

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SENADO

18^{va} Asamblea
Legislativa

6^{ta} Sesión
Ordinaria



CALENDARIO DE ÓRDENES ESPECIALES DEL DÍA LUNES, 23 DE SEPTIEMBRE DE 2019

MEDIDA	COMISIÓN	TÍTULO
P. DEL S. 1289 (Por el señor Ríos Santiago)	SALUD (Con enmiendas en la Exposición de Motivos, en el Decrétase y en el Título)	Para enmendar los Artículo 1.03, 5.03 y 5.04(d) de la Ley 247-2004, según enmendada, conocida como "Ley de Farmacia de Puerto Rico" a los fines de definir el "medicamento genérico autorizado" y permitir su dispensación por <u>en sustitución de</u> un medicamento de marca recetado <u>en aquellos casos en que se encuentre incluido en el listado de FDA identificado como "Listing of Authorized Generics Drugs" por ser exactamente igual al medicamento de marca;</u> y para otros fines relacionados.
P. DEL S. 1309 (Por el señor Rodríguez Mateo) (Por Petición)	SALUD AMBIENTAL Y RECURSOS NATURALES (Con enmiendas en la Exposición de Motivos y en el Decrétase)	Para enmendar los Artículos 2 y 3 de la Ley Núm. 53 de 5 de agosto de 1993, a los fines de disponer al Departamento de Asuntos del Consumidor la reglamentación de los hidroclorofluorocarburos (HCFC's), hidrofurocarburos (HFC's) e hidrofuroolefinas (HFO's) y cualquier sustancia que se utilice como refrigerante; y para otros fines.
R. DEL S. 154 (Por el señor Vargas Vidot)	SALUD (Informe Final)	Para ordenar a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico realizar un estudio sobre la incidencia, prevalencia, mortalidad y el acceso a servicios de salud y cuidado de la población de pacientes renales en Puerto Rico.

MEDIDA	COMISIÓN	TÍTULO
R. DEL S. 425 <i>(Por la señora López León; Coautor el señor Bhatia Gautier)</i>	BIENESTAR SOCIAL Y ASUNTOS DE LA FAMILIA <i>(Informe Final)</i>	Para ordenar a la Comisión de Bienestar Social y Asuntos de la Familia del Senado de Puerto Rico realizar una abarcadora investigación sobre los mecanismos utilizados en el manejo de querellas de maltrato tanto de menores como de personas de edad avanzada por parte del Departamento de la Familia del Gobierno de Puerto Rico.
R. DEL S. 952 <i>(Por el señor Rodríguez Mateo)</i>	SALUD <i>(Informe Final)</i>	Para ordenar a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, realizar una investigación exhaustiva sobre la calidad, eficiencia, efectividad, y accesibilidad de los servicios médicos-hospitalarios ofrecidos en el Hospital Psiquiátrico Forense de Ponce.
R. DEL S. 1028 <i>(Por el señor Martínez Santiago)</i>	SALUD <i>(Informe Final)</i>	Para ordenar a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico realizar una investigación exhaustiva sobre la modalidad de diálisis en el hogar, sus beneficios clínicos, impacto en la calidad de vida del paciente y viabilidad económica; con el fin de establecer en Puerto Rico una clara política pública de “ <i>home-dialysis first</i> ”.
R. DEL S. 1031 <i>(Por el señor Berdiel Rivera; Coautores los señores Cruz Santiago y Vargas Vidot)</i>	SALUD <i>(Informe Final)</i>	Para ordenar a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico a realizar una investigación sobre las razones de la eliminación del turno de servicios de once de la noche a siete de la mañana en la sala de emergencias del Hospital Metropolitano de la Montaña.

ORIGINAL

SENADO DE PUERTO RICO

septiembre
20 de ~~agosto~~ de 2019

**INFORME POSITIVO
SOBRE EL P. DEL S. 1289**

AL SENADO DE PUERTO RICO:

La Comisión de Salud, previo estudio y consideración, recomienda la aprobación del **Proyecto del Senado 1289**, con las **enmiendas contenidas** en el Entirillado Electrónico que acompaña el presente Informe.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El Proyecto del Senado 1289, propone enmendar los Artículo 1.03, 5.03 y 5.04(d) de la Ley 247-2004, según enmendada, conocida como "Ley de Farmacia de Puerto Rico"; a los fines de definir el "medicamento genérico autorizado"; y permitir su dispensación por un medicamento de marca recetado; y para otros fines relacionados.

ANALISIS Y DISCUSIÓN

De la Exposición de Motivos se desprende que, la Ley Núm. 247-2004, según enmendada, conocida como la "Ley de Farmacia de Puerto Rico", autoriza al farmacéutico a dispensar un medicamento bioequivalente que sea de menor precio al del medicamento recetado, cumpliendo con normas y criterios que se disponen en la Ley y en el Reglamento del Secretario de Salud Núm. 8703 del 18 febrero de 2016, Para la Operación de los Establecimientos Dedicados a la Operación de la Manufactura, Distribución y Dispensación de Medicamentos en Puerto Rico.

En el mes de diciembre de 2018, la Administración Federal de Alimentos y Drogas (FDA) publicó un listado de medicamentos identificados como "Authorized Generic Drugs" respondiendo a enmiendas a la Ley Federal de Alimentos, Drogas y Cosméticos de 2007, véase el Food and Drug Administration Amendments Act, Public Law 110-85. La FDA informa que un medicamento genérico autorizado es el mismo producto de

marca cuyo manufacturero ahora lo mercadea con nombre genérico. La composición de este medicamento es exactamente igual al original, siendo la única diferencia el que se rotula sin su nombre de marca. La aprobación para su manufactura y distribución se consideró bajo la documentación del "New Drug Application (NDA) radicado para el medicamento de marca original; por tanto, no aparecerá incluido como medicamento bioequivalente bajo clasificación alguna en el "Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations" conocido como "Orange Book".

Arus
Al surgir el "medicamento genérico autorizado" y ante la disposición específica que reglamenta el intercambio de un medicamento prescrito por un medicamento bioequivalente incluido en el "Orange Book", es necesario enmendar las disposiciones reglamentarias para que el "medicamento genérico autorizado" pueda ser considerado para su dispensación al prescribirse el medicamento de marca siguiendo las normas y criterios establecidos para el intercambio de un medicamento prescrito.

Actualmente, en la Isla al igual que en el resto de la nación, se está debatiendo el incremento acelerado de los costos de los medicamentos. Esta Asamblea Legislativa entiende que la propuesta en esta medida facilita a los pacientes mayor acceso a sus medicamentos a costos más económicos. Esto se debe a que como requisito para el intercambio se establece que el medicamento intercambiable tiene que ser de menor costo al del medicamento recetado.

Para el estudio del P. del S. 1289, la Comisión de Salud solicitó Memoriales Explicativos a la Oficina de Gerencia y Presupuesto, a la Oficina del Procurador del Paciente y al Colegio de Farmacéuticos de Puerto Rico.

La **Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP en adelante)**, sometió Memorial Explicativo suscrito por la Ayudante Ejecutiva del Área de Asesoramiento Legal, Lesy A. Irizarry Pagan y el Subdirector del Área de Presupuesto, José Aponte Hernández. En el mismo, nos señalan que, aunque el asunto atendido en la pieza legislativa bajo consideración representa un esfuerzo legítimo por parte de la Legislatura, en atención a la salud pública de nuestro pueblo, entienden que los asuntos específicos planteados no corresponden al área de competencia de la OGP. Consideran que es el Departamento de Salud, quien está en mejor posición y conocimiento de ilustrar a la Comisión sobre lo propuesto y así aportar información necesaria para el análisis correspondiente.

Por otro lado, nos expresan que el Proyecto del Senado 1289 no contempla asignaciones presupuestarias ni asuntos de naturaleza gerencial, tecnología o disposiciones sobre asesoramiento municipal que sean competentes con su oficina. Además, la pieza legislativa no conlleva impacto fiscal adverso sobre los presupuestos de las agencias, departamentos, organismos, instrumentalidades o corporaciones públicas.

Mediante el Memorial Explicativo de la **Oficina del Procurador del Paciente (OPP)**, presentado por Alexie M. Lugo Canales, PhD, MPH, Procurador Interino, se nos

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

Conforme a lo antes expuesto, la OPP señala que la referida ley define en su Artículo 1.03 inciso (qq) el término de medicamentos bioequivalentes como "aquellos medicamentos clasificados por la Administración Federal de Alimentos y Drogas (FDA) como terapéuticamente equivalentes por contener los mismos ingredientes activos; ser idénticos en su potencia, forma de dosificación y vía de administración y tener biodisponibilidad comparable. Además, se establece que un medicamento bioequivalente no es lo mismo que un medicamento o producto biosimilar".

ARMS
Según la FDA, para que un medicamento sea bioequivalente a otro ya establecido, debe ser farmacéuticamente equivalente, lo que significa debe contener el mismo ingrediente activo, misma forma de dosificación, misma dosis, misma ruta de administración y bioequivalencia en términos de biodisponibilidad. El medicamento bioequivalente solo puede diferir del producto de referencia en sus ingredientes inactivos, excipientes, empaquetado, etiquetado, rotulado, mercadeo, forma de presentación y ciertas propiedades organolépticas como pueden ser el color, sabor o textura. Los productos que son terapéuticamente equivalentes se pueden usar de modo intercambiable. De esta manera se garantiza que la sustitución al momento de dispensar un medicamento de prescripción por otro bioequivalente que contiene el o los mismos principios activos, en las mismas dosis molares, para la misma indicación y por la misma ruta de administración, no resultará en un fracaso terapéutico.

Del mismo modo, nos señalan que conforme al Artículo 5.03 de la Ley Núm. 247-2004, se autoriza el intercambio de un medicamento prescrito por un medicamento bioequivalente cuya equivalencia terapéutica haya sido reconocida por la Administración Federal de Alimentos y Drogas (FDA), y que aparezca codificado como tal en el "Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations" mejor conocido como "Orange Book".

Explican que, los medicamentos genéricos autorizados son iguales en todos los aspectos que un medicamento de marca, con la excepción de no usar el nombre de la marca en la etiqueta. Como consecuencia, el medicamento genérico autorizado tiene los mismos componentes, incluyendo forma y color; que el medicamento original, excepto el rotulado. En aspectos regulatorios, no es necesario que el fabricante del medicamento original someta un New Drug Application (NDA) diferente para su genérico autorizado. Por tal razón, los genéricos autorizados no se encuentran en la lista de medicamentos aprobados por la FDA que aprueba medicamentos con evaluaciones de equivalencia terapéutica que se encuentran en el Orange Book. A tales efectos, la FDA

publicó en el mes de marzo de 2019 un listado de medicamentos genéricos autorizados conocido como "FDA Listing of Authorized Generics as of March 28, 2019".

Concluyendo así la OPP que el Proyecto del Senado 1289 es una medida sumamente positiva para nuestra sociedad y para los pacientes de Puerto Rico. Expresando que la medida busca atemperar la referida Ley Núm. 247-2004, a los fines de incluir la definición de medicamentos genéricos autorizados, autorizar el intercambio de los medicamentos prescritos por éstos y de productos biológicos identificados como medicamento genérico autorizado; siempre y cuando estén incluidos en el listado de la FDA. Dicha enmienda puede resultar más conveniente para el paciente que debe utilizar el medicamento original, sin embargo, por razones económicas no puede costearlo. Asimismo, entienden que dichas enmiendas son beneficiosas, siempre y cuando el paciente o su representante autorizado hayan dado su consentimiento al intercambio.

Finalmente, la Oficina del Procurador del Paciente endosa la aprobación de la pieza legislativa junto con la enmienda propuesta. No obstante, sugieren la inclusión de una enmienda el renumerado Artículo 5.03 inciso (e) para que lea como sigue: "(e) *En toda cubierta de medicamentos bajo un seguro de servicios de salud, aplicarán las disposiciones de esta Ley en cuanto al intercambio de medicamentos bioequivalentes y medicamentos genéricos autorizados*".

Alfredo Román, RPh, Presidente del **Colegio de Farmacéuticos de Puerto Rico (CFPR)**, presenta y suscribe Memorial Explicativo, en el cual nos explica que la CFPR es una organización profesional que representa a los aproximadamente 3,000 farmacéuticos autorizados a ejercer en Puerto Rico.

Señalan que, ante la disposición específica en la Ley de Farmacia de Puerto Rico que permite el intercambio de un medicamento prescrito por un medicamento bioequivalente que esté incluido en el "Orange Book", es necesario enmendar las disposiciones reglamentarias para que el "*medicamento genérico autorizado*" pueda ser considerado para su dispensación al prescribirse el medicamento de marca siguiendo las normas y criterios establecidos para el intercambio de un medicamento prescrito. De lo contrario se tendría que dispensar el medicamento de marca original, con consecuencias directas para el paciente de costos mayores incluyendo decisiones adversas por parte de aseguradores si tiene un seguro de salud; o el paciente tendría que volver a buscar otra receta con el nombre del medicamento genérico correspondiente.

El CFPR concluye expresando que, en cumpliendo con su deber ministerial de velar por la salud de los pacientes, hacen constar su apoyo al PROYECTO DEL SENADO 1289.

CONCLUSIÓN

Luego de evaluar los comentarios recibidos por parte de las agencias y entidades pertinentes, esta Comisión entiende que, la aprobación de esta medida no conllevará ningún

ALLS

impacto fiscal adverso sobre los presupuestos de las agencias, departamentos, organismos, instrumentalidades o corporaciones públicas. Además, el propósito de la medida resulta imperante y en beneficio de nuestros pacientes para facilitar a estos la mayor accesibilidad a sus medicamentos con beneficios económicos ya que como requisito para el intercambio se establece que el medicamento intercambiable tiene que ser de menor costo al del medicamento recetado.

ANES
Conforme a los fundamentos antes expresados, la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, recomienda a este Alto Cuerpo la aprobación del Proyecto del Senado 1289, con enmiendas.

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 Positivo del **Proyecto del Senado 1289**, recomendando su aprobación con las **enmiendas contenidas** en el Entirillado Electrónico que acompaña este Informe.

Respetuosamente sometido,

Hon. Ángel R. Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Asuntos de Salud

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)
GOBIERNO DE PUERTO RICO

18^{va} Asamblea
Legislativa

5^{ta} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 1289

16 de mayo de 2019

Presentado por el señor Ríos Santiago

Referido a la Comisión de Salud

LEY

Para enmendar los Artículo 1.03, 5.03 y 5.04(d) de la Ley 247-2004, según enmendada, conocida como "Ley de Farmacia de Puerto Rico" a los fines de definir el "medicamento genérico autorizado" y permitir su dispensación ~~por~~ en sustitución de un medicamento de marca recetado en aquellos casos en que se encuentre incluido en el listado de FDA identificado como "Listing of Authorized Generics Drugs" por ser exactamente igual al medicamento de marca; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Ley Núm. 247 - 2004, según enmendada, conocida como "Ley de Farmacia de Puerto Rico", autoriza al farmacéutico a dispensar un medicamento bioequivalente que sea de menor precio al del medicamento recetado, cumpliendo con normas y criterios que se disponen en la Ley y en el Reglamento de la Secretaria De Salud Núm. 8703 ~~(18 febrero de 2016)~~ del 18 de febrero de 2016, Para la Operación de los Establecimientos Dedicados a la Operación de la Manufactura, Distribución y Dispensación de Medicamentos en Puerto Rico.

En el mes de diciembre de 2018, la Administración Federal de Alimentos y Drogas (FDA) publicó un listado de medicamentos identificados como "Authorized Generic

Drugs" respondiendo a enmiendas a la Ley Federal de Alimentos, Drogas y Cosméticos de 2007 (Food and Drug Administration Amendments Act, Public Law 110-85). La FDA informa que un medicamento genérico autorizado es el mismo producto de marca cuyo manufacturero ahora lo mercadea con nombre genérico. La composición de este medicamento es exactamente igual al original, siendo la única diferencia el que se rotula sin su nombre de marca. La aprobación para su manufactura y distribución se consideró bajo la documentación del "New Drug Application (NDA) radicado para el medicamento de marca original; por tanto, no aparecerá incluido como medicamento bioequivalente bajo clasificación alguna en el "Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations" conocido como "Orange Book".

Al surgir el "medicamento genérico autorizado" y ante la disposición específica que reglamenta el intercambio de un medicamento prescrito por un medicamento bioequivalente incluido en el "Orange Book", es necesario enmendar las disposiciones reglamentarias para que el "medicamento genérico autorizado" pueda ser considerado para su dispensación al prescribirse el medicamento de marca siguiendo las normas y criterios establecidos para el intercambio de un medicamento prescrito.

Al presente, tanto aquí en Puerto Rico como en el resto de Estados Unidos, se está debatiendo el incremento acelerado de los costos de los medicamentos. Esta Asamblea Legislativa entiende que la enmienda propuesta en esta medida facilita a los pacientes mayor accesibilidad a sus medicamentos ~~con beneficios económicos~~, ya que como requisito para el intercambio se establece que el medicamento intercambiable tiene que ser de menor costo al del medicamento recetado.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

- 1 Sección 1. - Se enmienda el Artículo 1.03 de la Ley 247 -2004, según enmendada,
- 2 ~~insertando un nuevo inciso (pp) y renumerando los actuales incisos (pp) al (mmm)~~
- 3 ~~como (qq) al (nnn) respectivamente,~~ para que lea como sigue:

1 "Artículo 1.03 - Definiciones

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

4 (a) Administración de medicamentos...

5 (oo) Medicamento o medicina sin receta

6 (pp) "*Medicamento genérico autorizado*" - *aquel medicamento que la*
7 *Administración Federal de y Drogas (FDA) describe como medicamento de*
8 *marca que el manufacturero original mercadea con el nombre genérico y está*
9 *incluido en el listado de FDA identificado como "Listing of Authorized Generics*
10 *Drugs"* } *por ser exactamente igual al medicamento de marca.*

11 **[(pp)]** ~~(qq)~~ (qq) Medicamento o medicina sin receta ...

12 **[(qq)]** (rr)...

13 **[(rr)]** (ss)...

14 **[(ss)]** (tt)...

15 **[(tt)]** (uu)...

16 **[(uu)]** (vv)...

17 **[(vv)]** (ww)...

18 **[(ww)]** (xx)...

19 **[(xx)]** (yy)...

20 **[(yy)]** (zz) ...

21 **[(zz)]** (aaa) ...

22 **[(aaa)]** (bbb) ...

ANALS

1 [(bbb)] (ccc)...

2 [(ccc)] (ddd) ...

3 [(ddd)] (eee) ...

4 [(eee)] (fff)...

5 [(fff)] (ggg) ...

6 [(ggg)] (hhh) ...

7 [(hhh)] (iii)...

8 [(iii)] (jjj)...

9 [(jjj)] (kkk) ...

10 [(kkk)] (lll)...

11 [(lll)] ~~(mmm)...~~ (mmm) vacunación o inmunización ...

12 ~~[(mmm)] (nnn) ..."~~

13 Sección 2.- Se enmienda el Artículo 5.03 de la Ley 247 - 2004, según enmendada,
14 ~~añadiéndole un nuevo inciso d y renumerando el actual inciso d como e,~~ para que lea
15 como sigue:

16 "Artículo 5.03 - Intercambio de Medicamentos Prescritos

17 (a) Medicamentos que podrán ser intercambiados ...

18 ...

19 (d) ~~En toda cubierta de medicamentos bajo un seguro de servicios de salud,~~
20 aplicarán las disposiciones de esta Ley en cuanto al intercambio de medicamentos
21 bioequivalentes. *El farmacéutico podrá dispensar un medicamento genérico autorizado,*

AVMS

1 según definido en Artículo 1.02 (pp) de esta ley, siguiendo los criterios que se disponen en este
2 Artículo.

3 (e) En toda cubierta de medicamentos bajo un seguro de servicios de salud,
4 aplicarán las disposiciones de esta Ley en cuanto al intercambio de medicamentos
5 bioequivalentes y medicamentos genéricos autorizados."

6 Sección 3.- Se enmienda el Artículo 5.04 de la Ley 247 - 2004, según enmendada,
7 para que lea como sigue:

8 "Artículo 5.04 - Medicamentos con requisitos especiales para su dispensación.

9 (a) Sustancias controladas---

10 ...

11 (d) Productos biológicos

12 Para los efectos ...

13 1. Un farmacéutico podrá sustituir un producto biológico de
14 referencia sólo sí: ---

15 a. ...

16 ...

17 f. *El farmacéutico podrá dispensar un producto biológico identificado como*
18 *medicamento genérico autorizado, según definido en Artículo 1.03 (pp)*
19 *de esta ley, siguiendo los criterios que se disponen en este Artículo.*

20 Será deber del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado Gobierno de
21 Puerto Rico el mantener en su página electrónica oficial de dominio público un listado
22 actualizado, de los productos biosimilares que han sido determinados y reconocidos

1 por la Administración de Drogas y Alimentos Federal (U.S. Food and Drug
2 Administration) que pueden ser intercambiados según lo establecido en este Artículo.

3 ...

4 Sección 4. - Separabilidad

5 Si cualquier cláusula, párrafo, artículo, sección, inciso o parte de esta Ley fuere
6 declarada inconstitucional por un tribunal competente, la sentencia a tal efecto
7 dictada no afectará, perjudicará ni invalidará el resto de la misma. El efecto de
8 dicha sentencia quedará limitado a la cláusula, párrafo, artículo, sección, inciso o
9 parte de la misma que así hubiere sido declarada inconstitucional.

10 Sección 5. Vigencia

11 Esta Ley comenzará a regir inmediatamente luego después de su aprobación.

ANUS

ORIGINAL

RECIBIDO SEP 19 19 10:11
TRAMITES Y RECORDS SENADO PR

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18va Asamblea
Legislativa

6ta Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 1309

INFORME POSITIVO

19 de septiembre de 2019

AL SENADO DE PUERTO RICO

La Comisión de Salud Ambiental y Recursos Naturales, previa consideración, estudio y análisis, **recomienda** la aprobación del **Proyecto del Senado 1309** al Honorable Cuerpo Legislativo, con enmiendas contenidas en el Entrillado que se acompaña.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El Proyecto del Senado 1309, según presentado, tiene como propósito "enmendar los Artículos 2 y 3 de la Ley Núm. 53 de 5 de agosto de 1993, a los fines de disponer al Departamento de Asuntos del Consumidor la reglamentación de los hidroclorofluorocarburos (HCFC's), hidrofluorocarburos (HFC's) e hidrofluorolefinas (HFO's) y cualquier sustancia que se utilice como refrigerante; y para otros fines."

CRM ANÁLISIS DE LA MEDIDA Y PONENCIAS

Con el fin de atender la pieza legislativa ante nuestra consideración, la Comisión de Salud Ambiental y Recursos Naturales solicitó el envío de memoriales explicativos. A continuación, la siguiente tabla identifica las entidades que presentaron ponencias ante la Comisión.

<i>Agencia</i>	<i>Autor</i>	<i>Posición</i>
<i>Departamento de Recursos Naturales y Ambientales</i>	Lcda. Tania Vázquez Rivera	A favor

Departamento de Asuntos del Consumidor | Sra. Carmen I. Salgado A favor
(DACO) | Rodríguez - Secretaria Interina

Tabla 1. Lista de agencias de Gobierno que enviaron ponencias, según fuera solicitado por la Comisión de Salud Ambiental y Recursos Naturales. La misma identifica el autor del memorial y su posición respecto al Proyecto del Senado 1309.

<i>Entidad no gubernamental</i>	<i>Autor</i>	<i>Posición</i>
<i>Colegio de Técnicos de Refrigeración y Aire</i>	Sr. Antonio Figueroa Rey	A favor
<i>Acondicionado de Puerto Rico (CTRAPR)</i>	Presidente	

Tabla 2. Lista de entidades no gubernamentales que enviaron ponencias, según fuera solicitado por la Comisión de Salud Ambiental y Recursos Naturales. La misma identifica el autor del memorial y su posición respecto al Proyecto del Senado 1309.

Departamento de Recursos Naturales y Ambientales:

La Ley Orgánica del Departamento de Recursos Naturales y Ambientales, Ley Núm. 23 de 20 de junio de 1972, según enmendada, establece que el DRNA es responsable de implementar, en lo que respecta la fase operacional, la política pública del Gobierno de Puerto Rico contenida en la Sección 19 del Artículo VI de la Constitución. Además, faculta al Secretario(a) del DRNA para, entre otros asuntos, "asesorar y hacer recomendaciones al Gobernador, a la Asamblea Legislativa y a otros organismos del Gobierno con respecto a la implementación de la política pública sobre los recursos naturales".¹ Así las cosas, debido a que la Ley Núm. 171-2018 consolidó en el DRNA las funciones y operaciones de la Junta de Calidad Ambiental, de la Autoridad de Desperdicios Sólidos y del Programa de Parques Nacionales del Departamento de Recreación y Deportes, la ponencia resume la posición de la agencia conforme a la política pública ejecutada en un pasado por las mencionadas agencias.

A tenor con los deberes y responsabilidades conferidos por ley, el DRNA tiene el compromiso de apoyar toda iniciativa dirigida a garantizar el bienestar de los residentes de nuestro país, en armonía y balance con la conservación, mantenimiento y protección de nuestros recursos naturales. Luego de evaluar la medida propuesta, el DRNA concurre con esta Asamblea Legislativa en que ésta persigue un fin loable, al controlar la venta y distribución de sustancias que pudieran comprometer el ambiente y la salud humana, como lo son las nuevas alternativas de refrigerantes. De igual forma, argumentan lo siguiente:

¹ 3. L.P.R.A. § 155

En Puerto Rico, la venta de refrigerantes se encuentra regulada por leyes federales y estatales. En el caso de regulaciones federales, se establece bajo el 40 CFR 82, Subparte F, que la venta de refrigerantes y sus sustitutos está limitada a técnicos certificados por la Agencia Federal de Protección Ambiental (EPA, por sus siglas en inglés), según las disposiciones de las secciones 608 y 609 de la Ley Federal de Aire Limpio. Así también, el proyecto debe incluir la revisión del texto de la Ley 53-1993 para cambiar toda referencia a la Junta de Calidad Ambiental por Departamento de Recursos Naturales y Ambientales, de conformidad con la Ley Núm. 171-2018.

Finalizan su argumentación endosando la medida, y otorgando deferencia a la opinión del Departamento de Asuntos del Consumidor. Asimismo, agradecen la oportunidad brindada para emitir sus comentarios, los cuales esperan sean de utilidad. Reiteran su disponibilidad para la evaluación de toda medida que redunde en beneficio para el pueblo de Puerto Rico.

Departamento de Asuntos del Consumidor (DACO):

El Proyecto en cuestión propone enmendar la Ley Núm. 53 de 5 de agosto de 1993 (Ley Núm. 53). Dicha Ley, según consigna en su exposición de motivos, tiene por fin "buscar el equilibrio de la naturaleza y su ambiente"; y, en consecuencia, "controlar aquellas actividades del hombre que perjudican el medioambiente". Así, pues, apoyándose en estadísticas de la Junta de Calidad Ambiental (la Junta), se determinó que los clorofluorocarbonos (CFC's) eran un contaminante de fabricación humana cuyo uso debía ser regulado. A tales efectos, ordenó a la Junta establecer reglamentación dirigida a limitar la venta de CFC's a los técnicos de refrigeración y aire acondicionado de Puerto Rico debidamente reglamentados. Ello, bajo la premisa de que entre las funciones de dicha agencia está el "establecer mediante reglamentos los requisitos que a su juicio sean necesarios para la prevención, disminución o control de daños al ambiente de Puerto Rico".

La Ley Núm. 53, además, dispuso que la instalación de sistemas de refrigeración y aire acondicionado en Puerto Rico que requieran CFC's sean realizados únicamente por técnicos debidamente certificados y colegiados con sus cuotas al día. En este sentido, facultó al Colegio de Técnicos de Refrigeración y Aire Acondicionado de Puerto Rico a organizar e implantar un sistema de inspectores para velar por el cumplimiento de las disposiciones de la Ley, así como para fiscalizar la práctica legal de la técnica realizada en los trabajos de instalación y reparación de equipos de aire acondicionado. También facultó a los miembros de la Junta Examinadora de Técnicos de Refrigeración y Aire Acondicionado de Puerto Rico, la Policía Estatal, el Secretario de Trabajo y Recursos Humanos y los empleados o funcionarios por él autorizados, a hacer investigaciones, inspecciones o interrogatorios relacionados con el cumplimiento de la ley.

CRM

Veinticinco años después de la aprobación de la Ley Núm. 53, se entendió necesario enmendar la misma, a los efectos de traspasar el deber de reglamentación a DACO. Así, pues, al amparo de dicha enmienda, se dispuso que: "La venta de clorofluorocarbonos (CFC'S) estará sujeta a los controles que establezca el Departamento de Asuntos al [sic] Consumidor al efecto y estará limitada a los técnicos de refrigeración y aire acondicionado de Puerto Rico..."

Mediante el P. del S. 1309, se propone enmendar la Ley Núm. 53, para expandir el ámbito de la regulación que dispone la misma. Esto, a los efectos de limitar la venta no sólo de los CFC's, sino también de otros refrigerantes, como lo son los hidroclorofluorocarburos (HCFC's), hidrofurocarburos (HFC's) e hidrofurolefinas (HFO's), así como cualquier otra sustancia que se utilice como refrigerante. Ello, con el fin de tomar un rol activo y de prevención en la protección del medio ambiente y de la salud en general. La agencia indica:

Es menester destacar que, si bien como Departamento apoyamos toda iniciativa que, como ésta, desemboque en beneficios a los consumidores, carecemos de pericia sobre el tema de los refrigerantes y de esa industria como tal. Por tal motivo, respetuosamente entendemos que cualquier enmienda que se haga a la Ley Núm. 53 debería contemplar, en primer lugar, el que la responsabilidad de reglamentación no recaiga exclusivamente sobre el DACO, sino que sea más bien una compartida con otra agencia que pueda darnos insumos a base de los cuales poder trabajar las disposiciones correspondientes.

CRM
Si bien el Colegio de Técnicos de Refrigeración y Aire Acondicionado de Puerto Rico (el Colegio) se ha puesto a nuestra disposición para trabajar en la reglamentación que nos corresponde adoptar, el Departamento entiende que el apoyo debería venir directamente de otra agencia de gobierno. Si bien dicha entidad, por sí sola, carece de facultad para regular artículos o servicios de uso y consumo, sí la tiene para reglamentar todo aquello que ayude en la prevención, disminución o control de daños al ambiente. Ante ello, a la agencia le parece que en virtud de lo anterior, así como de los objetivos que persigue la Ley Núm. 53, lo óptimo sería disponer en torno al trabajo de ambas agencias; esto es, DACO y el DRNA, para entre las dos promulgar un reglamento conjunto que recoja las áreas de peritaje de ambas. Por otro lado, la Secretaria Interina argumenta:

En lo que atañe específicamente a las enmiendas propuestas mediante el P. del S. 1309, consultamos al Colegio sobre el tema, y éste nos expresó su conformidad con los cambios propuestos, principalmente por el hecho de que en el Artículo 2 se incluye la frase "cualquier otra sustancia que se utilice como refrigerante", lo cual prevé cambios futuros en el mercado y evita la necesidad de tener que enmendar nuevamente la ley cuando ello

ocurra. La única observación que nos expresaron es en torno al Artículo 3, el cual hace alusión a las "unidades móviles e industriales". Ellos entienden que debería leer "unidades móviles, industriales, domésticas y comerciales", de manera que se abarquen todos los tipos de unidades que se usan en la industria. Tal observación nos parece acertada, por lo que coincidimos en que debería añadirse ese lenguaje.

Finalizan su argumentación endosando la medida. Asimismo, agradecen la oportunidad brindada para emitir sus comentarios, los cuales esperan sean de utilidad. Reiteran su disponibilidad para la evaluación de toda medida que redunde en beneficio para el pueblo de Puerto Rico.

Colegio de Técnicos de Refrigeración y Aire Acondicionado de Puerto Rico (CTRAPR):

La industria de la refrigeración es una dinámica y de constantes cambios. Actualmente, el clorofluorocarbono (CFC'S) ha sido sustituido por otros refrigerantes, los cuales causan menos daño al ambiente. El Colegio argumenta endosar con beneplácito la enmienda al Art. 2 de la Ley Núm. 53-1993 para que incluya, no solo el clorofluorocarbono (CFC'S), sino otros refrigerantes como el hidrocliclorofluorocarburos (HCFC'S), hidrofliclorocarburos (HFC'S) e hidrofliclorolefinas (HFO'S). De esta manera, se actualiza la ley y la hace una vigente y práctica. El Colegio de Técnicos de Refrigeración y Aire Acondicionado de Puerto Rico avala esta pieza legislativa con las observaciones y enmiendas propuestas. Se reiteran a las órdenes de esta Honorable Comisión.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

CRM En fiel cumplimiento con la Sección 32.5 del Reglamento del Senado de Puerto Rico, esta Honorable Comisión evaluó la presente medida y entiende que la aprobación de ésta no conlleva un impacto fiscal negativo sobre los Gobiernos Municipales.

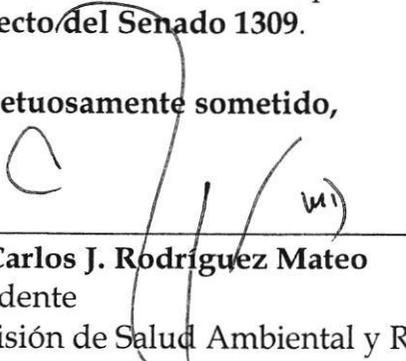
CONCLUSIÓN:

Según reza en la exposición de motivos de la Ley Núm. 237 de 9 de noviembre de 2018, a comienzos de la década de los 90 fue aprobada la Ley 53-1993, con el fin de establecer reglamentación dirigida a limitar la venta de clorofluorocarbonos a solo los técnicos de refrigeración y aire acondicionado de Puerto Rico debidamente reglamentados y licenciados de conformidad con la Ley Núm. 36 de 20 de mayo de 1970. Sin embargo, la pieza legislativa erróneamente ordenó a la Junta de Calidad Ambiental a adoptar la reglamentación necesaria para llevar a cabo los propósitos de la ley en cuestión. Este ordenamiento es contrario a su ley habilitadora, la Ley Núm. 9 de 18 de junio de 1970, según enmendada, conocida como la "Ley sobre Política Pública Ambiental". Por tal razón, luego de 25 años, la Junta de Calidad Ambiental no ha redactado dicho reglamento. Lo anterior, debido a que sus deberes, facultades y funciones no envuelven la regulación de venta de artículos ni servicios de uso y consumo.

Así las cosas, esta medida legislativa tiene como propósito requerir al Departamento de Asuntos al Consumidor (DACO), según sus deberes y facultades ordenadas en la Ley Núm. 5 de 23 de abril de 1973, según enmendada, que establezca mediante reglamentación la limitación de la venta de clorofluorocarbonos a los técnicos de refrigeración y aire acondicionado en Puerto Rico debidamente reglamentados y licenciados, como una medida de control de la venta indiscriminada de dichas sustancias altamente dañinas a nuestro ambiente. Lo anterior, no impide a ambas agencias establecer acuerdos colaborativos para apoyar a la agencia reglamentaria con la redacción del documento. De tal forma, fiel y cónsono con el ordenamiento jurídico vigente, es el Departamento de Asuntos del Consumidor el que tiene bajo sus deberes estatutarios reglamentar la venta de estos químicos potencialmente dañinos a la salud humana y ambiental.

A tenor con lo antes expuesto, la **Comisión de Salud Ambiental y Recursos Naturales** del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, **recomienda** la aprobación del **Proyecto del Senado 1309**.

Respetuosamente sometido,



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

CRM

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18^{va.} Asamblea
Legislativa

5^{ta.} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 1309

3 de junio de 2019

Presentado por el señor *Rodríguez Mateo (Por Petición)*

Referido a la Comisión de Salud Ambiental y Recursos Naturales

LEY

Para enmendar los Artículos 2 y 3 de la Ley Núm. 53 de 5 de agosto de 1993, a los fines de disponer al Departamento de Asuntos del Consumidor la reglamentación de los hidroclorofluorocarburos (HCFC's), hidrofluorocarburos (HFC's) e hidrofluorolefinas (HFO's) y cualquier sustancia que se utilice como refrigerante; y para otros fines.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

CRM
La comunidad científica internacional ha reconocido los efectos nocivos de diversos refrigerantes. A tales fines, la utilización de los clorofluorocarbonos (CFC's, por sus siglas en inglés) ha mermado sustancialmente luego de que diversas legislaturas a nivel mundial prohibieran su utilización. Sin embargo, han surgido alternativas de refrigerantes, tales como hidroclorofluorocarburos (HCFC's), hidrofluorocarburos (HFC's) e hidrofluorolefinas (HFO's), que aseguran son menos dañinas al medioambiente.

A pesar de dicha aseveración, el Gobierno de Puerto Rico debe de tomar en consideración el principio precautorio ante cualquier sustancia que represente un posible efecto adverso al ambiente y salud humana. Ante esa argumentación, la reglamentación de la venta de dichos refrigerantes representa un paso proactivo y afirmativo para atajar cualquier diseminación indiscriminada en los puntos de venta.

Así las cosas, esta medida legislativa tiene como propósito requerir al Departamento de Asuntos al Consumidor (DACO), según sus deberes y facultades ordenadas en la Ley Núm. 5 de 23 de abril de 1973, según enmendada, que establezca mediante reglamentación la limitación de la venta de hidroclorofluorocarburos (HCFC's), hidrofluorocarburos (HFC's) e hidrofluorolefinas (HFO's) a los técnicos de refrigeración y aire acondicionado en Puerto Rico debidamente ~~reglamentados y~~ licenciados y colegiados de conformidad a la Ley Núm. 36 de 20 de mayo de 1970, según enmendada. Indudablemente, lo anterior servirá como medida de control de la venta indiscriminada de dichas sustancias que colocan a mayor vulnerabilidad nuestra susceptible capa de ozono.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Sección 1.- Se enmienda el Artículo 2 de la Ley Núm. 53 de 5 de agosto de
2 1993, para que lea como sigue:

3 "Artículo 2.- La venta de clorofluorocarbonos (CFC'S), ~~hidroclorofluorocarburos~~
4 ~~(HCFC's), hidrofluorocarburos (HFC's), hidrofluorolefinas (HFO's) y cualquier~~
5 ~~sustancia que se utilice como refrigerante, hidroclorofluorocarburos (HCFC's),~~
6 ~~hidrofluorocarburos (HFC's), hidrofluorolefinas (HFO's) y cualquier sustancia que se~~
7 ~~utilice como refrigerante~~ estará sujeta a los controles que establezca el
8 Departamento de Asuntos al Consumidor al efecto..."

9 Sección 2.- Se enmienda el Artículo 3, de la Ley 53 de 5 de agosto de 1993
10 para que lea como sigue:

11 "Artículo 3.- La instalación de sistemas de refrigeración y aire acondicionado
12 de unidades móviles e, industriales, domésticas y comerciales que requieran
13 clorofluorocarbonos (CFC's), ~~hidroclorofluorocarburos (HCFC's),~~

CRM

1 hidrofluorocarburos (HFC's), hidrofluorolefinas (HFO's) y cualquier sustancia que se
2 utilice como refrigerante, hidroclorofluorocarburos (HCFC's), hidrofluorocarburos
3 (HFC's), hidrofluorolefinas (HFO's) y cualquier sustancia que se utilice como
4 refrigerante serán utilizados por técnicos de refrigeración...”.

5 Sección 3.- Esta Ley comenzará a regir inmediatamente a partir de noventa (90)
6 días después de su aprobación.

CRM

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18va. Asamblea
Legislativa

ORIGINAL

6ta. Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. del S. 154

INFORME FINAL

20 de septiembre de 2019

AL SENADO DE PUERTO RICO:

La Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, tiene a bien someter a este Alto Cuerpo su Informe Final, con sus hallazgos, recomendaciones y conclusiones sobre la **Resolución del Senado 154**.

ALCANCE DE LA MEDIDA

La **R. del S. 154**, tiene como propósito ordenar a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico realizar un estudio sobre la incidencia, prevalencia, mortalidad y el acceso a servicios de salud y cuidado de la población de pacientes renales en Puerto Rico.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Reza la Exposición de Motivos de la presente pieza legislativa que estos reconocen la salud como un derecho, pues su ausencia nos privaría del derecho inalienable más importante que tiene un ser humano: la vida. Así lo reconoce la Exposición de Motivos de la Ley 194-2000, conocida como la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente. Específicamente su primer párrafo dispone lo siguiente:

“Uno de los principales objetivos del Gobierno de Puerto Rico en años recientes ha sido lograr que todos los ciudadanos tengan acceso adecuado a servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias de calidad, de acuerdo con sus necesidades e irrespectivamente de su condición socioeconómica y capacidad de pago. Esta importante meta social, que en gran medida representa el cumplimiento de un compromiso latente en la Constitución de Puerto Rico, surge del convencimiento, demostrado por la experiencia acumulada de varias décadas, de que el acceso adecuado a servicios de salud de calidad es un componente esencial en cualquier definición válida del concepto de calidad de vida, así como un derecho humano fundamental”.

ANÁLISIS

En Puerto Rico, las necesidades y el acceso a servicios de salud de los pacientes renales es un aspecto que muy pocos evalúan. El Consejo Renal de Puerto Rico es uno de ellos. Según el Informe Estadístico del Consejo Renal para el año 2015, la población de pacientes renales en la Isla ha tenido una tasa de crecimiento porcentual de 71% entre los años 2001 al 2015. Para este mismo periodo, la tasa de cambio porcentual de la incidencia de casos ha aumentado en un 28.2% y la tasa de crecimiento porcentual de mortalidad en un 17.3%. Según el informe, para el 2015 habían 5,651 casos existentes, 1,360 de los cuales eran nuevos casos y ocurrieron 1,007 defunciones a causa de problemas renales.

ARLJ
El Informe de la Salud en Puerto Rico, publicado por el Departamento de Salud en el año 2015, expone que la tercera causa de muerte en Puerto Rico para el año 2013 fue la diabetes, causante de 3,145 muertes. El cáncer y las enfermedades cardiovasculares fueron las primeras dos causas de muertes con 5,219 y 5,087, respectivamente. Según el informe del Consejo Renal antes mencionado, se desprende que el diagnóstico primario en casos nuevos de pacientes de diálisis para el año 2015 fue la diabetes, lo que ineludiblemente coloca a estos pacientes en alto riesgo de incidencia y mortalidad en Puerto Rico.

Estas estadísticas son alarmantes ante las complicaciones que esto representa para el individuo y su núcleo familiar, sobre todo con un sistema de salud en el cual los costos de cuidado para esta población son elevados. En momentos de estrechez económica, el acceso a la salud toma verdadera importancia, pues el Estado se encuentra en la coyuntura de optar por cumplir con las obligaciones económicas o cubrir los servicios esenciales.

Recientemente, han surgido controversias entre las compañías aseguradoras de servicios de salud y pacientes renales. Específicamente, recae en las acciones de las aseguradoras de llegar a acuerdos con proveedores preferidos de servicios sin considerar el mejor bienestar de los pacientes. Distancias abusivas, difícil transportación, falta de libre selección y sentimiento de rehenes de los planes médicos, son algunas de las situaciones que aquejan a los pacientes con problemas renales.

Asimismo, pacientes con problemas renales han denunciado problemas con las unidades de diálisis. Problemas como hacinamiento, falta de privacidad, mal uso de catéteres o fístulas, uso inadecuado de filtros, infecciones y mal trato por parte de los profesionales de la salud que laboran en dichos centros. Gran parte de estos reclamos no son ventilados de manera adecuada o libre de coacción, ya que los pacientes u organizaciones que abogan por la salud renal temen represalias en su contra. Esta realidad es preocupante, pues vulnera la posibilidad de la aspiración a un mayor acceso a la salud.

Por todo lo expuesto anteriormente, el Senado de Puerto Rico considera imperativo realizar un estudio sobre la incidencia, prevalencia, mortalidad y el acceso a servicios de salud y cuidado de la población de pacientes renales en Puerto Rico.

Para la consideración y evaluación de esta medida, la Comisión de Salud solicitó memoriales explicativos a las siguientes agencias y entidades: Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico (ACODESE), Administración de Seguros de Puerto Rico (ASES), Asociación de Hospitales de Puerto Rico, Consejo Renal de Puerto Ricos, CMT Group, Fundación Puertorriqueña del Riñón, Sociedad de Nefrología, Oficina del Procurador del Paciente, Departamento de Salud y al Centro Renal del Hospital Pediátrico Universitario. Al momento de preparar el presente informe sometieron sus memoriales explicativos y recomendaciones las siguientes:

ASES
La **Administración de Seguros de Salud (ASES)**, nos expresa que la enfermedad renal crónica es una de las condiciones de salud que tienen Cubierta Especial del Plan de Salud Vital y esta tiene el propósito de proveer el acceso directo al especialista que maneja la condición de salud que requieran la atención médica especializada. Los beneficiarios que son diagnosticados en las etapas 3, 4 o 5, estos forman parte de la cubierta especial.

Estos indican que el Plan de Salud Vital, establece tarifas diferenciadas basadas en la morbilidad de la población estos son denominados como los "*High Cost High Needs*", y la condición renal es una de ellas. La ASES nos dice que bajo la cubierta del Plan de Salud Vital estos han asegurado que todos los beneficiarios tengan el acceso necesario a las facilidades de diálisis y por eso que las aseguradoras contratadas bajo el Plan de Salud Vital tienen a su cargo la contratación de estos centros de diálisis y de los proveedores de servicios de salud y en esencial para un paciente con la necesidad de ser dializado. Según los datos de ASES el número de pacientes de diálisis bajo el Plan Vital es de 4,737 aproximadamente y estos cuentan con aproximadamente 139 nefrólogos contratados y 46 centros de diálisis en la red de proveedores a través de la isla, incluyendo al Municipio de Vieques.

Por otra parte, ASES. nos aneja un listado del número de centros de diálisis existentes en los diferentes pueblos de Puerto Rico y el número de nefrólogos contratados, pacientes y las compañías de seguro médico que tienen contrato con dichos centros para este año 2019.

La **Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico (ACODESE)**, expresa que en el Capítulo 18 del Código de Seguros de Salud, que regula la verificación de credenciales de los profesionales de la salud y esto pudiera incluir la revisión de las instalaciones de los proveedores, para garantizar que las aseguradoras les ofrezcan el mejor servicio a sus asegurados.

Estos indican que un asegurado observa que una unidad de diálisis no hace un uso adecuado de sus facilidades, en protección de los pacientes renales asegurados, se pueden tomar las medidas necesarias para separar a ese proveedor de la red de servicios del asegurador. El gran problema de los pacientes de diálisis se debe a que los aseguradores no llegan a acuerdos con los proveedores preferidos y los aseguradores pudieran denegar una solicitud de un proveedor considerando precisamente los criterios de calidad de servicio a los pacientes. Es por esto que deben asegurarse de que los proveedores que atiendan a los pacientes estén debidamente credencializados y les provean un servicio adecuado a sus asegurados. También ACODESE explica que si un proveedor no ofrece un servicio adecuado como las quejas aludidas en la medida ante nuestra consideración: mal uso de catéteres o fístulas, uso inadecuado de filtros, infecciones, un asegurador responsablemente no puede contratarlo y ello se hace en beneficio de los pacientes.

Los aseguradores que pertenecen a ACODESE, estos entienden que los pacientes renales son un sector de los asegurados que está adecuadamente servido por los proveedores de servicios de diálisis. Aunque estos entienden la preocupación esbozada en la Exposición de Motivos y reconociendo, además, la autoridad investigativa de la Comisión y le dan el visto bueno la misma para la investigación ordenada por la Resolución del Senado 154.

La Puerto Rico Nephrology Society, Inc., se expresa que por años esta ha sido una de sus mayores preocupaciones y de la comunidad de Nefrólogos en Puerto Rico. Estos indican que en Puerto Rico no existe un registro de parte del estado con las cifras de los pacientes en tratamiento de diálisis, los problemas de cupo y los tratamientos los pacientes. El Consejo Renal de Puerto Rico ha intentado mantener unas estadísticas lo más aproximadas a la prevalencia e incidencia de esta condición, como según lo realizan los Programas de Medicare y Medicaid a nivel del Gobierno Federal.

Para la Sociedad dicen que debe de existir un Registro de enfermedades Renales en Puerto Rico y es de suma importancia para el Estado en términos de la Planificación para el manejo de esta condición, para así puedan conocer la magnitud del problema y poder establecer Política Pública.

Sin embargo, la Sociedad expone que esta resolución no solo debe limitarse a un estudio, sino al establecimiento de un registro permanente de esta condición desde su Estadio 3. El Estado pudiera utilizar al Consejo Renal de Puerto que no cuenta con el respaldo de una ley que le cobije y le permita que las instituciones y proveedores remitan la información requerida para mantener esas estadísticas.

Es prudente recalcar que todas las unidades de diálisis en Puerto Rico son reguladas por la regulación del Departamento de Salud de PR, el Gobierno Federal (CMS), para que establezcan los procesos para atender las quejas y agravios de los

pacientes. Esto sería a nivel de la unidad de diálisis como también por medio del Departamento de Salud, a nivel Federal (CMS) mediante "Quality Network" en New Jersey al cual PR está adscrito y el Programa de Medicare. Sería interesante ver que los procesos de disputa de los pacientes con los diferentes planes médicos y si realmente se cumplen las expectativas de protección de los derechos estos pacientes.

La **Fundación Puertorriqueña del Riñón, Inc.**, nos menciona que el último Censo a mayo de 2019 en Puerto Rico existen 6,262 de personas en diálisis, 50 Centros de Diálisis y anualmente surgen sobre 1,000 nuevos casos, mientras que la mortalidad está en una proporción similar. Para la Fundación Puertorriqueña del Riñón, Inc. su mayor preocupación ante estos proyectos es en la duplicidad de esfuerzos por atender áreas ya atendidas y quedando desatendidas múltiples necesidades de la población renal.

Estos entienden que ya existe una fuente de información que es el Quality Insights Renal Network 3, que es el que recopila los datos y los detalles sobre esta incidencia, prevalencia, etiología, mortalidad, complicaciones y modalidades de tratamiento, de enfermedad renal terminal en Puerto Rico. La Quality Insights Renal Network 3 es una de 18 organizaciones en EU que sostienen contratos con los Centros Para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) para mejorar la calidad del cuidado a los pacientes con enfermedad renal permanente (end-stage renal disease- ESRD) en diálisis y trasplante. La misma le ofrece sus servicios en New Jersey, Puerto Rico, e Islas Vírgenes Americanas. Estos también proveen información relacionada a características clínicas de los pacientes incluyendo la causa primaria de ESRD, modalidad de tratamiento y tipo de acceso vascular, enfocándose en actividades de mejoramiento de la calidad del cuidado.

La comunicación es 100% abierta con compartir sus datos al día con Puerto Rico y esos datos les han permitido a las organizaciones concernidas a la condición renal en Puerto Rico, identificar tendencias, formular proyecciones, atender problemas específicos como trasplante, accesos vasculares, infecciones, incidencia por región, ejercicios de calidad, planificación estratégica, proyectos de calidad y de investigación combinados. Los Networks reciben fondos de Medicare para recopilar y analizar estos datos, por lo cual entendemos debemos evitar duplicidad de fondos para propósitos similares.

Según la Fundación Puertorriqueña del Riñón, en sus encuestas sobre necesidades, servicios brindados y manejo de casos, estos pueden afirmar que a la par con estas acciones se necesita implantar el cumplimiento de la política pública de la salud renal y requiere se tomen las decisiones en el sistema de salud, estén conscientes y conozcan la realidad de la población, y cuánto aportan las organizaciones para que atiendan las múltiples necesidades identificadas esta población: *acceso a servicios de salud, medicamentos, empleo, costos médicos, apoyo la salud mental, psicológico y nutricional, adaptación a la condición de enfermedad renal crónica y rehabilitación en cada una de sus etapas, entre muchos otros.*

El Consejo Renal de Puerto Rico, es una entidad que su función principal es estudiar y monitorear el impacto de las enfermedades renales en etapa terminal para Puerto Rico e Islas Vírgenes y la ayuda que se ofrezca un tratamiento de calidad a todo paciente con enfermedad renal terminal (diálisis). Según el Consejo la Resolución del Senado 154 propone ordenar a la Comisión de Salud de este cuerpo legislativo, realizar un estudio sobre la incidencia, prevalencia, mortalidad y el acceso a servicios de salud y cuidado de la población de pacientes renales y se debe contemplar estos 5 aspectos fundamentales que estos enumeran y sus reacciones a los mismos:

1. Las facilidades de las unidades de tratamiento de diálisis con el fin de evidenciar que estas se encuentran aptas y que cuenten con los materiales y equipos necesarios para proveer el tratamiento y a su vez el recurso humano, protegiendo su intimidad y dignidad en todo momento.

a. Los centros de diálisis en Puerto Rico son centros de tratamiento ambulatorio regulados a nivel estatal y federal, por tanto, deben ser aprobados por agencias como el Departamento de Salud y "Center for Medicare & Medicaid Services" (CMS).

b. CMS establece los estándares que se utilizan para certificar todas las instalaciones de servicios de diálisis a pacientes renales en etapa terminal. Estos estándares contemplan desde la apertura de unidades, la relocalización de las mismas, el aumento de estaciones de diálisis, la expansión de servicios y el cierre temporero, entre otros. Estas inspecciones se realizan regularmente para cumplir con las condiciones estipuladas en la sección 1881(b)(1) del "Social Security Act".

c. A nivel estatal el Departamento de Salud, a través de la Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS), otorga los Certificados de Necesidad y Conveniencia necesarios para la planificación ordenada de las facilidades y servicios de salud, con los que toda unidad de diálisis debe cumplir. El Reglamento que rige el otorgamiento de los mismos, contempla asuntos con los cuales todo centro de servicios de salud debe cumplir para obtener el certificado, de igual forma se señala unos criterios específicos para los centros de diálisis en el Artículo VIII Sección #4. Entre los criterios específicos se describe los turnos, el mínimo de estaciones, localización en relación a hospitales con el que debe tener acuerdo de apoyo, cómo se determina la necesidad basada en la tasa de incidencia, prevalencia en el año pertinente. Estos datos deben ser corroborados con el Consejo Renal de Puerto Rico u otra agencia

reconocida que disponga de las estadísticas por municipio de residencia de los pacientes y otros.

d. Todos los centros de diálisis tienen que completar informes periódicos en un sistema digital centralizado a nivel federal, que se conoce como "CrownWeb", que permite monitorear los servicios, el cumplimiento y resultados por pacientes. La agencia reguladora que publica anualmente los resultados, visita y hace recomendaciones en planes de mejoramiento es el "Quality Insight Renal Network #3".

2. Que el bienestar de los pacientes no se esté viendo afectado por consideraciones económicas de proveedores o aseguradoras de la salud.

Arrels

a. Un estudio que abarque este particular sobre bienestar puede resultar complejo y costoso, ya que históricamente ninguna entidad se ha dedicado a documentar estos procesos de cambios en sistemas de salud (reformas), contratos entre proveedores y planes médicos, cambios en coberturas de planes médicos y su asociación con el bienestar de los pacientes. En muchas ocasiones el impacto de estos sucesos se documenta en los medios de comunicación por grupos que sienten y/o sufren el impacto de esos cambios pero que no se pueden generalizar porque el número de involucrados en comparación con la totalidad del censo de pacientes en ese momento histórico es un porcentaje considerablemente bajo.

b. De igual forma, las investigaciones que se abren en su momento ante las agencias pertinentes muchas veces coinciden en el mismo resultado porque los cambios se hacen dentro del marco regulatorio estatal y federal, por lo que no se determina incumplimiento de ninguna de las partes. En muchas ocasiones la determinación culmina con un llamado a trabajar con mayor sensibilidad estos procesos.

c. Agencias como Quality Insight Renal Network 3, Procurador del Paciente, QIPRO, CMS todas tienen oficinas y protocolos para atender situaciones con los pacientes, el dilema es que las querellas o situaciones muchas veces los pacientes no las concretan con las mismas.

d. El dilema de muchas decisiones tomadas por proveedores o aseguradoras de salud radica en que previo a realizar sus acuerdos contractuales no buscan la información existente sobre la población a nivel epidemiológico con las agencias que les pueden ayudar a tomar acciones adecuadas, ordenadas y planificadas.

3. La existencia de suficientes profesionales de la salud y unidades de tratamiento para atender esta población.

a. Actualmente uno de los grandes retos que enfrentamos en el área de salud renal es la existencia de profesionales de salud capacitados. Al igual que otros campos de la medicina, la nefrología es un campo especializado que conlleva años de estudios adicionales y/o certificaciones que no necesariamente se ofrecen en la Isla. El número de residentes que escogen y se gradúan de nefrología como especialidad se limita a un promedio de 2 a 3 por año. De estos tal vez uno se queda en la Isla. En adición, el número de nefrólogos en etapa cercana a su retiro es elevado. Cuando discutimos la enfermería en nefrología nos encontramos poca disponibilidad de certificaciones renales para enfermeras en la Isla al igual que la oferta de adiestramientos y educaciones continuas son limitados. En ocasiones las corporaciones deben enviar sus empleados a adiestramientos en Estados Unidos. Cada corporación ofrece la preparación inicial a las enfermeras que contrata, pero ese proceso no está regulado o estandarizado.

b. En cuanto a unidades de tratamiento para atender esta población, en Puerto Rico tenemos 49 unidades de las cuales una es pediátrica y ubica en el Centro Médico de Río Piedras. El censo de pacientes en diálisis para marzo de 2019 era de 6202 pacientes.

4. Si los profesionales de la salud y unidades de tratamiento están distribuidos de forma proporcional por regiones de alta incidencia.

a. La oficina de SARAFS en su reglamento para la otorgación de certificados de necesidad estipula:

i. Se considerará la necesidad de establecer un Centro de Diálisis Renal nuevo cuando los Centros de Diálisis Renal establecidos en el área/región de servicios aplicable estén operando tres (3) turnos, con un ochenta (80) por ciento de utilización sobre una base anual.

ii. Todo Centro de Diálisis Renal existente deberá estar operando un mínimo de dos (2) turnos diarios, seis (6) veces por semana. Cada turno tendrá un promedio de tres (3) a cuatro (4) horas por tratamiento.

iii. Todo Centro de Diálisis Renal deberá contar con no menos de quince (15) estaciones de hemodiálisis.

iv. Todo Centro de Diálisis Renal deberá estar localizado a una distancia en tiempo no mayor de quince (15) minutos de un hospital con el cual deberá tener un acuerdo de apoyo.

v. La necesidad existente para un Centro de Diálisis Renal estará basada en la tasa de incidencia y prevalencia de pacientes con enfermedades renales permanentes para el año pertinente y en el área/región de servicio aplicable. Esta necesidad deberá poderse validar con el Consejo Renal de Puerto Rico o cualquier otra entidad reconocida que disponga de estadísticas de la incidencia de enfermedades renales en Puerto Rico.

vi. Para aprobar cualquier aumento en el número de estaciones autorizadas en el Centro de Diálisis Renal existente, se tendrá que demostrar que el mismo no conlleva un exceso de oferta para el área/región de servicio aplicable.

5. La posibilidad de crear un registro de personas con problemas renales con el propósito de que el Departamento de Salud y organizaciones expertas en el tema tengan un banco de datos sobre la incidencia, mortalidad y acceso a servicios de salud renal.

a. Esta idea del Registro ha sido promovida por el Consejo Renal de Puerto Rico desde el año 2010. Actualmente se han iniciado procesos dirigidos a concretar ese Registro. Existe un proyecto presentado por la Comisión de Salud del Senado a tales fines. El Consejo Renal de Puerto Rico conserva la ponencia sometida en el 2018 al respecto.

Estos culminan, aclarando que los pacientes renales son todos aquellos que se encuentran en estadios tempranos de la enfermedad, hasta aquellos que reciben un trasplante. Es meritorio aclarar también que los servicios que requiere un paciente renal está muy alineado a la etapa de la enfermedad en la que se encuentra, estos son los pacientes en estadios tempranos se encuentran aún más vulnerables ya que los recursos disponibles son más escasos. Estos le dan la bienvenida a todo tipo de investigación que redunde en beneficio para los pacientes renales y sus familias

El Departamento de Salud (OPP), nos informa que luego de revisar la medida y contar con el análisis de la División de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas del Departamento de Salud, expresan que la enfermedad renal crónica (ERC) consta de cinco (5) etapas (estadios). La primera y segunda etapa de la ERC existe daño renal, pero en esta etapa no presentan signos o síntomas de la enfermedad, o los síntomas que presentan pudieran confundirse con otras enfermedades. Es a partir de la tercera etapa

que se presentan los síntomas claros que podrían alertar sobre la insuficiencia en la función renal y en la quinta etapa se denomina enfermedad renal terminal (ERT) y requiere que la persona se realice diálisis o el trasplante de riñón. Existen varias medidas para cuantificar la magnitud de una enfermedad y la carga de esta en la población.

Para el Departamento de Salud según lo comentado anteriormente, recomiendan a:

1. Realizar un estudio epidemiológico para evaluar la carga de esta enfermedad en la población, tomando en consideración como criterio de inclusión solo de la etapa 3 en adelante, Un estudio epidemiológico incluiría otras medidas que no son consideradas solamente en el estudio propuesto.

2. Considerar el propósito del estudio y para que fines se estará utilizando la información generada por el estudio. Por ejemplo, tomando en consideración que la diabetes y la hipertensión son los principales factores de riesgo para el desarrollo de la ERC, se podrían realizar estudios sobre el riesgo de desarrollar ERC en la vida (lifetime risk) y basado en los resultados establecer política pública enfocada en la prevención. Si el propósito es aumentar la cantidad de personas que son diagnosticadas en etapas tempranas y reciben tratamiento oportuno, el tipo de estudio que debiera realizarse sería uno enfocado principalmente en la política pública actual sobre los criterios para requerir las pruebas de cernimiento, la cobertura por parte de los planes médicos de estas pruebas, accesibilidad a servicios médicos, etcétera.

3. A continuación, algunas recomendaciones concretas que deben tomarse en consideración si se fuera a realizar cualquier tipo de estudio epidemiológico:

a. Identificar los recursos humanos con las capacidades y credenciales para realizar un estudio epidemiológico.

b. Establecer claramente el propósito del estudio, el diseño propuesto y la metodología a utilizar.

c. Especificar los estadios de ERC que se incluirían en el estudio y las definiciones de caso.

d. Identificar las fuentes de datos disponibles y accesibles.

e. Identificar colaboradores claves para el desarrollo e implementación del estudio.

f. Identificar la fuente de financiación para el estudio.

Para finalizar indican que en el quinto punto de la Sección 2 de la resolución indica: "la posibilidad de crear un registro de personas con problemas renales con el propósito de que el Departamento de Salud y organizaciones expertas en el tema tengan un banco de datos sobre la incidencia, mortalidad y acceso a servicios de salud renal." Estos señalan que la creación y el mantenimiento de un registro de personas con problemas renales conllevaría un costo y que de someterse legislación para el mismo sea integrado a una entidad pública tendrá que venir acompañado de recursos económicos.

RECOMENDACIONES

La Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico luego de la información recopilada durante el proceso legislativo, realiza las siguientes recomendaciones:

1. El Departamento de Salud deberá tener un registro de pacientes renales como fue propuesto mediante el Proyecto del Senado 772.
2. La Administración de Seguros de Salud debería rendir un informe en la que se evalúe si la cantidad de Centros de Diálisis por pueblo responde a la necesidad de los pacientes existentes por pueblo o región y así determinar si existe un alto volumen de pacientes en algún área específica que pueda incidir o afectar negativamente en la calidad y disponibilidad de los diferentes tratamientos hacia estos.
3. Promover que el Consejo Renal de Puerto Rico, continúe la recopilación de datos e información de los pacientes con enfermedades renal.

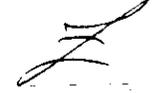
CONCLUSIÓN

Esta Asamblea Legislativa reconoce el drástico aumento de la población con diagnósticos renales en Puerto Rico. Igualmente reconoce la importancia de un diagnóstico temprano y lo que representa en término de los riesgos de mortalidad de los pacientes.

A tenor con lo anterior, la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, presentan este Informe Final y recomiendan la aprobación de la **Resolución del Senado 154**.

Respetuosamente sometido,


Hon. Ángel Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

GOBIERNO DE PUERTO RICO18^{va} Asamblea
Legislativa**ORIGINAL**6ta. Sesión
Ordinaria**SENADO DE PUERTO RICO**


 [Illegible text]
R. del S. 425**INFORME FINAL**

19 de septiembre de 2019

AL SENADO DE PUERTO RICO

La Comisión de Bienestar Social y Asuntos de la Familia del Senado de Puerto Rico, tras haber estudiado y considerado la presente medida de conformidad con las disposiciones del Reglamento del Senado, emite el presente informe sobre la R. del S. 425.

ALCANCE DE LA MEDIDA

La Resolución del Senado Número 425 ordenó a la Comisión de Bienestar Social y Asuntos de la Familia del Senado de Puerto Rico realizar una investigación sobre los mecanismos utilizados por el Departamento de la Familia de Puerto Rico, en el manejo de querellas de maltrato tanto de menores como de personas de edad avanzada.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Según establecido en la Exposición de Motivos de la R. del S. 425, el maltrato físico y emocional de menores y personas de edad avanzada es un alarmante problema de salud pública. Ante este inquietante problema resulta preocupante que los datos sobre la incidencia de maltrato infantil en la Isla aparentan no estar actualizados. De ser correcto, esto implicaría que no existe una estructura apropiada para identificar las edades de las

víctimas, las zonas geográficas donde residen y demás variables útiles para distribuir los recursos de la agencia.

Sin lugar a dudas, la recopilación de datos por el Departamento de la Familia es altamente prioritaria, y al menos deben conformar una data preliminar que incluya el momento en que entra una llamada alertando sobre aparente maltrato, la dirección, edades, y la región a la que pertenece. Sin esto, no es posible que se mantenga un servicio a la ciudadanía de prevención y atención del maltrato físico y emocional a nuestros niños y personas de edad avanzada, asunto que además de ser primordial es un deber ministerial de la referida agencia.

Así pues, es menester investigar por parte de este Alto Cuerpo Legislativo de qué manera el Departamento de la Familia procede para obtener y actualizar los datos actuales de maltrato. No podemos olvidar que la Ley 246-2011, mejor conocida como "Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores", al igual que la Ley Núm. 121 de 12 de julio de 1986, según enmendada, conocida como la "Carta de Derecho de las Personas de Edad Avanzada"; establecen que será política pública del Gobierno de Puerto Rico, a través del Departamento de la Familia, entre otras agencias, la protección, seguridad e integridad física de nuestros niños y personas de mayor edad.

Para el análisis de la presente medida, la Comisión de Bienestar Social y Asuntos de la Familia del Senado de Puerto Rico solicitó de agencias y entidades con el conocimiento técnico y especializado en el tema sus ponencias o memoriales explicativos, incluyendo al Departamento de la Familia de Puerto Rico. Hasta el momento han contestado tres (3), a saber:

Departamento de Justicia de Puerto Rico:

Comparece representada por su Ex Secretaria, hoy Gobernadora de Puerto Rico, Hon. Wanda Vázquez Garced.

Nos explica la Secretaria en su ponencia que el poder de investigar de la Asamblea Legislativa emana del Artículo III, Secciones 1 y 17 nuestra Constitución; y es un poder indispensable e inseparable de la facultad para legislar. Esta facultad investigativa de la Legislatura se ejerce, de ordinario, a través de sus Comisiones.

Explica el alcance de la Ley Núm. 121 de 12 de julio de 1986, según enmendada, "Carta de Derechos de la Persona de Edad Avanzada"; y de la Ley Núm. 246-2011, según enmendada, "Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores. Nos ilustra sobre los derechos de ambas poblaciones y los deberes y obligaciones del Estado de proteger los mismos. El Departamento de Justicia no identificó impedimento legal que impida la aprobación de la Resolución bajo análisis.

No obstante, recomiendan que en la Exposición de Motivos de la Resolución se corrija la cita de la Ley Núm. 121, donde se plasmó: "Ley 121-1986", debe escribirse "Ley 121 de 12 de julio de 1986", según establecido en la Ley Núm. 136-2011.

Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada de Puerto Rico:

Comparece representada por su Procuradora, Dra. Carmen D. Sánchez Salgado, Ph.D.

Luego de explicar los deberes y facultades de su agencia, indica que apoya la iniciativa propuesta en la medida. Favorece los esfuerzos que persigan proveer a personas de edad avanzada el mayor grado de bienestar y avalan el que se lleven a cabo investigaciones que redunden en procurar la garantía de derechos de esta población, en particular atender el maltrato hacia estas.

Indica la Procuradora que luego del paso del huracán María en el mes de septiembre de 2017, ocurrió una migración masiva de personas en edades productivas hacia los Estados Unidos. Éste evento migratorio tiene un impacto en el aumento de la proporción de personas mayores de 60 años en Puerto Rico, dado que la migración es una de las variables que impacta el crecimiento de la población de edad avanzada

Añade que el aumento potencial y actual de la población de edad avanzada presenta un reto en la provisión de servicios sociales y de salud a medida que el sector frágil y dependiente del va en aumento. Este reto es aún mayor para el Departamento de la Familia, quien es responsable de atender la situación de maltrato hacia la población. A la par con el crecimiento de esta población, acontecer aumento de maltrato en su contra.

Nos informa que, durante los meses de octubre de 2017 a septiembre de 2018, en la Unidad de Protección y Defensa de la Procuraduría, se recibieron un total de 10,889 querellas de maltrato y querellas de delito, siendo las más comunes la negligencia y la explotación financiera. La Procuraduría Auxiliar de Protección y Defensa, durante el año 2016-2017, sometió al foro administrativo contra la Administración de Familias y Niños del Departamento de la Familia (ADFAN) por 1,130 referidos de servicios de protección **sin acción tomada**. En el año 2017-2018, se sometió al foro administrativo un caso contra ADFAN por 838 referidos de servicios de protección sin acción tomada, de los cuales 172 referidos eran casos de emergencia.

El Programa Estatal del Procurador de Cuidado de Larga Duración está dirigido a defender los derechos de los residentes de hogares comúnmente conocidos como asilos. Éste programa culminó el año fiscal 2018 impactando a los 776 establecimientos de cuidado de larga duración. Durante ese año se recibieron 4,249 querellas de maltrato institucional y se realizaron 242 comparecencias a tribunales en protección de los residentes de las facilidades de cuidado de larga duración al amparo de la ley 121, Carta de Derechos de Personas de Edad Avanzada. Haciendo uso de la facultad cuasi judicial y del foro administrativo de la Oficina del Procurador, en el 2016-2017 se radicó una querella Contra el Departamento de la Familia (Unidad de Licenciamiento), que implicaba 298 casos contra hogares que incluían querella sobre instituciones operando con exceso de matrícula permitidas, violaciones de derechos a los residentes, ingresos involuntarios, en cumplimiento con los requisitos de licencias y reglamentos, entre otros.

Culmina indicando la Procuradora que, considerando el aumento poblacional antes mencionado y los cambios en la estructura familiar, anticipa que el problema de

abuso y maltrato a la población de edad avanzada se agudizará. Por ende, se hace indispensable tomar medidas para salvaguardar los derechos y bienestar de la población de edad avanzada. **Lamentablemente, no incluyó recomendaciones específicas sobre qué medidas pudieran establecerse.**

Oficina del Procurador del Ciudadano de Puerto Rico (OMBUDSMAN):

Comparece mediante ponencia suscrita por su Procurador Interino, Sr. Rolando J. Meléndez Aponte.

Nos informa el procurador interino que en el pasado hubo intentos de investigar el proceder del departamento de la familia en cuanto a querellas radicadas en casos de menores. Su esfuerzo no tuvo frutos dado que el departamento de la familia negó acceso a información a la Oficina del Procurador, basándose en su interpretación del artículo 27(e) de la Ley 177, *supra*.

Plantea el Procurador Interino que es su parecer que cuando familiares o incluso el propio menor, solicitar la intervención de la Procuraduría, los menores envueltos ya han sido identificados. Ello debe interpretarse como una autorización o aprobación de parte, ya sean padres o tutores, al acceso de los expedientes en el cual se reclama una acción administrativa de la agencia como errónea, injusta, arbitraria o en contra de los reglamentos, leyes o políticas públicas establecidas. En ese sentido, los expedientes, en cuanto al propósito que busca el establecimiento del manto de confidencialidad a los expedientes de menores en la ley número 177, *supra*, no contienen información adicional que no tengan los ciudadanos que radican ante el OMBUDSMAN su reclamación y previamente la hayan provisto.

Expone el procurador interino que, de no aprobarse legislación, con un lenguaje que autorice a la procuraduría a verificar expedientes de los menores afectados por la acción gubernamental, en el descargue de su responsabilidad, las investigaciones que realice la Procuraduría corren el riesgo de quedar trucas o incompletas. Por ello,

entiende que las intervenciones de su oficina en casos de menores traídos a su atención han sido limitadas, y por consiguiente, su aportación a la investigación que se crea mediante la presente medida legislativa es mínima.

Concluye que cuando dicha restricción no está presente, como el caso de las personas de edad avanzada, la efectividad de su oficina ha sido notable. En estos casos, la oficina del procurador del ciudadano así lo que me obliga a la movilización de otros componentes del gobierno incluyendo aquellos con jurisdicción para con dichos casos como lo son la oficina del Procurador de Edad Avanzada y seguimiento a los procesos ante los Tribunales.

Departamento de la Familia de Puerto Rico:

Comparece el memorial suscrito por su Secretaria, Lcda. Glorimar Andújar Matos.

Explica la Secretaria el deber ministerial y las funciones de la Administración de Familias y Niños (ADFAN). Es un componente importante donde se recopilan datos de querellas, protección y cuidados de menores, adultos mayores o con diversidad funcional. Desde el año 2002, se implantó el Sistema de Información de Registro Central y Servicios, para registrar en una base de datos centralizada las llamadas de incidentes de maltrato a menores que se reciben a través del centro de llamadas de la ADFAN. Éste permitió transferir los referidos a unidades de investigaciones y oficinas locales, para documentar el proceso de investigación.

Luego, en el año 2006, la fan llevó a cabo el proyecto del sistema de información de cuidado sustituto de adopción; un sistema centralizado para recopilar el estatus, la demografía, localización, metas y objetivos para los niños en cuidado sustituto y adopción. Éste sistema se implantó también en todas las oficinas locales, con el propósito de ayudar al trabajador social en las funciones requeridas por los Programas de Cuidado Sustituto y Adopción para apoyar la producción de informes estatales y federales. El

AMS

proyecto consiste en la transferencia de configuración en Puerto Rico del sistema de manejo de casos para el bienestar del niño utilizado en el estado de Wisconsin.

Ya en 2016, nos explica la Secretaria se implantó un nuevo Sistema Integrado de Manejo de Casos para ser utilizado por los investigadores y trabajadores sociales de la (ADFAN). La implantación del sistema permite recibir los referidos que se obtienen a través de la línea directa para situaciones de maltrato, maltrato institucional, negligencia y negligencia institucional. Además, en el mismo se documentan investigaciones y sus resultados, y se manejan casos activos desde las oficinas. En la misma plataforma tecnológica se recopilan también datos de las características demográficas, ubicaciones y planes de permanencia de los menores que están o estuvieron en cuidado sustituto durante los pasados doce (12) meses.

Esta plataforma permite al departamento dar acceso al personal de agencias privadas tales como los Centros Integrados para Manejo de Víctimas de Abuso Sexual y la agencia federal Homeland Security Immigration, con el propósito del intercambio de información en beneficio del servicio que ofrecen a las víctimas. El sistema fue diseñado para cumplir con todas las capacidades mencionadas y actualmente se encuentra en el proceso de identificar mejoras que faciliten al usuario la documentación de sus casos de forma más ágil y efectiva.

Añade la secretaria que ya el 2017 estableció un comité a nivel central de asesoramiento y apoyo que ofrece seguimiento a través de un plan de trabajo agresivo para evaluar el trabajar en los incidentes reportados a nivel isla. Éste comité recibe todos los incidentes de los usuarios, los clasifica y los maneja según la prioridad asignada. La atención de los incidentes reportados a incidido en mejoras en la aplicación y la toma de datos. Los trabajos del comité permitido crear informes que han sido a su vez enviados al gobierno federal y se han generado del sistema integrado de manejo de casos del Departamento.

Nos explica además la Secretaria que en la administración auxiliar de servicios a personas de edad avanzada y adultos con impedimentos los datos estadísticos del

programa de servicios adultos se recogen a través de varios formularios de acuerdo a los servicios que se ofrecen en cada agencia. Por ejemplo, se realizan informes estadísticos mensuales que recogen datos de servicios de orientación protección auxiliares en el lugar y cuidado sustitutos. Los datos se recogen por género y edad, condiciones de salud, servicios de corta duración, violencia, tipologías de maltrato entre otros. También se recogen informes estadísticos mensuales sobre maltratos institucionales recibidos y las acciones tomadas en cada referido; e informes de Centros de Servicios de Actividades Múltiples para Personas de Edad Avanzada con detalle sobre servicios de orientación, alimentación, protección, enfermería, trabajo del caso, entre otros.

Con la inclusión del Programa de Servicios a Adultos en la implantación del sistema mecanizado mencionado, en la ADFAN se recogen datos tanto de menores como de personas de edad avanzada y adultos con impedimentos. En el caso de personas de edad avanzada y adultos con impedimentos, la Administración Auxiliar de Servicios a Personas de Edad Avanzada prepara la programación para recoger mucha información de los casos atendidos en el sistema, detallados en la ponencia.

Concluye la secretaria que el departamento continúa trabajando en concientizar a nuestra población sobre el aumento de la población de edad avanzada y adultos con impedimentos, la responsabilidad familiar y social que ello conlleva. Añade que identificó recursos fiscales para hacer un reclutamiento de cien (100) trabajadores sociales adicionales para el área de adultos.

IMPACTO FISCAL

La Comisión suscribiente entiende que esta Resolución, según fue redactada, no tiene impacto fiscal sobre las finanzas del Gobierno de Puerto Rico, sus instrumentalidades o municipios, que requiera alguna asignación presupuestaria por parte del Estado.

CONCLUSIÓN

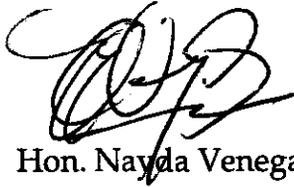
La presente Resolución ordenó a nuestra Comisión a realizar una investigación sobre los mecanismos utilizados por el Departamento de la Familia de Puerto Rico, en el manejo de querellas de maltrato tanto de menores como de personas de edad avanzada. Recibimos ponencia detallada del Departamento de la Familia, donde su Secretaria explica extensamente las gestiones e iniciativas llevadas a cabo en el trámite de querellas y como se canalizan las mismas desde las oficinas regionales al nivel central y viceversa. Además, fue explicado el enlace del Departamento con entidades privadas, estatales y federales; los sistemas utilizados por ellos para compartir información y la forma en que se obtienen y actualizan los datos de maltrato. Nos informó además que identificó recursos fiscales para hacer un reclutamiento de cien (100) trabajadores sociales adicionales para el área de adultos, herramienta más que necesaria para agilizar el trámite de las querellas y la supervisión de hogares para niños y adultos.

En cuanto al Procurador del Ciudadano (OMBUDSMAN) y a la Procuraduría de Personas de Edad Avanzada, fuimos ilustrados con un detalle de gestiones realizadas por cada agencia en beneficio de las personas de mayor edad. Entre las gestiones realizadas podemos mencionar la radicación de casos a nivel administrativo, investigación de estatus de querellas radicadas ante el Departamento de la Familia, y el seguimiento de trámites ante tribunales.

Recomendamos referir al Departamento de la Familia las ponencias tanto del OMBUDSMAN como de la Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada, para que con la información vertida en sus ponencias se continúe mejorando los servicios que ofrecen a nuestros niños y personas de mayor edad.

A tenor con lo anterior, la Comisión de Bienestar Social y Asuntos de la Familia del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, y en el entendido de haber culminado con la tarea delegada, somete al Pleno del Senado de Puerto Rico este informe investigativo, con los hallazgos y recomendaciones incluidos en el mismo.

Respetuosamente sometido,



Hon. Nayda Venegas Brown

Presidenta

Comisión Bienestar Social y Asuntos de la Familia

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18^{va} Asamblea
Legislativa

ORIGINAL

6^{ta} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. del S. 952

INFORME FINAL

20 de septiembre de 2019

AL SENADO DE PUERTO RICO

La **Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico**, somete a este Alto Cuerpo el **Informe Final** de la Resolución del Senado 952, con sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

ALCANCE DE LA MEDIDA

La Resolución del Senado 952, ordena a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, realizar una investigación exhaustiva sobre la calidad, eficiencia, efectividad, y accesibilidad de los servicios médicos-hospitalarios ofrecidos en el Hospital Psiquiátrico Forense de Ponce.

La exposición de motivos de la medida detalla que la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) tiene bajo mandato estatutario la responsabilidad de velar por el ofrecimiento de servicios de salud a los fines de asegurar a todos los pacientes beneficiarios la más alta calidad de prestación de servicios, y proteger los mejores intereses de los pacientes afectados.

Sin embargo, desde hace más de un lustro, la prensa de Puerto Rico ha reseñado importantes señalamientos sobre el estado crítico que impera en el Hospital Psiquiátrico Forense de Ponce. Información vertida por los pacientes durante el año 2011 detallaron sobre la falta de personal especializado, escasez de medicamentos y facilidades en condiciones no aptas para su uso. De igual forma, se abordaba la grave situación de ausentismo de empleados que reclamaban estar sobrecargados de trabajo.

Años posteriores nos percatamos que la situación no ha cambiado del todo. Durante el año 2015, un rotativo detalló las circunstancias que imperaban en el hospital

para aquel entonces. En ese momento, dos (2) especialistas psiquiátricos, contratados a tiempo parcial, ofrecían sus servicios para un total de ciento sesenta y seis (166) pacientes reclusos en el lugar. Esto no solo presenta una carga excesiva de trabajo para los galenos, sino que la cantidad de pacientes atendidos sobrepasaban el máximo autorizado por licencia que les concede el Departamento de Salud de ciento veinticinco (125) pacientes. Además, notas periodísticas del año 2017 recogen preocupaciones adicionales sobre el estado de los pisos, tuberías tapadas y hacinamiento de pacientes. Esta precaria situación coloca a pacientes y familiares a expresar que “el hospital tiene más problemas que el beneficio que le da a los pacientes”.

Concluye la parte expositiva que todo lo anterior es evidencia clara y contundente de la necesidad de intervención inmediata de parte de las autoridades correspondientes para subsanar y garantizar la calidad de servicios ofrecidos a esta comunidad de pacientes. Así las cosas, ante la pasada y presente situación denotada en el hospital, este Senado considera necesario constatar si la institución hospitalaria está apta para ejercer funciones, y servir a pacientes cuya necesidad de prestación de servicios de excelencia es crítica para su bienestar físico, mental y emocional. Sirva esta investigación legislativa para auscultar posibles soluciones y priorizar recursos, según las necesidades de cada centro hospitalario psiquiátrico.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Para la evaluación de esta Resolución nuestra Comisión solicitó memoriales explicativos al Departamento de Salud, la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP), la Oficina del Procurador del Paciente (OPP), al Departamento de Corrección y Rehabilitación, la Oficina de Administración de Tribunales y al Hospital Psiquiátrico Forense de Ponce.

El **Departamento de Salud** expresó en su memorial explicativo que contó con el insumo de la Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS). Señala que ASSMCA está adscrita al Departamento de Salud, sin embargo, posee personalidad jurídica propia, capacidad para demandar y ser demandada, así como autonomía fiscal y administrativa. Por consiguiente, para todo fin práctico, la ASSMCA es una agencia distinta y separada al Departamento de Salud.

Indican que ASSMCA tiene a su cargo varias facilidades dirigidas a atender la población con necesidad de servicios hospitalarios para pacientes de salud mental. Entre estas facilidades se encuentran el Hospital de Psiquiatría Forense de Río Piedras, el Hospital de Psiquiatría de Río Piedras Dr. Ramón Fernández Marina y el Hospital de Psiquiatría Forense de Ponce.

El Departamento mantiene una Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS) que está encargada de licenciar y

supervisar farmacias, laboratorios y otras facilidades de salud, incluyendo hospitales. La SARAFS constituye el brazo operacional del Departamento de Salud en cuanto a la inspección, licenciamiento y regulación de hospitales de salud mental.

Sostienen que funcionarios del Departamento de Salud han realizado inspecciones al Hospital de Psiquiatría Forense en Ponce que datan de 2016. Como producto de dichas inspecciones, los funcionarios de la División de Instituciones de Salud de la SARAFS generaron un informe con los señalamientos de posibles deficiencias encontradas en el lugar. Por otro lado, el 13 de junio de 2016, el Lcdo. Nemuel O. Artilles Montalvo, Administrador de ese hospital, presentó su plan correctivo, el cual cubrió las deficiencias señaladas. El Departamento de Salud participó, además, en la inspección ocular que esta Honorable Comisión realizó el 30 de agosto de 2017, en virtud de la Resolución del Senado 75.

El Departamento sostiene que más recientemente, la SARAFS realizó una nueva inspección el pasado 1 de marzo de 2019, al Hospital de Psiquiatría Forense de Ponce. Dicha visita fue ordenada por la Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada y coordinada a través de la Oficina de Asesores Legales del Departamento de Salud. Como resultado de dicha inspección, la SARAFS generó un informe de deficiencias con instrucciones correspondientes para trabajar el plan correctivo. Dicho informe fue entregado a la mano, el pasado 14 de marzo de 2019, a la Lcda. Luz M. Torres Ríos, del Hospital de Psiquiatría Forense de Ponce.

El Departamento de Salud también destacó que es importante aclarar que este es el único hospital forense, donde pueden y deben ubicarse pacientes de salud mental que enfrentan procedimientos criminales en los tribunales de Puerto Rico. Detallan que aquellas personas que el Psiquiatra del Estado entiende no son procesables bajo la Regla 240 de Procedimiento Criminal, así como, aquellos casos en los que el imputado fuere absuelto por razón de incapacidad mental y el tribunal tiene base razonable para creer que es necesaria la imposición de la medida de seguridad por razón de su peligrosidad (bajo la Regla 241 de Procedimiento Criminal) son usualmente, ubicados dentro de esa facilidad, por lo que la misma rinde un servicio imprescindible.

El Departamento de Salud indica que ha cumplido en el pasado y continúa cumpliendo con su responsabilidad de asegurar que toda facilidad de salud, incluyendo los hospitales psiquiátricos del estado, brinden servicios de la más alta calidad y se encuentren en cumplimiento con toda normativa aplicable. Resaltan que todas las facilidades hospitalarias del estado, así como otros programas residenciales, operan ya al máximo de su capacidad y que sólo una inversión económica considerable puede garantizar que se continúen prestando los servicios médicos y de salud mental en el mencionado hospital.

La **Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)** expone en su memorial explicativo un trasfondo histórico y legal sobre los servicios de salud mental en Puerto Rico. Añaden que administra dos hospitales psiquiátricos y dos hospitales forenses, también ofrece servicios a la comunidad en general. Los servicios ofrecidos por ASSMCA se dividen en servicios de prevención y servicios de tratamiento.

Explican que al presente no existe ley que disponga las funciones y responsabilidades de un Hospital de Psiquiatría Forense, solamente se menciona en el Artículo 3.04 de la Ley Núm. 408-2000, según enmendada, conocida como la Ley de Salud Mental de Puerto Rico. Explican que la Ley Núm. 101 del 26 de junio del 1965, según enmendada, conocida como la "Ley de Facilidades de Salud" define los tipos de hospitales. En su Art. 2, inciso 14, dispone que: "Hospital Mental" significa un hospital para el diagnóstico y tratamiento comprensivo de pacientes con enfermedad mental. Esta legislación tampoco incluye entre sus definiciones a los Hospitales Psiquiátrico Forenses.

ASSMCA aclara que en los periodos a los que se hace referencia en la Resolución, la ASSMCA no fungía bajo la misma administradora, por lo que no se encuentran en posición de argumentar en cuanto a ello. No obstante, pueden contestar a los señalamientos y las condiciones del Hospital Psiquiátrico Forense de Ponce a inicios del año 2017; el cual encontraron con grandes retos en calidad, eficiencia, efectividad y accesibilidad de servicios médicos hospitalarios que ofrecían. Para esto, indican que se estableció un plan de trabajo para corregir las deficiencias y tomar medidas cautelares administrativas para maximizar la oferta de servicios con las limitaciones presupuestarias actuales.

La Administración menciona que para el año 2017, una de las deficiencias encontradas era la falta de personal especializado y el ausentismo de empleados. Explican que el término "profesional de la salud mental", según definido por la Ley 408, significa "los profesionales de diversas disciplinas y niveles de preparación académica relacionados a la salud mental que proveen servicios y que cumplen con las leyes de Puerto Rico para ejercer su profesión.

ASSMCA cuenta en el Hospital de Psiquiatría Forense con el personal o profesionales de la salud mental incluyendo Psiquiatras, Psicólogos Clínicos, Trabajadores Sociales, Enfermeras graduadas, Licenciada en Farmacia (Farmacéutica), Terapistas físicas, entre otros. En cuanto a los Psiquiatras, sostienen que existe un problema de difícil reclutamiento de estos. Con relación a otros tipos de facultativos de la salud, ASSMCA sostiene que ha solicitado reiteradamente que se les dispense y autorice la contratación. Sin embargo, dichas peticiones se han denegado por Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP).

Mencionan que debido a la crisis fiscal que enfrenta el Gobierno de Puerto Rico y a la implementación de la Ley Federal PROMESA, se ha aprobado legislación que prohíben la contratación de empleado públicos y de servicios profesionales; las cuales impactaron los recursos humanos disponibles en su Agencia.

ANS
La segunda deficiencia mencionada fue que las facilidades no eran aptas para uso. En cuanto a la referencia sobre notas periodísticas del año 2017 relacionadas a preocupaciones sobre las condiciones de planta física tales como pisos y tuberías tapadas, informan que para el año 2017 el Hospital Forense de Ponce enfrentaba esta problemática, Sin embargo, se realizó un plan de trabajo correctivo y los hallazgos se atendieron y corrigieron.

Destacan que la mayoría de los señalamientos relacionados a planta física obedecen a que el Hospital Psiquiátrico Forense de Ponce es un edificio de una arquitectura antigua. Informan que el 16 de febrero de 1963, se inauguraron las primeras instalaciones del Hospital de Psiquiatría de Ponce junto a su Clínica Externa. En el año 2000, por necesidad de servicios, de ser un Hospital de Psiquiatría General, se convierte en un Hospital de Psiquiatría Forense.

Por otro lado, explican que los señalamientos del año 2017 son en una fecha muy cercana al paso del Huracán María por la Isla, el cual azotó fuertemente el hospital, afectando su planta física y estructuras. Explican que la mayoría de los señalamientos de planta física y estructuras constituyen mejoras permanentes que son sumamente onerosas y que no cuentan en estos momentos con el presupuesto disponible para llevar a cabo las correcciones de inmediato.

Añaden, que se reclamaron los daños ocasionados por el Huracán María, por lo que informan que las mejoras y reparaciones de planta física y estructuras son parte del Plan de trabajo de la *Federal Emergency Management Agency* (FEMA).

Señala otro de los señalamientos encontrados fue un exceso en el censo de pacientes según autorizados por las licencias. Detallan que las alzas en los censos del Hospital Forense se deben a las múltiples órdenes de ingreso expedidas por los diferentes Tribunales de la Isla y la recomendación de los Psiquiatras Forenses peritos de los Tribunales que solamente recomiendan que los imputados sean ubicados en los Hospitales Psiquiátricos Forenses de la ASSMCA, esto a pesar de que la ASSMCA, ofrece otras alternativas de tratamiento.

Sostienen que luego de las decisiones de los tribunales sobre las determinaciones bajo las Reglas 240 y 241 de Procedimiento Criminal ordenando el ingreso de pacientes a los hospitales civiles, ha habido un aumento exponencial en la ocupación de estos hospitales requiriendo mayor cantidad de personal. Esto ha requerido que todos los

recursos de la Agencia, incluyendo los legales, sean dirigidos para atender estas situaciones.

La Regla 240 de Procedimiento Criminal, supra, dispone lo siguiente:

Regla 240. Capacidad mental del acusado; procedimiento para determinarla

(a) Vista; peritos. En cualquier momento después de presentada la acusación o denuncia y antes de dictarse la sentencia, si el tribunal tuviere base razonable para creer que el acusado está mentalmente incapacitado, inmediatamente suspenderá los procedimientos y señalará una vista para determinar el estado mental del acusado. Deberá el tribunal designar uno o varios peritos para que examinen al acusado y declaren sobre su estado mental. Se practicará en la vista cualquier otra prueba pertinente que ofrezcan las partes.

(b) Efectos de la determinación. Si como resultado de la prueba el tribunal determinare que el acusado está mentalmente capacitado, continuará el proceso. Si el tribunal determinare lo contrario, podrá ordenar la reclusión del acusado en una institución adecuada. Si luego de así recluirse al acusado el tribunal tuviere base razonable para creer que el estado mental del acusado permite la continuación del proceso, citará a una nueva vista que se llevará a cabo de acuerdo con lo provisto en el inciso (a) de esta regla, y determinará entonces si debe continuar el proceso.

(c) Fiadores; depósito. Si el tribunal ordenare la reclusión del acusado en una institución, según lo dispuesto en el inciso (b) de esta regla, quedarán exonerados sus fiadores, y de haberse verificado un depósito de acuerdo con la Regla 222, será devuelto a la persona que acreditare su autoridad para recibirlo.

(d) Procedimiento en la vista preliminar. Si el magistrado ante quien hubiere de celebrarse una vista preliminar tuviere base razonable para creer que el acusado está mentalmente incapacitado, suspenderá dicha vista y levantará un acta breve al efecto, de la cual dará traslado inmediato, con los demás documentos en autos, al secretario de la sala del Tribunal Superior correspondiente, ante la cual se celebrará una vista siguiendo lo dispuesto en el inciso (a) de esta regla. Si el tribunal determinare que el acusado está mentalmente capacitado, devolverá el expediente al magistrado o tribunal de origen, con su resolución, y los trámites de la vista preliminar continuarán hasta su terminación. Si el tribunal determinare lo contrario, actuará de conformidad con lo provisto

1115

en el inciso (b) de esta regla, sólo que a los efectos de la vista preliminar.
34 L.P.R.A. Ap. II.

Explican que del texto de la regla no surge disposición alguna relativa al período que podría estar recluido el acusado de delito en una institución adecuada recibiendo tratamiento cuando se ha determinado que no está procesable. Añaden que nuestro Tribunal Supremo ha expresado que el término procesabilidad se refiere a la capacidad mental del acusado al momento de enfrentarse a la naturaleza y al procedimiento criminal en su contra. De este modo, el acusado puede ayudar a su abogado para lograr una buena defensa.

Indican que la incapacidad mental de un acusado en cuanto a los procedimientos que habrá de enfrentar se visualiza por lo menos en dos situaciones distintas: (1) la incapacidad del acusado al momento de ocurrir los hechos, instante en el que nace su intención criminal y surge su responsabilidad penal, y (2) cuando el acusado, ya presentada la acusación o denuncia, va a ser sometido al proceso penal. Luego de una determinación de esa naturaleza, si el Tribunal tiene base razonable para creer que la condición mental del acusado permite la continuación del proceso, señalará una nueva vista en la que se dilucidará si debe continuar el procedimiento criminal en su contra.

Mencionan que uno de los efectos de una determinación de improcesabilidad, conforme a lo dispuesto en la Regla 240 es que el acusado permanecerá bajo la jurisdicción del tribunal. Otro de sus efectos es la suspensión del procedimiento criminal, en aras de salvaguardar el derecho del acusado hallado judicialmente improcesable a un juicio justo, a tenor con la cláusula constitucional de debido proceso de ley. Sostienen que un imputado, cuya condición mental le impide comprender la naturaleza y el objeto de los procedimientos en su contra para consultar con su abogado y ayudar en su defensa, no puede ser sometido a juicio, pues constituiría una violación a la cláusula constitucional de debido proceso de ley.

Esbozan que la suspensión del proceso criminal en virtud de una determinación de improcesabilidad pretende evitar la injusticia de requerirle a un acusado que enfrente un proceso criminal cuando éste no está mentalmente capacitado para ayudar en su defensa, lo cual podría culminar en una convicción errónea. Mediante la referida suspensión, se promueve la confianza de la ciudadanía en el sistema judicial criminal, conservando su dignidad e integridad, Ahora bien, un imputado o acusado no puede estar detenido indefinidamente en un hospital de psiquiatría. El Tribunal Supremo de Estados Unidos ha resuelto que un Imputado de delito hallado improcesable no debe estar recluido en un hospital de psiquiatría en exceso de un tiempo razonable.

Conforme a lo antes expuesto, ASSMCA entiende que el señalamiento sobre el exceso en el censo no está bajo su control absoluto. Manifiestan que los ingresos no son coordinados con la agencia, ni se verifica la disponibilidad de espacios. Indican que

han informado al Tribunal que no hay espacios disponibles y se le recomienda que, como medida de alternativa de tratamiento, sean internados en otras instalaciones del Estado, como lo es el Centro Médico Correccional de Bayamón del Departamento de Corrección, área de salud mental, a lo que surge el espacio en sus facilidades.

AMS
Expresan que tanto las Reglas de Procedimiento Criminal, el Código Penal de Puerto Rico del 2012, así como la Ley 408-2000, establecen que la internación o reclusión tiene que ser en una institución adecuada para su tratamiento. Consideran que los Tribunales establecen erróneamente que tienen que ingresarse en una instalación y/o hospital de la ASSMCA, Hospital Forense o del Estado.

Reconocen que la legislación no dispone ni define lo que constituye una institución adecuada, sin embargo, la responsabilidad de establecer o determinar si una institución es adecuada recae en la Rama Ejecutiva, a través, del área de licenciamiento del Departamento de Salud y la ASSMCA, quienes son las Agencias del Gobierno responsables de la otorgación de las correspondientes licencias.

Mencionan que el problema que enfrentan es que en la mayoría de los casos los pacientes no cuentan con recursos familiares que se responsabilicen de su seguimiento y del tratamiento en su hogar. Ante esta situación, aunque los pacientes no tengan criterios para continuar en tratamiento interno, ni exista evidencia fehaciente de que representen peligro a la sociedad, el Tribunal ordena que permanezcan internados en los Hospitales de la ASSMCA, o que sean ubicados en Hogares Transicionales certificados por la Agencia por constituir personas sin hogar.

Explican que los Hogares Transicionales certificados por la ASSMCA son privados, cobran por sus servicios y están llenos a capacidad. La Agencia no cuenta con los recursos económicos para atender esta demanda tan alta de casos. En la mayoría de los casos los Psiquiatras Forenses del Estado no recomiendan a los tribunales que se remuevan las medidas de seguridad, ya sea porque la persona no tiene hogar o porque no cuenta con recursos familiares que supervisen sus tratamientos en la libre comunidad, lo cual indudablemente provoca un exceso en la población.

Sostienen que han expuesto esta situación ante los foros judiciales, sobre lo que constituye o no una Institución Adecuada. Han enfatizado que no constituye una institución adecuada aquella que está en exceso de la capacidad y se opone, sin éxito, a que se ubiquen pacientes en sus facilidades cuando no hay espacio disponible.

Consideran que la situación que enfrenta, como organismo del Gobierno encargado de proveer servicios de salud mental, no es alentadora. Reconocen que los recursos del Estado no son ilimitados y en periodo de limitaciones económicas y fiscales, las agencias, instrumentalidades y corporaciones públicas del Gobierno de Puerto Rico han tenido que ofrecer los servicios a través de un ejercicio de sana

administración, utilizando estrategias creativas para que estos no se vean interrumpidos y, por consiguiente, los recipientes no se vean afectados.

La **Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP)** expresa que la medida no presenta asuntos de naturaleza gerencial, tecnológica o municipal que le corresponda, y que no representa un impacto fiscal adverso sobre los ingresos del Gobierno.

La OGP expresa que una vez la Comisión identifique recomendaciones e iniciativas que les permitan definir el alcance del proyecto, su Oficina estaría en condiciones de realizar un estimado de impacto fiscal. Por último, indica que se encuentran en espera de los hallazgos de la investigación, para que de esta manera puedan brindar alternativas viables y presentar recomendaciones concretas sobre los aspectos sustantivos de la medida.

La **Oficina del Procurador del Paciente (OPP)** expone que la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción es la responsable de llevar a cabo programas del Gobierno de Puerto Rico, dirigidos al cumplimiento de la política pública a través de programas para prevención, atención, mitigación y solución de los problemas de salud mental, de la adicción o la dependencia a sustancias narcóticas, estimulantes y deprimentes; incluyendo el alcohol, a los fines de promover, conservar y restaurar la salud biosicosocial de Puerto Rico. La OPP indica que del mismo modo, ASSMCA tiene la encomienda de establecer y coordinar programas para la educación y orientación de la comunidad y para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas.

Señala la OPP que en el año 2018 entraron en conocimiento de posibles violaciones a los derechos de los pacientes en las facilidades del Hospital Psiquiátrico Forense de Ponce; por lo tanto, junto a la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada (OPPEA), llevaron a cabo una investigación. Luego de la visita, se redactó un informe con varias recomendaciones; entre ellas:

- 1) Necesidad de personal de enfermería para mantener la vigilancia, rondas preventivas y la seguridad de los pacientes,
- 2) Verificar los carros de paro y mantenerlos cerrados bajo llave con un registro de evaluación,
- 3) Rotular los envases de desecho de las jeringuillas usadas y su fecha de cambio,
- 4) Solicitar máquinas de toma de presión arterial y temperatura,
- 5) Solicitará requisición de silla de rueda y cama de evaluación para las unidades.
- 6) Establecer un área adecuada de aislamiento o restricción lo cual la cubra la privacidad del paciente.

La Oficina del Procurador del Paciente endosa la Resolución de investigación exhaustiva sobre la calidad, disponibilidad y accesibilidad de los servicios médico-hospitalarios que se ofrecen en el Hospital Psiquiátrico Forense de Ponce. Reiteran su disposición a participar en cualquier asunto que se entienda sea necesario su conocimiento especializado.

AMS
Luego de evaluar los documentos recibidos, se pueden identificar tres (3) áreas que se deben atender con carácter de urgencia. A nuestro entender estas son el exceso en de censo, problemas en la planta física y la falta de personal. Por las consideraciones antes expuestas, la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, tiene a bien someter a este Alto Cuerpo las siguientes:

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

1. Urge la contratación del personal necesario en el hospital. Por lo que copia de este informe será remitido a la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP), para que esta realice un estimado de impacto fiscal y pueda brindar alternativas viables.
2. Es apremiante atender y reparar los daños en la planta física y estructura. Ante la petición pendiente ante FEMA, se debe evaluar si la estructura requiere atender algún que represente un peligro inminente. Para eso, someteremos petición escrita a la Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS) para que se lleve a cabo.
3. ASSMCA debe evaluar la viabilidad de que otro hospital brinde los mismos servicios y de esta manera aliviar la carga de pacientes.
4. ASSCMA debe evaluar la posibilidad de establecer acuerdos colaborativos con diversas universidades e institutos para suplir la necesidad de contratar personal médico y de enfermería.
5. Evaluar legislación para definir y establecer las funciones y responsabilidades de un Hospital de Psiquiatría Forense.
6. Promover legislación para que la Oficina de Administración de Tribunales (OAT) coordinar el ingreso de pacientes con ASSMCA.
7. Promulgar legislación que provea otras alternativas de tratamiento a estos pacientes. Como sugiere ASSMCA, debe evaluarse que los pacientes sean internados en otras instalaciones del Estado, como el Centro Médico Correccional de Bayamón del Departamento de Corrección, área de salud mental.

Luego de la evaluación realizada, y conforme a la problemática que enfrenta el Hospital Psiquiátrico Forense de Ponce, entendemos y reconocemos que la demanda en el área de salud mental en Puerto Rico continúa aumentando. Enfatizamos en la necesidad de allegar fondos y personal especializado para poder mejorar tanto la calidad del servicio, como la estructura física del Hospital.

Angel
La escasez de Hospitales Forenses representa un serio problema de salud pública. Reconocemos que el Hospital Psiquiátrico Forense de Ponce brinda un servicio imprescindible para nuestra sociedad, pues aquellas personas que el Psiquiatra del Estado entiende que no son procesables bajo la Regla 240 de Procedimiento Criminal, tanto como los casos en los cuales el imputado fue absuelto por incapacidad mental y el Tribunal entiende necesaria imponer medidas de seguridad por su peligrosidad, son enviados a dicha institución.

A tenor con ello, la Comisión de Salud continuará sus investigaciones mediante otras resoluciones vigentes, sobre los servicios de salud mental que presta el Gobierno de Puerto Rico, mediante los Hospitales de Psiquiatría Forense.

La Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, presenta el Informe Final de la Resolución del Senado 952, con sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones y solicita a este Alto Cuerpo que reciba el mismo.

Respetuosamente sometido,

Hon. Ángel R. Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

ORIGINAL
GOBIERNO DE PUERTO RICO

RECIBIDO SEP20*19AM9:14
TRAMITES Y REGISTRO SENADO PR

18^{va} Asamblea
Legislativa

6^{ta} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. del S. 1028

INFORME FINAL

20 de septiembre de 2019

AL SENADO DE PUERTO RICO

La **Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico**, somete a este Alto Cuerpo el **Informe Final** de la Resolución del Senado 1028, con sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El propósito de esta pieza legislativa es ordenar a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, realizar una investigación sobre la posibilidad de crear un Programa de Diálisis en el Hogar, para que estos pacientes no se vean afectados con los altos costos de tratamientos ambulatorios y tengan la oportunidad de tener una mejor calidad de vida envolviendo a sus familiares más cercanos en este proceso.

La diálisis es un procedimiento mediante el cual se extraen toxinas y líquidos de la sangre en pacientes con "enfermedad renal en etapa terminal" (ESRD, por sus siglas en inglés) los que han sufrido pérdida de más de un noventa (90) por ciento de la función renal. Según la información reciente del "Quality Insight Renal Network 3" (QIRN3), en Puerto Rico hay alrededor de 6,000 pacientes de diálisis.

En términos generales, existen dos modalidades de diálisis, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. La hemodiálisis es un procedimiento donde el paciente es conectado a una maquina a través de un acceso vascular que simultáneamente filtra la sangre y la devuelve al paciente. Actualmente en Puerto Rico más del noventa (90) por ciento de los pacientes de ESRD se encuentran en la modalidad de hemodiálisis. Aunque existe la capacidad de realizar hemodiálisis en el hogar, en Puerto Rico la inmensa mayoría de estos procedimientos se llevan a cabo en centros ambulatorios de diálisis.

Arce

La hemodiálisis en el hogar es un procedimiento que cuenta con el aval del *Center for Medicare and Medicaid Services* (CMS, por sus siglas en inglés). Al paciente se le facilita una máquina de hemodiálisis y se le entrena en cómo utilizarla, en ocasiones también se adiestra a un familiar o cuidador. En esta modalidad, el paciente nunca pierde el vínculo con el centro ambulatorio, pues es constantemente monitoreado de forma remota por el personal del centro; y, además, el paciente de hemodiálisis en el hogar tiene que acudir una o dos veces al mes a visitas de seguimiento en el centro ambulatorio. Con los avances en la tecnología, los equipos utilizados en la hemodiálisis en el hogar han evolucionado y son capaces de operar de manera eficiente y que resultan más llevaderas para el paciente o el cuidador del paciente.

La diálisis peritoneal utiliza el peritoneo - una membrana que reviste la cavidad abdominal - junto a una solución llamada dializado para llevar a cabo la misma función de extraer las toxinas y líquidos de la sangre. A diferencia de la hemodiálisis, en la diálisis peritoneal la sangre nunca sale del paciente. Además, es un procedimiento que se puede realizar en el hogar, en el trabajo y hasta cuando el paciente está de viaje debido a que es un procedimiento que, el paciente lo puede hacer sin utilizar una máquina de diálisis peritoneal, aunque también tiene la opción de utilizar una máquina para dializarse mientras duerme.

La tendencia en muchos países, desarrollados y en vías de desarrollo, es implantar política pública que, mediante guías de tratamiento, promueva la utilización de ambas modalidades de diálisis en el hogar como una primera opción para pacientes nuevos - salvo que medie una contraindicación clínica certificada por el médico del paciente - este tipo de política pública se denomina "*home-first dialysis*". Asimismo, en los Estados Unidos, el *Social Security Act* establece que la diálisis en el hogar debe ser fomentada. Cabe señalar que la literatura médica reciente apunta a mayores beneficios relacionados a calidad de vida, en los pacientes que reciben diálisis en el hogar.

Los pacientes que reciben hemodiálisis en centros ambulatorios tienen que estar de tres a cinco horas, al menos tres veces en semana, dializándose sin contar el tiempo y el costo de la transportación al centro ambulatorio. Esto es un inconveniente para estos pacientes pues le impide realizar cosas como viajar y, especialmente, conseguir o mantener empleo. Estudios cualitativos apuntan a que los pacientes que reciben diálisis en el hogar tienen mayor habilidad de obtener y mantener un empleo, lo que le permite tener mayor independencia económica.

Los pacientes que reciben diálisis en el hogar pueden, de acuerdo a las indicaciones de su médico, dializarse más a menudo, lo que se asimila a la función natural de los riñones que, por su naturaleza, están filtrando la sangre continuamente. Según el Sistema de Información Renal de Estados Unidos (*U.S. Renal Data System*), "la diálisis tres veces en semana (en clínicas de diálisis) podría ser inadecuada para atender problemas críticos como la hipervolemia, hipertensión e hipertrofia ventricular izquierda". Muchos

otros estudios han demostrado beneficios clínicos de dializarse frecuentemente, por ejemplo, uno de estos estudios concluyó que las hemodiálisis diarias de corta duración tienen mejores resultados en la regulación de la presión sanguínea y en revertir la hipertrofia ventricular izquierda al compararla con la hemodiálisis convencional (tres días en semana).

Aparte de los evidentes beneficios para los pacientes, la diálisis en el hogar produce beneficios al sistema de salud en general. Un ejemplo de esto son los ahorros al sistema a causa de la disminución de complicaciones de salud que muchas veces tienen que ser atendidas en salas de emergencias y los costos asociados a la transportación de estos pacientes. A estos efectos la literatura indica que, debido a la disminución en la proporción de empleado-a-paciente, y otros gastos generales asociados a la diálisis en centros ambulatorios, las modalidades de diálisis en el hogar redundan en un menor costo real desde una perspectiva sistémica. También, una penetración mayor de diálisis en el hogar, redundan en una mayor disponibilidad de estaciones de diálisis en los centros ambulatorios que pueden ser utilizadas por pacientes para quienes la diálisis en el hogar ha sido contraindicada.

En resumen, las dos modalidades de diálisis en el hogar, la hemodiálisis en el hogar y la diálisis peritoneal, se traducen en una mejor calidad de vida para estos pacientes en comparación con la de sus contrapartes en hemodiálisis en centros ambulatorios. Desde un aspecto clínico, no existe diferenciación significativa entre la diálisis en centros ambulatorios y la diálisis en el hogar. De igual modo, la diálisis en el hogar representa una reducción significativa en los costos al sistema de salud. Concluye la parte expositiva que por tal razón, cumpliendo nuestro deber de brindarle mejor salud y calidad de vida a los ciudadanos de Puerto Rico y en nuestra búsqueda proactiva de soluciones fiscalmente responsables a los problemas de nuestra gente, el Senado de Puerto Rico desea investigar las mejores prácticas a nivel mundial para atender a los pacientes de diálisis.

También auscultar los posibles beneficios para los pacientes si se adoptara en Puerto Rico una política pública dirigida a establecer las modalidades de hemodiálisis en el hogar y diálisis peritoneal en el hogar como primera opción para pacientes de diálisis. De igual forma, el Senado de Puerto Rico desea auscultar la forma más efectiva y eficiente de operacionalizar una posible transición de surgir un cambio en la política pública.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Para la evaluación de esta Resolución nuestra Comisión solicitó memoriales explicativos a la **Administración de Seguros de Salud (ASES)**, el **Puerto Rico Nephrology Society Inc.**, la **Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico (ACODESE)**, la **Fundación Puertorriqueña del Riñón Inc.** y la **Escuela de Medicina Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.**

La **Puerto Rico Nephrology Society Inc.** expresó que los programas de diálisis en el hogar (Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal), han existido por cerca de 30 años. Durante este tiempo las compañías de diálisis y los programas de entrenamiento en Nefrología han estado enfocados en la Hemodiálisis ambulatoria, la construcción de nuevos centros de diálisis y estos programas en el hogar han recibido muy poco apoyo de la industria de diálisis.

Señalan que tampoco ha existido una política o posición del Estado o el Departamento de Salud para apoyar el mantenimiento y desarrollo de estos programas. Nos recalcan que el Estado tampoco cuenta con un registro claro y confiable de la magnitud del problema de la enfermedad renal en Puerto Rico. Indican que el alto costo y el efecto en los presupuestos de Salud en la isla y Estados Unidos han obligado al programa de Medicare/Medicaid a comenzar de nuevo a promover el fortalecimiento de estos programas con unas metas establecidas para los futuros años. Nos expresan que debemos tomar en consideración al momento de elegir quien puede ser candidato de diálisis en el hogar.

Comentan que es importante que el paciente candidato cumpla con unos requisitos en específico. Usualmente conlleva una evaluación del paciente con un equipo multidisciplinario, que a su vez evalúa la viabilidad del paciente como posible candidato. También entender que al seleccionar la forma de tratamiento de su preferencia como, por ejemplo, las condiciones de vivienda, grupos de edad (envejecientes y pediátricos) y sistemas de apoyo. En adición, sostienen que es de suma importancia el monitoreo de la calidad del servicio, la morbilidad y mortalidad en comparación con los programas ambulatorios en la unidad de diálisis para el continuo mejoramiento de estos servicios y medir la coto- efectividad de estos.

Por último, notifican que se necesita trabajar con el fortalecimiento de los Programas de entrenamiento en Nefrología en el área de terapias en el Hogar (Peritoneal Diálisis y Hemodiálisis en el Hogar) al igual que las Salas de Emergencias en los hospitales para atender estos pacientes.

La **Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico** expresa que actualmente, Medicare cubre la diálisis en los pacientes que sufren de enfermedad renal en etapa terminal. Detallan que esta Resolución persigue estudiar la viabilidad económica de establecer una política pública de "*home dialysis first*". Entienden que, primeramente, es necesario conocer si Puerto Rico tiene los proveedores necesarios para poder establecer dicha política pública. Sobre este particular, recomiendan que se consulte y se le dé deferencia a la opinión que a bien tenga por someter el capítulo de Nefrología del Colegio de Médicos Cirujanos.

Consideran indispensable que se establezca que la diálisis en el hogar se utilizará cuando sea necesario y en aquellas instancias en que sea lo más recomendado para el bienestar del paciente. Igualmente, indican que es necesario establecer los protocolos a regir este tratamiento en el hogar.

La **Fundación Puertorriqueña del Riñón Inc.**, comenta que, algo que no se menciona en esta Resolución, es estudiar la población renal en Puerto Rico a nivel social, económico, sistema de apoyo con respecto a cuidador que se eduque con el paciente, nivel cognitivo, vivienda adecuada, comorbilidades, es decir, todos y cada uno de los aspectos/criterios que se evalúan previo a cualificar a un paciente como candidato para diálisis en el hogar.

Por último, nos comunican que es necesario que al Nefrólogo recomendar diálisis en el hogar, sería pertinente incorporar el aspecto de prevención e intervención temprana en CKD para debida construcción de su Acceso Vascular, así como introducción temprana al adiestramiento en ambas modalidades PD y HD en el Hogar. Una vez el paciente llega a sala de emergencia, le colocan un catéter y lo pasan a hemodiálisis es mucho más difícil redirigirlo a diálisis en el hogar.

La **Escuela de Medicina Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico** expresa que la hemodiálisis en el hogar es una modalidad que también provee múltiples beneficios para el paciente indicado. Indican que en el **Centro Renal Pediátrico** no cuentan con ese programa debido a la falta de personal y presupuesto. Explican que el primer paso sería identificar el paciente con la necesidad médica y el debido apoyo familiar para considerarlo. Comenzar un programa de hemodiálisis en el hogar conlleva un entrenamiento exhaustivo al personal y la familia escogida. Sostiene que esta modalidad requiere de recursos económicos para el centro (enfermeras, coordinadora de servicio, máquinas de hemodiálisis en el hogar) con los que no cuentan al momento. Sin embargo, las necesidades de diálisis en el hogar las están proveyendo en el programa de diálisis peritoneal exitosamente.

Comentan que el expandir la modalidad de diálisis en el hogar a más pacientes en la Isla resultaría en muchos beneficios siempre y cuando se haga un cernimiento apropiado del paciente y su entorno familiar. Detallan que los riesgos de infección y complicaciones asociadas a estas modalidades solo se pueden evitar con educación y apoyo. Consideran que implementar una política pública de "*home dialysis first*" puede ser efectiva solo si los procesos de evaluación del paciente y su apoyo familiar son los que determinan la modalidad. Es importante que estas modalidades sean una alternativa para pacientes adultos, pero no de manera automática.

Señalan que en muchas ocasiones las contrataciones a estas modalidades no son médicas (evaluación del hogar, apoyo familiar, entre otras), por tanto, el detente puede surgir de cualquier miembro del equipo multidisciplinario. Concluyen indicando que es

de suma importancia identificar los hospitales o centros que van a dar apoyo en emergencias a estos pacientes pues se requiere de equipo y personal especializado.

La **Administración de Seguros de Salud (ASES)**, sostiene que estudios realizados, han demostrado que los pacientes que reciben hemodiálisis en el hogar han reducido el riesgo de hospitalizaciones, y han mejorado o no alterado las condiciones del corazón. Añaden que se dice que es más efectiva cuando se realiza diariamente a cuando se realiza en centros de diálisis u hospitales; esto, según estudios, ha ayudado a reducir el riesgo de muerte por fallo renal. Explican que existen varios requerimientos y datos que se deben tener en cuenta, a la hora de llevar a cabo la hemodiálisis en el hogar. Detallan que los pacientes tienen que estar acompañados, tienen que ser entrenados en caso de alguna complicación, además de que el hogar debe ser altamente higiénico.

Además, según regulación federal, las facilidades que provean servicios de diálisis en el hogar deben tener un plan que provea servicios de respaldo de emergencia (back up) en caso de interrupciones imprevistas del tratamiento. Algunas de estas situaciones de emergencia pueden ser, equipos dañados o no funcionales; interrupciones de servicios de electricidad o de agua, ausencia temporal de un cuidador o compañero de la persona a ser dializada, viajes o estadías fuera de su hogar, etc.

Por otro lado, indican que según un estudio de impacto económico titulado *Medicare Payments for Parts A and B Claims in Home Hemodialysis, In-Center Hemodialysis, and Peritoneal Dialysis Patients*, se establece que actualmente, la hemodiálisis en el hogar tiene costos comparables a la diálisis peritoneal en un centro, como resultados a largo plazo. Según ASES, el estudio concluye que los pagos de Medicare para hemodiálisis en el hogar, en centro de diálisis y diálisis peritoneal son heterogéneos, que las modalidades de diálisis en el hogar están asociadas con la reducción de costos en hospitalizaciones y tratamientos a largo plazo y la reducción en costos de los servicios en proveedores y suplidores.

Por otro lado, sostienen que el estudio concluye que la hemodiálisis en el hogar está asociada con mayores costos de diálisis ambulatorios, probablemente debido al pago de sesiones de hemodiálisis adicionales en los centros. Mencionan que sobre la política pública de diálisis en el hogar como primera opción dentro de la cubierta del Plan de Salud Vital, es necesario realizar un estudio actuarial al respecto. Datos reflejados por las aseguradoras contratadas establecen que el costo promedio de diálisis peritoneal en el hogar fluctúa entre \$145.00 a \$350.00 por servicio.

Actualmente no cuentan con detalles de costos para la modalidad de Hemodiálisis en el hogar, pues no ha sido parte de las tarifas negociadas. Por lo que establecer un número preciso de costo por tratamiento es un poco arriesgado, ya que va a depender de la frecuencia de la diálisis en el hogar y su costo operacional. Consideran que de aprobarse política pública como la establecida y representar un aumento sustancial para

el plan de salud Vital, será necesario que se asignen partidas presupuestarlas mayores para poder cubrir este tratamiento para aquellos beneficiarios que según su necesidad médica requieran la diálisis en el hogar.

Explican que bajo el Plan de Salud Vital, actualmente, la enfermedad renal crónica es una de las condiciones de salud que tienen Cubierta Especial. Añaden que la Cubierta Especial tiene el propósito de facilitar el manejo efectivo de los beneficiarios que tengan condiciones especiales de salud que requieran atención médica especializada. También, permite que no se requieran referidos para recibir servicios relacionados a su condición. Detallan que mediante el programa de Manejo de Caso de la Cubierta Especial, se mantiene un monitoreo de las necesidades y se identifican determinantes sociales que impacten en acceso y la continuidad de tratamiento de estos beneficiarios. Los manejadores de caso se comunican y orientan (a beneficiarios o cuidadores) sobre servicios o beneficios del Plan Vital e incluso fungen como enlace y orientadores para asistirles en acceder servicios o beneficios que brindan otras entidades.

Manifiestan que los tratamientos de diálisis peritoneal y hemodiálisis son parte de la Cubierta Especial, además, los servicios relacionados a estos tipos de diálisis que sean médicamente necesarios, con autorización previa se cubren bajo la cubierta especial. Por otro lado, bajo la cubierta del Plan de Salud Vital, han asegurado los beneficiarios tengan el acceso necesario a las facilidades de diálisis. Explican que las aseguradoras contratadas tienen a cargo la contratación de estos centros de diálisis y de los proveedores de servicios de salud que son la clave esencial para un paciente con la necesidad de ser dializado. Concluyen que actualmente, el número de pacientes de diálisis bajo el Plan Vital es de aproximadamente 4,737. Estos cuentan con alrededor de 139 nefrólogos contratados y 46 centros de diálisis a través de la isla, incluyendo en el Municipio de Vieques.

Luego de evaluar los documentos recibidos y por las consideraciones antes expuestas, la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, tiene a bien someter a este Alto Cuerpo las siguientes:

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Consideramos que se debe ponderar la creación de la Política Pública sobre el Programa de Diálisis en el Hogar. Dentro de las recomendaciones que proponemos se encuentran las siguientes:

1. Promover legislación para establecer la política pública sobre el Programa de Diálisis en el Hogar.
2. Que el Departamento de Salud cree un programa de adiestramiento para que los pacientes y/o familiares puedan certificarse para realizar los procedimientos de hemodiálisis y la diálisis peritoneal en el hogar.

3. Que se establezca un plan para desarrollar el Programa de Diálisis en el Hogar para que la población pediátrica pueda beneficiarse de recibir este tipo de tratamientos.
4. Adoptamos la recomendación de la Puerto Rico Nephrology Society Inc., sobre la necesidad de fortalecer los Programas de entrenamiento en Nefrología en el área de terapias en el Hogar (Peritoneal Diálisis y Hemodiálisis en el Hogar).
5. Establecer mediante legislación un proceso de monitoreo de la calidad del servicio, la morbilidad y mortalidad.

Tras un análisis de lo anterior, esta Comisión reconoce la importancia de brindar acceso a tratamientos y cuidados de salud que promuevan una mejor calidad de vida en nuestros pacientes con diagnósticos renales. Ciertamente alternativas como diálisis en el hogar evitaría traslados innecesarios y largos tiempos de espera. Surge de las ponencias antes esbozadas que este tema es uno de alto interés público, que puede mejorar grandemente la calidad de vida de esta población que sufre problemas renales. No solo se ha demostrado el beneficio que tiene este tipo de procedimiento en los pacientes, si no que representa un alivio económico que promueve en el paciente una vida más independiente.

Por otra parte, esta Honorable Comisión tiene el deber de enfatizar que el criterio médico es determinante para decidir qué pacientes serían los candidatos idóneos para recibir diálisis en sus hogares. Igualmente, los profesionales de la salud concernientes en este tema deben determinar cuáles son las mejores prácticas sobre dicho procedimiento para establecer los protocolos para el Programa de Diálisis en el Hogar. No obstante, lo anterior, esta Comisión tiene la responsabilidad de velar porque la política pública que se promulgue (incluyendo recomendaciones de procedimientos o tratamientos) sean seguras para los pacientes y se minimice cualquier tipo de riesgo a la salud, por encima de cualquier otra consideración.

La Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, presenta el Informe Final de la **Resolución del Senado 1028**, con sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones y solicita a este Alto Cuerpo reciba el mismo.

Respetuosamente sometido,

Hon. Ángel R. Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

ORIGINAL

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18^{va.} Asamblea
Legislativa

RECIBIDO SEP20*19AM9:02
TRAMITES Y RECORDS SENADO PR

6^{ta.} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. del S. 1031

INFORME FINAL

20 de septiembre de 2019

A Neg
AL SENADO DE PUERTO RICO:

La Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, tiene a bien someter a este Alto Cuerpo su Informe Final, con sus hallazgos, recomendaciones y conclusiones sobre la **Resolución del Senado 1031**.

ALCANCE DE LA MEDIDA

La **R. del S. 1031**, tiene como propósito ordenar a la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico a realizar una investigación sobre las razones de la eliminación del turno de servicios de once de la noche a siete de la mañana en la sala de emergencias del Hospital Metropolitano de la Montaña.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Reza la Exposición de Motivos de la presente pieza legislativa que El municipio de Utuado es uno de los pueblos de la zona montañosa que cuenta con el Hospital Metropolitano de la Montaña, Administrado por el grupo Metro Pavía. Este Hospital cuenta con una sala de emergencia para atender las urgencias médicas que surgen en las comunidades de Utuado.

Por ser un Municipio de gran extensión territorial y de barrios distantes del centro de la ciudad como Tetuán 1,2 y 3, Mameyes y Ángeles, entre otros, la presencia de servicios de emergencias las 24 horas del día se hace esencial.

Sin embargo, recientemente la Administración del Hospital Metropolitano de la Montaña tomo la decisión de suspender los servicios en el turno de once de la noche a siete de la mañana. Este cambio puede poner en riesgo la salud de los residentes de

JANUARI

Utualdo, en especial de aquellos que viven en zonas distantes, ya que tendrían que trasladarse al Municipio de Arecibo para poder recibir los servicios de salud de emergencia. En caso de una emergencia, este tipo de viaje podría significar la diferencia entre la vida o la muerte del paciente.

Por lo antes expuesto, es menester de este Senado de Puerto Rico investigar las razones que provocaron la eliminación del turno de servicios de once de la noche a siete de la mañana en el Hospital Metropolitano de la Montaña, con el fin de identificar opciones que garanticen el acceso a la salud 24 horas a los residentes de este Municipio.

Para la consideración y evaluación de esta medida, la Comisión de Salud solicitó memoriales explicativos a las siguientes agencias y entidades: Asociación de Hospitales de Puerto Rico, Hospital Metropolitano, Oficina del Procurador del Paciente, Departamento de Salud y al Municipio de Utualdo. Al momento de preparar el presente informe sometieron sus memoriales explicativos y recomendaciones las siguientes:

La **Asociación de Hospitales**, nos sometió su memorial explicativo y nos mencionan que siendo este un asunto sobre uno de sus miembros, estos le darán total deferencia al Hospital Metropolitano para que establezca las razones de este asunto, ya que cada institución hospitalaria toma sus decisiones según sus necesidades particulares y estos deben tener una razón válida para la misma.

El **Departamento de Salud**, nos expresa que cuenta con la Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS) que es la encargada de licenciar y supervisar las farmacias, laboratorios y otras facilidades de salud e incluyendo a los hospitales. La SARAFS constituye el brazo operacional en cuanto a la inspección, licenciamiento y regulación de hospitales.

Sobre el asunto contemplado en la investigación, SARAFS informa al Departamento que el Hospital Metropolitano de la Montaña de Utualdo le solicitó un Certificado de Necesidad y Conveniencia (CNC) para que se le autorice un cierre por un año de las 60 camas agudas de la facilidad y la reducción del horario de operaciones de la sala de emergencias mediante la eliminación del turno de 11:00pm a 7:00am a partir de 31 de marzo de 2019. El CNC le fue otorgado el 20 de diciembre de 2018 y en el mismo indica que el horario de la Sala de Emergencia será de las 7:00 am a 11:00 pm y los servicios se continuarán operando tal como lo han estado haciendo hasta el momento.

Entonces para el 8 de enero de 2019 se realiza la enmienda a la licencia 23, que especifica que el Hospital Metropolitano de la Montaña de Utualdo incluye unidad psiquiátrica de 30 camas, el cierre temporero de 60 camas agudas y el horario de la sala de emergencias de 7:00am a 11:00pm, como le fue autorizado en el CNC.

AMY
La **Oficina del Procurador del Paciente (OPP)**, sometió Memorial Explicativo expresando que una emergencia es una situación que requiere atención inmediata que puede poner en juego la vida del paciente. Estos indican que es meritorio buscar en conjunto al Departamento de Salud, estrategias y alternativas para los pacientes de las comunidades del Municipio de Utuado y así no queden desprovisto de los servicios de salud de emergencia, así no tengan que trasladarse a otro municipio a recibir los servicios.

La **Hospital Metropolitano**, nos informa que desde que comenzó operaciones el mismo se ha caracterizado por ofrecer servicios de salud bajo los más altos estándares de calidad y excelencia. Estos reconocen que como facilidad de salud, no están exento de los retos que enfrenta el país en general, como las reducciones en el reembolso, la emigración masiva de profesionales de la salud, la baja poblacional, la disminución de la tasa de natalidad, entre otros fenómenos demográficos.

Según el Hospital lo antes mencionado ha tenido un efectos directo sobre las operaciones del mismo, razón por la cual el 21 de noviembre de 2018, la Administración presentó una solicitud ante la Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS) del Departamento de Salud para que se le autorizara a operar la Sala de Emergencias en horario de 7:00 am a 11:00 pm. En esa ocasión, estos expresaron que habían experimentado una baja considerable en el censo de pacientes que visita el Hospital durante el tercer turno que es el horario de 11:00 pm a 7:00 am. También presentaron ante el Departamento de Salud las estadísticas que demuestran que ese turno, el Hospital solamente recibe un máximo de 4 a 5 pacientes diarios.

Ante este difícil panorama la Administración del Hospital tomo la difícil determinación de reducir su horario, de modo que se pudiera garantizar la viabilidad de otros servicios esenciales que hasta el día de hoy ofrecen. Dicha solicitud de cambio de horario les fue concedida por la Ley de CNC, que le confiere de manera exclusiva al Departamento de Salud la autoridad para regular la planificación ordenada de las facilidades y servicios de salud de modo que se garantice la atención de las necesidades de la población. En este mismo ejercicio se asegura de que los servicios se ofrezcan en aquellos núcleos poblacionales donde sean necesarios y facultadas por el Secretario.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

La Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico luego de la información recopilada durante el proceso legislativo, realiza las siguientes recomendaciones:

1. Acordar Reunión Ejecutiva con todas las partes envueltas para una solución real a esta problemática que enfrentan los residentes del Municipio de Utuado.

2. Solicitar al Departamento de Salud que ausculte la identificación de fondos para que pueda cubrir el turno de madrugada, ya que los gastos de la operación de la institución son altamente costosos.

A tenor con lo anterior, la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, presentan este Informe Final y recomiendan la aprobación de la **Resolución del Senado 1031**.

Respetuosamente sometido,

Hon. Ángel Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud