

ORIGINAL

RECIBIDO JUN 17 26PM 3:33
TRAMITES Y RECORDS SENADO PR

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20^{ma.} Asamblea
Legislativa

3^{ra.} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 1136

INFORME NEGATIVO

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 del Senado 1136, no recomienda a este Alto Cuerpo su aprobación.

ALCANCE DE LA MEDIDA



El Proyecto del Senado 1136 propone enmendar el Artículo VI, Sección 3 de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", añadiendo un nuevo inciso (p), a los fines de crear una categoría híbrida de beneficiarios dentro del Plan de Salud del Gobierno (Vital), dirigida a adultos de 55 años o más sin cobertura médica privada y con ingresos combinados en el hogar que excedan los umbrales de elegibilidad estándar de Vital pero no superen dichos umbrales más \$10,000 anuales; requerir el pago de una prima nominal fija mensual para acceder a la red existente de proveedores, hospitales, farmacias y servicios de Vital; facultar a la Administración de Seguros de Salud (ASES) para reglamentar la prima, elegibilidad y administración; y para otros fines relacionados.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

La Ley Núm. 72-1993, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", creó la Administración de Seguros de Salud (ASES) con el propósito de garantizar acceso equitativo y asequible a servicios de salud para poblaciones vulnerables, mediante el Plan de Salud del Gobierno (Vital), financiado principalmente

por fondos federales de Medicaid y CHIP. La elegibilidad estándar para Vital se basa en umbrales de ingresos ajustados a los niveles federales de pobreza (FPL), típicamente hasta el 133% del FPL para adultos (aproximadamente \$19,400 anuales para un hogar de una persona, ajustado anualmente), excluyendo a miles de residentes cuyos ingresos superan ligeramente estos límites pero son insuficientes para costear planes médicos privados, cuyos costos promedio mensuales superan los \$300 por persona en el contexto económico actual de la Isla, marcado por inflación, envejecimiento poblacional y retos post-desastres.

 Plantea la autora que esta brecha genera desatención médica crónica, aumentando el riesgo de enfermedades prevenibles, hospitalizaciones innecesarias y cargas al sistema de salud público. Ante el envejecimiento acelerado de la población puertorriqueña donde más del 25% de los residentes superan los 60 años y los desafíos socioeconómicos, es imperativo innovar en modelos híbridos que combinen subsidio público con contribución nominal del beneficiario, fomentando responsabilidad compartida sin sobrecargar fondos federales ni alterar la red existente de proveedores de Vital.

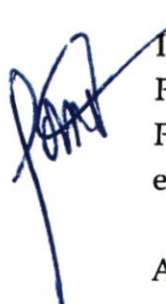
La presente medida propone una categoría híbrida limitada a adultos de 55 años o más, sin plan médico privado y con ingresos combinados en el hogar que excedan los umbrales de elegibilidad estándar de Vital (basados en FPL ajustados) pero no superen dichos umbrales por más \$10,000 anuales (calculados conforme a los criterios actuales de elegibilidad de Vital, como ingresos brutos ajustados, deducciones permitidas y composición del hogar). Estos beneficiarios pagarían una prima nominal fija mensual (determinada por ASES, entre \$50 y \$100, ajustable por inflación), accediendo a la misma red de servicios de Vital sin generar carga adicional al sistema, ya que los contratos con hospitales, farmacias y proveedores permanecen inalterados.

Se expone en la Exposición de Motivos que esta iniciativa alinea con la Declaración de Intención Legislativa de la Ley 72-1993 (Artículo II), que promueve acceso universal independiente de condición económica, y no contraviene reglamentos federales de Medicaid al ser una expansión estatal financiada parcialmente por primas privadas. Sostiene que se estima que esta categoría beneficiaría a decenas de personas en la brecha de ingresos, generando ingresos recurrentes para ASES que compensen costos administrativos marginales, mientras reduce emergencias costosas y promueve salud

preventiva en adultos mayores. Añadió que la medida incluye salvaguardas como verificación anual de elegibilidad y apelaciones para garantizar transparencia y equidad.

ALCANCE DEL INFORME

Como parte del proceso de análisis y evaluación del **P. del S. 1136**, 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) y la Autoridad de Asesoría Financiera y Agencia Fiscal de Puerto Rico (AFFAF).



Igualmente, se solicitaron los comentarios de AARP Puerto Rico, la Oficina de Presupuesto de la Asamblea Legislativa (OPAL) y la Oficina del Procurador para las Personas de Edad Avanzada (OPPEA), no obstante, al momento de redactar este Informe, estos no han remitido los mismos.

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

DEPARTAMENTO DE SALUD

Luego de examinar la pieza legislativa de referencia, el **Departamento de Salud** presentó su memorial explicativo por conducto de su Secretario, Victor M. Ramos Otero, expresándose en contra de la aprobación de la medida.

Expuso, que el Proyecto del Senado 1136 propone crear una categoría híbrida de beneficiarios dentro del Plan de Salud del Gobierno (Vital), dirigida a personas de cincuenta y cinco (55) años o más que carecen de cubierta médica privada y cuyos ingresos exceden los criterios de elegibilidad vigentes de Medicaid, sin sobrepasar dichos límites por más de diez mil dólares (\$10,000) anuales. Según se indicó, la medida persigue ampliar el acceso a servicios de salud para una población que actualmente enfrenta dificultades para obtener cobertura médica asequible.

En ese contexto, el Departamento de Salud reconoció que la propuesta responde a una preocupación legítima relacionada con el acceso a servicios médicos para sectores vulnerables de la población. Asimismo, señaló que comparte, en principio, la intención legislativa que inspira la medida. No obstante, la entidad gubernamental puntualizó que la implantación de la propuesta tendría implicaciones operacionales, administrativas y fiscales significativas para el Plan de Salud del Gobierno, razón por la cual consultó formalmente a la Administración de Seguros de Salud (ASES).

Tras dicha evaluación, se informó que la ASES manifestó su oposición al Proyecto según redactado. Particularmente, advirtió que la medida asigna a dicha entidad la función de verificar la elegibilidad de los beneficiarios, facultad que actualmente corresponde al Departamento de Salud mediante el Programa Medicaid. Por consiguiente, planteó que la propuesta podría provocar inconsistencias en la estructura administrativa y en los procesos de gobernanza establecidos para la administración de los programas de salud pública.

De igual manera, el Departamento destacó las preocupaciones fiscales identificadas por la ASES. Según explicó, los beneficiarios contemplados por la medida no cualificarían para recibir fondos federales de Medicaid, por lo que el costo total de los servicios tendría que ser sufragado con fondos estatales. A esos efectos, se señaló que, aunque la prima propuesta podría alcanzar hasta cien dólares (\$100) mensuales, el costo real estimado por miembro supera los mil dólares (\$1,000) mensuales, generando una carga económica sustancial para el erario. Por tal razón, la ASES condicionó cualquier posible endoso a la identificación de una fuente de financiamiento recurrente y a la realización de estudios actuariales que demuestren la viabilidad y sostenibilidad fiscal de la iniciativa.

Por todo lo anterior, el Departamento de Salud concluyó que, aunque reconoce el propósito social de la medida, no endosa el P. del S. 1136 en su forma actual. En consecuencia, determinó que la propuesta carece de una fuente de financiamiento suficiente y recurrente que garantice su ejecución técnica y financiera sin afectar la estabilidad fiscal del sistema de salud pública.

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 en contra de la aprobación de la medida.

La ASES reconoció que el P. del S. 1136 responde a una necesidad apremiante de salud pública al procurar ampliar el acceso a servicios médicos para adultos mayores que, aun cuando exceden los criterios de elegibilidad del Plan de Salud del Gobierno (Vital), no cuentan con los recursos económicos suficientes para sufragar una cubierta médica privada. En ese sentido, manifestó conformidad con el propósito social que persigue la medida y la intención de atender una población que enfrenta una brecha significativa en el acceso a servicios de salud.

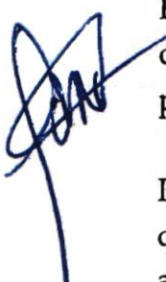


No obstante, puntualizó que la propuesta presenta importantes retos administrativos y operacionales que requieren ser atendidos antes de considerar su implantación. Particularmente, destacó que la determinación y evaluación de elegibilidad de los beneficiarios del Plan Vital constituye una función que actualmente realiza el Programa Medicaid del Departamento de Salud, entidad que posee la infraestructura, los mecanismos de evaluación y los procesos de renovación correspondientes. Por consiguiente, advirtió que transferir dicha responsabilidad a ASES podría generar duplicidad de funciones, inconsistencias administrativas e impactos adversos en la operación del programa.

Asimismo, señaló que la medida carece de información indispensable para determinar su alcance real, toda vez que no identifica ni cuantifica la población que potencialmente podría acogerse a esta nueva categoría de beneficiarios. Según indicó, la ausencia de dichos datos dificulta evaluar adecuadamente las implicaciones operacionales y fiscales que tendría la implementación de la propuesta, limitando la capacidad del Gobierno para proyectar los recursos necesarios para su sostenimiento.

De igual forma, ASES enfatizó que los beneficiarios contemplados en la medida no cumplirían con los criterios de elegibilidad establecidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), por lo que no serían acreedores de financiamiento federal bajo el Programa Medicaid. En consecuencia, el costo de los servicios médicos recaería exclusivamente sobre fondos estatales y las aportaciones realizadas por los beneficiarios, lo que representa una carga fiscal significativa para el erario.

Además, advirtió que el Proyecto no identifica una fuente recurrente de financiamiento que permita sufragar los costos asociados a la prestación de servicios de salud. Sobre este particular, destacó que el costo promedio de la cubierta médica supera los \$1,000 por miembro por mes, mientras que la medida únicamente contempla una prima nominal de entre \$50 y \$100 mensuales. A juicio de ASES, la ausencia de un análisis actuarial y de una fuente clara de repago impide determinar la sostenibilidad financiera de la propuesta.



Por otro lado, ASES sostuvo que la creación de esta nueva categoría de beneficiarios podría requerir renegociaciones con las aseguradoras contratadas bajo el Plan Vital, así como la evaluación y aprobación de la Junta de Supervisión y Administración Financiera para Puerto Rico, debido a las obligaciones económicas que la medida impondría al Estado. Del mismo modo, observó que el proyecto delega en la Agencia la reglamentación de los procesos de inscripción, sin establecer mecanismos claros para la recaudación de primas ni remedios ante posibles incumplimientos de pago.

Por todo lo anterior, ASES concluyó que, aunque reconoce el mérito y la intención social que inspira la medida, el P. del S. 1136 presenta deficiencias sustanciales en materia administrativa, operacional y fiscal que impiden respaldar su aprobación en esta etapa. En consecuencia, no endosó la propuesta y recomendó que, previo a cualquier consideración legislativa adicional, se atiendan los señalamientos identificados y se establezca una fuente de financiamiento sostenible que garantice la viabilidad de la iniciativa.

**AUTORIDAD DE ASESORÍA FINANCIERA Y AGENCIA FISCAL DE PUERTO RICO
(AAFAF)**

Esta Ilustre Comisión tuvo la oportunidad de examinar los comentarios presentados por la **Autoridad de Asesoría Financiera y Agencia Fiscal de Puerto Rico (AAFAF)** quien presentó su memorial explicativo por conducto de su Director de Asuntos Intergubernamentales, Lcdo. Luis R. Rivera Cruz expresándose en contra de la aprobación de la medida.

Conforme surge del memorial sometido por la Autoridad de Asesoría Financiera y Agencia Fiscal de Puerto Rico (AAFAF), dicha entidad examinó el Proyecto del Senado 1136 desde una perspectiva estrictamente fiscal y presupuestaria, tomando en consideración el cumplimiento con el Plan Fiscal certificado, el Presupuesto balanceado,

la Ley PROMESA y el principio de neutralidad fiscal. En ese sentido, reconoció que la medida persigue atender una posible brecha de cobertura médica para adultos de cincuenta y cinco (55) años o más cuyos ingresos exceden los parámetros de elegibilidad del Plan Vital, pero advirtió que cualquier expansión de acceso a servicios de salud debe evaluarse cuidadosamente a la luz de los costos recurrentes que podría generar para el erario.



Asimismo, la AAFAF puntualizó que, aunque el Proyecto propone financiar el acceso de esta nueva categoría de beneficiarios mediante una prima nominal mensual, ello no permite concluir automáticamente que la medida sea fiscalmente neutral. Por el contrario, señaló que persisten interrogantes relacionadas con los costos clínicos asociados a la utilización de servicios médicos por parte de los nuevos beneficiarios, particularmente considerando que se trata de una población que razonablemente podría requerir una mayor utilización de servicios de salud.

De igual forma, AAFAF destacó que la medida objeto de evaluación no está acompañada de un análisis de impacto fiscal preparado por la Oficina de Presupuesto de la Asamblea Legislativa (OPAL), lo que limita la capacidad de evaluar objetivamente su costo neto y su compatibilidad con el Plan Fiscal vigente. Por consiguiente, expresó reservas e interrogantes de naturaleza fiscal, presupuestaria y programática que, a su juicio, deben ser atendidas durante el proceso de evaluación legislativa de la medida.

Acentuó, que resulta indispensable contar con el análisis especializado de la Administración de Seguros de Salud (ASES), el Departamento de Salud y la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP), por tratarse de entidades con competencia directa sobre la administración, operación y financiamiento de los programas de salud pública. Por tal motivo, manifestó expresamente que brindará deferencia a las recomendaciones y comentarios que emitan el Departamento de Salud y ASES respecto a la viabilidad de la propuesta, siempre que dichas determinaciones sean consistentes con los parámetros fiscales aplicables, el Plan Fiscal certificado y el Presupuesto balanceado.

Por ello, la AAFAF no endosó la medida y reservó una posición fiscal definitiva hasta contar con información adicional que permita evaluar adecuadamente sus implicaciones presupuestarias y programáticas.

HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

La evaluación integral de los memoriales sometidos ante esta Comisión evidencia que, aunque el **Proyecto del Senado 1136** persigue un propósito social legítimo dirigido a ampliar el acceso a servicios de salud para una población vulnerable que enfrenta dificultades para obtener cubierta médica asequible, la medida presenta deficiencias sustanciales que impiden concluir que su implantación sea viable dentro del marco jurídico, administrativo y fiscal que rige actualmente el sistema de salud pública de Puerto Rico.



Surge de los memoriales del Departamento de Salud y de la Administración de Seguros de Salud (ASES) que la propuesta altera componentes esenciales de la estructura operacional del Programa Medicaid y del Plan de Salud del Gobierno (Vital), particularmente en lo concerniente a los procesos de determinación de elegibilidad. Conforme fue señalado por ambas entidades, la facultad de evaluar y certificar la elegibilidad de los beneficiarios constituye una función especializada que actualmente recae sobre el Programa Medicaid del Departamento de Salud, el cual cuenta con los mecanismos administrativos, tecnológicos y reglamentarios necesarios para cumplir dicha responsabilidad. En consecuencia, la transferencia o duplicidad de dichas funciones podría provocar inconsistencias administrativas, conflictos de gobernanza y una utilización ineficiente de recursos públicos.

Asimismo, la Comisión advierte que la medida carece de información demográfica y actuarial indispensable para determinar el universo real de potenciales beneficiarios, así como el impacto operacional que tendría la creación de una nueva categoría de participantes dentro del Plan Vital. La ausencia de datos objetivos sobre la población elegible impide realizar una evaluación responsable de los costos asociados a la propuesta y limita significativamente la capacidad del Estado para proyectar obligaciones futuras y garantizar la continuidad de los servicios.

Particular preocupación genera el hecho de que los beneficiarios contemplados por la medida no cualificarían para recibir financiamiento federal bajo los parámetros establecidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) lo que, a su vez, implicaría que el costo de los servicios médicos recaería fundamentalmente sobre fondos estatales. Tal circunstancia adquiere mayor relevancia cuando ASES advirtió que el costo promedio de la cubierta médica supera los mil dólares mensuales por beneficiario,

mientras que la propuesta únicamente contempla una prima nominal de entre cincuenta y cien dólares mensuales. Esta diferencia evidencia la ausencia de correspondencia entre los ingresos proyectados y los gastos reales que asumiría el Estado, comprometiendo la sostenibilidad financiera de la iniciativa.

De igual forma, la Comisión concede particular peso a las observaciones formuladas por la Autoridad de Asesoría Financiera y Agencia Fiscal de Puerto Rico (AAFAF), entidad que advirtió que la medida no permite concluir razonablemente que su implementación sería fiscalmente neutral. Más aún, AAFAF enfatizó que cualquier expansión de beneficios públicos debe evaluarse a la luz de las obligaciones impuestas por el Plan Fiscal certificado, la Ley PROMESA y el principio de presupuesto balanceado. Resulta igualmente significativo que dicha entidad expresamente determinara brindar deferencia a las recomendaciones emitidas por el Departamento de Salud y ASES, agencias que coincidentemente se opusieron a la aprobación de la medida.

La Comisión también observa que el Proyecto no identifica una fuente recurrente de financiamiento capaz de sufragar los costos permanentes derivados de la prestación de servicios médicos a esta nueva población. Tampoco establece mecanismos específicos para la recaudación de primas, la fiscalización de incumplimientos de pago ni las alternativas administrativas necesarias para garantizar la operación eficiente del programa propuesto. Estas omisiones legislativas generan incertidumbre sobre la ejecución práctica de la medida y sobre su capacidad para alcanzar los objetivos que persigue sin afectar la estabilidad financiera del sistema de salud pública.

Por consiguiente, esta Comisión concluye que el expediente legislativo demuestra que la medida, aunque bien intencionada desde una perspectiva social, carece de los elementos técnicos, actuariales, presupuestarios y administrativos necesarios para garantizar una implantación responsable y sostenible. La totalidad de los memoriales sustantivos recibidos coinciden en señalar la ausencia de una estructura financiera viable, la falta de información esencial para medir su impacto y la necesidad de atender múltiples interrogantes operacionales antes de considerar una expansión de cubierta médica financiada con recursos públicos.

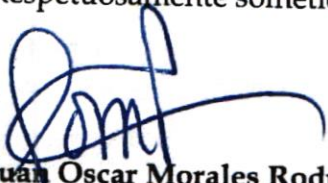
En virtud de lo anterior, la Comisión no recomienda favorecer la aprobación del **Proyecto del Senado 1136**. Asimismo, recomienda que cualquier iniciativa futura dirigida a atender esta población sea acompañada de estudios actuariales completos, un análisis de

impacto fiscal certificado, la identificación de fuentes recurrentes de financiamiento y la evaluación técnica de las agencias con jurisdicción directa sobre la administración del Programa Medicaid y del Plan de Salud del Gobierno, a fin de asegurar que los objetivos de acceso a servicios médicos puedan alcanzarse sin comprometer la estabilidad fiscal ni la operación eficiente del sistema de salud pública de Puerto Rico.

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 Negativo** sobre el **Proyecto del Senado 1136**, No Recomendando su aprobación.

Respetuosamente sometido,



Juan Oscar Morales Rodríguez
Presidente
Comisión de Salud