

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20ma. Asamblea
Legislativa

3ra. Sesión
Ordinaria

CÁMARA DE REPRESENTANTES

**VOTO EXPLICATIVO
EN CONTRA**

P. de la C. 348

19 DE MARZO DE 2026

Presentado por la representante *Burgos Muñiz*

A LA CÁMARA DE REPRESENTANTES DE PUERTO RICO:

Comparece la Representante, **Honorable Lisie J. Burgos Muñiz**, Portavoz de Proyecto Dignidad en la Cámara de Representantes, para emitir su voto explicativo **en contra del P. de la C. 348.**

ALCANCE DE LA MEDIDA

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.

FUNDAMENTOS

En la Exposición de Motivos de la medida de referencia se destaca que, “[l]a 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”. Además, se menciona que un asegurado, beneficiario o suscriptor es quien debe tener la obligación de dar al proveedor participante toda la información sobre todos los seguros de salud que posea. También, establece como una obligación que una vez el proveedor participante comience con el proceso de coordinación de los beneficios entre los distintos planes o seguros de salud que cubren al asegurado y se agilicen los procesos de coordinación de beneficios ante la responsabilidad mancomunadamente compartida que se establece al amparo de esta medida de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, de sus intermediarios y de los proveedores participantes.

Sin embargo, del propio informe positivo de la medida surge que, la Administración de Seguros de Salud (ASES), reconoce que, por disposición federal, en el caso de Medicaid, este es el pagador de último recurso. Esto implica que “[...] el PSG solo paga por un servicio o beneficio si no existe pagador primario con responsabilidad, es decir, si el beneficiario no cuenta con otro seguro que cubra los servicios, o de tener otro seguro, el servicio no está contemplado en esa cubierta”. Es por ello, que en los contratos ratificados por ASES se “[...] contienen cláusulas que gobiernan las instancias en las que el beneficiario está cubierto dualmente por otro seguro privado”. Ante este escenario, se deja claro contractualmente que, el Plan de Salud del Gobierno será el pagador de último recurso para todos los servicios cubiertos prestados en nombre de los beneficiarios de Medicaid y CHIP de acuerdo con las regulaciones a nivel federal.

Por otra parte, la ASES reconoce en su memorial Explicativo que, en lo que respecta al sistema de querellas, la medida utiliza al Departamento de Salud para iniciar los procedimientos, sin embargo, dejan claro que la ASES ya tiene un sistema de querellas y agravios incluido en el contrato del Plan Vital que permite al beneficiario presentar su reclamo directo en la agencia luego de haber agotado el remedio ante la aseguradora. ASES deja claro y concurro que tener dos (2) sistemas de querellas y agravios podrían resultar en “taponamiento o duplicidad de reclamos”. Esto conllevaría que los oficiales examinadores tengan que consolidar procesos duplicados o con reclamos similares, lo que pudiera alargar la atención a las querellas y caer en la burocracia.

Por eso, si bien es cierto que la medida contiene una intención loable, la misma contempla legislar lo que ya se atiende por regulaciones federales que ya designan al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico como el pagador de último recurso. Además, en la contratación actual ya se pactan cláusulas robustas en torno a la coordinación de beneficios. También, es de suma importancia resaltar que, la medida propone crear un sistema de querellas ante el Departamento de Salud cuando ya existe un sistema funcional en ASES. Esta acción podrá resultar en duplicidad de reclamos, obstrucción administrativa y burocracia.

Es por esta razón, que para salvaguardar mi conciencia y legislar de manera responsable no puedo concurrir con la mayoría parlamentaria en fomentar un gobierno menos ágil y burocrático. Por eso, emití un voto en contra del **P. de la C. 348**.

RESPETUOSAMENTE SOMETIDO,

Hon. Lisie J. Burgos Muñiz
Representante por Acumulación