GOBIERNO DE PUERTO RICO

SENADO

18va Asamblea Legislativa

5ta Sesión Ordinaria

CALENDARIO DE ÓRDENES ESPECIALES DEL DÍA
LUNES, 17 DE JUNIO DE 2019

MEDIDA	COMISIÓN	TÍTULO
P. DEL S. 660 *(Por el señor Dalmau Ramírez)*	**SALUD** *(Sin enmiendas)*	Para enmendar los artículos 1, 2, 3, 4, 7, 8 y 10 de la Ley 166–2000, denominada Ley del Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes, según enmendada, a los fines de que el referido Centro sirva, simultáneamente, como un centro de investigaciones, educación y servicios médicos para la obesidad.
P. DEL S. 1160 *(Por la señora Padilla Alvelo)*	**SALUD** *(Sin enmiendas)*	Para declarar el mes de septiembre de cada año como el "Mes de la Concienciación de la Enfermedad del Alzheimer" y el 21 de septiembre de cada año como el "Día de la Concienciación de la Enfermedad del Alzheimer", con el propósito de educar y sensibilizar a la ciudadanía sobre esta enfermedad; y para otros fines relacionados.

MEDIDA	COMISIÓN	TÍTULO
P. DEL S. 1209 *(Por los señores Bhatia Gautier, Ríos Santiago y Romero Lugo)*	**BANCA, COMERCIO Y COOPERATIVISMO** ***(Segundo Informe)*** *(Con enmiendas en la Exposición de Motivos, en el Decrétase y en el Título)*	Para enmendar las Secciones 1.2, 2.2 y 3.4 de la Ley *Núm.* 136-2010, según enmendada, conocida como "Ley para Regular los Negocios de Servicios Monetarios", a los fines de armonizar las disposiciones sobre prácticas investigativas y sobre la fianza requerida para obtener la licencia para dedicarse al Negocio de Transferencias Monetarias, con aquellas utilizadas a través de los Estados Unidos de América, según las disposiciones de la "Ley Uniforme de Servicios Monetarios"; y para otros fines relacionados.
R. DEL S. 360 *(Por el señor Seilhamer Rodríguez y la señora Padilla Alvelo; Coautor el señor Vargas Vidot)*	**SALUD** *(Informe Final)*	Para ordenar a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico realizar una investigación abarcadora sobre las alegadas prácticas de las compañías aseguradoras de incumplir con los contratos suscritos con los proveedores de servicios de salud al no pagar las tarifas acordadas, enmendar unilateralmente los contratos con los proveedores de servicio de salud y/o cancelar estos sin causa justificada, y las razones para ello.
R. DEL S. 527 *(Por el señor Rodríguez Mateo)*	**SALUD AMBIENTAL Y RECURSOS NATURALES** *(Cuadragésimo Informe Parcial)*	Para ordenar a la Comisión de Salud Ambiental y de Recursos Naturales del Senado de Puerto Rico realizar investigaciones continuas sobre los diversos problemas de salud ambiental y amenazas a nuestros recursos naturales; así como su impacto en el ambiente, los recursos naturales y la salud de los ciudadanos.

MEDIDA	COMISIÓN	TÍTULO
R. DEL S. 1133 *(Por el señor Tirado Rivera)*	**ASUNTOS INTERNOS** (*Con enmiendas en la Exposición de Motivos, en el Resuélvase y en el Título)*	Para ordenar a la Comisión de Salud Ambiental y Recursos Naturales *del Senado de Puerto Rico* realizar una investigación para asegurar que los planes de mitigación para estructuras en zonas inundables que implementará la Junta de Planificación y la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés) identifiquen los municipios con mayor vulnerabilidad ante inundaciones; asegurar que la Junta de Planificación y FEMA sigan lo establecido en la Ley 3-*de 27 de septiembre de* 1961*, conocida como* (Ley para el Control de Edificaciones en Zonas Susceptibles a Inundaciones), según enmendada, sobre los reclamos en el proceso de la aprobación de planes de mitigación de zonas inundables en los municipios; asegurar que dichas zonas sean cónsonas con las áreas que los municipios han identificado como zonas susceptibles a inundación, así como implementar un proceso participativo en las comunidades para desarrollar adecuadamente los planes de mitigación municipales para las zonas inundables.
R. DEL S. 1134 *(Por el señor Vargas Vidot)*	**ASUNTOS INTERNOS** (*Con enmiendas en la Exposición de Motivos, en el Resuélvase y en el Título)*	Para ordenar a la Comisión para el Desarrollo de Iniciativas Comunitarias del Senado de Puerto Rico ~~llevar a cabo~~ *realizar* una investigación sobre las *alegadas* irregularidades en los servicios relacionados a enfermedades infecciosas y demás servicios ~~brindado~~ *brindados* por el Centro Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual, Centro Médico (C.L.E.T.S.).

MEDIDA	COMISIÓN	TÍTULO
P. DE LA C. 702 *(Por el representante Santiago Guzmán)*	**HACIENDA** *(Con enmiendas en la Exposición de Motivos y en el Decrétase)*	Para enmendar el inciso (a) del Artículo 14 de la Ley Núm. 10 de 24 de mayo de 1989, según enmendada, conocida como "Ley para Autorizar el Sistema de Lotería Adicional", a los fines de clarificar que corresponde al Departamento de la Vivienda administrar cualquier sobrante del Programa de Subsidio de Arrendamiento y Mejoras para Viviendas a Personas de Mayor Edad con Ingresos Bajos, establecido en los Artículos 2 al 7 de la Ley 173-1996, según enmendada.
P. DE LA C. 1691 *(Por el representante Claudio Rodríguez)*	**JUVENTUD, RECREACIÓN Y DEPORTES** *(Con enmiendas en el Decrétase y en el Título)*	Para enmendar el Artículo 15 de la Ley 8-2004, según enmendada, conocida como "Ley Orgánica del Departamento de Recreación y Deportes", a los fines de disponer ~~para~~ que el Secretario de la antes mencionada Agencia brinde, los adiestramientos, capacitaciones y cursos que se ofrecen a los líderes recreo-deportivos, entrenadores deportivos, oficiales deportivos e instructores de aptitud física en el Instituto Puertorriqueño para el Desarrollo del Deporte y la Recreación, en cada región de la dependencia gubernamental*, previa coordinación y disponibilidad*; y para otros fines relacionados.
P. DE LA C. 1901 *(Por el representante Rodríguez Aguiló)*	**SALUD** *(Con enmiendas en la Exposición de Motivos y en el Decrétase)*	Para enmendar el Artículo 1.03 (fff) de la Ley 247-2004, según enmendada, conocida como "Ley de Farmacia~~s~~ de Puerto Rico", a los fines de aclarar que el representante autorizado será mayor de dieciocho (18) años de edad; y para otros fines relacionados.

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18 va Asamblea Legislativa

ORIGINAL

5 ta Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 660

INFORME POSITIVO

12 de junio de 2019

AL SENADO DE PUERTO RICO:

La Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, recomienda la aprobación del **Proyecto del Senado 660**, sin enmiendas.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El Proyecto del Senado 660 tiene como finalidad enmendar los artículos 1, 2, 3, 4, 7, 8 y 10 de la Ley 166-2000, denominada como, Ley del Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes, según enmendada, a los fines de que el referido Centro sirva, simultáneamente, como un centro de investigaciones, educación y servicios médicos para la obesidad.

La medida detalla que la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura señala que "el derecho a una alimentación adecuada es universal y una buena nutrición es esencial para todos". Problemas de malnutrición -subalimentación, deficiencias de micronutrientes y obesidad- existen en todos los países y afectan a todas las clases socioeconómicas". La obesidad, en particular, se proyecta como una amenaza mundial e inmediata de carácter epidémico a la salud de los seres humanos.

La exposición de motivos indica que conforme a estudios publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la obesidad implica un elevado factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares, que fueron la principal causa de muertes en 2012), la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado,

vesícula biliar, riñones y colon). La OMS destaca que la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo desde 1980. Y expone que, en el 2014, más de mil novecientos millones de adultos de dieciocho años o más (lo que equivale al treinta y nueve por ciento de la población global) tenían sobrepeso, de los cuales, más de seiscientos millones (lo que representa el trece por ciento) eran obesos.

En lo que corresponde a la niñez, la referida organización sostiene que, para el mismo año, cuarenta y un millón de niños menores de cinco años sufrían de sobrepeso o eran obesos. La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Sin embargo, además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos.

A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad provocan más muertes que la insuficiencia ponderal, explica la OMS. De hecho, en su Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil, afirman que la obesidad infantil está tomando proporciones alarmantes en muchos países y supone un problema grave que se debe abordar con urgencia. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos por las Naciones Unidas en 2015, la prevención y el control de las enfermedades no trasmisibles se consideran prioridades básicas. Además, entre los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles, la obesidad suscita especial preocupación, pues puede anular muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido a la mejora de la esperanza de vida.

El susodicho informe enfatiza que esta epidemia guarda vínculos estrechos con factores ambientales que podrían corregirse mediante la adopción de políticas públicas que propicien entornos y hábitos salubres. "Muchos niños crecen actualmente en un entorno obesogénico que favorece el aumento de peso y la obesidad. El desequilibrio energético se debe a los cambios en el tipo de alimentos y en su disponibilidad, asequibilidad y comercialización, así como al descenso en la actividad física, pues se ha incrementado el tiempo dedicado a actividades de recreo sedentarias y que suponen estar ante una pantalla. Las respuestas conductuales y biológicas de un niño ante un entorno obesogénico pueden estar determinadas por procesos anteriores incluso a su nacimiento, lo que empuja a un número cada vez mayor de niños hacia la obesidad si siguen una dieta malsana y realizan poca actividad física".

En su Informe sobre Obesidad Adolescente y Comportamientos Relacionados (2002-2014), la ONU concluye que las causas y efectos nocivos de la obesidad no sólo guardan vínculos con asuntos de naturaleza fisiológica. "La naturaleza crónica de la obesidad puede limitar la movilidad social y apoyar el ciclo de pobreza y mala salud", advirtió el Dr. Joao Breda, de la OMS. Este informe destaca que la desigualdad es un factor de riesgo. Los adolescentes que viven en familias de baja posición socioeconómica

son más propensos a la obesidad, lo que indicaría que las campañas para promover una vida saludable no le están llegando a este sector de la población, indica. La directora regional de la OMS para Europa, Zsuzsanna Jakab, recomendó a los Estados que desarrollen una acción política ambiciosa que concentre sus esfuerzos en romper el ciclo dañino de la malnutrición y la obesidad. Ella resaltó que la obesidad es uno de los desafíos de salud pública más serios del siglo XIX, ya que los niños obesos tienen más probabilidad de sufrir de diabetes tipo 2, asma, dificultades para respirar, problemas musculares, disfunciones cardiacas, así como problemas psicológicos y aislamiento social.

En el hemisferio americano -donde la padecen más del setenta por ciento de los adultos, y uno de cada tres niños en México, Chile, Canadá y Estados Unidos- la obesidad ha alcanzado niveles de epidemia debido al abuso en el consumo de sal, azúcar y grasas. Sobre este particular, el asesor regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en actividad física y nutrición, Enrique Jacoby, expuso a Radio ONU: "Estamos hablando de la primera epidemia en importancia de muertos y heridos en esta región y en el mundo, debo agregar".

Aunque previamente la obesidad se consideraba un problema propio de los países ricos, actualmente la incidencia de este trastorno continúa aumentando en los países de ingresos bajos y medianos. En Puerto Rico la obesidad representa un grave problema de salud. Según datos provistos por la doctora Jessica Irizarry Ramos, directora de la División de Control y Prevención de Enfermedades Crónicas del Departamento de Salud, entre 1996 y 2015 la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre adultos aumentó de 16.8% a 29.5% por ciento. Entre las edades de 45 y 54 años, un alarmante 79.1% por ciento de la población padecen situaciones de sobrepeso u obesidad.

Estos datos reflejan que la situación que Puerto Rico confronta en este renglón es análoga con la epidemia sufrida a nivel mundial. Según hemos reseñado, frecuentemente los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física que figuran entre las causas que generan la obesidad son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; la agricultura; el transporte; la planificación urbana; el medio ambiente; el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y la educación.

La prevención y el tratamiento de la obesidad exigen un enfoque en el que participen todas las instancias gubernamentales y en el que las políticas de todos los sectores tengan en cuenta sistemáticamente la salud, eviten los efectos sanitarios nocivos y, por tanto, mejoren la salud de la población y la equidad en el ámbito sanitario.

La parte expositiva de la medida concluye que a la luz de estas consideraciones, la Asamblea Legislativa considera conveniente y necesario que el Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes coordine e integre,

además, todos los servicios educativos, clínicos e investigaciones relacionadas con la obesidad, en particular entre nuestra población. Sus hallazgos deben servir como vector para el desarrollo de nuevas políticas públicas que fomenten la salubridad y bienestar de nuestra gente.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Para el estudio del P. del S. 660, la Comisión de Salud solicitó memoriales explicativos a la **Administración de Seguros de Salud (ASES), Departamento de Justicia, Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM), Departamento de Salud, Departamento de Hacienda, Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP), Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico y la Oficina del Procurador del Paciente (OPP).** A continuación esbozamos la información, recomendaciones y datos recibidos.

El **Departamento de Salud,** endosa la aprobación del Proyecto del Senado 660. Expresan que con la aprobación de la Ley Núm. 166 del 12 de agosto de 2000, según enmendada, se creó el Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes, con el fin de coordinar e integrar todos los servicios educativos, clínicos e investigaciones relacionadas con la diabetes, además de desarrollar médicos clínicos especializados en endocrinología, metabolismo y disciplinas relacionadas, profesionales de la salud e investigadores dedicados al estudio de las causas y el tratamiento de la diabetes, en la población.

Consideran que ello fue de suma importancia pues proporcionó un mecanismo pertinente con el propósito de contar con profesionales y estudiosos de la salud que puedan analizar y examinar las causas de la alta incidencia de diabetes, así como también atender los problemas y las complicaciones que esta enfermedad causa.

Explican que tal y como establece el texto del Proyecto, tanto la diabetes como la obesidad son enfermedades crónicas, altamente prevalentes en la población de Puerto Rico. Detallan que aproximadamente, 1 de cada 4 personas con obesidad tienen diabetes y el 82% de las personas con diabetes están en sobrepeso u obesidad. La presencia de estas comorbilidades es un problema de salud pública, con una enorme carga social y económica para el país.

Indican que debido a la alta ocurrencia de estas comorbilidades en la población, el Departamento de Salud avala el Proyecto del Senado 660. Señalan que dada la complejidad de atención y cuidados médicos que requieren ambas condiciones, recomiendan a esta Comisión que se incluya en el Artículo 7 sobre Presupuesto, los mecanismos que aseguren el presupuesto suficiente para atender el propósito del Proyecto.

La **Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM),** expresó su endoso al Proyecto del Senado 660. Expresa que no tienen ninguna objeción filosófica, ni en principio, dado que la finalidad del Proyecto es una que redundaría en beneficio de nuestros pacientes y de la investigación a los problemas de nuestra población, como lo son la Diabetes Mellitus y la obesidad (problema de nutrición).

Sin embargo llaman nuestra atención sobre el Artículo 2, en la creación de este Centro, pues el Proyecto tal y como está redactado crearía una corporación pública independiente de cualquier agencia o instrumentalidad del Gobierno de Puerto Rico y se le asigna un sin número de responsabilidades, sin que se identifiquen los fondos para cubrir los gastos de esta nueva corporación pública. En cuanto a esta observación, la Comisión aclara que la enmienda sobre el Artículo 2, no crea una nueva corporación pública, simplemente se cambia el nombre para añadir *la obesidad.*

AMS

Entienden que en el Artículo 7 hace un esfuerzo por establecer el presupuesto de esta nueva entidad recomendada, sin embargo, es a esta Asamblea Legislativa y a la Oficina del Gobernador a quienes se les adjudica la responsabilidad de identificar los fondos. Explican que dada la crisis fiscal que vivimos y luego del paso de los huracanes Irma y María, la única posibilidad que tendría la Asamblea Legislativa y la Oficina del Gobernador sería disminuir el presupuesto ya en déficit, a otra agencia para proveérsela a la nueva, ya que no se vislumbra en el futuro cercano ingresos nuevos para el Gobierno de Puerto Rico. Sobre este comentario, la Comisión explica que la enmienda sobre el Artículo 7, no señala nuevas asignaciones presupuestarias, simplemente se cambia el nombre para añadir *la obesidad.*

Finalmente, consideran que no se debe crear otra estructura administrativa para un asunto, que entienden debe ser de injerencia y responsabilidad del Departamento de Salud con respecto al servicio, y de la Escuela de Medicina del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico con respecto a la investigación.

La Comisión aclara, nuevamente, que mediante la aprobación de la presente medida no se crea una nueva corporación pública ni una nueva estructura administrativa en el Centro. Todo lo contrario, se estaría utilizando el andamiaje existente para ampliar el campo de investigación, educación y servicios médicos, incluyendo la obesidad.

El **Departamento de Hacienda** emitió memorial explicativo sin oposición alguna, en la que indica que tiene dentro de su haber la administración de las leyes y política pública contributiva a través de la Ley 1 - 2011, según enmendada, conocida como "Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011", la Ley Núm. 230 de 23 de julio de 1974, según enmendada, conocida como "Ley de Contabilidad de Gobierno de Puerto Rico" o cualquier ley de materia contributiva.

Indican que dentro de la pericia de su institución, resulta necesaria la evaluación por parte del Departamento de aquellas medidas que tengan un impacto al Fondo General dentro de la modalidad de ingresos. Explican que cuando los proyectos pudieran tener un potencial impacto al fisco, pero en la modalidad de gasto, tales como distribuciones presupuestarias, quien ostenta la pericia para emitir comentarios es la Oficina de Gerencia y Presupuesto ("OGP"). Señalan que de tener un potencial impacto en el plan fiscal de nuestro gobierno, también es recomendable contar con la evaluación de la Autoridad de Asesoría Financiera y Agencia Fiscal de Puerto Rico ("AAFAF").

Concluyen que luego de examinar la intención legislativa de la pieza de referencia, entienden que la misma no tiene ningún efecto en alguna de las mencionadas leyes que administra el Departamento o leyes especiales que queden dentro de su inherencia y funciones.

AMD

La **Oficina del Procurador del Paciente,** endosa el Proyecto del Senado 660. Expresa que su misión se encuentra el fomentar que todo paciente, suscriptor, beneficiario o consumidor de servicios de salud en Puerto Rico reciba servicios de salud de la más alta calidad consistentes con los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina.

Explican que para evaluar si un servicio satisface el principio de alta calidad antes mencionado, hay que evaluar ciertos factores. Así las cosas, el Reglamento 7617, Reglamento para Implantar las Disposiciones de la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente de Puerto Rico", establece en su Artículo 8 lo siguiente:

"Sección 2. Disposiciones Generales: Para efectos de este Reglamento calidad significa proveer el manejo adecuado, de acuerdo a los estándares de cuidado nacionales o estatales y los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina, a la persona correcta, en el momento en que el paciente lo necesita y de la manera correcta, por el profesional de la salud que esté autorizado a ejercer como tal por las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y que posea las competencias para el cuidado de salud correspondiente como resultado de la integración de la mejor evidencia científica con la experiencia clínica del profesional y las decisiones del paciente de acuerdo a sus valores y deseos."

Sobre el requisito de evidencia científica, la Oficina del Procurador del Paciente, indica que la Ley 194, *supra,* dispone lo siguiente:

"Evidencia científica: Es identificar y aplicar fa o las intervenciones más eficaces y costo efectivas, en un escenario libre de riesgos para maximizar la longevidad y calidad de vida del paciente. Incluye, pero no se limita a, las pruebas diagnósticas, estudios, procedimientos, medicamentos y consultas médicas a especialistas y subespecialistas y otros profesionales de la

salud, de acuerdo a la naturaleza de la condición y la evaluación del cuadro clínico del paciente; así como las evaluaciones y cualquier otro tipo de referido o tratamiento médicamente necesario."

Explican que la calidad del servicio va de la mano de evidencia científica, la experiencia clínica del profesional y las decisiones del paciente de acuerdo a sus valores y deseos. Cónsono con lo anterior, creen firmemente que sistemas de investigación que de manera proactiva dirijan sus esfuerzos a diferentes condiciones de salud redundarán en mejor evidencia científica que a su vez propicia mejor calidad en los servicios.

Señalan que con relación a la obesidad, esta condición de salud es catalogada como una enfermedad crónica y a nuestro mejor entendimiento, es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Menciona que los pacientes de esta enfermedad no cuentan con el mejor acceso posible a tratamientos y equipos y a diario deben luchar con una sociedad que en gran medida los estigmatiza.

Entienden que el tema de la obesidad amerita un grupo de estudio independiente, sin embargo, reconocemos que la realidad fiscal por la que atraviesa nuestro País obliga a maximizar recursos. Expresan que *"hacer más con menos ya no es un estribillo utópico, sino que es una obligación real en nuestros días"*. Indican que siendo la obesidad una de las razones en el desarrollo de diabetes y habiendo tanta necesidad en dicha población, consideran muy importante el paso que se está dando con este proyecto y no ven incompatibilidad en las funciones que en la actualidad desempeña el Centro y las funciones propuestas en la presente medida legislativa. Explican que estudios demuestran, que el riesgo de padecer diabetes es tres veces mayor en personas obesas que en personas que no tienen obesidad.

Concluyen que el P. del S. 660 es cónsono con la misión de la Oficina del Procurador del Paciente de fomentar mejor calidad en los servicios médicos, endosamos la presente medida. Finalizan señalando que poder entender la condición de la obesidad, desarrollar mejor atención y tratamientos y fomentar la prevención de la condición ayudará grandemente a combatir esta enfermedad que de manera silenciosa ocasiona efectos adversos a costo y largo plazo en quienes la padecen.

CONCLUSIÓN

Luego de un análisis profundo, la Comisión de Salud entiende que la medida propuesta es una loable que vela por la salud y el bienestar del pueblo, ya establece que el Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes sirva, simultáneamente, como un centro de investigaciones, educación y servicios médicos para la obesidad.

Al igual que la Oficina del Procurador del Paciente, entendemos que el tema de la obesidad amerita un grupo de estudio independiente. Sin embargo, no podemos ignorar

la realidad fiscal que atraviesa el Gobierno de Puerto Rico. Por lo tanto, entendemos pertinente maximizar nuestros recursos, al ya contar con un Centro de Investigación, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes, podemos utilizar la estructura administrativa y operacional existente para incluir investigaciones y servicios relacionados a la obesidad.

A tenor con lo antes expuesto, la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, recomienda la aprobación del Proyecto del Senado Número 660, sin enmiendas.

Respetuosamente sometido,

Hon. Ángel Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18va Asamblea Legislativa

2da Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 660

17 de octubre de 2017

Presentado por el señor *Dalmau Ramírez*

Referido a la Comisión de Salud

LEY

Para enmendar los artículos 1, 2, 3, 4, 7, 8 y 10 de la Ley 166–2000, denominada Ley del Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes, según enmendada, a los fines de que el referido Centro sirva, simultáneamente, como un centro de investigaciones, educación y servicios médicos para la obesidad.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura señala que "...el derecho a una alimentación adecuada es universal y una buena nutrición es esencial para todos. Problemas de malnutrición –subalimentación, deficiencias de micronutrientes y *obesidad*– existen en todos los países y afectan a todas las clases socioeconómicas".[1] La obesidad, en particular, se proyecta como una amenaza mundial e inmediata de carácter epidémico a la salud de los seres humanos. Conforme a estudios publicados por la Organización Mundial de la Salud

[1] Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, *Papel de la FAO en la nutrición*: http://www.fao.org/nutrition/es/, accedido el 11 de septiembre de 2017. Énfasis suplido. La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos añade que los derechos humanos son interdependientes, indivisibles e interrelacionados. Esto significa que la violación del derecho a la alimentación puede menoscabar el goce de otros derechos humanos, como los derechos a la educación salud, vida y seguridad social, entre otros. *C.f.* Naciones Unidas, Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, El derecho a la alimentación adecuada: Folleto informativo N° 34, 2015-2016. págs. 3-8.

(OMS) la obesidad implica un elevado factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares, que fueron la principal causa de muertes en 2012), la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon).[2] La OMS destaca que la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo desde 1980.[3] Y expone que, en el 2014, más de mil novecientos millones de adultos de dieciocho años o más (lo que equivale al treinta y nueve por ciento de la población global) tenían sobrepeso, de los cuales, más de seiscientos millones (lo que representa el trece por ciento) eran obesos.[4]

En lo que corresponde a la niñez, la referida organización sostiene que, para el mismo año, cuarenta y un millones de niños menores de cinco años sufrían de sobrepeso o eran obesos.[5] La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Sin embargo, además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos.[6] De manera que, a nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad provocan más muertes que la insuficiencia ponderal, explica la OMS.[7] De hecho, en su *Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil*, afirman que la obesidad infantil está tomando proporciones alarmantes en muchos países y supone un problema grave que se debe abordar con urgencia.[8] En los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos por las Naciones Unidas en 2015, la prevención y el control de las enfermedades no trasmisibles se consideran prioridades básicas. Además, entre los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles, la obesidad suscita especial preocupación, pues puede anular muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido a la mejora de la esperanza de vida.[9]

---

[2] Organización Mundial de la Salud, *Obesidad y sobrepeso: Nota descriptiva N° 31, junio de 2016*: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/, accedido el 11 de septiembre de 2017.
[3] *Id.*
[4] *Id.*
[5] *Id.*
[6] *Id.*
[7] *Id.*
[8] Organización Mundial de la Salud, *Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil*. 69.ª Asamblea Mundial De La Salud, 24 de marzo de 2016.
[9] *Id.*

El susodicho informe enfatiza que esta epidemia guarda vínculos estrechos con factores ambientales que podrían corregirse mediante la adopción de políticas públicas que propicien entornos y hábitos salubres. "Muchos niños crecen actualmente en un entorno obesogénico que favorece el aumento de peso y la obesidad. El desequilibrio energético se debe a los cambios en el tipo de alimentos y en su disponibilidad, asequibilidad y comercialización, así como al descenso en la actividad física, pues se ha incrementado el tiempo dedicado a actividades de recreo sedentarias y que suponen estar ante una pantalla. Las respuestas conductuales y biológicas de un niño ante un entorno obesogénico pueden estar determinadas por procesos anteriores incluso a su nacimiento, lo que empuja a un número cada vez mayor de niños hacia la obesidad si siguen una dieta malsana y realizan poca actividad física".[10]

AMD

En su Informe sobre Obesidad Adolescente y Comportamientos Relacionados (2002-2014), la ONU concluye que las causas y efectos nocivos de la obesidad no sólo guardan vínculos con asuntos de naturaleza fisiológica.[11] "La naturaleza crónica de la obesidad *puede limitar la movilidad social y apoyar el ciclo de pobreza* y mala salud", advirtió el Dr. Joao Breda, de la OMS.[12] Este informe destaca que la desigualdad es un factor de riesgo. Los adolescentes que viven en familias de baja posición socioeconómica son más propensos a la obesidad, lo que indicaría que las campañas para promover una vida saludable no le están llegando a este sector de la población, indica.[13] La directora regional de la OMS para Europa, Zsuzsanna Jakab, recomendó a los Estados que desarrollen una acción política ambiciosa que concentre sus esfuerzos en romper el ciclo dañino de la malnutrición y la obesidad.[14] Ella resaltó que la obesidad es uno de los desafíos de salud pública más serios del siglo XIX, ya que los niños obesos tienen más probabilidad de sufrir de diabetes tipo 2, asma, dificultades para respirar, problemas musculares, disfunciones cardiacas, así como problemas psicológicos y aislamiento social.[15]

---

[10] *Id.*
[11] *Informe Obesidad Adolescente y Comportamientos Relacionados 2002-2014. Citado en* Centro de Noticias ONU, *Sigue en aumento la obesidad adolescente en Europa,* http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=37338#.WbbMB7KGOUk, accedido el 11 de septiembre de 2017.
[12] *Id.* Énfasis suplido.
[13] *Id.*
[14] *Id.*
[15] *Id.*

En el hemisferio americano –donde la padecen más del setenta por ciento de los adultos, y uno de cada tres niños en México, Chile, Canadá y Estados Unidos– la obesidad ha alcanzado niveles de epidemia debido al abuso en el consumo de sal, azúcar y grasas.[16] Sobre este particular, el asesor regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en actividad física y nutrición, Enrique Jacoby, expuso a Radio ONU: "Estamos hablando de la primera epidemia en importancia de muertos y heridos en esta región y en el mundo, debo agregar".[17]

Aunque previamente la obesidad se consideraba un problema propio de los países ricos, actualmente la incidencia de este trastorno continúa aumentando en los países de ingresos bajos y medianos.[18] En Puerto Rico la obesidad representa un grave problema de salud. Según datos provistos por la doctora Jessica Irizarry Ramos, directora de la División de Control y Prevención de Enfermedades Crónicas del Departamento de Salud, entre 1996 y 2015 la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre adultos aumentó de 16.8 a 29.5 por ciento.[19] Entre las edades de 45 y 54 años, un alarmante 79.1 por ciento de la población padecen situaciones de sobrepeso u obesidad.[20] Estos datos reflejan que la situación que Puerto Rico confronta en este renglón es análoga con la epidemia sufrida a nivel mundial. Según hemos reseñado, frecuentemente los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física que figuran entre las causas que generan la obesidad son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; la agricultura; el transporte; la planificación urbana; el medio ambiente; el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y la educación.[21] La prevención y el tratamiento de la obesidad exigen un enfoque en el que participen todas las instancias gubernamentales y en el que las políticas de todos los sectores tengan en cuenta sistemáticamente la salud, eviten los efectos sanitarios nocivos y, por tanto, mejoren la salud de la población y la equidad en el ámbito sanitario.[22] A la luz de estas consideraciones, la Asamblea Legislativa considera conveniente y necesario que el Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes coordine e integre, además,

---

[16] Centro de Noticias ONU, *Un 70% de los adultos en México, Chile, Canadá y Estados Unidos padece obesidad, según OPS: http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=31741#.WbbMDLKGOUk,* accedido el 11 de septiembre de 2017.
[17] *Id.*
[18] OMS, *Obesidad y sobrepeso: Nota descriptiva N° 31, junio de 2016, supra.*
[19] Jessica Irizarry Ramos, MS, Ph. D., *La epidemia de la obesidad en Puerto Rico.* Presentación inédita.
[20] *Id.*
[21] OMS, *Obesidad y sobrepeso: Nota descriptiva N° 31, junio de 2016, supra.*
[22] OMS, *Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil, supra.*

todos los servicios educativos, clínicos e investigaciones relacionadas con la obesidad, en particular entre nuestra población. Sus hallazgos deben servir como vector para el desarrollo de nuevas políticas públicas que fomenten la salubridad y bienestar de nuestra gente.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1. Se enmienda el Artículo 1 de la Ley 166–2000, denominada "Ley del Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes", según enmendada, para que lea como sigue:

"Artículo 1.- Título.

Esta Ley se conocerá como "Ley del Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes *y la Obesidad*".

Sección 2. Se enmienda el Artículo 2 de la Ley 166–2000, denominada "Ley del Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes", según enmendada, para que lea como sigue:

"Artículo 2.- Creación del Centro.

Mediante esta Ley se crea una corporación pública a denominarse "Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes *y la Obesidad*" en adelante "Centro". Este Centro funcionará como una entidad independiente y separada de cualquier otra agencia o instrumentalidad del Gobierno de Puerto Rico y estará dirigida por una Junta de Directores."

Sección 3. Se enmienda el Artículo 3 de la Ley 166–2000, denominada "Ley del Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes", según enmendada, para que lea como sigue:

"Artículo 3.- Propósitos, Poderes y Funciones del Centro.

El Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes *y la Obesidad* será el organismo responsable de ejecutar la política pública en relación con la planificación, organización, operación y administración de los servicios de investigación, orientación, prevención y tratamientos para la diabetes *y la obesidad* que han de ser rendidos en Puerto Rico. Asimismo, por medio de su Junta de Directores, realizará la coordinación necesaria para sus fines y propósitos con el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, el Departamento de Salud, y los sectores privados involucrados en la prestación de servicios de *prevención y* tratamiento de diabetes *y obesidad* en Puerto Rico. El Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes *y la Obesidad* está facultado para establecer los mecanismos que crea necesarios para facturar por los servicios que otorgue de conformidad con esta Ley.

A estos fines tendrá los siguientes poderes y funciones:

(a) Preparar una agenda investigativa dirigida a buscar respuestas a las interrogantes relacionadas con la diabetes, *y/o la obesidad,* y sus complicaciones en los hispanos.

(b) Coordinar e integrar todos los servicios educativos e investigativos relacionados con la diabetes *y la obesidad.*

(c) Ayudará al desarrollo de médicos clínicos especializados en endocrinología, metabolismo y disciplinas relacionadas, profesionales de la salud e investigadores dedicados al estudio de las causas y el tratamiento de la diabetes *y la obesidad* en las poblaciones hispanas.

(d) Desarrollar un modelo que coordinará e integrará los servicios clínicos actuales dirigidos a pacientes con diabetes *y/o la obesidad.*

(e) ...

(f) Proveer educación a médicos y otros profesionales de la salud, así como a la comunidad, sobre las causas de la diabetes *y la obesidad* y su tratamiento.

(g) …

(h) …

(i) …

(j) ...

(k) …

(l) …

(m) …

(n) …

(o) …

(p) …

(q) …

(r) …

(s) …

(t) …

(u) …

(v) …

(w) …

(x) …

(y) …

(z) …"

1 Sección 4. Se enmienda el Artículo 4 de la Ley 166–2000, denominada "Ley del Centro
2 de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes", según enmendada, para
3 que lea como sigue:
4 "Artículo 4.-Junta de Directores.
5 Los poderes del Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la
6 Diabetes *y la Obesidad* estarán conferidos a, y los ejercerá su Junta de Directores.
7 Los miembros de la Junta serán mayores de edad, residentes de Puerto Rico y
8 comprometidos a promover el desarrollo del campo de la investigación y tratamiento de la
9 diabetes *y/o la obesidad.*
10 La Junta estará integrada por nueve (9) miembros de los cuales los siguientes dos (2)
11 serán miembros ex officio: el Secretario del Departamento de Salud de Puerto Rico, o su
12 representante designado quienes deben tener la capacidad, conocimientos y poder decisional
13 para representar de forma efectiva al funcionario ejecutivo que sustituyen. Los designados
14 deberán responder directamente al Jefe de la Agencia, quien a su vez, será responsable de las
15 determinaciones que se tomen en la Junta. Además, formaran parte de la Junta el Rector del
16 Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.
17 De los siete (7) miembros restantes, dos (2) de los miembros serán representantes de
18 alguna asociación o fundación de diabetes *y/u obesidad* de fines no pecuniarios debidamente
19 inscrita en el Departamento de Estado de Puerto Rico; los restantes dos (2) miembros serán
20 médicos especialistas en endocrinología, de los cuales uno será endocrinólogo pediátrico; un
21 miembro será un investigador especialista en epidemiología; un miembro será investigador en
22 ciencias básicas relacionada a la diabetes *y/o la obesidad* y el séptimo miembro será una
23 persona de la comunidad, paciente de diabetes *y/u obesidad.* Estos siete (7) miembros serán

1 nombrados por el Gobernador de Puerto Rico; dos (2) de los cuales recibirán el
2 nombramiento por el término inicial de dos (2) años, dos (2) por un término incial de tres (3)
3 años y los otros tres (3) por un término de cuatro (4) años. Según vaya expirando sus términos
4 iniciales, el Gobernador nombrará sus sucesores por un término de cuatro (4) años.

5 De surgir una vacante, en caso de renuncia, muerte o destitución, la Junta de Directores
6 seleccionará a una persona para sustituir el miembro renunciante, fallecido o destituido, el
7 cual ocupará la posición por el período de tiempo no cumplido por el incumbente original.

8 La Junta designará un Presidente, un Vicepresidente y un Secretario. Cinco (5) miembros
9 de la Junta constituirán quórum para conducir los asuntos de ésta y para cualquier otro fin y
10 todo acuerdo de Junta se tomará con el voto concurrente por lo menos cinco (5) de sus
11 miembros, uno de los cuales tendrá que ser uno de los ex officio. Será deber de la Junta
12 nombrar un Director Ejecutivo a quien delegará los poderes y facultades necesarios y será
13 responsable de las fases operacionales y administrativas del Centro.

14 La Junta nombrará un Director Médico, quien responderá al Director Ejecutivo
15 exceptuándose las decisiones de carácter médico. El Director Ejecutivo y el Director Médico
16 someterán informes trimestrales y anuales a la Junta relativos a sus actividades operacionales,
17 médicas y financieras.

18 Cualquier diferencia entre el Director Médico y el Director Ejecutivo sobre el carácter
19 médico de una decisión será sometida a la Junta de Directores, cuya decisión será final y
20 firme. La Junta de Directores podrá delegar esta facultad en un Comité Especial de tres (3)
21 personas para resolver la diferencia de criterio sobre el carácter médico."

Sección 5. Se enmienda el Artículo 7 de la Ley 166–2000, denominada "Ley del Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes", según enmendada, para que lea como sigue:

"Artículo 7.-Presupuesto.

La Junta de Directores del Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes *y la Obesidad* someterá anualmente a la Asamblea Legislativa, a través de la Oficina del Gobernador, un presupuesto de gastos de operaciones y de inversiones de capital que demuestre un cuadro de probables ingresos y de un programa de desembolsos basados en un plan de trabajo y de servicios a prestar por el Centro para el próximo año fiscal. La Junta de Directores del Centro establecerá los controles fiscales, presupuestarios y de costos que sean necesarios para mantener el presupuesto dentro de los límites de los ingresos anticipados para no incurrir en deficiencia."

Sección 6. Se enmienda el Artículo 8 de la Ley 166–2000, denominada "Ley del Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes", según enmendada, para que lea como sigue:

"Artículo 8.-Informes.

El Director Ejecutivo del Centro de Investigaciones, Educación y de Servicios Médicos para la Diabetes *y la Obesidad* rendirá un informe semestral a la Junta de Directores, quien a su vez remitirá copia al Gobernador o al funcionario en quien él delegue, sobre la labor realizada por el Centro."

Sección 7. Se enmienda el Artículo 10 de la Ley 166–2000, denominada "Ley del Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes", según enmendada, para que lea como sigue:

"Artículo 10.-Bonos.

(a) Se autoriza al Centro de Investigaciones, Educación y Servicios Médicos para la Diabetes *y la Obesidad* emitir de una vez, o de tiempo en tiempo, bonos para los propósitos de esta ley. Los bonos de cada emisión llevarán la fecha, vencerán en plazo o plazos que no excedan de cuarenta (40) años desde sus respectivas fechas y devengarán intereses al tiempo que no excederán al tipo máximo de interés establecido en ley para la venta de bonos del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, según lo determine el Centro y podrán ser redimidos antes de su vencimiento, a opción del Centro, a aquel precio o precios y bajo aquellos términos y condiciones que puedan ser determinados por el Centro con antelación a la emisión de bonos. El Centro determinará la forma y modo de ejecutar los bonos y el lugar o lugares donde se pagará el principal y los intereses de los mismos. Cuando un bono o cupón lleve la firma o facsímil será, no obstante, válida y suficiente, considerándose para todos los propósitos como si el funcionario hubiere permanecido en su cargo hasta dicha entrega. No obstante, cualquier otra disposición en esta Ley o del lenguaje en cualesquiera bonos emitidos a tenor con las disposiciones del mismo, tales bonos se considerarán instrumentos negociables bajo las leyes del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Los bonos podrán emitirse en forma de cupones o en forma registrable, o en ambas formas, según lo determine el Centro, y podrá proveerse para el registro de cualesquiera bonos de cupones en cuanto a principal e intereses. El Centro podrá vender dichos bonos en tal forma, en venta pública o privada, y por aquel precio o precios no menor del por ciento de su valor a la par establecido en ley para la venta de bonos del Gobierno de Puerto Rico, que ella determinare es más

conveniente para los intereses del Centro. El producto de cada emisión de bonos se utilizará exclusivamente para el propósito para el cual dichos bonos han sido autorizados y se desembolsará en tal forma y bajo tales restricciones, si algunas, que el Centro pueda disponer en la resolución autorizando la emisión de tales bonos o en el contrato de fideicomiso garantizando los bonos. La resolución disponiendo para la emisión de los bonos y cualquier contrato de fideicomiso garantizando los mismos, podrá contener aquellas limitaciones en cuanto a la emisión de bonos adicionales, que el Centro pueda determinar. En anticipación a la preparación de los bonos definitivos, el Centro podrá emitir recibos interinos o bonos transitorios con o sin cupones canjeables por los bonos definitivos al terminar la preparación de los mismos. El Centro podrá proveer para el reemplazo de cualesquiera bonos que puedan ser mutilados, destruidos o perdidos.

(b) ...

(c) ..."

Sección 8. Vigencia.

Esta Ley comenzará a regir noventa (90) días después de su aprobación.

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18va. Asamblea Legislativa

ORIGINAL

5ta. Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 1160

INFORME POSITIVO

11 de junio de 2019

AL SENADO DE PUERTO RICO

La Comisión de Salud, previo estudio y consideración, recomienda la aprobación del P. del S. 1160, sin enmiendas.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El **P. del S. 1160** tiene el propósito declarar el mes de septiembre de cada año como el "Mes de la Concienciación de la Enfermedad del Alzheimer" y el 21 de septiembre de cada año como el "Día de la Concienciación de la Enfermedad del Alzheimer", con el propósito de educar y sensibilizar a la ciudadanía sobre esta enfermedad; y para otros fines relacionados.

Surge de la exposición de motivos que el Alzheimer es una enfermedad neurológica progresiva, degenerativa, y eventualmente fatal que afecta a muchas personas de edad avanzada. Fue descubierto en el 1906, por el neuropatólogo alemán, Alois Alzheimer. El Alzheimer se denomina también, como demencia senil de tipo Alzheimer (DSTA).

Es la forma más común de demencia, un término general que se aplica a la pérdida de memoria y otras habilidades cognitivas que interfieren con la vida cotidiana. La enfermedad de Alzheimer es responsable de entre un 60 y un 80 por ciento de los casos de demencia.

El Alzheimer es una enfermedad progresiva, en la que los síntomas de demencia empeoran gradualmente con el paso de los años. En sus primeras etapas, la pérdida de memoria es leve, pero en la etapa final del Alzheimer, las personas pierden la capacidad de mantener una conversación y responder al entorno. El Alzheimer es la sexta principal

causa de muerte en los Estados Unidos.

La parte expositiva concluye que lamentablemente, el Alzheimer no tiene cura. Sin embargo, aunque existen tratamientos, éstos lamentablemente, no pueden detener el avance de la enfermedad. En virtud de lo antes expuesto, esta Asamblea Legislativa considera meritorio que, en aras de sensibilizar y educar a la población sobre dicha enfermedad, se declare el mes de septiembre de cada año como el "Mes de la Concienciación de la Enfermedad del Alzheimer" y se decrete el 21 de septiembre de cada año, como el "Día de la Concienciación de la Enfermedad del Alzheimer".

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Para la evaluación de la medida de referencia, la Comisión de Salud del Senado solicitó memoriales explicativos a la Asociación de Pacientes de Alzheimer, el Departamento de Salud, la Federación de Alzheimer y la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP). A continuación, esbozamos los comentarios recibidos.

La Asociación del Alzheimer de Puerto Rico, manifiesta que, a pesar de estudios e investigaciones científicas, desde que por primera vez el Dr. Aloisius Alzheimer describiera la enfermedad, en 113 años, no se ha desarrollado un medicamento que pueda detener la Neuro-degenerativa enfermedad. Indican que 40 años atrás, la palabra Alzheimer no existía en nuestro vocabulario; hoy es parte de nuestro diario vivir o como se dice en el argot pueblerino, "el pan de cada día" en casi todos los círculos familiares.

Sostienen que, en el mundo, cada 3 segundos (70 segundos en EEUU) se diagnostica una persona con algún tipo de demencia. Señalan que a pesar de que carecemos de estadísticas confiables, en Puerto Rico se estima que hay más de 65,000 personas con algún tipo de demencia y que solo un minúsculo por ciento está diagnosticado. Consideran que no tenemos el compromiso de los médicos y hospitales para reportar las incidencias actuales y mucho menos el conocimiento de los familiares para tomar la acción necesaria en su dado momento. Añaden que con el aumento de nuestra población de envejecientes, esta incidencia va a seguir aumentando en proporciones considerables.

Aseveran que no existe familia en Puerto Rico que no haya tenido, directa o indirectamente roce con la enfermedad de Alzheimer, aunque es posible que se viva en negación o se viva con el estigma de no aceptar dicha condición. Se cuestionan y citamos: *"si nos avergonzamos de expresar o dejar saber a todos de que alguien en nuestra familia padece de hipertensión, cáncer, problemas cardiacos, diabetes u otras comorbilidades, ¿pero Alzheimer? Ni que fuera la lepra"*. Entienden que se necesita educación constante para concienciar a nuestra comunidad.

Señalan que, por conocimiento propio, saben que por lo menos en 86 países de

mundo, desde el 1994 se han establecido decretos y han declarado el mes de septiembre como el mes de concienciación de la enfermedad de Alzheimer y observan el 21 de septiembre con el mismo propósito. Consideran que es tiempo que Puerto Rico se una a esta iniciativa que tan crasamente se necesita en nuestra isla.

Concluyen que son una organización sin fines de lucro, bajo las leyes de Puerto Rico desde el 1983; cumpliendo con su misión y visión de educar para lograr la detección temprana y proveer servicios de apoyo para ayudar a las personas afectadas, sus familiares y cuidadores a manejar adecuadamente los retos del Alzheimer en sus diferentes etapas en pos de su calidad de vida y dignidad.

Finalmente muestran su apoyo al Proyecto del Senado 1160, para declarar el mes de septiembre de cada año como el "Mes de la Concienciación de la Enfermedad de Alzheimer" y se decrete el 21 de septiembre como "El Día de la Concienciación de la Enfermedad de Alzheimer".

AMUS

El **Departamento de Salud**, determina que luego de analizar la medida de referencia y consultar la misma con el Centro y Registro de Alzheimer adscrito al Departamento de Salud, apoyan favorablemente la misma.

Explican que el Alzheimer es una enfermedad neurológica progresiva que afecta los procesos mentales como memoria, capacidad de atención y aprendizaje, funciones ejecutivas, así como la capacidad de lenguaje, entre otras.

Sostienen que la enfermedad de Alzheimer representa uno de los grandes retos de salud pública a nivel mundial. Por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como el Departamento de Salud de Puerto Rico, la han colocado como una prioridad en salud pública. Se cree que en el mundo hay aproximadamente 44 millones de personas con la condición, y esto duplicará para el 2030 y triplicará para el 2050.

Manifiestan que la enfermedad de Alzheimer es la cuarta causa de muerte en Puerto Rico, y la sexta en los Estados Unidos. Se cree que su prevalencia aumentará debido al rápido envejecimiento de la población. Indican que actualmente, se estima que hay 60,000 personas con la condición, y solamente un 50% tiene un diagnóstico médico. Lo que pone de manifiesto el problema de salud pública que enfrenta el país con relación a esta enfermedad.

Mencionan que, en Puerto Rico, se estima que el 12.5% de los adultos de 65 años o más desarrollarán la condición. Expresan que cuando se analiza la mortalidad, hay un incremento de casos de personas que mueren por la condición cada año.

Detallan que cuando se evalúan estos mismos datos por sexo, las mujeres tienen el doble de muertes por la enfermedad en comparación con los hombres. Por su parte,

los datos alarmantes de factores de riesgo en Puerto Rico (diabetes, hipertensión, sobrepeso, obesidad, etc.) aportan al aumento en la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer.

Explican que como parte de la aprobación de la Ley Núm. 237 del 15 de agosto de 1999, según enmendada, conocida como "Ley para establecer el Registro de Casos de la Enfermedad de Alzheimer" se creó el Centro y Registro de Alzheimer bajo la coordinación de Departamento de Salud. Esta Ley fue fortalecida con la creación de órdenes administrativas emitidas por el Secretario de Salud, como la Orden Administrativa 302 de 3 de junio de 2013.

Indican que, de igual forma, la promulgación del Reglamento del Secretario de Salud Núm. 129 además de establecer el registro de casos de personas con la condición de Alzheimer, creó el Comité Asesor de Alzheimer de Puerto Rico. Este Comité está compuesto por diferentes representantes de agencias públicas, privadas, del tercer sector y la comunidad.

AMS

En virtud de lo antes dispuesto, avalan la creación de una política pública que fomente la concienciación de la enfermedad de Alzheimer, tal y como dispone este proyecto, y por supuesto el bienestar de los cuidadores a través de actividades dirigidas a la prevención y promoción de la salud durante el mes de septiembre.

Concluyen que es deber del Gobierno de Puerto Rico el fomentar políticas públicas dirigidas a la creación de intervenciones que impacten de forma positiva la vida de las personas con la condición y sus cuidadores. Entienden que cualquier campaña publicitaria necesita recursos económicos para hacerla realidad; la medida de autos no asigna fondos para las actividades de concienciación que propone. Por lo tanto, consideran que, por la delicada situación del Departamento de Salud, resulta imprescindible que se identifiquen y asignen fondos suficientes y recurrentes para que el proyecto pueda materializarse.

La **Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP)** expone que, aunque el asunto aquí atendido representa un esfuerzo legislativo legítimo por parte de la Legislatura, en la misión de crear conciencia y educar a la ciudadanía sobre la enfermedad de Alzheimer, entienden que los asuntos específicos planteados en la medida no corresponden al área de competencia de la Oficina de Gerencia y Presupuesto; sino, del Departamento de Salud.

Explican que, desde el punto de vista gerencial, de acuerdo a las funciones delegadas al Departamento de Salud, esa agencia está facultada para llevar a cabo lo aquí propuesto. Señalan que, desde una perspectiva presupuestaria, consideran que el impacto fiscal de esta pieza legislativa no sería sustancial, por lo que avalan la aprobación de la misma. No obstante, señalan que de ser necesario fondos para dar cumplimiento a

esta medida, deberá ser con cargo al presupuesto asignado al Departamento de Salud.

Sobre los aspectos sustantivos de la medida, dan deferencia a los comentarios que el Departamento de Salud y el Centro para la Coordinación de Servicios a Personas Afectadas con la Enfermedad del Alzheimer tengan a bien realizar.

CONCLUSIÓN

Luego de evaluar el presente Proyecto, la Comisión de Salud del Senado entiende meritorio y loable el que se establezca el mes de septiembre de cada año como el "Mes de la Concienciación de la Enfermedad del Alzheimer", de esta manera se le provee al pueblo educación sobre dicha condición que afecta nuestros ciudadanos de edad avanzada.

La enfermedad de Alzheimer es una neuro-degenerativa y con un aumento significativo en la población de mayores de 60 años; además es la cuarta causa de muerte en Puerto Rico. De los datos evaluados surge, que tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el Departamento de Salud. Así las cosas, la Comisión de Salud del Senado reconoce la importancia de promover la educación y sensibilizar a la población sobre esta enfermedad.

Por lo antes expuesto, la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, recomienda a este Alto Cuerpo la aprobación del P. del S. 1160, sin enmiendas.

Respetuosamente sometido,

Hon. Ángel Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18va. Asamblea Legislativa

5ta. Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 1160

13 de diciembre de 2018

Presentada por la señora *Padilla Alvelo*

Referido a la Comisión de Salud

Anals

LEY

Para declarar el mes de septiembre de cada año como el "Mes de la Concienciación de la Enfermedad del Alzheimer" y el 21 de septiembre de cada año como el "Día de la Concienciación de la Enfermedad del Alzheimer", con el propósito de educar y sensibilizar a la ciudadanía sobre esta enfermedad; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El Alzheimer es una enfermedad neurológica progresiva, degenerativa, y eventualmente fatal que afecta a muchas personas de edad avanzada. Fue descubierto en el 1906, por el neuropatólogo alemán, Alois Alzheimer. El Alzheimer se denomina también, como demencia senil de tipo Alzheimer (DSTA). Es la forma más común de demencia, un término general que se aplica a la pérdida de memoria y otras habilidades cognitivas que interfieren con la vida cotidiana. La enfermedad de Alzheimer es responsable de entre un 60 y un 80 por ciento de los casos de demencia.

El Alzheimer es una enfermedad progresiva, en la que los síntomas de demencia empeoran gradualmente con el paso de los años. En sus primeras etapas, la pérdida de

memoria es leve, pero en la etapa final del Alzheimer, las personas pierden la capacidad de mantener una conversación y responder al entorno. El Alzheimer es la sexta principal causa de muerte en los Estados Unidos.

Lamentablemente, el Alzheimer no tiene cura. Sin embargo, aunque existen tratamientos, éstos lamentablemente, no pueden detener el avance de la enfermedad. En virtud de lo antes expuesto, esta Asamblea Legislativa considera meritorio que, en aras de sensibilizar y educar a la población sobre dicha enfermedad, se declare el mes de septiembre de cada año como el "Mes de la Concienciación de la Enfermedad del Alzheimer" y se decrete el 21 de septiembre de cada año, como el "Día de la Concienciación de la Enfermedad del Alzheimer".

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.- Se declara el mes de septiembre de cada año como el "Mes de la Concienciación de la Enfermedad del Alzheimer". Asimismo, se decreta el 21 de septiembre de cada año como el "Día de la Concienciación de la Enfermedad de Alzheimer", con el propósito de educar y sensibilizar a la ciudadanía sobre esta enfermedad.

Artículo 2. – El Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico, en conjunto con el Centro para la Coordinación de Servicios a Personas Afectadas con la Enfermedad del Alzheimer, tendrán a su cargo la coordinación y celebración de actividades que promuevan la concienciación del Alzheimer.

Artículo 3. - Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18 va Asamblea Legislativa

ORIGINAL

5 ta Sesión Ordinaria

RECIBIDO JUN 13 '19 9:10
TRAMITES Y TESORERIA SENADO PR

SENADO DE PUERTO RICO

13 de junio de 2019

Segundo Informe Positivo sobre

el P. del S. 1209

AL SENADO DE PUERTO RICO

La Comisión de Banca, Comercio y Cooperativismo del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración del **P. del S. 1209 recomienda** a este Honorable Alto Cuerpo **la aprobación de esta medida con las enmiendas contenidas en el Entirillado Electrónico que acompaña este informe.**

ALCANCE DE LA MEDIDA

El P. del S. 1209, persigue enmendar las Secciones 1.2, 2.2 y 3.4 de la Ley Núm. 136-2010, según enmendada, conocida como "Ley para Regular los Negocios de Servicios Monetarios", a los fines de armonizar las disposiciones sobre prácticas investigativas y sobre la fianza requerida para obtener la licencia para dedicarse al Negocio de Transferencias Monetarias, con aquellas utilizadas a través de los Estados Unidos de América, según las disposiciones de la "Ley Uniforme de Servicios Monetarios"; y para otros fines relacionados.

ANALISIS DE LA MEDIDA

La Ley Núm. 136-2010, conocida como "Ley para Regular los Negocios de Servicios Monetarios", fue promulgada usando como modelo la "Ley Uniforme de Servicios Monetarios" aprobada por el National Conference of Commissioners on Uniform State Laws.

Se desprende de la Exposición de Motivos del P. del S. 1209 que la mayoría de las jurisdicciones en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico, ha incorporado la Ley Uniforme con el propósito de establecer y mantener una industria financiera

robusta, pero a su vez segura, al incluir medidas dirigidas a regular de manera estricta y uniforme lo relativo al lavado de dinero.

Uno de los sectores emergentes en la industria de servicios financieros se denomina como "Fintech", este incluye innovaciones tecnológicas que le facilitan al consumidor realizar transacciones comerciales tales como pago por servicios por medio electrónico, tarjetas prepagadas y transferencia de fondos, entre otros.

Establece entonces la Exposición de Motivos del P. del S. 1209 que, en Puerto Rico, el Negocio de Transferencias Monetarias, regulado por la Ley Núm. 136-2010, según enmendada se realiza mayormente por mecanismos electrónicos y a través de compañías que desarrollan plataformas modernas para proveer este servicio.

Por lo expuesto en el párrafo anterior se entiende necesario que se promulgue nueva legislación que posicione la isla como una jurisdicción que fomente un ambiente favorable para el desarrollo de los servicios financieros que prestan las instituciones de tecnología financiera, sin claudicar a la obligación de velar y proteger la seguridad, y evitar el lavado de dinero.

Manifiesta, por otro lado, la Exposición de Motivos del P. del S. 1209 que las disposiciones de la Ley Núm. 136-2010, según enmendada, tiene un impacto sobre la industria, en particular la fianza requerida para obtener una licencia para establecer negocios de transferencias monetarias. Surge que la fórmula establecida para el requisito de fianza crea un impedimento para que esta industria pueda florecer ya que impone unos costos excesivos que no tienen una correlación con salvaguardar la seguridad y proteger al consumidor. Estas disposiciones establecen que el monto de la fianza será a base de la cantidad de oficinas y agentes autorizados, y no contienen un límite a la cantidad de fianza que se exige. En cambio, tanto la Ley Uniforme como la mayoría de las leyes de los diferentes estados de la nación americana, contienen topes en el monto de las fianzas que se exigen. A manera de ejemplo, las leyes de Nueva York, Florida, Delaware y Kansas, entre otros, establecen topes en las fianzas.

Concluye el autor en su Exposición de Motivos que el no incorporar límites razonables a las cantidades exigidas de fianzas para las licencias del Negocio de Transferencias Monetarias en la isla constituye un disuasivo para que esta industria de servicios financieros tecnológicos se establezca en Puerto Rico y no crea un ambiente que promueva su crecimiento. Indica además que, las entidades que se dedican al Negocio de Transferencias Monetarias a través de agentes autorizados, que en su mayoría son pequeños negocios de la comunidad, se verían obligados a concentrar su negocio a través de cadenas grandes y multinacionales, afectando directamente al pequeño comerciante y a la población en general al tener un acceso más limitado a este tipo de servicio.

Por todo lo anterior, se entiende necesario que esta Asamblea Legislativa enmienda las disposiciones de la Ley Núm. 136-2010, según enmendada, para imponer topes a la fianza que se requiere para el Negocio de Transferencias Monetarias y uniformar los formularios y las prácticas investigativas con otras jurisdicciones de los Estado Unidos de América.

En orden de cumplir responsablemente y conforme con los deberes y funciones de esta Comisión, se solicitaron memoriales explicativos. A continuación, presentamos un resumen de las recomendaciones y comentarios esbozados por las agencias o entidades.

La **Oficina del Comisionado de Instituciones Financieras** (en adelante "OCIF"), establece en su ponencia que avala lo dispuesto por el P. del S. 1209.

Manifiesta la OCIF que coincide con lo expresado en la Exposición de Motivos de la pieza legislativa ante nuestra consideración y que entiende que estos cambios facilitan el proceso de licenciamiento a través del ahora conocido Nationwide Multistate Licensing System and Registry, a la vez que permiten que el negocio de servicios monetarios florezca, benefician al pequeño comerciante y salvaguardan la seguridad del consumidor de estos servicios financieros.

La compañía **MoneyGram**, indicó a través de su representante, el licenciado Miguel Hernández Vivoni que está de acuerdo con la aprobación de la medida, *"siempre y cuando Puerto Rico utilice completamente el sistema Nationwide Mortgage Licensing System and Registry (NMLS) y deje de continuar la práctica de solicitar informes adicionales a los requeridos por NMLS. Actualmente, se requieren informes que NO están dentro del NMLS; por ejemplo (a) informe mensual sobre envíos y recibos de $5000 o más; (b) informe trimestral de SAR, CTR e información de cuenta; (c) informe anual de renovaciones que incluyen el pago de agentes."*

Es importante señalar que como parte de la evaluación realizada por esta Honorable Comisión se le pidió a la OCIF información sobre los informes a los que hace referencia MoneyGram en sus comentarios.

En su respuesta, la OCIF indica que no objetan esos argumentos, sin embargo, aclaran lo siguiente sobre los informes mencionados.

1. Informe mensual sobre envíos y recibos de cinco mil dólares ($5,000) o más
   a. Indica OCIF que este informe se radica mensualmente al Departamento de Hacienda, por lo que esa oficina no tiene jurisdicción.

2. Informes Trimestrales
   a. Explica OCIF que al radicar el MSB Call Report en el NMLS ya cumplen con la radicación de informes trimestrales.

3. Informe de CTR y SAR's con la renovación
   a. Explica OCIF que, aunque en el pasado requerían un informe de cierre de año, el mismo podría ser eliminado.

4. Pago de los agentes
   a. Manifiesta OCIF que como parte de los cambios que están poniendo en vigor, próximamente implementaran el emitir facturas a través del NMLS de manera que las entidades puedan pagar por sus agentes directamente en el sistema, sin tener que emitir un cheque ni tener que enviarlos por "carrier" a OCIF.

Por su parte, la compañía Western Union, informó a esta Honorable Comisión mediante correo electrónico recibido de su representante en la isla, Sra. Rosana Roig en fecha del 27 de marzo de 2019, que no expresarán su opinión sobre la pieza ante nuestra consideración.

IMPACTO FINANCIERO

La Comisión de Banca, Comercio y Cooperativismo del Senado de Puerto Rico entiende que lo dispuesto por el P. del S. 1209 no tiene un impacto negativo en las finanzas del gobierno central, corporaciones o municipios.

CONCLUSIÓN

En los momentos de grandes retos fiscales que enfrenta Puerto Rico, es importante posicionar la isla como una jurisdicción que fomente un ambiente favorable para el desarrollo de los servicios financieros que prestan las instituciones de tecnología financiera.

Las enmiendas propuestas en el P. del S. 1209 no solo colocan a Puerto Rico en el mismo nivel de la mayoría de los estados al incorporar la "Ley Uniforme de Servicios Monetarios" aprobada por el National Conference of Commissioners on Uniform State Laws, sino que contribuye a que la isla se presente como un lugar atractivo para este tipo de negocios.

Bajo el estatuto actual, la Ley Núm. 136-2010, según enmendada, las disposiciones tienen un impacto sobre la industria, en particular la fianza requerida para obtener una licencia para establecer negocios de transferencias monetarias, pues a diferencia de la Ley Uniforme y la mayoría de los estados no contiene topes en el monto de las mismas. Esto se atiende con las enmiendas contenidas en la pieza legislativa ante nuestra consideración.

Por todo lo antes expuesto, la Comisión de Banca, Comercio y Cooperativismo del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración del **P. del S. 1209 recomienda** a este Honorable Alto Cuerpo **la aprobación de esta medida con las enmiendas contenidas en el Entirillado Electrónico que acompaña este informe.**

Respetuosamente sometido,

Hon. Eric Correa Rivera
Presidente
Comisión de Banca, Comercio y Cooperativismo
Senado de Puerto Rico

ENTIRILLADO ELECTRÓNICO

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18va. Asamblea Legislativa

5ta. Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 1209

1 de marzo de 2019

Presentado por los señores *Bhatia Gautier, Ríos Santiago* y *Romero Lugo*

Referido a la Comisión de Banca, Comercio y Cooperativismo

LEY

Para enmendar las Secciones 1.2, 2.2 y 3.4 de la Ley Núm. 136-2010, según enmendada, conocida como "Ley para Regular los Negocios de Servicios Monetarios", a los fines de armonizar las disposiciones sobre prácticas investigativas y sobre la fianza requerida para obtener la licencia para dedicarse al Negocio de Transferencias Monetarias, con aquellas utilizadas a través de los Estados Unidos de América, según las disposiciones de la "Ley Uniforme de Servicios Monetarios"; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En el año 2010, la Asamblea Legislativa dio un paso de avanzada al aprobar la "Ley para Regular los Negocios de Servicios Monetarios", convirtiéndose en la Ley Núm. 136-2010. Para ello, se utilizó como modelo la "Ley Uniforme de Servicios Monetarios" (en adelante, la "Ley Uniforme"), aprobada por el *National Conference of Commissioners on Uniform State Laws*.

La mayoría de las jurisdicciones en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico, ha incorporado la Ley Uniforme con el propósito de establecer y mantener una industria financiera robusta, pero a su vez segura, al incluir medidas dirigidas a regular de manera estricta y uniforme lo relativo al lavado de dinero.

Uno de los sectores emergentes en la industria de servicios ~~financiaros~~ *financieros* se denomina como "Fintech". Este sector de la industria financiera incluye innovaciones tecnológicas que le facilitan al consumidor realizar transacciones comerciales tales como pago por servicios por medio electrónico, tarjetas prepagadas y transferencia de fondos, entre otros.

En Puerto Rico, el Negocio de Transferencias Monetarias es regulado por la Ley *Núm.* 136-2010, según enmendada. Gran parte, si no la totalidad, de dicho negocio se realiza por mecanismos electrónicos y a través de compañías que desarrollan plataformas modernas para proveer este servicio.

Esta Asamblea Legislativa entiende apremiante que Puerto Rico se posicione como una jurisdicción que fomente un ambiente favorable para el desarrollo de los servicios financieros que prestan las instituciones de tecnología financiera, sin claudicar a la obligación de velar y proteger la seguridad, y evitar el lavado de dinero.

Al examinar las disposiciones de la Ley *Núm.* 136-2010, según enmendada, y el impacto que la misma tiene sobre la industria, en particular la fianza requerida para obtener una licencia para establecer negocios de transferencias monetarias, surge que la fórmula establecida para el requisito de fianza crea un impedimento para que esta industria pueda florecer ya que impone unos costos excesivos que no tienen una correlación con salvaguardar la seguridad y proteger al consumidor. Estas disposiciones establecen que el monto de la fianza será a base de la cantidad de oficinas y agentes autorizados, y no contienen un límite a la cantidad de fianza que se exige. En cambio, tanto la Ley Uniforme como la mayoría de las leyes de los diferentes estados de la nación americana, contienen topes en el monto de las fianzas que se exigen. A manera de ejemplo, las leyes de Nueva York, Florida, Delaware y Kansas, entre otros, establecen topes en las fianzas.

Esta Asamblea Legislativa ~~encuentra~~ *entiende* que el no incorporar límites razonables a las cantidades exigidas de fianzas para las licencias del Negocio de Transferencias Monetarias constituye un disuasivo para que esta industria de servicios

financieros tecnológicos se establezca en Puerto Rico y no crea un ambiente que promueva su crecimiento. Más aún, las entidades que se dedican al Negocio de Transferencias Monetarias a través de agentes autorizados, que en su mayoría son pequeños negocios de la comunidad, se verían obligados a concentrar su negocio a través de cadenas grandes y multinacionales, afectando directamente al pequeño comerciante y a la población en general al tener un acceso más limitado a este tipo de servicio.

Por otro lado, en los últimos años, con el propósito de velar por el bienestar de los ciudadanos y, brindar confianza y transparencia en esta industria, los reguladores estatales se han movido a trabajar las licencias relacionadas a los negocios de servicios monetarios a través del sistema *Nationwide Mortgage Licensing System and Registry,* un sistema de registro que incrementa y centraliza la información disponible a los reguladores estatales, a la industria y al público en general sobre los concesionarios de licencias. A base de ello, es pertinente que se enmiende la Ley *Núm.* 136-2010, según enmendada, para adoptar la utilización del sistema y las reglas investigativas que el sistema provee.

Por todo lo anterior, esta Asamblea Legislativa entiende necesario enmendar las disposiciones de la Ley *Núm.* 136-2010, según enmendada, para imponer topes a la fianza que se requiere para el Negocio de Transferencias Monetarias y uniformar los formularios y las prácticas investigativas con otras jurisdicciones de los Estado Unidos de América.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1. – Se enmienda la Sección 1.2 de la Ley *Núm.* 136-2010, según enmendada, *conocida como "Ley para Regular los Negocios de Servicios Monetarios",* para que lea como sigue:

"Sección 1.2. Definiciones

Para los propósitos ...

(a) ...

...

(z) ...

(aa) Volumen de negocios. Significa la cantidad total de ingresos que genera un concesionario durante un periodo de tiempo determinado."

Artículo 2. - Se enmienda la Sección 2.2 de la Ley *Núm.* 136-2010, según enmendada, *conocida como "Ley para Regular los Negocios de Servicios Monetarios",* para que lea como sigue:

"Sección 2.2 Solicitud de Licencia

(a) La persona que interese obtener una licencia para dedicarse a algún negocio de servicio monetario radicará una solicitud ante la OCIF**[.]**, *utilizando los formularios provistos, así como el sistema provisto por el Nationwide Mortgage Licensing System and Registry.* La misma contendrá:

(1) ...

...

(6) certificado de antecedentes penales del peticionario, así como una lista de los litigios y/o querellas en Puerto Rico o federales, en los cuales el peticionario haya estado involucrado durante los cinco (5) años anteriores a la radicación de la solicitud[.] *o, en su lugar, deberá proporcionar al Nationwide Mortgage Licensing System and Registry sus huellas dactilares para su presentación al Federal Bureau of Investigations*

y a cualquier otra agencia o entidad gubernamental autorizada a recibir dicha información, para una investigación de antecedentes penales. En el caso de las personas jurídicas, aplicará lo dispuesto en el inciso (b)(5) de esta Sección;

...

(12) ...

(b) Si el peticionario es una persona jurídica, deberá presentar además:

(1) ...

...

(5) certificado de antecedentes penales, así como una lista de los litigios y/o querellas en Puerto Rico o federales, en los que cualquier socio, accionista, director u oficial ejecutivo haya estado involucrado durante los cinco (5) años anteriores a la radicación de la solicitud**[;]** *o, en su lugar, todas las personas cuya cualificación se exige conforme a esta Ley, deberán proporcionar al Nationwide Mortgage Licensing System and Registry sus huellas dactilares para su presentación al Federal Bureau of Investigations y a cualquier otra agencia o entidad gubernamental autorizada a recibir dicha información, para una investigación de antecedentes penales;*

(6) ...

..."

Artículo 3. – Se enmienda la Sección 3.4 de la Ley *Núm.* 136-2010, según enmendada, *conocida como "Ley para Regular los Negocios de Servicios Monetarios",* para que lea como sigue:

"Sección 3.4 Fianza

(a) Todo peticionario de una licencia para ofrecer servicios de Transferencias Monetarias deberá presentar junto con su solicitud una fianza que responda por el fiel cumplimiento a las disposiciones de esta Ley, y *las* reglas o reglamentos que podrían ser adoptados al amparo de la misma. Dicha fianza responderá a cualquier persona, incluyendo la OCIF, y será por la cantidad de quinientos mil **[(500,000)]** dólares**[,]** *($500,000),* si el peticionario se propone hacer negocios en una sola oficina. Por cada oficina adicional o agente autorizado para conducir su negocio, la fianza requerida será aumentada en la cantidad de diez mil **[(10,000)]** dólares**[.]** *($10,000), hasta un máximo de dos millones de dólares ($2,000,000).* No obstante, el Comisionado podrá requerir una fianza **[mayor]** *en exceso a los dos millones de dólares ($2,000,000),* basado en el volumen de negocios del concesionario y de la situación financiera de éste. La fianza se renovará anualmente.

Dentro de los términos y condiciones de cada contrato de fianza, se deberá especificar que la misma responderá por las reclamaciones presentadas por cualquier persona, incluyendo la OCIF, por un período no

menor de cinco (5) años, desde la fecha de ocurrencia de los hechos que dieron lugar a la reclamación.

(b) ...

..."

Artículo 4. - Reglamentación

Se ordena al Comisionado de Instituciones Financieras a adoptar en un término de *treinta* (30) días la reglamentación necesaria para cumplir con las disposiciones de esta Ley.

Artículo 5. – Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18va Asamblea Legislativa

ORIGINAL

5ta Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. DEL S. 360

INFORME FINAL

5 de junio de 2019

AL SENADO DE PUERTO RICO

La Comisión de Salud, previo estudio y consideración de la **R. del S. 360**, presenta a este Alto Cuerpo Legislativo el **Informe Final** con sus hallazgos, recomendaciones y conclusiones.

ALCANCE DE LA MEDIDA

La **R. del S. 360** tiene el propósito de ordenar a la Comisión de Salud del Senado realizar una investigación abarcadora sobre las alegadas prácticas de las compañías aseguradoras de incumplir con los contratos suscritos con los proveedores de servicios de salud al no pagar las tarifas acordadas, enmendar unilateralmente los contratos con los proveedores de servicio de salud y/o cancelar estos sin causa justificada, y las razones para ello.

Surge de la exposición de la medida, que como es sabido, Puerto Rico ha tenido un éxodo de los profesionales a un ritmo acelerado y preocupante. Específicamente, en cuanto a los profesionales médicos ha ocurrido una migración a ritmo acelerado en los últimos años que refleja una reducción de estos profesionales de un 36% entre el 2006 y el 2016. Esto repercute en una crisis de salud pública que impide que nuestros ciudadanos tengan un adecuado acceso a servicios esenciales en el cuidado de su salud. Como parte de este Gobierno se ha señalado que, para evitar la emigración de estos profesionales, no debemos limitar nuestras propuestas y auscultar alternativas que nos permitan abonar a su retención. Para ello, es necesario conocer las razones por las cuales estos profesionales buscan alternativas fuera de nuestra jurisdicción.

Uno de los factores principales que los profesionales de salud identifican que propician la migración precipitada de los componentes del servicio de salud se

fundamenta en las condiciones y exigencias de sus contrataciones con las compañías aseguradoras. En síntesis, se sostiene que los profesionales de salud, incluyendo y sin limitarse, a los médicos, laboratorios y farmacias; no pueden negociar las condiciones de sus contratos con los proveedores y se ven forzados a aceptarlos para poder continuar proveyendo sus servicios de salud.

Asimismo, se afirma que tampoco se honran las tarifas contratadas para los medicamentos, servicios y procedimientos ofrecidos a los pacientes. Peor aún, se asevera que el sector de salud se ve impedido de reclamar el cumplimiento de sus contratos por temor a que sean objeto de represalias mediante la cancelación unilateral de sus contratos sin justificación alguna, lo que les impide participar de la red de proveedores de los planes médicos. A su vez, la clase médica reclama que las aseguradoras de salud incurren en la práctica de enmendar unilateralmente los contratos acordados y reclamar mayores descuentos atentando contra la práctica médica en beneficio de los pacientes.

La parte expositiva concluye que estas aseveraciones son preocupantes y requieren que el Senado de Puerto Rico investigue los reclamos de los profesionales de salud y las alegadas prácticas de las compañías aseguradoras con el fin de auscultar y atender todos aquellos factores que contribuyen al éxodo de estos profesionales y atentan contra los servicios de salud a nuestra ciudadanía.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

La Comisión de Salud solicitó memoriales explicativos a las siguientes agencias y entidades: Departamento de Justicia, Departamento de Salud, Administración de Seguros de Salud (ASES), First Medical, MMM, Molina Healthcare, Asociación de Hospitales. Posteriormente la Comisión celebró una Audiencia Pública el 15 de marzo de 2018, a la cual compareció MMM, Grupo Menonita, Molina Healthcare, ACODESE, ASES, Departamento de Salud, la Oficina del Comisionado de Seguros, la Junta de Tecnólogos Médicos, Asociación Radiológica, Asociación de Laboratorios, Colegio de Médicos Cirujanos y la Asociación de Hospitales. Así las cosas, a continuación, detallamos las opiniones recibidas.

El **Departamento de Salud**, expresa que está consciente del riesgo que implica para la salud pública la manifiesta fuga de personal médico de Puerto Rico hacia los Estados Unidos continentales. Esta fuga provocó una reducción de médicos en Puerto Rico, también ha afectado a otros grupos relacionados con las ciencias médicas y la salud, como es el caso de las enfermeras. Entienden que ciertamente, se ha mencionado a las aseguradoras y sus políticas de contratación cono una de las causas para esta lamentable situación.

Sin embargo, mencionan que desde su posición como agencia de licenciamiento y fiscalización de las profesiones médicas, el Departamento de Salud no cuenta con información precisa en cuanto a estas alegadas prácticas. A través, de su Oficina de

Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud y de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico, el Departamento otorga licencias a aquellos profesionales de la salud que cumplen con los requisitos establecidos por ley para el ejercicio de su profesión. Así mismo, indican que fiscalizan las profesiones relacionadas con la salud, verificando que quienes las practiquen mantengan los más altos estándares de cuidado y servicio.

Explican que no mantienen estadísticas que permitan relacionar el éxodo de profesionales de la salud con las prácticas de facturación y pago que utilizan las aseguradoras. Finalizan que esta es una consulta que hay que realizar directamente a la clase médica e integrar en el proceso investigativo no sólo al Colegio de Médicos Cirujanos, sino a otras agrupaciones que también realizan procesos de facturación a planes médicos, como podrían ser hospitales, laboratorios y farmacias.

El **Departamento de Justicia**, determina que la Asamblea Legislativa tiene la facultad constitucional de investigar, por lo que no tienen comentarios sobre la presente medida y que dicha medida no requiere de su intervención. Además, indican que debe ser el Departamento de Salud y La Oficina del Comisionado de Seguros como entidades con pericia sobre el tema son las que le atañe de manera particular, la información que se procura indagar y recabar.

La **Junta Examinadora de Tecnólogos Médicos de Puerto Rico**, emitió en su ponencia en la que expresa el deseo de responder, pero que, conforme a sus facultades y deberes como miembros de dicha junta, la intención de dicho proyecto no está dentro de su área de desempeño, por lo que no tienen opinión alguna formada sobre el tema.

La **Cooperativa de Dueños de Laboratorios Clínicos Privados y Otros Grupos A fines de Puerto Rico**, expresa que como es sabido, los contratos entre las aseguradoras y los proveedores son contratos de adhesión o aquellos donde una parte ha de redactar las cláusulas del contrato o ha de quedar en una posición de ventaja sobre la otra parte, la que solamente puede aceptar o no aceptar el contrato que se le presenta.

La **Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)**, emitió en su ponencia que entiende y concurre con la necesidad de recopilar la data necesaria para atender la situación planteada y buscar medidas que eviten el éxodo de profesionales de salud. Ases indica que es importante dejar claro que ellos no imponen tarifas para los servicios y procedimientos ofrecidos a los pacientes. Finalmente, en cuando al cumplimiento de las tarifas de los MCO's con los proveedores, hay que tener en cuenta que eso es una controversia de naturaleza contractual entre dichas partes.

Aunque existen leyes que permiten la negociación colectiva entre proveedores y aseguradoras, las trabas impuestas por el mismo gobierno federal y estatal son un disuasivo para que los proveedores hagan uso de las mismas. Ejemplo de lo anterior ha

sido el extenso litigio relacionado a la Ley 203-2008 y su Regla 91, también la pasada Comisionada de Seguros ejerció presión sobre las aseguradoras para que no negociaran con las cooperativas, a pesar de la existencia del Reglamento 8320 de COSSEC el cual lo permitía. Pero lo más sorprendente de todo en cuanto a los asuntos de la negociación fue el que el Presidente de COSSEC de manera ultra vires suspendió la vigencia del Reglamento 8320. Lo anterior sirve para desarticular cualquier argumento de que los proveedores tienen el mismo poder de negociación que las aseguradoras. Como dato relevante y contrario a las alegaciones de las aseguradoras, los proveedores de cooperativas que han negociado bajo las leyes que así lo permiten, han puesto énfasis en lo relacionado a la necesidad médica del paciente y no han requerido aumentos de tarifa. Así lo puede evidenciar la aseguradora Constellation Health.

Debido a que el sobre el 92% de nuestra población (3,411,307 a Julio de 2016) cuenta con algún tipo de seguro de salud, hace que las aseguradoras tengan un gran poder en su relación con los proveedores, por lo que pueden establecer las condiciones que deseen y aquel proveedor que intente negociar con ellas, no lo aceptan en su red o le terminan el contrato utilizando la cláusula antes mencionada de terminación sin causa, la que se encuentra en casi todos los contratos de dichas empresas. Así se silencia cualquier intento de una negociación justa entre las partes.

En Puerto Rico al combinar mercados comerciales, gubernamentales y medicare vemos que las principales empresas son Triple S, MCS y MMM- PMC.

Contrario a la mayoría de los sectores de nuestra economía y a pesar de la recesión económica que azota a Puerto Rico hace casi una década, el sector de los seguros ha mantenido un balance saludable en su suscripción la cual es una "billonaria" y sus ganancias, las que rondan los cientos de millones.

Lo anterior unido a la falta de fiscalización de éstas más allá de que estén solventes ha sido un agente catalítico para el éxodo de proveedores de servicios de salud, desde mucho antes de los embates de María.

Veamos algunos ejemplos que detallan algunas de las prácticas de las aseguradoras de las que se han querellado los proveedores, la que incluyen litigación a los Tribunales por cambios unilaterales a los contratos y tarifas.

Durante el 2008 al 2010, se tuvo que acudir en varias ocasiones al Departamento de Salud, mediante la intervención del entonces Secretario de Salud, Dr. Lorenzo González y la intervención en algunas instancias del Procurador del Paciente, Dr. Carlos Mellado, se celebraron reuniones entre los médicos y el MMM-PMC por las prácticas de dicha empresa de dejar sin número de proveedor a los médicos internistas que no aceptaran ser capitados o firmar con el administrador de terceros Whitecliff y su

programa de "hospitalistas". Lo mismo ocurrió con los fisiatras y terapistas físicos, que no aceptaron firmar con el administrador de terceros llamado Therapy Network.

El resultado, muchos internistas y fisiatras fueron cesados como proveedores por no ceder a los designios unilaterales de las aseguradoras, lo que tuvo el efecto de que los funcionarios antes mencionados se preocuparan por el acceso de los pacientes a servicios médicos. Aunque a algunos de los médicos se les volvió a asignar un número de proveedor, la realidad es que muchos dejaron el plan, mientras que otros se fueron de la Isla.

Como dato curioso, aparecían listas de médicos en guardia, a los que por la distancia o número de hospitales que atendían se le hubiera hecho imposible cumplir con su responsabilidad.

Se radicó una querella en la Oficina de Asuntos Monopolísticos, la que en un principio fue rechazada, pero Secretarios subsiguientes las acogieron, pero no se han podido finalizar, ya que algunos querellantes se fueron de Puerto Rico, perdieron el interés o no han podido volverse a reunir con los funcionarios posterior a María.

Los laboratorios se han querellado en varias ocasiones ante dichas agencias por la imposición de cambios unilaterales a los contratos en contravención de Ley Núm. 104-2002, según enmendada, conocida como ley de Pronto Pago o de Pago Puntual. Dicha ley, prohíbe que durante la vigencia de un contrato se realicen enmiendas unilaterales a los términos y tarifas.

En varias ocasiones, durante la última década, las aseguradoras han realizado acciones como la antes indicadas, llegando algunas a los tribunales. Aunque de carácter persuasivo, la litigación que ha tenido génesis en querellas de los Laboratorios Clínicos Privados de Puerto Rico contra aseguradoras u organizaciones de servicios de salud por violaciones a los estatutos antes citados, en las que los tribunales han validado nuestra contención sobre la jurisdicción y facultad de la OCS para atender el asunto de violaciones a la Ley Núm. 104, supra, incluyendo aquellas violaciones incurridas por los planes advantage. Los litigios que merecen reseñarse son: Comisionado de Seguros de Puerto Rico vs. MMM Healthcare, inc. y PMC Medicare Choice, inc., klra201201176, Comisionado de Seguros de Puerto Rico vs. Humana Health Plans of Puerto Rico, inc. klra201401217 y Comisionado de Seguro de Puerto Rico v. MCS Life Insurance Company, 2011 wl 1543305, (2011). caso número klra 201000485.

Al presente, existe una querella ante la consideración de la Oficina de Asuntos Monopolísticos. En la misma, los laboratorios han de querellarse de una acción en la que el MSO de Puerto Rico; ente que es un administrador de terceros propiedad de MMM-PMC o su corporación matriz; junto a los laboratorios de referencia, de manera concertada fijaron precios de pruebas de referencia y otras regulares.

De información reciente, bajo la alegación de la mudanza por el embate de María y la renuncia de abogados, la OAM no ha tomado cartas en el asunto.

Entre noviembre y diciembre del 2016, MCS Advantage y Triple S Advantage, utilizaron un lenguaje similar y adoptaron los mismos términos en cuanto a la implementación del Medicare Fee Schedule de 2017 y su adopción para el pago a los proveedores médicos, a la vez que establecían como término, el que los proveedores siguieran cobrando el MFS de 2016 de manera indefinida.

Además, los proveedores se querellaron por el alegado carácter compulsivo del *sequestration*, o un 2% que se les reduce a las tarifas de los proveedores, el que no es aplicable a los planes advantage. Basta imaginar, la cantidad de dinero retenida a los proveedores, alegando los planes que la aplicación de la reducción del 2% es compulsoria, cuando no es así. Dichas querellas aún están activas y a espera de resolución por las agencias.

Como indicamos al principio de nuestra presentación, vemos que ésta Resolución complementa la R. de la C. 56, la que se dirige a un mercado particular.

El mercado de Medicare y en especial el advantage es merece mucha atención, ya que en Puerto Rico el punto de referencia de las tarifas o "benchmark" para el pago a los proveedores es el Medicare Fee Schedule o el pago que establece CMS para sus proveedores. Lo anterior contrasta con E.U.A. donde dicho pago es mucho más bajo que en cubiertas comerciales. Como punto de referencia, entre Medicare y Mi Salud-PSG se aseguran el 80% de la población de Puerto Rico. En otras palabras, existe una gran dependencia de los ciudadanos a planes basado en fondos del gobierno, pero la mayoría de dicho dinero proviene del gobierno federal, lo que asegura la estabilidad del sector como discutimos más adelante.

La penetración y suscripción a los planes *advantage* en Puerto Rico es una sustancialmente mayor a la de los Estados Unidos. Aun así, el aumento en el porcentaje de suscriptores con relación a la suscripción al Medicare tradicional ha aumentado en los E.U.A. y P.R. desde el 2004.

La mayoría de suscriptores a nivel nacional, son parte de un HMO o un Health Maintenance Organization, entidad en que los suscriptores deben visitar a los proveedores en su red, excepto contadas ocasiones.

De la misma manera, se puede observar, que, a nivel nacional, 2 de cada 3 suscriptores, están en un plan HMO. En Puerto Rico, entre los advantage existen, los HMO, los PPO, los HMO POS (parecido al HMO, pero puedes utilizar otros proveedores) y los SNP (plan de necesidad especial para pacientes como aquellos con enfermedades

crónicas), siendo los principales los HMO y los PPO (puedes escoger libremente entre los proveedores, además de poder visitar proveedores fuera de la red.

A base de las estadísticas del Comisionado de Seguros de Puerto Rico para el 2016, el 39% de la prima suscrita en Puerto Rico es de los medicare advantage, siendo el sector de mayor suscripción de prima en Puerto Rico, aún superior a Mi Salud-PSG con un 24%.

En la Isla al 2016 habían aproximadamente 3,030,000 personas aseguradas, de los cuales 756,971 eran pacientes de Medicare, siendo 575,171 Advantage y el restante 182,000 de medicare tradicional. Lo anterior nos presenta una penetración en el mercado de los planes advantage en la Isla de 76%, mientras que en los E.U.A es de un 33%.

Algo que hace atractivo estos planes a las aseguradoras es, que conocen la información actuarial necesaria para poder obtener ganancias en su operación. Las aseguradoras conocen con meses de anticipación saben el *Fee Schedule* a pagar a sus proveedores, al igual que *per member-per month* (pm/pm) de los pacientes. Para los pacientes su atractivo resulta en una mayor gama de servicios en una sola cubierta.

En cuanto a los pacientes, lo anterior nos lleva a una pregunta *¿una mayor suscripción a los planes advantage ha resultado en mejor salud para los puertorriqueños?* Lamentablemente la respuesta a esta pregunta es no. Un estudio publicado en el Journal of the American Medical Association (JAMA), resultó en que en 15 de los 17 indicadores de calidad de salud utilizados para medir si se recibió el tratamiento recomendado y se lograron los resultados deseados en la atención de la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, detección del cáncer y se recibió la medicación inadecuada, nuestra población advantage recibió un cuidado de salud sustancialmente menor al de la población hispana en los E.U.A.

Aunque parte del cuidado inferior que reciben nuestros pacientes pude ser atribuido a los proveedores y a la disparidad de fondos, entendemos que la principal razón es la falta de fiscalización de los planes advantage por el gobierno federal y estatal.

Al presente, las únicas leyes estatales que permiten de manera directa la supervisión sobre los planes y su relación con los proveedores son: (a) la Ley Núm. 104, supra, Ley de Pronto Pago o pago puntual; y (b) el Código de Seguros de Salud.

En cuanto a la primera, la misma se limita a aquellas instancias al pago y enmiendas en el contrato entre el plan y el proveedor.

La segunda, se limita a instancias en cuanto al procesos de auditorías a los proveedores y en un segundo plano a la información que los PBMs deben ofrecer a las farmacias. No obstante, lo anterior, mediante políticas unilaterales o incumplimiento con

los estatutos, las aseguradoras advantage siguen imponiendo su poder unilateralmente su poder en la relación con los proveedores. En cuanto a los PBMs, éstos no están regulados en Puerto Rico.

Lo anterior, nos lleva a dos asuntos de gran importancia, en primer plano, la falta de fiscalización activa por el Comisionado de Seguros como ejemplifican las querellas reseñadas y segundo la falta de fiscalización en uno de los dos sectores más grande se seguros de salud, más cuando CMS en asuntos de Medicare no entra en la relación contractual entre el plan y el proveedor. Por ley está CMS impedida de hacerlo, así lo establece la Ley del Seguro Social Sección 1854(a)(6)(B)(iii), la que lee como sigue:

"(iii) Noninterference. – In order to promote competition under this part and part D and in carrying out such parts, the Secretary may not require any MA organization to contract with a particular hospital, physician, or other entity or individual to furnish items and services under this title or require a particular price structure for payment under such a contract to the extent consistent with the Secretary's authority under this part."

Dicho pronunciamiento, es el que las agencias en Puerto Rico han de usar como base, para indicar que no tienen jurisdicción para atender los reclamos de los proveedores, siendo entonces la única alternativa los tribunales, para que los proveedores diluciden asuntos contractuales que no sean los relacionados a la Ley Núm. 104, supra.

También, CMS utilizó como argumento esa cita de la ley, cuando los proveedores reclamaron el asunto de la no adopción del MFS de 2017 y decidieron mantener su propio MFS. Cabe señalar, que, a pesar de las múltiples querellas por acciones de los planes, incluyendo los advantage, dicha agencia no ha tomado acción alguna o ha indicado que los advantage no han incurrido en violación alguna. Además, han indicado que su prioridad es atender las querellas de los pacientes, no los asuntos entre planes y proveedores.

Lo anterior nos lleva a repensar si debe ser el Comisionado de Seguros la agencia que tenga la jurisdicción de atender los asuntos relacionados a la relación contractual entre asegurador y proveedor.

Recomendaciones para atender lo antes señalado:

Los proveedores, y en especial las cooperativas, reclaman la aprobación de leyes dirigidas a atender varios asuntos:

a. La creación de un ente que sea un árbitro imparcial entre los proveedores y las aseguradoras.

b. La reglamentación de los contratos entre proveedores y planes médicos por ser un área de interés apremiante.

c. El uso de una tarjeta inteligente para el pago inmediato al proveedor.

d. La regulación mediante legislación especial de los PBMs como han hecho más de 30 estados en los E.U.A.

e. La regulación de la figura de los terceros administradores.

También recomendamos que se indague en cuanto:

1. Suma total de la partida de secuestración retenida a los médicos por los planes advantage;

2. Cambios a su cubierta de medicamentos pasados los primeros 30 días del año;

3. Cambios en su red de proveedores una vez finalizado en el *enrollment period;*

4. Cambios a los contratos de los proveedores una vez finalizado el *enrollment period;*

5. Cuántas aseguradoras han de ser propietarias o tienen terceros administradores en alguna fase de la contratación con sus proveedores;

6. Cuántas aseguradoras tienen políticas más restrictivas que las que establece CMS;

7. Cuál es la razón proveedor vs. paciente de cada uno de los planes en sus distintas especialidades y cómo compara dicha razón con los requisitos de ASES y CMS;

8. Pedir la data que le permita hacer un estudio de concentración en el mercado. Lo anterior debe incluir al menos ingresos, ganancias, área geográfica, asegurados y competidores dentro de los planes advantage entre otra data.

9. Qué indiquen a cuántos proveedores se les ha cancelado su contrato por no aceptar los términos y condiciones unilaterales impuestas por la aseguradora;

10. Comunicaciones de estás relacionadas al mercado de Puerto Rico a través de Asociaciones como ACODESE y la asociación de los planes advantage;

11. La cantidad de dinero que reciben de CMS y su *medical loss ratio;*

12. Gastos publicitarios y de programas como agrupaciones;

13. Cantidad de rechazos de reclamaciones de proveedores y su monto. Cuántas fueron reconsideradas;

14. Cantidad de rechazos de las reclamaciones de los pacientes y su monto. Cuántas fueron reconsideradas;

15. Cantidad de proveedores capitados;

16. Incentivos pagados a los proveedores y los programas para el pago de dichos incentivos o pagos por economías o cualquier tipo de programa que genere algún incentivo; y

17. Cantidad de ingresos y ganancias generadas a través de sus terceros administradores.

Por lo antes expresado, Cooplab favorece que el Senado de Puerto Rico, lleve a cabo una investigación exhaustiva de las aseguradoras como pretende esta Resolución.

La **Oficina del Procurador del Paciente (OPP)**, expresa que es de conocimiento general que, en estos tiempos, los pacientes en Puerto Rico sufren por la falta de médicos y proveedores de salud en general. Esta situación se ha agravado aún más luego del paso del huracán María. Según dispuesto en la exposición de motivos, en cuanto a los profesionales médicos ha ocurrido una migración a ritmo acelerado en los últimos años que refleja una reducción de estos profesionales de un 36% entre el 2006 y el 2016. Ciertamente, según se desprende de la Resolución, esto repercute en una crisis de salud pública que impide que nuestros ciudadanos tengan un adecuado acceso a servicios esenciales en el cuidado de su salud.

Se desprende de la exposición de motivos que, una de las razones principales que propician la migración precipitada de los componentes del servicio de salud se fundamenta en las condiciones y exigencias de sus contrataciones con las compañías aseguradoras. En síntesis, se sostiene que los profesionales de salud, incluyendo y sin limitarse, a los médicos, laboratorios y farmacias; no pueden negociar las condiciones de sus contratos con los proveedores y se ven forzados a aceptarlos para poder continuar proveyendo sus servicios de salud. Asimismo, se afirma que tampoco se honran las tarifas contratadas para los medicamentos, servicios y procedimientos ofrecidos a los pacientes. Peor aún, se asevera que el sector de salud se ve impedido de reclama r el cumplimiento de sus contratos por temor a que sean objeto de represalias mediante la cancelación unilateral de sus contratos sin justificación alguna, lo que les impide participar de la red de proveedores de los planes médico s, entre otras prácticas.

Añaden que, a raíz de estas alegaciones, entiende el Senado de Puerto Rico que es importante se lleve a cabo una investigación sobre estas prácticas. La OPP endosa la presente Resolución. Entendemos que esta investigación es necesaria y que redunda en el mejor interés del paciente, puesto que, por los cambios de contrato y la migración de proveedores de salud, son los pacientes los que se ven afectados.

Explican que resulta importante destacar que el Reglamento 7617 de la Oficina del Procurador del Paciente, en su Artículo 11 dispone lo referente a la continuación de servicios de cuidado de salud. Nuestra oficina se mantiene siempre vigilante a que los servicios no se vean afectados por la cancelación o cambios en los contratos entre aseguradoras y proveedores. Sin embargo, es inevitable el que de alguna forma u otro se vean afectados estos servicios por los cambios unilaterales de las aseguradoras y eso es lo que debemos impedir. Para tener una población saludable debemos comenzar con la prevención y a la misma vez, mantener una continuidad en los tratamientos de nuestros pacientes.

El **Colegio de Médicos y Cirujanos de Puerto Rico**, expresa que no hay duda que los *Planes Advantage* son parte de los proveedores de seguros de salud más grande de Puerto Rico. En cierta medida su conglomerado se comporta como un monopolio que dicta las pautas en este sector industrial de la salud.

Señalan que tienen como norte y objetivo primario, la implantación en Puerto Rico de un plan universal de salud. Un plan que provea servicios de salud a todo nuestro pueblo, sin discriminación de clase alguna. El discurso público del Colegio ha sido claro, preciso y enfático. La salud no es bien de consumo, tampoco es un privilegio reservado para aquellos que cuentan con los recursos para costearla. La salud es un derecho fundamental que no sólo debe ser reconocido por el Estado, sino que tiene que ser viabilizado mediante políticas públicas que lo reconozcan como tal.

Indican que ven como la disponibilidad de servicios en los lugares donde se necesario es cada vez más escasa. Ven como la accesibilidad a los servicios, cuando están disponibles, es cada vez más limitada para aquellos que no tienen la capacidad económica. Además, son testigos de cómo se demarcan claramente la existencia de dos sistemas de servicios de salud: uno para los que pueden pagar por ellos y otro para los que no pueden pagar. Consideran que Puerto Rico se mueve en dirección contraria a la que se mueve el resto del mundo, en el reconocimiento de la salud como un derecho y no como una mercancía. Sostienen que lo anterior ha sido producto de la inserción del ánimo de lucro en medio de la relación médico-paciente. Terceros que sirven de intermediarios escamotean los recursos y provocan que cada vez haya menos dinero para el servicio directo al paciente.

Mencionan que siempre han planteado con independencia y así lograr igualdad en los fondos federales y logremos que llegue un billón más o diez billones más, la situación será la misma, pues en el camino se quedará el dinero y no llegará al servicio directo. El modelo hay que cambiarlo, el modelo se agotó, el modelo no sirve, y cualquier remedio será de naturaleza cosmética pues el saco permanecerá roto en las áreas por donde se escapa el dinero.

Explican que, durante décadas, el Center for Medicare and Medicaid Services no les reconoció a los médicos de Puerto Rico un incremento significativo en los pagos o reembolsos que reciben de Medicare. CMS reembolsa a los médicos utilizando una fórmula que tiene tres componentes. El primero es el "Physician Work", el cual refleja el trabajo y el esfuerzo del médico en proveer servicios de Medicare. El segundo es el denominado "Practice Expenses", el cual refleja el costo de mantener una práctica médica, tomando en consideración el costo de la renta de oficina, costo de equipo y materiales, y el pago de empleados y asistentes. Finalmente, se toma en consideración el componente del "Malpractice" que refleja el costo que le representa a un médico adquirir una póliza de impericia médica. Se deben haber percatado que los tres componentes descritos evalúan el impacto económico o el gasto que representan esos componentes para el Médico, no para la aseguradora.

Luego de determinarse el costo de los tres componentes descritos, CMS le aplica el Geographic Practice Cost Index, por sus siglas en inglés el denominado GPCI. El

referido índice sirve para calcular el costo real de ejercer la medicina en diferentes regiones de Estados Unidos. El referido índice no se utiliza para compensar las pérdidas que generan las aseguradoras por su administración negligente o para compensar las pérdidas de dichas empresas con el esfuerzo y el sacrificio de los médicos de una región.

Por décadas, CMS estimó para Puerto Rico los "Physician Work GPCI", "Practice Expenses GPCI", y el "Malpractice GPCI" más bajos de todas las jurisdicciones de Estados Unidos. Desde el punto de vista práctico, esto representaba que los médicos de Puerto Rico recibían los reembolsos más bajos de cualquier estado o territorio de los Estados Unidos, incluyendo a las Islas Vírgenes de Estados Unidos.

El Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico estuvo realizando gestiones por años para modificar esos estimados de costos que utilizaba CMS. Bajo las presidencias de la Dra. Marisel Velázquez y del Dr. Eduardo Ibarra, se realizaron estudios privados sobre los costos de ejercer la medicina en Puerto Rico. Todos estos estudios fueron rechazados por CMS, aunque las causas o justificaciones para su rechazo nunca fueron expresadas.

Explican que el 23 de julio de 2015, el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico dio a conocer los resultados del estudio comisionado por el Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico. Como parte del estudio, el Instituto analizó la metodología seguida por los *Centers for Medicare and Medicaid Services* en base a los datos de la *American Community Survey (ACS)* del *U.S. Census Bureau*, para estimar la mediana del alquiler de una unidad de vivienda de dos dormitorios en diferentes regiones de los Estados Unidos y Puerto Rico. CMS utiliza estas estadísticas sobre el alquiler residencial como un proxy para el costo promedio del alquiler comercial de una oficina médica en diferentes regiones de los Estados Unidos y Puerto Rico. A su vez, esto determina la compensación que reciben los médicos en estas distintas regiones.

Los resultados del estudio fueron los siguientes: 1) Se identificó un sesgo estadístico en la manera que CMS usa los datos del ACS para estimar la mediana de alquiler. En específico, CMS calcula la mediana de alquiler incluyendo los alquileres de las unidades de vivienda pública. Esto causa que la mediana se reduzca en aquellas regiones que tienen un número elevado de unidades de vivienda pública. Cuando se excluyen las unidades de vivienda pública, la mediana de alquiler aumenta en todas las regiones de los Estados Unidos y Puerto Rico, de una manera estadísticamente significativa. 2) Entre todas las regiones de Medicare, Puerto Rico obtiene la mediana de alquiler residencial ($360) más baja. Una vez se excluyen las unidades de vivienda pública, la mediana de alquiler de Puerto Rico ($510) sigue siendo la más baja entre todas las regiones de Medicare. Pero, en el caso de Puerto Rico, esto representa un aumento estadísticamente significativo del 42 por ciento en los fondos que se reciben, el mayor incremento porcentual entre todas las regiones de Medicare. 3) Los médicos en Puerto Rico se han visto afectados por este sesgo más que los médicos en cualquier parte de los

Estados Unidos. Se estima que este sesgo estadístico reduce artificialmente el Geographic Practice Cost Índex (GPCI) de Puerto Rico en un cuatro (4) por ciento.

De acuerdo con un panel de expertos convocados por el Instituto, el impacto económico total de este sesgo podría alcanzar $120 millones al año. 4) El Departamento de Vivienda Federal ha estado utilizando durante muchos años la ACS para estimar la mediana de alquiler residencial adecuadamente; es decir, sin incluir las unidades de vivienda pública. El resultado son las estadísticas del *Fair Market Rent* (FMR) que dicha agencia federal produce. De hecho, antes del año 2012, CMS utilizaba las rentas del FMR, en vez de sus propios estimados. Pero, cuando se cambió a sus propios estimados en el 2012, el componente del *Practice Expense* del GPCI de Puerto Rico se redujo en un 20 por ciento, la mayor caída de todas las regiones de Medicare. 5) Hay evidencia que sugiere que el alquiler de una unidad de vivienda residencial de alta calidad en el Área Metropolitana de San Juan es mucho mayor que los estimados que prepara CMS o HUD. En específico, el Índice de Costo de Vida (COLA por sus siglas en inglés) del *Council for Community and Economic Research,* con sede en Washington, DC, sugiere que la renta podría ser tan alta como en Beaumont, Texas o Chicago, Illinois.

En el estudio, se ofrecieron varias alternativas que estaban al alcance de CMS para corregir rápidamente el sesgo estadístico identificado por el Instituto. El error estadístico federal identificado en el estudio le ha costado $360 millones de dólares a médicos y pacientes. No debemos olvidar que los principales criterios utilizados por CMS para estimar los fondos de Medicare están relacionados con los costos que representa para el médico el ejercicio de su profesión en una región particular. Es la carga económica del médico lo que principalmente determina los estimados de CMS. Una vez publicado el estudio no existía justificación posible para que Medicar e continuara con esa práctica.

En aquel entonces, expresaron que los resultados de este estudio comenzarán a derribar las barreras artificiales levantadas por la burocracia federal para no reconocer el valor verdadero de la labor que prestan los médicos en Puerto Rico. Igualmente, armados de este estudio, se fortalece la batalla para poner coto a esa pérdida de$360 millones que menciona el doctor Marazzi, una de las principales razones que, hasta ahora, había llevado a cientos de médicos a abandonar a Puerto Rico".

Explican que las aseguradoras no hicieron nada para conseguir los ajustes al GPCI y por consiguiente no hicieron nada para lograr los aumentos de fondos que recibirán. El Colegio de Médicos pagó $25,000.00 por el estudio y el resultado favorable para Puerto Rico, fue el producto del esfuerzo de los comisionados residentes Pierluisi y González, el gobierno central y de los proveedores de salud. La expectativa razonable frente a ese aumento de fondos es que los proveedores de servicios de salud sean compensados de forma justa y en proporciona la realidad del costo de ejercer la medicina en Puerto Rico. Sin embargo, tenemos que reconocer que la justicia se nos escapa a los médicos de esta

isla y que mientras se incrementa la injusticia, así la migración de nuestros compañeros médicos.

Añaden que las aseguradoras ahora pretenden quedarse con el incremento de fondos recibidos y han promovido la idea de que esos fondos serán distribuidos como Bonos, o como medida para compensar a unos médicos sobre otros, bajo criterios muy particulares de la aseguradora. También han expresado, que alegadamente, utilizarán los fondos para mejorar el servicio al paciente y que no tienen la obligación de utilizar ese incremento en fondos para compensar justamente a los proveedores de salud.

Sostienen que la contratación privada entre la aseguradora y los proveedores es de adhesión. En este tipo de contrato, una parte impone los términos y condiciones que tenga a bien ofrecer y la otra parte sólo tiene la opción de aceptarlas o de no contratar. La parte débil de la relación no participa en la redacción del contrato, tampoco dispone ninguna cláusula o condición. De allí que las tarifas médicas sean las mismas, y en algunos casos menores, de lo que eran décadas atrás. Las limitaciones en cubierta son cada vez más asfixiantes y las arcas de las aseguradoras son cada vez más abundantes.

Mencionan que la situación descrita se agrava, pues los proveedores, sean médicos, hospitales, laboratorios, farmacias o cualquiera que sea, no pueden organizarse colectivamente para negociar desde una posición de poder. Esta situación contrasta con los monopolios que crean las propias aseguradoras con el control oligárquico del mercado, o con la organización colectiva que resulta en acciones concertadas para potenciar su crecimiento, a costa de los proveedores.

Explican que, los médicos se enfrentan constantemente al espectro de acusaciones ante el FTC o ante el Departamento de Justicia. En contraparte, tanto las aseguradoras, como la ACODESE, no enfrentan tales grados de presión. Consistentemente nuestra institución y colegiados individualmente se enfrentan a los efectos avasalladores del poder descrito. Mediante meras cartas circulares, estos planes cancelan contratos, modifican contratos, limitan cubiertas, auditan, retienen pagos, deniegan pagos y afectan fundamentalmente la práctica de la medicina. Explican que sus médicos viven indignados ante tales atropellos y constantemente denunciamos públicamente el efecto perjudicial que dichos cambios traen sobre los servicios que se prestan a nuestros pacientes.

Concluyen que el espectro de la crisis en nuestro sistema de salud nos afecta a todos y todos los componentes del sistema tenemos la obligación de aportar. Sostienen que las aseguradoras en nuestra Isla no quieren aportar nada, se lucran con el esfuerzo de los proveedores y pretender permanecer inalteradas, modificando las condiciones contractuales de proveedores y pacientes.

La principal preocupación del Colegio en este asunto es la salud y bienestar del Pueblo. En la medida que no haya disponibilidad de servicios para los pacientes, se deteriorará la salud de éstos. Consideran que los asuntos aquí discutidos no pueden dejarse al ámbito de la contratación privada que promueve el leonismo y abuso de poder. Entienden que los contratos deben ser transformados en contratos normados que incorporen leyes justas y racionales, para que no vuelva han ocurrir las sobre 700 cancelaciones de contratos a médicos por parte de todas las compañías Advantage de hace dos veranos atrás.

Recomiendan legislar para que los contratos entre proveedores y aseguradoras no puedan ser enmendados mediante meras cartas circulares de naturaleza unilateral; además legislar para obligar a las aseguradoras a que mediante estudios actuariales y en proporción a los ajustes del GPCI, revisen las tarifas que pagan a los proveedores de servicios de salud. Consideran meritorio presentar legislación para que el interés público esté representado en asuntos que afecten su salud, en asuntos que impacten los procedimientos a que serán sometidos, cuando llegue el momento de su necesidad médica.

La **Administración de Seguros de Salud (ASES),** expresa en su ponencia que, según la Exposición de Motivos de la medida bajo análisis, "Puerto Rico ha tenido un éxodo de los profesionales a un ritmo acelerado y preocupante", lo que "refleja una reducción de estos profesionales de un 36% entre el 2006 y el 2016." Entre los factores que se exponen en la *R. del* S. *360* para tal éxodo, se identifica las condiciones y exigencias de las contrataciones de dichos profesionales de la salud con las compañías aseguradoras. Específicamente, se expone lo siguiente:

En síntesis, se sostiene que los profesionales de salud, incluyendo y sin limitarse, a los médicos, laboratorios y farmacias; no pueden negociar las condiciones de sus contratos con los proveedores y se ven forzados a aceptarlos para poder continuar proveyendo sus servicios de salud. Asimismo, se afirma que tampoco se toman las tarifas contratadas para los medicamentos, servicios y procedimientos ofrecidos a los pacientes. Peor aún, se asevera que el sector de salud se ve impedido de reclamar el cumplimiento de sus contratos por temor a que sean objeto de represalias mediante la cancelación unilateral de sus contratos sin justificación alguna, lo que les impide participar de la red de proveedores de los planes médicos. A su vez, la clase médica reclama que las aseguradoras de salud incurren en la práctica de enmendar unilateralmente los contratos acordados y reclamar mayores descuentos atentando contra la práctica médica en beneficio de los pacientes.

De conformidad con lo anterior, se aprobó la R. del S. 360, para investigar los reclamos de los profesionales de salud y las alegadas prácticas de las compañías aseguradoras. Ello, con el fin de auscultar y atender todos aquellos factores que

contribuyen al éxodo de estos profesionales y atentan contra los servicios de salud a nuestra ciudadanía.

La ASES, entiende y concurre con la necesidad de recopilar la data necesaria para atender la situación planteada y buscar medidas que eviten el éxodo de profesionales de la salud. Para la ASES siempre ha sido una prioridad el balance justo entre la necesidad de prestar servicios de salud de calidad al Pueblo el derecho de los proveedores a recibir el pago que les corresponde por los servicios que prestan.

Dicho lo anterior, es importante dejar claro, que en este momento la ASES no impone tarifas para los servicios y procedimientos ofrecidos a los pacientes. El *Center far Medicare and Medicaid Services* (CMS) establece tarifas para el programa Medicare, pero no permite a los estados a establecer tarifas fijas para Medicaid bajo el sistema de "managed care" al que está sujeto la ASES. En ese sentido, la ASES podría establecer parámetros mínimos y/ o máximos de tarifas, siempre que cumpla con las regulaciones federales aplicables. No obstante, tiene que permitir a las aseguradoras o Managed Care Organizations ("MCO"), la discreción de administrar sus contratos.

Finalmente, y en cuanto al cumplimiento de las tarifas de los MCO's con los proveedores, hay que tener en cuenta que esto es una controversia de naturaleza contractual entre dichas partes. Claro está, la ASES provee un foro para querellas administrativas, luego de agotados los recursos en la aseguradora, lo que puede ser revisado judicialmente. Exhortamos, en ese sentido, a que se utilicen los mecanismos adjudicativos que permitan velar por el buen funcionamiento del sistema de prestación de servicios, así como del derecho de los proveedores a ser debidamente compensados.

La compañía aseguradora **Triple S**, expresa en su ponencia que en conclusión durante los pasados seis (6) años Triple-S ha absorbido el impacto económico de la nueva reglamentación, los nuevos impuestos y las reducciones significativas en primas - estimadas en aproximadamente un 21% -, sin alterar significativamente la compensación a sus proveedores y cumpliendo a cabalidad con las métricas de calidad establecidas por los reguladores locales y federales.

Es importante también resaltar que la regulación federal y local requieren a los aseguradores destinar entre un 85%-91% de la prima a servicios de salud, y solo el restante a servicios administrativos relacionados, incluyendo la ganancia. Por disposición de ley, los aseguradores y Organizaciones MA deben presentar un informe de índice de pérdidas médica - *Medica/ Loss Ratio* o MLR - anualmente a los reguladores. Si resulta que un asegurador ha gastado menos del 85%-91% de la prima en atención médica y los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención médica, están sujetos a penalidades que van desde reembolsar a los asegurados la diferencia, la prohibición de inscribir nuevos miembros y, en última instancia, la terminación del contrato con CMS.

Nos parece que esta Honorable Comisión tiene mucho que aportar a los esfuerzos que actualmente están llevando a cabo los diferentes componentes del sistema de salud en Puerto Rico, que incluyen tanto al sector privado como al Gobierno de Puerto Rico. Tan reciente como la última semana de febrero del año en curso, miembros del *Medicaid and Medicare Advantage Products Association* (MMAPA), organización a la que Triple-S pertenece junto a otros aseguradores que proveen planes MA y que participan del PSG, estuvieron en Washington DC en reuniones con legisladores y funcionarios federales abogando por un trato justo para Puerto Rico en lo que a los fondos MA se refiere.

La **Asociación de Laboratorios Clínicos, Inc.**, expresa en su ponencia que esta resolución intenta investigar las alegadas prácticas de las compañías aseguradoras de incumplir con los contratos suscritos con los proveedores de servicios de salud al no pagar las tarifas acordadas, enmendar unilateralmente los contratos con los proveedores de servicio de salud y/o cancelar estos sin causa justificada, y las razones para ello. Expresan que desean comenzar confirmándole a esta Comisión que las practicas a investigar "NO SON ALEGADAS PRACTICAS", son hechos conocidos por todos, incluyendo las tres ramas gubernamentales creadas por nuestra Constitución: la Rama Ejecutiva, Legislativa y la Judicial.

Por décadas la Asociación de Laboratorios Clínicos ha participado en decenas de vistas investigativas y proyectos para controlar los abusos de parte de las aseguradoras en contra de los proveedores y de sus mismos suscriptores. Consideran que nada positivo ha resultado de todas estas medidas dado el control del gobierno que las Aseguradoras han podido acaparar a través de sus cabilderos y aportaciones políticas.

Actualmente el Gobierno (ASES) mantiene contratos con aseguradoras que deben millones de dólares a las facilidades de salud del Gobierno, en violación a las leyes y reglamentos que rigen las contrataciones gubernamentales. Peor aún, se les acaba de extender su contrato a sabiendas de las deudas acumuladas. Consideran que ASES y el Comisionado de Seguros ignoran la disponibilidad de las reservas económicas requeridas por el Código de Seguros a las aseguradoras, en especial a las que tienen contrato con ASES.

Explican que mientras la Oficina del Comisionado de Seguros certifica a estas aseguradoras con reservas adecuadas, artículos en los medios insisten en que no las tienen. De hecho, no existe auditoria externa alguna de los libros de las aseguradoras que certifiquen que estas tienen las reservas económicas requeridas por el Código de Seguros, ni que cumplen con los requisitos de *Obamacare*, la cual les impone un límite en gastos administrativos y ganancias de un 15%. Por tanto, la Oficina del Comisionado de Seguros no está cumpliendo con sus deberes, funciones y responsabilidades en ley; y en lugar de proteger de forma enérgica y consistente los intereses de los asegurados y del pueblo, da la apariencia de proteger a la "industria de seguros".

Ante la preocupación sobre la posible corrupción respecto a los asuntos relacionados a lo antes expuesto, recientemente la Asociación de Laboratorios Clínicos se ha visto obligada a presentar sendas querellas ante el Departamento de Justicia para su correspondiente evaluación.

Entienden que el control de estas aseguradoras sobre el Gobierno se refleja también en los recortes a las tarifas de los laboratorios para el Plan de Salud del Gobierno. Dichas reducciones provienen de parte de MMM/PMC/MSO, esto según expresiones hechas por el pasado director de ASES, el Ing. Ricardo Rivera. Estas tarifas surgen de gestiones, que deben ser revisadas, entre estas aseguradoras y su Third Party Administrator (MSO) y los cuatro laboratorios de referencia de Puerto Rico quienes acordaron de forma ilegal reducir las tarifas para acaparar todo el volumen de pruebas generados por sus suscriptores. Consideran que ASES ha implementado reducciones de forma ilegal y atropellante. Estas imposiciones ilegales de parte de ASES y las aseguradoras contratadas han llevado a los laboratorios a una crisis fiscal sin precedentes.

Explican que otro ejemplo de la falta de acción de parte del Senado de Puerto Rico es el caso de las investigaciones ordenadas en las Resoluciones del Senado 696 y 697, y realizadas por la Ex senadora Lorna J. Soto Villanueva, como presidenta de la Comisión de Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas. A pesar de las ponencias comprometedoras y que evidenciaban serias violaciones a leyes federales y reglamentos del Centro de Medicare y Medicaid (CMS), el reporte final resulta incompatible con la evidencia presentada.

La inutilización de la LEY NUM. 203 DE 8 DE AGOSTO DE 2008, Ley para la Negociación Colectiva de Proveedores y Organizaciones de Servicios de Salud por parte de la OCS, mediante el Reglamento (Regla 91) afecta también el cumplimiento de la ley y los problemas expuestos.

Como verán, los proveedores, ni los suscriptores necesitamos leyes nuevas para erradicar los abusos de las aseguradoras; necesitamos una administración libre de amarres políticos y económicos con estas. Esta asamblea legislativa tiene conocimiento de todas estas violaciones de leyes vigentes, por lo que se solicita se tome acción para obligar al cumplimiento de ellas.

El Código de Seguros, al igual que el Código de Seguros de Salud, y la Ley de Pago Puntual establecen unos criterios específicos que han sido violados una y otra vez por las aseguradoras. La Asociación de Laboratorios Clínicos ha tenido que presentar pleitos contra aseguradoras u organizaciones de servicios de salud por violaciones a los estatutos antes citados, y el Tribunal Apelativo ha validado nuestra contención sobre la jurisdicción y facultad de la OCS y los Tribunales para atender estas situaciones que hemos denunciado. Entre estos casos se encuentran: Comisionado de Seguros de P.R. v. MMM, KLRA201201176; Comisionado de Seguros de Puerto Rico v. Humana, KLRA201401217;

Comisionado de Seguro de Puerto Rico v. MCS Life Insurance Company, KLRA 201000485.

En cuanto a las cancelaciones de contrato sin causa, aunque hay leyes que se podrían utilizar para sancionar estas acciones de parte de las aseguradoras como el mismo Código de Seguros, enmendar el Código de Seguros de Salud para incluir artículos o secciones que regulen la contratación de proveedores con altas penalidades económicas mandatorias por sus violaciones.

Resulta también indispensable que el Comisionado de Seguros cumpla con su deber ministerial. Además, que se cree una comisión asesora compuesta por miembros representantes "Ad honorem" de las diferentes organizaciones representativas de las aseguradoras, pacientes y proveedores (stake holders) con la autoridad de participar en las investigaciones relacionadas a querellas relacionadas a los servicios de salud.

Añaden que, la única manera de detener estos abusos de una vez y por todas es eliminar el control del gobierno que tienen las aseguradoras. La evidencia del fracaso de todas las administraciones incluyendo a las tres ramas del gobierno en controlar a las aseguradoras y hacerlas cumplir con las leyes y reglamentos aplicables es evidencia del control y/o influencia que tienen estas aseguradoras del gobierno.

La falta de fondos federales para Mi salud, las restricciones impuestas por el Congreso sobre estos y futuras aportaciones económicas tanto para Mi Salud como para otras agencias y proyectos están en riesgo por la falta de transparencia en el manejo de estos asuntos.

Como parte de todo lo antes expuesto, se recomienda también que se enmiende la Ley de ASES, específicamente la Sección 7. - Modelos de Prestación de Servicios. (24 L.P.R.A. § 7033) para añadir párrafo (h) Todos los modelos de contratación requerirán la contratación de todos los proveedores dispuestos a participar ("all willing providers") mediante un contrato estandarizado y aprobado por la Administración. El contrato establecerá las condiciones específicas para la cancelación legal del contrato y siempre será por justa causa. El contrato además deberá contener las provisiones y procedimientos de apelación, y el proceso a seguir para evaluar y auditar las cancelaciones. Las tarifas para contratar podrán ser menor a las tarifas establecidas por Medicare para Puerto Rico.

La compañía aseguradora **Molina Healthcare**, expresa en su ponencia que Molina es una compañía dedicada a brindar servicios de salud de calidad a personas y familias de escasos recursos. Por sobre 38 años, Malina ha trabajado con planes de salud Medicaid en los Estados Unidos, y actualmente tiene planes de salud en 13 estados, además de Puerto Rico, donde 9 de sus planes poseen la acreditación de excelencia NCQA. A diferencias de otras aseguradoras en Puerto Rico, Molina no tiene una línea de negocios

dedicada a planes comerciales, el volumen de su negocio se centra en planes federales gubernamentales como *Medicaid* y CHIP. Explican que solamente sirven a la población de *Medicaid* en los Estados Unidos y Puerto Rico, según antes expuesto, salvo ciertos estados donde atiende beneficiarios duales, el equivalente de Platino, y/o beneficiarios del Marketplace. En Estados Unidos, las otras líneas de negocio incluyen los sistemas de informática *Medicaid Management Information Systems* y clínicas para sus beneficiarios.

Mencionan que actualmente, el área de servicio de Molina abarca 18 municipios a lo largo de Puerto Rico, y comprende aproximadamente 310,000 beneficiarios. Según discutido anteriormente, todos los beneficiarios de Molina forman parte del Plan de Salud de Gobierno conocido comúnmente como Mi Salud o Reforma. Sobre seiscientos cincuenta y siete (657) empleados se desempeñan dentro de la operación de Molina en Puerto Rico para atender a esta población. Nuestra compañía también cuenta con cinco (5) oficinas incluyendo sus oficinas centrales en el municipio de San Juan y cuatro (4) oficinas regionales, dos por cada región de salud.

Sostiene que dado al rol medular que representan los proveedores en la prestación de servicios a los beneficiarios, realizan exámenes minuciosos de cualquier posible cambio a los términos contractuales antes efectuarlos, con el fin de que en última instancia no se vean perjudicados los beneficiarios.

Añaden que los contratos con los proveedores son voluntarios y se rigen por el Contrato entre Molina y ASES, el cual fue debidamente aprobado por CMS y donde se establecen mecanismos para atender asuntos y reclamos de proveedores, incluyendo las enmiendas de los contratos de proveedores. Cabe resaltar que como Moliña solamente sirve a la población del Plan de Salud del Gobierno, está supeditada a las regulaciones de ASES y de CMS en su totalidad. En otras palabras, tenemos la obligación de cumplir con nuestro contrato con la ASES, legislación y reglamentación aplicable, tanto a nivel estatal como federal. Estos contratos que Molina ejecuta con sus proveedores se hacen acorde las exigencias de ASES, como agente regulador del Plan de Salud del Gobierno. A su vez, nuestros contratos con los proveedores plasman los acuerdos entre las partes, donde se fijan tarifas y el proveedor puede optar o no en convertirse proveedor participante de nuestra red.

En atención a la resolución de marras, reconocemos que pueden ocurrir situaciones donde al proveedor no se le pague la tarifa acordada por algún error operacional. Para estos casos Molina tiene un proceso de ajuste que el proveedor puede utilizar para reclamar el pago de la tarifa acordada. Este proceso de ajuste es práctica estándar en la industria de seguros de salud, y es un remedio que el proveedor tiene a su disposición en caso que se le pague fuera de lo acordado.

Vale resaltar además que ocurren circunstancias donde por mandatos del regulador se hacen necesarias ciertas enmiendas contractuales. Esto, con el fin de que el

Contrato sea consistente con la política pública del Estado. Sin embargo, en estos casos se les da la debida notificación a los proveedores sobre los cambios comprendidos, conforme las provisiones del Contrato entre Malina y ASES y/o de Molina con los proveedores.

En cuanto la terminación de los contratos de proveedores, de un examen de las cláusulas en el Contrato de ASES y Molina, se desprende que hay situaciones donde la terminación inmediata es meritoria. Estas causales están comprendidas en la regulación y legislación federal. En estos casos, una espera en contravención a la regulación federal podría implicar un gasto muy oneroso tanto para el gobierno como para el proveedor. Sin mencionar que se puede estar poniendo en riesgo el cuidado de los asegurados que se les proveen los servicios de cuidado de la salud. No obstante, es importante mencionar que Molina salvaguarda el derecho de proveedores de apelar la decisión de terminación, lo que implica un remedio en derecho para los proveedores afectados.

Explican, que este gobierno tiene como principio brindar accesibilidad y calidad de servicios, además velar por la toma de contrataciones sensatas y que cumplan con los deberes y obligaciones que se contratan. En materia de contratos es principio básico del acuerdo la voluntad en virtud del cual las partes que intervienen en él adquieren derechos y contraen obligaciones. Es responsabilidad nuestra expresarle a esta comisión que existen parámetros establecidos y cláusulas que disponen que el principio básico sea proteger el bienestar del paciente y en este principio descansa nuestra compañía. Por lo tanto, pueden existir ocasiones donde sea meritorio dar por terminado un contrato con un proveedor de servicios por el bienestar del asegurado.

Indican que lo importante es establecer que no se debe forzar a retener a un proveedor que no está dando el servicio de calidad que los pacientes de reforma merecen. A tales efectos, la aseguradora debe ser vigilante de que cada proveedor tenga un número adecuado de pacientes, con el objetivo de siempre brindar un servicio de excelencia y de calidad. Queremos resaltar que nuestro contrato provee remedios para situaciones antes de darlo por terminado, incluyendo la posibilidad de remediar incumplimientos, y para los que exista causa para dicha terminación. Además, establece las diferentes causales por la cual se puede dar por terminado el contrato al proveedor, así apercibiéndole y dando notificación suficiente para posible terminación. Por tanto, de nuestra compañía dar por terminado un contrato con un proveedor es porque no cumple con ciertos estándares contractuales, a los cuales el proveedor anteriormente consintió.

Molina exhorta a continuar realizando un análisis meticuloso y responsable de esta resolución senatorial, ya que entendemos que las investigaciones referentes a las enmiendas y terminaciones de contrato, y ajuste de pagos discutidos en esta resolución están contempladas, y han sido objeto en el contrato con nuestros proveedores.

La compañía aseguradora **MMM Healthcare**, expresa en su ponencia que como es de amplio conocimiento para el Cuerpo Legislativo, el país se mantiene en una recesión económica desde el año 2006 en donde no se ha registrado un crecimiento positivo en la economía. Esto, acompañado por la crisis fiscal en los manejos de las finanzas públicas cuando, por primera vez en la historia del país, no se pudo cumplir con el pago de las obligaciones constitucionales ni extra-constitucionales, lo que ha provocado una reducción de la población de Puerto Rico en un 10% en los últimos 10 años. Según los Índices de Actividad Económica que publica el Gobierno de Puerto Rico, en los últimos dos trimestres del pasado año 2016 la economía experimentó una fuerte contracción lo que proyecta una mayor debilidad de las estructuras económicas del país. La movilidad laboral entre Puerto Rico y los Estados Unidos, que no sólo ha afectado a la clase médica, ha permitido que miles de puertorriqueños persigan rutas en donde pueden mejorar su calidad de vida, experiencia laboral u oportunidades de crecimiento.

Según el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico, para el año 2015, todos los indicadores de migración de Pue1io Rico alcanzaron nuevos records indicando una ola migratoria mayor que la del Gran Éxodo de 1945-1960. Además, el Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico ha estimado que en Puerto Rico existen 5 médicos por cada 2,000 habitantes. En los últimos 10 años cerca de 5,000 médicos han dejado su práctica en Puerto Rico. Factores como el aumento de costos de electricidad, altos gastos operacionales y de equipos, costo de seguros de impericia médica y la disparidad en los fondos federales a los proveedores de Puerto Rico para el programa de Medicaid y Medicare son algunas de las razones que contribuyen a este éxodo de médicos.

Ante la escasez de profesionales médicos que enfrenta el País, una de nuestras compañías hermanas, MSO of Puerto Rico, LLC. ("MSO"), comenzó una serie de conversatorios educativos dirigidos a Residentes de Medicina que están prontos a comenzar su práctica de medicina. Estos conversatorios tienen el fin de brindarles opc10nes reales para integrarlos en su campo profesional, así como el conocimiento necesario para administrar efectivamente sus prácticas médicas. Este esfuerzo se ha realizado en colaboración con el Secretario de Salud de Puerto Rico, el Dr. Rafael Rodríguez Aguayo y las Facultades de Medicina de las principales universidades en Puerto Rico.

Para propósitos de enmarcar adecuadamente la obligación regulatoria de MMM de monitorear y mantener una red de proveedores, les dirigimos al tomo 42 del Código de Regulación Federal a su parte 422, Capítulo 4, Sección 110.1.

De igual manera, la familia de compañías de MMM fueron las primeras en Puerto Rico en alcanzar el nivel de cuatro estrellas de calidad otorgadas por el Gobierno de los Estados Unidos. El sistema de estrellas fue diseñado por la agencia federal de "Center for Medicare & Medicaid Services" ("CMS") para establecer un rango de calidad y de desempeño que ofrecen los planes médicos que incluye sobre cuarenta y cuatro categorías

desde prevención, manejo de enfermedades crónicas, la experiencia del beneficiario con el plan, servicio al beneficiario, farmacias, adherencia a medicamento, querellas recibidas por beneficiarios, entre otros. Me place informarle a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico que en días recientes hemos sido designados por la agencia federal CMS como el primero y único plan de 4.5 estrellas en Puerto Rico--un gran logro para una empresa netamente puertorriqueña con recursos federales limitados en comparación con sus contrapartes en el continente norteamericano. Esto refleja un compromiso de nuestros médicos, laboratorios, hospitales y nuestros empleados de seguir mejorando la calidad y el acceso a la salud para todos los puertorriqueños.

Anus

El sistema de estrellas se diseñó para apoderar a los beneficiarios y sus familiares con maneras de evaluar los diferentes planes disponibles para los ciudadanos. Este mecanismo de publicación de las estrellas de una compañía es una de las herramientas más efectivas utilizadas por el gobierno federal para mejorar la calidad de los planes ya que las calificaciones de estrellas son públicas y permiten que el público tenga las mejores herramientas para seleccionar. A mayor número de estrellas, más alta la calidad de los servicios a los beneficiarios.

De hecho, es importante resaltar que, aunque el sistema de medición de calidad basado en estrellas hasta el momento ha sido utilizado por CMS para las compañías destacadas sólo en el programa de Medicare Advantage, CMS ha indicado que estará adoptando para este año 2017 un sistema de evaluación de estrellas similar para el programa de Medicaid o PSG. Esto permitirá a los beneficiarios del PSG en Puerto Rico tener herramientas para evaluar la calidad de los servicios que ofrecen las compañías bajo el PSG.

En torno a las relaciones contractuales de nuestras compañías con su amplia red de proveedores, MMM es una empresa privada y sus contrataciones están altamente reguladas por CMS. Generalmente, las enmiendas a los contratos de proveedores se estipulan por acuerdo mutuo de las partes y, en casos de enmiendas propuestas por la empresa, los proveedores tienen el derecho de objetar y/o rechazar las enmiendas a sus contratos.

En cuanto a las terminaciones contractuales MMM cumple con los requerimientos de notificación requeridos por los estándares federales cuando termina contratos con proveedores. En la mayoría de los casos, las terminaciones o enmiendas se fundamentan por asuntos de necesidad geográfica, irregularidades en las prácticas de facturación, relocalizaciones fuera de Puerto Rico, baja calidad, ausencia de conectividad, trato a nuestros pacientes, entre otros.

La compañía aseguradora **First Medical**, expresa en su ponencia que no pueden concluir que la razón de la migración de los profesionales de salud se deba específicamente por las razones mencionadas en la presente Resolución, ya que este

asunto se encuentra altamente regulado en el CSPR, al igual que bajo la contratación de las Organizaciones de Servicios de Salud con la A.S.E.S.

El **Sistema de Salud Menonita**, expresa en su ponencia que, como todo proveedor de servicios de salud en Puerto Rico, Menonita no está ajeno a los procesos de negociación, contratación y eventual ejecución de los contratos con las aseguradoras del país. De igual forma, Menonita ha sufrido el efecto que ha causado la fuga de profesionales médicos durante los pasados 10 años. En la actualidad Menonita mantiene contrato con sobre 20 aseguradoras que cubren servicios de salud a personas privadas (comerciales), personas médico-indigentes (plan de salud del Gobierno de Puerto Rico) y beneficiarios del programa federal conocido como Medicare, en particular, la parte C o Medicare Advantage.

Explican que, la experiencia demuestra que, ciertas compañías aseguradoras incumplen con aquellos acuerdos negociados con los proveedores y que forman parte del contrato entre la aseguradora y el proveedor. En ocasiones, justifican tal incumplimiento, utilizando como subterfugios programas de calidad establecidos unilateralmente por la misma compañía aseguradora, o invocando el que agencias reguladoras de los programas de salud del Gobierno Federal, han establecido tales políticas. La contratación de médicos primarios tampoco es la excepción, cuando tales aseguradoras los contratan a base de una tarifa fija impuesta por las aseguradoras, excluyendo a aquellos facultativos que se niegan a aceptar dichas tarifas. Sin embargo, para aquellos que las aceptan les otorgan periódicamente bonos, amparados en unas métricas de calidad, que, de hacerse un estudio exhaustivo, forzosamente hay que concluir, que tal actividad en lugar de beneficiar a los pacientes, los perjudica.

De hecho, en el caso particular de Menonita, hemos tenido que recurrir a la vía judicial para exigirle a las compañías aseguradoras el cumplimiento específico de los contratos, tales y como fueron negociados. De igual forma, los hemos tenido que llevar al Tribunal para exigir que esas compañías aseguradoras cumplan con las leyes aprobadas por esta legislatura y firmadas por el Gobernador.

A los fines de ser más precisos, los referimos a los casos que se identifican al calce, los cuales de sus alegaciones surgen ampliamente los hechos que dan margen a esas demandas, una por incumplimiento contractual 1 y la otra por incumplimiento con las Leyes aprobadas por el Gobierno de Puerto Rico.

En el caso de incumplimiento contractual al cual hacemos referencia en el párrafo anterior, la compañía aseguradora cambió unilateralmente los términos y condiciones del contrato, a los fines de establecer que todo paciente que fuera readmitido en el hospital, dentro de un periodo de 15 días de la primera visita, por motivo de la misma condición, la aseguradora solo pagaría de las dos facturas la que fuera mayor. Al Menonita negarse a este cambio unilateral, la aseguradora invocó reglas que no aplican a Puerto Rico y

políticas de la aseguradora que no fueron previamente discutidas. Esto es un ejemplo claro de la arbitrariedad con que ciertas aseguradoras incumplen con los contratos otorgados con los proveedores. Tal incumplimiento le ha costado a Menonita el no poder cobrar servicios prestados por la cantidad de $2,189,000.

Las reclamaciones judiciales presentadas por Menonita, son el resultado de años de conversaciones y/o procesos internos de las aseguradoras que resultaron al final en nada, y que tuvieron como único propósito el intentar "cansar" al proveedor con la meta de que éste acepte una transacción por una cuantía muchísimo menor. En la mayoría de las reclamaciones, estamos hablando de pacientes bajo el plan de salud del gobierno y/o beneficiarios del programa Medicare Advantage, cuyos fondos destinados para que éstos recibieran los servicios de salud que le fueron brindados por Menonita, ya fueron desembolsados a las aseguradoras y éstas se niegan a pagarlos.

Inequívocamente, tal comportamiento ha resultado en la quiebra de hospitales como Clínica Santa Rosa, en Guayama; la sindicatura del Hospital Lafayette en Arroyo; y por ese mismo camino iba el Hospital San Lucas de Guayama, sino es por la entrada de Menonita, quien lo adquirió en septiembre de 2017.

A parte del control que tienen ciertas aseguradoras, para coaccionar la contratación de los facultativos y controlar los servicios de salud, como si fuera un mercado privado, también incurren en la práctica de denegar el pago de servicios ofrecidos por los proveedores de servicios de salud, amparados en unas guías clínicas en incumplimiento craso con las disposiciones de la Ley 5-2014.

Indican que en Puerto Rico se ha promulgado legislación y/o reglamentación dirigida a limitar las denegaciones por alegada ausencia de necesidad médica, aun cuando el servicio fue ordenado por un profesional médico, la práctica de denegar reclamaciones por esta razón continúa en aumento. En los pasados tres (3) años a Menonita se le ha denegado pagos por servicios prestados a pacientes de las aseguradoras, la cantidad de $6,000,000 aproximadamente, mediante denegaciones utilizando las guías clínicas por encima del criterio de necesidad médica.

Las determinaciones de ausencia de necesidad médica son efectuadas por profesionales en el campo de la enfermería a través de evaluaciones retroactiva de expedientes. En ocasiones, dichas determinaciones son sostenidas por las aseguradoras aun cuando se brinda toda la información requerida para sostener la necesidad médica del procedimiento. En el caso particular de las aseguradoras contratadas por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, dentro del componente que el Gobierno de Puerto Rico les paga a estas Aseguradoras, se encuentra una pat1ida *(per member/per month)* para los procesos de evaluación de calidad y/o utilización. No obstante, y a pesar de haber recibido cuantiosas sumas de dinero destinados para dicho

fin, las aseguradoras llevan a cabo dicho proceso mediante contratación de personal de enfermería, a un costo muy por debajo de la partida asignada para ello.

Por otro lado, mencionan que, los procesos de revisión/apelación de las reclamaciones denegadas son sumamente dilatorios y complicados lo que fuerza a los proveedores, a aceptar una transacción por el total adeudado, que en ocasiones conlleva el aceptar una transacción muy por debajo del total adeudado. Aunque los procesos de revisión/apelación son requisitos estatutarios y/o reglamentarios, estatales y/o federales, los mismos no resultan en beneficio de los proveedores, sino más bien, de las propias aseguradoras ya que son atendidos por personas afines con sus intereses. No debernos olvidar que la mayoría de estas aseguradoras responden a intereses privados con fines de lucro.

Señalan que tienen que reconocer que las cámaras legislativas han hecho el esfuerzo que les corresponde aprobando legislación con el fin de abolir esas prácticas. A esos efectos, en enero de 2014 se aprobó la Ley Número 5, la cual dispone que ninguna aseguradora puede denegar el pago de servicios médicos-hospitalarios, los cuales fueron fundamentados a base del criterio clínico del facultativo que atiende al paciente. Tan reciente como el año pasado, se aprobó la Ley Número 47 de 23 de julio de 2017, corno resultado del proyecto del Senado número 27, de la iniciativa del Presidente Thomas Rivera Schatz. Dicha legislación, la cual entendemos que hubiese terminado con la abominable práctica de ciertas aseguradoras, fue detenida su aplicación o vigencia por la Junta de Supervisión Fiscal, por las razones que explica en su carta de 30 de agosto de 2017.

La mayoría de las compañías aseguradoras en Puerto Rico, son entidades con fines de lucro, que responden a sus inversionistas privados, cuyo fin es el de generar ganancias, muchos de ellos ausentes de Pue110 Rico. Generar ganancia es un negocio lícito, no obstante, debe existir un balance entre el interés de las aseguradoras y la salud de los residentes de Puerto Rico. En otras palabras, no podemos permitir que la salud de un pueblo esté a merced de los intereses privados de las aseguradoras, para enriquecer a personas que nada les importa la salud de los puertorriqueños. Aquellos que permitan que esta práctica continúe, se hacen cómplice de estas aseguradoras.

La Administración de Menonita, espera que la investigación que efectúa esta Comisión, la lleve a unos resultados que confirmen lo aquí expuesto y que a su vez sirvan de origen para promover y aprobar legislación, que erradique las prácticas indeseables de ciertas aseguradoras en el manejo de los fondos que el Gobierno les confía a ellas y sobre el control que con dichos fondos tienen sobre la salud del pueblo de Puerto Rico.

La **Asociación de Hospitales** comienza indicando que es una organización privada, sin fines de lucro que agrupa la mayoría de los hospitales de Puerto Rico, tanto públicos como privados. Expresan que para beneficio de sus pacientes y proveedores, entienden que

es necesaria esta investigación y la Asociación apoya cualquier investigación que resulte en una mejor calidad de servicios de salud en el país.

La **Oficina del Comisionado de Seguros** indica que les parece conveniente aclarar brevemente la jurisdicción de las distintas agencias que intervienen y están llamadas a atender y ejecutar los asuntos contenidos en esta Resolución.

Por su parte, la OCS tiene la obligación de regular y fiscalizar el sector privado de la industria de seguros, responsabilidad que conlleva el velar por que se cumplan estrictamente las normas y los principios establecidos en el Código de Seguros de Puerto Rico o que resulten razonablemente implícitos de sus disposiciones, reglamentos, normas o cualquier otra ley cuya fiscalización le haya sido asignada. Indican que el rol de la Oficina es velar por el cumplimiento de las obligaciones propuestas dentro del sector privado de la industria de seguros, en este caso aseguradores u organizaciones de servicios de salud que ofrecen planes médicos en el sector privado.

Mencionan que la responsabilidad de implantar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores u organizaciones de servicios de salud, así como el fiscalizar y velar por el cumplimiento de los servicios de salud relacionados con el Plan de Salud del Gobierno, conocido como el Plan Mi Salud, recae en la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

Expresan que en lo que respecta a su oficina, la jurisdicción de la OCS sobre los aseguradores y organizadores de servicios de salud y demás regulados que intervengan en la colocación de estos seguros que contratan con ASES para ofrecer, mercadear o administrar el Plan Mi Salud es una limitada a la autorización, licenciamiento y solvencia requerida para hacer negocios de seguros en Puerto Rico, a tenor con las disposiciones vigentes del Código de Seguros de Puerto Rico y la Ley 72-1993.

Explican que según la letra vigente de la ley, la OCS está impedida, por falta de jurisdicción, de entrar a fiscalizar el pago a los proveedores de servicios de salud participantes del Plan Mi Salud. La cubierta de planes MA es provista por aseguradores u organizaciones de servicios de salud privados, de conformidad con la legislación federal del "Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003".

Indican que cónsono con lo antes mencionado, su oficina emite el certificado de autoridad a los aseguradores u organizaciones de servicios de salud de planes MA necesario para quedar autorizado a contratar negocios de seguros en Puerto Rico y monitorea los niveles de solvencia económica de estas entidades, con el propósito de garantizar la capacidad de capital para responder por el cumplimiento de las obligaciones asumidas con sus asegurados. Los asuntos que no están dentro del ámbito de la jurisdicción de la OCS, son referidos a la oficina local de la agencia federal CMS. De esta forma, la OCS mantiene un memorando de entendimiento suscrito con CMS, y se reúne con personal de la oficina

de CMS en Puerto Rico, con el propósito de cooperar y colaborar en las funciones de supervisión entre ambas agencias.

Mencionan que desde inicios del año 2017, su oficina se ha reunido con los diversos organismos que agrupan a los médicos de planes MA para atender sus preocupaciones e inquietudes, particularmente, en cuanto a la acción tomada por aseguradores de planes MA de enmendar las tarifas de pago originalmente acordadas con proveedores para determinados servicios. Sobre esto, la oficina solicitó en el mes de enero una consulta legal a la oficina local de CMS sobre el alcance de la regulación federal del CMS-Fee Schedule que dan a lugar a dicha controversia. La oficina local de CMS remitió esta consulta a la oficina central de CMS y éste asumió jurisdicción sobre la controversia.

Señalan que se estima que alrededor del setenta y cinco por ciento (75%) de las personas elegibles a los Programas de Medicare en Puerto Rico se acogen a la cubierta de un plan MA, siendo su jurisdicción una de las tasas más altas de participación a nivel nacional. Sin embargo, el trato que la legislación federal del MMA otorga a los beneficiarios y proveedores de servicios médicos y hospitalarios en la Isla no es de paridad en relación con el que éstos reciben en los estados de la nación. Esta situación ha provocado que este Gobierno abogue y luche a nivel federal por trato igual de recursos a favor de la población de 65 años o más y personas impedidas en la Isla, que dependen de la cubierta de estos planes para atender sus necesidades de cuidado de salud.

Explican que la Ley Para el Pago Puntual de Reclamaciones a Proveedores de Servicios de Salud en su Capítulo 30 sobre reclamaciones expresa que para que una reclamación sea procesable para pago, el proveedor participante deberá someter al asegurador u organizacióódigo n de servicios de salud sus reclamaciones de pago, dentro de los noventa (90) días siguientes de haber prestado sus servicios o de la fecha de alta del paciente. Del asegurador u organización de servicios de salud determinar que una reclamación no es procesable para pago, deberá notificar las razones por las cuales considera que la reclamación no es procesable y disponer de un proceso interno para el proveedor presentar una querella, antes de solicitar la intervención de la División de Pago Puntual de la OCS.

Asimismo, el pago de una cantidad inferior a la pactada contractualmente a un proveedor de salud constituye una negativa a pagar una reclamación, en violación al Artículo 30.050 del Código de Seguros. Ello, pues el segurador se estaría negando a satisfacer los pagos a los proveedores por los servicios que prestaron conforme a los términos y condiciones previamente establecidas en los contratos. El principio de autonomía contractual entre las partes está subordinado a que los pactos, cláusulas y condiciones establecidas no sean contrarias a las leyes, por lo que un asegurador u organización de servicios de salud no puede, mediante contrato con los proveedores de servicios de salud en el sector privado, establecer condiciones que tengan el efecto de evadir las obligaciones que impone el Capítulo 30 del Código de Seguros.

Indican que la regulación de pago de reclamaciones a proveedores de planes MA, es menester precisar que no todas las contrataciones entre aseguradores u organizaciones de servicios de salud de planes MA y proveedores de servicios de salud están sujetas a las disposiciones del Capítulo 30 del Código de Seguros de Puerto Rico. Según establece la regulación federal para el pago puntual ("prompt payment provision"), el pago puntual a proveedores participantes de planes MA se regirá según los términos que se establezcan en el contrato entre el asegurador u organización de servicios de salud del plan MA y el proveedor de servicios.

Mencionan que respecto a las prácticas de aseguradores u organizaciones de servicios de salud de incumplir con los contratos suscritos con los proveedores de servicios de salud al no pagar las tarifas acordadas, enmendar unilateralmente los contratos con los proveedores de servicio de salud y/o cancelar estos sin causa justificada, su oficina ha investigado un total de ciento cincuenta (150) casos relacionados a los asuntos contenidos en el Capítulo 30 del Código de Seguros, entre el año 2016 al presente: setenta y siete (77) en el 2016; setenta y uno (71) en el 2017; y dos (2) en el 2018. De ese total, solamente dieciséis (16) quedan pendientes de resolver.

Concluyen que su oficina considera necesario revisar los términos vigentes del Capítulo 30 del Código de Seguros para el pago de reclamaciones de servicios de salud, de manera que se propicie un proceso más ágil y eficiente en el pago oportuno a los proveedores de salud. Mencionan que, al presente, la industria de seguros de salud en su mayoría maneja los procesos de facturación mediante el uso de sistemas de información electrónicos, lo cual facilita y agiliza la presentación y flujo de información de las reclamaciones de pago de proveedores de servicios de salud tales como: médicos, hospitales, dentistas, laboratorios, farmacias, o cualquier otro proveer de servicios de salud. Les parece que, ante la disponibilidad de procesos electrónicos de facturación, el término de treinta (30) para un asegurador u organización de servicios de salud proceder con el pago o denegar una reclamación, no se justifica, por lo cual sugieren que dicho término de tiempo sea acortado para lograr mayor prontitud del pago por los servicios prestados.

Finalizan que teniendo en cuenta que la cancelación de contratos a proveedores participantes de planes médicos repercute adversamente en el acceso del asegurado a recibir los beneficios de su plan médico, consideran que adopte legislación dirigida a garantizar la suficiencia de redes de proveedores y continuidad de los servicios a los asegurados o personas cubiertas en planes consistentes con los criterios promulgados en la ley modelo de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros. Así como, legislación para requerir a las organizaciones de servicios de salud o asegurador el divulgar públicamente los criterios de acreditación que los médicos y otros proveedores de servicios de salud deben cumplir para poder contratar y participar de su red de proveedores. Esto, con la intención de garantizar el acceso y la continuidad de los servicios en la cubierta del plan médico a los asegurados.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Luego de evaluar la presente Resolución, la Comisión de Salud del Senado entiende que es meritorio y necesario la investigación sobre las alegadas prácticas de las compañías aseguradoras de incumplir con los contratos suscritos con los proveedores de servicios de salud al no pagar las tarifas acordadas, enmendar unilateralmente los contratos con los proveedores de servicio de salud y/o cancelar estos sin causa justificada.

De la información recopilada durante el proceso investigativo, se trabajó legislación para atender las preocupaciones plasmadas durante la Audiencia Pública; así como las denuncias que constantemente se reciben por parte de pacientes y proveedores. Específicamente mediante el P. del S. 841, con el fin de enmendar el Art. 19.150 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico" a los efectos de establecer como una práctica prohibida que una organización de servicios de salud de Medicare Advantage o su representante acuerde con un proveedor de servicios el pago de una tarifa menor a la establecida para ese año por los Centros de Servicios Medicare y Medicaid Services (CMS) para Puerto Rico por los servicios provistos como proveedor de Medicare Advantage.

De igual manera, recomendamos verificar los términos establecidos en la Ley de Pago Puntual, así como desarrollar contratos uniformes en ASES, para la prestación de servicios bajo el Plan de Salud del Gobierno. Finalmente, consideramos necesario promulgar legislación a los fines de establecer el proceso de revisión de denegación de pago de facturas de servicios médico-hospitalarios.

La Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración de la **R. del S. 360**, presenta a este Alto Cuerpo Legislativo el Informe Final con sus hallazgos, recomendaciones y conclusiones.

Respetuosamente sometido,

Hon. Ángel Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

ORIGINAL

RECIBIDO JUN13'19am9:30
TRAMITES Y RECORDS SENADO PR

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18va Asamblea Legislativa

5ta Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. del S. 527

CUADRAGÉSIMO INFORME PARCIAL

13 de junio de 2019

AL SENADO DE PUERTO RICO

La Comisión de Salud Ambiental y Recursos Naturales, previa consideración, estudio y análisis, somete a este Alto Cuerpo Legislativo el presente Informe Parcial sobre la **Resolución del Senado 527**, con sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones preliminares.

ALCANCE DE LA MEDIDA

La Resolución del Senado 527, según presentada, tiene como propósito "ordenar a la Comisión de Salud Ambiental y Recursos Naturales del Senado de Puerto Rico realizar investigaciones continuas sobre los diversos problemas de salud ambiental y amenazas a nuestros recursos naturales; así como su impacto en el ambiente, los recursos naturales y la salud de los ciudadanos." Por virtud de esta Resolución, la Comisión de Salud Ambiental y Recursos Naturales visitó el municipio de Guayama a los fines de inspeccionar problemas de infiltración de agua en las carreteras PR-15 y PR-712 cuyo producto intensifica las inundaciones en las principales vías de transporte en la **Comunidad Pueblito del Carmen**.

CRM

HALLAZGOS

Con el fin de atender la pieza legislativa ante nuestra consideración, la Comisión de Salud Ambiental y Recursos Naturales solicitó la presencia de las siguientes entidades gubernamentales y no gubernamentales.

Entidad gubernamental	*Representante*
Oficina de Obras Públicas Municipal	Sr. Ramón E. Conde Meléndez – Director

Autoridad de Carreteras y Transportación (ACT)	Sra. Jacqueline Narváez Pons - Jefa de Brigadas
Autoridad de Energía Eléctrica (AEE)	Ing. Rafael Rodríguez - Administrador Regional
Departamento de Transportación y Obras Públicas (DTOP)	Ing. Emilio Garay Vega - Director Ejecutivo de Directoría de Obras Públicas
Cámara de Representantes de Puerto Rico	Hon. Luis R. "Narmito" Ortíz Lugo

Tabla 1. Lista de las entidades gubernamentales presentes en la Vista Ocular, según fuera solicitado por la Comisión de Salud Ambiental y Recursos Naturales. La misma identifica la entidad y su representante.

El pasado **martes, 16 de mayo de 2019**, la Comisión de Salud Ambiental y Recursos Naturales del Senado de Puerto Rico realizó una Inspección Ocular en la **Comunidad Pueblito del Carmen** del **Municipio de Guayama**. El principal asunto abordado durante la Vista Ocular radicó en dos (2) aspectos fundamentales. El primero se circunscribió a la problemática sobre la falta de iluminación en la comunidad. Los residentes expresaron que la Autoridad de Energía Eléctrica (AEE, por sus siglas) no ha colocado la cantidad suficiente de focos de electricidad para mantener alumbrado los principales caminos municipales y carreteras estatales. En segundo lugar, nuestra Comisión logró constatar el estado actual de las vías. Las mismas se encuentran en claro deterioro desde hace más de un lustro, según explicaron los residentes. Allí, se logró denotar una problemática de infiltración cuyo producto intensifica las inundaciones en las vías utilizadas por todos los que allí viven. Ante ello, también levantaron la voz de alerta ante la preocupación de aguas estancadas en los diversos hoyos divisados por esta Comisión. Sin lugar a dudas, éstas aguas estancadas e inundaciones cimentan una problemática persistente en los últimos años de salud pública en la comunidad. Lo anterior, debido a que se ha discutido ampliamente sobre los ambientes insalubres que propician el desarrollo de múltiples vectores asociados a enfermedades infecciosas. Ante esto, la Comisión se ocupa a presentar el siguiente accionar proactivo y preventivo.

CRM

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PRELIMINARES:

El Administrador Regional de Operación Técnica de la AEE esbozó el compromiso de la agencia en auscultar la posibilidad de colocar la cantidad de focos necesarios para la correspondiente iluminación en la comunidad visitada. Las agencias concernidas al mantenimiento y reparación de las vías mencionadas expusieron que agilizaran al personal destacado para mejorar las condiciones actuales de las carreteras que conectan a la comunidad y la zona urbana del municipio de Guayama. Ante lo anterior acordado, la Comisión mantendrá vigilante el accionar de cada una de las agencias

correspondientes, a los fines de lograr mejorar la iluminación, condición vial y la salud pública de los residentes.

Por todo lo antes expuesto, la **Comisión de Salud Ambiental y Recursos Naturales** del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, somete a este Alto Cuerpo un **Cuadragésimo Informe Parcial** de la **Resolución del Senado 527**, con sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones preliminares.

Respetuosamente sometido,

Dr. Carlos J. Rodríguez Mateo
Presidente
Comisión de Salud Ambiental y Recursos Naturales

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18 va Asamblea Legislativa

ORIGINAL

5 ta Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

13 de junio de 2019

Informe sobre la R. del S. 1133

AL SENADO DE PUERTO RICO:

La Comisión de Asuntos Internos, previa consideración, recomienda la aprobación de la Resolución del Senado 1133, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

La R. del S. 1133 propone realizar una investigación para asegurar que los planes de mitigación para estructuras en zonas inundables que implementará la Junta de Planificación y la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés) identifiquen los Municipios con mayor vulnerabilidad ante inundaciones; asegurar que la Junta de Planificación y FEMA sigan lo establecido en la Ley 3-1961 (Ley para el Control de Edificaciones en Zonas Susceptibles a Inundaciones), según enmendada, sobre los reclamos en el proceso de la aprobación de planes de mitigación de zonas inundables en los Municipios; asegurar que dichas zonas sean cónsonas con las áreas que los Municipios han identificado como zonas susceptibles a inundación, así como implementar un proceso participativo en las comunidades para desarrollar adecuadamente los planes de mitigación municipales para las zonas inundables.

Esta Comisión entiende que la solicitud es razonable dado que presenta una situación que puede ser atendida por la Comisión de Salud Ambiental y Recursos Naturales de Puerto Rico, según lo dispuesto en la Regla 13 "Funciones y Procedimientos en las Comisiones" del Reglamento del Senado de Puerto Rico.

Por lo antes expuesto, la Comisión de Asuntos Internos del Senado de Puerto Rico recomienda la aprobación de la Resolución del Senado 1133, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

Respetuosamente sometido,

Larry Seilhamer Rodríguez
Presidente
Comisión de Asuntos Internos

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)
~~ESTADO LIBRE ASOCIADO~~ *GOBIERNO* DE PUERTO RICO

18 va. Asamblea Legislativa

5 ta. Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. del S. 1133

29 de mayo de 2019

Presentada por el senador *Tirado Rivera*

Referida a la Comisión de Asuntos Internos

RESOLUCIÓN

Para ordenar a la Comisión de Salud Ambiental y Recursos Naturales *del Senado de Puerto Rico* realizar una investigación para asegurar que los planes de mitigación para estructuras en zonas inundables que implementará la Junta de Planificación y la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés) identifiquen los municipios con mayor vulnerabilidad ante inundaciones; asegurar que la Junta de Planificación y FEMA sigan lo establecido en la Ley 3-*de 27 de septiembre de* 1961*, conocida como* (Ley para el Control de Edificaciones en Zonas Susceptibles a Inundaciones), según enmendada, sobre los reclamos en el proceso de la aprobación de planes de mitigación de zonas inundables en los municipios; asegurar que dichas zonas sean cónsonas con las áreas que los municipios han identificado como zonas susceptibles a inundación, así como implementar un proceso participativo en las comunidades para desarrollar adecuadamente los planes de mitigación municipales para las zonas inundables.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Junta de Planificación y la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés) tuvieron la tarea de revisar las zonas susceptibles a inundación luego de los eventos catastróficos tras el paso de los huracanes Irma y María. Estos eventos provocaron la revisión de estas zonas, debido a que distintos cuerpos de agua en diversas comunidades se elevaron a niveles imprevistos. Consecuentemente, FEMA utilizó el asesoramiento, la cartografía y planificación de riesgo (Risk Mapping, Assessment, and Planning, Risk MAP por sus siglas en inglés)

para identificar las áreas susceptibles a inundaciones y desarrollar los criterios de los planes de mitigación. En la publicación de *Cauce Mayor 2019, Mitigación de riesgos: Resiliencia Planificada*[1] de la Junta de Planificación se reporta que los municipios han identificado sus respectivos planes de mitigación, pero insta a que se deben revisar de cara a la próxima temporada de huracanes que ~~comienza~~ *comenzó* el 1 de junio de 2019.

En este plan, se incluye, en su primera fase, una evaluación de planes de mitigación para zonas susceptibles a inundaciones, una segunda fase en la que se evaluarán los primeros 51 municipios y una tercera fase en la que se actualizarán los 27 municipios restantes. FEMA estima que para mediados del año 2019 se identifiquen y aprueben los planes de los primeros 12 municipios. El comienzo del proceso de aprobación de planes de mitigación para mediados de 2019 debe ser una preocupación, debido a que comienza la temporada de huracanes y pospondría ~~aun~~ *aún* más la aprobación de dichos planes para los restantes 66 municipios. De acuerdo a un artículo de El Nuevo Día publicado el 22 de mayo de 2019[2], se identificó que, tras la investigación de FEMA y la Junta de Planificación, hay 252,813 estructuras en zonas inundables, que incluyen viviendas, al igual que estructuras comerciales. Igualmente, proyectan unas 2,210 estructuras que son propensas a afectarse sustancialmente por la erosión costera en los próximos 60 años.

La Junta de Planificación ha desarrollado unas alternativas para las estructuras, que incluyen desde la elevación de hogares, hasta la remoción y relocalización de las mismas. Para la elaboración de un proceso justo en que se pueda implementar adecuadamente los planes de mitigación en zonas inundables, la Ley 3-*de 27 de septiembre de* 1961*, conocida como* ("Ley para el Control de Edificaciones en Zonas Susceptibles a Inundaciones"), según enmendada, establece mecanismos para que ciudadanos/as puedan reclamar los daños a sus propiedades, e igualmente establece el

[1] https://jp.pr.gov/Portals/0/Images/CAUCE%20MAYOR%202019%20MARZO%2020%20LOW%20(003).pdf?ver=2019-03-21-141401-240

[2] https://www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/sobre250000estructurasestanenzonasinundables-2495162/

rol fundamental de los municipios en el proceso de reclamos ante la Junta de Planificación. Por ende, la aprobación de estos planes tras el paso de los huracanes Irma y María debe darse dentro de un proceso deliberativo en el que las comunidades puedan participar y exponer las preocupaciones particulares, de acuerdo al marco legal vigente y sus garantías. De esta manera, los diversos reclamos deben incluirse con el fin de garantizar que tanto FEMA como la Junta de Planificación puedan implementar las fases identificadas para aprobar los planes de mitigación de los municipios.

RESUÉLVESE POR EL SENADO DE PUERTO RICO:

Sección 1. – Se ordena a ~~que~~ la Comisión de Salud Ambiental y Recursos Naturales ~~(en adelante, Comisión)~~ *del Senado de Puerto Rico realizar* ~~realice~~ una investigación exhaustiva para asegurar que los planes de mitigación para estructuras en zonas inundables que ~~vislumbra~~ implementar la Junta de Planificación *y la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés) identifiquen los municipios con mayor vulnerabilidad ante inundaciones; asegurar que la Junta de Planificación y FEMA sigan lo establecido en la Ley 3 de 27 de septiembre de 1961, conocida como (Ley para el Control de Edificaciones en Zonas Susceptibles a Inundaciones), según enmendada, sobre los reclamos en el proceso de la aprobación de planes de mitigación de zonas inundables en los municipios; asegurar que dichas zonas sean cónsonas con las áreas que los municipios han identificado como zonas susceptibles a inundación, así como implementar un proceso participativo en las comunidades para desarrollar adecuadamente los planes de mitigación municipales para las zonas inundables* ~~y FEMA identifiquen los municipios con mayor vulnerabilidad ante inundaciones en las fases de aprobación de dichos planes~~.

MVS.

~~Sección 2.- Se ordena a que la Comisión asegure en dicha investigación que la Junta de Planificación y FEMA tomen en cuenta el proceso establecido por la Ley 3-1961 (Ley para el Control de Edificaciones en Zonas Susceptibles a Inundaciones) para los reclamos en el proceso de la aprobación de planes de mitigación de zonas inundables en los municipios.~~

~~Sección 3.- Se ordena a que la Comisión incluya en dicha investigación las garantías para que las zonas susceptibles a inundación identificadas por la Junta de Planificación y FEMA sean cónsonas con las áreas que los municipios han identificado como zonas susceptibles a inundación.~~

~~Sección 4. Se ordena a que la Comisión incluya en dicha investigación asegurar que la Junta de Planificación y FEMA han provisto un proceso participativo en las comunidades para desarrollar adecuadamente los planes de mitigación municipales para las zonas inundables.~~

Sección ~~5~~ 2.- La Comisión rendirá un informe con *sus* hallazgos*, conclusiones* y recomendaciones que estimen pertinentes, incluyendo las acciones legislativas y administrativas que deban adoptarse con relación al asunto objeto de la investigación, dentro de noventa (90) días después de la aprobación de esta Resolución.

Sección ~~6~~ 3.-Esta Resolución comenzará a regir inmediatamente ~~a partir~~ *después* de su aprobación.

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18 va Asamblea Legislativa

ORIGINAL

5 ta Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

RECIBIDO JUN 03 '19 PM 5:14
TRAMITES Y RECORDS SENADO PR

3 de junio de 2019

Informe sobre la R. del S. 1134

AL SENADO DE PUERTO RICO:

La Comisión de Asuntos Internos, previa consideración, recomienda la aprobación de la Resolución del Senado 1134, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

La R. del S. 1134 propone realizar una investigación sobre las irregularidades en los servicios relacionados a enfermedades infecciosas y demás servicios brindado por el Centro Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual, Centro Médico (C.L.E.T.S.).

Esta Comisión entiende que la solicitud es razonable dado que presenta una situación que puede ser atendida por la Comisión para el Desarrollo de Iniciativas Comunitarias de Puerto Rico, según lo dispuesto en la Regla 13 "Funciones y Procedimientos en las Comisiones" del Reglamento del Senado de Puerto Rico.

Por lo antes expuesto, la Comisión de Asuntos Internos del Senado de Puerto Rico recomienda la aprobación de la Resolución del Senado 1134, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

Respetuosamente sometido,

Larry Seilhamer Rodríguez
Presidente
Comisión de Asuntos Internos

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18va Asamblea Legislativa

5ta Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. del S. 1134

5 de junio de 2019

Presentada por el señor *Vargas Vidot*

Referido a la Comisión de Asuntos Internos

RESOLUCIÓN

Para ordenar a la Comisión para el Desarrollo de Iniciativas Comunitarias del Senado de Puerto Rico ~~llevar a cabo~~ *realizar* una investigación sobre las *alegadas* irregularidades en los servicios relacionados a enfermedades infecciosas y demás servicios ~~brindado~~ *brindados* por el Centro Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual, Centro Médico (C.L.E.T.S.).

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Se ha recibido información sobre posibles irregularidades en la operación del Centro Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual, Centro Médico (C.L.E.T.S.), la cual se encuentra bajo la supervisión del Departamento de Salud de Puerto Rico. Dicho centro presta servicios de pruebas de laboratorio para dieciocho divisiones relacionadas a enfermedades infecciosas como: Sífilis, VIH, Gonorrea, Tuberculosis, Rabia, entre otros. Además, realizan examen toxicológico para detectar alcohol.

Según la información obtenida por diversas fuentes, C.L.E.T.S. no cuenta con reactivos para pruebas confirmatorias y así realizar pruebas de carga viral, en relación a VIH. Si un paciente acude a realizarse una prueba confirmatoria a dicho Centro, de salir positivo a VIH, no podrá lograr acceso a tratamiento si no tiene sus

MVP.

pruebas confirmatorias. Además, según la información obtenida, el Centro tiene deterioro en su infraestructura, en sus equipos necesarios para mantener las temperaturas apropiadas para la realización de las pruebas y en el sistema de aire acondicionado.

Por todo lo expuesto anteriormente, el Senado de Puerto Rico considera imperativo realizar una investigación sobre las irregularidades en los servicios relacionados a enfermedades infecciosas y demás servicios ~~brindado~~ *brindados* por el Centro Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual, Centro Médico (C.L.E.T.S.).

RESULÉVESE POR EL SENADO DE PUERTO RICO:

Sección 1.- Se ordena a la Comisión para el Desarrollo de Iniciativas Comunitarias del Senado de Puerto Rico realizar una investigación *sobre las alegadas* irregularidades en *los servicios relacionados a enfermedades infecciosas y demás servicios brindados por* el Centro Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual, Centro Médico (C.L.E.T.S.).

Sección 2.- La investigación aquí ordenada deberá incluir, pero no limitarse a, un estudio sobre:

1) Si el laboratorio C.L.E.T.S. cuenta con inventario de reactivos para pruebas confirmatorias de enfermedades de transmisión sexual (ETS).
2) La proveniencia de los fondos para comprar los reactivos.
3) Plan de contingencia, si alguno, adoptado por C.L.E.T.S. ante la falta de reactivos y el otorgamiento de pruebas confirmatorias a los pacientes.

4) La existencia de algún otro laboratorio al que C.L.E.T.S. envíe las pruebas realizadas del Panel Cardiometabólico (CMP), Urinálisis, Complete Blood Count (CBC), Panel de células CD4, CD8, Hepatitis, y carga viral, para la obtención de pruebas confirmatorias.

5) Sobre ~~como~~ *cómo* el Departamento de Salud de Puerto Rico y la Oficina de Epidemiología e Investigación, trabaja la vigilancia epidemiológica para brotes característicos de la población, como: influenza, dengue, chikungunya, entre otros; dado la falta de reactivos.

6) La existencia de muestras de laboratorio de pruebas confirmatorias de VIH y Hepatitis en espera de resultados.

7) Sobre el proceso de facturación de planes médicos por las pruebas realizadas por C.L.E.T.S.; y sobre el destino y uso de los fondos producto de dicha facturación.

8) El rol de la oficina de OCASET en el manejo de los fondos de C.L.E.T.S.

9) Las implicaciones de salubridad al no prestarse los servicios realizados por C.L.E.T.S.

10) Sobre los informes que se les brinda ~~a~~ al programa de Ryan White y al CDC para garantizar la otorgación de fondos.

11) Sobre la razón principal para retirar el laboratorio del Estado del Departamento de Salud y otorgarle en el 2004, el laboratorio a la Secretaria Auxiliar de Salud Ambiental.

12) Sobre la razón principal de retirar los servicios nocturnos a pacientes con la condición de VIH.

13) Sobre la existencia o el desarrollo de algún plan para el continuo de cuidado.

14) Sobre si existe alguna diferencia entre los servicios ofrecidos en horario diurno en comparación al horario nocturno.

15) Sobre si existe desigualdad de condición en cuanto a los servicios de laboratorio clínico y el pago de los mismos en los pacientes que acuden a la clínica en horario diurno en comparación al horario nocturno.

16) Sobre la razón por la cual se impide el que se brinden los mismos servicios que tienen los pacientes que acuden a la clínica diurna en comparación a los pacientes que asisten en horario nocturno.

Sección 3.- La Comisión ~~deberá rendir~~ *rendirá* un informe que contenga los hallazgos, conclusiones y recomendaciones ~~en un término no mayor~~ *dentro* de noventa (90) días ~~a partir~~ *después* de la aprobación de esta Resolución.

Sección 4.- Esta Resolución comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

RECIBIDO JUN13'19am9:25
TRAMITES Y RECORDS SENADO PR

ORIGINAL

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18va Asamblea Legislativa

5ta Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. de la C. 702

INFORME POSITIVO

~~12~~ 13 de junio de 2019

AL SENADO DE PUERTO RICO:

La Comisión de Hacienda del Senado de Puerto Rico, recomienda la aprobación con enmiendas del P. de la C. 702.

ALCANCE DE LA MEDIDA

mpt

El Proyecto de la Cámara 702, tiene como propósito enmendar el inciso (a) del Artículo 14 de la Ley Núm. 10 de 24 de mayo de 1989, según enmendada, conocida como "Ley para Autorizar el Sistema de Lotería Adicional", a los fines de clarificar que corresponde al Departamento de la Vivienda administrar cualquier sobrante del Programa de Subsidio de Arrendamiento y Mejoras para Viviendas a Personas de Mayor Edad con Ingresos Bajos, establecido en los Artículos 2 al 7 de la Ley 173-1996, según enmendada.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LA MEDIDA

Según se desprende de la Exposición de Motivos de la medida, bajo la administración del exgobernador de Puerto Rico, Hon. Luis Fortuño Burset, tuvo a bien el refrendar legislación dirigida a enmendar la cuantía de fondos que se asignan para el Programa de Subsidio de Arrendamiento y Mejoras para Vivienda a Personas de Mayor Edad con Ingresos Bajos al establecer que la nueva distribución será de diez millones (10,000,000) de dólares de los ingresos netos de operaciones de la Lotería Adicional, además, del diez (10) por ciento del ingreso neto de operaciones de los juegos instantáneos; hasta un máximo en conjunto de quince (15,000,000) millones de dólares.

Sin embargo, explica que, por inadvertencia, la enmienda aprobada en la "Ley para Autorizar el Sistema de Lotería Adicional" leyó que: "[s]i en el año fiscal no se utiliza toda la asignación correspondiente al Fondo, el sobrante se utilizará para subsidiar la

renta en proyectos multifamiliares que cumplan con los requisitos de la Sección 42 de acuerdo al programa que administra la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda". Cuando debió leer que correspondía al Departamento de la Vivienda, toda vez que es dicha agencia la que administra el programa de subsidios de rentas en proyectos multifamiliares. Por lo que, le pareció apropiado enmendar la "Ley para Autorizar el Sistema de Lotería Adicional" con el fin de clarificar a quien le corresponde administrar el sobrante del Programa de Subsidio de Arrendamiento y Mejoras para Viviendas a Personas de Mayor Edad con Ingresos Bajos.

La Comisión de Hacienda del Senado de Puerto Rico, como parte del estudio y evaluación del P. de la C. 702, solicitó Memoriales Explicativos a la Autoridad de Asesoría Financiera y Agencia Fiscal de Puerto Rico; al Departamento de Justicia; al Departamento de Hacienda; al Departamento de la Vivienda; a la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda de Puerto Rico; y a la Oficina de Gerencia y Presupuesto. Al momento de la redacción de este Informe, no se habían recibido los comentarios escritos de la Autoridad de Asesoría Financiera y Agencia Fiscal de Puerto Rico; del Departamento de Justicia; y de la Oficina de Gerencia y Presupuesto.

El Departamento de Hacienda (en adelante, "Departamento"),[1] entendió, que la medida no tiene ningún efecto en las prerrogativas del Departamento bajo la Ley Núm. 10 de 24 de mayo de 1889, según enmendada, conocida como "Ley para Autorizar el Sistema de Lotería Adicional". Por lo tanto, le dio deferencia a los comentarios que realice el Departamento de la Vivienda, por ser la entidad que le corresponde la administración del cualquier sobrante del Programa de Subsidio de Arrendamiento y Mejoras para Viviendas a Personas de Mayor Edad con Ingresos Bajos, al amparo de los Artículos 2 al 7 de la Ley 173-1996, según enmendada.

La Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda de Puerto Rico,[2] expresó estar de acuerdo con la finalidad principal de la medida, debido a que, el mismo permitirá que el Departamento de la Vivienda continúe administrando y ejecutando el programa bajo Ley 173-1996, según enmendada, a su cargo. No obstante, entendió que, el Departamento de Hacienda, y el Departamento de la Vivienda, son las agencias que cuentan con el conocimiento adecuado para emitir expresiones al respecto, ya que, son las entidades que administran los programas bajo la Ley Núm. 10 del 24 de mayo de 1989, según enmendada, y la Ley 173-1996, según enmendada.

Por su parte, el Departamento de la Vivienda,[3] mencionó que, al analizar el historial de enmiendas al Artículo 14 de la Ley Núm. 10 de 24 de mayo de 1989, encontró que la Ley 170-2010 enmendó la antes mencionada Ley, para designar a la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda de Puerto Rico (en adelante, "AFV"), el control de los fondos sobrantes para cumplir con los requisitos de la Sección 42 del Código de Rentas Internas federal. Posteriormente, la Ley 286-2011 eliminó el uso de los fondos sobrantes para tales fines al eliminar la oración que hacía referencia a la AFV. Así las cosas, la Ley

---

[1] Memorial Explicativo del Departamento de Hacienda sobre el P. de la C. 702.

[2] Memorial Explicativo de la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda de Puerto Rico sobre el P. de la C. 702.

[3] Memorial Explicativo del Departamento de la Vivienda sobre el P. de la C. 702

7-2013 enmendó nuevamente el Artículo 14 de la Ley Núm. 10 de 24 de mayo de 1989, el cual, en lo pertinente, dispone lo siguiente: *(a) Diez millones de dólares ($10,000,000) de los ingresos netos anuales de las operaciones de la Lotería Adicional, además del quince por ciento (15%) del ingreso neto de operaciones de los juegos instantáneos; hasta un máximo en conjunto de veinte millones de dólares ($20,000,000), serán asignados al Fondo para el Programa de Subsidio de Arrendamiento y Mejoras para Viviendas a Personas de Mayor Edad con Ingresos Bajos, establecido en los Artículos 2 al 7 de la Ley Núm. 173 de 31 de agosto de 1996. El Departamento de la Vivienda podrá utilizar hasta un cinco por ciento (5%) de los fondos aquí asignados, para gastos para cumplir con las disposiciones de la Ley Núm. 66 de 17 de agosto de 1989, mejor conocida como la "Ley Orgánica de la Administración de Vivienda Pública de Puerto Rico".*

Indicó además que, el P. de la C. 702 enmienda la Ley Núm. 10 de 24 de mayo de 1989, en aras de subsanar un error, para que sea el Departamento de la Vivienda, el que utilice los fondos sobrantes, para sufragar los subsidios de rentas para proyectos multifamiliares que cumplan con la Sección 42 del Código de Rentas Internas federal. Señaló que, la enmienda propuesta plasma en ley, lo que hoy es, el estado de hecho. Explicó que, el Departamento de la Vivienda, le solicita los fondos a la AFV, a través, del Banco Gubernamental de Fomento, para pagar los alquileres de personas de bajos recursos residiendo en propiedades administradas por éste, y por la Administración de Vivienda Pública. Por lo que, la medida, reduciría la carga burocrática que cae sobre todas las partes involucradas en esa transacción de fondos públicos.

Concluyó su Memorial, señalando que, en su interés de aumentar el número de viviendas de interés social disponibles y las ayudas que proveen a las personas de escasos recursos, endosa la medida, la cual permite que el Departamento de la Vivienda, utilice el subsidio de rentas para proyectos multifamiliares y promover la política pública de garantizar una vivienda digna para los ciudadanos y a su vez, promover su mejor bienestar.

El P. de la C. 702 tiene como fin enmendar el inciso (a) del Artículo 14 de la Ley Núm. 10 de 24 de mayo de 1989, según enmendada, conocida como "Ley para Autorizar el Sistema de Lotería Adicional", a los fines de clarificar que corresponde al Departamento de la Vivienda administrar cualquier sobrante del Programa de Subsidio de Arrendamiento y Mejoras para Viviendas a Personas de Mayor Edad con Ingresos Bajos, establecido en los Artículos 2 al 7 de la Ley 173-1996, según enmendada.

Conforme expresó el Departamento de la Vivienda, al analizar el historial de enmiendas al Artículo 14 de la Ley Núm. 10 de 24 de mayo de 1989, éste se enmendó por la Ley 170-2010 para designar a la AFV el control de los fondos sobrantes para cumplir con los requisitos de la Sección 42 del Código de Rentas Internas federal. Posteriormente, la Ley 286-2011, eliminó el uso de los fondos sobrantes para tales fines al eliminar la oración que hacía referencia a la AFV. La Ley 7-2013 enmendó nuevamente el Artículo 14 de la Ley Núm. 10 de 24 de mayo de 1989, sin embargo, no se incluyó la referencia al uso de los fondos sobrantes por la AFV.

CONCLUSIÓN

Por los fundamentos antes expuestos, la Comisión de Hacienda del Senado de Puerto Rico, recomienda la aprobación con enmiendas del P. de la C. 702.

Respetuosamente sometido,

Migdalia Padilla Alvelo
Presidenta
Comisión de Hacienda

(Entirillado Electrónico)

(TEXTO DE APROBACION FINAL POR LA CAMARA)
(11 DE ABRIL DE 2019)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18va. Asamblea Legislativa

1ra. Sesión Ordinaria

CÁMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 702

30 DE ENERO DE 2017

Presentado por el representante *Santiago Guzmán*

Referido a la Comisión de Hacienda, Presupuesto y de la Supervisión, Administración y Estabilidad Económica de Puerto Rico, "PROMESA"

LEY

Para enmendar el inciso (a) del Artículo 14 de la Ley Núm. 10 de 24 de mayo de 1989, según enmendada, conocida como "Ley para Autorizar el Sistema de Lotería Adicional", a los fines de clarificar que corresponde al Departamento de la Vivienda administrar cualquier sobrante del Programa de Subsidio de Arrendamiento y Mejoras para Viviendas a Personas de Mayor Edad con Ingresos Bajos, establecido en los Artículos 2 al 7 de la Ley 173-1996, según enmendada.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Bajo la administración del exgobernador de Puerto Rico, Hon. Luis Fortuño Burset, ~~tuvo a bien refrendar~~ *se presentó* legislación dirigida a enmendar la cuantía de fondos ~~que se asignan para el~~ *asignada al* Programa de Subsidio de Arrendamiento y Mejoras para Viviendas a Personas de Mayor Edad con Ingresos Bajos, ~~al~~ *para* establecer ~~que la nueva~~ *una* distribución ~~será~~ de diez millones (10,000,000) de dólares de los ingresos netos anuales de las operaciones de la Lotería Adicional además, del diez (10) por ciento del ingreso neto de operaciones de los juegos instantáneos; hasta un máximo en conjunto de quince millones (15,000,000) de dólares.

~~Con~~ *Mediante* esta Ley se suplió la necesidad de capital necesario para brindar la atención y prestación de servicios para mejorar la calidad de vida de las personas de edad avanzada*, como parte de* ~~en respuesta a~~ la política pública del Gobierno de Puerto Rico.

Sin embargo, por inadvertencia, la enmienda aprobada ~~en la "Ley para Autorizar el Sistema de Lotería Adicional" leyó que: "[s]i en el año fiscal no se utiliza toda la asignación correspondiente al Fondo, el sobrante se utilizará para subsidiar la renta en proyectos multifamiliares que cumplan con los requisitos de la Sección 42 de acuerdo al programa que administra la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda".~~ *en la Ley 170-2010, designó a la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda, el control de los fondos sobrantes para cumplir con los requisitos de la Sección 42 del Código de Rentas Internas federal.* ~~Cuando debió haber dicho que~~ *No obstante, le* correspondía al Departamento de la Vivienda, ~~toda vez~~ *debido a* que es dicha agencia la que administra el programa de subsidios de rentas en proyectos multifamiliares. *Posteriormente, la Ley 268-2011, enmendó el Artículo 14 de la Ley Núm. 10 de 24 de mayo de 1989, y eliminó el uso de los fondos sobrantes para tales fines, al eliminar la oración que hacía referencia a la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda. La Ley 7-2013, enmendó nuevamente dicho Artículo, pero no se incluyó la referencia al uso de los fondos sobrantes.*

MPA

~~Así las cosas, nos parece apropiado~~ *Por tanto, esta Asamblea Legislativa, entiende necesario* enmendar ~~nuevamente~~ la "Ley para Autorizar el Sistema de Lotería Adicional", a los ~~efectos~~ *fines* de clarificar que corresponde al Departamento de la Vivienda y no a la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda, administrar cualquier sobrante del Programa de Subsidio de Arrendamiento y Mejoras para Viviendas a Personas de Mayor Edad con Ingresos Bajos, establecido en los Artículos 2 al 7 de la Ley 173-1996, según enmendada, para que pueda ser utilizado en el subsidio de rentas para proyectos multifamiliares.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.-Se enmienda el inciso (a) del Artículo 14 de la Ley Núm. 10 de 24 de mayo de 1989, según enmendada, para que lea como sigue:

"Artículo 14.-Distribución de ingresos netos de operaciones de la Lotería Adicional.

Aquellos costos y gastos en los cuales sea necesario incurrir para mantener y desarrollar las operaciones de la Lotería Adicional se cargarán al

Fondo de la Lotería. Se faculta al Secretario para hacer los anticipos necesarios para cubrir dichos costos y gastos.

El ingreso bruto de operaciones de la Lotería Adicional ingresará a una cuenta especial dentro del Fondo de la Lotería para sufragar los gastos de operación y el pago de premios. La cantidad que debe distribuirse en premios no será menor del cuarenta y cinco por ciento (45%) del valor total que pague el público por los boletos.

El ingreso neto de operaciones se distribuirá de la siguiente manera:

(a) Diez millones ~~(10,000,000)~~ de dólares (\$10,000,000) de los ingresos netos anuales de las operaciones de la Lotería Adicional, además del ~~diez (10)~~ quince por ciento (15%) del ingreso neto de operaciones de los juegos instantáneos; hasta un máximo en conjunto de ~~quince~~ veinte millones ~~(15,000,000)~~ de dólares~~,~~ (\$20,000,00) serán asignados al "Fondo para el Programa de Subsidio de Arrendamiento y Mejoras para Viviendas a Personas de Mayor Edad con Ingresos Bajos", establecido en los Artículos 2 al 7 de la Ley Núm. 173~~-~~ ~~de 31 de agosto de~~ 1996, según enmendada. ~~Si en el año fiscal no se utiliza toda la asignación correspondiente al Fondo, el sobrante se utilizará para subsidiar la renta en proyectos multifamiliares que cumplan con los requisitos de la Sección 42 de acuerdo al programa de subsidio de rentas que administra el Departamento de la Vivienda.~~ El Departamento de la

MRA

Vivienda podrá utilizar hasta un cinco por ciento (5%) de los fondos aquí asignados, para gastos para cumplir con las disposiciones de la Ley Núm. 66 de 17 de agosto de 1989, mejor conocida como la "Ley Orgánica de la Administración de Vivienda Pública de Puerto Rico". *Si en el año fiscal no se utiliza toda la asignación establecida en este Inciso, el sobrante se utilizará para subsidiar la renta en proyectos multifamiliares que cumplan con los requisitos de la Sección 42 de acuerdo al programa de subsidio de rentas que administra el Departamento de la Vivienda.*

MRA

...".

Sección 2.-Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18va Asamblea Legislativa

ORIGINAL

5ta Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. de la C. 1691

Informe Positivo

13 de junio de 2019

AL SENADO DE PUERTO RICO:

La Comisión de Juventud, Recreación y Deportes del Senado de Puerto Rico, recomienda la aprobación con enmiendas del **P. de la C. 1691**.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El **Proyecto de la Cámara 1691** tiene el propósito de enmendar el Artículo 15 de la Ley 8-2004, según enmendada, conocida como "Ley Orgánica del Departamento de Recreación y Deportes", a los fines de disponer para que el Secretario de la antes mencionada Agencia brinde, los adiestramientos, capacitaciones y cursos que se ofrecen a los líderes recreo-deportivos, entrenadores deportivos, oficiales deportivos e instructores de aptitud física en el Instituto Puertorriqueño para el Desarrollo del Deporte y la Recreación, en cada región de la dependencia gubernamental; y para otros fines relacionados.

De acuerdo con la Exposición de Motivos del **Proyecto de la Cámara 1691**, el proponente tiene la inquietud de que los cursos que brinda el Instituto Puertorriqueño para el Desarrollo del Deporte y la Recreación se brindan en el área metropolitana, dejando desprovisto a las otras áreas geográficas de este tipo de servicio; obligando a los que tienen que capacitarse a tener que venir al área metropolitana a tomar los mismos.

A estos fines, el autor propone que el Secretario del Departamento de Recreación y Deportes brinde los adiestramientos, capacitaciones y cursos que se ofrecen a los

líderes recreo-deportivos, entrenadores deportivos, oficiales deportivos e instructores de aptitud física en el Instituto Puertorriqueño para el Desarrollo del Deporte y la Recreación, en cada región de la referida dependencia gubernamental. De esta forma, acercamos más al Departamento a la ciudadanía y cumplimos con la misión del Instituto de promover la gestión ciudadana y fomentar actividades recreativas y deportivas, mediante la educación y el desarrollo organizacional.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

La Comisión de Juventud, Recreación y Deportes analizó la ponencia, sometida en la Cámara de Representantes por el Departamento de Recreación y Deportes. En la misma, esbozan que, como regla general, los cursos del Instituto Puertorriqueño para el Desarrollo del Deporte y la Recreación, en adelante IPDDER, se ofrecen en la sede del DRD, en el Edificio Teófilo "Teo" Cruz en Santurce. No obstante, en reconocimiento de la necesidad de que los cursos se ofrezcan fuera del área metropolitana, han coordinado cursos a través de todo Puerto Rico con la colaboración de los Directores Regionales, Directores Municipales y líderes de organizaciones recreativas. Ejemplo de esto son los cursos ofrecidos en: Mayagüez, Ponce, Aguada, Fajardo, Aguadilla, Maunabo, Toa Baja, entre otros.

El Departamento establece que el Instituto cumple a cabalidad su función educativa a través de toda la isla a pesar de que sus recursos económicos son en extremos limitados y el costo de matrícula es módico, para garantizar su accesibilidad. Resaltan que el semestre pasado, calendarizaron cursos en las zonas oeste, este, centro y sur, pero los mismos tuvieron que ser recalendarizados o suspendidos debido a baja participación.

El Departamento tiene la preocupación de que se imponga esta obligación presupuestaria no proyectada. A estos fines, la Comisión de Recreación y Deportes de la Cámara de Representantes, atendió dicha inquietud al establecer que podrán brindar los cursos siempre y cuando estén debidamente coordinados con el IPDDER.

Por parte de esta honorable Comisión, nos comunicamos con el Director del IPDDER, el señor Juan "Caco" García, quien nos sugirió enmendar la medida con el propósito de añadir, que no solo se coordine con el Instituto, sino que se establezcan los cursos de acuerdo a la disponibilidad. Esto debido a que estos son ofrecidos por profesionales en varias disciplinas, así como doctores en medicina deportiva, geriatras, entre otros.

Atendiendo dicha preocupación, el Departamento considera loable la aprobación del **P. de la C. 1691**.

CONCLUSIÓN

La Comisión de Juventud, Recreación y Deportes del Senado de Puerto Rico recomienda la aprobación del P. de la C. 1691 con enmiendas.

Respetuosamente sometido,

Hon. Axel F. "Chino" Roque Gracia
Presidente
Comisión de Juventud, Recreación y Deportes

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)
(TEXTO DE APROBACIÓN FINAL POR LA CÁMARA)
(7 DE MARZO DE 2019)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18va. Asamblea Legislativa

4ta. Sesión Ordinaria

CÁMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 1691

7 DE AGOSTO DE 2018

Presentado por el representante *Claudio Rodríguez*

Referido a la Comisión de Recreación y Deportes

LEY

Para enmendar el Artículo 15 de la Ley 8-2004, según enmendada, conocida como "Ley Orgánica del Departamento de Recreación y Deportes", a los fines de disponer ~~para~~ que el Secretario de la antes mencionada Agencia brinde, los adiestramientos, capacitaciones y cursos que se ofrecen a los líderes recreo-deportivos, entrenadores deportivos, oficiales deportivos e instructores de aptitud física en el Instituto Puertorriqueño para el Desarrollo del Deporte y la Recreación, en cada región de la dependencia gubernamental*, previa coordinación y disponibilidad*; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Mediante el Artículo 15 de la Ley 8-2004, según enmendada, conocida como "Ley Orgánica del Departamento de Recreación y Deportes", se establece un denominado Instituto Puertorriqueño para el Desarrollo del Deporte y la Recreación, cuyo propósito es promover la gestión ciudadana y fomentar actividades recreativas y deportivas, mediante la educación y el desarrollo organizacional.

En síntesis, el Instituto ejerce las siguientes funciones: crear las escuelas necesarias para confeccionar los currículos y conferir títulos profesionales en el ámbito del entrenamiento, oficialidad deportiva y recreación; desarrollar actividades de investigación científica, recopilará y diseminará información relacionada con el deporte,

la educación física y la recreación en Puerto Rico; obtener y mantener la acreditación de los organismos que rigen la educación en Puerto Rico; proveer capacitación y apoyo técnico al personal de las organizaciones sobre administración recreacional y deportiva, particularmente, en las áreas de desarrollo, programación, operaciones y mercadeo; y establecer e implantar los requisitos necesarios para la prestación de servicios profesionales relacionados con la formación, dirección, rehabilitación, entrenamiento, animación u otros que se establezcan de carácter técnico deportivo, para exigir que el personal encargado de prestarlos tenga las licencias o títulos expedidos por el Departamento. Las licencias o certificaciones requeridas para ejercer la práctica de dichas profesiones y los requisitos para la convalidación de experiencia y períodos de gracia para licenciarse se establecerán mediante reglamento.

De igual forma, se supone que ofrezca apoyo técnico para estimular y facilitar la participación ciudadana en la formación de organizaciones sin fines de lucro dedicadas a fomentar actividades de recreación y deportes, enfatizando la gestión compartida entre el Gobierno, los ciudadanos y el sector privado, así como desarrollará e impartirá un curso anual de orientación y adiestramiento en técnicas de reanimación cardiopulmonar ("CPR") y primeros auxilios libre de costo como requisito al personal autorizado por las diferentes ligas infantiles y juveniles de disciplinas deportivas en Puerto Rico; y acreditar y mantener un Registro de Entidades Deportivas y Recreativas, y los reglamentos adoptados en virtud de este.

Ciertamente, la gestión del Instituto es un componente social que promueve el deporte y la recreación como una herramienta educativa y de transformación social a través de los servicios directos a la gente. Este se enmarca en la capacitación y adiestramiento de líderes recreo-deportivos, entrenadores deportivos, oficiales deportivos e instructores de aptitud física. Además, enfatiza el establecimiento de alianzas público-comunitarias. También impacta residenciales, sectores, barrios, comunidades, municipios y entidades privadas.

Expuesto lo anterior, no solo se logra un impacto social, sino que también se aporta al desarrollo económico de nuestras comunidades, ya que la capacitación y licenciatura ha resultado en un requisito para trabajar en municipios, ligas y clubes deportivos, gimnasios, etc.

Ahora bien, se nos ha traído ante nuestra atención la situación de que la mayor parte de los adiestramientos, cursos y capacitaciones que ofrece el Instituto, solo se brindan en el área metropolitana de Puerto Rico. Actualmente, hay muchas personas de fuera del área metro que interesan convertirse en lideres recreativos o en árbitros de distintas disciplinas deportivas que se ven impedidas de obtener sus correspondientes licencias, habida cuenta de que no cuentan con los medios para transportarse a pueblos que quedan lejanos a los suyos.

Por ello, entendemos que resulta razonable disponer para que el Secretario del Departamento de Recreación y Deportes brinde, los adiestramientos, capacitaciones y cursos que se ofrecen a los líderes recreo-deportivos, entrenadores deportivos, oficiales deportivos e instructores de aptitud física en el Instituto Puertorriqueño para el Desarrollo del Deporte y la Recreación, en cada región de la referida dependencia gubernamental. De esta forma, acercamos más al Departamento a la ciudadanía y cumplimos con la misión del Instituto de promover la gestión ciudadana y fomentar actividades recreativas y deportivas, mediante la educación y el desarrollo organizacional.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.-Se enmienda el Artículo 15 de la Ley 8-2004, según enmendada, para que lea como sigue:

"Artículo 15.-Instituto Puertorriqueño para el Desarrollo del Deporte y la Recreación.

Se establece el Instituto Puertorriqueño para el Desarrollo del Deporte y la Recreación, en adelante "el Instituto", adscrito a la Oficina del Secretario, cuyo propósito será promover la gestión ciudadana y fomentar actividades recreativas y deportivas, mediante la educación y el desarrollo organizacional. El Instituto ejercerá las siguientes funciones:

(a) ...

(b) ...

(c) ...

(d) ...

(e) ...

(f) ...

(g) ...

En consonancia con la función del Instituto de promover la gestión ciudadana y fomentar actividades recreativas y deportivas, el Secretario brindará, los adiestramientos, capacitaciones y cursos que ofrecen a los líderes recreo-deportivos, entrenadores deportivos, oficiales deportivos e instructores de aptitud física, en cada región del Departamento, previa coordinación *y disponibilidad* a tales efectos.

Las disposiciones de este Artículo deberán armonizarse con lo dispuesto en el "Plan de Reorganización del Consejo de Educación de 2018", y en la "Ley de Registro y Licenciamiento de Instituciones de Educación"."

Sección 2.-Se faculta al Secretario del Departamento de Recreación y Deportes a promulgar o enmendar cualquier reglamento que entienda pertinente para asegurar la cabal consecución de las disposiciones de esta Ley.

Sección 3.-Esta Ley entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18va Asamblea Legislativa

ORIGINAL

5ta Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

RECIBIDO JUN 13 '19 PM 1:24
TRAMITES Y RECORDS SENADO PR

P. de la C. 1901

INFORME POSITIVO

13 de junio de 2019

AL SENADO DE PUERTO RICO

La Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración del P. de la C. 1901, recomienda a este Alto Cuerpo la aprobación de esta medida, con las enmiendas contenidas en el entrillado electrónico que se acompaña.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El Proyecto de la Cámara Núm. 1901, propone enmendar el Artículo 1.03 (fff) de la Ley Núm. 247-2004, según enmendada, conocida como Ley de Farmacia de Puerto Rico a los fines de aclarar que el representante autorizado será mayor de dieciocho (18) años de edad; y para otros fines relacionados.

Reza la Exposición de Motivos, que la Ley de Farmacia de Puerto Rico, Ley Núm. 247-2004, según enmendada, tiene el propósito de promover, preservar y proteger la salud, la seguridad y el bienestar público mediante el control y reglamentación efectivo de la práctica de farmacia y el licenciamiento, control y reglamentación de los establecimientos y personas que manufacturan, distribuyen, dispensan y expiden medicamentos y artefactos que se utilizan en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades en Puerto Rico.

Una de las responsabilidades más importantes reglamentadas por la citada Ley de Farmacia, es la dispensación o despacho de medicamentos. Esta acción se define como aquella llevada a cabo por el farmacéutico de recibir, verificar, evaluar e interpretar una receta, seleccionar o componer, envasar, rotular y entregar el medicamento o artefacto al paciente o a su representante autorizado, incluyendo orientarle y aconsejarle acerca de la utilización adecuada del mismo.

En cuanto a la entrega del medicamento o artefacto al paciente o a su representante autorizado ha surgido una ambigüedad o vaguedad en la ejecución de las disposiciones legales de la Ley de Farmacia, supra.

Específicamente, el Artículo 1.03 de la Ley Núm. 247-2004, define al representante autorizado como aquel tutor legal, pariente o persona natural mayor de edad designada e identificada libre y voluntariamente por el paciente, para recibir personalmente en su representación los servicios farmacéuticos, cumpliendo con las leyes y reglamentos aplicables en cuanto a confidencialidad y privacidad de la información de salud protegida del paciente.

Al establecer que el representante autorizado como una persona mayor de edad, las farmacias en Puerto Rico están obligadas a entregar los medicamentos recetados a aquellas personas mayores de veintiún (21) años. Conforme al Artículo 247 del Código Civil de Puerto Rico, se considera que la mayoría de edad comienza a los veintiún (21) años cumplidos.

Sin embargo, la propia Ley de Farmacia, supra, en el Artículo 5.03, pertinente al Intercambio de Medicamentos Bioequivalentes, establece que el farmacéutico tiene la responsabilidad de indicar sobre la posibilidad de intercambiar el medicamento prescrito al paciente o su representante autorizado, siempre y cuando sea mayor de dieciocho (18) años de edad, o sea, según la Ley de Farmacia, el representante autorizado mayor de dieciocho (18) años puede decidir sobre el intercambio de medicamentos por medicamentos bioequivalentes, pero no puede recibir el despacho de la receta sobre la cual decidió el intercambio.

Evidentemente, existe una discrepancia en cuanto al alcance del término "mayor de edad" en la Ley de Farmacia de Puerto Rico. Ante esta discordancia, corresponde enmendar el Artículo 1.03 (fff) con el propósito de establecer que el representante autorizado debe ser mayor de dieciocho (18) años de edad y así establecer coherencia entre las distintas disposiciones de la Ley 247-2004, según enmendada.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

La Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, como parte de la evaluación del P. de la C. 1901 solicitó memorial explicativo al **Departamento de Justicia (DJ), Colegio Farmacéuticos de Puerto Rico (CFPR), Oficina del Procurador del Paciente (OPP), Asociación de Farmacias de la Comunidad, COOPHARMA, Departamento de Salud, Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP).**

El **Departamento de Justicia (DJ)** expresó en su memorial que en la exposición de motivos de la medida se define lo que es un representante autorizado como una "persona natural mayor de edad" y el Artículo 5.03 (b) (l) faculta a toda persona mayor de dieciocho

(18) años de edad a autorizar el cambio de medicamento de marca por medicamento bioequivalente. Estos nos indican que la mayoría de edad se alcanza al cumplir los veintiún años de edad y es contradictorio autorizar a menores de dieciocho (18) a veinte (20) años a tomar la decisión de si se le despacha un medicamento bioequivalente en lugar a uno de marca, cuando este no está autorizado.

El Departamento informa que según el Código Civil la mayoría de edad es a los veintiún años, pero es de conocimiento que nuestro sistema legal reconoce que a los dieciocho años puedan tener capacidad jurídica para ejercitar el derecho al voto; para consumir bebidas embriagantes o productos derivados del tabaco; donar sangre; ser tratado como adulto en procesos de naturaleza penal; y para servir en las fuerzas armadas.

Estos culminan señalando que esta determinación para enmendar esta Ley le corresponde a la Asamblea Legislativa y que consultemos la opinión del Departamento de Salud y la Junta de Farmacia de Puerto Rico.

El **Colegio de Farmacéuticos de Puerto Rico (CFPR)** presentó su memorial explicativo indicando que coinciden con la Exposición de Motivos del Proyecto en relación a la discrepancia en la ley vigente. Esta establece la edad del representante del paciente requerido para la decisión sobre intercambio del medicamento prescrito y para la entrega del medicamento dispensado.

El CFPR no tiene ninguna objeción a la pieza legislativa según fue aprobada en la Cámara de Representantes.

La **Oficina del Procurador del Paciente (OPP)** presentó su memorial explicativo donde nos comentan que en cuanto a los medicamentos con requisitos especiales para su dispensación, el Artículo 5.04 de la Ley Núm. 247-2004, supra, dispone que "los farmacéuticos dispensarán las sustancias controladas definidas en la Ley Núm. 4 de 23 de junio de 1971, según enmendada, conocida como "Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico" y la "Ley Federal de Sustancias Controladas" siguiendo los criterios y procedimientos establecidos en dichas leyes y reglamentos.

Señalan que la Ley Núm. 4-1971, indica que está prohibido que se fabrique, distribuya, dispense, transporte u oculte, o posea con la intención de fabricar, distribuir, dispensar, transportar u ocultar una sustancia controlada a personas menores de dieciocho (18) años.

Finalmente, entienden que la presente medida es cónsona a lo establecida en las leyes que mencionaron y que esta no conlleva un riesgo para la salud de los pacientes. Por tal razón, endosan la aprobación de la medida legislativa.

CONCLUSIÓN

La medida ante nuestra consideración persigue atemperar los artículos de la Ley de Farmacia 247-2004, supra, vigente al momento de despachar los medicamentos. Según se encuentra redactada la ley en estos momentos los menores de dieciocho (18) años pueden autorizar el intercambio de un medicamento recetado o de marca por uno genérico o bioequivalente. Sin embargo, la ley prohíbe entregar medicamentos recetados a aquellas personas mayores de veintiún (21) años.

Luego de realizar un análisis de la medida entendemos que atemperando la legislación actual cumplimos con nuestra responsabilidad de tener una legislación cónsona y coherente con la práctica actual relacionada al despacho de medicamentos. Esta medida clarifica la definición de representante o representante autorizado señalando que puede ser una persona natural mayor de dieciocho (18) años.

Por todo lo antes expuesto, la Comisión de Salud del Senado recomienda la aprobación del Proyecto de la Cámara 1901, con las enmiendas contenidas en el entrillado electrónico que se acompaña.

Respetuosamente sometido,

Hon. Ángel Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)

(TEXTO DE APROBACIÓN FINAL POR LA CÁMARA)
(28 DE MARZO DE 2019)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18va. Asamblea Legislativa

5ta. Sesión Ordinaria

CÁMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 1901

6 DE DICIEMBRE DE 2018

Presentado por el representante *Rodríguez Aguiló*

Referido a la Comisión de Salud

LEY

Para enmendar el Artículo 1.03 (fff) de la Ley 247-2004, según enmendada, conocida como "Ley de Farmacias de Puerto Rico", a los fines de aclarar que el representante autorizado será mayor de dieciocho (18) años de edad; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La "Ley de Farmacias de Puerto Rico", Ley 247-2004, según enmendada, tiene el propósito de promover, preservar y proteger la salud, la seguridad y el bienestar público mediante el control y reglamentación efectiva de la práctica de farmacia y el licenciamiento, control y reglamentación de los establecimientos y personas que manufacturan, distribuyen, dispensan y expenden medicamentos y artefactos que se utilizan en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades en Puerto Rico.

Una de las responsabilidades más importantes reglamentadas por la citada "Ley de Farmacias", es la dispensación o despacho de medicamentos. Esta acción se define como aquella llevada a cabo por el farmacéutico de recibir, verificar, evaluar e interpretar una receta, seleccionar o componer, envasar, rotular y entregar el medicamento o artefacto al paciente o a su representante autorizado, incluyendo orientarle y aconsejarle

acerca de la utilización adecuada del mismo. ~~Véase Artículo 1.03 y Artículo 5.02 de la Ley 247-2004, según enmendada.~~

En cuanto a la entrega del medicamento o artefacto al paciente o a su representante autorizado ha surgido una ambigüedad o vaguedad en la ejecución de las disposiciones legales de la "Ley de Farmacias", *supra*.

Específicamente, el Artículo 1.03 de la Ley 247-2004, define al representante autorizado como aquel tutor legal, pariente o persona natural mayor de edad designada e identificada libre y voluntariamente por el paciente, para recibir personalmente en su representación los servicios farmacéuticos, cumpliendo con las leyes y reglamentos aplicables en cuanto a confidencialidad y privacidad de la información de salud protegida del paciente.

Al establecer que el representante autorizado como una persona mayor de edad, las farmacias en Puerto Rico están obligadas a entregar los medicamentos recetados a aquellas personas mayores de veintiún (21) años. Conforme al Artículo 247 del Código Civil de Puerto Rico, se considera que la mayoría de edad comienza a los veintiún (21) años cumplidos.

Sin embargo, la propia "Ley de Farmacias", *supra*, en el Artículo 5.03, ~~pertinente~~ *relacionado* al Intercambio de Medicamentos Bioequivalentes, establece que el farmacéutico tiene la responsabilidad de indicar sobre la posibilidad de intercambiar el medicamento prescrito al paciente o su representante autorizado, siempre y cuando sea mayor de dieciocho (18) años de edad.

O sea, según la "Ley de Farmacias", el representante autorizado mayor de dieciocho (18) años puede decidir sobre el intercambio de medicamentos por ~~medicametos~~ *medicamentos* bioequivalentes, pero no puede recibir el despacho de la receta sobre la cual decidió el intercambio.

Evidentemente, existe una discrepancia en cuanto al alcance del término "mayor de edad" en la "Ley de Farmacias de Puerto Rico". Ante esta discordancia, corresponde enmendar el Artículo 1.03 (fff) con el propósito de establecer que el representante autorizado debe ser mayor de dieciocho (18) años de edad y así establecer coherencia entre las distintas disposiciones de la Ley 247-2004, según enmendada.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Sección 1.-Se enmienda el Artículo 1.03 (fff) de la Ley 247-2004, según enmendada,

2 para que lea como sigue:

"Artículo 1.03.-Definiciones

A los fines de esta Ley, los siguientes términos y frases tendrán el significado que a continuación se indica:

(a) Administración de medicamentos-...

...

(fff) Representante o representante autorizado.- Tutor legal, pariente o persona natural mayor de dieciocho (18) años de edad designada e identificada libre y voluntariamente por el paciente, para recibir personalmente en su representación los servicios farmacéuticos, cumpliendo con las leyes y reglamentos aplicables en cuanto a confidencialidad y privacidad de la información de salud protegida del paciente. En el caso de los animales se entenderá como representante o representante autorizado al portador de la receta.

...".

Sección 2.-Vigencia

Esta Ley entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.