

ORIGINAL

RECIBIDO JUN 17 26PM 3:35
TRAMITES Y RECORDS SENADO PR

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20^{ma.} Asamblea
Legislativa

3^{ra.} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. de la C. 348

INFORME POSITIVO

17 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 348**, 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 348** propone 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.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Según se desprende de la Exposición de Motivos de la medida, la coordinación de beneficios es de suma importancia para el paciente que cuenta con dos o más seguros de

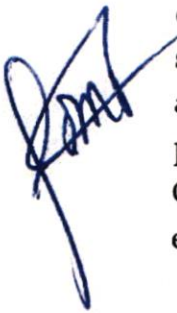
salud o planes de salud en cuanto a servicios de salud se refiere. La coordinación de beneficios permite que el plan primario pague la reclamación de servicios médicos y si la persona tiene un plan secundario, este paga los copagos, deducibles y coaseguros que el plan primario no cubre y son responsabilidad 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 redundará 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 Ley 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 meritoria la aprobación de esta Ley, 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.

ALCANCE DEL INFORME

Como parte del proceso de análisis y evaluación del P. de la C. 348, la Honorable Comisión de Salud del Senado solicitó los comentarios sobre la medida a diversos componentes gubernamentales y no gubernamentales. Los memoriales recibidos y utilizados para el análisis de esta pieza legislativa son: el Departamento de Salud, la Administración de Seguros de Salud (ASES), la Oficina del Comisionado de Seguros (OCS), la Oficina del Procurador del Paciente (OPP) y la Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico (ACODESE) y Triple-S Salud, Inc. Además, examinamos los Memoriales Explicativos presentados por la Asociación Médica de Puerto Rico y el Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico (CMCPR), los cuales fueron remitidos a la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes, así como el Informe Positivo sobre la medida rendido por la Comisión de Salud de dicho Ilustre Cuerpo.

Igualmente, se solicitaron los comentarios al Plan de Salud Menonita, First Medical Health Plan, Inc. y MMM Holdings, LLC; no obstante, al momento de rendir este Informe no habíamos recibido 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



El **Departamento de Salud** compareció ante la consideración de la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, por conducto de su Secretario, Dr. Victor Ramos Otero, para expresar su posición a favor de la aprobación del Proyecto de la Cámara 348, medida que propone enmendar el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente con el propósito de establecer un marco uniforme para la coordinación de beneficios entre aseguradoras, intermediarios y proveedores de servicios de salud. Asimismo, la medida procura fortalecer los mecanismos de reclamación administrativa disponibles para los pacientes y promover una mayor orientación sobre los procesos relacionados con la coordinación de beneficios.

En su análisis, el Departamento explicó que la coordinación de beneficios constituye un mecanismo esencial para determinar el orden de pago cuando un paciente posee más de una cubierta médica, evitando así pagos duplicados o excesivos y facilitando la recuperación de gastos médicos cubiertos por distintas fuentes de aseguramiento. De igual forma, destacó que la medida persigue atender las controversias existentes sobre la responsabilidad de tramitar dichos procesos, evitando que los pacientes asuman cargas económicas innecesarias o se vean obligados a gestionar reembolsos por cuenta propia.

Por otro lado, la Agencia resaltó que uno de los elementos más importantes del Proyecto es la reafirmación del Plan de Salud del Gobierno como pagador de último recurso, política que armoniza con las disposiciones federales aplicables al Programa Medicaid. Según indicó, esta estructura permite proteger el erario público al garantizar que los seguros primarios asuman primero la responsabilidad de los servicios cubiertos, reservando los recursos públicos únicamente para aquellos casos en que no exista otra fuente responsable de pago.

Asimismo, reconoció que la medida ofrece ventajas significativas para los pacientes al promover una mayor transparencia, uniformidad y eficiencia en los procesos de coordinación de beneficios. En particular, señaló que la definición de parámetros específicos para la gestión de estos trámites contribuirá a reducir disputas entre aseguradoras, terceros administradores y proveedores de salud. Del mismo modo,

favoreció que se establezca la obligación de los asegurados de informar oportunamente todas sus cubiertas médicas, permitiendo que los proveedores cuenten con la información necesaria para gestionar adecuadamente las reclamaciones.

De igual manera, el Departamento informó que consultó el impacto de la medida con la Administración de Seguros de Salud (ASES), entidad que expresó su respaldo al proyecto. ASES destacó que la coordinación de beneficios constituye una herramienta indispensable para evitar duplicidades, maximizar la cobertura disponible para los pacientes y fortalecer la sostenibilidad financiera del sistema de salud. No obstante, identificó desafíos relacionados con la interoperabilidad de datos y la carga administrativa que enfrentan algunos proveedores, por lo que recomendó impulsar iniciativas de digitalización y esfuerzos educativos dirigidos a todos los componentes del sistema.



En virtud de lo anterior, el Departamento de Salud concluyó que el Proyecto de la Cámara 348 adelanta objetivos compatibles con la política pública de protección al paciente, promueve una administración más eficiente de los recursos de salud y fortalece los mecanismos de coordinación entre los distintos actores del sistema sanitario. Por consiguiente, la agencia expresó su respaldo a la medida y endosó su aprobación.

ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD (ASES)

Esta Ilustre Comisión tuvo la oportunidad de examinar los comentarios presentados por la **Administración de Seguros de Salud (ASES)** quien presentó su memorial explicativo por conducto de su Director Ejecutivo, Lcdo. Carlos A. Santiago Rosario, expresándose a favor de la aprobación de la medida.

En términos generales, reconoció que la propuesta atiende una situación real que enfrentan numerosos pacientes que poseen más de una cubierta de salud, procurando establecer parámetros claros sobre la responsabilidad compartida de aseguradoras, intermediarios y proveedores en la tramitación de reclamaciones y servicios médicos.

A esos efectos, ASES explicó que la coordinación de beneficios constituye un mecanismo indispensable para determinar cuál plan médico fungirá como pagador primario y cuál asumirá la función de pagador secundario, evitando duplicidad de pagos, reduciendo errores en la facturación y promoviendo una utilización más eficiente de los recursos del sistema de salud. Asimismo, destacó que dicho proceso redunda en beneficios directos

para los pacientes al minimizar desembolsos por concepto de deducibles, copagos y coseguros, además de facilitar la continuidad y sincronización de los servicios médicos.

De igual manera, puntualizó que la responsabilidad de la coordinación de beneficios no recae exclusivamente sobre las aseguradoras, sino que constituye una obligación compartida entre aseguradores, proveedores de servicios de salud, pacientes y organismos reguladores. En esa dirección, enfatizó la importancia de que los asegurados divulguen oportunamente todas sus cubiertas médicas y de que los proveedores recopilen y procesen adecuadamente dicha información para garantizar la correcta adjudicación de los pagos.



ASES reconoció que existen retos operacionales que dificultan la implementación eficiente de estos procesos, entre ellos la falta de interoperabilidad entre sistemas de información, la insuficiente comunicación entre entidades participantes, la complejidad de las reglas de prioridad de pago y la carga administrativa que enfrentan los proveedores de servicios de salud. No obstante, señaló que dichos desafíos pueden mitigarse mediante la estandarización de procedimientos, la digitalización de los intercambios de información, la educación de los asegurados y el fortalecimiento de mecanismos centralizados de coordinación.

Además, destacó que el ordenamiento jurídico vigente ya contiene disposiciones dirigidas a promover el intercambio de información entre aseguradoras y la propia ASES. Según explicó, estas herramientas permiten identificar la responsabilidad primaria de pago cuando los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno poseen otras cubiertas médicas, contribuyendo a salvaguardar los recursos públicos y evitar pagos que corresponden a terceros.

Finalmente, ASES reconoció la importancia del objetivo perseguido por el P. de la C. 348 y valoró los esfuerzos legislativos encaminados a mejorar la coordinación de beneficios. Resaltó que la problemática que la medida pretende solucionar ya se encuentra contemplada y atendida mediante mecanismos administrativos y regulatorios existentes, no obstante, expresó su conformidad con la aprobación de la medida.

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS (OCS)

Recibimos, de igual forma, el memorial explicativo de la **Oficina del Comisionado de Seguros (OCS)** presentado por conducto de su Comisionada, Lcda. Suzette Del Valle Lecároz, en el cual se expresó a favor de la aprobación de la pieza legislativa.

La OCS) reconoció que la medida atiende una problemática que incide directamente sobre los pacientes que poseen dos o más cubiertas de salud y que enfrentan dificultades en los procesos de coordinación de beneficios. En ese contexto, destacó que la propuesta legislativa fortalece la protección del paciente al establecer una responsabilidad compartida entre aseguradores, intermediarios y proveedores participantes para la adecuada tramitación de reclamaciones y pagos de servicios médicos.



Asimismo, la OCS puntualizó que la coordinación de beneficios constituye un mecanismo esencial para garantizar que los pacientes puedan maximizar las cubiertas médicas disponibles sin verse obligados a asumir desembolsos innecesarios o adelantar pagos sujetos a reembolso. Según expuso, el Proyecto refuerza el marco jurídico vigente al clarificar las obligaciones de las partes involucradas y armonizar su aplicación con los modelos regulatorios de la *National Association of Insurance Commissioners (NAIC)* y las disposiciones federales administradas por los *Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)*.

De igual forma, la entidad reconoció que la medida provee mayor certeza jurídica y administrativa al requerir que los contratos entre aseguradores y proveedores incluyan parámetros específicos para la coordinación de beneficios, promoviendo uniformidad en los procedimientos relacionados con autorizaciones, facturación, adjudicación y pago de servicios de salud. A su vez, señaló que esta estructura evita que el paciente asuma responsabilidades que corresponden a entidades con la capacidad operacional y acceso a la información necesaria para gestionar dichos procesos.

Por otro lado, la OCS destacó que el Proyecto fortalece las facultades fiscalizadoras de las agencias concernidas mediante la adopción de reglamentación específica que delimite los deberes de aseguradores, proveedores, intermediarios y terceros administradores. Del mismo modo, resaltó que la incorporación de nuevas causas de querellas administrativas en la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente permitirá atender de manera más efectiva incumplimientos relacionados con la coordinación de beneficios.

En conclusión, la OCS coincidió con la necesidad de desarrollar una campaña educativa dirigida a pacientes, proveedores y aseguradores, con el propósito de garantizar una implementación uniforme de la política pública propuesta. En consecuencia, concluyó que la aprobación de la medida contribuirá a proteger al paciente, fortalecer la responsabilidad compartida entre los actores del sistema de salud y robustecer los mecanismos de fiscalización y cumplimiento. Finalmente, la Oficina concedió deferencia a los comentarios que puedan emitir el Departamento de Salud y la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), particularmente en lo relacionado con el tratamiento del Plan de Salud del Gobierno y los procedimientos administrativos aplicables a sus beneficiarios.

OFICINA DEL PROCURADOR DEL PACIENTE (OPP)

La **Oficina del Procurador del Paciente (OPP)** cursó sus comentarios a esta Distinguida Comisión suscrito por su Procuradora del Paciente, Lcda. Edna I. Díaz De Jesús, expresándose a favor de la aprobación de la medida con recomendaciones esbozadas.



En cumplimiento con su mandato legal de velar por la protección de los derechos de los pacientes y garantizar el acceso adecuado a los servicios de salud, la OPP evaluó el Proyecto de la Cámara Núm. 348, dirigido a regular y uniformar los procesos relacionados con la coordinación de beneficios entre aseguradoras, intermediarios y proveedores de servicios de salud. En términos generales, la OPP reconoció que la medida atiende una problemática recurrente que afecta a pacientes con múltiples cubiertas médicas, quienes con frecuencia enfrentan retrasos, denegaciones de servicios y cargas administrativas que no les corresponden.

Asimismo, destacó que la pieza legislativa objeto de evaluación procura establecer una responsabilidad compartida entre las aseguradoras, sus intermediarios y los proveedores de salud en el trámite de la coordinación de beneficios, evitando que dicha responsabilidad recaiga indebidamente sobre el paciente. Señaló que la propuesta fortalece los derechos de los asegurados al ampliar los mecanismos disponibles para la presentación de querellas administrativas y promover una mayor uniformidad en los procesos mediante la adopción de reglamentación específica y campañas educativas dirigidas a la ciudadanía.

Por otra parte, la OPP puntualizó que la medida armoniza con estándares reconocidos en la industria de seguros de salud, incluyendo aquellos promovidos por la *National*

Association of Insurance Commissioners (NAIC) y los *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)*, además de contemplar mecanismos para la coordinación electrónica de beneficios conforme a los parámetros establecidos por la legislación federal HIPAA. A su vez, reconoció que la propuesta contribuye a proteger los fondos públicos al disponer que el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico funcione como plan secundario en los casos de cobertura dual.

No obstante, advirtió que la efectividad de la medida dependerá, en gran medida, de la claridad y rigurosidad del reglamento que se adopte para su implementación. En ese sentido, enfatizó la necesidad de evitar interpretaciones que favorezcan indebidamente a las aseguradoras o que impongan cargas administrativas adicionales a los proveedores de servicios de salud.



Finalmente, la OPP favoreció la aprobación de la medida, sujeto a varias recomendaciones dirigidas a fortalecer su ejecución. Entre estas, recomendó que las campañas educativas se realicen de manera continua y periódica bajo la supervisión del Comisionado de Seguros; establecer un término máximo de treinta (30) días calendario para completar los procesos de coordinación de beneficios una vez recibida toda la documentación requerida; incorporar sanciones administrativas y económicas para las entidades que incumplan reiteradamente con sus obligaciones; y definir expresamente el concepto de "coordinación electrónica" conforme a los estándares de HIPAA, con el propósito de garantizar uniformidad, transparencia y una protección más efectiva de los derechos de los pacientes.

ASOCIACIÓN DE COMPAÑÍAS DE SEGUROS DE PUERTO RICO (ACODESE)

Examinamos, de igual forma, los comentarios esbozados sobre el P. de la C. 348 por parte de la **Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico (ACODESE)** suscritos por su Directora Ejecutiva, la Lcda. Israelia Pernás, expresando su respaldo al Proyecto de la Cámara 348, al entender que la medida fortalece el proceso de coordinación de beneficios entre los distintos actores que participan en la prestación y financiamiento de servicios de salud.

En ese sentido, la entidad destacó que la propuesta legislativa persigue establecer de manera expresa la responsabilidad compartida entre aseguradores, intermediarios y proveedores participantes para gestionar adecuadamente la coordinación de beneficios, además de proveer mecanismos administrativos adicionales para la presentación de

querellas por parte de los pacientes y requerir la adopción de reglamentación y esfuerzos educativos sobre la materia.

Asimismo, ACODESE señaló que la coordinación de beneficios constituye un mecanismo ampliamente reconocido en el ordenamiento jurídico y regulatorio de Puerto Rico, particularmente bajo el Código de Seguros de Puerto Rico y el Código de Seguros de Salud, donde se establece la obligación de los proveedores participantes de coordinar beneficios cuando un asegurado posee cubierta bajo dos o más planes médicos. Según indicó la organización, el Proyecto reafirma y fortalece un proceso ya contemplado en la legislación vigente, promoviendo una mayor colaboración entre las partes responsables de la administración de las reclamaciones de salud.



De igual manera, puntualizó que la medida generaría beneficios directos para los asegurados, toda vez que fomenta que estos provean información completa sobre sus cubiertas médicas y facilita que los distintos planes coordinen adecuadamente el pago de los servicios recibidos. A su juicio, ello redundaría en un ahorro económico para los pacientes, puesto que el plan primario asumiría el pago principal de la reclamación mientras que el plan secundario podría cubrir deducibles, copagos y coaseguros, según corresponda.

Por otro lado, ACODESE reconoció la importancia de imponer una obligación clara a los proveedores de servicios de salud para coordinar beneficios con aseguradores, administradores y demás entidades pertinentes. En particular, sostuvo que la carga de gestionar reembolsos y reclamaciones no debe recaer sobre los pacientes, especialmente cuando estos cuentan con múltiples cubiertas de salud. En consecuencia, planteó que los proveedores se encuentran en mejor posición para realizar estos trámites debido a su experiencia y conocimiento de los procesos de facturación y reclamación de las distintas aseguradoras.

En virtud de lo anterior, ACODESE concluyó que el Proyecto de la Cámara 348 promueve una administración más eficiente de las reclamaciones médicas, simplifica los procesos para los asegurados y fortalece la protección del consumidor de servicios de salud, por lo que avaló la aprobación de la medida y reiteró su disposición para colaborar con la Asamblea Legislativa en la evaluación y desarrollo de esta política pública.

TRIPLE-S SALUD INC.

Esta Ilustre Comisión examinó también los comentarios presentados por **Triple-S Salud, Inc.** suscritos por la Lcda. Wildalis Serra Ortiz, Directora de Asuntos Gubernamentales y Política Pública, expresándose a favor del P. De la C. 348.

De manera puntual, Triple-S detalló que la medida pretende introducir al Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y a la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente las siguientes enmiendas:

- 
- Requerir a las organizaciones de seguros de salud o aseguradores incluir en sus contratos con proveedores participantes los parámetros para tramitar la coordinación de beneficios, conforme a la reglamentación que establezca el Comisionado de Seguros, basada en la Ley Modelo de la NAIC y las leyes federales aplicables.
 - Establecer que en casos donde el asegurado esté cubierto por dos o más planes médicos, la responsabilidad de la coordinación de beneficios es compartida mancomunadamente entre las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, sus intermediarios y los proveedores participantes.
 - Ordenar a la Oficina del Comisionado de Seguros (OCS) a reglamentar, entre otras cosas, para utilizar como guía la Ley Modelo vigente de la NAIC; prohibir a los proveedores participantes negarse a coordinar beneficios o condicionar el servicio a que el paciente gestione el reembolso con el asegurador, así como exigir al paciente que gestione su propio reembolso; y establecer que el Plan de Salud Gubernamental, será el pagador de último recurso (*payer of last resort*).

Concluyó, reiterando su avala a las enmiendas presentadas en la pieza legislativa. Asimismo, indicó coincidir con la intención legislativa de establecer con claridad las obligaciones y responsabilidades de todas las partes involucradas para que colaboren y provean la información requerida a fin de completar eficientemente el proceso de coordinación de beneficios.

ASOCIACIÓN MÉDICA DE PUERTO RICO

La **Asociación Médica de Puerto Rico** cursó sus comentarios a la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes suscrito por su Presidente, Dr. Yussef Galib- Frangie Fiol expresndo su respaldo a la aprobación de la medida.

Sostuvo, que la medida constituye una herramienta legislativa necesaria para fortalecer el acceso a los servicios de salud y garantizar una coordinación de beneficios más eficiente y equitativa entre las entidades participantes del sistema de seguros de salud. Según expuso, la complejidad que enfrentan los pacientes con múltiples cubiertas médicas ha provocado, en numerosas ocasiones, dilaciones en la prestación de servicios y la imposición de cargas económicas que no les corresponden asumir.

Asimismo, la Asociación Médica señaló que la medida atiende de forma directa las deficiencias existentes en los procesos de coordinación de beneficios, al establecer parámetros claros para que aseguradoras, intermediarios y proveedores compartan dicha responsabilidad conforme a las mejores prácticas nacionales e internacionales. En ese sentido, puntualizó que la propuesta promueve una mayor eficiencia administrativa mediante la incorporación de mecanismos contractuales y procesos electrónicos que contribuirán a reducir errores, retrasos y costos operacionales.



De igual manera, destacó que el Proyecto fortalece los derechos de los pacientes al incorporar mecanismos de reclamación administrativa cuando alguna de las partes involucradas se niegue injustificadamente a colaborar en la coordinación de beneficios. Según argumentó, esta protección evita que los asegurados asuman responsabilidades que corresponden a las aseguradoras o demás entidades participantes, promoviendo un sistema más justo y transparente.

Por otro lado, reconoció que la medida fomenta la educación y orientación de los asegurados respecto a sus derechos y responsabilidades, lo que redundará en una mayor transparencia y confianza en el sistema de salud. Del mismo modo, resaltó que la propuesta armoniza la normativa local con estándares federales y modelos regulatorios reconocidos, fortaleciendo así la confiabilidad y estabilidad del marco regulatorio aplicable a la coordinación de beneficios.

Finalmente, la Asociación Médica concluyó que la aprobación del P. de la C. 348 redundará en beneficios tanto para los pacientes como para los proveedores, aseguradoras y entidades reguladoras, al reducir cargas administrativas, minimizar controversias relacionadas con la cubierta de servicios y promover una utilización más eficiente de los recursos destinados a la atención médica. En consecuencia, reiteró su respaldo a la medida y exhortó a la Asamblea Legislativa a aprobarla con prontitud por

entender que representa un avance significativo hacia un sistema de salud más justo, transparente y efectivo para Puerto Rico.

COLEGIO DE MÉDICOS CIRUJANOS DE PUERTO RICO (CMCPR)

El Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico compareció ante la Comisión por conducto de su Presidente Dr. Carlos Díaz Vélez, para expresar su respaldo al Proyecto de la Cámara 348, medida que propone establecer un marco normativo para la coordinación de beneficios entre aseguradoras, intermediarios y proveedores de servicios de salud.

En su memorial, la entidad destacó que la coordinación de beneficios constituye un mecanismo indispensable para evitar la duplicidad de pagos, promover la sostenibilidad financiera del sistema de salud y garantizar la protección de los derechos de los pacientes y proveedores. Asimismo, explicó que dicho proceso permite determinar el orden de responsabilidad entre los distintos planes de salud cuando una persona posee múltiples cubiertas médicas.



De igual manera, el Colegio reconoció que la medida adopta las normas desarrolladas por la *National Association of Insurance Commissioners* (NAIC) y las regulaciones federales aplicables a Medicare como pagador secundario, lo que, a su juicio, fortalece la uniformidad regulatoria y provee mayor certeza jurídica a las partes involucradas. Además, resaltó favorablemente que el Proyecto establezca una responsabilidad compartida entre aseguradoras, administradores y proveedores, prohibiendo que las cargas administrativas recaigan sobre los pacientes, quienes únicamente deberán suministrar información correcta sobre sus cubiertas médicas.

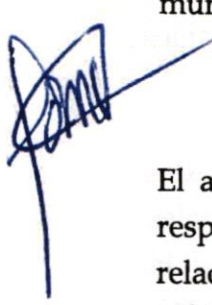
Por otro lado, sostuvo, que la inclusión de campañas educativas dirigidas a pacientes y proveedores constituye un elemento esencial para la implementación efectiva de la medida. No obstante, recomendó que dichas campañas cuenten con una periodicidad definida y sean supervisadas por la Oficina del Comisionado de Seguros para garantizar su continuidad y efectividad. Del mismo modo, sugirió incorporar un término máximo de treinta (30) días para completar el proceso de coordinación de beneficios una vez recibida toda la información necesaria, con el propósito de evitar dilaciones en los pagos y promover una mayor transparencia en el sistema.

Finalmente, el Colegio de Médicos Cirujanos recomendó establecer sanciones administrativas o económicas para aquellas aseguradoras o intermediarios que incumplan reiteradamente con sus obligaciones, así como definir con mayor precisión el concepto de coordinación electrónica conforme a los estándares de HIPAA. En virtud de lo anterior, el Colegio reiteró su respaldo a la medida por entender que contribuirá significativamente a mejorar la eficiencia, transparencia y certeza jurídica en el manejo de los seguros de salud en Puerto Rico, a la vez que puso a disposición de la Asamblea Legislativa su peritaje para colaborar en la redacción del reglamento que eventualmente se adopte.

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. 348** no impone una obligación económica en el presupuesto de los gobiernos municipales.

HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES



El análisis integral del Proyecto de la Cámara 348 permite concluir que la medida responde a una problemática real y recurrente dentro del sistema de salud de Puerto Rico relacionada con la coordinación de beneficios cuando un paciente posee más de una cubierta médica. Según surge de la Exposición de Motivos, la ausencia de parámetros uniformes ha provocado controversias respecto a la responsabilidad de tramitar las reclamaciones entre aseguradoras, intermediarios y proveedores de servicios de salud, situación que, en numerosas ocasiones, ha trasladado indebidamente al paciente cargas económicas y administrativas que no le corresponden asumir.

Los memoriales examinados por esta Comisión reflejan un consenso sustancial en torno a la necesidad de fortalecer los procesos de coordinación de beneficios mediante una política pública que garantice mayor uniformidad, transparencia y eficiencia administrativa. Particularmente, el Departamento de Salud, la Oficina del Comisionado de Seguros, la Oficina del Procurador del Paciente, ACODESE, Triple-S Salud, la Asociación Médica de Puerto Rico y el Colegio de Médicos Cirujanos coincidieron en reconocer que la coordinación de beneficios constituye un mecanismo indispensable para evitar duplicidades en los pagos, maximizar la utilización de las cubiertas disponibles y proteger el acceso oportuno de los pacientes a los servicios de salud.

Asimismo, surge de los memoriales que la medida armoniza el ordenamiento jurídico puertorriqueño con estándares regulatorios ampliamente reconocidos en la industria de seguros de salud, incluyendo los modelos promovidos por la *National Association of Insurance Commissioners* (NAIC), las disposiciones federales administradas por los *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) y los mecanismos electrónicos de intercambio de información autorizados por HIPAA. Esta armonización normativa contribuye significativamente a dotar de certeza jurídica a los distintos componentes del sistema de salud y promueve una aplicación uniforme de las reglas relacionadas con la coordinación de beneficios.



De igual manera, esta Comisión reconoce como particularmente meritorio el propósito de la medida de evitar que el paciente se convierta en el eje de las controversias administrativas entre aseguradoras y proveedores. La evidencia presentada demuestra que numerosos asegurados se ven obligados a adelantar pagos por deducibles, copagos o coseguros para posteriormente gestionar reclamaciones de reembolso, proceso que resulta oneroso, complejo y contrario a los principios de accesibilidad y protección del paciente que inspiran la política pública de salud del Gobierno de Puerto Rico.

Por otro lado, resulta significativo que la medida reafirme la política pública vigente de considerar al Plan de Salud del Gobierno como pagador de último recurso cuando existan otras cubiertas médicas disponibles. Esta disposición fortalece los mecanismos de protección del erario al asegurar que los seguros primarios asuman inicialmente las obligaciones que les corresponden antes de recurrir a fondos públicos, promoviendo así una utilización más eficiente y responsable de los recursos gubernamentales destinados a la prestación de servicios de salud.

No obstante, los memoriales también identifican áreas que ameritan especial atención durante la fase de implementación. En particular, la Oficina del Procurador del Paciente y el Colegio de Médicos Cirujanos señalaron la importancia de que el reglamento que se adopte establezca parámetros claros, objetivos y fiscalizables para evitar interpretaciones inconsistentes que puedan generar nuevas controversias o imponer cargas administrativas excesivas a los proveedores de servicios de salud. Igualmente, ambas entidades recomendaron la adopción de términos específicos para completar los procesos de coordinación de beneficios, así como mecanismos sancionadores dirigidos a garantizar el cumplimiento efectivo de las obligaciones establecidas en la ley.

En atención a los hallazgos antes expuestos, esta Comisión recomienda la aprobación del **Proyecto de la Cámara 348** por entender que adelanta una política pública legítima dirigida a fortalecer la protección de los pacientes, mejorar la eficiencia operacional del sistema de salud y promover una distribución más justa de las responsabilidades administrativas entre aseguradoras, intermediarios y proveedores. Exhortamos a que durante el proceso de reglamentación que lleva a cabo la Oficina del Comisionado de Seguros, se consideren las recomendaciones presentadas por la Oficina del Procurador del Paciente y el Colegio de Médicos Cirujanos, particularmente la definición precisa de los procesos electrónicos conforme a HIPAA, la implementación de campañas educativas continuas y la creación de mecanismos efectivos de fiscalización y cumplimiento.



Finalmente, esta Comisión concluye que la medida representa un avance significativo hacia un sistema de salud más transparente, eficiente y centrado en las necesidades del paciente. La responsabilidad compartida que promueve el Proyecto, junto con los mecanismos de orientación, querellas y coordinación establecidos, fortalece la protección de los derechos de los asegurados, fomenta la utilización adecuada de los recursos públicos y privados y contribuye al desarrollo de un marco regulatorio más coherente y efectivo para la prestación de servicios de salud en Puerto Rico.

En consecuencia, esta Comisión recomienda la aprobación del **Proyecto de la Cámara 348**. No obstante, 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 incorporó un término máximo de treinta (30) días para completar el proceso de coordinación de beneficios una vez recibida toda la información y documentación necesaria.
- Se dispuso que como parte del Reglamento a ser trabajado por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico se deberá incluir penalidades por incumplimiento.
- Se estableció que las campañas educativas deberán realizarse de manera continua y periódica bajo la supervisión del Comisionado de Seguros.
- Se dispuso sobre el cumplimiento con la Ley HIPAA durante la coordinación de beneficios.

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 348** 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)
(16 DE MARZO DE 2026)

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*
y suscrito por la representante *Martínez Soto*

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 redundará 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 Ley 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.

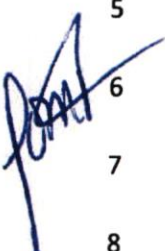
Por tanto, la Asamblea Legislativa entiende meritoria la aprobación de esta Ley, en donde se establece que la promoción del acceso a los servicios de salud es de vital importancia. Es por ello, que con esta Ley se promueve que el asegurado, beneficiario o suscriptor tenga la obligación de dar al proveedor 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 los parámetros para tramitar la
13 coordinación de beneficios de servicios de salud de los pacientes, los cuales se
14 regirán por la reglamentación que a estos efectos establezca el Comisionado
15 tomando como base la Ley Modelo vigente de la Asociación Nacional de
16 Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés) y las leyes federales

sobre coordinación de beneficios. Se establece que en aquellos casos en que la persona cubierta o asegurado esté 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.

Disponiéndose que contarán con un término máximo de treinta (30) días para completar los procesos de coordinación de beneficios, a partir del momento que recibieron la totalidad de información y documentación necesaria"

Sección 2.-Se añaden los sub-incisos 14 y 15 al inciso (a) del Artículo 17 de la Ley 194-2000, según enmendada, mejor conocida como la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", para que se lean como sigue:

"Artículo 17.-Querellas y procedimientos relacionados

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

1. ...

...

14. Cuando un proveedor se niega a efectuar la coordinación de beneficios o un asegurador o tercero administrador o intermediario obstaculiza o

1 rehúsa sin justificación válida el colaborar en la gestión de la
2 coordinación de beneficios.

3 15. Cuando una organización dedicada al cuidado de la salud, sin
4 fundamento válido, obstaculiza o se rehúsa a cooperar en la
5 coordinación de beneficios.

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

21 El Departamento de Salud, la Administración de Salud y la Oficina del
22 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. Toda querella deberá ser atendida inmediatamente."

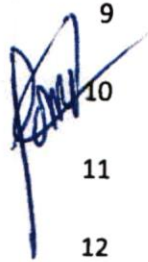
Sección 3.-Reglamentación

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

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

1 o intermediarios, de los proveedores participantes y de los asegurados en
2 cuanto al proceso de coordinación de beneficios velando por el cumplimiento con
3 los estándares de la Ley HIPAA durante el proceso;

4 e) Establecer que todo asegurador, tercero administrador o intermediario,
5 organización de servicios de salud u organización para el mantenimiento de la
6 salud según definidas en la Ley 101 de 26 de junio de 1965, mejor conocida
7 como la "Ley de Facilidades de Salud y Bienestar Social", tendrá en sus
8 contratos de seguros o planes de salud de índole comercial un resumen
9 adecuado de la cláusula de coordinación de beneficios;



10 f) Establecer la responsabilidad del asegurado de informar y suministrar la
11 información sobre los planes médicos que posee a los proveedores
12 participantes al momento de solicitar o necesitar un servicio médico;

13 g) Establecer en los procesos de coordinación de beneficios, cuando existan
14 procedimientos que requieran preautorizaciones del plan primario, los
15 procedimientos, términos y condiciones de aprobación o rechazo del plan
16 primario y el proceso de solicitud, términos y condiciones de aprobación o
17 rechazo de dichas preautorizaciones dentro del plan secundario, de ser la
18 misma necesaria;

19 h) Establecer los procedimientos de facturación por parte de los proveedores
20 participantes cuando exista coordinación de beneficios tanto del plan primario
21 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 incluir no menoscabe los parámetros y requerimientos de política pública establecidos al amparo de esta Ley.

Sección 4.-Campaña educativa

Previo a la efectividad de las disposiciones de esta Ley, será responsabilidad de las organizaciones de servicios de salud, los terceros administradores o intermediarios, los *Healthcare Clearinghouses* y los aseguradores de salud e incapacidad, orientar al asegurado, beneficiario o suscriptor y a los proveedores de servicios de salud sobre la coordinación de beneficios. Estas campañas educativas deberán realizarse de manera continua y periódica bajo la supervisión de la Oficina del Comisionado de Seguros.

Sección 5.-Vigencia

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