

## GOBIERNO DE PUERTO RICO

19<sup>na</sup> Asamblea  
Legislativa

2<sup>da</sup>. Sesión  
Ordinaria

## SENADO DE PUERTO RICO

**P. del S. 551**

18 de agosto de 2021

*Presentado por los señores Rivera Schatz, Ríos Santiago; la señora Jiménez Santoni; el señor Matías Rosario; la señora Morán Trinidad; el señor Neumann Zayas; las señoras Padilla Alvelo, Riquelme Cabrera, Soto Tolentino; y el señor Villafañe Ramos*

*Referido a la Comisión de*

**LEY**

Para añadir los incisos (6) y (7) a la Sección 15 del Artículo VI; enmendar la Sección 4 del Artículo VIII; y añadir un inciso (i) a la Sección 2 del Artículo IX de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico”, a fin de aclarar el alcance del derecho del Gobierno de Puerto Rico para subrogarse y recobrar, ante cualquier tercero que sea responsable por haber causado daños al beneficiario, aquellos gastos médicos pagados por el Gobierno como consecuencia de dichos daños, establecer la obligatoriedad de notificar a la Administración de Seguros de Salud sobre cualquier causa de acción en daños que sea presentada por un beneficiario, y para otros fines relacionados.

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

El Programa *Medicaid*, el cual se encuentra estatuido en el Título XIX de la Ley del Seguro Social (“Social Security Act”), fue creado con el fin de proveer cuidados y servicios de salud a las personas de bajos ingresos y a los incapacitados. Esta legislación permaneció inalterada hasta el 2010, cuando fue promulgado el *Patient Protection and Affordable Care Act* (Ley ACA). Como parte del Programa *Medicaid*, se creó el Programa CHIP (“Children’s Health Insurance Program”), con el propósito de proveer cobertura de servicios de salud para los menores de edad que pertenecen a familias cuyos ingresos son muy altos para cualificar para *Medicaid*, pero que tampoco pueden costear

un plan médico privado. Las disposiciones sobre el Programa CHIP están recogidas en el Título XXI de la Ley del Seguro Social. Al igual que el Programa *Medicaid*, CHIP es administrado y financiado por los estados, juntamente con el gobierno federal.

A nivel federal, los Centros para los Servicios de *Medicare* y *Medicaid* (CMS, por sus siglas en inglés) administran el Programa y se encargan de aprobar los planes de *Medicaid* que se les requieren a los estados como condición para participar del Programa. Estos planes se conocen como “State Plans for Medical Assistance” o “Medicaid State Plans” (MSP). A pesar de que la participación de los estados y territorios en el Programa es de carácter voluntario y de que se les permite satisfacer las necesidades de su población, se les exige cumplir con los requisitos y puntos de referencias establecidos por los CMS.

Así pues, la Ley del Seguro Social establece las condiciones con las que deben cumplir los estados para participar en el Programa, las cuales deben surgir del MSP. A tales efectos, dicho estatuto dispone que, cuando se realicen pagos a favor de un beneficiario de *Medicaid* y un tercero sea el responsable en última instancia por el pago de dichos beneficios, el estado que administre el plan tomará todas las medidas razonables para indagar sobre la responsabilidad legal de terceros por los pagos hechos por concepto de cuidado y servicios con fondos de *Medicaid*. Consecuentemente, el estado gestionará el reembolso de tales pagos cuando la cuantía del reembolso que razonablemente espere el estado recuperar exceda los costos de tal recobro.

Dicha legislación también les impone a los estados los siguientes requisitos: (1) recopilar suficiente información, conforme a lo especificado en los reglamentos aplicables del Departamento de Salud de los Estados Unidos, para permitir que puedan entablarse reclamos contra esos terceros responsables, debiendo recopilarse dicha información al momento de realizarse cualquier determinación de elegibilidad para asistencia médica; y (2) someter, para la correspondiente aprobación, un plan para entablar tales reclamaciones contra terceros. Además, el estatuto obliga a los estados a establecer, y poner en efecto, la legislación que sea necesaria para hacer efectivo el derecho de reembolso en cuestión, incluyendo el requerirles a las aseguradoras –o cualquier otra parte que sea responsable de efectuar el pago de una reclamación por un servicio de salud– que, como condición para hacer negocios en esa jurisdicción, acepten y reconozcan el derecho de recobro del estado y que le cedan a éste cualquier derecho de un individuo o de otra entidad a un pago por concepto de un servicio o producto que hubiese sido pagado por el Programa. Asimismo, la Sección 1912 de dicha Ley Federal establece que es una condición para que los beneficiarios del programa *Medicaid* puedan recibir tales beneficios, deben ceder al estado su derecho de recobrar

del tercero responsable por sus daños aquellos gastos médicos por los que el Programa pagó. Los beneficiarios también tienen la obligación de cooperar con el estado para proveerle toda la información que sea necesaria para que éste pueda entablar las acciones de reembolso correspondientes.

Aunque el Gobierno de Puerto Rico participa del Programa *Medicaid*, su funcionamiento es distinto al de las jurisdicciones de Estados Unidos. La primera diferencia consiste en que el sistema de prestación de servicios del Programa es parte de los servicios de salud que provee el Gobierno a la población. El Departamento de Salud, en su carácter de agencia designada para supervisar el funcionamiento del MSP, tiene un acuerdo de cooperación con la Administración de Seguros de Salud (ASES), la cual implementa y administra el sistema de salud pública en la Isla. Aproximadamente la mitad de la población de Puerto Rico es de bajos ingresos y depende del sistema de salud pública.

Contrario a los estados y al Distrito de Columbia, a los cuales el gobierno federal les iguala o “parea” todos los gastos de *Medicaid* a la tasa correspondiente del porcentaje de asistencia federal equivalente (“FMAP”, por sus siglas en inglés) para cada estado, en Puerto Rico, el FMAP es aplicado hasta que se agote el tope de los fondos asignados para *Medicaid*, así como los fondos disponibles de la Ley ACA, también conocida como *Obamacare*. El Gobierno de Puerto Rico participa además del Programa CHIP, y determinó operarlo como una expansión de *Medicaid*, financiada por el Título XXI de la Ley del Seguro Social. El sistema de financiamiento del Programa *Medicaid* en Puerto Rico, que es en forma de “block grants” o “asignaciones limitadas”, ha conducido a grandes déficits de fondos federales para administrar dicho Programa, lo que a su vez ha contribuido a la crisis fiscal y de deuda del Gobierno de Puerto Rico. Además, debido a ese tipo de financiamiento, el Programa *Medicaid* en Puerto Rico es mucho menos completo que los programas de *Medicaid* en los estados, por lo que no ofrece cobertura a ciertos grupos, ni provee otros beneficios que se ofrecen en los estados.

Bajo el Programa *Medicaid* y el Programa CHIP, los estados tienen la opción de diseñar cómo será su sistema de prestación de servicios de salud. En el caso de Puerto Rico, en armonía con lo que es una tendencia en aumento en los estados y en virtud de la Reforma de Salud implantada en 1994, el sistema de prestación de servicios es uno de cuidado dirigido. Los principios básicos de la Reforma de Salud fueron los siguientes: (1) eliminar la desigualdad en el cuidado médico; (2) garantizar el acceso a servicios de salud; (3) aumentar la calidad de servicios; y (4) aumentar la eficiencia y efectividad mediante mecanismos competitivos. En consecuencia, se le delegó al Departamento de

Salud una función normativa, reguladora y fiscalizadora en todo lo relacionado con el sector de la salud.

De otro lado, mediante la aprobación de la Ley 72-1993, según enmendada, se creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), como una corporación pública con la responsabilidad de administrar el Plan de Salud del Gobierno. A tales efectos, se delegó en la ASES la responsabilidad de implantar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores, un sistema de seguros de salud que eventualmente brinde a todos los residentes de Puerto Rico acceso a cuidados médico-hospitalarios de calidad, independientemente de su condición económica y capacidad de pago. De este modo, la ASES contrata los servicios médicos con las aseguradoras, quienes a su vez subcontratan a los proveedores de servicios.

En cumplimiento con el mandato federal en torno al Programa *Medicaid*, la Sección 4 del Artículo VIII de la Ley 72, *supra*, reconoce el derecho de subrogación a favor del Estado cuando se determine que se realizaron pagos a favor de un beneficiario, a pesar de que un tercero fue el responsable de las lesiones sufridas. Además, establece que ejercerá, por sí o mediante un subcontratista autorizado, el derecho de recobrar tales sumas. Por tanto, Puerto Rico cuenta con legislación que atiende el derecho de subrogación que establece la Ley del Seguro Social a favor de los estados, cuando efectúan pagos por concepto de servicios de salud a beneficiarios del Programa *Medicaid* y existe un tercero responsable por las lesiones sufridas por el beneficiario. A tales efectos, la Sección 4 del Artículo VIII de la Ley 72, *supra*, autoriza a la ASES, o al subcontratista que autorice para ello, a ejercer ese derecho dentro del periodo prescriptivo de dos (2) años, a partir de la prestación de los servicios al beneficiario.

El lenguaje de la citada Sección 4 es cónsono con la legislación federal, dado que de esa disposición surge que el acreedor de referido derecho de subrogación es el Gobierno de Puerto Rico, por conducto de la ASES. Además, deja claro que en el esquema de servicios de salud a los médico-indigentes, como el que opera en Puerto Rico, tal derecho de subrogación le corresponde al Estado o a la aseguradora contratada por éste para ofrecer servicios a los beneficiarios de *Medicaid*.

Al amparo de este marco estatutario, tanto los beneficiarios como sus representantes o abogados deben tomar las acciones pertinentes para dar cumplimiento a las normas relativas al derecho de subrogación, cuando insten acciones en daños contra los terceros responsables por las lesiones que ocasionaron que se utilizaran fondos del Programa para sufragar sus gastos médicos. Así pues, los abogados deben hacer las diligencias que correspondan para conocer si su cliente en una potencial





1           Sección 4.- Intercambio de Información.

2           Todo asegurador, organizaciones de servicios de salud o cualquier otra  
3 entidad que ofrezca servicios de salud en Puerto Rico que contrate con la  
4 Administración y otras entidades del Gobierno de Puerto Rico vendrá obligada a  
5 proveer toda la información que ésta solicite y en caso de incumplimiento estará  
6 sujeto a las penalidades dispuestas en el Artículo 2.250 de la Ley Núm. 77 de 19 de  
7 junio de 1957, según enmendada, conocida como 'Código de Seguros de Puerto  
8 Rico'.

9           Luego de que la Administración verifique la información suministrada, si de  
10 la misma surge que un beneficiario del Programa de Asistencia Médica es también  
11 beneficiario de otro plan de salud privado o que los servicios prestados debieron  
12 haber sido cubiertos por un tercero o plan de salud financiado por el Gobierno con  
13 excepción del Programa de Asistencia Médica, la Administración o su  
14 **[Subcontratista debidamente]** *representante legal* autorizado, deberá iniciar una  
15 acción de recobro *por tales servicios* contra el **[plan primario del beneficiario por**  
16 **tales servicios;]** *tercero responsable, su aseguradora o el plan primario del beneficiario,* y la  
17 información deberá ser enviada a la Oficina de Asistencia Médica. El beneficiario no  
18 será responsable por dicho pago. Nada en lo dispuesto en esta Ley se entenderá  
19 como una renuncia al derecho de la confidencialidad del expediente bajo las  
20 disposiciones de la Ley Federal, 'Health Insurance Portability and Accountability Act  
21 (HIPAA)'. **[Disponiéndose que podrá iniciarse una acción en recobro, siempre y**

1 **cuando la misma se presente en un periodo de tiempo de dos (2) años contados a**  
2 **partir de la prestación de servicios al beneficiario.]**

3 *La ASES tendrá el derecho a recobrar del tercero responsable aquellos pagos*  
4 *efectuados a favor de un beneficiario del Programa de Salud del Gobierno, por concepto de*  
5 *gastos médicos, lo que incluye servicios y productos médicos. Cuando el beneficiario presente*  
6 *una acción legal contra el tercero responsable en los casos aquí previstos, y el tribunal le*  
7 *otorgue una indemnización, el demandado, antes de satisfacer el pago de la sentencia, deberá*  
8 *investigar si la ASES tiene derecho a que se le reembolsen los beneficios pagados por ésta al*  
9 *beneficiario por concepto de gastos médicos. Si la ASES tuviera derecho a tal reembolso, el*  
10 *pago deberá expedirse por separado a favor de la ASES y a favor del beneficiario demandante*  
11 *por la cantidad que respectivamente les corresponda. En tales casos, si el demandado satisface*  
12 *el pago de la sentencia sin tener en cuenta los intereses de la ASES, y si ésta no pudiera*  
13 *recobrar del beneficiario la suma correspondiente, la ASES tendrá derecho a que el*  
14 *demandante o demandado, o sus aseguradoras, le indemnicen por la pérdida así sufrida.*

15 *La ASES tendrá derecho a intervenir ante el Tribunal de Primera Instancia*  
16 *competente en todo caso en que se solicite indemnización, por razón de daños o lesiones a*  
17 *consecuencia de los cuales se proveyeron beneficios al demandante por parte del Programa de*  
18 *Salud del Gobierno. El beneficiario, o sus sucesores en derecho, serán requeridos por el*  
19 *tribunal correspondiente para que, previa la continuación de los procedimientos en el caso,*  
20 *notifique al Administrador con copia de la demanda presentada. El incumplimiento de lo*  
21 *dispuesto en esta sección será causa suficiente para que se desestime, sin perjuicio, la acción*



1 *legal correspondiente, previo a que el Tribunal otorgue un término discrecional para el*  
2 *cumplimiento de lo aquí dispuesto, el que nunca será menor de treinta (30) días.*

3 *En aquellos casos en que el tercero responsable y el beneficiario otorguen un acuerdo*  
4 *transaccional para finiquitar el reclamo de daños incoado por el segundo, deberá establecerse*  
5 *en dicho acuerdo una distribución de la porción atribuible a los gastos médicos y especificar*  
6 *cuáles fueron desembolsados por Medicaid y cuáles por el propio beneficiario. De surgir*  
7 *controversias al respecto, tanto la ASES como el beneficiario podrán solicitar que un tribunal*  
8 *competente la dirima.*

9 *En toda circunstancia bajo esta sección en la que la ASES tenga derecho al recobro o*  
10 *reembolso, ésta podrá ejercitar la acción correspondiente dentro de los quince (15) años a*  
11 *partir de la fecha del evento que produjo las lesiones. La presentación de una acción ante el*  
12 *tribunal, la reclamación extrajudicial fehaciente o cualquier acto de reconocimiento de deuda*  
13 *por el deudor interrumpirá dicho término prescriptivo. En todo caso en que se le notifique a la*  
14 *ASES una demanda, según lo dispuesto en esta sección, ésta comparecerá al pleito a ejercitar*  
15 *sus derechos. De no comparecer la ASES en el término de un (1) año, su causa de acción se*  
16 *entenderá desistida con perjuicio y el Tribunal dictará sentencia a esos efectos.”*

17 *Artículo 3.- Se añade un inciso (i) a la Sección 2 del Artículo IX de la Ley 72-*  
18 *1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de*  
19 *Salud de Puerto Rico”, para que se lea como sigue:*

20 **“ARTÍCULO IX**

21 **CONTRATACIÓN CON PROVEEDORES DE SALUD**

22 ...

1           Sección 2.- Proceso de Contratación.

2           Todos los procedimientos de contratación directa con los proveedores de  
3 servicios de salud deberán ser realizados conforme a las disposiciones de este  
4 Artículo. Todo grupo médico o proveedores que deseen contratar directamente,  
5 conforme a lo dispuesto en la Ley 105 de 19 de julio de 2002, someterá por escrito  
6 una solicitud que deberá contener lo siguiente:

7           (a)

8           ...

9           (i) *Una certificación de reconocimiento sobre que el Gobierno de Puerto Rico, a través*  
10 *de la Administración, posee un derecho de subrogación para recobrar, ante cualquier tercero*  
11 *que sea responsable por haber causado daños a un beneficiario, aquellos gastos médicos*  
12 *pagados por el Gobierno como consecuencia de dichos daños. Debe reconocerse, además, que*  
13 *tal derecho de subrogación no corresponde a la aseguradora ni al proveedor de servicios.*

14           *Este reconocimiento será imprescindible, y el contrato que se otorgue entre la*  
15 *Administración y cualquier aseguradora o proveedor de servicios de salud deberá llevar una*  
16 *cláusula que recoja el derecho de subrogación del Gobierno, por conducto de la*  
17 *Administración."*

18           Artículo 4.- Reglamentación.

19           La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico deberá, en un término  
20 de ciento ochenta (180) días a partir de la aprobación de esta Ley, modificar o  
21 aprobar reglamentación para implementar lo aquí establecido.

22           Artículo 5.- Asignación de Fondos.

1           La Oficina de Gerencia y Presupuesto deberá asignar los recursos fiscales que  
2 sean necesarios, conforme con la estructura operacional de la Administración de  
3 Seguros de Salud, para dar cumplimiento a las disposiciones de esta Ley.

4           Artículo 6.- Cláusula de Salvedad.

5           Si cualquier disposición, palabra, oración o inciso de esta Ley fuera  
6 impugnada por cualquier razón ante un tribunal y éste lo declarara inconstitucional  
7 o nulo, tal dictamen no afectará, menoscabará o invalidará las restantes disposiciones  
8 de esta Ley, sino que su efecto se limitará a la disposición, palabra, oración o inciso  
9 que ha sido declarado inconstitucional o nulo. La invalidez de cualquier palabra,  
10 oración o inciso, en algún caso específico, no afectará o perjudicará en sentido alguno  
11 su aplicación o validez en cualquier otro caso, excepto cuando específica y  
12 expresamente se invalide para todos los casos.

13           Artículo 7.- Vigencia.

14           Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.