedores, promoviendo la eficiencia administrativa sin comprometer la protección de los pacientes, la estabilidad financiera de las aseguradoras ni la sostenibilidad del sistema de salud de Puerto Rico.

#### **MMM HOLDINGS, LLC.**

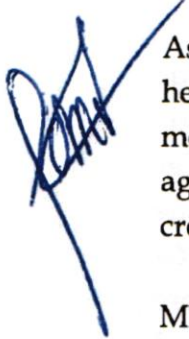
**MMM Holdings, LLC.** cursó sus comentarios a esta Distinguida Comisión en torno al Proyecto de la Cámara 40 suscrito por su Director Senior de Relaciones con Gobierno, Comunidad y Asuntos Públicos, Jonathan A. Bonet Rivera, expresando ciertas preocupaciones sobre la medida objeto de evaluación.

En términos generales, la entidad respaldó el propósito de la medida al reconocer la necesidad de fortalecer la disponibilidad de profesionales de la salud y mejorar el acceso de los pacientes a servicios médicos oportunos. No obstante, enfatizó la importancia de mantener las enmiendas incorporadas por la Cámara de Representantes que excluyen expresamente a los planes Medicare Advantage de la aplicación de dicho procedimiento.

A esos efectos, MMM sostuvo que Medicare Advantage constituye un programa de naturaleza exclusivamente federal, administrado y regulado por los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), por lo que los estándares relacionados con la contratación y credencialización de proveedores se encuentran sujetos a disposiciones federales que prevalecen sobre cualquier regulación estatal incompatible. En consecuencia, advirtió

que la aplicación del procedimiento sumario propuesto a las organizaciones que operan bajo Medicare Advantage podría generar conflictos con la normativa federal vigente.

Por otro lado, la entidad reconoció la gravedad del éxodo de profesionales de la salud y señaló que dicho fenómeno responde a factores estructurales que incluyen las disparidades en la asignación de fondos federales para programas de salud en Puerto Rico. Particularmente, destacó que las tarifas de reembolso de Medicare Advantage en la Isla continúan siendo significativamente inferiores a las que prevalecen en los estados, situación que limita la competitividad del sistema de salud y dificulta la retención de médicos y demás profesionales de la salud.



Asimismo, MMM puntualizó que los procesos de credencialización constituyen una herramienta esencial para garantizar la calidad, seguridad y confiabilidad de los servicios médicos. De igual manera, informó que ha desarrollado mecanismos tecnológicos para agilizar dichos procesos, aunque identificó retrasos en la validación de licencias y credenciales por parte de algunas instrumentalidades gubernamentales.

MMM subrayó que existe consenso en cuanto a la necesidad de atender la escasez de profesionales de la salud y fortalecer la capacidad del sistema sanitario para retener talento médico en Puerto Rico. Sostuvo, que la credencialización de proveedores constituye un mecanismo indispensable para garantizar servicios de salud seguros y de calidad. Asimismo, destacó que Medicare Advantage opera bajo un esquema regulatorio federal exclusivo, lo que limita la aplicabilidad de disposiciones estatales relacionadas con la contratación de proveedores. Identificó deficiencias administrativas en los procesos de validación de licencias y credenciales que inciden directamente en la incorporación de nuevos profesionales a las redes de servicios de salud.

MMM recomendó mantener las enmiendas aprobadas por la Cámara de Representantes que excluyen a los planes Medicare Advantage de la aplicación del procedimiento sumario de contratación propuesto en la medida, a fin de asegurar su conformidad con el marco regulatorio federal vigente. Asimismo, recomendó que la Comisión de Salud evalúe los procesos administrativos relacionados con la expedición y validación de licencias profesionales dentro del Departamento de Salud y la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica para identificar oportunidades de agilización. Finalmente, propuso fortalecer la colaboración entre las agencias gubernamentales y las organizaciones de

servicios de salud para acelerar la incorporación de nuevos proveedores sin menoscabar los estándares de calidad y seguridad exigidos en la prestación de servicios médicos.

### IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

En cumplimiento con el Artículo 1.007 de la Ley 107-2020, según enmendada, conocida como "Código Municipal de Puerto Rico", la Comisión de Salud certifica que el **P. de la C. 40** no impone una obligación económica en el presupuesto de los gobiernos municipales.

### HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES



La evaluación integral del **Proyecto de la Cámara 40** evidencia que la medida responde a una de las limitaciones estructurales más significativas en la prestación de servicios de salud en Puerto Rico: la dificultad para retener e incorporar oportunamente profesionales de la salud a las redes de prestación de servicios. La Exposición de Motivos reconoce que el éxodo sostenido de médicos, especialistas y demás profesionales de la salud continúa afectando la capacidad operacional del sistema sanitario, incidiendo directamente sobre la disponibilidad de servicios especializados, la continuidad del cuidado médico y el acceso oportuno de los pacientes a tratamientos esenciales. En ese contexto, los procesos extensos de credencialización y contratación han surgido como un factor adicional que limita la incorporación efectiva de nuevos proveedores a las redes de servicios, agravando las dificultades que enfrenta el sistema para responder adecuadamente a las necesidades de la población.

La prueba documental presentada ante esta Comisión permite concluir que existe un amplio consenso respecto a la necesidad de modernizar y agilizar los procesos de credencialización. El Departamento de Salud, la Oficina del Comisionado de Seguros, la Asociación de Hospitales de Puerto Rico y la Asociación de IPAS coincidieron en señalar que las dilaciones administrativas generan incertidumbre económica para los proveedores de servicios de salud, retrasan la integración de nuevos profesionales a las redes contratadas y limitan la capacidad de los pacientes para acceder oportunamente a servicios médicos especializados. Dichos señalamientos demuestran que la problemática atendida por esta medida trasciende los intereses particulares de proveedores y aseguradoras, para convertirse en un asunto de alto interés público vinculado directamente al acceso efectivo a los servicios de salud.

Aunque la Comisión reconoce que la aprobación de la Ley 73-2023 representó un avance significativo en la uniformidad y estandarización de los procesos de credencialización, la evidencia recopilada durante el trámite legislativo demostró que todavía persisten obstáculos administrativos que afectan la contratación efectiva de proveedores y retrasan el inicio de relaciones contractuales necesarias para ampliar la disponibilidad de servicios médicos.

De igual manera, surge de los memoriales que la ausencia de mecanismos adecuados para compensar los servicios prestados durante el proceso de evaluación contractual genera una incertidumbre financiera que puede desincentivar la práctica profesional en Puerto Rico. La Comisión entiende que ningún sistema de salud puede aspirar a fortalecer su red de servicios cuando obliga a los profesionales a asumir riesgos económicos considerables mientras esperan la culminación de procesos administrativos que, en muchas ocasiones, se extienden más allá de lo razonable.

Por otro lado, la Comisión examinó cuidadosamente las preocupaciones planteadas por ACODESE y el Plan de Salud Menonita, entidades que advirtieron sobre posibles consecuencias operacionales, actuariales y contractuales derivadas de la compensación retroactiva propuesta. Particularmente, señalaron la importancia de preservar los mecanismos de verificación de credenciales que garantizan la seguridad de los pacientes, la calidad de los servicios médicos y la estabilidad financiera de las aseguradoras.

No obstante, la Comisión concluye que la protección de los pacientes y la agilización de los procesos de contratación no constituyen objetivos incompatibles. Por el contrario, ambos intereses convergen en la necesidad de construir un sistema de salud más eficiente, transparente y accesible.

Particular relevancia adquieren las recomendaciones formuladas por la Oficina del Comisionado de Seguros dirigidas a garantizar que cualquier compensación retroactiva responda a las tarifas finalmente pactadas entre las partes. Asimismo, la Comisión considera meritorias las recomendaciones presentadas por la Asociación de IPAS de Puerto Rico relacionadas con la necesidad de establecer términos objetivos y claramente definidos para la culminación de los procesos de credencialización. La Comisión también estima prudente evaluar mecanismos efectivos de fiscalización y cumplimiento que permitan atender oportunamente cualquier incumplimiento relacionado con los términos de evaluación y contratación.

Por otra parte, enfatizamos que resulta jurídicamente acertado mantener la exclusión de los planes Medicare Advantage contenida en el texto aprobado por la Cámara de Representantes.

Finalmente, la Comisión concluye que la controversia atendida por el Proyecto de la Cámara 40 no debe analizarse exclusivamente desde la perspectiva contractual entre aseguradoras y proveedores. En su esencia, la medida persigue fortalecer el acceso de los pacientes a servicios de salud mediante la reducción de barreras administrativas que limitan la incorporación de profesionales a las redes de prestación de servicios.

Luego de realizar un análisis exhaustivo de la pieza legislativa y analizar los argumentos y comentarios esbozados, se pudieron identificar algunos cambios que corresponden para lograr una mejor implementación de la medida. Es por esto, que la Comisión de Salud implementó los siguientes cambios o sugerencias:

- 
- Se enmendó el Artículo 4 del Proyecto para establecer que cualquier pago retroactivo por servicios prestados durante el proceso de credencialización se efectúe conforme a la tarifa finalmente pactada entre el proveedor y la aseguradora.
  - Se limitaron las notificaciones de deficiencias, impidiendo que se reinicie el término de 15 días mediante notificaciones sucesivas o fraccionadas de deficiencias, para que requerimientos posteriores no muevan la fecha.
  - En cuanto al pago retroactivo, se armonizó el pago con los requisitos de pago puntual del Capítulo 30 del Código de Seguros de Puerto Rico.
  - Se mencionó expresamente la distinción entre "credencialización" de "contratación", por tratarse de etapas distintas: la credencialización verifica la idoneidad del proveedor; la contratación formaliza su participación en la red.
  - Se eliminó la vigencia inmediata y se dispuso que la misma será de noventa (90) días a partir de la aprobación de la Ley, de manera que se puedan realizar las enmiendas contractuales y reglamentarias necesarias para cumplir con lo dispuesto en la Ley.
  - Se incluyó la responsabilidad del Comisionado de Seguros de adoptar o enmendar cualquier reglamento, norma, orden administrativa, carta normativa, protocolo o documento de similar naturaleza necesario para dar cumplimiento a lo dispuesto en esta Ley, dentro de un término de ciento veinte días (120) contado a partir de la aprobación de esta Ley. Además, como parte de la reglamentación, se deben

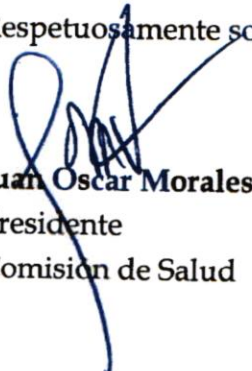
detallar mecanismos efectivos de fiscalización y cumplimiento que permitan atender oportunamente cualquier incumplimiento relacionado con los términos de evaluación y contratación.

- Se realizaron correcciones técnicas de redacción, tales como uniformar el título a "Ley para la Contratación Sumaria de Proveedores de Servicios de Salud".

### CONCLUSIÓN

**POR TODO LO ANTES EXPUESTO**, la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, luego de la consideración correspondiente, tiene a bien someter a este Alto Cuerpo su Informe, **RECOMENDANDO LA APROBACIÓN** del **Proyecto de la Cámara 40** con las enmiendas contenidas en el Entirillado Electrónico que se acompaña.

Respetuosamente sometido,



**Juan Oscar Morales Rodríguez**  
Presidente  
Comisión de Salud

ENTIRILLADO ELECTRÓNICO  
(TEXTO DE APROBACIÓN FINAL POR LA CÁMARA)  
(23 DE ABRIL DE 2026)

---

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20<sup>ma</sup> Asamblea  
Legislativa

1<sup>ra</sup> Sesión  
Ordinaria

**CÁMARA DE REPRESENTANTES**

**P. de la C. 40**

2 DE ENERO DE 2025

Presentado por el representante Méndez Núñez

Referido a la Comisión de Salud

**LEY**



Para crear la "Ley para la Contratación Sumaria de Proveedores de Servicios de Salud", a los fines de establecer un proceso sumario en la contratación de profesionales e instituciones de servicios de salud por parte de las aseguradoras de planes médicos.; y para otros fines relacionados.

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

En Puerto Rico se continúa viviendo un éxodo masivo de nuestros profesionales de la salud a un ritmo acelerado y preocupante. Parte de la crisis se origina por la dificultad que enfrentan los médicos en que se le reconozcan sus credenciales ante las compañías aseguradoras para que esta les compensen por los servicios prestados.

Cuando un profesional o institución de la salud somete sus credenciales para contratar con una aseguradora, estos no reciben compensación alguna por los servicios rendidos durante el proceso. Esto obliga al médico a tomar una decisión: no atender al paciente o no recibir pago por sus servicios. Es imperativo que los profesionales e instituciones de salud puedan tener la certeza de que si estos cumplen con los requisitos de contratos con las diferentes aseguradoras de planes médicos se les reconozcan los servicios ofrecidos mientras se evalúa su solicitud de contrato.

Si el profesional o la institución de la salud no cumple con los criterios del contrato con una aseguradora de planes médicos y la solicitud es denegada, la aseguradora de planes médicos no estará obligada a pagar por los servicios rendidos durante la evaluación. No obstante, si el profesional -o la institución de la salud- cumple con los criterios del contrato con una aseguradora de planes médicos y la solicitud es aprobada, la aseguradora de planes médicos deberá pagar por los servicios rendidos durante dicha evaluación, desde el momento en que la persona cumplió con el requisito de presentar toda la documentación necesaria para poder ser evaluado. De esta forma se reduce el potencial conflicto de interés de que una aseguradora de planes médicos dilate el proceso de credencialización con el fin de reducir el pago por servicios rendidos mientras se evalúa la solicitud.

Ahora más que nunca, es importante que los servicios de salud se brinden en Puerto Rico libre de las presiones y tropiezos de los procesos burocráticos que pueden afectar los mejores intereses de un paciente. Entendemos que esta Ley, entre otras, ayudaría a mitigar el éxodo de nuestros profesionales de la salud.

*DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL PUERTO RICO:*

1      Artículo 1.-Título.

2            Esta Ley se conocerá y podrá ser citada como "Ley para la Contratación Sumaria  
3      de Proveedores de Servicios de Salud".

4      Artículo 2.-Propósito.

5            Mediante esta Ley se crea un proceso sumario para la contratación de  
6      profesionales e instituciones de servicios de salud por parte de las aseguradoras de  
7      planes médicos.

8      Artículo 3.-Definiciones.

9            Para propósitos de esta Ley las siguientes palabras y frases tendrán el significado  
10     que a continuación se indica:

- 11           a) Aseguradora de planes médicos, aseguradora, plan médico: significa un  
12     contrato de seguro, póliza, certificado, o contrato de suscripción con una

1 organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier  
2 otro asegurador, provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o  
3 sobre una base pre pagada, mediante el cual la organización de seguros de salud,  
4 organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador se obliga a  
5 proveer o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de  
6 hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud mental, o  
7 servicios incidentales a la prestación de éstos. Se excluyen expresamente del  
8 ámbito de aplicación de esta Ley los procesos de credencialización y contratación  
9 bajo los programas de *Medicare Tradicional y Medicare Advantage*, los cuales se  
10 rigen por normativa federal conforme a 42 U.S.C. § 1395w-26(b)(3).

*b) Contratación: significa el proceso formal, en el que la aseguradora y el proveedor de  
11 salud negocian y firman un acuerdo legal formalizando su participación en la red de  
12 proveedores. Este proceso dicta las tarifas de pago, las condiciones de prestación de  
13 servicios, las responsabilidades mutuas dentro del plan de salud, entre otros.*

*c) Credencialización: significa el proceso mandatorio mediante el cual una  
14 aseguradora evalúa y verifica las credenciales de un profesional o facilidad de salud,  
15 incluyendo, pero sin limitarse: validación de licencias, cualificaciones académicas,  
16 competencia, entrenamiento, historial de reclamaciones, certificaciones, entre otros, para  
17 asegurar la más alta calidad de servicios médicos a los pacientes y determinar si reúne los  
18 requisitos para ser parte de su red de proveedores.*

*b) d) Proveedor de Servicios de Salud: significa un profesional del campo de  
19 la salud, o una institución con licencia, debidamente acreditada o certificada por  
20  
21  
22*

las entidades correspondientes para proveer determinados servicios de cuidado de la salud a tenor con las leyes y reglamentos aplicables.

#### Artículo 4.-Contratación.

A partir de la aprobación de esta Ley, toda aseguradora de planes médicos que apruebe una contratación de servicios pagará por los servicios prestados una vez completado el proceso de contratación con un profesional o proveedor de servicios de salud, efectivo al momento en que entregó todos los documentos requeridos para dicha contratación por parte de la aseguradora. Será obligación de toda aseguradora de planes médicos proveer una certificación a cada proveedor de servicios de salud, que indique la fecha exacta de que este ha cumplido con sus requisitos de documentación para poder ser evaluado por esta para poder ser contratado. De surgir deficiencias en la evaluación de los documentos sometidos por el proveedor de servicios de salud, la aseguradora deberá notificar al proveedor ~~las~~ la totalidad de deficiencias identificadas dentro de los quince (15) días siguientes a la recepción de la solicitud, disponiéndose que la notificación sucesiva o fragmentada de deficiencias adicionales no tendrán el efecto de reiniciar el término de los quince (15) días aquí dispuesto. En tales casos, la fecha efectiva para el cómputo del período de compensación retroactiva dispuesto en esta Ley será la fecha en que el proveedor subsane las deficiencias a satisfacción de la aseguradora, según certificado por esta. Cualquier pago retroactivo por servicios prestados durante el proceso de credencialización se deberá efectuar conforme a la tarifa finalmente pactada entre el proveedor y la aseguradora y deberá

ser satisfecho de conformidad con la normativa de pago puntual dispuesta en el Código de Seguros de Puerto Rico.

Artículo 5.-Término para completar el proceso de contratación.

Toda aseguradora de planes médicos considerará como recibida toda solicitud que cumpla con la documentación requerida según su proceso de contratación. La aseguradora de planes médicos completará su evaluación dentro de los plazos establecidos en la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Una vez la aseguradora de planes médicos acepte y apruebe la solicitud, vendrá obligada a reconocer para pago los servicios provistos por el profesional o proveedor de servicios de salud, retroactivo a la fecha que certificó que el proveedor cumplió con todos los requisitos.

Artículo 6.-Prohibición de reglamentación en contrario.

Se prohíbe a toda aseguradora de planes médicos establecer cualquier regla, reglamento, norma, carta circular, documento, procedimiento verbal o escrito que contravenga los propósitos de esta Ley y dicho vocabulario se entenderá por no puesto.

Artículo 7.-Jurisdicción.

Se delega en el Comisionado de Seguros la implantación de esta Ley, y velar por su fiel y estricto cumplimiento. No obstante, toda regla, reglamento, norma o documento que apruebe con tal propósito, estará exento de las disposiciones de la Ley 38-2017, según enmendada, conocida como "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico".

1 Artículo 8. Reglamentación

2 El Comisionado de Seguros, adoptará o enmendará cualquier reglamento, norma, orden  
3 administrativa, carta normativa, protocolo o documento de similar naturaleza necesario para dar  
4 cumplimiento a lo dispuesto en esta Ley, dentro de un término no mayor de ciento veinte (120) días  
5 contado a partir de su vigencia. Además, como parte de la reglamentación, se deben detallar  
6 mecanismos efectivos de fiscalización y cumplimiento que permitan atender oportunamente cualquier  
7 incumplimiento relacionado con los términos de evaluación y contratación.

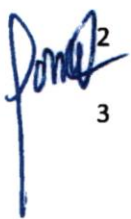
8 Artículo 8 9.-Interpretación.

9 Esta Ley deberá ser interpretada en el sentido de que busca evitar que se retrase  
10 la evaluación del proveedor para evitar el pago de servicios rendidos mientras se  
11 evalúa la solicitud, siempre y cuando las partes lleguen a un acuerdo y suscriban el  
12 correspondiente contrato para los servicios prestados.

13 Artículo 9 10.-Separabilidad.

14 Si cualquier artículo, cláusula, párrafo, o parte de esta Ley fuera anulada o  
15 declarada inconstitucional, la resolución, dictamen o sentencia a tal efecto dictada no  
16 afectará, perjudicará, ni invalidará el remanente de esta Ley. El efecto de dicha  
17 sentencia quedará limitado al artículo, cláusula, párrafo, o parte de esta Ley que así  
18 hubiere sido anulada o declarada inconstitucional. Si la aplicación a una persona o a  
19 una circunstancia de cualquier artículo, cláusula, párrafo, o parte de esta Ley fuera  
20 invalidada o declarada inconstitucional, la resolución, dictamen o sentencia a tal  
21 efecto dictada no afectará ni invalidará la aplicación del remanente de esta Ley a  
22 aquellas personas o circunstancias en que ésta se pueda aplicar válidamente.

1        Artículo ~~10~~ 11.-Vigencia

 2        Esta Ley comenzará a regir noventa (90) días ~~inmediatamente~~ después de su  
3        aprobación.