

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SENADO

18va Asamblea
Legislativa

5ta Sesión
Ordinaria



CALENDARIO DE ÓRDENES ESPECIALES DEL DÍA LUNES, 10 DE JUNIO DE 2019

MEDIDA	COMISIÓN	TÍTULO
P. DEL S. 887 (Por el señor Rodríguez Mateo)	SALUD (Segundo Informe) (Con enmiendas en la Exposición de Motivos, en el Decretase y en el Título)	Para establecer la Política Pública del Gobierno de Puerto Rico en torno a la Fibromialgia y que la Administración de Seguros de Salud Puerto Rico (ASES) incluya esta enfermedad en su cubierta especial; ordenar al Departamento de Salud de Puerto Rico que los pacientes con Fibromialgia puedan tener accesos a los dineros disponibles en el Fondo General de Enfermedades Catastróficas del Gobierno de Puerto Rico; enmendar el inciso (c) del Artículo 2 de la Ley Núm. 28 2018, para añadir una nueva enfermedad; y para otros fines.
R. DEL S. 209 (Por el señor Martínez Santiago)	SALUD (Informe Final)	Para ordenar a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico realizar una investigación exhaustiva y abarcadora sobre el manejo durante la pasada administración de los fondos no recurrentes otorgados en bloque en el 2011 por el "Patient Protection and Affordable Care Act" (PPACA), mejor conocido como <i>Obamacare</i> , con el fin de identificar las razones por las cuales se estiman estar próximos a agotarse.

MEDIDA	COMISIÓN	TÍTULO
R. DEL S. 423	SALUD; Y BIENESTAR SOCIAL Y ASUNTOS DE LA FAMILIA	Para ordenar a las Comisiones de Salud; y de Bienestar Social y Asuntos de la Familia realizar una investigación sobre las razones por las que el Departamento de la Familia en coordinación con el Departamento de Salud no están colocando rótulos en lugares visibles en las instituciones de servicios de salud en el que se informa la opción de entrega voluntaria de menores para adopción conforme dispuesto en el Artículo 12 de la Ley 61-2018, conocida como “Ley de Adopción de Puerto Rico”.
<i>(Por el señor Cruz Santiago)</i>	<i>(Informe Final)</i>	
R. DEL S. 472	SALUD	Para ordenar a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, realizar una investigación exhaustiva en torno a cuál es el fundamento para que los pagos <i>per diem</i> , por los servicios que ofrecen los hospitales en el distrito de Mayagüez sean sustancialmente inferiores a los que se reciben en otras regiones del Plan MiSalud; conocer cuánto tienen que esperar los proveedores y los hospitales en el área Oeste para recibir los pagos por los servicios prestados, conforme al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
<i>(Por la señora Vázquez Nieves)</i>	<i>(Informe Final)</i>	
R. DEL S. 560	SALUD	Para ordenar a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico realizar una investigación abarcadora sobre la efectividad e implementación de la Ley 193-2015.
<i>(Por el señor Dalmau Santiago)</i>	<i>(Primer Informe Parcial)</i>	

MEDIDA	COMISIÓN	TÍTULO
<p>R. DEL S. 572</p> <p><i>(Por el señor Martínez Santiago)</i></p>	<p>SALUD</p> <p><i>(Informe Final)</i></p>	<p>Para ordenar a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico realizar una investigación exhaustiva y abarcadora sobre el cumplimiento de la Ley Núm. 75 de 8 de agosto de 1925, según enmendada, conocida como “Ley Dental de Puerto Rico”, la cual establece que sólo las personas autorizadas para ejercer la Cirugía Dental en Puerto Rico, podrán realizar el procedimiento de blanqueamiento dental, también conocido comúnmente como “bleaching”.</p>
<p>R. DEL S. 746</p> <p><i>(Por la señora Nolasco Santiago)</i></p>	<p>SALUD</p> <p><i>(Informe Final)</i></p>	<p>Para ordenar a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, realizar una investigación sobre la posibilidad de crear un Programa Educativo de Salud Mental, para fomentar la salud mental a través de la educación.</p>
<p>P. DE LA C. 1497</p> <p><i>(Por los representantes Méndez Núñez y Aponte Hernández)</i></p>	<p>SALUD</p> <p><i>(Sin enmiendas)</i></p>	<p>Para enmendar el Artículo 8 de la Ley 14-2017, según enmendada, conocida como “Ley de Incentivos Para la Retención y Retorno de Profesionales Médicos”, a los fines de incluir como alternativa para el cumplimiento con el requerimiento de servicios comunitarios elegibles impuesto en dicho Artículo, el brindar servicios al sistema de salud de la Administración de Veteranos en Puerto Rico.</p>
<p>R. C. DE LA C. 499</p> <p><i>(Por el representante Bulerín Ramos)</i></p>	<p>HACIENDA</p> <p><i>(Sin enmiendas)</i></p>	<p>Para reasignar al Departamento de Recreación y Deportes, la cantidad de quince mil dólares (\$15,000), provenientes del inciso 2, Sección 1 de la Resolución Conjunta 95-2018, para llevar a cabo los propósitos que se describen en la Sección 1 de esta Resolución Conjunta; para autorizar la contratación de tales obras; autorizar el traspaso de fondos; autorizar el pareo de los fondos reasignados; y para otros fines.</p>

ORIGINAL

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18va. Asamblea
Legislativa

5ta. Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 887

RECIBIDO JUN 5 19 PM 4:11

SEGUNDO INFORME POSITIVO

TRAMITES Y RECORDS SENADO P R

5 de junio de 2019

AL SENADO DE PUERTO RICO:

La Comisión de Salud, previo estudio y consideración, tiene a bien someter a este Honorable Cuerpo Legislativo el Segundo Informe Positivo del **Proyecto del Senado 887**, recomendando su aprobación con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El Proyecto del Senado 887 propone establecer la Política Pública del Gobierno de Puerto Rico en torno a la Fibromialgia y que la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) incluya esta enfermedad en su cubierta especial; ordenar al Departamento de Salud de Puerto Rico que los pacientes con Fibromialgia puedan tener accesos a los dineros disponibles en el Fondo General de Enfermedades Catastróficas del Gobierno de Puerto Rico; enmendar el inciso (c) del Artículo 2 de la Ley Núm. 28-2018, para añadir una nueva enfermedad; y para otros fines.

Surge de la exposición de motivos, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) incorporó la fibromialgia a su clasificación internacional de enfermedades en 1991, clasificándola como reumatismo no articular. La fibromialgia se ha definido como una enfermedad neuro-inmune-endocrina, que lleva aparejado un importante desarreglo bioquímico, que causa gran fatiga física y mental que no se alivia con descanso y que produce múltiples síntomas. Se caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado y sensación dolorosa a la presión en unos puntos específicos. Este dolor se parece al originado en las articulaciones, pero no es una enfermedad articular. Además del dolor, la fibromialgia puede ocasionar rigidez generalizada, sobre todo al levantarse por las mañanas, y sensación de inflamación mal delimitada en manos y pies.

No se conoce la causa de esta enfermedad, pero se piensa que hay muchos factores implicados. Hay personas que desarrollan la enfermedad sin causa aparente y en otras comienza después de procesos identificables como pueden ser infecciones bacterianas o virales, accidentes, o enfermedades como artritis reumatoide, lupus eritematoso y otras enfermedades. Estos agentes desencadenantes no parecen causar la enfermedad, sino que lo que probablemente hacen es despertarla en una persona que ya tiene una anomalía oculta en la regulación de su capacidad de respuesta a determinados estímulos.

La fibromialgia se reconoce también como un síndrome, lo que significa que el reumatólogo la identifica cuando encuentra en una persona unas alteraciones previamente fijadas. El inicio de la sintomatología suele presentarse entre los 20 y los 40 años de edad, también puede cursar con otros síntomas, caso de la fatiga intensa, las alteraciones del sueño, la ansiedad y la depresión. Esta enfermedad reduce la actividad de la persona entre un 50 y 80 por ciento respecto de la que realizaba antes de enfermar.

La calidad de vida de los pacientes puede ser muy deficiente, inferior si se compara con otras enfermedades. La enfermedad no tiene cura definitiva. El objetivo del tratamiento es mejorar el dolor y tratar los síntomas acompañantes, para conseguir una mejoría en la calidad de vida de las personas con fibromialgia. Se ha empezado a reconocer la relevancia de la fibromialgia como causa de declaración de incapacidad para el trabajo.

En nuestra Isla, el Departamento de Transportación y Obras Públicas (DTOP) reconoce la fibromialgia como una de las enfermedades o condiciones elegibles para obtener el Permiso de Estacionamiento en Forma Removible para Personas con Impedimentos Físicos.

Concluye la La presente medida propone que se incluya como política pública dar acceso a los pacientes de fibromialgia a los dineros consignados en el Fondo para Servicios Contra Enfermedades Catastróficas establecido por la Ley Núm. 150 del 19 de agosto de 1996, según enmendada, conocida como "Ley del Derecho de Salud". Por otro lado, es necesario, atemperar la Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico para que incluya dicha enfermedad dentro de su cubierta de servicios de salud.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Como parte del análisis de esta medida, la Comisión de Salud solicitó memoriales explicativos al Departamento de Salud, Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico (ACODESE), Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), Colegio de Médicos Cirujanos, Fondo General de Enfermedades Crónicas, Grupo de Apoyo de Fibromialgia, Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP) y la Oficina del Procurador del Paciente (OPP). Así las cosas, a continuación, detallamos las opiniones recibidas.

El **Departamento de Salud** mediante Memorial Explicativo, expone que no endosa la aprobación de la medida ante la existencia de una discrepancia entre la ley vigente y las disposiciones de la pieza legislativa según propuesta. Esto, debido a que el “Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas pero Remediables” atiende pacientes con enfermedades para las que la ciencia médica ha encontrado un remedio, lo que no es el caso de la fibromialgia. Del mismo modo, aluden a que, si el Fondo va a ser utilizado para pagar los servicios continuos que requieren los pacientes de fibromialgia, el mismo se convertiría en una aseguradora.

Por otra parte, expresan que debido a la crisis económica que ha estado viviendo Puerto Rico, no han realizado las asignaciones fiscales según determina el Artículo 18 de la Ley 150, *ante*. En resumen, exponen que para implementar la propuesta que hace el P. del S. 887, se necesitaría tener un presupuesto mayor al actual, ya que el Fondo no cuenta con suficientes recursos y la asignación legislativa anual no se está haciendo.

Por otro lado, la **Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico** sometió un Memorial Explicativo donde nos menciona su oposición ante el P. del S. 887, por entender que la condición de fibromialgia ya se encuentra cubierta en los servicios médicos y de salud para los pacientes bajo el Plan de Salud de Gobierno que administra la Administración de Seguros de Salud. No obstante, le otorgan entero crédito y deferencia a la opinión que a bien tenga que ofrecer la mencionada Administración.

Finalmente, y conforme al Memorial Explicativo sometido por la **Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)**, se nos explica que la fibromialgia es una condición cuyo diagnóstico y tratamiento se encuentra cubierto por el Plan de Salud de Gobierno (PSG). No obstante, la misma no forma parte de las condiciones actualmente incluidas en la cubierta especial, la cual permite el acceso a médicos especialistas sin referido del médico primario.

En otras palabras, sostienen que actualmente los pacientes de fibromialgia tienen acceso a médicos especialistas para tratar su condición, pero se les requiere la utilización de referidos. Por otra parte, advierten, que, al presente, se encuentran en el proceso de evaluación y negociación con las aseguradoras que interesan brindar servicios bajo el nuevo modelo de salud del Plan de Salud de Gobierno.

CONCLUSIÓN

En consideración a los comentarios presentados por el Departamento de Salud y la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, fueron adoptadas enmiendas en el entirillado electrónico que acompaña el presente informe. Esta Comisión entiende que los pacientes diagnosticados con el padecimiento de fibromialgia tienen el mismo derecho que tienen todos los pacientes de recibir un tratamiento adecuado para su condición.

Si bien, es cierto, conforme a lo que expone el Departamento de Salud, la fibromialgia no cumple con la definición de enfermedad catastrófica, dicha condición puede ser tratada para mitigar los síntomas de la mencionada condición.

Actualmente, a pesar de que dicha enfermedad se encuentra cubierta por el Plan de Salud del Gobierno, según informa ASES, no se encuentra dentro de la lista de las enfermedades en la cubierta especial. Esto representa que los pacientes diagnosticados con fibromialgia necesitan un referido para tener acceso a sus médicos especialistas.

Consideramos que este proceso, sin lugar a dudas, impide que los pacientes reciban atención de manera inmediata. En consideración a lo antes consignado y conforme a las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico, la fibromialgia sería incluida en la cubierta especial del Plan de Salud del Gobierno. Permitiendo de esta manera que los pacientes diagnosticados con fibromialgia tengan acceso de manera inmediata a los especialistas para tratar su condición; brindándoles así una mejor calidad de vida.

Por todo lo antes expuesto, la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, tiene a bien someterle a este Honorable Cuerpo Legislativo el Segundo Informe Positivo del **Proyecto del Senado 887**, recomendando su aprobación con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

Respetuosamente sometido,

Hon. Ángel R. Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18^{va.} Asamblea
Legislativa

3^{ra.} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 887

5 de abril de 2018

Presentado por el señor *Rodríguez Mateo*

Referido a la Comisión de Salud

LEY

Para establecer la Política Pública del Gobierno de Puerto Rico en torno a la Fibromialgia y que la Administración de Seguros de Salud Puerto Rico (ASES) incluya esta enfermedad en su cubierta especial; ~~ordenar al Departamento de Salud de Puerto Rico que los pacientes con Fibromialgia puedan tener accesos a los dineros disponibles en el Fondo General de Enfermedades Catastróficas del Gobierno de Puerto Rico; enmendar el inciso (c) del Artículo 2 de la Ley Núm. 28 2018, para añadir una nueva enfermedad;~~ y para otros fines.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incorporó la fibromialgia a su clasificación internacional de enfermedades en 1991, clasificándola como reumatismo no articular. La fibromialgia se ha definido como una enfermedad neuro-inmune-endocrina, que lleva aparejado un importante desarreglo bioquímico, que causa gran fatiga física y mental que no se alivia con descanso y que produce múltiples síntomas. Se caracteriza por dolor ~~musculoesqueletal~~ músculo esqueletal generalizado y sensación dolorosa a la presión en unos puntos específicos. Este dolor se parece al originado en las articulaciones, pero no es una enfermedad articular. Además del dolor, la fibromialgia puede ocasionar rigidez generalizada, sobre todo al levantarse por las mañanas, y sensación de inflamación mal delimitada en manos y pies.

No se conoce la causa de esta enfermedad, pero se piensa que hay muchos factores implicados. Hay personas que desarrollan la enfermedad sin causa aparente y en otras comienza después de procesos identificables como pueden ser infecciones bacterianas o ~~viral~~ virales, accidentes, o enfermedades como artritis reumatoide, lupus eritematoso y otras enfermedades. Estos agentes desencadenantes no parecen causar la enfermedad, sino que lo que probablemente hacen es despertarla en una persona que ya tiene una anomalía oculta en la regulación de su capacidad de respuesta a determinados estímulos.

La fibromialgia se reconoce también como un síndrome, lo que significa que el reumatólogo la identifica cuando encuentra en una persona unas alteraciones previamente fijadas. El inicio de la sintomatología suele presentarse entre los 20 y los 40 años de edad, también puede cursar con otros síntomas, caso de la fatiga intensa, las alteraciones del sueño, la ansiedad y la depresión. Esta enfermedad reduce la actividad de la persona entre un 50 y 80 por ciento respecto de la que realizaba antes de enfermar. La calidad de vida de los pacientes puede ser muy deficiente, inferior si se compara con otras enfermedades. La enfermedad no tiene cura definitiva. El objetivo del tratamiento es mejorar el dolor y tratar los síntomas acompañantes, para conseguir una mejoría en la calidad de vida de las personas con fibromialgia. Se ha empezado a reconocer la relevancia de la fibromialgia como causa de declaración de incapacidad para el trabajo.

En nuestra Isla, el Departamento de Transportación y Obras Públicas (DTOP) reconoce la fibromialgia como una de las enfermedades o condiciones elegibles para obtener el Permiso de Estacionamiento en Forma Removible para Personas con Impedimentos Físicos.

El compromiso con los ciudadanos de nuestra Isla y velando porque tengan acceso a los servicios de salud necesarios para elevar su calidad de vida, nos obliga a presentar legislación que atempere esas necesidades con las leyes sobre salud existentes. Ante esta obligación, ~~es que se presenta esta legislación para que se incluya esta pieza legislativa establece la~~ como política pública ~~dar acceso a los pacientes de fibromialgia a los dineros consignados en el Fondo para Servicios Contra Enfermedades Catastróficas establecido~~

por la Ley Núm. 150 del 19 de agosto de 1996, según enmendada, conocida como "Ley del Derecho de Salud". Por otro lado, es necesario, dirigida a los pacientes diagnosticados con condición de Fibromialgia y que así sea atemperada por el Departamento de Salud y atemperar la Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico para que incluya para la inclusión de dicha enfermedad dentro de su la cubierta de servicios de salud del Plan de Salud de Gobierno.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Sección Artículo 1.- Se establece como Política Pública del Gobierno de
 2 Puerto Rico, velar y atender los servicios de salud dirigidos a los pacientes
 3 diagnosticados con condición de Fibromialgia. en torno a la Fibromialgia y así declarar:

4 Artículo 2.- Se ordena a la Administración de Servicios de Salud (ASES) de Puerto Rico
 5 que tome las acciones necesarias con el propósito de que las aseguradoras incluyan bajo la
 6 cubierta especial del Plan de Salud de Gobierno la condición de Fibromialgia.

7 a) ~~Que la Administración de Servicios de Salud (ASES) de Puerto Rico incluya en~~
 8 ~~su cubierta especial la Fibromialgia.~~

9 b) ~~Ordenar al Departamento de Salud de Puerto Rico que los pacientes con~~
 10 ~~Fibromialgia puedan tener acceso a los dineros disponibles en el Fondo General~~
 11 ~~de Enfermedades Catastróficas.~~

12 Sección 2. ~~La Administración de Servicios de Salud incluirá dentro de los servicios~~
 13 ~~de salud que ofrece el Gobierno, lo que establece esta Ley. No obstante,~~
 14 ~~reconociendo las obligaciones contractuales existentes, lo aquí requerido formará~~
 15 ~~parte del próximo contrato de servicios de salud que el Gobierno de Puerto Rico~~
 16 ~~ofrecerá.~~

1 Artículo 3.- La Administración de Servicios de Salud (ASES) de Puerto Rico al negociar
 2 las cubiertas que proveerán las aseguradoras que brinden servicios bajo el Plan de Salud del
 3 Gobierno de Puerto Rico tomando en consideración las disposiciones de esta Ley.

4 Sección 3. Se enmienda el inciso (c) del Artículo 2 de la Ley Núm. 28 2018, para
 5 que lea como sigue:

6 —“Artículo 2, Definiciones

7 (a)...

8 (b)...

9 ~~(c) Enfermedad grave de carácter catastrófico: se define como aquella~~

10 ~~enfermedad enumerada en la Cubierta Especial de la Administración de~~

11 ~~Seguros de Salud de Puerto Rico, según ésta sea enumerada, de tiempo en~~

12 ~~tiempo, la cual actualmente incluye las siguientes enfermedades graves: (10~~

13 ~~Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); (2) Tuberculosis; (30~~

14 ~~Lepra; (4) Lupus; (5) Fibrosis Quística; (6) Cáncer; (7) Hemofilia; (8) Anemia~~

15 ~~Aplástica; (9) Artritis Reumatoide; (10) Autismo; (11) Post Trasplante de~~

16 ~~Órganos; (12) esclerodermia; (13) Esclerosis Múltiple; (14) Esclerosis Lateral~~

17 ~~Amiotrófica (ALS); (15) Enfermedad Renal Crónica en los niveles 3,4, y 5;~~

18 ~~(16) Fibromialgia.~~

19 ~~...”~~

20 Sección 3 Artículo 4.- Se autoriza y faculta al Secretario del Departamento de Salud

21 del Gobierno de Puerto Rico y al Director Ejecutivo de la Administración de Servicios

AWD

1 de Salud 0a realizar los acuerdos, tomar las medidas y realizar trámites necesarios para el
2 cumplimiento de lo dispuesto en la presente Ley.

3 Artículo 5.- Cláusula de Separabilidad.

4 Si cualquier palabra o frase, inciso, oración o parte de la presente Ley fuera declarada
5 nula o inconstitucional por un tribunal de jurisdicción competente, tal sentencia o
6 resolución dictada al efecto no invalidará o menoscabará las demás disposiciones de esta
7 Ley.

8 Sección 4 Artículo 6.- Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de
9 su aprobación.

AUS

ORIGINAL

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18^{va} Asamblea
Legislativa

5^{ta} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. DEL S. 209

INFORME FINAL

6 de junio de 2019

AL SENADO DE PUERTO RICO

La Comisión de Salud, previo estudio y consideración de la **R. del S. 209**, presenta a este Alto Cuerpo Legislativo el **Informe Final** con sus hallazgos, recomendaciones y conclusiones.

ALCANCE DE LA MEDIDA

La **R. del S. 209** tiene el propósito de ordenar a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico realizar una investigación exhaustiva y abarcadora sobre el manejo durante la pasada administración de los fondos no recurrentes otorgados en bloque en el 2011 por el "*Patient Protection and Affordable Care Act*" (PPACA), mejor conocido como *Obamacare*, con el fin de identificar las razones por las cuales se estiman estar próximos a agotarse.

Surge de la exposición de motivos que el 23 de marzo de 2010 se aprobó el "*Patient Protection and Affordable Care Act*" (PPACA), mejor conocida como *Obamacare* (Pub. L. 111-148, Mar. 23, 2010, 124 Stat. 119; 42 U.S.C. 18001). La implementación de dicha Ley marcó un hito en la historia de los Estados Unidos al convertirse en la legislación más abarcadora dirigida a proveerle un seguro de salud a la mayoría de los ciudadanos americanos.

En el caso de Puerto Rico, la puesta en vigor de esta Ley significó el acceso primario de la población médico indigente a los servicios de salud. Para ello, en el 2011 el Gobierno Federal asignó seis mil cuatrocientos millones de dólares (\$6,400,000,000) bajo la administración del Hon. Luis Fortuño, para ser utilizados en la administración del plan de salud del Gobierno con el fin de reducir la carga que Mi Salud representaba para el Fondo General.

AMS

Sin embargo, las estrategias en el manejo de estos fondos implementadas por la pasada administración han provocado que se acelere el agotamiento de dichos depósitos. Según han denunciado varios sectores, se estima que los fondos otorgados en 2011 se acaben en octubre de 2017. Esta manera de administrar los fondos asignados ha puesto en una grave situación a nuestro sistema de salud. Por lo que en la actualidad ese déficit presupuestario dificultaría considerablemente la capacidad del Gobierno de sufragar, con fondos locales, el costo de la Reforma de Salud desde el 2018 en adelante, el cual ronda en cerca de 2,000 millones de dólares anuales.

Esta situación nos urge como sociedad, pues no podemos olvidar que sin estos fondos los servicios de salud que reciben los puertorriqueños están destinados a ser unos de muy pobre calidad, pues no habría dinero suficiente para satisfacer las necesidades de nuestra población médico indigente. Ante este preocupante panorama, el Gobernador Hon. Ricardo Rosselló, promulgó la Orden Ejecutiva 2017-12, para crear un Grupo de Trabajo Multisectorial, con el objetivo de establecer estrategias para lograr la paridad de fondos en los programas *Medicaid* y *Medicare*. De la Orden Ejecutiva surge que la asignación de fondos federales recibidos por el *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA), estaban destinados a sufragar los gastos de la Reforma de Salud hasta el 2019. Sin embargo, estos fondos se agotarán en este año, 2017.

En ese sentido, esta Administración ha sido diligente y certera en el reclamo de igualdad en la paridad de fondos y en la urgencia que requiere este tema. Asimismo, nuestro Primer Ejecutivo ha defendido el derecho de nuestros ciudadanos a la salud ante las recomendaciones de la Junta de Supervisión Fiscal relacionadas al recorte de los fondos de *Medicaid* y los servicios de salud que recibe nuestro pueblo. Por lo que entendemos que abonaría, también, a esta discusión investigar cómo se administraron estos fondos durante el cuatrienio pasado y que nos llevaron a encontrarnos ante este panorama tan complicado.

Es de la más alta prioridad para este Senado velar porque se les provean a todos los puertorriqueños una calidad de vida saludable y digna. Debemos recordar que el Programa Mi Salud da servicio a aproximadamente 1.6 millones de ciudadanos. Por lo que entendemos meritorio investigar cuáles fueron las razones que nos llevaron a estar en esta situación de precariedad fiscal y cómo fue el manejo de dichos fondos bajo la pasada administración que aceleraron su agotamiento.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Para el estudio de la Resolución del Senado 209, la Comisión de Salud solicitó memoriales Explicativos a la Administración de Seguros de Salud (ASES), Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico (ACODESE), First Medical, MMM Healthcare, Molina HealthCare, Oficina Programa Medicaid, Departamento de Salud, Triple SSS, Departamento de Hacienda, Oficina del Contralor, Colegio Médicos Cirujanos,

Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico, Oficina del Comisionado de Seguros.

El Departamento de Salud, explica que el programa *Medicaid* es el organismo designado por el Secretario, con la responsabilidad de velar por todos los aspectos relacionados al *Medicaid State Plan* y al *Children's Health Insurance Program* (CHIP por sus siglas en inglés) *State Plan* que existe entre el Gobierno Federal, *Center's for Medicare and Medicaid Services* (CMS por sus siglas en inglés), y el Departamento de Salud. El *State Plan* es el acuerdo entre el Gobierno Federal y Puerto Rico, que nos permite participar y recibir los fondos federales por los gastos de servicios de salud de la población elegible a *Medicaid* y *CHIP*.

Expresa que este Programa también tiene la responsabilidad de administrar y velar por el cumplimiento de todos los aspectos del *Medicaid* y el *CHIP State Plans* (incluyendo cualquier enmienda al mismo), según aprobados por CMS.

Asimismo, señalan que el Programa *Medicaid* es la puerta de entrada para que aproximadamente 1.6 millones de beneficiarios tengan acceso a los servicios de salud que ofrece el Plan de Salud del Gobierno, ya que detenida quién es elegible o no al Plan, excepto por aquellos empleados públicos que seleccionan a Mi Salud como su plan durante el período de suscripción de los empleados públicos dispuesto en la Ley Número 95 de 29 de junio de 1963, según enmendada, también conocida como "Ley de Beneficios de Salud para Empleados Públicos".

A su vez, mencionan que el Programa *Medicaid* es la entidad que tiene los acuerdos (MOU, por sus siglas en inglés) con ASES, según aprobados por CMS, para que ASES contrate el Plan de Salud para los beneficiarios elegibles al Plan Mi Salud y el Plan *Medicare Platino* (*Medicare Advantage Plan*) para aquellos *duales elegibles* con la Parte A y B de *Medicare*. Los *duales elegibles* es la población elegible a *Medicaid* y que tienen la Parte A, la Parte B o ambas Partes (A y B) de *Medicare*.

Sostienen que Programa *Medicaid* tiene la responsabilidad fiscal y fiduciaria, como *State Agency Grantee*, de solicitar a CMS el reembolso de los fondos federales. Esto significa el gobierno federal remite los fondos federales a Puerto Rico luego de que se haya emitido los pagos correspondientes, pues el sistema es uno a base de reembolso y no de pago adelantado.

Indican que el 23 de marzo de 2010, se firmó la ley del *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA) y el 30 de marzo de 2010, se firmó la ley *Health Care and Education Reconciliation Act of 2010* (HCERA) con el fin de enmendar el PPACA. A la unión de estas dos leyes se le conoce como el *Affordable Care Act*, también conocida como ACA u *Obamacare*.

Sostienen que, con la enmienda del 30 de marzo de 2010, se le asignó fondos federales al Programa Medicaid de los territorios. A Puerto Rico le asignaron la cantidad del \$5,476,390,052, los cuales son recurrentes. Estos fondos han estado disponibles para utilizarse entre el 1ro de julio de 2011 hasta el 30 de septiembre de 2019.

Explican que, de los 5 billones para Puerto Rico, el *Obamacare* asignó a los territorios \$ 1 billón para ofrecer subsidios en el pago de primas y copagos en caso de que decidieran establecer el Marketplace (Health Insurance Exchange) y si decidían no establecer el Marketplace podían reasignar el dinero Medicaid. De este billón, a Puerto Rico se le asignó \$925 millones. Luego del análisis correspondiente, el 30 de septiembre de 2013, Puerto Rico notificó su decisión de no establecer el Marketplace y utilizar los fondos para Medicaid, según permitía ACA.

Mencionan que a consecuencia de tal determinación y a partir del 1 de octubre de 2013, la cantidad total de fondos ACA con que Puerto Rico contó ascendió a \$6,401,390,052, al sumar la partida de los \$5,476,390,052 y los \$925,000,000. Esos dineros han sido utilizados y hasta el día de hoy queda un balance de \$155,636,891.54, proyectado a utilizarse hasta mayo de 2018.

En respuesta a las interrogantes de esta Comisión, el Programa Medicaid resalta los siguientes factores que han impactado el uso de los fondos ACA (*Obamacare*):

- Aumento en el por ciento a reclamarse por concepto del reembolso de fondos federales
- Expansión a Medicaid o el *Medicaid Expansión*.
- Aumento en el Nivel de Pobreza de Puerto Rico para elegible a Medicaid o *CHIP*.
- Pago del *wrap around* de los centros *Federal Qualified Health Centers* (FQHC's por sus siglas en inglés), también conocidos como los Centros 330.
- Enmiendas en la Estructura de Copagos.
- Cambios en los beneficios.
- *Autoenrollment*

Explican que una vez se agoten los fondos de ACA y en el caso de que el Congreso de los Estados Unidos de América, no asigne fondos adicionales, para el año fiscal federal 2018, Puerto Rico contará solo con la asignación de los fondos no recurrentes del Proyecto de *Omnibus* Federal de \$295.9 millones y los fondos recurrentes asignados anualmente al Programa Medicaid. Nos informa el Programa de Medicaid que, para el año fiscal federal 2018, que comenzó el 1 ro de octubre de 2017, estos fondos ascienden a \$357,822,000, de los cuales se destinan \$325, 367, 478, son destinados al pago de los servicios de salud y \$32,454,522, a los gastos administrativos del Programa Medicaid y de la Administración de Seguros de Salud (ASES).

Por último, reitera el Programa Medicaid que los fondos no son recurrentes, pero sí conllevan la implantación de varias medidas para cumplir con diversos requerimientos cuyo efecto financiero sí es recurrente, aunque los fondos no estén. Es importante este dato toda vez que, aunque Puerto Rico solo recibe el tope de fondos de Medicaid, siempre ha tenido que cumplir con las disposiciones establecidas en las leyes y la reglamentación federal aplicable.

La **Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico (ACODESE)**, mediante memorial explicativo, expresa que el sistema de salud en Puerto Rico atraviesa una situación frágil impactada por la crisis fiscal del País, entre otros factores. Lamentablemente, dicha situación perjudicará severamente a los ciudadanos que se benefician del Plan de Salud del Gobierno, debido a que los fondos con los que cuenta el Gobierno, están próximos a agotarse.

Mencionan que, ante este panorama, el Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares, Gobernador de Puerto Rico, dispuso mediante Orden Ejecutiva la creación de un *Task Force* o grupo de trabajo, compuesto por los funcionarios públicos claves y representantes del sector privado bajo el liderato del Secretario de Estado, para buscar opciones ante ese precipicio fiscal. En vista de ello, comprendemos la preocupación esbozada en la Exposición de Motivos de esta medida y reconocemos, además, la autoridad investigativa de nuestra Honorable Legislatura.

Sin perjuicio de lo anterior, recomiendan que se consulte con la Administración del Seguro de Salud de Puerto Rico (ASES), entidad que tiene los detalles sobre las cantidades pagadas por la agencia y la tendencia de los costos del Plan del Gobierno de Puerto Rico. Por otro lado, exhortamos a que se considere que el financiamiento del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico no se efectúa únicamente con los fondos federales. Es una combinación de recursos estatales y los provenientes del programa federal de Medicaid. En la medida en que atravesamos por una estrechez fiscal y se reducen los fondos federales, más crítica se torna la viabilidad del Plan de Salud.

Concluyen que debe considerarse en el análisis, además, el alza en el costo de los medicamentos de medicamentos, entre otros factores, que incrementan el presupuesto del plan.

La **Administración de Seguros de Salud (ASES)**, mediante memorial expresa que, para proveer un marco de información apropiado sobre el desarrollo de los servicios de salud ofrecidos en la Isla, exponemos un breve trasfondo de la evolución del Sistema de Salud en Puerto Rico.

Explican que, en enero de 1966, se establece el Programa Medicaid en Puerto Rico a través del *Medicaid State Plan* formalizado entre el Departamento de Salud de Puerto Rico (en adelante el Departamento) y el *Centers for Medicare and Medicaid Services* (agencia

adscrita al Departamento de Salud de los Estados Unidos) (en adelante "CMS"). Entre las responsabilidades del Departamento se incluían la administración del programa, los requisitos de elegibilidad, la inscripción de asegurados, la estructura de beneficios de asegurados, la implementación de controles de calidad, la responsabilidad de los asuntos fiscales, entre otros. Luego de la aprobación de la Ley 72 del 1993, estas funciones quedan delegadas en dos entidades gubernamentales: la ASES y el Programa Medicaid de Puerto Rico.

Sostienen que el Programa Medicaid, adscrito al Departamento de Salud, mantiene el State Plan con CMS y es responsable de determinar la elegibilidad de los participantes al Plan de Salud de Gobierno (PSG). Por su parte, ASES adquirió la responsabilidad de inscribir los asegurados con las organizaciones de manejo de cuidado ("MCOs" por sus siglas en inglés), estructurar y organizar los beneficios de asegurados (servicios cubiertos), establecer la negociación con los MCOs contratados (incluyendo para salud mental y Medicare Advantage), administración de los beneficios de farmacia, la implementación de controles de calidad y la atención de los asuntos fiscales PSG. Actualmente, este sistema beneficia aproximadamente 1.5 millones de ciudadanos.

Mencionan que el PSG es financiado por una combinación de fondos federales y estatales. La aportación federal está atada a una paridad estatal, la cual es establecida por la reglamentación individual de cada fondo federal utilizado a estos propósitos. Las circunstancias personales de cada beneficiario dictan bajo que categoría de cubierta son elegibles al PSG: Programa Medicaid, *Children Health Improvement Program* ("CHIP" por sus siglas en inglés), Platino (dual elegible Medicare-Medicaid sufragados en parte por fondos del *Enhanced Allotment Plan* o "EAP"), o Estatal (no se utilizan fondos federales para sufragar cubierta). Los fondos federales del Programa Medicaid, CHIP y EAP son las fuentes principales de financiamiento para cubrir servicios. La distribución de aportaciones por programa (federal y estatal) se presenta en la Tabla 1, que presentamos a continuación:

Tabla 1

Programa	Pareo por fondo	
	Federal	PR
Medicaid (ACA)	55%	45%
CHIP	90%	10%
Enhance Allotment Plan (Platino)	55%	45%

Indican que de la totalidad de fondos federales utilizados para costear el PSG, el Programa Medicaid utiliza aproximadamente el 91% de estos fondos, el Programa CHIP un 8% y el Programa Platino 1%.

ASES explica que, para establecer el presupuesto, utiliza estudios actuariales que determinan la proyección de gastos de prima a incluirse durante el año fiscal. Esa proyección de gastos actuaria es evaluada y aprobada por CMS. El gasto prima y sus gastos relacionados representa un 99.13% de los gastos incurridos por la ASES en la administración del PSG. El remanente 0.87% es lo asignado para gastos administrativos de la ASES. Siendo así, el costo del PSG incluyendo la aportación federal por los últimos 5 años se presenta en la siguiente Tabla 2:

Tabla 2

FY's	Total costo de Plan de Salud	Fondos Federales	% de Fondos Federales
FY 2011-12	\$ 2,079,854	\$ 1,104,658	53%
FY 2012-13	2,367,125	1,093,733	46%
FY 2013-14	2,530,266	1,283,747	51%
FY 2014-15	2,805,896	1,592,484	57%
FY 2015-16	2,866,890	1,706,685	60%
FY 2016-17	2,790,226	1,701,090	61%
Total	\$15,440,257	\$ 8,482,397	55%

ASES sostiene que con excepción de los fondos del *Federal Medical Assistance Program* ("FMAP") (consiste en \$360 millones aproximados para el año fiscal 2018), los fondos asignados para subvencionar el PSG no son anualmente fijos. Los fondos federales son asignados por el Congreso, varían anualmente y en algunos programas los períodos incluso trascienden años fiscales. Ese es el caso de los fondos del *Affordable Patient Care Act*, (en adelante Obamacare).

Sostiene que estos fondos, otorgados en bloque el 23 de marzo de 2010 por la referida ley y la ley *Health Care and Education Reconciliation Act of 2010* (HCERA) firmada el 30 de marzo de 2010, asignaron al Programa Medicaid de Puerto Rico la cantidad de \$5.476 billones y una partida adicional de \$925 millones para el establecimiento opcional del *Health Insurance Exchange*. Sobre esta última partida se optó por no establecer el Sistema de *Health Insurance Exchange* y se le solicitó a CMS (el cual aprobó) la transferencia de los \$925 millones al Programa Medicaid para acumular la totalidad de \$6.4 billones.

Explica que la vigencia de los fondos bajo Obamacare es desde el 1 de julio de 2011 hasta el 30 de septiembre 2019, mientras que los fondos de HCERA se encuentran disponibles hasta diciembre de 2019. La utilización de los fondos Obamacare (estrictamente federales) durante su vigencia se desglosa de la siguiente manera:

Tabla 3

Asignación Inicial		Cantidad
ACA Section 2005 (a)		\$ 5,476,390
ACA Section 2005 1323 (Health Insurance Exchange)		925,000
Total Asignación Inicial Fondos ACA		\$ 6,401,390
Gastos por Año Fiscal (AF) Federal		Utilización
AF 2011	\$ 276,660	
AF 2012	554,773	
AF 2013	684,577	
AF 2014	836,848	
AF 2015	1,183,261	
AF 2016	1,290,123	
AF 2017	1,194,689	
Sub-Total Utilización AF's		\$ 6,020,931
Balance Disponible sobre Asignación Inicial Fondos ACA al Final de AF 2017		\$ 380,459
Transacciones durante AF 2018:		
Añadir:		
Omnibus Fund (Oct. 2017)		295,900
Restar:		
Utilización durante AF 2018		34,148
Balance Disponible sobre Fondos Medicaid (ACA) junio 30, 2018		\$ 642,211

Notas

- [1] Fuente de información: Center for Medicaid and Medicare Services Payment System.
 [2] Omnibus Fund fue una asignación federal especial aprobada y efectiva el 1 de octubre de 2017 hasta el 30 de septiembre de 2018. Esta asignación se registró por CMS bajo los fondos ACA (ACA-INC-18).

ACOS

Señalan que la inclusión de Puerto Rico en el Obamacare mejoró la cubierta para sus beneficiarios, pero también requirió la implementación de medidas, procesos y servicios adicionales a los ya establecidos, lo cual acelera la utilización de fondos federales. Además, al incrementar la utilización de servicios, también incrementa el costo total del PSG.

Adicional a esto, explican que otras tendencias de incremento en costos de la industria de salud esperadas en el curso ordinario de negocios, y legislaciones estatales promulgadas con el propósito de mejorar la calidad de vida de los beneficiarios, han tenido un impacto financiero en el PSG. ASES presentó los servicios y requerimientos que han impactado los costos del PSG a través de los años, y afectan la celeridad con la cual se utilizan fondos federales asignados:

1. *Incremento en el costo de medicamentos* - Durante el período del año fiscal 2011 al año fiscal 2017, el sistema de Salud manejó un incremento anual de 16% en el costo de medicamentos. La provisión de medicamentos representó un promedio de 23% del costo total del PSG para el año fiscal 2017.

Durante el período de 2011 al 2017, el PSG absorbió un incremento de \$451.6 millones en el total de costos de medicamentos. Cabe destacar que, a través de varias medidas implementadas por la ASES, para el año fiscal 2017-18 los ahorros alcanzados en contención de costos de medicamentos ascendieron a \$69 millones, Sin embargo, los medicamentos son una partida que históricamente reflejan incrementos en precios.

2. *Incremento en el porcentaje a reclamar de reembolso federal por la población elegible Medicaid*- Desde julio del 2011, la aportación federal para cubrir servicios médicos a la población elegible del Programa Medicaid incrementó de 50% a 55%, conllevando la utilización adicional de fondos federales durante el período del año fiscal 2011 al año fiscal 2017 de aproximadamente \$389 millones. Esta autorización a su vez libera la utilización de fondos estatales por ese mismo 5%, ya que de otra manera tenían que ser cubiertos con fondos del Gobierno de Puerto Rico.

Explican que por un período temporero (2014 y 2015) CMS también aprobó un aumento especial a 57.2% para la población elegible al Programa Medicaid. Además, para los asegurados del Programa Medicaid clasificados como *Newly Eeligible* los cuales fueron cualificados por la implementación en el 2011 del Medicaid Expansión, CMS aprobó una aportación federal especial.

3. *Medicaid Expansión* - El Departamento de Salud de Puerto Rico solicitó a CMS enmendar el *State Plan* con el propósito de implementar la regulación *Medicaid Expansión* en el Programa de Medicaid Puerto Rico. Esta regulación consiste en flexibilizar los requisitos de elegibilidad para que no se considere los bienes muebles e inmuebles a los potenciales principiantes. CMS establece una serie de requisitos para que

el Programa de Medicaid determine la elegibilidad de un principiante en el referido Programa, y a su vez la ASES pueda reclamar la aportación federal a modo de reembolso los gastos médicos incluidos por este principiante. Efectivo el 1 de julio de 2011, a través de la concesión por parte de CMS del *Medicaid Expansion*, aproximadamente 335,000 participantes ingresaron al Programa Medicaid los cuales previo a la implementación del *Medicaid Expansion* debían ser costeados por el Gobierno de Puerto Rico en un 100% del total de sus gastos. Con la implementación de la regulación se redujo la aplicación estatal a 45% sobre esta población. Explican que, en enero de 2017, bajo la regulación *Medicaid Expansion* había 363,711 beneficiarios recibiendo servicios bajo el Plan de Salud.

4. *Incremento en vidas adscritas al PSG*- Durante el período del año fiscal 2011 al año fiscal 2017 el PSG observó un incremento de 37% beneficiarios (489,000 personas) aproximadamente bajo el Programa Medicaid.

Señalan que el incremento responde a varios factores externos, como alzas en el nivel de desempleo, la redistribución de una población más envejecida, modificación a requerimientos a nivel de programa, redefinición de categorías de nivel de pobreza, entre otros. El resultado es la mayor utilización de fondos federales asignados.

Sobre la población total del PSG, ASES indica que se ha presentado una tendencia decreciente desde el año fiscal 2013 hasta el año fiscal 2017. Excepción a esta tendencia lo fue el año fiscal 2018 que fue impactada por los huracanes María e Irma y a su vez tuvo un incremento en la población. Los estudios actuariales de la ASES proyectan continuidad en esta tendencia decreciente de la población del PSG.

5. *Cambios a requisitos de elegibilidad en los Programas Medicaid y CHIP* - Por virtud del *Obamacare*, el Departamento de Salud revisó la definición de nivel de pobreza para propósitos de elegibilidad para el Programa Medicaid y CHIP. El ingreso considerado para cualificar como asegurado aumentó de \$400 mensual a \$550 (133%) para un núcleo familiar de una persona. Con esta modificación, población estatal con ingresos entre \$400 y \$550 migró a ser población elegible bajo el Programa Medicaid. Lo cual tiene el efecto de aumentar la cantidad de personas elegibles al Programa Medicaid cuyos gastos son reembolsados con fondos federales sobre la utilización de fondos estatales.

6. *Cumplimiento con Leyes Federales* - La Ley Federal *Medicare, Medicaid, and CHIP Benefits Improvement Act of 2000*, establece el *Prospective Payment Methodology*. Esta es la metodología para realizar pagos adicionales o "wraparound" a los *Federally Qualified Health Centers* ("FQH C"), también conocidos como los "Centros 330", por servicios brindados a beneficiarios Medicaid, según requerido por ley federal. Aunque existía una obligación de realizar los pagos desde mucho antes, no es hasta aproximadamente el año 2010 que los Centros 330 comienzan a recibir estos pagos trimestralmente por parte del Programa Medicaid.

7. A su vez, el Programa Medicaid solicita el reembolso correspondiente a estos pagos a CMS. Durante el período de octubre de 2011 hasta marzo de 2017 el Programa Medicaid ha solicitado a CMS el reembolso con fondos federales (Obamacare) de \$140.570 millones del total de \$251.829 millones que se han desembolsado a los Centros 330. Este es un gasto adicional que contribuye a la observación de un aumento en costo del PSG y el uso de fondos federales asignados.

8. *Cambios adicionales al Medicaid State Plan:*

a. *Auto-enrollment* - Previo al 1 de julio de 2011, una persona que se determina elegible durante cualquier mes no es asegurado hasta que no tuviera en propiedad una tarjeta del asegurador. Posterior a la referida fecha, una persona es elegible para ser asegurado el día 1ro del mes en el que se le determinó su elegibilidad, independientemente si posee tarjeta o no.

b. *Servicios Adicionales* - En cumplimiento con las regulaciones federales, estos servicios, entre otros, se han añadido al universo de servicios médicos que provee el Plan De Salud: Vacunas para los Menores elegibles a Medicaid entre las edades de 19 a 20 años de edad, Contraceptivos (Family Planning Services), Servicios de Emergencia en los Estados Unidos, Trasplante de Hueso, Piel y Cornea, Quiropráctico, Cesación de Fuma, Espejuelos para los Menores elegibles a Medicaid entre las edades de 0 a 20 años de edad.

c. *Copagos* - El Programa Medicaid enmendó el *State Plan* con el propósito de cumplir con las regulaciones federales relacionadas a esos pagos. Efectivo noviembre de 2011, la sección de Copagos del *State Plan* fue enmendada, y el efecto de dicha medida resultó en un impacto de \$6.5 millones durante los años 2011 y 2012.

ASES indica que además de los preceptos antes mencionados, a nivel local las siguientes leyes aprobadas en los últimos años han tenido un impacto tanto en la operación como en la utilización de fondos destinados a los servicios de salud. Ejemplos de estas leyes son:

1. Ley 139 de 8 de agosto de 2016

Para establecer, adscrito a la Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico, una clínica permanente para la atención, diagnóstico, prevención y tratamiento de personas con errores innatos del metabolismo, incluyendo las que padezcan del trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés), las diferentes aminoacidopatías, las acidemias orgánicas, los desórdenes de oxidación de ácidos grasos, los desórdenes del metabolismo de carbohidratos (como la galactosemia) y las deficiencias de cofactores enzimáticos (como la deficiencia de biotinidasa) incluidos en el Programa de Cernimiento Metabólico Neonatal autorizado por la Ley Núm. 84 de 2 de

APAS
julio de 1987, según enmendada; disponer sobre los deberes, objetivos y organización de la antes mencionada clínica; establecer la obligación a todo asegurador y organizaciones de servicios de salud organizados conforme a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", y conforme a la Ley 194- 2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", planes de seguros que brinden servicios en Puerto Rico y cualquier otra entidad contratada para ofrecer beneficios de salud en Puerto Rico, así como a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, y a cualquier entidad contratada para ofrecer servicios de salud o de seguros de salud en Puerto Rico, a través de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", que incluyan, como parte de sus cubiertas, el "Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina" para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés), sin exclusiones de edad del paciente; y para otros fines relacionados.

2. Ley 177 de 13 de agosto de 2016

Para obligar a todo asegurador y organizaciones de servicios de salud organizados conforme a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", planes de seguros que brinden servicios en Puerto Rico y cualquier otra entidad contratada para ofrecer beneficios de salud en Puerto Rico, que incluyan, como parte de su cubierta básica el suministro de un monitor de glucosa cada tres (3) años y un mínimo de ciento cincuenta (150) tirillas y ciento cincuenta (150) lancetas cada mes, con el propósito del monitoreo de los niveles de glucosa en los pacientes diabéticos; incluir como parte de su cubierta la bomba portátil de infusión de insulina para pacientes diabéticos, ambas cubiertas para pacientes menores de veintiún (21) años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo; requerir que el uso de la bomba portátil, cumpla de conformidad con lo establecido por el Centers for Medicare & Medicaid Services; añadir un subinciso (f) al inciso (C) de la Sección 6 del Artículo VI de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico"; ordenar a la Administración de Seguros de Salud, que incluya dentro de su cubierta especial la bomba portátil de infusión de insulina como terapia para pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo, siempre y cuando los mismos cumplan con los criterios de cualificación para un paciente diabético que requiera el uso de dicha bomba, de conformidad con lo establecido por el Centers for Medicare & Medicaid Services; establecer autorización para el establecimiento de copagos y/o deducibles, establecer reglamentación, formas de dispensación, penalidades y vigencia; y para otros fines relacionados.

ASES explica que existen diversas razones que influyen en el incremento de utilización de fondos federales asignados. Esta utilización es cuidadosamente

monitoreada por CMS, el Programa Medicaid y ASES, sus respectivos consultores y auditores, y ahora también la Autoridad de Asesoría Financiera y Agencia Fiscal de Pueblo Rico (AAFAF) y la Junta de Supervisión Fiscal Federal.

El **Departamento de Hacienda**, expresó que no tienen objeción al transmitir de la Resolución del Senado 209 y mediante memorial el apoyo a dicha Resolución para que se investigue en que se utilizaron los fondos.

La **Administración de Servicios Médicos (ASEM)**, expresó que como institución, no tiene ni ha tenido responsabilidad en el manejo de fondos federales o estatales para la implementación del programa de salud para la población médico indigente del pueblo de Puerto Rico. Finalmente, expresaron el apoyo a dicha Resolución para que se investigue en que se utilizaron los fondos.

La **Oficina del Comisionado de Seguros**, expresó que los asuntos contenidos en esta Resolución están exclusivamente relacionados con los fondos obtenidos por el Gobierno de Puerto Rico para la Administración del Plan Mi Salud.

Explican que su jurisdicción sobre los asuntos relacionados al Plan de Salud del Gobierno es una limitada a la autorización, licenciamiento y solvencia requerida a los aseguradores y organizaciones de servicios de salud para poder hacer negocios de seguros en Puerto Rico. Sugieren que se ausculte con ASES y se tome en consideración los comentarios que ésta tenga a bien realizar en los asuntos atendidos en la presente resolución.

Triple S, expresó que entienden que la Comisión de Salud logrará su encomienda citando y solicitando información a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) y al Departamento de Salud que son las entidades receptoras de los fondos federales y que llevan el presupuesto de esos fondos y así mismo el apoyo a dicha Resolución.

Molina Health Care, expresó su apoyo a la Resolución de referencia. Solicitó que se ausculte con ASES el asunto de los fondos recibidos bajo *Obamacare* y los diferentes modelos del programa a través de los últimos años.

Explican que llevan operando en Puerto Rico desde abril del 2015. Sostienen que opera en función a los pagos emitidos por ASES, por lo que su margen de ganancia estaba limitado contractualmente a un 2.5% donde cualquier exceso se comparte con ASES y existe una expectativa que al menos 91% sea utilizado para gastos médicos. Mencionan que, en su caso, al no tener otras líneas de negocios, como planes comerciales o *Medicare Advantage*, estos buscan ser costo-eficientes en sus operaciones sin sacrificar la calidad de servicio a los pacientes.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Luego de evaluar la presente Resolución, la Comisión de Salud del Senado entiende meritorio y loable la investigación sobre la utilización de los fondos recibidos conforme a las asignaciones emitidas por Obamacare.

Así las cosas, entendemos meritorio evaluar la limitada jurisdicción que mantiene la Oficina del Comisionado de Seguros sobre las operaciones de ASES en relación al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. De otra parte, reconocemos el esfuerzo del Gobierno en el Congreso Federal, para lograr mayores asignaciones para el Programa Medicaid.

Conforme a lo expresado anteriormente, la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, recomienda que se refiera este Informe Final a la Oficina del Contralor de Puerto Rico, para que proceda a realizar una auditoría. Así también, se debe referir al *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)*, agencia federal encargada de monitorear y auditar lo relacionado al manejo de estos fondos.

La Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración de la R. del S. 209, 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

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18^{va.} Asamblea
Legislativa

ORIGINAL

5^{ta.} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. del S. 423

L
RECORRIDO CONTESTADO
COMITÉ Y PEDRO GONZALEZ

Informe Final

6 de ~~junio~~ de 2019
junio SUPR

AL SENADO DE PUERTO RICO

ANU 423
Las Comisiones de Salud y de Bienestar Social y Asuntos de la Familia, previo estudio y consideración de la Resolución del Senado 423, presenta a este Alto Cuerpo Legislativo su informe final con sus hallazgos, recomendaciones y conclusiones.

ALCANCE DE LA MEDIDA

La Resolución del Senado 423, ordena a las Comisiones de Salud; y de Bienestar Social y Asuntos de la Familia del Senado de Puerto Rico, realizar una investigación sobre las razones por las que el Departamento de la Familia en coordinación con el Departamento de Salud no están colocando rótulos en lugares visibles en las instituciones de servicios de salud en el que se informa la opción de entrega voluntaria de menores para adopción conforme dispuesto en el Artículo 12 de la Ley 61-2018, conocida como "Ley de Adopción de Puerto Rico".

Surge de la Exposición de Motivos de la medida que la Ley 186-2009, según enmendada, conocida como "Ley de Reforma Integral de Procedimientos Integrales de Procedimientos de Adopción de 2009", como su sucesora, la Ley 61-2018, conocida como "Ley de Adopción de Puerto Rico" fueron aprobadas con el propósito de modernizar y agilizar el proceso de adopción en Puerto Rico y viabilizar un procedimiento diligente y expedito de adopción para proveer a las madres con embarazos viables no deseados la opción de continuar con los mismos.

Ambas legislaciones establecieron la política pública de promover el que las madres biológicas pudieran entregar a sus recién nacidos en instituciones hospitalarias sin temor a ser procesadas criminalmente por el delito de abandono.

El Derecho de Familia es una de las ramas de mayor impacto y relevancia en nuestro diario vivir. Particularmente, la adopción es una parte integral del Derecho de Familia que requiere importante atención. En la actualidad no se está cumpliendo con el mandato de ley de poner rótulos en todas las instituciones que ofrecen servicios de salud para informar a las madres embarazadas sobre las alternativas que existen y el derecho que le asiste al momento de una entrega voluntaria. Incluso, bajo la ley actual las instituciones de servicios de salud no se limitan a las instituciones hospitalarias, por lo que hay que hacer un análisis de cuántas instituciones no están siendo impactadas. La falta de cumplimiento con los estatutos pudo provocar que muchas madres hayan tenido que tomar decisiones difíciles sin conocer la alternativa de entrega voluntaria para adopción. Definitivamente, el Gobierno tiene que darle atención a este asunto tan importante.

El Senado de Puerto Rico tiene la responsabilidad de velar por el cumplimiento con las leyes que se aprueban. Para esto, puede usar su facultad investigativa, para auscultar el cumplimiento con las leyes y lograr que la legislación que aprueba sea ejecutada de manera eficiente y ágil.

HALLAZGOS

Las Comisiones de Salud y de Bienestar Social y Asuntos de la Familia, conforme a las facultades conferidas por este Cuerpo, en cumplimiento con su deber ministerial inició una investigación acerca de todo aquello relacionado con la Resolución del Senado 423. En atención a ello, esta Comisiones les solicitó memoriales explicativos a las siguientes entidades: **Asociación de Hospitales, Puerto Rico Child Adoption, Adoptando en Puerto Rico, Departamento de Salud, Departamento de la Familia y el Departamento de Justicia.** De estos, solo recibimos el del Departamento de Justicia y Adoptando en Puerto Rico.

El **Departamento de Justicia (DJ)**, El DJ inició su exposición expresando que entiende que la investigación de las razones por la cual el Departamento de la Familia, en coordinación con el Departamento de Salud, no están cumpliendo con el mandato de la ley en colocar rótulos en lugares visibles en las instituciones de servicios de salud, que informan la prerrogativa de entrega voluntaria de menores para la adopción, por parte de sus madres. Es menester indicar que el Departamento de Justicia en evaluación legal de esta Resolución y Proyectos de Ley que son referidos a su evaluación, estos entienden que los asuntos específicos planteados en la Resolución del Senado 423, no corresponden al área de competencia del Departamento de Justicia.

La entidad **Adoptando en P.R.**, presentó sus comentarios por escrito, los cuales expresan que es importante que cada una de las personas que se prestan a ejercer a tomar una decisión, se le pueda garantizar la oportunidad tomar sus decisiones libres de prejuicios , presiones externas y sobre todo con la información

correcta, completa y la sensibilidad que corresponde para que la libertad sea ejercida de manera informada y en pleno conocimiento de lo que esto conllevaría para la vida de la persona y de aquellos que lo rodean. Según la entidad unos de los principios filosóficos y bajo la política pública de la creación del sistema de "Madres Voluntarias" que persigue la ley es que el sistema de refugio seguro, que promueve como alternativa el que una madre biológica pueda entregar a su recién nacido en una institución hospitalaria, sin que tenga el temor de que pueda ser procesada por el delito de abandono, Artículo 118 del Código Penal de P.R.

De otra parte, surge una interrogante en el Artículo 12 de la Ley Núm. 61-2018 que el no cumplir con dicho Artículo, representa una grave violación a los derechos de cada madre expectante a ser debida y correctamente informada en relación a su embarazo y el posible curso a seguir con el mismo. Estos desean que se pueda cumplir dicha ley que se le exija al Departamento de Familia en conjunto al Departamento de Salud a adoptar un letrado que exprese de manera fácil, clara y contundente la política pública del Estado en relación a este tema. También que se hagan cumplir con esta ley que todas las instituciones de Servicios de Salud como se define en el Artículo 3, inciso (c) y según definida por el Artículo 2 de la Ley Núm., 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada como "Ley de Facilidades de Salud". Esto significará según Adoptando en P.R. que cualquier instalación privada en la que se presten servicios médico-ginecológicos, de obstetricia y de planificación familiar, al amparo de la legislación aplicable.

También expresan que es derecho de toda dama embarazada sin importar las circunstancias de las mismas puedan tomar decisiones informadas por el bien propio y el de la criatura que lleva en su vientre y que es deber del Estado y de esta sociedad, agotar todos los recursos necesarios para que tengan conocimiento de todas las opciones disponibles y estas puedan sentir paz al momento de tomar esa decisión.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Según expresado anteriormente, la Resolución del Senado 423 ordenó a las Comisiones de Salud; y de Bienestar Social y Asuntos de la Familia del Senado de Puerto Rico, realizar una investigación sobre las razones por las que el Departamento de la Familia en coordinación con el Departamento de Salud no están colocando rótulos en lugares visibles en las instituciones de servicios de salud en el que se informa la opción de entrega voluntaria de menores para adopción conforme dispuesto en el Artículo 12 de la Ley 61-2018, conocida como "Ley de Adopción de Puerto Rico".

Luego de haber realizado las gestiones pertinentes con las agencias responsables de instalar rótulos visibles en virtud de la Ley 61-2018, *supra*, no recibimos respuesta. Esta Comisión no recibió los comentarios del Departamento de Salud ni del

Departamento de la Familia donde se explicaban las razones por las cuales se encuentran en incumplimiento con esta Ley.

Sin embargo, nuestra Comisión visitó algunas facilidades de salud y pudimos constatar que en efecto ninguna de las facilidades contaba con el rotulo tal y como lo dispone la Ley. Es nuestro deber ministerial velar el cumplimiento de las leyes que se promulgan en esta Asamblea Legislativa.

En años recientes el número de adopciones habían disminuido debido a las preferencias de edad que demuestran los futuros padres. Existen hogares disponibles, y personas deseosas de sumar a un nuevo miembro a la familia, pero los niños mayores van quedando rezagados hasta que llegan a la adolescencia y a la mayoría de edad. Es por esto que es sumamente necesario realizar todas las gestiones para cumplir cabalmente con la ley y fomentar a través de los recursos disponibles una adopción informada y responsable desde las etapas iniciales del embarazo.

Es de suma importancia para nosotros que las mujeres embarazadas estén informadas de los derechos que le cobijan y que puedan tomar decisiones sin temor a las repercusiones. Por esta razón, estaremos evaluando medidas más rigurosas para velar y fiscalizar por el cumplimiento de la Ley.

Por lo antes expuesto, las Comisiones de Salud y de Bienestar Social y Asuntos de la Familia del Senado de Puerto Rico, tienen a bien someter este Informe Final sobre la R. del S. 423.

Respetuosamente sometido,

Hon. Angel Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

Hon. Nayda Venegas Brown
Presidenta
Comisión de Bienestar Social y Asuntos de la Familia

ALB
ANL

ORIGINAL

RECIBIDO JUN 6 19AM 9:14
TRAMITES Y RECORDS SENADO PR

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18^{va} Asamblea
Legislativa

5^{ta} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. DEL S. 472

INFORME FINAL

6 de junio de 2019

AL SENADO DE PUERTO RICO

ALMS
La Comisión de Salud previo estudio e investigación en torno a la Resolución del Senado 472, presenta a este Honorable Cuerpo Legislativo el Informe Final con sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

ALCANCE DE LA MEDIDA

La R. del S. 472 tiene el propósito de ordenar a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico realizar una investigación exhaustiva en torno a cuál es el fundamento para que los pagos *per diem*, por los servicios que ofrecen los hospitales en el distrito de Mayagüez sean sustancialmente inferiores a los que se reciben en otras regiones del Plan MiSalud; conocer cuánto tienen que esperar los proveedores y los hospitales en el área Oeste para recibir los pagos por los servicios prestados, conforme al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Surge de la exposición de motivos que la región Oeste, históricamente, ha confrontado problemas con la accesibilidad a los servicios de salud. Uno de los problemas más apremiantes de la región Oeste es la falta de servicios médicos, sobre todo especialistas y hospitales. También, la dependencia de la zona del Centro Médico de Puerto Rico. Esto ha llevado a que el Estado haya realizado esfuerzos por establecer un Centro de Trauma que pueda proveer la necesidad de los ciudadanos. Sin embargo, esto todavía no se ha materializado.

Como un factor que desalienta el desarrollo de los servicios de salud en la región Oeste se encuentran la práctica del Plan Mi Salud de pagar menos a los hospitales del distrito de Mayagüez por concepto de tarifa de servicios de salud o "per diem" de lo que se le desembolsan a los hospitales de otras zonas geográficas. Esto ha servido para que

desincentive la creación, el desarrollo y la expansión de los hospitales en el distrito de Mayagüez. Asimismo, ha contribuido a que estos hospitales se encuentren en un peor estado económico al del resto de Puerto Rico y no puedan aumentar su oferta médica.

Por otro lado, es importante conocer cuánto se tarda el Plan Mi Salud en remitir el pago por los servicios que prestan los hospitales y los proveedores. Como hemos señalado y ha sido reseñado por la prensa, el distrito de Mayagüez necesita más especialistas. Por tanto, cualquier iniciativa dirigida a mejorar los servicios de salud de la región Oeste tiene que contar con la eficiencia y efectividad en el pago por los servicios prestados.

La parte expositiva concluye que es por ello que se propone se investiguen las razones por las cuales el Plan Mi Salud le paga menos a los hospitales en el distrito de Mayagüez en comparación con las demás regiones y cuánto se tarda dicho plan médico en pagar por los servicios de salud prestados en la referida zona. De esta manera, esperamos encontrar alternativas que puedan poner en condiciones al distrito de Mayagüez de aumentar su oferta de servicios de salud.

AVS

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Para el estudio de la R. del S. 472, la Comisión de Salud solicitó Memoriales Explicativos al Departamento de Salud, Administración de Servicios de Salud (ASES), Oficina del Procurador del Paciente (OPP), Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico (ACODESE), Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP), Colegio de Médicos Cirujanos y el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.

El **Departamento de Salud**, determina que la endosa la investigación. Resalta que luego de evaluar la Resolución con el Programa de Asistencia Médica (Medicaid) entienden que lo relacionado a la administración del Plan de Salud del Gobierno están delegados a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). Por lo que es esa agencia quien tiene la responsabilidad de negociar, a nombre del Gobierno, con las aseguradoras autorizadas en la Isla para proveer el servicio.

Sostienen que las tarifas a ser pagadas a proveedores de servicios de salud, incluyendo el pago de servicios *per diem*, son un aspecto del proceso que recae directamente en ASES y las aseguradoras. Explican que como regla general, son las aseguradoras quienes contratan con los hospitales, lo que incluye la metodología a seguir para el pago por servicios prestados. Mencionan que en el contrato entre ASES y las aseguradoras se establecen los requisitos de contratación con los proveedores y el pago por los servicios.

La **Oficina del Procurador del Paciente (OPP)**, expresa diariamente reciben querellas y quejas por parte de pacientes de toda la Isla en cuanto a pagos irrazonables y

pobres servicios de calidad en las instituciones hospitalarias. Sostienen que Puerto Rico ha experimentado grandes cambios dentro del campo de la salud. Explican que desde sus inicios existía un sistema controlado por el Gobierno Estatal, en donde se ha establecido que es a través de las aseguradoras privadas mediante el pago por parte del gobierno, deben proveer los servicios.

Indican que es públicamente conocido que muchos han sido los problemas sobre los pagos a los proveedores de servicios de salud; tanto a nivel del Plan de Salud Gubernamental como a través de los planes de salud privados. Exponen que el problema de pagos irrazonables y desproporcionados entre proveedores que prestan servicios en sus oficinas médicas o en los hospitales, que son diferentes por el mero hecho de que se brindan en áreas geográficas diferentes, pero el servicio es el mismo; como también los pagos mediante reembolsos de gastos diarios, mejor conocidos como "*per-diem rates*", que las aseguradoras pagan a los hospitales, siendo la única diferencia en la prestación del servicio que se brinda el área geográfica.

Consideran que esto es una práctica que no debe ser aceptada, dado que podría resultar en discriminación contra poblaciones vulnerables entre distintas zonas de nuestro País. La OPP nos comunica que resulta altamente necesario que tomemos en cuenta que la efectividad en los servicios de salud prestados se refleja directamente en la salud del paciente. Es decir, cualquier acción que se tome en detrimento de sus servicios, redundaría en que la calidad de vida de nuestros ciudadanos se vea amenazada.

Así las cosas, según las facultades delegadas a la Oficina mediante la Ley Núm. 77-2013, puede intervenir en cualquier caso por prácticas incorrectas que discriminen contra los pacientes que vienen llamados en ley a proteger. Concluyen que tanto los pacientes de la Región Oeste, como los del resto de Puerto Rico, merecen un trato digno, justo y razonable en sus servicios de salud. Por tal razón, la OPP endosa la presente Resolución para investigación.

La **Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico (ACODESE)**, entendiéndose que dicho asunto ya se encuentra atendido en su ordenamiento jurídico, expresa lo siguiente: entienden que el costo de mano de obra, salarios del personal, entre otros gastos, son distintos en el área metropolitana al resto de la isla. Por lo que, de existir diferencias en el pago *per diem* en el Oeste al resto de las demás regiones, quizás ello obedece a que los gastos en dicha región son menores.

Sostienen que la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) contrata a aseguradores, en aras de tener accesibles los mejores servicios de salud a la ciudadanía a través de la cubierta del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Para ello, ASES delega, en los aseguradores contratados, el pago de las hospitalizaciones. Además explican que, como parte del contrato entre las aseguradoras de salud y organizaciones de servicios de salud con las instituciones hospitalarias, se establece el

pago de una cantidad fija por paciente por todos los servicios cubiertos por el plan por día de hospitalización. Esa cantidad es lo que se conoce como *per diem*.

Explican que según el modelo de ese momento, ASES ha contratado unas primas con los aseguradores, de acuerdo a la experiencia de reclamaciones y servicios para cada una de las regiones asignadas. Al así hacerlo, cada asegurador negocia con los proveedores de servicio las tarifas por los servicios que prestarán a los beneficiarios. Consideran que por ello, se ven diferencias en las tarifas que se honran a los proveedores de acuerdo a la región en la cual ofrecen sus servicios.

Puntualizan que cuando los hospitales negocian su contrato con los aseguradores, estos tienen que proveer un *cost report*. Dicho documento también lo exige el *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS, por sus siglas en inglés). Explican que en dicho documento se detallan los gastos incurridos por el hospital para brindar sus servicios. Entienden que el costo de mano de obra, salarios del personal, entre otros gastos, son distintos en el área metropolitana al resto de la isla. Consideran que de existir diferencias en el pago *per diem* en el Oeste al resto de las demás regiones, obedece a que los gastos en dicha región son menores.

Recomiendan se ausculte la opinión que a bien tenga por someter Triple-S Salud, asegurador que no es miembro de ACODESE y que era la entidad contratada por la ASES para administrar el Plan de Salud del Gobierno en el área Oeste. Sugieren además, que se ausculte la opinión de la ASES respecto a la cuantía pagada en dicha región.

Por otra parte, destacan que desde el 2002, el pago a los proveedores de salud es un asunto dispuesto en el Código de Seguros de Puerto Rico y en las regulaciones de la Oficina del Comisionado de Seguros, así como los reglamentos de Medicare y/o en el contrato entre los aseguradores y la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). Sostiene que la Ley 104-2002, conocida como "Ley de Pago Puntual de Reclamaciones de Salud", que es parte del Código de Seguros de Puerto Rico, es el estatuto que atiende el referido pago a proveedores.

Explican que la Ley 104, *supra*, exige al asegurador pagar la reclamación en el término de treinta (30) días de recibida una factura limpia. Por "factura limpia" se entiende que la reclamación contiene todos los elementos necesarios para identificar al asegurado, beneficiario o suscriptor quien recibió el servicio y que, a su vez, se factura por un servicio o procedimiento que se contempla en la cubierta del plan o póliza de salud. Actualmente este proceso se realiza a través de un sistema electrónico.

Explican que la Ley de Pago Puntual exige que se pague en un periodo de treinta (30) días de haberse presentado una reclamación con todos los elementos o información necesaria para que su pago pueda adjudicarse. Si los aseguradores no pagan en el referido término de treinta (30) días, están sujetos a intereses, multas e incluso la revocación de

su certificado de autoridad para operar en Puerto Rico. Sostienen que debe considerarse que para que el Comisionado de Seguros pueda ejercer su jurisdicción sobre este tema, es preciso que los proveedores inicien un reclamo ante dicha agencia.

Además, indican que la Ley de Pago Puntual provee, igualmente, que dentro del término de treinta (30) días, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud deberá notificar a los proveedores, por escrito, aquellas reclamaciones que no sean procesables para pago, luego de recibida la reclamación. Se exige que dicha notificación especifique las razones por las cuales el Asegurador u Organización de Servicios de Salud considera que la reclamación no es procesable para pago y que indique, además, los documentos o información adicional que debe someterse para que pueda procesarse.

ADCS
Explican que se dispone que dentro de los veinte (20) días de haber recibido la notificación del Asegurador u Organización de Servicios de Salud, el proveedor debe responder la misma y, una vez el proveedor entregue la información requerida, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud debe proceder al pago de la reclamación dentro de los treinta (30) días siguientes al recibo de la información o documentación.

Exponen que en el caso de que el asegurador u organización de servicios de salud notifique que la factura no es limpia por alguna razón y resulte que esa determinación era errónea, entonces la Ley establece que se entiende que nunca fue denegada y debe, muy probablemente, en esos casos habría que terminar pagando intereses sobre la cantidad que se adeude por esa factura.

Mencionan que esta legislación de Pago Puntual es parte del Código de Seguros y constituye un vehículo efectivo que está disponible para los proveedores de salud y que protege adecuadamente su derecho a cobrar las tarifas pactadas con los aseguradores por los servicios cubiertos por el plan de sus pacientes. De un asegurador no cumplir con los términos de esta ley, debe entonces pagar al proveedor los intereses correspondientes a la cifra impagada.

Asimismo, sostienen que la ley tiene otras medidas punitivas consistentes en multas por parte de la Oficina del Comisionado de Seguros. En el caso de OCS v. Triple S, 191 DPR 536 (2014), se dictó Sentencia por el Tribunal Supremo, confirmando la multa de \$10,000 impuesta a raíz de una violación a la Ley de Pago Puntual. Concluyen que el término para el pago de los proveedores es una regla estándar que aplica a todo Puerto Rico y, por ende, aplica al pago de proveedores de la región Oeste de Puerto Rico.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Luego de evaluar la presente Resolución, la Comisión de Salud del Senado entiende que se meritorio y loable el que se ordene realizar una investigación exhaustiva

en torno a cuál es el fundamento para que los pagos *per diem*, por los servicios que ofrecen los hospitales en el Distrito de Mayagüez sean sustancialmente inferiores a los que se reciben en otras regiones del Plan Mi Salud, ya que dicha práctica pudiera tener un efecto adverso en dicha población.

De la información recopilada durante el proceso investigativo podemos resumir que, en efecto, bajo el modelo de prestación de servicios para Mi Salud, los pagos en las diferentes regiones no eran iguales. Sin embargo, ante el cambio al nuevo modelo de prestación de servicios de salud, Puerto Rico es una sola región. Por lo que, no debe haber diferencias en las asignaciones tarifarias por paciente.

A tenor con lo antes expuesto, la Comisión de Salud estará evaluando las disposiciones sobre la Ley 104-2002, conocida como "Ley de Pago Puntual de Reclamaciones de Salud", a los fines de determinar si la misma debe ser enmendada.

La Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, somete a este Alto Cuerpo el Informe Final de la R. del S. 472, con sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

Respetuosamente sometido,

Hon. Ángel Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

GOBIERNO DE PUERTO RICO

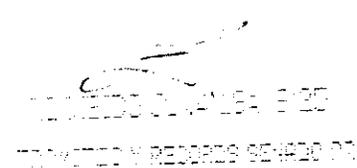
18^{va.} Asamblea
Legislativa

ORIGINAL

5^{ta.} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. DEL S. 560



PRIMER INFORME PARCIAL

4 de ~~mayo~~ de 2019
Junio
JMF

AL SENADO DE PUERTO RICO:

La Comisión de Salud previo estudio e investigación en torno a la Resolución del Senado 560, presenta a este Honorable Cuerpo Legislativo el Primer Informe Parcial con sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

ANUS

ALCANCE DE LA MEDIDA

La Resolución del Senado 560, ordena a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico realizar una investigación abarcadora sobre la efectividad e implementación de la Ley 193-2015.

Surge de la Exposición de Motivos que, la Ley 281-2012 enmendó varias disposiciones de la Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Profesión de la Psicología en Puerto Rico, a los fines de autorizar a la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico a formar parte de la "Association of State and Provincial Psychology Boards (ASPPB)".

Además, la enmienda autorizó a la Junta a utilizar el examen de reválida desarrollado por la ASPPB, u otro de alcance nacional y complejidad similar, para cumplir con uno de los requisitos para obtener la licencia de psicólogo en Puerto Rico y para que la Junta preparase y administrase un examen que evalúe las competencias en asuntos éticos, legales y profesionales.

La citada Ley, tenía el objetivo de "autorizar a la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico para que forme parte de la ASPPB, y para autorizar a la Junta a que acepte y utilice el examen de reválida EPPP." requiriendo "que el examen se ofrezca en el idioma español o inglés, de forma que el candidato o candidata pueda escoger el idioma de su preferencia." La razón para dichas enmiendas era el permitir a la Junta Examinadora el poder de "agilizar los trabajos

en cuanto al uso del examen desarrollado por la ASPPB, en conformidad con las condiciones establecidas por la presente legislación y el cumplimiento de los requisitos para la otorgación de licencia de psicólogo/a en Puerto Rico.” (Véase la Exposición de Motivos, Ley 281-2012).

Las enmiendas del 2012 causaron dificultades para los egresados de los programas de psicología de las universidades acreditadas en Puerto Rico. Desde que se estableció el examen de reválida “S-EPPP” (versión en español) en Puerto Rico, ha ocurrido un disloque en la profesión de psicología en Puerto Rico, provocando grandes controversias dentro de los programas académicos en Puerto Rico.

Entre esos problemas está el que creó un desfase en los aspirantes a tomar la reválida de psicología en Puerto Rico y afectó negativamente el futuro de la profesión de la psicología, toda vez que provocó una crisis al no tener nuevos profesionales de psicología revalidados; lo cual es bien necesario por la falta de profesionales que provean servicios a los pacientes de salud mental que a su vez afectan las opciones y oportunidades de los ciudadanos para recibir tratamiento y ayudas terapéuticas.

Para atender esos problemas, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley 193-2015, que enmendó la Ley Núm. 96 de 4 de junio de 1983, según enmendada, conocida como la “Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Profesión de la Psicología en Puerto Rico”, a los fines de restituir el estado de derecho anterior a la Ley 281-2012 y otorgarle a la Junta Examinadora de Psicólogos la facultad para desarrollar y ofrecer un examen de reválida y mantener el examen desarrollado por la “*Association of State and Provincial Psychology Boards* (ASPPB)” como opción para cumplir con los requisitos de licenciamiento de psicólogo en Puerto Rico y estableció unas medidas transitorias. Dicha Ley entró en vigor el 20 de noviembre de 2015.

La Ley 193-2015 exige que, la Junta Examinadora de Psicólogos ofreciera un examen de reválida transitorio en sólo dos (2) ocasiones en el periodo de un año que debía estar listo en un término de tres (3) meses a partir de la aprobación de la Ley. Una vez preparado el examen, la Junta publicaría una convocatoria en dos (2) periódicos de circulación general anunciando que se ofrecería el examen como medida transitoria.

Además, la Ley 193-2015 le exigió a la Junta Examinadora de Psicólogos establecer mediante enmiendas al Reglamento 8333 todo lo relacionado al examen de reválida preparado por ésta, dentro de un periodo que venció en mayo de 2016.

La Junta Examinadora de Psicólogos debía rendir un Informe a la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes y del Senado de Puerto Rico sobre los procesos de implementación de las medidas transitorias de la Ley 193-2015 y sobre el proceso de enmiendas al Reglamento 8333 relacionado al examen de reválida preparado por ésta.

Finalmente, la Junta Examinadora de Psicólogos tenía que preparar un examen de reválida el cual debió estar listo a más tardar en febrero de 2017 y debía responder al análisis de práctica de la psicología realizado en Puerto Rico.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Para el estudio de la R. del S. 560, la Comisión de Salud solicitó Memoriales Explicativos al Departamento de Salud, Asociación de Psicólogos y a la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico.

El Departamento de Salud, al igual que la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico, sometieron sus memoriales explicativos.

Ambos memoriales explicativos hacen referencia y se limitan al documento titulado "Informe sobre la implementación de las disposiciones transitorias de la Ley Núm. 193-2015 y las enmiendas al Reglamento General de la JEP relacionadas al examen revalida", sin brindar sus opiniones y observaciones conforme a su *expertise* ni información más allá de la que se dispone en dicho informe.

En dicho informe se presentan las actividades realizadas por la Junta relacionadas al examen de reválida durante los años 2016 al 2018. Dichas actividades incluyen, la aplicación de estudios de análisis de práctica, especificación del contenido, redacción y revisión de preguntas, construcción del examen, publicación de convocatorias, administración, análisis estadístico de preguntas, determinación de validez, confiabilidad y puntuación de aprobación, notificación de resultados, seguridad del examen y control de calidad.

Además, se informa sobre los trabajos realizados y las gestiones en progreso para la adopción de un nuevo Reglamento General.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

De la información recopilada durante el proceso legislativo podemos resumir que además de estar disponible el "Informe sobre la implementación de las disposiciones transitorias de la Ley Núm. 193-2015 y las enmiendas al Reglamento General de la JEP relacionadas al examen revalida", se debe contar con las opiniones y observaciones del Departamento de Salud y de la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico, con el fin analizar los efectos concretos al implementar y adoptar las disposiciones de la Ley Núm. 193-2015.

En consideración a lo antes expuesto es nuestra recomendación que se amplíe la presente investigación mediante un requerimiento de información específica al

Departamento de Salud y a la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico, sobre los aspectos que pretende investigar la Resolución.

POR TODO LO ANTES EXPUESTO, la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, tiene a bien someterle a este Alto Cuerpo el Primer Informe Parcial de la **Resolución del Senado 560**.

Respetuosamente sometido,

Hon. Ángel R. Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

ORIGINAL

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18^{va} Asamblea
Legislativa

5^{ta} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. DEL S. 572

INFORME FINAL

4 de junio de 2019

AL SENADO DE PUERTO RICO

AA005
La Comisión de Salud previo estudio e investigación en torno a la **Resolución del Senado 572**, presenta a este Honorable Cuerpo Legislativo el Informe Final con sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

ALCANCE DE LA MEDIDA

La **R. del S. 572** tiene el propósito realizar una investigación exhaustiva y abarcadora sobre el cumplimiento de la Ley Núm. 75 de 8 de agosto de 1925, según enmendada, conocida como "Ley Dental de Puerto Rico", la cual establece que sólo las personas autorizadas para ejercer la Cirugía Dental en Puerto Rico, podrán realizar el procedimiento de blanqueamiento dental, también conocido comúnmente como "bleaching".

Surge de la exposición de motivos de la medida, que mediante la Ley 28-2010, se enmendó la Ley Núm. 75 de 8 de agosto de 1925, conocida como "Ley Dental de Puerto Rico"; a los fines de establecer que sólo las personas autorizadas para ejercer la Cirugía Dental en Puerto Rico, podrán realizar el procedimiento blanqueamiento dental, también conocido como "bleaching".

Tal acción legislativa contemplaba asegurar que el manejo y el cuidado de la salud oral fuera realizado exclusivamente por profesionales. Específicamente, el Artículo 13 de la Ley 75, *supra*, define que el proceso de blanqueamiento forma parte de la práctica de la medicina dental y que sólo dichos profesionales están autorizados en ley para llevar a cabo este tratamiento. Ciertamente, la formación académica de estos, así como las destrezas adquiridas, garantizan que la salud del pueblo estará en manos de personas competentes.

Según el Colegio de Cirujanos Dentistas de Puerto Rico, el blanqueamiento dental es un proceso químico oxidativo que implica la alteración intrínseca del color del diente con el propósito de mejorar la apariencia estética de los dientes naturales. Este proceso requiere diferentes concentraciones de químicos de acuerdo a cada paciente, los cuales deben ser manejados con precaución y con la mayor responsabilidad durante su aplicación y tiempo de exposición que permanecen en la dentadura, así como durante su remoción.

Ha trascendido en los medios de comunicación, la práctica de "turismo dental", la cual se alega, consiste de prácticas ilegales de la odontología, específicamente de los nuevos procesos de blanqueamiento dental a bajo costo realizados por personas sin la certificación requerida por Ley. Se ha denunciado que en los últimos años, individuos y entidades irresponsables han pretendido lucrarse, brindando ilegalmente servicios de "bleaching".

Así
Constantemente estas personas, no autorizadas a ejercer la cirugía dental en Puerto Rico, anuncian ofertas donde promueven el servicio de blanqueamiento dental. Incluso se denunció que esta práctica, también se realiza por personas que llegan de otros países, permanecen varios días en la Isla y atienden pacientes durante su corta estadía, sin estar legalmente autorizados para ello.

La parte expositiva concluye que a tenor con lo antes expuesto, el Senado de Puerto Rico entiende meritorio investigar las alegadas prácticas ilegales en servicios de blanqueamiento dental. Resulta importante evaluar la naturaleza de estos procesos y los riesgos que representa el manejo de químicos por personas que no tienen el conocimiento adecuado. De esta manera, reafirmamos nuestro compromiso de velar por la mejor prestación de servicios de salud, promoviendo prácticas seguras que redunden en beneficios para los pacientes.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Para el estudio de la R. del S. 225, la Comisión de Salud solicitó Memoriales Explicativos al Colegio de Cirujanos Dentistas, Colegio de Médicos Cirujanos, Junta Examinadora Dental, Colegio de Abogados de Puerto Rico, Oficina del Procurador del Paciente (OPP), Departamento de Justicia, Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP).

El **Colegio de Cirujanos Dentistas** respalda la investigación de referencia, consideran que es un asunto crítico para la salud y seguridad de los pacientes. Indican que la práctica ilegal de personas autorizadas de practicar o llevar a cabo procedimientos de blanqueamiento o 'bleaching', sin ser dentistas licenciados y colegiados en Puerto Rico, es una práctica que debe frenarse y penalizarse por todos los medios posibles.

El Colegio ha alertado a las autoridades y al público, mediante diferentes esfuerzos y mecanismos, del peligro y los riesgos de practicar procedimientos sin estar autorizado

en ley para ello. En ese sentido, sostienen que el blanqueamiento hecho por técnicos o personas no autorizadas se hace sin pleno conocimiento de la salud oral del paciente, de sus condiciones de salud y sin una comprensión de las opciones y métodos correctos para llevar a cabo dicho procedimiento.

Explican que no se puede poner en peligro la salud oral o general de los pacientes, por personas que ofrecen y practican la medicina dental, sin estar preparados o autorizados para ello.

Recomiendan que, no solo para los procedimientos de blanqueamiento, sino que para todo procedimiento dental realizado por una persona que no sea un dentista licenciado y colegiado, se tomen las medidas que a continuación esbozaremos:

a) Se aumenten las penalidades criminales por incurrir en servicios dentales por personas no autorizadas mediante licencia y colegiación.

b) Se incluya el blanqueamiento dental al igual que los demás procedimientos dentales reservados en ley para ser administrados por dentistas licenciados y colegiados, en una enumeración taxativa de la Ley Dental.

c) Se establezcan mecanismos para que los productos y equipo dental inherentes a estos procedimientos dentales, sean distribuidos o vendidos solo a dentistas licenciados y colegiados o su personal autorizado, creando para ello un registro oficial que controle la adquisición de tales productos o equipos.

d) Se dispongan mecanismos para viabilizar cierre de operaciones y cese y desista de práctica o procedimientos ilegales en negocios o comercios donde no estén administrados tales procedimientos por un dentista colegiado y licenciado según las leyes y reglamentos vigentes de Puerto Rico.

e) Se adiestre y se eduque a fiscales, funcionarios de gobierno, padres, madres y al público en general sobre lo que son las prácticas inherentes a la medicina dental y quiénes son los profesionales educados y preparados para administrar tales procedimientos.

f) Se reconozca la potestad en ley y se facilite al Procurador del Paciente, al Colegio, al Departamento de Salud y otras entidades de gobierno a llevar a cabo, o propiciar como querellantes o promoventes, procedimientos judiciales o administrativos, que permitan encaminar la imposición de multas administrativas, cierre de negocios, cese y desista, o imposición de penalidades criminales, por la práctica ilegal de blanqueamiento o incurrir en la práctica dental en otras modalidades, sin ser un dentista colegiado y licenciado en Puerto Rico.

El Colegio explica que mediante esas medidas se logra reforzar la regulación y fiscalización adecuada de la práctica dental en nuestra jurisdicción, en protección de la salud y seguridad de los pacientes.

Concluyen que este es un ejemplo de la labor educativa y fiscalizadora que realizan, para proteger el bienestar común e interés público.

El Colegio de Abogados de Puerto Rico y la Comisión de Salud y Responsabilidad Medico-Hospitalaria, consideran que la Asamblea Legislativa tiene amplia facultad constitucional para investigar este asunto. Finalizan puntualizando que una vez realizada la investigación y se presente un proyecto regulador que incida sobre la practica dental, procederán a presentar su posición sobre el asunto.

Advs
La **Oficina del Procurador del Paciente (OPP)**, expresa que la génesis de esta Resolución estriba en la práctica de "turismo dental"; la cual se alega, consiste en el ejercicio ilegal de la odontología, específicamente de los nuevos procesos de blanqueamiento dental a bajo costo realizados por personas sin la certificación requerida por Ley. La OPP considera que este es un procedimiento que lo debe realizar un profesional de la salud debidamente cualificado para ello.

Sostienen que es conocido que como en todo procedimiento médico, si esta práctica no se ejerce de forma prudente puede representar problemas o riesgos para la salud oral. Como parte del proceso en el dentista, el procedimiento más utilizado es mediante una sustancia blanqueadora que normalmente contiene peróxido de hidrógeno. En este caso, el blanqueamiento es gradual y el proceso puede durar varias semanas.

Reconocen que grandes cadenas de farmacias o marcas famosas de efectos orales venden productos "Over the Counter" (OTC) para realizar estos procedimientos de forma casera. En estos casos, la sustancia blanqueadora suele ser un gel que se pone en un protector bucal sobre los dientes durante un período específico de tiempo. Señalan que, incluso, estos productos contienen especificaciones e indicaciones sobre mal uso. Esto públicamente se ha discutido, ya que el no saber colocar estos productos de forma correcta podría ocasionar grave daño a las encías o abrasiones bucales.

La OPP entiende meritoria la presente Resolución para investigación. Consideran que el mayor peritaje sobre el asunto lo tiene el Colegio de Cirujanos Dentistas de Puerto Rico y la Junta Dental, por lo cual expresan su total deferencia a los comentarios que estas entidades tengan a bien realizar. Sin embargo, no claudican a las exigencias que vienen obligados por la ley a garantizar y por lo cual, es importante que los pacientes sean atendidos por profesionales de la salud que no solo tengan el conocimiento, sino que estén en el cumplimiento de los protocolos y leyes aplicables.

Indican que pesar de que el blanqueamiento dental parece ser algo inofensivo, puede provocar complicaciones en las encías de los pacientes e incluso en los mismos dientes. Reafirman que para la total protección del paciente, esta práctica debe ser realizada por un profesional de la salud dental debidamente certificado y licenciado.

Concluye la OPP que siempre velará por el fiel cumplimiento de servicios de alta calidad a todo paciente en Puerto Rico, y ante los avances en nuevas tecnologías en distintas disciplinas de la salud, concurren con la intención legislativa de la presente resolución en beneficio de más y mejores servicios de salud a nuestros pacientes.

El **Departamento de Justicia**, sostiene que la facultad y el deber de la Asamblea Legislativa de fiscalizar la ejecución de la política pública mediante el ejercicio de sus vastos poderes de investigación han sido reconocidos en nuestra Constitución y por nuestro Tribunal Supremo.

Luego de analizar la medida de referencia, indican que la investigación encomendada, está enmarcada en la facultad investigativa, inherente a la facultad legislativa y constitucional, que ostenta nuestra Asamblea Legislativa. Expresan que no tienen comentarios adicionales que aportar sobre la investigación; sin embargo, sostienen que una vez el cuerpo legislativo apruebe el informe correspondiente de la Comisión con los hallazgos que resulten, estarán en la mejor disposición de atender aquellas evaluaciones, conforme a derecho, que les sean solicitadas, si surgiesen hechos que ameriten su intervención.

La **Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP)**, expresa que la Asamblea Legislativa tiene la facultad constitucional de investigar, por lo que no tienen comentarios sobre la presente medida, ya que la misma no representa impacto fiscal alguno.

Sugieren que se ausculte la opinión del Departamento de Salud y el Departamento de Estado, a quienes dan deferencia sobre las particularidades de la medida. Entienden que son las agencias con el peritaje y la información necesaria para colaborar con la presente investigación.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Luego de evaluar la presente Resolución, la Comisión de Salud del Senado entiende meritorio que el Gobierno de Puerto Rico, mediante las agencias pertinentes, promueva y asegure el cumplimiento de la Ley Núm. 75 de 8 de agosto de 1925, según enmendada, conocida como "Ley Dental de Puerto Rico".

La referida Ley establece que sólo las personas autorizadas para ejercer la Cirugía Dental en Puerto Rico podrán realizar el procedimiento de blanqueamiento dental, ya

que dicha práctica por personal sin el peritaje y autorización requerida pone en riesgo la salud de las personas en la isla.

De la información recopilada durante el proceso investigativo podemos resumir que, en efecto, con el auge de nuevas tecnologías dirigidas a la odontología cosmética, hay denuncias de personas practicando procesos dentales sin estar debidamente autorizados a ello. Sin embargo, existen pacientes que por ignorancia o falta de información desconocen los verdaderos peligros y riesgos de someterse a procesos dentales en manos de personal que no está debidamente preparado y licenciado para ello.

Según datos provistos por el Colegio de Cirujanos Dentistas, han sometido varias querellas ante el Departamento de Justicia donde denuncias casos de intrusismo; específicamente en las Regiones de Bayamón, Carolina, Mayagüez, Utuado y Jayuya. Conforme a lo expresado anteriormente, la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, recomienda que se refiera este Informe Final al Departamento de Salud.

A tenor con lo antes expuesto, y según lo recomendado por el Colegio, entendemos necesario tomar acción legislativa presentando medidas que aseguren el cumplimiento de la Ley 75, *supra*. Debemos robustecer la misma para evitar que personas que no están preparadas ni licenciadas intervengan en procesos directos con los pacientes.

POR TODO LO ANTES EXPUESTO, la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, tiene a bien someterle a este Alto Cuerpo el Informe Final de la Resolución del Senado 572.

Respetuosamente sometido,

Hon. Ángel Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

act

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18^{va} Asamblea
Legislativa

ORIGINAL

5^{ta} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. del S. 746

INFORME FINAL

C de junio de 2019

AL SENADO DE PUERTO RICO

Vuestra **Comisión de Salud**, somete a este Alto Cuerpo el **Informe Final** de la Resolución del Senado 746, con sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

AMS

ALCANCE DE LA MEDIDA

El propósito de la R. del S. 746, es ordenar a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, realizar una investigación sobre la posibilidad de crear un Programa Educativo de Salud mental, para fomentar la salud mental a través de la educación.

La exposición de motivos detalla, que el término Salud Mental tiende a ser usado para describir una serie de condiciones, como la depresión y ansiedad por circunstancias temporeras y desórdenes del dormir, entre otros. Las enfermedades mentales severas (depresión severa, esquizofrenia, bipolaridad, entre otras) son aquellas que causan gran incapacidad a las personas que viven con ellas.

Además de la dificultad de vivir con alguna enfermedad mental severa, como consecuencia de los síntomas de estas enfermedades, muchas veces se dificulta el poder estudiar, trabajar, conseguir vivienda y mantener relaciones con amigos y familiares. A todas estas dificultades se suman la inestabilidad en los ofrecimientos y calidad de los tratamientos y el estigma social que acompaña un diagnóstico de una enfermedad mental severa.

El tema de la salud mental no es bien comprendido por la mayoría de la ciudadanía. El estigma social, la ignorancia e indiferencia impiden que los gobiernos asimilen la magnitud de la crisis y le asignen la prioridad y los recursos que requiere. Se hace énfasis en una política reactiva en lugar de una preventiva. La falta de salud mental

permea todos los estratos sociales e instituciones. Diariamente nos confrontamos con las consecuencias en tragedias, asesinatos, suicidios, abusos, maltratos, drogadicción, pedofilia, corrupción y otras tragedias.

Según un estudio epidemiológico del 2016, realizado por el Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Conducta del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, se encontró que el 7.3%(equivale a 165,497 personas) de los adultos puertorriqueños entre las edades de 18 y 64 años padece de una condición mental severa; dos de cada diez viven con alguna condición psiquiátrica; uno de cada diez sufre de desórdenes depresivos severos; el 23.7% combina alguna condición mental con abuso de drogas y alcohol; y cuatro de cada diez con problemas mentales serios no reciben tratamiento de clase alguno. El estudio confirma que miles de puertorriqueños batallan día a día con graves condiciones mentales, emocionales o de conducta sin tratamiento alguno.

AVUS
Puerto Rico es la tercera jurisdicción de Estados Unidos con mayores problemas de salud mental con una prevalencia de un 6% en enfermedades de salud mental, solo superado por Mississippi (6.6%) y Kentucky (6.5%), según datos de un estudio hecho en el 2011 por el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC).

Países como Australia (Gatehouse Project) y Noruega (Programa Nacional de Salud Mental), entre otros, han tenido éxito en fomentar la salud mental a través de la educación. El programa Gatehouse Project desarrolla una estrategia que fomenta la salud mental a través de las escuelas; y el Programa Nacional de Salud Mental; está enfocado en un esfuerzo educativo en la prevención, el tratamiento y el cuidado.

La parte expositiva concluye que la Asamblea Legislativa de Puerto Rico ha reconocido como política pública que la salud mental de nuestro pueblo merece y debe tener la más alta prioridad en las gestiones del Gobierno. Es por esto que consideramos necesario realizar una investigación sobre la posibilidad de crear un Programa Educativo de Salud Mental, para fomentar la salud mental a través de la educación.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Para la evaluación de esta Resolución nuestra Comisión solicitó memoriales explicativos al Departamento de Salud, la Administración de Seguros de Salud (ASES), APS Health, Asociación de Psicólogos de Puerto Rico y la Oficina de Gerencia y Presupuesto.

El **Departamento de Salud** expresó que analizó la medida de referencia junto a la Comisión para la Prevención del Suicidio. Sostienen que como política pública, el Gobierno de Puerto Rico, reconoce que la salud mental del pueblo merece y debe tener la más alta prioridad en las gestiones gubernamentales. Entonces todos los esfuerzos que

se destinen a ello, se consideran altamente necesarios, incluyendo, fomentar la prevención y promoción de la salud mental a todos los niveles en el escenario educativo, comunitario y de familia, desde un enfoque integral.

Indican que se debe tomar la formación de cada persona en etapas tempranas del desarrollo para lograr ser exitosos en un programa de prevención y promoción de la salud mental, a largo plazo. Explican que cuando se interviene en etapas tempranas, la sociedad puede ganar adultos, responsables, asertivos y comprometidos con un estilo de vida que redunde en individuos con buena salud mental.

Consideran que la etapa de gestación, cuando la madre cuida a su niño por nacer, evitando consumir alcohol o sustancias adictivas y se preocupa por mantener una alimentación saludable y mantener un cuerpo activo, está promoviendo salud mental para ella y para su hijo. Mientras, que cuando el menor nace y crece, se envía a la escuela donde comienza su primer contacto social fuera de su entorno familiar. Es entonces cuando recomiendan hacer prevención primaria.

Sostienen que esta nueva interacción social le ayuda a establecer relaciones interpersonales adecuadas y expresar sentimientos de manera correcta. En etapas tempranas se desarrollan habilidades donde adquieren confianza y seguridad en un ambiente controlado y donde se arriesgan y exploran un mundo que les ofrece formas nuevas, divertidas e interesantes de adquirir habilidades cognitivas y conductuales.

Sin embargo, no todos los niños tienen las mismas oportunidades, siendo el estímulo primordial el que se desprende de su hogar y familia. Indican que cuando no es de este modo, la escuela y la comunidad juegan un rol significativo en el desarrollo social del menor y se hace necesario promover iniciativas que estimulen a estos y los guíen en el proceso del desarrollo de una salud mental adecuada.

Destacan que existen estudios que revelan la necesidad de proveer atención inmediata y de alta calidad a nuestros ciudadanos, sobre todo en el aspecto de salud mental, mencionado previamente en la propia Exposición de Motivos de esta medida legislativa. El Departamento hace mención de un estudio epidemiológico reciente realizado por el Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Conducta del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, encomendado por la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA).

Sostienen que el mismo arrojó resultados muy reveladores al respecto. El 7.3 % de los adultos puertorriqueños entre 18-64 años padece de una condición mental seria; dos (2) de cada diez (10) viven con alguna condición psiquiátrica; uno (1) de cada diez (10) sufre de desórdenes depresivos severos y el 23% combina alguna condición mental con abuso de drogas y/o alcohol. Cuatro (4) de cada diez (10) con problemas mentales serios no reciben tratamiento de clase alguna.

Consideran que los hallazgos de las investigaciones invitan a promover la buena salud mental, desde edad temprana. Esto con el propósito de que los niños, puedan desarrollar relaciones interpersonales, seguras y honestas. Además, deben poder expresar sus emociones de forma asertiva e interactuar con sus pares, de manera apropiada. Por tal razón, la Comisión para la Prevención del Suicidio, respalda que se trabaje la salud mental desde un enfoque de prevención y promoción de la salud, ya sea mediante la creación de un nuevo programa o, reforzando los esfuerzos de los que ya están en función en el Departamento de Educación.

ACUS
Mencionan que, el mismo estudio que se utiliza en la Exposición de Motivos, confirma la cruda realidad que viven cientos de puertorriqueños en la isla ante constante y consistentes problemas de trastornos mentales sin atender de la forma correcta. Tanto las situaciones emocionales, sociales, económicas, biológicas y psicosociales, con las que tienen que lidiar día a día, revierte de urgencia el tratamiento, referidos, ayuda y promoción de factores protectores en todos los niveles de atención; primaria, secundaria y terciaria. Indican que todo esto aunado al estigma social, que se ha construido alrededor de las personas que padecen alguna condición de salud mental, sus familias, vecinos o conocidos, es un factor limitante a la hora de decidir buscar ayuda ante cualquier situación de crisis.

De otra parte, consideran imperativo que cada una de las agencias gubernamentales implicadas con esta población, cumpla con su responsabilidad de establecer estrategias de prevención para niños y jóvenes. Señalan que siendo el Departamento de Educación la agencia responsable de garantizar el derecho constitucional a la educación de dicha población, corresponde que realicen gestiones necesarias para atender tanto el aspecto de prevención como el de promoción de la salud mental en todos los niveles, de modo que esto fomente un ambiente escolar apto para el aprendizaje y desarrollo integral del estudiantado.

Sugieren que una de estas gestiones es el poder establecer vínculos con las instituciones educativas y/o asociaciones que cuentan con profesionales y estudiantes en formación en el campo de la salud mental. De este modo se hace asequibles al estudiantado el apoyo psicosocial tan necesario, sobre todo, cuando pensamos en crear programas nuevos, para trabajar estos asuntos que requieren erogación de fondos públicos en una economía lastimada como la que vivimos.

Sostienen que el Departamento de Educación y las instituciones educativas privadas del país, cuentan con un historial psicosocial de cada uno de sus estudiantes, desde grados primarios. Recomiendan que se establezca un mecanismo de acción, donde en todos los escenarios escolares, se trabaje sobre los historiales, ya que estos recogen la información biológica, familiar, económica y psicoeducativa, de los menores. Explican que es de conocimiento general que, tanto los trabajadores sociales, consejeros, psicólogos

y personal docente, tienen acceso a este documento legal, del cual se desprende información valiosa y relevante como: historial de enfermedades mentales en la familia, historial de uso y abuso de sustancias y/o alcohol en su entorno cercano, información médico legal donde se evidencia inclusive, el desarrollo y cuidado pre natal que tuvo la madre, durante su gestación, situación que es inherente al desarrollo psico-emocional del menor.

Consideran que el historial de los menores que custodia cada institución educativa es una herramienta vital a la hora de saber, quien puede estar en riesgo de desarrollar o padecer un trastorno de salud mental en el futuro. De esta forma se puede facilitar la intervención temprana al respecto. El sistema mismo, posee las herramientas para atender esta problemática en las primeras etapas del desarrollo del ser humano.

Finalmente, el Departamento de Salud recomienda que cualquier programa que sea creado para atender esta problemática, debe incluir, la desconstrucción social de la estigmatización, hacia las personas que padecen alguna condición mental. Enfatizan, que el Gobierno de Puerto Rico, al reconocer que la salud mental de nuestro pueblo merece y debe tener la más alta prioridad en las gestiones del gobierno, debe combatir los tabúes que han construido la estigmatización sobre la población que padece algún trastorno en la salud mental de los individuos. La estigmatización es la primera causa limitante a la hora de alguien buscar ayuda profesional, aun cuando reconoce que la necesita y tiene acceso a la misma.

La **Administración de Servicios de Salud (ASES)** reconoce la importancia de establecer iniciativas y modos de fortalecer la educación sobre un tema tan importante como la Salud Mental. Hacen énfasis a la exposición de motivos de la Resolución que establece que Puerto Rico es la jurisdicción de Estados Unidos que ocupa el tercer lugar con mayor incidencia de enfermedades mentales y que dicha cifra alarmante hace necesario implantar medidas educativas en nuestro país para que el tema sobre la salud mental, no sea subestimado ni estigmatizado.

ASES expresa que ha apoyado la realización de actividades educativas alrededor de toda la isla como parte de los beneficios del Plan de Salud del Gobierno (PSG), para orientar a la comunidad sobre temas de la Salud Mental. Las distintas aseguradoras contratadas por el PSG han llevado profesionales de Salud Mental a las distintas regiones donde dan servicios, para orientar y atender a la población que sufre directa o indirectamente enfermedades mentales. A base de esta experiencia, están de acuerdo en que se cree un Programa Educativo de Salud Mental.

También la ASES plantea que fomentar la educación en la ciudadanía sobre este tema, no solo favorece a quien esté pasando por una crisis, tiene un diagnóstico o padece de una condición mental severa, sino que, además brinda herramientas a los cuidadores directos e indirectos, familiares y allegados. Asimismo, sostienen que la creación del Programa permitirá el ampliar conocimiento de la población en general, crear medidas

preventivas ante riesgos, que haya una mejor orientación sobre acceso a tratamientos, promover la empatía con quienes padecen de alguna condición mental, entre muchas otras cosas favorables para la población puertorriqueña.

En síntesis, la ASES, avala la Resolución del Senado 746 y están de acuerdo en que se hagan las investigaciones necesarias para adelantar la implementación del Programa Educativo.

APS Health, indica que se ha demostrado que la intervención en la promoción de la salud durante la infancia disminuye las alteraciones en el desarrollo e impide que se desarrollen patologías crónicas. Hacen la aclaración, que la intervención temprana redundaría en un incremento en la calidad de vida de quienes se ven beneficiados. A su vez, incrementa las ganancias en los sectores económicos, por cuanto se dispone de una fuerza de trabajo más productiva (OMS, 2011). APS expresa que, al promover el cuidado de la salud mental, podemos crear una generación de personas resilientes, saludables y seguras. La promoción de la Salud Mental, comienza con la creación de ambientes que logren mantener una actitud positiva para todos.

Enfatiza que cada niño merece un ambiente dedicado en el que se fomente su cuidado de salud mental y es nuestro deber como sociedad proporcionarlo. Sostienen que como sociedad, debemos ver a las escuelas como mucho más que centros de aprendizaje, pues son un entorno único para el fortalecimiento de competencias que promuevan el desarrollo emocional y social. Consideran que las escuelas son el ambiente ideal para promover la salud mental durante los años de formación cognitiva, emocional y de su desarrollo del comportamiento. Explican que es primordial enseñar a los niños a respetarse, aceptarse y vivir en armonía con su entorno; además para que a un estudiante la escuela le signifique una experiencia emocionalmente positiva, va a depender en gran medida del ambiente que logren crear los estudiantes y los maestros en el contexto educacional.

Consideran que es responsabilidad de todas las personas que interactúan en la comunidad escolar contribuir en acciones que favorezcan la convivencia escolar, fomentando el respeto y creando ambientes agradables para el aprendizaje. Solo con la participación de toda la comunidad escolar se puede prevenir situaciones que afectan la salud y la educación de los niños.

Es importante destacar las recomendaciones de APS, para fomentar la creación de un Programa de Educación de la Salud Mental.

1. Crear legislación para garantizar la educación de Salud Mental con el fin de establecer programas de prevención y educación en las escuelas.

2. Crear un programa de prevención y educación de salud mental que se enfoque en las competencias necesarias para tener personas emocionalmente saludables.
3. Comenzar con la educación de Salud Mental en las escuelas desde edades preescolares, fomentando los valores, conocimiento de sus sentimientos y de los demás, expresión, regulación y autogeneración de emociones positivas.
4. Continuar, brindando conocimientos y reforzando destrezas durante los años escolares, ampliando los aspectos, necesidades y particularidades de cada grupo mediante la educación acerca de:
- conciencia emocional
 - regulación emocional
 - autonomía emocional
 - competencia social
 - competencia para la vida y el bienestar
 - destrezas para el manejo de estrés
 - emociones y trastornos de salud mental.
5. Capacitar a los maestros y comunidad en las áreas relacionadas a educación emocional, inteligencia emocional, psicología positiva, educación positiva y temas relacionados a Salud Mental.
6. Fomentar la integración de la familia y la comunidad mediante talleres en los cuales puedan adquirir conocimientos para la prevención, identificación y manejo de la salud mental y emocional.
7. Aumentar y asegurar la presencia de los proveedores de salud mental en las escuelas desde los grados preescolares.
8. Crear en las escuelas espacios acogedores y cómodos donde los niños y jóvenes puedan compartir, sentirse relajados, seguros y proveer allí servicios preventivos.
9. Fomentar la participación de la academia en las áreas relacionadas a psicología escolar y consejería para que de esta manera los estudiantes practicantes puedan ofrecer sus conocimientos en beneficio de la comunidad escolar.
10. Anunciar y promover los servicios de salud mental disponibles para facilitar el acceso a los niños, adolescentes, padres, maestros y la comunidad.
11. Crear campañas de concienciación sobre los problemas sociales y los trastornos mentales con un enfoque preventivo, dirigido a eliminar los estigmas relacionados a la salud mental y sus condiciones.

ANEXOS

12. Incentivar el desarrollo de programa de radio, televisión y redes sociales para promover la prevención y educación de la salud mental.

APS explican que el avance en el conocimiento sobre la manera como procede el desarrollo humano y el reconocimiento de la importancia de la plasticidad cerebral característica de los primeros años ha demostrado que los padres o cuidadores, así como los docentes, inciden de manera determinante en la maduración de las estructuras biológicas, fisiológicas y psicológicas.

Resaltan la importancia de que a los menores se les enseñen estrategias efectivas para reducir el estrés, no solamente porque el estrés en la niñez puede ser precursor para estrés en la adultez, sino porque cuando se presentan eventos de vida estresantes suelen relacionarse con baja ejecutoria académica. Estas estrategias promueven el desarrollo de personas seguras, socialmente saludables y un ambiente escolar positivo.

Concluyen que el nexo entre la educación formal y las estrategias implementadas para mejorar el bienestar de los estudiantes se transforma en un impulso a la promoción y prevención de la salud. Puntualizan que un creciente cuerpo de evidencia demuestra que los programas de salud mental ofrecidos en la escuela pueden conducir a mejoras en toda la población en salud mental, salud física, educación y resultados sociales.

La **Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP)**, señala la importancia que tiene como política pública que la salud mental de nuestro pueblo merece y debe tener la más alta prioridad en las gestiones del Gobierno. Entienden que los asuntos específicos planteados en la medida no corresponden al área de competencia de la Oficina de Gerencia y Presupuesto.

Consideran que el Departamento de Salud y la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) están en mejor posición y conocimiento de ilustrar a la Comisión sobre lo propuesto. Destacan que ASSMCA fue creada mediante la Ley 67-1993, según enmendada, y adscrita al Departamento de Salud, con el propósito de promover, conservar y restaurar la salud mental óptima del pueblo de Puerto Rico.

Explican que la medida se encuentra en la fase de estudio sobre la posibilidad de crear un Programa Educativo de Salud Mental, para fomentar la salud mental a través de la educación. Exponen que las acciones legislativas y administrativas que deban adoptarse con relación al asunto objeto de este estudio deben considerar los comentarios que sobre el particular pueda ofrecer la ASSMCA y el DS, a quienes dan deferencia.

Por lo que, una vez la Comisión identifique las recomendaciones e iniciativas que nos permitan definir el alcance de la investigación, la OGP estaría en condiciones de realizar un estimado del impacto fiscal, si alguno, de lo propuesto.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Luego de la evaluación realizada, y conforme a la problemática de salud mental que aqueja a nuestra población, entendemos y reconocemos la importancia de crear un Programa Educativo de Salud Mental. Debemos asegurar que nuestros ciudadanos puedan tener conocimiento y herramientas para empoderarse y colaborar en identificar y atender situaciones de riesgo para sí o para algún allegado con alguna condición de salud mental.

ALCS
La escasez de programas de educación sobre salud mental se nota en nuestro entorno y los lamentables sucesos que a diario se reportan. Los estudios e investigaciones referentes al tema denotan la acción que debe tomar el Estado para atender este problema de salud pública es inminente. La educación sobre el tema es el pilar para atajar el problema. Tanto así, que de nuestra investigación surge como el tema de salud mental debe ser parte de los escenarios escolares. Es por tal razón, que es menester de esta Asamblea Legislativa considere la creación de Programas de Salud Mental.

En virtud de lo antes expuesto, se debe ponderar la creación del Programa Educativo de Salud Mental. Se debe analizar si el mismo debe de ser expandido a los currículos escolares e identificar la manera implementación del mismo.

La Comisión de Salud, previo estudio y consideración, presenta el Informe Final de la **Resolución del Senado 746**, con sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones y solicita a este Alto Cuerpo reciba el mismo.

Respetuosamente sometido,

Hon. Ángel "Chayanne" Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18^{va} Asamblea
Legislativa

ORIGINAL

5^{ta} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. de la C. 1497

L
RECIBIDO JUN 5 19 PM 3:39
TRAMITES Y RECORDS SENADO PR

INFORME POSITIVO

5 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 P. de la C. 1497, sin enmiendas.

ALCANCE DE LA MEDIDA

10-15 El Proyecto de la Cámara 1497 tiene el propósito de enmendar el Artículo 8 de la Ley 14-2017, conocida como "Ley de Incentivos Para la Retención y Retorno de Profesionales Médicos", a los fines de incluir como alternativa para el cumplimiento con el requerimiento de servicios comunitarios elegibles impuesto en dicho Artículo, el brindar servicios al sistema de salud de la Administración de Veteranos en Puerto Rico.

La Exposición de Motivos indica que en el 2017 fue aprobada la Ley de Incentivos Para la Retención y Retorno de Profesionales Médicos con el propósito de la retener a los profesionales de la salud. En Puerto Rico se está viviendo un éxodo masivo de nuestros profesionales debido a la crisis económica enfrentada en la Isla y por la falta de oportunidades de empleo en el sector privado. La ciudadanía se ha visto obligada a moverse fuera de Puerto Rico, principalmente a uno de los cincuenta (50) estados de nuestra nación.

Conforme a lo anterior y en aras de mitigar el éxodo masivo de la clase médica puertorriqueña e incentivar el retorno y traslado de profesionales médicos a Puerto Rico, esta Ley estableció una tasa fija de contribución sobre ingreso de cuatro (4) por ciento. Dicha tasa fija será sobre todos los ingresos generados por el profesional médico como consecuencia del desempeño de su práctica médica por un término de quince (15) años.

Según surge de la Exposición de Motivos, para tener derecho a solicitar el decreto otorgado por dicha Ley, el médico vendrá obligado a residir y ejercer la medicina a tiempo completo en Puerto Rico. Además, deberá cumplir con un mínimo de horas de servicio comunitario anuales o, en la alternativa, brindar servicios por igual cantidad de horas al Programa de Salud del Gobierno.

Según dispone la Ley, los médicos que ofrecen servicios en el Hospital de Veteranos y en sus clínicas externas, no pueden acogerse al decreto, pues los horarios y requisitos profesionales que le imponen el sistema de salud para esta población, limita sustancialmente su capacidad de cumplir con los requisitos de servicios comunitarios requeridos en la Ley. La labor de estos profesionales de la salud, que atienden la población de veteranos es tan encomiable, que merecen incluirse en la Ley 14-2017, como excepción, al igual que los médicos que brindan servicios bajo el Plan de Salud del Gobierno.

La parte expositiva concluye que con esta enmienda a la Ley 14-2017, se cumple un propósito dual: la retención de los profesionales de la salud en Puerto Rico, así como la atención a las necesidades de nuestros veteranos, que tanto se han sacrificado por la seguridad de la Nación y la defensa de nuestros derechos democráticos.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Como parte de la evaluación de la medida de referencia, la Comisión de Salud del Senado solicitó memoriales explicativos al Departamento de Salud, Colegio de Médicos Cirujanos, Departamento de Hacienda, Departamento de Desarrollo Económico y Comercio (DDEC), Oficina del Procurador del Veterano, Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP) y la Autoridad de Asesoría Financiera y Agencia Fiscal de Puerto Rico (AAFAF).

La **Autoridad de Asesoría Financiera y Agencia Fiscal de Puerto Rico (AAFAF)**, explica que como parte del Programa de Gobierno se aprobó la Ley 14-2017, según enmendada, conocida como la Ley de Incentivos para la Retención y Retorno de Profesionales Médicos.

Mencionan que ese estatuto es una de las medidas implementadas para detener el éxodo masivo de médicos puertorriqueños hacia los Estados Unidos. Además, con dicha ley también se busca incentivar el regreso o traslado de profesionales médicos que actualmente tienen su práctica fuera de Puerto Rico, con particular énfasis en los médicos especialistas.

Detallan que se estableció una tasa fija de contribución sobre ingresos de cuatro por ciento (4%) sobre los ingresos generados por los médicos en el desempeño de su

práctica. Esa tasa estaría vigente por un periodo de quince (15) años y su otorgación está sujeta al cumplimiento con ciertos requisitos, entre los que resaltan que la residencia del médico se encuentre en Puerto Rico y se cumpla con servicio comunitario o se brinden servicios al Programa de Salud del Gobierno.

Indican que la experiencia ha demostrado que miles de profesionales médicos se han podido beneficiar de este incentivo, con un impacto social positivo para la Isla, pues se ha logrado retener y/o atraer a especialistas que brindan servicios de primera calidad a los residentes de Puerto Rico. Sobre la medida de referencia, expresan que se busca que los médicos acogidos a los incentivos de la Ley 14-2017 puedan cumplir con el requisito de horas de servicio comunitario a través de trabajo en el sistema de salud de la Administración de Veteranos en Puerto Rico (*VA Caribbean Healthcare System*); conforme y sujeto a las normas que establezca el Secretario del Departamento de Salud.

Luego de evaluar la medida, concluyen que desde su área de competencia no resulta incompatible con el Plan Fiscal, por lo que no presentan objeción a la aprobación del P. de la C. 1497. Finalmente, sugieren que la Comisión consulte los comentarios del DDEC, así como del Departamento de Hacienda y el Departamento de Salud, pues son entidades que cuentan con peritaje e información valiosa sobre el tema puede resultar de beneficio para el proceso legislativo.

El **Departamento de Hacienda** dentro de la pericia de su institución, explica que resulta necesaria la evaluación de aquellas medidas que tengan un impacto al Fondo General dentro de la modalidad de ingresos. En el caso de la medida de referencia, el Departamento sí tiene un rol en la evaluación de las solicitudes de decreto contributivo bajo la Ley 14-2017. En cuanto a las enmiendas propuestas por el P. de la C. 1497, indican que en las normas adoptadas se establecerán los métodos de fiscalización necesarios para asegurar el cumplimiento del Médico Cualificado con su obligación de brindar servicios comunitarios.

Finalmente señalan que debido a que el rol del Departamento, en cuanto a lo propuesto por la medida no es uno principal, otorgan la debida deferencia a los comentarios que puedan proveer el Departamento de Salud y el DDEC, sobre las propuestas contenidas en la presente medida.

El **Departamento de Salud**, luego de contar con la posición de la Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud (ORCPS) y la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica, endosa la aprobación del P. de la C. 1497. Señalan que le corresponde al Departamento de Salud determinar la escasez, si alguna, de médicos por Región Geográfica.

Explican que esta determinación la realizaron utilizando el censo poblacional de 2016, versus la cantidad de médicos por Región Geográfica, basado en la distribución de

pacientes por médicos establecida por *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS, por sus siglas en inglés).

Explican que también le corresponde al Departamento la otorgación de la "Certificación de Médico Cualificado". Por su parte, el Departamento de Desarrollo Económico y Comercio es el responsable de la evaluación, análisis, consideración, revisión y determinación de otorgación de Decreto para obtención del incentivo contributivo. Detallan que es ante dicha Agencia que se formula la solicitud de Decreto para los incentivos. Finalmente, el Departamento de Hacienda emite la certificación de los aspectos contributivos de la concesión del beneficio o incentivo otorgado.

ABUS
Mencionan que se emitió la Carta Circular Núm. 01-2014 (14) del Secretario de Salud, con el propósito de orientar a la clase médica puertorriqueña sobre el procedimiento para obtener la Certificación de Médico Cualificado. Explican que esta Certificación es uno de los documentos requeridos por la Oficina de Exención Contributiva para que el médico pueda solicitar el Decreto que le otorga el incentivo contributivo.

Señalan que a través de la Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud (ORCPS) ha podido procesar y otorgar todas y cada una de las solicitudes de Certificación de Médico Cualificado presentadas por todos los especialistas, dentro del tiempo fijado por la Ley. Añaden que, según información provista por la ORCPS, hasta el 12 de marzo de 2019, se habían aprobado 2,673 decretos a médicos que han solicitado la Certificación de Médico Cualificado ante la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico.

Sostienen que los médicos que laboran en los hospitales de la Administración de Veteranos cumplen una importante labor comunitaria y social, atendiendo las necesidades de un gran grupo de puertorriqueños que han puesto su vida en riesgo por defender nuestros valores democráticos. Por tanto, consideran positivo que se puedan acoger a los beneficios de la Ley Núm. 14 de 21 de febrero de 2017, según enmendada.

CONCLUSIÓN

Luego de un análisis exhaustivo de la medida de referencia, la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico reconoce que, por los pasados dos años, el Gobierno de Puerto Rico se ha dado a la tarea de identificar y promover iniciativas para atender el éxodo de médicos. Una de estos esfuerzos se realizó mediante la aprobación de la Ley de Incentivos para la Retención y Retorno de Profesionales Médicos (Ley 14-2017), la cual creó una propuesta contributiva atractiva que promueve que estos profesionales continúen laborando en la Isla y así garantizar la disponibilidad de servicios médicos.

Reconocemos que la presente legislación logrará retener a los profesionales de la salud en Puerto Rico, y a su vez, atiende las necesidades de nuestros veteranos. Es decir, que se otorga un incentivo a la clase médica para permanecer en la Isla, mientras se promueve que nuestros veteranos tengan mejor acceso a servicios de salud.

ACWS
Conforme a lo anterior, la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, tiene a bien recomendar la aprobación del P. de la C. 1497, sin enmiendas.

Respetuosamente sometido,

Hon. Ángel R. Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)

(TEXTO DE APROBACION FINAL POR LA CAMARA)
(25 DE FEBRERO DE 2019)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18va. Asamblea
Legislativa

3ra. Sesión
Ordinaria

CÁMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 1497

19 DE MARZO DE 2018

Presentado por los representantes *Méndez Núñez y Aponte Hernández*

Referido a la Comisión de Salud

LEY

Para enmendar el Artículo 8 de la Ley 14-2017, según enmendada, conocida como "Ley de Incentivos Para la Retención y Retorno de Profesionales Médicos", a los fines de incluir como alternativa para el cumplimiento con el requerimiento de servicios comunitarios elegibles impuesto en dicho Artículo, el brindar servicios al sistema de salud de la Administración de Veteranos en Puerto Rico.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Con el propósito de detener el éxodo masivo de la clase médica puertorriqueña e incentivar el retorno o traslado de estos profesionales a Puerto Rico, en particular, médicos especialistas, se aprobó la Ley 14-2017. Dicha ley estableció una tasa fija de contribución sobre ingresos de 4% sobre todos los ingresos generados por el profesional médico como consecuencia del desempeño de su práctica.

Para tener derecho a solicitar el decreto otorgado por dicha ley, el médico vendrá obligado a residir y ejercer la medicina a tiempo completo en Puerto Rico. Además, deberá cumplir con un mínimo de horas de servicio comunitario anuales o, en la alternativa, brindar servicios por igual cantidad de horas al Programa de Salud del Gobierno.

APRO

Según dispone la Ley actualmente, los médicos que ofrecen servicios en el Hospital de Veteranos y en sus clínicas externas, no pueden acogerse al decreto, pues los horarios y requisitos profesionales que le imponen el sistema de salud para esta población, limita sustancialmente su capacidad de cumplir con los requisitos de servicios comunitarios requeridos en la Ley. La labor de estos profesionales de la salud, que atienden la población de veteranos es tan encomiable, que merecen incluirse en la Ley 14-2017, como excepción, al igual que los médicos que brindan servicios bajo el Plan de Salud del Gobierno.

Con esta enmienda a la Ley 14-2017, cumplimos un propósito dual: la retención de los profesionales de la salud en Puerto Rico, así como la atención a las necesidades de nuestros veteranos, que tanto se han sacrificado por la seguridad de la Nación y la defensa de nuestros derechos democráticos.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Sección 1.-Se enmienda el Artículo 8 de la Ley 14-2017, según enmendada, para
2 que lea como sigue:

3 "Artículo 8.-Servicios Comunitarios.-

4 Todo Médico Cualificado que posea un Decreto concedido bajo esta Ley
5 cumplirá con el equivalente a ciento ochenta (180) horas anuales de servicios
6 comunitarios sin remuneración conforme a las normas adoptadas por el Secretario.

7 Entre los servicios comunitarios elegibles que podrá brindar el Médico
8 Cualificado se incluirán, sin limitación: (i) asistir en hospitales de enseñanza y en
9 escuelas de medicina en la educación de estudiantes de medicina, médicos
10 residentes y otros profesionales de la salud; (ii) brindar servicios médicos en
11 regiones que el Colegio de Médicos de Puerto Rico en conjunto con el
12 Departamento de Salud de Puerto Rico determinen que carecen de ciertos servicios
13 médicos especializados; (iii) proveer servicios de guardia en hospitales

1 seleccionados por el Colegio de Médicos de Puerto Rico en conjunto con el
2 Departamento de Salud de Puerto Rico; (iv) brindar seminarios sobre prevención
3 y otros temas de salud a la comunidad o para el adiestramiento o educación
4 continua de los estudiantes y profesionales médicos de Puerto Rico; (v) brindar
5 servicios médicos profesionales a poblaciones desventajadas a través de aquellas
6 entidades sin fines de lucro que el Colegio de Médicos de Puerto Rico en conjunto
7 con el Departamento de Salud de Puerto Rico determinen.

8 En la alternativa, un Médico Cualificado podrá cumplir con el
9 requerimiento de este Artículo al brindar servicios médicos como parte de un
10 contrato de servicios con el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico o con el
11 sistema de salud de la Administración de Veteranos en Puerto Rico (VA Caribbean
12 Healthcare System). Bajo esta última modalidad del Plan de Salud del Gobierno o
13 del sistema de salud de la Administración de Veteranos en Puerto Rico (VA
14 Caribbean Healthcare System), el Médico Cualificado deberá cumplir con los
15 requisitos de las ciento ochenta (180) horas pero la labor no tendrá que ser ofrecida
16 de forma gratuita y podrá ofrecerse en calidad de empleado o contratista
17 independiente de la persona o entidad contratante con el Plan de Salud del
18 Gobierno de Puerto Rico o con el sistema de salud de la Administración de
19 Veteranos en Puerto Rico (VA Caribbean Healthcare System).

20 A los fines de adoptar las normas que regirán este requisito, el Secretario
21 solicitará propuestas del Colegio de Médicos de Puerto Rico las cuales deben ser
22 evaluadas y aprobadas por el Secretario de Salud. Si las propuestas del Colegio de

1 Médicos de Puerto Rico no fueran aprobadas por el Secretario del Departamento
2 de Salud, el Secretario, previo consulta con el Secretario de Salud y el Secretario de
3 Hacienda, podrá establecer mediante reglamento, carta circular o determinación
4 administrativa, los requisitos de servicios comunitarios requeridos por esta Ley.

5 En las normas adoptadas se establecerán los métodos de fiscalización
6 necesarios para asegurar el cumplimiento del Médico Cualificado con su obligación
7 de brindar servicios comunitarios.

8 Las disposiciones reglamentarias adoptadas o enmendadas de conformidad
9 a la presente ley no estarán sujetas a las disposiciones aplicables de la "Ley de
10 Procedimiento Administrativo Uniforme", según enmendada."

11 Sección 2.-Esta Ley entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18^{va} Asamblea
Legislativa

ESTADOS JUN 13 10:44
C. H.
TRAMITES Y RECORDS SENADO PR

5^{ta} Sesión
Ordinaria

ORIGINAL

SENADO DE PUERTO RICO

R. C. de la C. 499

INFORME POSITIVO

9 de junio de 2019

AL SENADO DE PUERTO RICO:

La Comisión de Hacienda del Senado de Puerto Rico, recomienda la aprobación sin enmiendas de la R. C. de la C. 499.

ALCANCE DE LA MEDIDA

La R. C. de la C. 499, tiene como propósito, reasignar al Departamento de Recreación y Deportes, la cantidad de quince mil dólares (\$15,000), provenientes del inciso 2, Sección 1 de la Resolución Conjunta 95-2018, para llevar a cabo los propósitos que se describen en la Sección 1 de esta Resolución Conjunta; para autorizar la contratación de tales obras; autorizar el traspaso de fondos; autorizar el pareo de los fondos reasignados; y para otros fines.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LA MEDIDA

La Resolución Conjunta Núm. 95-2018 (en adelante, "R. C. 95-2018"), específicamente, en el Inciso 2, Sección 1, asignó a la Administración para el Desarrollo de Empresas Agropecuarias, la cantidad de quince mil dólares (\$15,000), para el Programa de Infraestructura en la Zona Rural y Urbana, obras y mejoras permanentes, mejoras de vivienda, mejoras a facilidades recreativas, compra de equipo deportivo, y obras y mejoras permanentes en los municipios del Distrito Representativo Núm. 26.

No obstante, con posterioridad a la asignación de los fondos y la transferencia de los mismos, han surgido necesidades que requieren la reprogramación de los sobrantes de la Resolución Conjunta antes citada.

Mediante la R. C. de la C. 499, se pretende reasignar al Departamento de Recreación y Deportes, la cantidad de quince mil dólares (\$15,000), para mejoras al Mini

MPA

Estadio de Pelota, Comunidad La Dolores del Municipio de Río Grande, incluyendo, entre otras cosas, la relocalización de butacas y sustitución de cien (100) butacas en el Distrito Representativo Núm. 37.

La Comisión de Hacienda del Senado de Puerto Rico, confirmó la disponibilidad de los fondos mediante certificación remitida por la Administración para el Desarrollo de Empresas Agropecuarias, con fecha del 13 de mayo de 2019.

El Senado de Puerto Rico, está comprometido con proveer los recursos necesarios a las entidades gubernamentales, para que éstas puedan llevar a cabo obras en beneficio de los ciudadanos.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

MPA
En cumplimiento con la Ley Núm. 81-1991, según enmendada, conocida como la "Ley de Municipios Autónomos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de 1991", la R. C. de la C. 499, no impacta negativamente las finanzas de los municipios de ninguna manera.

CONCLUSIÓN

Por lo antes expuesto, la Comisión de Hacienda del Senado de Puerto Rico, recomienda la aprobación sin enmiendas de la R. C. de la C. 499.

Respetuosamente sometido,



Migdalia Padilla Alvelo
Presidenta
Comisión de Hacienda

(Entirillado Electrónico)

(TEXTO DE APROBACION FINAL POR LA CAMARA)
(20 DE MAYO DE 2019)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18va. Asamblea
Legislativa

5ta. Sesión
Ordinaria

CÁMARA DE REPRESENTANTES

R. C. de la C. 499

13 DE MAYO DE 2019

Presentada por el representante *Bulerín Ramos*

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

RESOLUCIÓN CONJUNTA

MPA Para reasignar al Departamento de Recreación y Deportes, la cantidad de quince mil dólares (\$15,000), provenientes del inciso 2, Sección 1 de la Resolución Conjunta 95-2018, para llevar a cabo los propósitos que se describen en la Sección 1 de esta Resolución Conjunta; para autorizar la contratación de tales obras; autorizar el traspaso de fondos; autorizar el pareo de los fondos reasignados; y para otros fines.

RESUÉLVESE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

- 1 Sección 1.-Se reasigna al Departamento de Recreación y Deportes, la cantidad de
- 2 quince mil dólares (\$15,000), provenientes del inciso 2, Sección 1 de la Resolución
- 3 Conjunta 95-2018, para llevar a cabo los propósitos que se describen a continuación:
- 4 Departamento de Recreación y Deportes
- 5 a. Para mejoras al Mini Estadio de Pelota,
- 6 Comunidad La Dolores del Municipio de Río

1 Grande, incluyendo, entre otras cosas, la
 2 relocalización de butacas y sustitución de
 3 cien (100) butacas en el Distrito
 4 Representativo Núm. 37. \$15,000

5 Sección 2.-Se autoriza el pareo de los fondos asignados con aportaciones
 6 particulares, estatales, municipales y/o federales.

7 Sección 3.-Se autoriza a contratar con los gobiernos municipales, contratistas
 8 privados, así como cualquier departamento, agencia o corporación del Estado Libre
 9 Asociado de Puerto Rico, para el desarrollo de los propósitos de esta Resolución
 10 Conjunta.

11 Sección 4.-Los fondos reasignados en esta Resolución Conjunta están en
 12 ^{MPA} cumplimiento con la Ley 26-2017, conocida como la "Ley de Cumplimiento con el Plan
 13 Fiscal". La Junta de Supervisión Fiscal evaluó la Ley 26-2017 y ratificó que dicha Ley es
 14 significativamente consistente con el Plan Fiscal, en virtud de la Sección 204 de la "Ley
 15 de Supervisión, Administración y Estabilidad Económica de Puerto Rico" (PROMESA,
 16 por sus siglas en inglés); 48 U.S.C. sec. 2144. El Artículo 6.03 de la Ley 26-2017
 17 enmienda el Capítulo 6, Artículo 8, Apartado (h) de la Ley Núm. 230 de 23 de julio de
 18 1974, según enmendada, conocida como "Ley de Contabilidad del Gobierno de
 19 Puerto Rico", para establecer lo siguiente:

20 "a) ...

21 Esta disposición solo será de aplicación a las asignaciones hechas
 22 previo al Año Fiscal 2017-2018 y no será de aplicación a aquellas

1 asignaciones hechas por la Asamblea Legislativa mediante Donativos
2 Legislativos o asignaciones en virtud del Impuesto sobre Ventas y Uso.
3 ...".

4 Sección 5.-Esta Resolución Conjunta comenzará a regir inmediatamente después
5 de su aprobación.

MPA



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración para el Desarrollo de Empresas Agropecuarias

13 de mayo de 2019

CERTIFICACION

Hon. Antonio (Tony) Soto Torres

Presidente de la Comisión de Hacienda de la Cámara

El Programa de Infraestructura Rural de la Administración para el Desarrollo de Empresas Agropecuarias, luego de verificar las obligaciones giradas contra la RC 95-2018 SECCION 1, INCISO 2, encontramos lo siguiente:

Resolución e inciso	Propósito	Asignación	Balance Disponible
RC 95-2018 SECCION 1, INCISO 2	Para el Programa de Infraestructura en la Zona Rural y Urbana, obras y mejoras permanentes, mejoras de vivienda, mejoras a facilidades recreativas, compra de equipo deportivo, y obras y mejoras permanentes en los municipios del Distrito Representativo Núm. 26...	\$15,000.00	\$15,000.00

Esta Certificación esta sujeta a que dicho balance no haya sido reprogramada sin previa notificación.

Miguel F. Santiago Irizarry, AE
Director del Programa de Infraestructura Rural