

INFORME SOBRE EL EFECTO FISCAL DEL PROYECTO DEL SENADO 636

Propone crear la “Ley de Cubiertas de Seguros Médicos para Tratamientos de Personas Quemadas en Puerto Rico”, con el fin garantizar que ciertos tratamientos avanzados, como terapias regenerativas e injertos de piel sintética, sean cubiertos como servicios médicos esenciales bajo las cubiertas de seguro médico público y privado.

PREPARADO POR LA OFICINA DE PRESUPUESTO DE LA ASAMBLEA LEGISLATIVA



EFECTO FISCAL ESTIMADO:

El efecto fiscal de crear la “Ley de Cubiertas de seguros médicos para tratamientos de personas quemadas en Puerto Rico”, con el fin garantizar que ciertos tratamientos avanzados, como terapias regenerativas e injertos de piel sintética, sean cubiertos como servicios médicos esenciales bajo las cubiertas de seguro médico público y privado es de:

**No Se Puede
Precisar (NPP)**

*En el resto de este Informe se podrá encontrar un análisis detallado acerca del efecto fiscal del P. del S. 636

CONTENIDOS

I. Resumen Ejecutivo	2
II. Introducción	2
III. Descripción del Proyecto	3
IV. Datos	10
V. Supuestos y Metodología	12
VI. Resultados	14

I. Resumen Ejecutivo

La Oficina de Presupuesto de la Asamblea Legislativa (OPAL)¹ evaluó el efecto fiscal del Proyecto del Senado 636 (P. del S. 636), el cual propone ampliar la definición de tratamientos médicos esenciales para incluir terapias regenerativas, injertos de piel sintética y tratamientos para minimizar cicatrices en personas quemadas, incluyendo su cobertura en planes médicos públicos y privados.

La OPAL concluye que la aprobación del P. del S. 636 sí conllevaría un impacto fiscal directo al presupuesto del Gobierno de Puerto Rico. Este impacto proviene de la obligación de ampliar las cubiertas del Plan de Salud del Gobierno (Plan Vital), los beneficios de salud para empleados públicos y los costos administrativos adicionales relacionados con recopilación de datos, análisis y fiscalización. No obstante, el impacto económico específico no puede ser

cuantificado de manera precisa en esta etapa debido a la falta de datos estadísticos, clínicos y financieros confiables.

II. Introducción

El presente informe examina el impacto fiscal de la medida legislativa contenida en el P. del S. 636², que crea la Ley de Cubiertas de Seguros Médicos para Tratamientos de Personas Quemadas en Puerto Rico; enmienda los Artículos III y VI de la Ley 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, mejor conocida como la “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)”; añade un nuevo Capítulo 55 a la Ley 194-2011, según enmendada, mejor conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”; y aclara la Sección 6 de la Ley Núm. 95 de 29 de junio de 1963, según enmendada, mejor conocida como la “Ley de Beneficios de Salud para Empleados Públicos”.

¹ La Ley Núm. 1-2023, Ley de Investigación, Análisis y Fiscalización Presupuestaria de Puerto Rico crea la Oficina de Presupuesto de la Asamblea Legislativa (OPAL) adscrita a la Rama Legislativa. Su función primordial es medir el impacto fiscal de cada propuesta legislativa ante la consideración de la Asamblea Legislativa. En virtud del Artículo 2 de la Ley Núm. 1-2023, la OPAL desempeña un rol consultivo para la Asamblea Legislativa. La OPAL no participa de los procesos deliberativos ni de la toma de decisiones sobre los proyectos de ley, resoluciones y demás medidas ante la consideración de ambos cuerpos. La emisión de este Informe no implica un endoso o rechazo a la pieza legislativa aquí evaluada.

² Este documento puede ser citado como – Oficina de Presupuesto de la Asamblea Legislativa. (2026). Informe sobre el Proyecto del Senado 636, que propone crear la “Ley de Cubiertas de Seguros Médicos para Tratamientos de Personas Quemadas en Puerto Rico”, con el fin garantizar que ciertos tratamientos avanzados, como terapias regenerativas e injertos de piel sintética, sean cubiertos como servicios médicos esenciales bajo las cubiertas de seguro médico público y privado. Disponible en: www.opal.pr.gov

Este proyecto busca garantizar que ciertos tratamientos avanzados, como terapias regenerativas e injertos de piel sintética, sean cubiertos como servicios médicos esenciales bajo las cubiertas de seguro médico público y privado.

La medida tiene implicaciones legales, presupuestarias y operacionales al requerir ajustes en la definición de servicios esenciales, enmiendas al *State Plan* federal (en el caso de Medicaid), y nuevos mecanismos de recopilación y reporte de datos por parte de hospitales, centros de salud y agencias estatales.

III. Descripción del Proyecto³

El decreto del P. del S. 636 establece lo siguiente:

Artículo 1.- Esta Ley se denominará “Ley de Cubiertas de Seguros Médicos para Tratamientos de Personas Quemadas”.

Artículo 2.- Política Pública

Será la política pública del Gobierno de Puerto Rico que toda persona que ha sufrido quemaduras tenga derecho a recurrir al tratamiento de terapias regenerativas, injertos de piel sintética y tratamientos para minimizar cicatrices en personas quemadas. Asimismo, estas terapias y tratamientos se consideran servicios médicos esenciales en la recuperación de personas quemadas, particularmente en

niños y jóvenes, pues tiene implicaciones adicionales en su salud física y mental.

Artículo 3.- Se enmienda la Sección 1 el Artículo III de la Ley la Ley 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)”, para que se lea como sigue:

“Sección 1.-Término y Frases

Para fines de este capítulo, los siguientes términos y frases tendrán el significado que se expone a continuación:

(a) Administración. — Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

[...]

(ii) Tratamiento de personas quemadas. —Significa los tratamientos de terapias regenerativas, injertos de piel sintética y tratamientos para minimizar cicatrices en personas quemadas que se consideran como esenciales.”

Artículo 4.-Se enmienda la Sección 6 del Artículo VI de la Ley 72-1993, según enmendada mejor conocida como la “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)”, para que se lea como sigue:

“Sección 6. — Cubierta y Beneficios Mínimos.

Los planes de salud tendrán una cubierta amplia, con un mínimo de exclusiones. No habrá exclusiones por condiciones preexistentes, como tampoco períodos de espera, al momento de otorgarse la cubierta al beneficiario.

³ Véase la medida del P. del S. 636, disponible en: <https://sutra.oslpr.org/medidas/155888>

Cubierta A. La Administración establecerá una cubierta de beneficios a ser brindados por los aseguradores contratados o proveedores participantes. La cubierta comprenderá, entre otros beneficios, los siguientes: servicios ambulatorios, hospitalizaciones, salud dental, salud mental, vacunaciones y tratamientos para el virus del Papiloma Humano, tratamiento de terapias regenerativas, injertos de piel sintética y tratamientos para minimizar cicatrices en personas quemadas, estudios, pruebas y equipos, incluso para menores de veintiún (21) años de edad, postrados en cama con diversidades físicas o fisiológicas complejas y para beneficiarios que requieran el uso de un ventilador artificial para mantenerse con vida, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes, laboratorios, rayos X, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en una farmacia participante, libremente seleccionada por el asegurado, y autorizada bajo las leyes de Puerto Rico. La cubierta dispondrá para que cada beneficiario tenga a su alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad, sexo y condición física. Disponiéndose, que la lista de medicamentos para los pacientes de VIH/SIDA deberán revisarse anualmente a los fines de que en caso de que la Administración lo estime pertinente, incluir aquellos nuevos

medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de la condición que serán dispensados y ofrecidos en conformidad con las mejores prácticas médicas, siempre y cuando no se afecte el State Plan suscrito por el Departamento de Salud y el Health Resources and Services Administration.

Para los efectos de los servicios establecidos en esta cubierta para menores de veintiún (21) años de edad, postrados en cama con diversidades físicas o fisiológicas complejas y para beneficiarios que requieran el uso de un ventilador artificial para mantenerse con vida, se dispone que tendrán el beneficio de un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermería o de especialistas en terapia respiratoria o de técnicos(as) de emergencias médicas-paramédico(a) (TEM-P), debidamente licenciados(as). A estos efectos, se entenderá como beneficiario a aquellas personas que utilizan tecnología médica, así como niños con traqueotomía para respirar, y cuyo funcionamiento depende de un equipo médico, entiéndase respirador o de oxígeno suplementario, por lo que va a requerir cuidado diario especializado de cualesquiera profesionales antes mencionados para evitar la muerte o un grado mayor de incapacidad; y de aquellos que hayan comenzado tratamiento siendo menores y cumplan veintiún (21) años de edad y que recibieron o reciben servicios de asistencia clínica en el hogar continúen recibiendo dichos servicios después de haber cumplido veintiún (21) años de

edad, según lo establecido en esta Sección. Además, los técnicos(as) de emergencias médicas-paramédicos(as) (TEM-P) debidamente licenciados deberán tener cursos, certificaciones y adiestramientos aprobados y convalidados o los requerimientos de destrezas y conocimientos establecidos mediante reglamentación por su respectiva Junta Examinadora relacionados hacia el cuidado y manejo de dichos pacientes y sus equipos médicos, según autorizado en esta Ley.

La Administración revisará esta cubierta periódicamente.

Cubierta B. La cubierta de los servicios hospitalarios estará disponible (24) horas al día, todos los días del año.

Cubierta C. En su cubierta ambulatoria los planes deberán incluir, sin que esto constituya una limitación, lo siguiente:

(1) Servicios de Salud Preventivos:

(a) Vacunación de niños y adolescentes hasta los dieciocho (18) años de edad.

(b) Vacunación contra la influenza y pulmonía de personas mayores de sesenta y cinco (65) años de edad, y/o niños y adultos con enfermedades de alto riesgo como enfermedades pulmonares, renales, diabetes y del corazón, entre otras.

(c) Visita al médico primario para examen médico general una vez al año.

(d) Exámenes de cernimiento para cáncer ginecológico, de

mama y de próstata, según las prácticas aceptables. Además, incluirán criterios para exámenes de cernimiento para cáncer de mama a las mujeres que cumplan con los siguientes requisitos:

i. una mamografía de referencia “baseline mammogram” a las mujeres entre treinta y cinco (35) y treinta y nueve (39) años de edad;

ii. una mamografía anual a las mujeres de cuarenta (40) años o más; iii. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias, a las mujeres de cuarenta (40) años o más que tienen senos de tejido clasificado como heterogéneamente denso o extremadamente denso, según determinado en su mamografía por un radiólogo, en base a la escala de densidad del seno del Reporte de Proyección de Imagen y Sistema de Datos del Seno (“Breast Imaging Reporting and Data System”, BI-RADS, por sus siglas en inglés), promulgada por el Colegio Americano de Radiología (“American College of Radiology”);

iv. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento

o pruebas de diagnóstico suplementarias, a las mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer seno debido a su historial familiar, a su propio historial como paciente de cáncer, a la presencia de marcadores de alto riesgo en su perfil genético o a algún otro factor determinado por su médico.

(e) Sigmoidoscopia en adultos mayores de cincuenta (50) años a riesgo de cáncer del colon, según las prácticas aceptables.

(f) el suministro de un monitor de glucosa cada tres (3) años con reemplazo de equipo dañado, el suministro de una (1) inyección de glucagón y reemplazo de la misma en caso de su uso o por haber expirado, y un mínimo de ciento cincuenta (150) tirillas y de ciento cincuenta (150) lancetas cada mes para pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo I por un especialista en endocrinología pediátrica o endocrinología.

(2) Evaluación y tratamiento de beneficiarios con enfermedades conocidas:

La evaluación y tratamiento inicial de los beneficiarios se llevará a cabo por el médico primario escogido por el paciente entre los proveedores del plan correspondiente. Se incluirá el

tratamiento de terapias regenerativas, injertos de piel sintética y tratamientos para minimizar cicatrices en personas quemadas como uno de naturaleza esencial y no estético.

(3) La Administración rendirá un informe semestral a la Asamblea Legislativa que incluya entre otros la lista de medicamentos, las controversias que hayan surgido con el “State Plan” suscrito por el Departamento de Salud y el “Health Resources and Services Administration” y la cantidad de pacientes que se vean afectados por estas controversias. Los médicos primarios tendrán la responsabilidad del manejo ambulatorio del beneficiario bajo su cuidado, proveyéndole continuidad en el servicio. Asimismo, éstos serán los únicos autorizados a referir al beneficiario a los médicos de apoyo y proveedores primarios.

(4) Acceso al tratamiento de vacunación para El virus del Papiloma Humano, cual consiste de tres (3) dosis que se administrará conforme a lo establecido por el profesional de la salud. Esta cubierta no se limitará únicamente al tratamiento expuesto en este inciso, y se extenderá a cualquier otro tratamiento o vacuna que surja para el tratamiento y prevención del virus del Papiloma Humano.

(5) La Administración rendirá un informe semestral a la Asamblea Legislativa que incluya entre otros la lista de medicamentos, las controversias que hayan surgido con el State Plan suscrito por el Departamento de Salud y el Health Resources and Services Administration y

la cantidad de pacientes que se vean afectados por estas controversias. Los médicos primarios tendrán la responsabilidad del manejo ambulatorio del beneficiario bajo su cuidado, proveyéndole continuidad en el servicio. Asimismo, éstos serán los únicos autorizados a referir al beneficiario a los médicos de apoyo y proveedores primarios. Disponiéndose, que aquellos beneficiarios que padezcan de alguna enfermedad crónica o de alto costo, según definidas por el Departamento de Salud y dispuestas en esta Sección, no necesitarán referidos del médico primario para tratar su enfermedad.

Se considerará como enfermedad crónica aquella que usualmente se desarrolla lentamente, tiende a tener una larga duración y la severidad de la misma progresa con el tiempo. Puede ser controlada, pero es raramente se cura. Por su parte, se entenderá como enfermedad de alto costo aquella con un impacto similar a la enfermedad crónica, pero con la diferencia de que ésta no progresa necesariamente si es tratada y controlada a tiempo.”

Artículo 5.-Se añade un nuevo Capítulo 55 a la Ley 194-2011, según enmendada, mejor conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, que se lea como sigue:

“CAPÍTULO 55. – Cubierta Requerida Para Tratamiento de Personas Quemadas.

Artículo 55.001. Definiciones

Para propósitos de este Artículo los siguientes términos tendrán el significado que se indica a continuación:

- (1) *Facultativo médico para tratamiento de personas quemadas.* —Significa aquellos médicos con licencia y especialidad con certificaciones para tratamiento de terapias regenerativas, injertos de piel sintética y tratamientos para minimizar cicatrices en personas quemadas.
- (2) *Tratamiento de personas quemadas.* —Significa los tratamientos de terapias regenerativas, injertos de piel sintética y tratamientos para minimizar cicatrices en personas quemadas que se consideran como esenciales.

Artículo 55.002.- Cubierta para Personas Quemadas.

Un plan de salud grupal y un(a) emisor(a) de seguro médico que ofrezca cobertura de seguro médico grupal o individual tendrá que proveer cubierta para el tratamiento de terapias regenerativas, injertos de piel sintética y tratamientos para minimizar cicatrices en personas quemadas.

Artículo 55.003.- Limitaciones.

Los costos compartidos, incluyendo los deducibles, copagos, el uso planes médicos complementarios, u otras limitaciones para tratamiento de terapias regenerativas, injertos de piel sintética y tratamientos para minimizar cicatrices en personas quemadas no se pueden imponer con respecto a los servicios que deben cubrirse bajo la Secciones 55.002 de esta Ley, en la medida en que dichos

costos compartidos excedan el costo compartido aplicado a servicios similares bajo el plan de salud grupal o la cobertura de seguro médico o cuando tales limitaciones son diferentes a las limitaciones impuestas con respecto a servicios similares.

Artículo 55.004.- Prohibiciones

Un plan de salud de grupo y un(a) emisor(a) de seguro de salud que ofrezca cobertura de seguro de salud individual o grupal que incluya cobertura de servicios obstétricos y urológicos no puede:

(1) brindar incentivos (monetarios o de otro tipo) a una persona participante o beneficiaria para alentar a dicha persona participante o beneficiaria a no recibir tratamientos de terapias regenerativas, injertos de piel sintética y tratamientos para minimizar cicatrices en personas quemadas a los que tiene derecho dicha persona participante o beneficiaria conforme a esta sección a los(las) proveedores(as) para inducir a dichos(as) proveedores(as) a no brindar dichos tratamientos a personas participantes o beneficiarias calificadas;

(2) prohibir a un(a) proveedor(a) discutir con una persona participante o beneficiaria tratamientos de de terapias regenerativas, injertos de piel sintética y tratamientos para minimizar cicatrices en personas quemadas u opciones de

tratamientos médicos relacionados con esta sección; o (3) penalizar o reducir o limitar de otra manera el reembolso de un(a) proveedor(a) porque dicho(a) proveedor(a) proporcionó tratamientos de de terapias regenerativas, injertos de piel sintética y tratamientos para minimizar cicatrices en personas quemadas a una persona participante o beneficiaria calificada de acuerdo con esta sección.

(4) penalizar o no admitir como proveedor a una organización no gubernamental que ofrezca tratamiento de terapias regenerativas, injertos de piel sintética y tratamientos para minimizar cicatrices en personas quemadas.

Artículo 55.005.- Interpretación

Nada en esta sección se interpretará en el sentido de que requiere que una persona participante o beneficiaria se someta a tratamientos de terapias regenerativas, injertos de piel sintética y tratamientos para minimizar cicatrices en personas quemadas.

Artículo 55.006.- Reembolsos

Nada en este Artículo se interpretará como una prohibición a que un plan de salud grupal o un(a) emisor(a) de seguro de salud que ofrece cobertura de seguro de salud grupal o individual negocie el nivel y el tipo de reembolso con un(a) proveedor(a), para la atención brindada de acuerdo con este artículo.”

Artículo 6.- Excepción Sobre Negociación Colectiva.

A. En general. — En el caso de un plan de salud grupal mantenido de conformidad con 1 o más convenios colectivos entre representantes de las personas empleadas y 1 o más patronos ratificados antes de la fecha de promulgación de esta Ley, las enmiendas hechas a la cubierta no se aplicarán a los años del plan que comiencen antes de o más tarde de:

(1) la fecha en la que el finaliza el último convenio colectivo de trabajo relacionado con el plan de salud (determinado sin considerar cualquier extensión del mismo acordada después de la fecha de promulgación de esta ley), o

(2) 6 meses después de la fecha de promulgación de esta Ley.

B. Aclaración. — Para los propósitos de esta Ley, cualquier enmienda a la cubierta de un plan de salud hecha de conformidad con un acuerdo de negociación colectiva únicamente para cumplir con cualquier requisito de esta Ley no se tratará como una terminación de dicho convenio colectivo.

Artículo 7.- Los servicios de tratamientos de terapias regenerativas, injertos de piel sintética y tratamientos para minimizar cicatrices en personas quemadas se entenderán incluidos dentro de los términos “servicios esenciales”, “atención y tratamiento médico” y “otros materiales y servicios médicos” comprendidos en la Sección 6 de la Ley Núm. 95 de 29 de junio de 1963, según enmendada, mejor

conocida como la “Ley de Beneficios de Salud para Empleados Públicos”.

Artículo 8. — Los(as) hospitales y centros ambulatorios o de tratamiento médico que ofrezcan tratamientos para personas quemadas o tratamiento de terapias regenerativas, injertos de piel sintética y tratamientos para minimizar cicatrices en personas quemadas debe reportar al Departamento de Salud anualmente, la cuantía de pacientes que se sometieron a los referidos tratamientos, estadísticas de los tipos de tratamiento utilizados en dichas(os) pacientes, los costos y estadísticas de los resultados de sus intervenciones. De esta manera, se posibilita la recopilación de estadísticas sobre las personas quemadas en Puerto Rico y la efectividad de los tratamientos disponibles para esta enfermedad. El Departamento de Salud, compartirá estas estadísticas con el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico, quien publicará las mismas. La referida publicación facilitará a posibles pacientes el acceso a trasfondos, costos y estadísticas de los proveedores, permitiéndoles hacer una selección informada de estos.

...

En síntesis, el P. del S. 636 busca clasificar como tratamientos esenciales los procedimientos dirigidos a personas quemadas, particularmente terapias regenerativas, injertos de piel sintética y terapias de minimización de cicatrices. La medida obliga a los planes de salud públicos y privados a cubrir estos

servicios sin imponer costos compartidos desproporcionados.⁴ Además, prohíbe incentivos financieros para evitar su uso.⁵

Establece salvaguardas para que médicos discutan libremente estos tratamientos con los pacientes.⁶ Por último, requiere que los hospitales y centros ambulatorios reporten estadísticas sobre pacientes quemados, los tratamientos ofrecidos y sus resultados al Departamento de Salud, que a su vez compartirá los datos con el Instituto de Estadísticas.⁷

IV. Datos

Aunque el proyecto cita estimaciones generales sobre la incidencia de quemaduras en Puerto Rico, la Administración de Seguros de Salud (ASES) ha indicado que actualmente no existen proyecciones oficiales sobre la cantidad de beneficiarios del Plan Vital

que podrían verse beneficiados por esta medida ni sobre el costo de los tratamientos contemplados. ASES advierte que toda modificación a la cubierta del Plan Vital requeriría una enmienda al *State Plan* federal, proceso que implica aprobación actuarial previa.⁸

Por su parte, el Plan de Salud Menonita (PSM) advierte sobre los altos costos operacionales de las terapias regenerativas e injertos de piel sintética, que requieren tecnología avanzada, logística criogénica, personal especializado y procesos de bioingeniería complejos. Indican que no se ha incluido en la medida la realización de un estudio actuarial, y que su implementación podría impactar negativamente el costo de las primas para asegurados individuales y grupales, así como para el Gobierno. También destacan que muchas de estas terapias carecen de evidencia clínica robusta y podrían considerarse experimentales.⁹

⁴ Véase, Artículo 55.003. Asamblea Legislativa de Puerto Rico. (2025, 12 de mayo). *Proyecto del Senado 636: Ley de Cubiertas de Seguros Médicos para Tratamientos de Personas Quemadas en Puerto Rico*. Senado de Puerto Rico.

⁵ Véase, Artículo 55.004. *Id.*

⁶ Véase, Artículo 55.004. *Id.*

⁷ Véase, Artículo 8. *Id.*

⁸ Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico. (2025, junio). *Memorial explicativo sobre el P. del S. 636*. Senado de Puerto Rico. [Documento PDF].

⁹ Plan de Salud Menonita. (2025, junio 9). *Memorial explicativo sobre el P. del S. 636*. Senado de Puerto Rico. [Documento PDF].

La Oficina del Comisionado de Seguros (OCS) señala que actualmente estos tratamientos no se consideran cubiertos por los planes médicos en Puerto Rico. No obstante, aclara que no existe impedimento legal para su inclusión, siempre que sean catalogados como médicamente necesarios y cuenten con aprobación de entes reguladores como la FDA. La OCS no objeta la medida, pero recomienda precaución en su implementación, sujeta a criterios clínicos y regulatorios.¹⁰

Finalmente, la Asociación Médica de Puerto Rico respalda la aprobación del proyecto, al reconocer su impacto positivo en la salud física y mental de pacientes quemados. Reconocen que habrá un impacto económico en las aseguradoras, pero argumentan que el costo social y sanitario de no actuar es aún mayor. Respalda que los tratamientos sean ofrecidos por facultativos certificados y se fundamenten en evidencia científica emergente.¹¹

Comparativo con Estados Unidos

En Estados Unidos, existen estadísticas sistemáticas sobre la incidencia, hospitalización y tratamiento de personas con quemaduras. Según datos del *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), se estima que hay aproximadamente 15 a 20 hospitalizaciones por quemaduras por cada 100,000 habitantes al año. Además, se reportan anualmente alrededor de 3 millones de visitas a salas de emergencia por lesiones relacionadas con quemaduras, con un 3.6 % (18,000 al año) resultando en transferencias interinstitucionales.¹²

La *American Burn Association* estimó que en 2021 ocurrieron 398,000 lesiones por quemaduras por fuego o calor, y que al menos 75,000 personas son hospitalizadas por quemaduras térmicas cada año en EE. UU.¹³ También se calcula que unas 14,000 personas

¹⁰ Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. (2025, junio). *Memorial explicativo sobre el P. del S. 636*. Senado de Puerto Rico. [Documento PDF].

¹¹ Asociación Médica de Puerto Rico. (2025, junio 2). *Memorial explicativo sobre el P. del S. 636*. Senado de Puerto Rico. [Documento PDF].

¹² Crosby, A. E., et al. (2022). Burn-related emergency department visits and hospital inpatient stays – United States, 2006–2013. *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP)*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb217-Burn-Hospital-Stays-ED-Visits-2013.jsp>

¹³ National Burn Association. (2022). Burn Incidence Fact Sheet. American Burn Association. <https://ameriburn.org/resources/burn-incidence-fact-sheet/>

fallecen anualmente por quemaduras severas o sus complicaciones.¹⁴

En contraste, en Puerto Rico no existen estadísticas públicas ni registros sistematizados equivalentes. Estudios recientes indican que la isla no cuenta con unidades especializadas ni protocolos nacionales de manejo y recolección de datos de pacientes quemados, lo cual representa una barrera para estimar el impacto económico real del tratamiento de estas condiciones.¹⁵

Por tanto, la implantación del artículo 8 del P. del S. 636 —que requiere que hospitales reporten datos al Departamento de Salud e Instituto de Estadísticas— podría representar el primer paso estructural hacia la construcción de una base de datos clínica y epidemiológica sobre quemaduras en Puerto Rico.

V. Supuestos y Metodología

Dado a que no existen estadísticas oficiales ni bases de datos clínicas confiables sobre la población afectada por quemaduras en Puerto Rico, la

presente evaluación adopta un enfoque cualitativo, explorando los componentes estructurales del gasto público que podrían verse impactados por la implementación del Proyecto del Senado 636. No se desarrolló un modelo económico cuantitativo por la ausencia de datos verificables, por lo que el análisis se centra en identificar las áreas presupuestarias con potencial de riesgo fiscal, utilizando analogías regulatorias, criterios de política pública y observaciones de las partes comparecientes mediante memoriales explicativos.

En primer lugar, se parte del supuesto de que la Administración de Seguros de Salud (ASES) tendría que enmendar su *State Plan* para incluir los nuevos tratamientos propuestos como parte de los beneficios esenciales del Plan Vital. Esta acción no solo conlleva un proceso regulatorio con el gobierno federal (CMS), sino que también implica un ejercicio actuarial que podría resultar en costos adicionales para el erario si los tratamientos no son elegibles para pareo federal o si exceden los parámetros de costo previamente autorizados. Por tanto, cualquier modificación requeriría un análisis actuarial previo para

¹⁴ Brigham, P. A., & McLoughlin, E. (1996). Burn incidence and medical care use in the United States: Estimates, trends, and data sources. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 17(2), 95–107. doi:10.1097/00004630-199603000-00003. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8675512/>

¹⁵ Ramos M, De Jesús III Vega L, Pagan J, Medina G, De Gracia JA, Rivera- Rivera A. 602 Delayed in Specialized Acute Burn Care in a Single Hospital in Puerto Rico. *J Burn Care Res*. 2025 Apr 1;46(Suppl 1):S179. doi: 10.1093/jbcr/iraf019.231. PMID: PMC11958535. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11958535/>

garantizar su viabilidad fiscal y cumplimiento con Medicaid.

En segundo lugar, se considera el impacto potencial en los planes de salud de empleados públicos, en virtud de que la medida también enmienda la Ley Núm. 95 de 1963 para incluir estos tratamientos dentro de los servicios esenciales. Esto conllevaría un ajuste en los términos contractuales de los seguros colectivos de salud y, por consiguiente, un posible aumento en las primas que el Gobierno tendría que cubrir como patrono. Este efecto indirecto sobre las obligaciones patronales del Gobierno no está cuantificado, pero debe anticiparse como una variable de riesgo presupuestario.

Otro componente fundamental en la metodología es el análisis del costo operacional para las agencias encargadas de recopilar y divulgar datos clínicos, como lo exige el Artículo 8 del P. del S. 636. La medida establece que hospitales y centros ambulatorios deben reportar información detallada sobre pacientes quemados, tratamientos aplicados, costos y resultados clínicos, lo que a su vez debe ser consolidado y publicado por el Departamento de Salud y el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. Esto implica no solo la implementación de nuevos sistemas de captación de datos, sino también la contratación de personal técnico, desarrollo de plataformas digitales, y la revisión periódica de metodologías estadísticas. Aunque no se dispone de una cifra exacta, la experiencia con

iniciativas similares sugiere que este componente podría representar un gasto sustancial durante la etapa inicial de implementación.

Finalmente, se incluyen en la evaluación los costos indirectos relacionados con la fiscalización regulatoria, particularmente en lo concerniente al cumplimiento por parte de aseguradoras privadas. La medida establece limitaciones específicas sobre costos compartidos, incentivos, exclusiones y tratamientos experimentales. Como resultado, agencias como la Oficina del Comisionado de Seguros deberán adoptar nuevas reglas, emitir reglamentos interpretativos y supervisar la implementación por parte de las aseguradoras, lo cual implica un esfuerzo institucional adicional no contemplado actualmente en sus estructuras operacionales.

En resumen, la metodología aplicada se basa en una aproximación cualitativa estructurada funcional del gobierno y el gasto público, considerando los memoriales sometidos y las implicaciones regulatorias de la medida. Este enfoque permite identificar de forma razonable los posibles factores que pudieran tener un impacto fiscal sin recurrir a proyecciones numéricas especulativas, y subraya la necesidad de establecer un sistema de monitoreo y análisis de datos para futuras evaluaciones cuantitativas más robustas.

VI. Resultados¹⁶

Conforme al análisis realizado, la OPAL concluye que la aprobación del Proyecto del Senado 636 podría generar un impacto fiscal directo e indirecto sobre diversas áreas del presupuesto del Gobierno de Puerto Rico. No obstante, el efecto económico específico no puede ser cuantificado con precisión en esta etapa debido a la ausencia de datos clínicos, financieros y demográficos que permitan estimaciones confiables.

En términos fiscales, se anticipa que los costos directos más inmediatos estarían asociados a la ampliación de la cubierta del Plan Vital, que requeriría un proceso formal de enmienda del *State Plan* ante los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Este proceso, además de requerir estudios actuariales y validaciones técnicas, podría acarrear un aumento en la aportación estatal si los tratamientos contemplados no califican para pareo federal o si el Gobierno decide absorber la diferencia.

Asimismo, se prevé un posible aumento en los costos de las pólizas de seguro de salud para empleados públicos, como resultado de la inclusión obligatoria de nuevos servicios en los planes colectivos regidos por la Ley Núm. 95-1963. Si bien este impacto dependerá del número de beneficiarios que utilicen los servicios y de las negociaciones contractuales con las aseguradoras, representa un compromiso presupuestario adicional que el Gobierno tendría que considerar a mediano plazo.

Desde el punto de vista operacional, el Artículo 8 del proyecto establece la obligación de los hospitales y centros de salud de reportar estadísticas clínicas y de costos relacionadas con pacientes quemados. Esto requerirá el desarrollo de nuevos sistemas de información, protocolos de recopilación de datos y recursos humanos especializados, tanto en el Departamento de Salud como en el Instituto de Estadísticas. Aunque esta disposición tiene un valor positivo para la planificación de políticas públicas basadas en evidencia, también implica

¹⁶ Los estimados de costo preparados por la OPAL se basan en la información y los datos disponibles al momento de emitir el Informe. La OPAL evalúa la razonabilidad de los datos e información obtenida de agencias gubernamentales y otras fuentes, pero no asume responsabilidad por cambios o variaciones que puedan tener los mismos.

Los estimados son cálculos aproximados y descansan en supuestos que pueden variar a través del tiempo. Dichos estimados son preparados en función del deber ministerial de la OPAL, según lo establece la Ley 1 del 3 de enero de 2023 y su única intención es proveer a la Asamblea Legislativa un estimado del costo de las medidas bajo su consideración. Por lo tanto, la OPAL no asume ninguna responsabilidad por un uso no adecuado de la información provista.

costos iniciales de implementación y mantenimiento.

Adicionalmente, se anticipan costos regulatorios y de fiscalización para agencias como la Oficina del Comisionado de Seguros, que tendrían que monitorear el cumplimiento de disposiciones sobre limitaciones de costos compartidos, criterios de elegibilidad, validación de terapias aprobadas por la FDA y manejo adecuado de tratamientos clasificados como experimentales.

A largo plazo, la medida también podría tener efectos indirectos positivos sobre el sistema de salud, como la reducción de complicaciones clínicas, disminución de hospitalizaciones prolongadas y mejor calidad de vida de los pacientes quemados, especialmente en niños y jóvenes. Estos beneficios, sin embargo, no pueden ser incorporados en el análisis fiscal presente debido a la falta de estudios longitudinales en Puerto Rico que permitan establecer correlaciones entre acceso temprano a terapias avanzadas y ahorro sistémico en el gasto público.

Por lo antes expuesto, la OPAL concluye que, de aprobarse la medida del, del P. del S. 636 representa una expansión significativa de la política pública en materia de salud para personas quemadas, que requerirá una inversión inicial del Estado, ajustes regulatorios y un esfuerzo multi-agencial para su implementación.



Lcdo. Hecrian D. Martínez Martínez
Director Ejecutivo

Oficina de Presupuesto de la Asamblea
Legislativa