

ORIGINAL

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20^{ma}. Asamblea
Legislativa

RECIBIDO JUN23'26PM5:34

TRAMITES Y RECORDS SENADO PR

3^{ra}. Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. de la C. 1194

INFORME POSITIVO

23 de junio de 2026

AL SENADO DE PUERTO RICO

La Comisión de Desarrollo Económico, Pequeños Negocios, Banca, Comercio, Seguros y Cooperativismo del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, recomienda la aprobación del P. de la C. 1194, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que acompaña a este informe.

ALCANCE DE LA MEDIDA

Con las enmiendas sugeridas, el P. de la C. 1194 ahora tiene como propósito "...enmendar el Artículo 24.100 de la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", con el propósito de establecer que, cuando se trate de una solicitud de servicios dirigida al diagnóstico, tratamiento o manejo de una condición catastrófica o una condición que ponga en riesgo la vida del asegurado, el asegurador y organización de seguros de salud o su tercero administrador vendrá obligado a atenderla como una solicitud de cuidado urgente y notificará a la persona cubierta o asegurado su determinación en un término no mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud; y para otros fines relacionados".

De entrada, es menester señalar la importancia que reviste al proyecto de autos. Estimamos que la Exposición de Motivos de la medida, explica por sí misma lo imperativo de aprobarse, al decirnos que

[l]os procesos de autorización de tratamientos de salud que llevan a cabo los aseguradores y organizaciones de servicios de salud deben ser ágiles y claros para promover la atención requerida por el asegurado y la continuidad de su cuidado de salud. Esto cobra mayor relevancia cuando se trata de tratamientos para condiciones de salud en las que el tiempo en el que se brinden es un factor

imprescindible para lograr una mejor prognosis y recuperación de la salud del paciente.

Sin embargo, cuando las solicitudes de determinación de beneficios o revisiones de utilización están relacionadas con el diagnóstico o tratamiento de una condición catastrófica, o cualquier condición que ponga en riesgo la vida del asegurado, el tiempo para la resolución de estas adquiere una importancia crítica. Pacientes diagnosticados con condiciones como cáncer, enfermedades degenerativas u otras condiciones de alto riesgo frecuentemente requieren tratamientos costosos e inmediatos. En estas circunstancias, cualquier dilación en el procesamiento de las solicitudes de determinación de beneficios o revisiones de utilización puede afectar significativamente la capacidad del paciente para acceder oportunamente a los tratamientos médicos necesarios.

Ante esta realidad, resulta necesario establecer mecanismos que garanticen un trámite más ágil y expedito en la evaluación y resolución de solicitudes de determinación de beneficios o revisiones de utilización relacionadas con estas condiciones médicas. La salud y la vida de los pacientes no deben quedar sujetas a procesos administrativos prolongados que puedan retrasar el acceso a tratamientos médicos necesarios.

Por tal razón, mediante esta Ley se establece un término más expedito para la resolución de solicitudes de determinación de beneficios o revisiones de utilización cuando estas estén relacionadas con el diagnóstico, tratamiento o manejo de una condición catastrófica, o condición que ponga en riesgo la vida. De esta forma, se promueve una mayor protección a los pacientes que enfrentan situaciones médicas críticas y se garantiza un acceso más rápido a los beneficios de seguros a los cuales tienen derecho. Para propósitos de esta Ley, los términos "condición catastrófica", y "condición que ponga en riesgo la vida" serán definidos mediante reglamentación adoptada por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, tomando como referencia los códigos diagnósticos de la International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10), u otros estándares clínicos reconocidos.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

 Para la debida evaluación del proyecto de marras, la Comisión de Desarrollo Económico, Pequeños Negocios, Banca, Comercio, Seguros y Cooperativismo contó con los comentarios que tuvieron a bien enviarnos desde la Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico, Inc., la Asociación Médica de Puerto Rico, el Departamento de Salud y la Oficina del Comisionado de Seguros.

Precisamos comenzar la discusión de esta medida, indicando que, en su origen, esta persiguió enmendar el "Código de Seguros de Puerto Rico", a los fines de establecer un término especial, no mayor de sesenta (60) días para la resolución de reclamaciones

relacionadas con condiciones catastróficas bajo pólizas distintas a las de servicios de salud, con definiciones por reglamentación, mecanismos de suspensión del cómputo y extensiones por justa causa.

No obstante, fuimos instruidos por la Oficina del Comisionado de Seguros en ponencia escrita sometida el 8 de junio de 2026, sobre que el lenguaje original contemplado en la pieza legislativa objeto de este informe, podría generar confusión sobre los términos realmente aplicables cuando un paciente requiere autorización de cubierta para un tratamiento médico. Veamos.

Indicó la Oficina del Comisionado de Seguros que

...el término “reclamación”, tal como se utiliza en el Artículo 27.162 del Código de Seguros, se refiere al proceso mediante el cual se investiga, ajusta y resuelve una reclamación presentada bajo una póliza o contrato de seguros. Este término aplica a aquellos procesos de reclamación bajo una póliza o contrato de seguros para los cuales el Código de Seguros no establece un plazo específico para la resolución de la reclamación presentada. En el ámbito de los seguros de salud, sin embargo, los asuntos relacionados con el diagnóstico, tratamiento o manejo de condiciones de salud, incluidas aquellas que puedan ser calificadas como catastróficas, no se tramitan como reclamaciones en ese sentido, sino como solicitudes de determinación de beneficios o revisiones de utilización, cuyos términos dispone el Capítulo 24 del Código de Seguros de Salud titulado “Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios”. La revisión de utilización y la determinación de beneficios son procesos clínicos y contractuales que deciden previamente si el servicio recomendado por el proveedor de servicios de salud procede y en qué términos, antes de que exista una reclamación de pago al proveedor. (Énfasis nuestro)

El Capítulo 24 del Código de Seguros de Salud contiene un marco regulatorio especial que establece términos significativamente más breves y estrictos para el trámite de una aprobación de un tratamiento de salud, ajustados a la urgencia clínica de cada asegurado. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 24.090 y 24.100 del Código de Seguros de Salud, en el caso de las determinaciones prospectivas, estas deben resolverse en un término no mayor de quince (15) días; en el caso de las determinaciones retrospectivas, en un máximo de treinta (30) días;¹ y en el caso de las solicitudes de cuidado urgente deben resolverse en un término no mayor de veinticuatro (24) horas siendo este uno calificado como de trámite acelerado. Cuando una solicitud de servicios o tratamiento es urgente, el asegurador u organización de seguros de salud debe notificar su determinación sea o no una determinación adversa, a la brevedad posible, tomando en cuenta la condición de salud

¹ En el caso de una solicitud de determinación de cubierta prospectiva, el asegurador u organización de seguros de salud debe hacer su determinación y notificarla a la persona cubierta o asegurado dentro del plazo adecuado según su condición de salud, pero en ningún caso en un plazo mayor de quince (15) días desde el recibo de la solicitud. Este plazo solo se podrá extender o prorrogar una sola vez por parte del asegurador u organización de seguros de salud, por un periodo adicional de quince (15) días, siempre y cuando ésta justifique la misma a base de su necesidad debido a circunstancias fuera del control de la organización de seguros de salud o asegurador y notifique a la persona cubierta o asegurado, antes del vencimiento del plazo inicial de quince (15) días, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación. Para determinaciones retrospectivas, los aseguradores u organizaciones de seguros de salud harán su determinación en un plazo razonable, pero en ningún caso en un plazo mayor de treinta (30) días, contados a partir del recibo de la solicitud, sujeto a las condiciones y notificaciones allí dispuestas. De emitirse una determinación adversa, la notificación debe incluir, entre otros extremos, información suficiente para identificar el beneficio solicitado o la reclamación, las razones específicas de la determinación, las disposiciones del plan en que se basa y los procedimientos internos de querrelas aplicables.

de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas contadas a partir del recibo de la solicitud, salvo que falte información suficiente.² Asimismo, en solicitudes concurrentes de cuidado urgente en las que la persona cubierta o asegurado pide que se extienda el tratamiento más allá del plazo originalmente aprobado o de la cantidad de tratamientos previamente aprobados, si la solicitud se hace por lo menos veinticuatro (24) horas antes del vencimiento del plazo original o de cumplirse la cantidad de tratamientos previamente aprobados, la organización de seguros de salud o asegurador hará su determinación respecto a la solicitud y la notificará a la persona cubierta o asegurado a la brevedad posible, teniendo en consideración la condición de salud de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud.

Agregaron que "[e]n el caso de los servicios de emergencia dispone el Artículo 24.110 del Código de Seguros de Salud, además, que no se puede requerir autorización previa para su tratamiento. Estos términos dispuestos en el Código de Seguros de Salud responden a la naturaleza crítica de las condiciones de salud del paciente que lo necesita y constituyen protecciones esenciales para los asegurados que deben ser consideradas en la evaluación de esta medida". (Énfasis nuestro). Explicaron, además, que

[e]l Proyecto aprobado excluye expresamente estos procesos de autorización de tratamientos de salud del nuevo término de sesenta (60) días. Sin embargo, hace referencia en éste a reclamaciones relacionadas con el diagnóstico, tratamiento o manejo de condiciones catastróficas de salud que podría inducir a confusión, ya que en el ámbito de salud una "reclamación" no es el mecanismo aplicable para estos casos sino una determinación de beneficios. En la práctica, una solicitud de servicio para un paciente con cáncer, una enfermedad degenerativa, una condición cardíaca severa u otra condición grave, por ejemplo, requiere una determinación de beneficios bajo el Capítulo 24 del Código de Seguros de Salud, no una reclamación bajo el Artículo 27.162. Por ello, aun con la exclusión incorporada en el lenguaje del Proyecto, la ubicación de esta enmienda en el Código de Seguros podría llevar a interpretaciones erróneas sobre el término aplicable a solicitudes de servicios clínicamente apremiantes para el asegurado.

La certeza sobre los términos aplicables es indispensable para el asegurado, para el proveedor, para el asegurador y para la OCS como regulador. En asuntos de salud, particularmente cuando se trata de condiciones graves o catastróficas que motiva el Proyecto, cualquier ambigüedad en los términos de atención de la solicitud para que se apruebe un tratamiento o servicio médico pudiera afectar la salud del asegurado, la continuidad del cuidado y una fiscalización efectiva. Sobre este particular, preocupa que una disposición diseñada para acelerar la respuesta pudiera, por su ubicación y redacción, interpretarse como una autorización legislativa para resolver en sesenta (60) días asuntos de salud catastrófico que, por su naturaleza, hoy deben resolverse en no más de quince (15) días dentro

² Si faltara información, el asegurador u organización de seguros de salud debe notificar la deficiencia en un término no mayor de veinticuatro (24) horas, conceder un plazo razonable no menor de cuarenta y ocho (48) horas para suplirla, y luego emitir su determinación dentro de cuarenta y ocho (48) horas desde el recibo de la información adicional o desde el vencimiento del término concedido.

del trámite ordinario, veinticuatro (24) horas dentro del trámite acelerado, o incluso sin autorización previa cuando se trate de servicios de emergencia.

(Énfasis nuestro)

Expuesto lo anterior, la Oficina del Comisionado de Seguros favoreció "...el propósito de política pública que anima esta medida", pero requirieron "...asegurar que cualquier enmienda preserve la claridad normativa y la protección más favorable al asegurado". A tales efectos, recomendaron que

...la enmienda para acelerar el trámite de autorización de tratamientos para asegurados con condiciones de salud catastróficas se incorpore en el Capítulo 24 del Código de Seguros de Salud, particularmente en la sección de revisión acelerada de utilización y determinación de beneficios en el Artículo 24.100. Ese Capítulo ya contiene definiciones, procedimientos, términos de notificación, requisitos de contenido para determinaciones adversas, mecanismos de revisión interna y consecuencias por incumplimiento. Entendemos que enmendar ese artículo, que regula la revisión acelerada de una solicitud de autorización de cubierta para tratamientos de salud, permitiría atender directamente el proceso aplicable a condiciones catastróficas que procura el Proyecto, reforzaría la protección del asegurado y evitaría que una disposición general sobre reclamaciones se utilice para regular una materia que ya cuenta con un trato especial en la ley debido a su importancia para preservar la salud del paciente. (Énfasis nuestro).

Posteriormente, 15 de junio de 2026, la Lcda. Brenda N. Pérez Fernández, Comisionada Auxiliar en Asesoría Legal, de la Oficina del Comisionado de Seguros, nos remitió por correo electrónico enmiendas puntuales para serles introducidas al P. de la C. 1194. Estas tienen como propósito, aclarar la terminología realmente aplicable cuando un paciente requiere autorización de cubierta para un tratamiento médico, en este caso en particular, cuando nos referimos a solicitudes de determinación de beneficios o revisiones de utilización que están relacionadas con el diagnóstico o tratamiento de una condición catastrófica, o cualquier condición que ponga en riesgo la vida del asegurado; y no a "reclamaciones".

 Específicamente, recomendaron que, en el Artículo 24.100(B)(1)(a) de la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", se añada el siguiente lenguaje: "Cuando se trate de una solicitud de servicios dirigida al diagnóstico, tratamiento o manejo de una condición catastrófica o una condición que ponga en riesgo la vida del asegurado, el asegurador y organización de seguros de salud o su tercero administrador tienen que atenderla como una solicitud de cuidado urgente y notificará a la persona cubierta o asegurado su determinación en un término no mayor de veinticuatro (24) horas contadas a partir del recibo de la solicitud. Para propósitos de este inciso, los términos "condición catastrófica", y "condición que ponga en riesgo la vida" serán definidos mediante reglamentación

adoptada por el Comisionado de Seguros, tomando como referencia los códigos diagnósticos de la International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10), u otros estándares clínicos reconocidos. La reglamentación podrá ser actualizada periódicamente por medio de normativas para asegurar su consistencia con el desarrollo médico y científico vigente."

También, sugirieron que el Artículo 24.100(E)(1)(h) de la Ley 194, antes citada, sea enmendado, para añadir la siguiente enmienda: *"En el caso que el servicio sea dirigido para el diagnóstico, tratamiento o manejo de una condición catastrófica, o condición que ponga en riesgo la vida del asegurado, el asegurador y organización de seguros de salud o su tercero administrador respetará el criterio del médico;"*.

Como expresáramos en los párrafos que anteceden, con las enmiendas que se proponen para el P. de la C. 1194, la Oficina del Comisionado de Seguros asegura quedarían reforzadas las protecciones de los asegurados, evitando así que "...una disposición general sobre reclamaciones se utilice para regular una materia que ya cuenta con un trato especial en la ley debido a su importancia para preservar la salud del paciente". (Énfasis nuestro). Esbozado lo anterior, esta Comisión de Desarrollo Económico, Pequeños Negocios, Banca, Comercio, Seguros y Cooperativismo del Senado de Puerto Rico concluye se hace imperativo acoger las enmiendas propuestas, haciéndolas formar parte del entirillado electrónico que acompaña a este informe.

De igual forma, la Comisión recibió los comentarios de la **Asociación Médica de Puerto Rico**, institución que favoreció la intención fundamental del P. de la C. 1194 al reconocer la necesidad de garantizar un trámite más ágil para los pacientes que enfrentan condiciones catastróficas o condiciones que ponen en riesgo la vida del asegurado. La organización estableció que

Los pacientes que enfrentan condiciones catastróficas suelen encontrarse en una situación de extrema vulnerabilidad física, emocional, familiar y económica. En tales circunstancias, el acceso oportuno a beneficios de seguros puede tener un impacto directo sobre su estabilidad, continuidad de cuidado, acceso a tratamientos y calidad de vida.

No obstante, la AMPR entiende que la discusión debe ser balanceada. Las demoras no siempre responden a una sola causa ni deben atribuirse automáticamente a una sola parte del sistema. En muchas ocasiones, el tiempo de resolución puede depender de la disponibilidad de expedientes médicos, certificaciones clínicas, documentación del reclamante, procesos internos de adjudicación, terceros custodios de información o circunstancias extraordinarias.

Por ello, la AMPR sostiene que el objetivo central debe ser proteger al paciente, pero reconociendo de forma responsable las obligaciones y limitaciones de todos los componentes que participan en el proceso.

Además, planteó la conveniencia de que la legislación cuente con una definición operacional clara de los términos "condición catastrófica" y "condición que pone en riesgo la vida", sustentada en criterios clínicos objetivos, una lista presuntiva de diagnósticos y mecanismos reglamentarios que permitan actualizar dicha definición conforme al desarrollo médico y científico. Esta Comisión estima que tales planteamientos armonizan con el propósito del texto enmendado del proyecto, en la medida en que persigue mayor claridad normativa, uniformidad en la aplicación de la ley y una respuesta más ágil en beneficio del paciente.

Respecto al **Departamento de Salud**, si bien es cierto que su memorial gira en torno a la propuesta original de establecer un término especial, no mayor de sesenta (60) días para la resolución de reclamaciones relacionadas con condiciones catastróficas bajo pólizas distintas a las de servicios de salud, presumimos no objetarán la nueva versión del proyecto, toda vez que la Agencia coincide en la necesidad de priorizar "...el bienestar integral del asegurado por sobre los trámites administrativos ordinarios". De igual manera, acotaron que "...la aprobación de este estatuto se perfila como un avance positivo en la protección de los derechos de los pacientes en Puerto Rico, transformando el marco legal de los seguros en un instrumento ágil, sensible y efectivo para salvaguardar la vida humana en momentos de mayor vulnerabilidad".

De igual manera, destacaron en la necesidad de que el Estado busque "...garantizar que ni el factor económico ni las barreras burocráticas impidan la supervivencia de un paciente en estado crítico". Obsérvese, por tanto, que la posición del Departamento de Salud es respaldar todo tipo de proyecto de ley que persiga proteger los derechos y las atenciones que se le deben brindar a los pacientes. Más aun, cuando estos enfrentan una condición catastrófica o una condición que ponga en riesgo la vida del asegurado. En su nueva versión, el P. de la C. 1194 busca, precisamente, establecer términos más expeditos para la resolución de solicitudes de determinación de beneficios o revisiones de utilización cuando estas estén relacionadas con el diagnóstico, tratamiento o manejo de una condición catastrófica, o condición que ponga en riesgo la vida del paciente. De hecho, el propio Departamento de Salud recomendó consultar el proyecto con la Oficina del Comisionado de Seguros para que este exprese su postura y viabilidad del mismo.

 Finalmente, la **Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico, Inc.**, había dicho no oponerse a la aprobación del PC 1194. No obstante, si expresaron una preocupación con la medida, que, con esta nueva versión, de hecho, queda subsanada. Específicamente, el proyecto original contemplaba que se le delegara a la Oficina del Comisionado de Seguros la definición de los términos "condición catastrófica" y "condición que ponga en riesgo la vida" mediante reglamentación. Sobre el particular, opinaron desde la Asociación que

[1] la amplitud de esta delegación podría generar incertidumbre regulatoria y operacional dependiendo del alcance que eventualmente adopte la

reglamentación, particularmente si las definiciones exceden parámetros clínicos objetivos o criterios tradicionalmente reconocidos en la industria.

La clasificación de una condición como "catastrófica" conlleva consecuencias operacionales y legales, incluyendo la aplicación automática de términos especiales y procesos acelerados de manejo de reclamaciones. Por ello, es importante que las definiciones reglamentarias sean precisas, limitadas y fundamentadas en criterios clínicos objetivos y verificables, evitando interpretaciones amplias o ambiguas que puedan provocar inconsistencias en la aplicación de la ley.

Ahora bien, entre las enmiendas que le fueran introducidas al P. de la C. 1194 se encuentra una dirigida a definir los términos "condición catastrófica", y "condición que ponga en riesgo la vida". De convertirse en Ley el proyecto, aunque los términos "condición catastrófica", y "condición que ponga en riesgo la vida" serán definidos mediante reglamentación adoptada por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, se estaría tomando como referencia los códigos diagnósticos de la International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10), u otros estándares clínicos reconocidos. Esta reglamentación sería actualizada periódicamente por medio de normativas para asegurar su consistencia con el desarrollo médico y científico vigente. Así, entendemos queda atendida la única preocupación o comentario sometido por la Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico, Inc., sobre el P. de la C. 1194.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

De la evaluación realizada por la Comisión de Desarrollo Económico, Pequeños Negocios, Banca, Comercio, Seguros y Cooperativismo, a tenor con el Artículo 1.007 de la Ley 107-2020, según enmendada, conocida como "Código Municipal de Puerto Rico", no surge que la medida tenga impacto fiscal sobre las finanzas municipales.

CONCLUSIÓN

 Analizado el proyecto en sus méritos, entendemos que el mismo requiere ser aprobado con prontitud. En apretada síntesis, el P. de la C. 1194 buscará establecer que, cuando se trate de una solicitud de servicios dirigida al diagnóstico, tratamiento o manejo de una condición catastrófica o una condición que ponga en riesgo la vida del asegurado - NO UNA RECLAMACIÓN - el asegurador y organización de seguros de salud o su tercero administrador vendrá obligado a atenderla como una solicitud de cuidado urgente y notificará a la persona cubierta o asegurado su determinación en un término no mayor de veinticuatro (24) horas.

Valga destacar que, de conformidad con las disposiciones de la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", en esta

jurisdicción es política pública el garantizar una regulación y reglamentación más efectiva de la industria de los seguros de salud, incluyendo la regulación de aquellas entidades que ofrecen planes médicos grupales e individuales. Esta política pública tiene como fin primordial lograr que todos los puertorriqueños tengan acceso a más y mejores servicios de salud y promover un mayor crecimiento y desarrollo de esta industria.

En adición, se reconoce como política pública Gobierno de Puerto Rico que la salud es un asunto de naturaleza ética, de justicia social y de derechos humanos sobre el ánimo de lucro. Por tanto, en caso de necesitarse interpretar las disposiciones del Código de Seguros de Salud, la interpretación que prevalece es la que resulte más favorable para el paciente.

Ciertamente, la intención de agilizar los procesos vinculados a condiciones médicas críticas es legítima y reconoce la necesidad de las personas aseguradas de recibir decisiones oportunas sobre la aprobación de las cubiertas necesarias para su tratamiento de salud. Este proyecto es cónsono con la política pública antes esgrimida, en el sentido de que los procesos de autorización de tratamientos de salud que llevan a cabo los aseguradores y organizaciones de servicios de salud tienen que ser ágiles y claros para proveer la atención requerida por el paciente que requiere un cuidado de salud especial. Tal y como nos la manifestara la Oficina del Comisionado de Seguros “[e]sto cobra mayor relevancia cuando se trata de tratamientos para condiciones de salud en las que el tiempo en el que se brinden es un factor imprescindible para lograr una mejor prognosis y recuperación de la salud del paciente”.

Que no se pierda de perspectiva que, como Asamblea Legislativa, ostentamos amplios poderes para reglamentar aspectos de bienestar general y la salud en Puerto Rico³. Esta facultad emana del poder público del estado o de razón de estado que se utiliza para salvaguardar la seguridad, la salud y el bienestar de los ciudadanos⁴. A tales efectos, el Tribunal Supremo de Puerto Rico ha definido el concepto poder de razón de estado como “[a]quel poder inherente al Estado que es utilizado por la Legislatura para prohibir o reglamentar ciertas actividades con el propósito de fomentar o proteger la paz pública, moral, salud y bienestar general de la comunidad [...]”⁵.

Así, se desprende que el poder de razón de Estado es uno amplio, por lo que, en el ejercicio del mismo, la Asamblea Legislativa posee plena facultad para aprobar legislación dirigida a establecer términos más expeditos para la resolución de solicitudes de determinación de beneficios o revisiones de utilización cuando estas estén relacionadas con el diagnóstico, tratamiento o manejo de una condición catastrófica, o

³ Domínguez Castro et al. v. E.L.A. 1, 178 D.P.R. 1, 44 (2010); véase, además, Defendini Collazo et al. v. E.L.A., 134 D.P.R. 28 (1993); Marina Inc., Inc. v. Brown Boveri Corp., 114 D.P.R. 64, 80 (1983); y, E.L.A. v. Márquez, 93 D.P.R. 393,402 (1966).

⁴ Bordas & Co. v. Srio. de Agricultura, 87 D.P.R. 534, 547-48 (1963); citando a Barbier v. Connolly, 113 U.S. 27,31 (1885); Brown v. Maryland, 12 Wheaton 419, 442 (1827); Weaver, Constitutional Law (1946), pág. 491.

⁵ Domínguez Castro et al. v. E.L.A. I, 178 D.P.R. 1, 36 (2010).

condición que ponga en riesgo la vida. Lo propuesto en el P. de la C. 1194 se encuentra dentro del amplio ámbito de acción y competencia de la Asamblea Legislativa de Puerto Rico, y a tales efectos, optamos por ejercerlo.

Para terminar, es preciso indicar que la Sección 1 del Artículo III de la Constitución de Puerto Rico⁶, delega a la Rama Legislativa la potestad de aprobar leyes. Por su parte, la Sección 17 del referido Artículo III⁷, delinea el proceso legislativo a observarse para que una legislación presentada se convierta en ley. Asimismo, la Sección 19 del mismo Artículo⁸, establece los requisitos constitucionales relativos a la aprobación de proyectos de ley, por los Cuerpos Legislativos y el Gobernador de Puerto Rico.

De conformidad con los preceptos constitucionales antes descritos, es imperativo reconocer que la aprobación del P. de la C. 1194 es un ejercicio válido de la facultad de esta Asamblea Legislativa, según es aquí fundamentado.

Sin lugar a dudas, es tarea de la Asamblea Legislativa de Puerto Rico crear y aprobar política pública, la cual surge como respuesta a los cambios sociales que motivan la actualización del estado de derecho que rige el destino de todos los que aquí residimos. Por ello, podemos concluir que el propósito que origina la presentación de la medida ante nuestra consideración, es una acción cobijada dentro del amplio poder que tiene esta Rama, la cual fuera conferida por nuestros constituyentes.

⁶ Esta Sección, específicamente, dispone que "[e]l Poder Legislativo se ejercerá por una Asamblea Legislativa, que se compondrá de dos Cámaras -el Senado y la Cámara de Representantes- cuyos miembros serán elegidos por votación directa en cada elección general."

⁷ Esta Sección, específicamente, dispone que "[n]ingún proyecto de ley se convertirá en ley a menos que se imprima, se lea, se remita a comisión y ésta lo devuelva con un informe escrito; pero la cámara correspondiente podrá descargar a la comisión del estudio e informe de cualquier proyecto y proceder a la consideración del mismo. Las cámaras llevarán libros de actas donde harán constar lo relativo al trámite de los proyectos y las votaciones emitidas a favor y en contra de los mismos. Se dará publicidad a los procedimientos legislativos en un diario de sesiones, en la forma que se determine por ley. No se aprobará ningún proyecto de ley, con excepción de los de presupuesto general, que contenga más de un asunto, el cual deberá ser claramente expresado en su título, y toda aquella parte de una ley cuyo asunto no haya sido expresado en el título será nula. La ley de presupuesto general sólo podrá contener asignaciones y reglas para el desembolso de las mismas. Ningún proyecto de ley será enmendado de manera que cambie su propósito original o incorpore materias extrañas al mismo. Al enmendar cualquier artículo o sección de una ley, dicho artículo o sección será promulgado en su totalidad tal como haya quedado enmendado. Todo proyecto de ley para obtener rentas se originará en la Cámara de Representantes, pero el Senado podrá proponer enmiendas o convenir en ellas como si se tratara de cualquier otro proyecto de ley."

⁸ Esta Sección, específicamente, dispone que "[c]ualquier proyecto de ley que sea aprobado por una mayoría del número total de los miembros que componen cada cámara se someterá al Gobernador y se convertirá en ley si éste lo firma o si no lo devuelve con sus objeciones a la cámara de origen dentro de diez días (exceptuando los domingos) contados a partir de la fecha en que lo hubiese recibido.

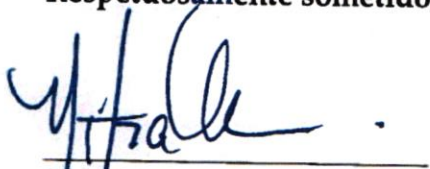
Cuando el Gobernador devuelva un proyecto, la cámara que lo reciba consignará las objeciones del Gobernador en el libro de actas y ambas cámaras podrán reconsiderar el proyecto, que de ser aprobado por dos terceras partes del número total de los miembros que componen cada una de ellas, se convertirá en ley.

Si la Asamblea Legislativa levanta sus sesiones antes de expirar el plazo de diez días de haberse sometido un proyecto al Gobernador, éste quedará relevado de la obligación de devolverlo con sus objeciones, y el proyecto sólo se convertirá en ley de firmarlo el Gobernador dentro de los treinta días de haberlo recibido.

Toda aprobación final o reconsideración de un proyecto será en votación por lista."

Por todo lo anterior, la Comisión de Desarrollo Económico, Pequeños Negocios, Banca, Comercio, Seguros y Cooperativismo del Senado de Puerto Rico, recomienda la aprobación del Proyecto de la Cámara 1194, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que acompaña a este informe.

Respetuosamente sometido,



Hon. Nitza Moran Trinidad

Presidenta

Comisión de Desarrollo Económico, Pequeños Negocios,
Banca, Comercio, Seguros y Cooperativismo

(TEXTO DE APROBACIÓN FINAL POR LA CÁMARA)
(7 DE MAYO DE 2026)

ENTIRILLADO ELECTRÓNICO
GOBIERNO DE PUERTO RICO

20ma. Asamblea
Legislativa

3ra. Sesión
Ordinaria

CÁMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 1194

19 DE MARZO DE 2026

Presentado por el representante *Torres Zamora*
y suscrita por *Martínez Soto*

Referido a la Comisión de Banca, Seguros y Comercio

LEY

 Para ~~añadir un nuevo inciso (4) al Artículo 27.162 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", a los fines de establecer un término especial, no mayor de sesenta (60) días para la resolución de reclamaciones relacionadas con condiciones catastróficas bajo pólizas distintas a las de servicios de salud, con definiciones por reglamentación, mecanismos de suspensión del cómputo y extensiones por justa causa~~ enmendar el Artículo 24.100 de la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", con el propósito de establecer que, cuando se trate de una solicitud de servicios dirigida al diagnóstico, tratamiento o manejo de una condición catastrófica o una condición que ponga en riesgo la vida del asegurado, el asegurador y organización de seguros de salud o su tercero administrador vendrá obligado a atenderla como una solicitud de cuidado urgente y notificará a la persona cubierta o asegurado su determinación en un término no mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

~~El Código de Seguros de Puerto Rico, Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, establece que la investigación, ajuste y resolución de reclamaciones deberá~~

~~realizarse dentro de un término razonablemente más corto posible, pero no mayor de noventa (90) días desde la radicación de la reclamación.~~

Los procesos de autorización de tratamientos de salud que llevan a cabo los aseguradores y organizaciones de servicios de salud deben ser ágiles y claros para promover la atención requerida por el asegurado y la continuidad de su cuidado de salud. Esto cobra mayor relevancia cuando se trata de tratamientos para condiciones de salud en las que el tiempo en el que se brinden es un factor imprescindible para lograr una mejor prognosis y recuperación de la salud del paciente.

Sin embargo, cuando las ~~reclamaciones~~ solicitudes de determinación de beneficios o revisiones de utilización están relacionadas con el diagnóstico o tratamiento de una condición catastrófica, o cualquier condición que ponga en riesgo la vida del asegurado, el tiempo para la resolución de estas adquiere una importancia crítica. Pacientes diagnosticados con condiciones como cáncer, enfermedades degenerativas u otras condiciones de alto riesgo frecuentemente requieren tratamientos costosos e inmediatos. En estas circunstancias, cualquier dilación en el procesamiento de ~~reclamaciones~~ las solicitudes de determinación de beneficios o revisiones de utilización puede afectar significativamente la capacidad del paciente para acceder oportunamente a los tratamientos médicos necesarios.

Ante esta realidad, resulta necesario establecer mecanismos que garanticen un trámite más ágil y expedito en la evaluación y resolución de ~~reclamaciones~~ solicitudes de determinación de beneficios o revisiones de utilización relacionadas con estas condiciones médicas. La salud y la vida de los pacientes no deben quedar sujetas a procesos administrativos prolongados que puedan retrasar el acceso a tratamientos médicos necesarios.

~~Las disposiciones de esta Ley no alterarán ni menoscabarán los procedimientos, términos o remedios relacionados con la revisión de utilización, autorización de cubierta, determinación de beneficios o revisión acelerada ya establecidos en el Capítulo 24 de la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.~~

Por tal razón, mediante esta Ley se establece un término más expedito para la resolución de ~~reclamaciones~~ solicitudes de determinación de beneficios o revisiones de utilización cuando estas estén relacionadas con el diagnóstico, tratamiento o manejo de una condición catastrófica, o condición que ponga en riesgo la vida. De esta forma, se promueve una mayor protección a los pacientes que enfrentan situaciones médicas críticas y se garantiza un acceso más rápido a los beneficios de seguros a los cuales tienen derecho. Para propósitos de esta Ley, los términos "condición catastrófica", y "condición que ponga en riesgo la vida" serán definidos mediante reglamentación adoptada por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, tomando como referencia los códigos diagnósticos de la

International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10), u otros estándares clínicos reconocidos.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1. ~~Se enmienda el Artículo 27.162 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, para que lea como sigue:~~

~~"Artículo 27.162. Término para la resolución de reclamaciones~~

~~(1)...~~

~~(2)...~~

~~(3)...~~

~~(4) No obstante lo dispuesto en el inciso (1) de este Artículo, cuando la reclamación esté relacionada con el diagnóstico, tratamiento o manejo de una condición catastrófica, o condición que ponga en riesgo la vida del asegurado, el asegurador deberá completar la investigación, ajuste y resolución de la reclamación en el término razonablemente más corto posible, pero en ningún caso mayor de sesenta (60) días contados a partir de la radicación de la reclamación.~~

~~Quedan excluidas de este inciso las solicitudes de revisión de utilización, autorización de cubierta o determinación de beneficios de servicios de salud, las cuales se regirán por las disposiciones especiales del Capítulo 24 de la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", incluyendo el procedimiento de revisión acelerada dispuesto en su Artículo 24.100.~~

~~El término dispuesto en este inciso se suspenderá cuando la dilación sea atribuible a: (i) el incumplimiento del reclamante o de un tercero con un requerimiento documental~~

razonable y oportunamente notificado por el asegurador; (ii) demoras de proveedores de servicios de salud en la entrega de expedientes médicos solicitados conforme a la Ley Núm. 194-2000, según enmendada, conocida como "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", o conforme a la *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA); o (iii) circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito. La suspensión cesará al desaparecer la causa que la motivó.

Para propósitos de este inciso, los términos "condición catastrófica", y "condición que ponga en riesgo la vida" serán definidos mediante reglamentación adoptada por el Comisionado de Seguros, tomando como referencia los códigos diagnósticos de la *International Classification of Diseases, Tenth Revision* (ICD-10), u otros estándares clínicos reconocidos. La reglamentación podrá ser actualizada periódicamente para asegurar su consistencia con el desarrollo médico y científico vigente."

Sección 1.- Se enmienda el Artículo 24.100 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

"Artículo 24.100. — Procedimientos para la Revisión Acelerada de Utilización y Determinación de Beneficios.

A.

...

B.

(1)

(a) En el caso de una solicitud de cuidado urgente, la organización de seguros de salud o asegurador notificará a la persona cubierta o

1 asegurado su determinación, sea o no una determinación adversa, a la
2 brevedad posible, tomando en cuenta la condición de salud de la persona
3 cubierta o asegurado, pero en ningún caso en un término mayor de
4 veinticuatro (24) horas contadas a partir del recibo de la solicitud, salvo que
5 la persona cubierta o asegurado no haya provisto suficiente información
6 para que la organización de seguros de salud o asegurador pueda
7 determinar si los beneficios solicitados son beneficios cubiertos y pagaderos
8 a tenor con el plan médico. Cuando se trate de una solicitud de servicios dirigida
9 al diagnóstico, tratamiento o manejo de una condición catastrófica o una condición
10 que ponga en riesgo la vida del asegurado, el asegurador y organización de seguros
11 de salud o su tercero administrador vendrán obligados a atenderla como una
12 solicitud de cuidado urgente y notificará a la persona cubierta o asegurado su
13 determinación en un término no mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir
14 del recibo de la solicitud. Para propósitos de este inciso, los términos "condición
15 catastrófica", y "condición que ponga en riesgo la vida" serán definidos mediante
16 reglamentación adoptada por el Comisionado de Seguros, tomando como referencia
17 los códigos diagnósticos de la International Classification of Diseases, Tenth
18 Revision (ICD-10), u otros estándares clínicos reconocidos. La reglamentación
19 podrá ser actualizada periódicamente por medio de normativas para asegurar su
20 consistencia con el desarrollo médico y científico vigente.

...

1 ...

2 D.

3 ...

4 E.

5 (1) ...

6 (a)...

7 ...

8 (h) Si la determinación adversa se basa en el juicio sobre la necesidad
 9 médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o
 10 investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la notificación
 11 incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al
 12 hacer la determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las
 13 circunstancias de la persona cubierta o asegurado. En el caso de que el servicio
 14 sea dirigido para el diagnóstico, tratamiento o manejo de una condición catastrófica,
 15 o condición que ponga en riesgo la vida del asegurado, el asegurador y organización
 16 de seguros de salud o su tercero administrador respetará el criterio del médico;

17 (i) Una explicación del derecho de la persona cubierta o asegurado a
 18 comunicarse, según corresponda, con la ~~oficina~~ Oficina del Comisionado o
 19 con la ~~oficina~~ Oficina del Procurador de la Salud del Paciente para pedir
 20 ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante
 21 un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de
 22 la organización de seguros de salud o asegurador. Deberá incluirse la

1 información de contacto de la ~~oficina~~ Oficina del Comisionado y del
2 Procurador de la ~~Salud~~ del Paciente.

3 ..."

4 Sección 2.- Reglamentación.

5 El Comisionado de Seguros adoptará, dentro del término de ciento ochenta (180)
6 días contados a partir de la fecha de aprobación de esta Ley, la reglamentación necesaria
7 para implantar sus disposiciones, sin sujeción a lo contemplado en la Ley 38-2018, según
8 enmendada, conocida como "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de
9 Puerto Rico". ~~las definiciones, los procedimientos de suspensión del cómputo y los~~
10 ~~criterios para la concesión de extensiones por justa causa dispuestos en esta Ley.~~

11 Sección 3. – Vigencia.

 12' Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.