

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20^{ma}. Asamblea
Legislativa

2^{da}. Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 839

4 de noviembre de 2025

Presentado por la señora *Barlucea Rodríguez*

Referido a las Comisiones de Salud; y de Vivienda y Bienestar Social

LEY

Para enmendar la Sección 6 y añadir un inciso (g) a la Sección 8 del Artículo VI, añadir un nuevo inciso (s) y un inciso (t), y derogar el actual inciso (s) de la Sección 2 del Artículo VII de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico”; enmendar el inciso (d)(1)(h) del Artículo 12 de la Ley Núm. 130-2007, según enmendada, conocida como “Ley para crear el Concilio Multisectorial en Apoyo a la Población sin Hogar”; y enmendar los incisos (1) y (3), derogar el inciso (10) y reenumerar los incisos (11), (12), (13), (14), (15), (16) y (17), respectivamente, como incisos (10), (11), (12), (13), (14), (15) y (16) del segundo párrafo del Artículo 6 de la Ley Núm. 11 de 23 de junio de 1976, según enmendada, conocida como “Ley de Reforma Integral de los Servicios de Salud de Puerto Rico”, a los fines de proveer un nuevo marco legal donde se le concedan ciertos derechos y beneficios de servicios de salud a las personas sin hogar; disponer que a los beneficiarios que sean personas sin hogar no se les requerirá un médico primario en ningún momento, ni se les impondrán limitaciones de áreas geográficas para la utilización del plan de salud; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En nuestra Isla, la protección a la dignidad del ser humano goza de un origen constitucional expreso, recogido en la Sección 1 de la Carta de Derechos de la Constitución de Puerto Rico, al exponer que “[l]a dignidad del ser humano es inviolable. Todos los hombres son iguales ante la Ley. No podrá establecerse discrimen alguno por

motivo de raza, color, sexo, edad, nacimiento, origen o condición social, ni ideas políticas o religiosas.” Art. II, Sec. 1 de la Constitución de Puerto Rico. Sin embargo, a pesar de que la adopción de este precepto constitucional respondió esencialmente a valores democráticos, buscando que su debida implantación asegurase una sana convivencia, en Puerto Rico hay una población que no cuenta con los más elementales medios de subsistencia: las personas sin hogar.¹ Estas personas no disponen de un lugar seguro donde vivir ni de las oportunidades necesarias para proveerse de un sustento mínimo digno. Según estadísticas recientes, un 21.7% de la población sin hogar personas sin hogar presenta una situación de sinhogarismo crónico, lo que evidencia la urgencia de adoptar medidas concretas que atiendan sus necesidades básicas.²

En lo pertinente, se ha destacado por parte del Concilio Multisectorial en Apoyo a la Población sin Hogar y los *Continuum of Care* (CoC PR-502 y CoC PR-503) han destacado que las personas sin hogar enfrentan barreras significativas para acceder a servicios médicos. A modo de ejemplo, aunque el 86% de éstas tiene plan médico, la estructura del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Plan Vital), establecido en virtud de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico”, presenta limitaciones al acceso a servicios como la necesidad de un médico primario y restricciones geográficas, lo que dificulta la adherencia a los tratamientos. Además, se han identificado deficiencias en la atención brindada a esta población en salas de emergencia, así como la falta de acceso a servicios médicos preventivos y de rutina.

¹ Según el Censo de Personas sin Hogar más reciente en Puerto Rico, realizado por los Continuum of Care (CoC), alrededor de 2,096 personas están sin hogar.

² Las organizaciones de Cuidado a Personas sin Hogar (CoC), son creadas por disposición y en virtud de la Ley Federal, “The McKinney-Vento Homeless Assistance Act as Amended by the Homeless Emergency Assistance and Rapid Transition to Housing (HEARTH) Act of 2009”. Según datos oficiales del Sistema de Cuidado Continuo (CoC) PR – 502, quienes son un grupo compuesto por representantes multisectoriales, cuyo propósito es facilitar las herramientas necesarias a personas o familias sin hogar o en riesgo de estar sin hogar, en un área geográfica de 24 municipios en el norte de Puerto Rico. Mientras, el CoC PR -503, está constituido por las entidades pertinentes proveedoras de vivienda y servicios a personas sin hogar en 54 municipios de la Isla.

Con el fin de atender esta situación, mediante la presente ley se dispone que los beneficiarios del Plan Vital que sean personas sin hogar no estarán sujetos al requisito de médico primario ni a limitaciones geográficas para la utilización del plan de salud. Asimismo, se establece que las solicitudes de afiliación al plan de salud de las personas sin hogar deberán ser atendidas de forma ágil y prioritaria, flexibilizando los procesos y la documentación requerida para que éstas puedan contar con una tarjeta de salud a la brevedad posible.

De igual manera, se ordena a la Administración de Seguros de Salud (ASES) diseñará, crear e implantar un modelo de prestación de servicios dirigido específicamente a atender a los beneficiarios que sean personas sin hogar, tomando en cuenta la naturaleza particular de esta población. A su vez, las aseguradoras deberán incluir en sus informes estadísticos a la ASES información detallada sobre la cantidad de beneficiarios sin hogar atendidos y los servicios ofrecidos.

Por otro lado, el Concilio Multisectorial en Apoyo a la Población sin Hogar y los Oficiales de Enlaces Municipales de Ayuda Interagencial a la Persona sin Hogar deberán enfatizar en la agilización del acceso de esta población al Plan de Salud del Gobierno, garantizando que no se les exija un médico primario ni se les imponga restricciones geográficas para su uso.

De igual forma, el Consejo General de Salud tendrá la obligación de evaluar continuamente las necesidades de salud de las personas sin hogar y los servicios disponibles para atenderlas, analizando la forma en que se prestan y las barreras existentes. Esta evaluación incluirá, sin limitarse a ello, los problemas de atención en salas de emergencia, la falta de servicios preventivos y de rutina, la posible integración de medicamentos como la buprenorfina en los protocolos de tratamiento, y la necesidad de adoptar Protocolos de Servicio de Salud uniformes que garanticen el acceso sin discrimen a todas las facilidades de salud.

Asimismo, se dispone que el Plan de Desarrollo Educativo y de Adiestramiento de los Recursos Humanos necesarios para los servicios de salud incorpore un

componente de capacitación sobre sensibilización y estigmatización dirigido al personal médico y demás profesionales de la salud, para promover un trato digno y empático hacia las personas sin hogar. La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) y la ASES deberán consultar, además, identificar y gestionar fondos estatales o federales disponibles para viabilizar la eliminación de los requisitos de médico primario y de limitaciones geográficas en el Plan de Salud del Gobierno, según lo dispuesto en esta ley. A tales fines, el presupuesto de gastos de la ASES incluirá una partida específica destinada a garantizar la implementación de estas disposiciones. Por último, se ordena a la ASES adoptar, enmendar o derogar las normas, reglas y reglamentos necesarios para cumplir con los propósitos de esta legislación.

En resumen, esta ley persigue flexibilizar los procesos y eliminar las limitaciones estructurales del Plan de Salud del Gobierno, en reconocimiento a la movilidad constante y la falta de estabilidad de vivienda de la población sin hogar en Puerto Rico. Con ello, esta Asamblea Legislativa reafirma su compromiso de asegurar que toda persona, sin importar su condición social, tenga acceso a servicios de salud adecuados, en respeto pleno a su dignidad humana.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Artículo 1.- Se enmienda la Sección 6 del Artículo VI de la Ley Núm. 72-1993,
2 según enmendada, para que se lea como sigue:

3 “Sección 6.-Cubierta y Beneficios Mínimos.

4 Los planes de salud tendrán una cubierta amplia, con un mínimo de exclusiones.

5 No habrá exclusiones por condiciones preexistentes como tampoco períodos de espera,
6 al momento de otorgarse la cubierta al beneficiario.

7 Cubierta A. La Administración establecerá una cubierta de beneficios a ser
8 brindados por los aseguradores contratados o proveedores participantes. La cubierta

comprenderá, entre otros beneficios, los siguientes: servicios ambulatorios, hospitalizaciones, salud dental, salud mental, vacunaciones y tratamientos para el virus del Papiloma Humano, estudios, pruebas y equipos, incluso para menores de veintiún (21) años de edad, postrados en cama con diversidades físicas o fisiológicas complejas y para beneficiarios que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes, laboratorios, rayos X, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en una farmacia participante, libremente seleccionada por el asegurado, y autorizada bajo las leyes de Puerto Rico. La cubierta dispondrá para que cada beneficiario tenga a su alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad, sexo y condición física. Disponiéndose, que la lista de medicamentos para los pacientes de VIH/SIDA **[deberán]** *deberá* revisarse anualmente **[a los fines de que en caso de]** *en la eventualidad* que la Administración lo **[estime]** *estimase* pertinente, incluir aquellos nuevos medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de la condición que serán dispensados y ofrecidos en conformidad con las mejores prácticas médicas, siempre y cuando no se afecte el *State Plan* suscrito por el Departamento de Salud y el *Health Resources and Services Administration*.

Para los efectos de los servicios establecidos en esta cubierta para menores de veintiún (21) años de edad, postrados en cama con diversidades físicas o fisiológicas complejas y para beneficiarios que requieran el uso de un ventilador artificial para mantenerse con vida, se dispone que tendrán el beneficio de un mínimo de un (1) turno

diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermería o de especialistas en terapia respiratoria o de técnicos(as) de emergencias médicas-paramédico(a) (TEM-P), debidamente licenciados(as). A estos efectos, se entenderá como beneficiario a aquellas personas que utilizan tecnología médica, así como niños con traqueotomía para respirar, y cuyo funcionamiento depende de un equipo médico, entiéndase respirador o de oxígeno suplementario, por lo que va a requerir cuidado diario especializado de cualesquiera profesionales antes mencionados para evitar la muerte o un grado mayor de incapacidad; y de aquellos que hayan comenzado tratamiento siendo menores y cumplan veintiún (21) años de edad y que recibieron o reciben servicios de asistencia clínica en el hogar continúen recibiendo dichos servicios después de haber cumplido veintiún (21) años de edad, según lo establecido en esta Sección. Además, los técnicos(as) de emergencias médicas-paramédicos(as) (TEM-P) debidamente licenciados deberán tener cursos, certificaciones y adiestramientos aprobados y convalidados o los requerimientos de destrezas y conocimientos establecidos mediante reglamentación por su respectiva Junta Examinadora relacionados hacia el cuidado y manejo de dichos pacientes y sus equipos médicos, según autorizado en esta Ley.

La Administración revisará esta cubierta periódicamente.

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

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

(1) Servicios de salud preventivos:

- 1 (a) Vacunación de niños y adolescentes hasta los dieciocho (18) años.
- 2 (b) Vacunación contra la influenza y pulmonía de personas mayores de sesenta y
3 cinco (65) años, y/o niños y adultos con enfermedades de alto riesgo como
4 enfermedades pulmonares, renales, diabetes y del corazón, entre otras.
- 5 (c) Visita al médico primario para examen médico general una vez al año.
- 6 (d) Exámenes de cernimiento para cáncer ginecológico, de mama y de próstata,
7 según las prácticas aceptables. Además, incluirán criterios para exámenes de
8 cernimiento para cáncer de mama a las mujeres que cumplan con los siguientes
9 requisitos:
- 10 i. una mamografía de referencia “baseline mammogram” a las mujeres
11 entre treinta y cinco (35) y treinta y nueve (39) años de edad;
- 12 ii. una mamografía anual a las mujeres de cuarenta (40) años o más;
- 13 iii. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de
14 diagnóstico suplementarias, a las mujeres de cuarenta (40) años o más
15 que tienen senos de tejido clasificado como heterogéneamente denso o
16 extremadamente denso, según determinado en su mamografía por un
17 radiólogo, en base a la escala de densidad del seno del Reporte de
18 Proyección de Imagen y Sistema de Datos del Seno (“Breast Imaging
19 Reporting and Data System”, BI-RADS, por sus siglas en inglés),
20 promulgada por el Colegio Americano de Radiología (“American
21 College of Radiology”);

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

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

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

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

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

[(3) La Administración rendirá un informe semestral a la Asamblea Legislativa que incluya entre otros la lista de medicamentos, las controversias que hayan surgido con el "State Plan" suscrito por el Departamento de Salud y el "Health Resources and Services Administration" y la cantidad de pacientes que se vean afectados por estas controversias.]

1 **[(4)]** (3) Acceso al tratamiento de vacunación para El virus del Papiloma Humano, *el* cual
2 consiste de tres (3) dosis que se administrará conforme a lo establecido por el profesional
3 de la salud. Esta cubierta no se **[limitara]** *limitará* únicamente al tratamiento expuesto en
4 este inciso, y se extenderá a cualquier otro tratamiento o vacuna que surja para el
5 tratamiento y prevención del virus del Papiloma Humano.

6 **[(5)]** (4) La Administración rendirá un informe semestral a la Asamblea Legislativa que
7 incluya entre otros la lista de medicamentos, las controversias que hayan surgido con el
8 *State Plan* suscrito por el Departamento de Salud y el *Health Resources and Services*
9 *Administration* y a cantidad de pacientes que se vean afectados por estas controversias.

10 Los médicos primarios tendrán la responsabilidad del manejo ambulatorio del
11 beneficiario bajo su cuidado, proveyéndole continuidad en el servicio. Asimismo, estos
12 serán los únicos autorizados a referir al beneficiario a los médicos de apoyo y proveedores
13 primarios. Disponiéndose, que aquellos beneficiarios que padezcan de alguna
14 enfermedad crónica o de alto costo, según definidas por el Departamento de Salud y
15 dispuestas en esta Sección, no necesitarán referidos del médico primario para tratar su
16 enfermedad.

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

1 *No obstante lo dispuesto en esta Ley, aquellos beneficiarios definidos como personas sin hogar*
2 *según las disposiciones de la Ley Núm. 130-2007, según enmendada, conocida como ‘Ley para*
3 *crear el Concilio Multisectorial en apoyo a la Población sin Hogar’, no se les requerirá un médico*
4 *primario en ningún momento, ni se les impondrá limitaciones de áreas geográficas para la*
5 *utilización del plan de salud establecido mediante esta Ley, cuya cubierta de beneficios de salud*
6 *será la misma que la provista a los demás beneficiarios del referido plan. El Departamento,*
7 *mediante la Oficina de Asistencia Médica (PAM), procurará, en el descargo de su deber señalado*
8 *en la Sección 1 del Artículo VI de esta Ley, que las solicitudes para el plan de salud de las personas*
9 *sin hogar sean atendidas oportunamente, habiendo la flexibilización de los procesos y la*
10 *documentación requerida, a fin de que éstas cuenten con una tarjeta del plan de salud a la brevedad*
11 *posible, de ser identificadas y certificadas como elegibles a los servicios conforme a su nivel de*
12 *ingreso y elegibilidad para recibir beneficios de salud estatales y federales, en concordancia con lo*
13 *dispuesto en la Sección 3 del Artículo VI de esta Ley.”*

14 Artículo 2.- Se enmienda la Sección 8 del Artículo VI de la Ley Núm. 72-1993,
15 según enmendada, para que se lea como sigue: “

16 Sección 8.- Modelos de Prestación de Servicios.

17 La Administración establecerá, mediante reglamento, los distintos modelos de
18 prestación de servicios que podrán utilizarse para ofrecer los planes de salud que por esta
19 Ley se crean. Los modelos de prestación de servicios que se utilicen tendrán en común lo
20 siguiente:

- 21 (a) El cuidado primario estará fortalecido con grupos de médicos primarios y por
22 proveedores primarios, incluyendo a los ginecólogos y a los obstetras, según

se definen en la legislación y reglamentos locales y federales aplicables, que estén autorizados a ejercer en Puerto Rico.

(b) El cuidado de la sala de emergencia será de alta prioridad, tanto en el sistema de transportación por ambulancia, como en los cuidados médicos de emergencia.

(c) La Administración sólo contratará con aseguradores que no tengan, directa o indirectamente, interés económico en, o relación con dueñas subsidiarias, o afiliadas de una facilidad de salud que preste servicios a los beneficiarios del seguro de salud que esta Ley crea, excepto con aquellas organizaciones de Servicios de Salud debidamente definidas y autorizadas por el Comisionado de Seguros.

(d) Los modelos que se implanten tendrán medidas estrictas de control de utilización.

(e) Todos los modelos estarán reforzados por un sistema de educación en salud y prevención, con énfasis especial en estilo de vida, SIDA, drogadicción, y salud de la madre y el niño. La promoción de la salud será responsabilidad del Departamento.

(f) Los aseguradores y/u organizaciones de servicios de salud incluirán en su modelo de prestación de servicios la utilización de todas las facilidades del Estado contratadas con el sector privado en la región.

(g) *La Administración diseñará, creará e implantará un modelo de prestación de servicios dirigido a atender a aquellos beneficiarios definidos como personas sin hogar, según las*

1 *disposiciones de la Ley Núm. 130-2007, según enmendada, conocida como ‘Ley para*
2 *crear el Concilio Multisectorial en apoyo a la Población sin Hogar’, que será adoptado*
3 *mediante reglamento y tendrá en común las características previamente desglosadas en*
4 *esta Sección; pero las cuales se modificarán en la medida en que sea necesario, en*
5 *consideración a la naturaleza particular de esta población que se caracteriza por una*
6 *movilidad constante y el desplazamiento entre diferentes municipios de Puerto Rico.*
7 *Ello, con el objetivo de facilitar y garantizar que a estos beneficiarios se les puedan*
8 *prestar los servicios comprendidos por la cubierta de beneficios de salud del plan de*
9 *salud establecido por esta Ley, de manera que en la práctica sea igual a la suministrada*
10 *a los demás beneficiarios del referido plan. Para este propósito, la Administración*
11 *solicitará la colaboración, entre otras personas o entidades públicas o privadas*
12 *pertinentes, del Departamento, del Concilio Multisectorial en Apoyo a la Población sin*
13 *Hogar, adscrito a la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción*
14 *(ASSMCA), y de los Oficiales de Enlace Municipal de Ayuda Interagencial a la*
15 *Persona sin Hogar, según definidos por la Ley Núm. 130, supra.”*

16 Artículo 3.- Se añade un nuevo inciso (s) y un inciso (t) y se deroga el actual
17 inciso (s) de la Sección 2 del Artículo VII de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, para
18 que se lea como sigue:

19 “Sección 2.-Informes de las aseguradoras.

20 Dentro de los sesenta (60) días al cierre de cada año fiscal, cada asegurador
21 someterá a la Administración[,] un informe estadístico de sus actividades. Una vez
22 recopilada y analizada por la Administración, ésta de requerírsele, deberá someterla al

1 Gobernador y a la Asamblea Legislativa. Dicho informe estadístico deberá incluir, como
2 mínimo, lo siguiente:

- 3 (a) Datos estadísticos sobre el acceso a pacientes a servicio preventivo-
4 ambulatorio;
- 5 (b) Datos estadísticos sobre el acceso a pacientes a servicios primarios;
- 6 (c) Datos estadísticos sobre el acceso a pacientes a servicios
7 especializados;
- 8 (d) Datos estadísticos sobre el acceso a pacientes a las salas de
9 emergencia;
- 10 (e) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes
11 con cualquier tipo de cáncer;
- 12 (f) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes
13 con condiciones cardíacas;
- 14 (g) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes
15 con hipertensión;
- 16 (h) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes
17 asmáticos;
- 18 (i) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes
19 con adicción a drogas, nicotina y alcohol;
- 20 (j) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes
21 con enfermedades mentales;

- 1 (k) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes
2 con diabetes;
- 3 (l) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes
4 con enfermedades sexuales transmisibles;
- 5 (m) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a mujeres en
6 estado de embarazo, incluyendo relación de edades de las mujeres
7 embarazadas y estado civil de las mismas;
- 8 (n) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a infantes;
- 9 (o) Datos estadísticos sobre cantidad de nacimientos;
- 10 (p) Datos estadísticos sobre vacunación, tanto de infantes como en
11 niños, adolescentes y adultos;
- 12 (q) Datos estadísticos sobre tipos de enfermedades mayormente
13 tratadas;
- 14 (r) Datos estadísticos sobre medicación, los cuales deberán incluir todos
15 los medicamentos recetados y una relación de costos de los mismos;
- 16 (s) *Datos estadísticos sobre cantidad y servicios ofrecidos a personas con*
17 *sobrepeso u obesidad;*
- 18 (t) *Datos estadísticos sobre cantidad y servicios ofrecidos a personas sin hogar,*
19 *según definidas por la Ley Núm. 130-2007, según enmendada, conocida*
20 *como 'Ley para crear el Concilio Multisectorial en apoyo a la Población sin*
21 *Hogar'.*

Cualquier persona o aseguradora que se negare a brindar la información antes descrita, o rehusare producir cualquier documento que se le solicitare, incurrirá en un delito menos grave que aparejará una pena de no más de mil (1,000) dólares ni menos de cien (100) dólares o cárcel por no más de doce (12) meses ni menos de un (1) mes, o ambas penas. El Director Ejecutivo de la Administración podrá recurrir al Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico, Sala de San Juan, a fin de compeler la divulgación de la información solicitada.

[(s) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios ofrecidos a personas con sobrepeso u obesidad.]]”

Artículo 4.- Se enmienda el inciso (d)(1)(h) del Artículo 12 de la Ley Núm. 130-2007, según enmendada, para que se lea como sigue:

“Artículo 12.-Planes estratégicos para que haya vivienda accesible y adecuada para todas las personas sin hogar

El Concilio y el(la) Oficial de Enlace Municipal de Ayuda Interagencial a la Persona sin Hogar tendrá que integrar los planes existentes en Puerto Rico en un solo documento y facilitar su implantación, prestando énfasis en las siguientes áreas, pero sin limitarse a las mismas:

a. Prevención

...

d. Servicios humanos y de salud

1 1. Establecer un plan de acción que provea distintas soluciones y alternativas
2 a las condiciones de salud por las que atraviesan las personas sin hogar, tales como:

3 a. ...

4 ...

5 h. Acceso ágil al **[Seguro]** *Plan* de Salud del Gobierno, **[en igualdad de**
6 **condiciones para cualquier persona médico indigente]** *establecido mediante la Ley*
7 *Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como ‘Ley de la Administración de Seguros de Salud*
8 *de Puerto Rico’, sin que a las personas sin hogar se les requiera un médico primario en ningún*
9 *momento ni se les imponga a éstas limitaciones de áreas geográficas para su utilización cuya*
10 *cubierta de beneficios de salud será la misma que la provista a los demás beneficiarios del referido*
11 *Plan.*

12 ...”

13 Artículo 5.- Se enmiendan los incisos (1) y (3), deroga el inciso (10) y reenumeran
14 los incisos (11), (12), (13), (14), (15), (16) y (17), respectivamente, como incisos (10), (11),
15 (12), (13), (14), (15) y (16) del segundo párrafo del Artículo 6 de la Ley Núm. 11 de 23 de
16 junio de 1976, según enmendada, para que se lea como sigue:

17 “Artículo 6.—Funciones

18 El Consejo será un organismo asesor en la planificación, coordinación, revisión y
19 evaluación de toda el área de salud en Puerto Rico. Deberá organizarse internamente y
20 funcionar de forma tal que constituya un mecanismo eficaz para la interacción positiva
21 de los componentes principales del sistema de salud y para el logro de los objetivos de

1 esta Ley. Hará recomendaciones al Secretario y a la Asamblea Legislativa sobre
2 modificaciones a la política pública en el área de la salud para actualizar la misma.

3 Para lograr estos propósitos básicos, el Consejo tendrá las siguientes funciones:

4 (1) Realizará por encomienda del Secretario o de las diversas agencias o entidades
5 gubernamentales que se relacionen con el área de la salud o a iniciativa propia los
6 estudios e investigaciones que fueren necesarios para recomendar las guías, criterios y
7 procedimientos básicos que deben regir el proceso de planificación en el área de la salud
8 o para el descargo de sus responsabilidades. Disponiéndose, que el Consejo deberá
9 estudiar y evaluar continuamente las necesidades de salud de las personas *sin hogar y de*
10 *las personas* de sesenta (60) años o más y los servicios actualmente disponibles para
11 satisfacer dichas necesidades, así como la manera en que los mismos se prestan,
12 *incluyendo, de forma no exhaustiva, los problemas que enfrentan las personas sin hogar en cuanto*
13 *a la debida atención en las salas de emergencia, la consideración de estrategias como la integración*
14 *de buprenorfina en las referidas salas, la falta de acceso a atención médica preventiva y de rutina,*
15 *y la adopción y ejecución de los Protocolos de Servicios de Salud para las personas sin hogar que*
16 *toda facilidad de salud deberá haber establecido en virtud de la Ley Núm. 27-2007, conocida como*
17 *‘Ley Para la Prestación de Servicios de Salud a Personas sin Hogar en las Facilidades de Salud’, a*
18 *fin de que tales Protocolos sean uniformes y garanticen el acceso sin discrimen de las personas sin*
19 *hogar a las facilidades de salud. El Consejo deberá rendir al Secretario un informe anual sobre*
20 sus hallazgos y recomendaciones.

21 (2) ...

(3) Recomendará al Secretario, en consulta con las instituciones educativas del país y con entidades profesionales concernidas, guías, criterios y procedimientos para un Plan de Desarrollo Educacional y de adiestramiento de los recursos humanos necesarios para los servicios de salud en Puerto Rico. Dicho Plan incluirá, entre otras cosas, un énfasis *en las capacitaciones para el personal médico y otros profesionales de la salud sobre la sensibilización y estigmatización de las personas sin hogar, así como en la educación interdisciplinaria en Gerontología de las profesiones relacionadas con la salud y el readiestramiento en las subespecialidades de medicina primaria*. Además, el Plan contendrá un pronóstico por categorías de las necesidades de personal de la salud durante los diez (10) años subsiguientes a su promulgación. El primer Plan se propondrá dentro del año siguiente a partir de la constitución del Consejo y posteriormente, será revisado cada dos (2) años. El Secretario propondrá el contenido de dicho **[plan]** *Plan* a las instituciones de educación superior y otras que preparen profesionales de la salud de Puerto Rico en las áreas determinadas. El Secretario también promoverá la planificación y desarrollo de los programas docentes en el área de la salud en las instituciones que se dedican a la educación de profesionales y técnicos de la salud en el país, de acuerdo con los requerimientos del antes referido Plan. En lo que respecta a las instituciones del Estado, éstas desarrollarán sus programas educativos siguiendo la determinación de necesidades hechas por el Secretario y en consideración con los que puedan preparar las instituciones privadas.

(4) Velará ...

(9) Promoverá ...

1 **[(10) Estudiará, evaluará y hará recomendaciones, a petición del Secretario,**
2 **relacionadas con el Formulario y los reglamentos que se promulguen conforme**
3 **a las disposiciones de los Artículos 21 a 26 de esta ley.]**

4 **[(11)]** (10) Estudiará, evaluará y hará recomendaciones, a petición del Secretario, en
5 cuanto a los criterios que éste recomendará al Departamento de Asuntos del Consumidor
6 para la fijación de precios y márgenes de ganancias de medicamentos.

7 **[(12)]** (11) Recomendará ...

8 **[(13)]** (12) Establecerá ...

9 **[(14)]** (13) Estudiará ...

10 **[(15)]** (14) Establecerá ...

11 **[(16)]** (15) Preparará ...

12 **[(17)]** (16) Realizará ...”

13 Artículo 6.- Se ordena a la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra
14 la Adicción (ASSMCA) y a la Administración de Seguros de Salud (ASES) consultar a los
15 entes pertinentes e identificar cualesquiera fondos estatales o federales disponibles para
16 viabilizar que a las personas sin hogar no se les requiera un médico primario para fines
17 del plan de salud establecido en virtud de la Ley Núm. Ley Núm. 72-1993, según
18 enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de
19 Puerto Rico”, con el propósito de gestionar la asignación de dichos fondos para tal fin.
20 Disponiéndose, que para el Año Fiscal 2026-2027 y años fiscales subsiguientes, se
21 consignará en el presupuesto de gastos de la ASES una asignación de fondos de acuerdo
22 con las necesidades del plan de salud, incluyendo una partida específica de los fondos

1 necesarios para que a las personas sin hogar no se les exija un médico primario ni
2 limitaciones de áreas geográficas para propósitos de dicho plan.

3 Artículo 7.- La Administración de Seguros de Salud adoptará, enmendará o
4 derogará las normas, reglas y reglamentos necesarios para la consecución de los
5 propósitos de esta Ley.

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

11 Artículo 9.- Vigencia

12 Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación solamente
13 para que la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra las Adicción
14 (ASSMCA) y la Administración de Seguros de Salud (ASES) realicen las gestiones
15 indicadas en la Sección 5 de esta Ley y que la ASES lleve a cabo lo dispuesto en la Sección
16 6 de esta Ley. Tanto la ASSMCA como la ASES cumplirán con los deberes previamente
17 referidos en esta Sección no más tarde de los noventa (90) días a partir de la aprobación
18 de la presente Ley. Luego de transcurrido este término, las demás disposiciones de esta
19 Ley cobrarán vigencia en su totalidad.