

ORIGINAL

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20^{ma} Asamblea
Legislativa

2^{da} Sesión
Ordinaria

Actas y Récord

2025 NOV 13 P 7:17

CÁMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 348

INFORME POSITIVO

13 DE NOVIEMBRE DE 2025

A LA CÁMARA DE REPRESENTANTES DE PUERTO RICO:

La Comisión de Salud de la Cámara de Representantes de Puerto Rico, tiene el honor de recomendar a este Augusto Cuerpo la aprobación del P. de la C. 348 sin enmiendas.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El Proyecto de la Cámara Núm. 348, tiene como propósito enmendar el inciso (s) del Artículo 26.060 de la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, mejor conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", a los fines de establecer que la responsabilidad de la coordinación de beneficios es una mancomunadamente compartida de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, de sus intermediarios y de los proveedores participantes y cuáles serán los parámetros para tramitar la coordinación de beneficios de servicios de salud de los pacientes; añadir los sub-incisos 14 y 15 al inciso (a) del Artículo 17 de la Ley 194-2000, según enmendada, conocida como "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", a los fines de proveer alternativas para que el paciente, asegurado o consumidor pueda presentar querellas administrativas; requerir la redacción de un Reglamento conforme a los parámetros de esta Ley y establecer campaña educativa; y para otros fines relacionados.

La exposición de motivos de esta medida enfatiza la coordinación de beneficios es de suma importancia para el paciente que cuenta con dos o más

seguros de salud o planes de salud en cuanto a servicios de salud se refiere. La coordinación de beneficios permite que el plan primario pague la reclamación de servicios médicos y si la persona tiene un plan secundario, este paga los copagos, deducibles y coaseguros que el plan primario no cubre y son responsabilidad del asegurado o suscriptor del plan primario. Esto es, la coordinación de beneficios permite que el asegurado que cuenta con más de un plan médico, en la mayoría de los casos, no tiene que hacer desembolsos para pagar deducibles, copagos y coaseguros, lo cual le representa un ahorro al paciente.

Actualmente, existen discrepancias entre si son los proveedores de servicios de salud los que deben hacer la coordinación de servicios o si son las aseguradoras, las organizaciones de servicios de salud o las organizaciones para el mantenimiento de la salud quienes deben hacer los mismos. El problema actual en esta controversia reside en que, al no aceptar el proveedor la coordinación de beneficios, el paciente muchas veces se ve en la obligación de pagar los deducibles, coaseguros y copagos, para que entonces sea el propio paciente el que solicite el reembolso al asegurador. Respetuosamente entendemos que esta responsabilidad no debe ser impuesta al paciente quien solamente lo que busca es quien le brinde los servicios médicos cuando los necesita.

Como en Puerto Rico existe una gran cantidad de personas que se encuentran cubiertas por dos (2) o más seguros de salud o planes de salud, con esta Ley también se provee para que en caso de que el paciente esté suscrito en un plan de salud privado y a su vez en el Plan de Salud Gubernamental, el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico será siempre el plan secundario a utilizarse, lo cual redunda en beneficios para el erario público en donde se evite que el mismo sea facturado erróneamente por servicios que se supone sean cubiertos por el plan primario del asegurado. En adición, como parte de las disposiciones de las pólizas de seguro y planes de salud, es estándar en la industria de seguros de salud, que se establezca la cláusula de coordinación de beneficios que sigue la Ley Modelo promovida por la *National Association of Insurance Commissioners (NAIC)* y la regla de *Medicare as Secondary Payer* expedida por el *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)*. Entendemos que con esta medida adaptamos en nuestra jurisdicción el cumplimiento de dichas disposiciones legales y, a su vez, mejoramos los accesos a los servicios de salud. El proveedor participante podrá hacer la coordinación de beneficios de forma electrónica cumpliendo con la Regla de Códigos y Transacciones bajo la Ley Federal *Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA)* o en papel. Además, se clarifica en el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico que en aquellos casos en donde el asegurado se encuentre cubierto bajo dos (2) o más planes médicos, la responsabilidad de la coordinación de beneficios es una mancomunadamente compartida de las

organizaciones de seguros de salud o aseguradores, de sus intermediarios y de los proveedores participantes.

Por tanto, la Asamblea Legislativa entiende meritaria la aprobación de esta medida, en donde se establece que la promoción del acceso a los servicios de salud es de vital importancia. Es por ello, que con esta Ley se promueve que el asegurado, beneficiario o suscriptor tenga la obligación de dar al proveedor participante la información sobre todos los seguros de salud que posea y se establece la obligación de que una vez proveedor participante comience con el proceso de coordinación de los beneficios entre los distintos planes o seguros de salud que cubren al asegurado, se agilicen los procesos de coordinación de beneficios ante la responsabilidad mancomunadamente compartida que se establece al amparo de esta Ley de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, de sus intermediarios y de los proveedores participantes. De esta manera, promovemos una mejor utilización de los planes médicos; y sobretodo, del Plan de Salud Gubernamental, en el caso de que el participante posea el Plan de Salud Gubernamental en adición de un plan médico privado.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

La Comisión de Salud de la Cámara de Representantes de Puerto Rico, en el desempeño de su deber ministerial, estudió y evaluó la presente medida, por lo que revisó los siguientes memoriales: **ACODESE, Administración de Seguros de Salud (ASES), Asociación Médica, y el Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico.**

ACODESE

En la ponencia, se contextualiza que la coordinación de beneficios ya ha sido reconocida en Puerto Rico por el Código de Seguros bajo la reglamentación de seguros de incapacidad, siendo una cláusula estándar requerida por la Oficina del Comisionado de Seguros para aprobar los modelos de seguros médicos y de incapacidad. A partir de la aprobación de la Ley 194-2011, el mecanismo de coordinación de beneficios se reconoce expresamente en el Artículo 26.060, inciso (S), el cual establece que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deben incluir en sus contratos con los proveedores participantes un resumen adecuado de la cláusula de coordinación de beneficios, que se regirá por la Ley Modelo vigente de la NAIC (National Association of Insurance Commissioners) y las leyes federales sobre coordinación de beneficios. Actualmente, los proveedores

participantes tienen la responsabilidad de coordinar beneficios con las organizaciones de seguros de salud en aquellos casos donde la persona cubierta o asegurado esté cubierto bajo dos o más planes médicos.

La propuesta del P. de la C. 348 introduce obligaciones específicas para las diferentes partes involucradas en el proceso. Por un lado, establece que el asegurado tiene la obligación de ofrecer al proveedor participante información completa sobre todos los seguros de salud que posee. Por otro lado, impone la obligación al proveedor participante de coordinar los beneficios entre los distintos planes o seguros de salud que cubren al individuo. ACODESE destaca el beneficio significativo que representa para el asegurado, beneficiario o suscriptor de un seguro o plan de salud que el proceso de coordinación de beneficios se realice con efectividad. Este beneficio se traduce en un ahorro económico directo para el paciente, ya que el plan primario asume el pago de la reclamación de beneficios médicos, mientras que el plan secundario, si provee cubierta para el servicio en cuestión, paga los deducibles, copagos y coaseguros que de otra manera serían responsabilidad del paciente.

ACODESE enfatiza la importancia de que exista una obligación clara para los proveedores de servicios de salud de coordinar beneficios con los aseguradores, terceros administradores y organizaciones de servicios de salud en los casos donde el paciente posea dos o más planes o seguros de salud. La asociación opina firmemente que la responsabilidad de solicitar reembolsos al seguro o plan de salud no debe recaer sobre los asegurados, particularmente considerando que el asegurado ya está protegido por dos o más seguros y ha cumplido con sus obligaciones de pago de primas. En contraste, argumentan que cuando es el proveedor de servicios de salud quien realiza la coordinación de beneficios en conjunto con el asegurador, se libera al asegurado de tener que cargar con esta responsabilidad administrativa y compleja. Además, se presume que el proveedor, por su experiencia y práctica continua, conoce mejor los procedimientos de facturación de reclamaciones de los diversos aseguradores, lo que facilita un proceso más eficiente y reduce errores.

En conclusión, toda vez que el P. de la C. 348 representa un beneficio tangible para el asegurado y facilita significativamente el proceso de pago por servicios médicos recibidos, ACODESE **avala** formalmente la aprobación de la medida. La directora ejecutiva, Lcda. Iraelia Pernas, expresó que esperan que sus comentarios sean de utilidad para la labor legislativa y se ponen a disposición para aclarar cualquier duda relacionada con el escrito presentado.

Administración de Seguros de Salud (ASES)

El documento constituye el Memorial Explicativo de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), fechado el 8 de mayo de 2025 y dirigido al Honorable Gabriel Rodríguez Aguiló, Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes, en respuesta al Proyecto de la Cámara 348. La ASES agradece la oportunidad de ofrecer su insumo sobre esta pieza legislativa que busca enmendar el inciso (s) del Artículo 26.060 de la Ley Núm. 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", para establecer que la responsabilidad de la coordinación de beneficios es mancomunadamente compartida entre las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, sus intermediarios y los proveedores participantes. Además, el proyecto añade los sub-incisos 14 y 15 al inciso (a) del Artículo 17 de la Ley 194-2000, conocida como "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", para proveer alternativas para que el paciente, asegurado o consumidor pueda presentar querellas administrativas, y requiere la redacción de un reglamento conforme a los parámetros de esta ley y el establecimiento de una campaña educativa.

La ASES reconoce inicialmente la necesidad y responsabilidad de garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud que reciben las personas participantes del Plan de Salud del Gobierno (PSG). El proyecto busca mejorar el intercambio de información entre beneficiarios, proveedores de servicios de salud y aseguradoras para que se cumpla con el pago correcto de reclamaciones cuando coinciden dos seguros. Un aspecto importante que destaca la ASES es que el proyecto dispone que el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, administrado por la ASES, será plan secundario cuando el paciente tenga más de un plan o seguro de salud. Además, la medida busca crear una alternativa de presentar querellas administrativas a los asegurados ante el foro administrativo.

El documento explica detalladamente el trasfondo de la ASES como pagador de último recurso. La ASES es la corporación pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico encargada de administrar el PSG para brindar servicios de salud a la población médico-indigente de Puerto Rico, mediante la negociación de contratos con aseguradoras, organizaciones de servicios de salud y terceros administradores. Además, la ASES funge como ente regulador, administrando que los servicios de salud se brinden conforme a los acuerdos contractuales, las cartas normativas de la ASES y la reglamentación federal. Entre sus deberes se encuentra 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 de salud.

El memorial explica que actualmente el modelo de prestación de servicios de salud bajo el PSG Vital es uno de Cuidado Coordinado, lo cual implica organizar deliberadamente los servicios y atención prestada al paciente y que todos los proveedores de servicios de salud que atienden al beneficiario comparten información para lograr un mejor cuidado de su salud. Esto permite conocer las necesidades del paciente antes de atenderle y así brindar un mejor servicio. Estas prácticas han sido reconocidas por la Academia Nacional de Medicina (National Medical Academy) como la mejor estrategia para mejorar la eficiencia y efectividad de un sistema de salud. En el caso de Puerto Rico, y como parte de su Plan Estatal, en el PSG se ofrece el cuidado coordinado al establecer un Médico o Grupo Médico Primario (GMP) quien se encarga de conocer el historial clínico del paciente, así como los servicios que recibe y requiere. Este profesional de la salud se encarga de referir al paciente a especialistas y subespecialistas, manteniéndose informado del cuidado del beneficiario.

Una sección extensa del documento está dedicada a explicar las regulaciones federales y el contrato de Vital. La Ley de Seguro Social de 1935 (Social Security Act) detalla información que atiende una amplia gama de circunstancias y alternativas que tienen los estados y territorios para el manejo de pago de reclamaciones de los beneficiarios duales. En el caso de Medicaid, el estatuto federal establece que Medicaid es el pagador de último recurso (payer of last resort), lo cual significa que el PSG solo paga por un servicio o beneficio si no existe pagador primario con responsabilidad, es decir, si el beneficiario no cuenta con otro seguro que cubra los servicios, o de tener otro seguro, el servicio no está contemplado en esa cubierta. Esto se conoce en la práctica como "responsabilidad de tercero" (third party liability). Por esta razón, los contratos que la ASES otorga con las aseguradoras y organizaciones de servicios de salud para la provisión de servicios bajo el PSG contienen cláusulas que gobiernan las instancias en las que el beneficiario está cubierto dualmente por otro seguro privado.

El documento cita extensamente las cláusulas contractuales relevantes, estableciendo que el Plan de Salud del Gobierno será el pagador de último recurso para todos los servicios cubiertos prestados en nombre de los beneficiarios de Medicaid y CHIP de acuerdo con las regulaciones federales. El contratista debe ejercer los derechos de asignación completos según corresponda y será responsable de hacer todos los esfuerzos razonables para determinar la responsabilidad legal de terceros de pagar por los servicios prestados a los beneficiarios bajo este contrato y de evitar costos o recuperar dicha responsabilidad del tercero. "Tercero", para los propósitos de esta sección, significa cualquier persona o entidad que sea o pueda ser responsable de pagar por el cuidado y servicios prestados a un beneficiario del Plan de Salud del Gobierno.

Ejemplos de un tercero incluyen, pero no se limitan a, el asegurador de salud del beneficiario, asegurador de accidentes, una organización de cuidado administrado y Medicare.

La información sobre la existencia de terceros aseguradores es informada mensualmente a las aseguradoras y organizaciones de servicios de salud para que no se realicen pagos indebidos a proveedores. Para el quinto día calendario después del cierre del mes durante el cual ASES se entera de tal información, ASES proporcionará al contratista una lista de toda la información conocida sobre seguros de salud de los beneficiarios con el propósito de actualizar los archivos del contratista. Además, para el decimoquinto día calendario después del cierre del trimestre calendario, ASES proporcionará al contratista una copia de un informe que contenga todos los aseguradores de salud licenciados por Puerto Rico al cierre del trimestre anterior, y cualquier otra información relacionada que sea necesaria para presentar reclamaciones de responsabilidad de terceros.

Es responsabilidad de la aseguradora y de los proveedores de servicios identificar la existencia de un plan primario. Las aseguradoras y organizaciones de servicios de salud tienen obligaciones recíprocas de proveer información a la ASES sobre la concurrencia de seguros. El contratista debe presentar un informe mensual a ASES siguiendo las especificaciones de contenido, formato y transmisión de archivos de ASES para el quinto día calendario después del cierre del mes durante el cual el contratista se entere de que un beneficiario tiene nueva cobertura de seguro de salud, o cobertura de seguro de accidentes, o de cualquier cambio en la cobertura de seguro de salud de un beneficiario. El contratista debe imponer un requisito correspondiente a sus proveedores para notificar al contratista de cualquier cobertura recién descubierta.

En la instancia que un beneficiario de Medicaid también es beneficiario de Medicare, este último es el pagador principal y solo entra a pagar de forma complementaria bajo ciertas circunstancias particulares y según dispuesto por el Center for Medicaid and Medicare Services (CMS). Resulta importante destacar que estas obligaciones y responsabilidades, así como la información en cuanto a cobertura en las instancias en que los beneficiarios cuentan con más de un seguro de salud, son recogidas e informadas a los aseguradores, organizaciones de servicios de salud y sus proveedores de servicios de salud mediante varias cartas normativas. La más reciente de estas fue la Carta Circular Núm. 17-0606 la cual instruye que cuando Medicare sea el plan primario y PSG el plan secundario, se utilizará como base la tarifa establecida por Medicare como plan primario para calcular la partida a ser pagada por el PSG como plan secundario. El PSG siempre

será pagador secundario luego de Medicare y cualquier otro plan de salud adicional que pueda tener el beneficiario.

En cuanto al procedimiento de quejas y agravios, el documento explica que la parte de la medida que busca crear una alternativa para permitirle a los beneficiarios del PSG poder presentar querellas administrativas ante el Departamento para atender los asuntos relacionados a las discrepancias en la coordinación de beneficios, el PSG en el contrato con las aseguradoras ya establece un sistema de quejas y querellas. De acuerdo con 42 CFR Part 438, Subpart F, el contratista debe establecer un sistema interno de quejas y apelaciones bajo el cual los beneficiarios, o proveedores actuando en su nombre, pueden expresar insatisfacción con el contratista o desafiar la denegación de cobertura de, o pago por, servicios cubiertos. El sistema de quejas y apelaciones del contratista debe incluir: (i) un proceso de quejas, (ii) proceso de querellas, (iii) proceso de apelaciones, y (iv) acceso al proceso de vista administrativa ante juez administrativo.

Este sistema establece un proceso de tres pasos en el cual la parte querellante puede presentar su reclamo ante la aseguradora. Una vez se obtenga una determinación esta se puede apelar ante la aseguradora. Luego de agotar los remedios ante la aseguradora, el beneficiario puede solicitar una vista administrativa en la agencia e iniciar un proceso de querella ante la agencia. El contratista es responsable de explicar el derecho del beneficiario y los procedimientos para una vista administrativa ante juez administrativo, incluyendo que el beneficiario debe agotar el proceso de quejas y apelaciones del contratista antes de solicitar una vista administrativa. Sin embargo, si el contratista no cumple con todos los requisitos de notificación y plazos establecidos en 42 CFR 438.408, se considera que el beneficiario ha agotado el proceso de apelaciones del contratista y puede proceder con iniciar una vista administrativa. Luego de finalizado el proceso ante la agencia, el beneficiario puede presentar entonces un recurso de revisión judicial ante el Tribunal de Apelaciones a los 30 días de la determinación final de la agencia.

En su recomendación final sobre el P. de la C. 348, la ASES expresa que, en principio, no tiene reparos con la intención que persigue la pieza legislativa propuesta. No obstante, según expuesto anteriormente, el proyecto de ley recoge lo establecido por el Gobierno Federal en cuanto al rol como pagador de último recurso que tiene el PSG Vital cuando concurre con otro plan de seguro de salud y, en la actualidad, ya los contratos que mantiene la ASES con las aseguradoras y organizaciones de seguros de salud contienen cláusulas sobre coordinación de beneficio y responsabilidades de tercero. En cuanto al sistema de querellas, el

proyecto de ley utiliza al Departamento de Salud para iniciar los procedimientos, no obstante, la ASES ya tiene un sistema de querellas y agravios incluido en el contrato del Plan Vital que permite al beneficiario presentar su reclamo directamente en la agencia luego de agotado el remedio ante la aseguradora. El tener dos sistemas de querellas y agravios pudiera resultar en taponamiento o duplicidad de reclamos lo que conllevaría que los oficiales examinadores tengan que consolidar procesos duplicados o con reclamos similares, lo que pudiera alargar los procesos.

Por lo tanto, la ASES recomienda que lo ideal es que el beneficiario pueda presentar sus querellas ante la agencia directamente, luego de seguir el agotamiento de remedios ante la aseguradora o, en la alternativa, establecer una coordinación efectiva entre agencias para evitar duplicidad y retrasos en los procedimientos. La directora ejecutiva interina, Lymari Colón Rodríguez, se reitera disponible ante la Honorable Comisión para proveer información adicional que sea necesaria para el análisis de este proyecto y para cualquier otro trabajo legislativo que se les requiera, agradeciendo nuevamente la oportunidad de colaborar con los trabajos de la Comisión.

Asociación Médica

El memorial contextualiza la problemática actual explicando que, en Puerto Rico, muchos pacientes se ven afectados por la complejidad del sistema de seguros de salud, especialmente cuando poseen múltiples pólizas o planes de salud. La responsabilidad de coordinar estos beneficios ha sido históricamente dispersa y, en ocasiones, poco clara. Esto ha llevado a una situación en la que los proveedores de servicios médicos enfrentan dificultades para gestionar eficazmente la coordinación, y los pacientes, actuando de buena fe, terminan asumiendo costos que deberían ser responsabilidad de las aseguradoras. Este escenario no solo genera frustración y desigualdad entre los beneficiarios, sino que también retrasa el acceso oportuno a los servicios médicos que los pacientes necesitan. La propuesta de enmienda busca clarificar y distribuir de manera equitativa la responsabilidad de coordinar beneficios, estableciendo que esta responsabilidad es una tarea mancomunada entre las aseguradoras, intermediarios y proveedores, en línea con las mejores prácticas nacionales e internacionales en materia de coordinación de beneficios de seguros de salud.

La ponencia destaca cinco beneficios principales de las enmiendas propuestas. En primer lugar, señala la mejora en la coordinación y eficiencia que traería la enmienda al establecer que los contratos entre aseguradoras y proveedores deben incluir claramente los parámetros para tramitar la

coordinación de beneficios, siguiendo la Ley Modelo de la NAIC (National Association of Insurance Commissioners) y las regulaciones federales pertinentes. Esto facilitará procesos electrónicos y eficientes, reduciendo errores, retrasos y costos administrativos que actualmente afectan tanto a proveedores como a pacientes. En segundo lugar, destaca la protección de los derechos del paciente, ya que se añaden mecanismos para que los pacientes puedan presentar querellas administrativas cuando exista resistencia o negativa injustificada a colaborar en la coordinación de beneficios. Esto fortalece sus derechos y garantiza que la responsabilidad no recaiga injustamente sobre sus hombros, permitiéndoles tener un recurso efectivo cuando enfrenten problemas con la coordinación.

El tercer beneficio identificado es el aseguramiento de la responsabilidad compartida. La enmienda deja claro que, en casos de múltiples coberturas, la responsabilidad es compartida entre las partes involucradas (aseguradoras, intermediarios y proveedores), eliminando la carga exclusiva del paciente y promoviendo un sistema más justo y transparente donde ninguna parte pueda evadir sus obligaciones contractuales y legales. En cuarto lugar, la ponencia destaca la promoción de la transparencia y educación, ya que la ley impulsa la creación de campañas educativas para informar a los asegurados sobre sus derechos y responsabilidades en materia de coordinación de beneficios, fortaleciendo la confianza en el sistema de salud y en la gestión de beneficios, lo cual es fundamental para empoderar a los pacientes. Finalmente, el quinto beneficio es la alineación con estándares nacionales e internacionales, pues la adopción de las mejores prácticas en coordinación de beneficios garantiza que Puerto Rico esté en sintonía con las regulaciones federales y modelos de referencia utilizados en otras jurisdicciones, asegurando un sistema más sólido y confiable que cumpla con los estándares de calidad reconocidos.

La Asociación Médica enfatiza que este proyecto no solo beneficia a los pacientes, sino que también ayuda a los proveedores, aseguradoras y entidades reguladoras a operar en un marco de mayor claridad y responsabilidad. La coordinación efectiva de beneficios reduce costos operativos, mejora la calidad de atención al eliminar barreras administrativas y evita fraudes o errores administrativos que perjudican a todos los involucrados en el sistema de salud.

Asimismo, al priorizar la responsabilidad compartida, se disminuye significativamente la carga administrativa que actualmente pesa sobre proveedores y pacientes, y se promueve un entorno donde la atención médica se centra en el bienestar del paciente, en lugar de en trámites burocráticos o disputas prolongadas entre aseguradoras y proveedores que consumen tiempo y recursos valiosos.

Por todo lo anterior, el Dr. Galib-Frangie Fiol reitera el apoyo incondicional de la Asociación Médica de Puerto Rico a la aprobación del Proyecto de la Cámara 348, calificándola como una ley que representa un paso decisivo para garantizar que los derechos de los pacientes sean respetados, que los recursos de la salud pública y privada se utilicen de manera eficiente y apropiada, y que se fortalezca el sistema de salud en Puerto Rico en su conjunto. La ponencia concluye con una invitación al Honorable Cuerpo Legislativo a aprobar esta iniciativa con prontitud y a trabajar conjuntamente para que la jurisdicción de Puerto Rico avance hacia un sistema de coordinación de beneficios más justo, transparente y efectivo, que beneficie a todas las partes del ecosistema de salud, pero especialmente a los pacientes que son la razón de ser de todo el sistema.

Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico

El Colegio de Médicos Cirujanos expresa su apoyo al proyecto destacando varios aspectos positivos. Considera que el proyecto acierta al adoptar las normas de la National Association of Insurance Commissioners (NAIC), así como las regulaciones de Medicare sobre pagador secundario, alineándose así con los estándares federales e internacionales más ampliamente aceptados en la industria de seguros de salud. Esto garantizará una implementación efectiva y coherente, ofreciendo mayor certeza jurídica a todos los actores involucrados: aseguradoras, proveedores y asegurados. Es particularmente positivo que el proyecto defina claramente la responsabilidad compartida entre aseguradoras, terceros administradores y proveedores médicos, prohibiendo explícitamente trasladar la carga administrativa al paciente. Esta disposición protege adecuadamente a los asegurados, asegurando que su rol sea únicamente el de suministrar información precisa sobre sus coberturas, evitando cargas indebidas que hoy sufren injustamente los beneficiarios del sistema. Asimismo, el Colegio reconoce como un gran acierto la inclusión de campañas educativas obligatorias sobre coordinación de beneficios para asegurados y proveedores, pues la educación será clave para el éxito del proyecto y su correcta implementación en la práctica diaria.

En el memorial, se dedica una sección importante a explicar qué es la Coordinación de Beneficios y su importancia. La coordinación de beneficios es el proceso mediante el cual las aseguradoras determinan el orden y la responsabilidad de pago cuando un asegurado posee cobertura médica bajo más de un plan de salud. Su propósito fundamental es evitar la duplicación de pagos por el mismo servicio, garantizando que la suma de las aportaciones de los distintos planes no exceda el costo real de los servicios provistos. Este mecanismo es esencial para asegurar la sostenibilidad financiera de los sistemas de seguros, así como para proteger los derechos de los pacientes y proveedores de servicios de

salud, quienes de otra manera enfrentarían incertidumbres significativas o retrasos prolongados en los pagos por servicios prestados. El proceso de coordinación de beneficios define qué plan es considerado como "primario" (responsable de pagar primero) y cuál como "secundario" (responsable de cubrir los costos restantes, si los hubiera). Existen reglas estandarizadas, tales como la "regla del cumpleaños", la regla del seguro patronal, y disposiciones especiales para programas públicos como Medicare y Medicaid, que guían la determinación del orden de pago. Estas reglas permiten a las aseguradoras coordinar entre sí de manera efectiva, facilitando el acceso oportuno a servicios médicos sin imponer cargas indebidas sobre el paciente.

A pesar de su apoyo general, el Colegio de Médicos Cirujanos presenta varias recomendaciones específicas para robustecer y perfeccionar aún más el proyecto de ley. En primer lugar, sugiere que las campañas educativas tengan periodicidad definida y sean supervisadas directamente por el Comisionado de Seguros para asegurar su continuidad y efectividad a lo largo del tiempo, evitando que se conviertan en esfuerzos puntuales sin seguimiento. En segundo lugar, recomienda que se incluya un plazo máximo para completar la coordinación de beneficios una vez recibida toda la información necesaria, por ejemplo, un período no mayor a 30 días calendario. Esta medida adicional evitaría dilaciones injustificadas en los pagos y proveería aún mayor transparencia y agilidad al proceso, beneficiando tanto a proveedores como a pacientes. En tercer lugar, el Colegio recomienda establecer explícitamente sanciones administrativas o económicas para aquellos aseguradores o intermediarios que incumplan reiteradamente con sus obligaciones en la coordinación de beneficios. Esto fortalecería significativamente el marco normativo al promover la responsabilidad y cumplimiento efectivo de las disposiciones legales, creando incentivos reales para el cumplimiento.

Finalmente, el Colegio sugiere que se defina con precisión en la legislación o en el reglamento propuesto el concepto de "coordinación electrónica" según estándares establecidos por HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act), con el fin de evitar interpretaciones ambiguas que puedan complicar la ejecución práctica del proyecto y garantizar la interoperabilidad de los sistemas electrónicos utilizados por las diferentes aseguradoras y proveedores.

En su conclusión, el Dr. Díaz Vélez expresa que el Colegio de Médicos Cirujanos respalda esta importante medida legislativa por su potencial de mejorar significativamente la eficiencia y transparencia en el manejo de seguros de salud en Puerto Rico. Solicita respetuosamente a la Honorable Comisión considerar las recomendaciones presentadas, las cuales están encaminadas a fortalecer y

perfeccionar aún más este proyecto de ley para garantizar su implementación exitosa. Finalmente, pone al Colegio de Médicos a disposición de la Comisión para aportar en la redacción del Reglamento que manda la ley, ofreciendo su experiencia y conocimiento técnico en la materia. El documento concluye agradeciendo la oportunidad brindada para expresar su apoyo y recomendaciones ante la Honorable Comisión de Salud.

IMPACTO FISCAL

El P. de la C. 348 no colleva impacto fiscal alguno, la ley puede ser puesta en vigor y aplicarse con el presupuesto de la agencia concernida de ser necesario.

CONCLUSIÓN

Tras el análisis de las ponencias de ACODESE, la Asociación Médica de Puerto Rico, el Colegio de Médicos Cirujanos y ASES sobre el Proyecto de la Cámara 348, se observa un consenso unánime en favor de su aprobación. Todas las organizaciones coinciden en que la coordinación de beneficios cuando un paciente posee múltiples seguros ha sido históricamente un proceso confuso y oneroso que resulta en que los pacientes asuman costos indebidos y enfrenten retrasos en el acceso a servicios médicos. El proyecto establece que esta responsabilidad será mancomunadamente compartida entre aseguradoras, intermediarios y proveedores, liberando al paciente de cargas administrativas, reduciendo costos y errores, y alineando a Puerto Rico con estándares federales de la NAIC y regulaciones de Medicare y Medicaid. ACODESE avala la medida sin reservas reconociendo que facilita sus operaciones, mientras que la Asociación Médica ofrece un respaldo enfático destacando cómo protege a los pacientes de frustración y desigualdad. El Colegio de Médicos Cirujanos explicó detalladamente el proceso de coordinación de beneficios y ofreciendo recomendaciones concretas para fortalecer el proyecto: establecer plazos máximos de 30 días para completar la coordinación, definir sanciones administrativas por incumplimiento, especificar el concepto de coordinación electrónica según estándares HIPAA, y garantizar periodicidad y supervisión de las campañas educativas por el Comisionado de Seguros. ASES, aunque apoya la intención del proyecto, presenta una preocupación crítica: señala que las regulaciones federales ya designan al Plan de Salud del Gobierno como pagador de último recurso y que los contratos actuales contienen cláusulas robustas sobre coordinación de beneficios, y advierte que el proyecto propone crear un sistema de querellas ante el Departamento de Salud cuando ya existe uno funcional en ASES, lo que podría resultar en duplicidad de reclamos, taponamiento administrativo y alargamiento de procesos. ASES recomienda que los beneficiarios presenten querellas

directamente ante la agencia luego de agotar remedios ante la aseguradora, o establecer una coordinación efectiva entre agencias para evitar duplicidad. El Proyecto de la Cámara 348 debe ser aprobado dado el respaldo unánime del sector debido a que esta legislación tiene el potencial de mejorar significativamente la experiencia de cuidado de salud de cientos de miles de puertorriqueños que navegan las complejidades de tener múltiples seguros, eliminando frustración, costos inesperados y retrasos en el acceso a servicios médicos mientras fortalece la confianza en un sistema que protege efectivamente los derechos del paciente.

POR LOS FUNDAMENTOS ANTES ESPUESTOS, luego de llevado a cabo un análisis y evaluación sobre todos los elementos concernientes a la pieza legislativa, la Comisión de Salud somete el presente Informe Positivo en el que recomiendan a este Augusto Cuerpo la aprobación del P. de la C. 348 sin enmiendas.

Respetuosamente sometido,



Hon. Gabriel Rodríguez Aguiló
Presidente
Comisión de Salud

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20ma. Asamblea
Legislativa

1ra. Sesión
Ordinaria

CÁMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 348

24 DE FEBRERO DE 2025

Presentado por la representante *Higgins Cuadrado*

Referido a las Comisiones de Salud; y de Banca, Seguros y Comercio

LEY

Para enmendar el inciso (s) del Artículo 26.060 de la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, mejor conocida como “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, a los fines de establecer que la responsabilidad de la coordinación de beneficios es una mancomunadamente compartida de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, de sus intermediarios y de los proveedores participantes y cuáles serán los parámetros para tramitar la coordinación de beneficios de servicios de salud de los pacientes; añadir los sub-incisos 14 y 15 al inciso (a) del Artículo 17 de la Ley 194-2000, según enmendada, conocida como “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente”, a los fines de proveer alternativas para que el paciente, asegurado o consumidor pueda presentar querellas administrativas; requerir la redacción de un Reglamento conforme a los parámetros de esta Ley y establecer campaña educativa; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La coordinación de beneficios es de suma importancia para el paciente que cuenta con dos o más seguros de salud o planes de salud en cuanto a servicios de salud se refiere. La coordinación de beneficios permite que el plan primario pague la reclamación de servicios médicos y si la persona tiene un plan secundario, este paga los copagos, deducibles y coaseguros que el plan primario no cubre y son responsabilidad del asegurado o suscriptor del plan primario. Esto es, la coordinación de beneficios permite que el asegurado que cuenta con más de un plan médico, en la mayoría de los casos, no tiene que hacer desembolsos para pagar deducibles, copagos y coaseguros, lo cual le representa un ahorro al paciente.

Actualmente, existen discrepancias entre si son los proveedores de servicios de salud los que deben hacer la coordinación de servicios o si son las aseguradoras, las organizaciones de servicios de salud o las organizaciones para el mantenimiento de la salud quienes deben hacer los mismos. El problema actual en esta controversia reside en que, al no aceptar el proveedor la coordinación de beneficios, el paciente muchas veces se ve en la obligación de pagar los deducibles, coaseguros y copagos, para que entonces sea el propio paciente el que solicite el reembolso al asegurador. Respetuosamente entendemos que esta responsabilidad no debe ser impuesta al paciente quien solamente lo que busca es quien le brinde los servicios médicos cuando los necesita.

Como en Puerto Rico existe una gran cantidad de personas que se encuentran cubiertas por dos (2) o más seguros de salud o planes de salud, con esta Ley también se provee para que en caso de que el paciente esté suscrito en un plan de salud privado y a su vez en el Plan de Salud Gubernamental, el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico será siempre el plan secundario a utilizarse, lo cual redunda en beneficios para el erario público en donde se evite que el mismo sea facturado erróneamente por servicios que se supone sean cubiertos por el plan primario del asegurado. En adición, como parte de las disposiciones de las pólizas de seguro y planes de salud, es estándar en la industria de seguros de salud, que se establezca la cláusula de coordinación de beneficios que sigue la Ley Modelo promovida por la *National Association of Insurance Commissioners (NAIC)* y la regla de *Medicare as Secondary Payer* expedida por el *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)*. Entendemos que con esta medida adaptamos en nuestra jurisdicción el cumplimiento de dichas disposiciones legales y, a su vez, mejoramos los accesos a los servicios de salud. El proveedor participante podrá hacer la coordinación de beneficios de forma electrónica cumpliendo con la Regla de Códigos y Transacciones bajo la Ley Federal *Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996 (*HIPAA*) o en papel. Además, se clarifica en el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico que en aquellos casos en donde el asegurado se encuentre cubierto bajo dos (2) o más planes médicos, la responsabilidad de la coordinación de beneficios es una mancomunadamente compartida de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, de sus intermediarios y de los proveedores participantes.

Por tanto, la Asamblea Legislativa entiende meritaria la aprobación de esta medida, en donde se establece que la promoción del acceso a los servicios de salud es de vital importancia. Es por ello, que con esta Ley se promueve que el asegurado, beneficiario o suscriptor tenga la obligación de dar al proveedor participante la información sobre todos los seguros de salud que posea y se establece la obligación de que una vez proveedor participante comience con el proceso de coordinación de los beneficios entre los distintos planes o seguros de salud que cubren al asegurado, se agilicen los procesos de coordinación de beneficios ante la responsabilidad mancomunadamente compartida que se establece al amparo de esta Ley de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, de sus intermediarios y de los proveedores participantes. De esta manera, promovemos una mejor utilización de los

planes médicos; y sobretodo, del Plan de Salud Gubernamental, en el caso de que el participante posea el Plan de Salud Gubernamental en adición de un plan médico privado.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Sección 1.-Se enmienda el inciso (S) del Artículo 26.060 de la Ley 194-2011, según
2 enmendada, mejor conocida como “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para
3 que se lea como sigue:

4 “Artículo 26.060.- Requisitos para las Organizaciones de Seguros de Salud o
5 Aseguradores y los Proveedores Participantes

6 Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrezcan planes de
7 cuidado coordinado deberán satisfacer todos los requisitos siguientes:

8 A) ...

9 B) ...

10 ...

11 S) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores incluirán en sus
12 contratos con los proveedores participantes **[un resumen adecuado de la**
13 cláusula de coordinación de beneficios, la cual se regirá por la Ley Modelo
14 vigente de la NAIC] los parámetros para tramitar la coordinación de beneficios de
15 servicios de salud de los pacientes, los cuales se regirán por la reglamentación que a
16 estos efectos establezca el Comisionado tomando como base la Ley Modelo vigente de la
17 Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés) y
18 las leyes federales sobre coordinación de beneficios. **[Los proveedores**
19 participantes tendrán la responsabilidad de coordinar beneficios con las

1 organizaciones de seguros de salud o aseguradores, en aquellos casos en que la
2 persona cubierta o asegurado esté cubierto bajo dos (2) o más planes médicos.] Se
3 establece que en aquellos casos en que la persona cubierta o asegurado esté cubierto bajo
4 dos (2) o más planes médicos, la responsabilidad de la coordinación de beneficios es una
5 mancomunadamente compartida de las organizaciones de seguros de salud o
6 aseguradores, de sus intermediarios y de los proveedores participantes."

7 Sección 2.-Se añaden los sub-incisos 14 y 15 al inciso (a) del Artículo 17 de la Ley

8 194-2000, según enmendada, mejor conocida como la "Carta de Derechos y
9 Responsabilidades del Paciente", para que se lean como sigue:

10 "Artículo 17.-Querellas y procedimientos relacionados

11 (a) Todo paciente, tutor, asegurado, usuario o consumidor de servicios y
12 facilidades de salud [médico-hospitalarias] que considere que se le han
13 violado sus derechos o los de su tutelado, bajo la presente Ley, podrá
14 presentar una querella administrativa contra el proveedor o asegurador
15 o tercero administrador o intermediario en cuestión ante el Departamento,
16 en asuntos como los siguientes:

17 1. ...

18 ...

19 14. *Cuando un proveedor se niega a efectuar la coordinación de beneficios o un*
20 *asegurador o tercero administrador o intermediario obstaculiza o rehúsa sin*
21 *justificación válida el colaborar en la gestión de la coordinación de beneficios.*

22 15. *Cuando una organización dedicada al cuidado de la salud, sin fundamento*

válido, obstaculiza o se rehúsa a cooperar en la coordinación de beneficios.

- (b) Una vez sea instada la querella en el Departamento, este determinará si el asunto que se presenta a su consideración es de su competencia o de la competencia del Comisionado o de la Administración de Seguros de Salud, y los referirá según corresponda. Se entenderá que son de la competencia del Comisionado aquellos asuntos que envuelvan controversias de cubierta o de derechos que emanen de las disposiciones de un plan de cuidado de salud o que, sin constituir violaciones de los derechos bajo esta Ley, representan conducta impropia o prácticas desleales por parte de una entidad aseguradora de conformidad con las disposiciones del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico o del Código de Seguros de Puerto Rico. Se entenderá que son de la competencia de la Administración de Seguros de Salud aquellos casos en los cuales corresponda su trámite de conformidad con las disposiciones de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (A.S.E.S.)". En todos los demás casos, el Departamento atenderá la querella.

El Departamento de Salud, la Administración de Salud y la Oficina del

Comisionado de Seguros de Puerto Rico tendrán facultad, como parte de dicho procedimiento de querellas, para imponer las multas autorizadas en el Artículo 19 de esta Ley y de acuerdo a las disposiciones de la *Ley 38-2017, según enmendada, conocida como la "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico"* o cualquier Ley posterior que sustituya la misma [Ley Núm. 170 de 12 de agosto de

1 1988, según enmendada, conocida como "Ley de Procedimiento Administrativo del
2 Estado Libre Asociado de Puerto Rico"]. Toda querella deberá ser atendida
3 inmediatamente."

4 Sección 3.-Reglamentación

5 Se ordena a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico a redactar un
6 Reglamento de acuerdo con lo requerido en esta Ley y utilizando los siguientes
7 parámetros que deberán ser establecidos dentro de dicha reglamentación, los cuales son:

- 8 a) Utilizar como guía, en lo pertinente, la Ley Modelo vigente de la Asociación
9 Nacional de Comisionados de Seguros (*NAIC, por sus siglas en inglés*)
10 relacionada con la coordinación de beneficios;
- 11 b) Prohibir a los proveedores participantes negarse a hacer coordinación de
12 beneficios o proveer el servicio condicionado a que el paciente gestione el
13 reembolso con el asegurador u organización de servicios de salud o exigir al
14 paciente que gestione el reembolso de su dinero;
- 15 c) Establecer que el Plan de Salud Gubernamental, el cual es administrado por la
16 Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) bajo el Programa
17 Medicaid Federal, será el pagador de último recurso (*payer of last resort*);
- 18 d) Establecer los deberes y responsabilidades específicas por parte de las
19 organizaciones de seguros de salud o aseguradores, terceros administradores
20 o intermediarios, de los proveedores participantes y de los asegurados en
21 cuanto al proceso de coordinación de beneficios;

- e) Establecer que todo asegurador, tercero administrador o intermediario, organización de servicios de salud u organización para el mantenimiento de la salud según definidas en la Ley 101 de 26 de junio de 1965, mejor conocida como la “Ley de Facilidades de Salud y Bienestar Social”, tendrá en sus contratos de seguros o planes de salud de índole comercial un resumen adecuado de la cláusula de coordinación de beneficios;
 - f) Establecer la responsabilidad del asegurado de informar y suministrar la información sobre los planes médicos que posee a los proveedores participantes al momento de solicitar o necesitar un servicio médico;
 - g) Establecer en los procesos de coordinación de beneficios, cuando existan procedimientos que requieran preautorizaciones del plan primario, los procedimientos, términos y condiciones de aprobación o rechazo del plan primario y el proceso de solicitud, términos y condiciones de aprobación o rechazo de dichas preautorizaciones dentro del plan secundario, de ser la misma necesaria;
 - h) Establecer los procedimientos de facturación por parte de los proveedores participantes cuando exista coordinación de beneficios tanto del plan primario como del plan secundario; cómo proceden las denegaciones de pago por parte de los planes, sean primarios o secundarios, y cuándo comienzan a correr los términos de facturación al plan secundario; y
 - i) cualquier otro asunto que el Comisionado de Seguros de Puerto Rico entienda pertinente incluir en dicha reglamentación, siempre y cuando el lenguaje a

1 incluir no menoscabe los parámetros y requerimientos de política pública
2 establecidos al amparo de esta Ley.

3 Sección 4.-Campaña educativa

4 Previo a la efectividad de las disposiciones de esta Ley, será responsabilidad de
5 las organizaciones de servicios de salud, los terceros administradores o intermediarios,
6 los *Healthcare Clearinghouses* y los aseguradores de salud e incapacidad, orientar al
7 asegurado, beneficiario o suscriptor y a los proveedores de servicios de salud sobre la
8 coordinación de beneficios.

9 Sección 5.-Vigencia

10 Esta Ley comenzará a regir inmediatamente luego de su aprobación. No obstante,
11 se le brinda un término no mayor de noventa (90) días una vez aprobada esta Ley, para
12 la preparación y redacción del Reglamento requerido al amparo de la Sección 3 de esta
13 Ley.