

ORIGINAL

RECIBIDO FEB 13 '26 AM 9:41
TRAMITES Y RECORDS SENADO PR

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20^{ma.} Asamblea
Legislativa

3^{ra.} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. de la C. 253

INFORME POSITIVO

13^{er} 12 de febrero de 2026

AL SENADO DE PUERTO RICO

La Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración del **Proyecto de la Cámara 253**, recomienda a este Alto Cuerpo su aprobación, con las enmiendas contenidas en el Entirillado Electrónico que se acompaña.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El **Proyecto de la Cámara 253** propone crear la "Ley para garantizar los servicios de cuidados paliativos y de hospicio para el manejo integral de pacientes con enfermedades amenazantes a la vida"; y para otros fines relacionados.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

La Exposición de Motivos del Proyecto de la Cámara 253 reconoce que los cuidados paliativos y de hospicio constituyen un componente esencial del derecho a la salud, al procurar el alivio del dolor, la atención integral de síntomas físicos y emocionales, y el acompañamiento digno de pacientes que enfrentan enfermedades graves o terminales. Estos servicios, ofrecidos mediante equipos interdisciplinarios de profesionales de la salud, contribuyen significativamente a mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, especialmente durante las etapas más avanzadas de la enfermedad.

Asimismo, se destaca que el aumento de la población envejeciente y la prevalencia de enfermedades crónicas en Puerto Rico han incrementado sustancialmente la necesidad

de estos servicios especializados, lo que justifica el fortalecimiento de la política pública dirigida a garantizar su acceso universal y efectivo. La tendencia demográfica y epidemiológica evidencia la urgencia de adoptar medidas legislativas que consoliden la provisión de estos servicios dentro del sistema de salud.

En ese contexto, la medida propone establecer un marco legal que asegure la disponibilidad de servicios de cuidados paliativos y de hospicio, promueva la capacitación de profesionales, fomente la integración de estos servicios en las estructuras de atención médica existentes y fortalezca la protección de la dignidad humana en las etapas finales de la vida. De esta manera, la legislación persigue consolidar una política pública orientada a la humanización de la atención sanitaria, garantizando que los pacientes con enfermedades amenazantes a la vida reciban servicios integrales, oportunos y de calidad.

ALCANCE DEL INFORME

Como parte del proceso de análisis y evaluación del P. de la C. 253, la Honorable Comisión de Salud del Senado evaluó los comentarios sobre la medida de diversos componentes gubernamentales y no gubernamentales. Los memoriales explicativos utilizados para el análisis de esta pieza legislativa son: el Departamento de Salud (DS), la Administración de Seguros de Salud (ASES), la Oficina del Procurador del Paciente (OPP), la Asociación de Compañías de Seguros (ACODESE), la Asociación de Hospitales, la Sociedad Americana Contra el Cáncer (SACC), la Alianza Pro-Acceso a Medicamentos (APAM), el Plan de Salud Menonita (PSM) y Dra. María Ramos Fernández.

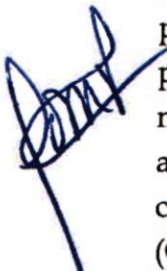
Asimismo, la Comisión también pudo examinar un resumen sobre estudio de cuidados al final de la vida suscrito por la Dra. Karen J. Ortiz Ortiz, Dr. Axel Gierbolini Bermúdez, Carlos Torres Cintrón, Dra. Marjorie Vázquez Roldán y la Dra. Yisel Pagán Santana y el Informe Positivo, con su correspondiente el Entirillado Electrónico cursado por el Cuerpo Hermano sobre la medida.

Cabe destacar, que la Comisión también solicitó comentarios sobre la pieza legislativa a: la Asociación de Dueños de Centros de Cuido de Larga Duración, Inc., First Medical, MMM, Triple, S, la Asociación de Enfermeras Oncólogas y la Oficina de Presupuesto de la Asamblea Legislativa (OPAL), no obstante, al momento de redactar este Informe, estos no han remitido los mismos.

A continuación, presentaremos un resumen de los argumentos y comentarios esbozados por las diferentes agencias y entidades consultadas durante el proceso de evaluación de la medida en referencia.

DEPARTAMENTO DE SALUD

Luego de examinar la pieza legislativa de referencia, el **Departamento de Salud** presentó su Memorial Explicativo por conducto de su Secretario, Dr. Víctor M. Ramos Otero, expresándose en contra de la aprobación de la medida.



Reconoció que el Proyecto de la Cámara 253 persigue un propósito legítimo de política pública al procurar garantizar el acceso a servicios de cuidados paliativos y de hospicio para pacientes con enfermedades terminales, crónicas o degenerativas, con el objetivo de mejorar su calidad de vida mediante un manejo integral del dolor, apoyo emocional y atención multidisciplinaria centrada en la dignidad del paciente. No obstante, indicó que, conforme a determinaciones recientes de los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) y a la normativa adoptada por la Administración de Seguros de Salud (ASES), dichos servicios ya fueron incorporados a la cubierta del Plan de Salud del Gobierno desde el 1 de julio de 2024, estableciéndose criterios clínicos de elegibilidad, parámetros operacionales y guías de prestación que atienden sustancialmente los objetivos perseguidos por la medida legislativa.

Asimismo, la Agencia señaló que varias disposiciones del proyecto impondrían obligaciones administrativas adicionales, tales como la creación de registros de servicios de cuidados paliativos y de voluntades anticipadas, la recopilación periódica de información estadística y la implantación de nuevos mecanismos regulatorios, sin que se contemplen asignaciones presupuestarias recurrentes suficientes para sostener dichas funciones, lo cual podría generar cargas fiscales y operacionales significativas que afectarían la capacidad institucional para cumplir eficazmente con sus responsabilidades de salud pública.

De igual forma, el Departamento destacó que la legislación vigente ya provee mecanismos válidos para la formalización de voluntades anticipadas y que actualmente existen múltiples hospicios debidamente licenciados que ofrecen estos servicios, por lo que la creación de estructuras registrales adicionales resultaría redundante e innecesaria desde la perspectiva administrativa y regulatoria.

En síntesis, aunque el Departamento de Salud reiteró la importancia clínica y social de los servicios de cuidados paliativos y de hospicio dentro del sistema de salud, concluyó que la aprobación de la medida, según redactada, no resulta necesaria ni operacionalmente viable en este momento, al encontrarse sus objetivos sustancialmente atendidos mediante la normativa vigente y carecer la propuesta de los recursos fiscales y operacionales requeridos para su implantación efectiva, razón por la cual no recomendó su aprobación legislativa.

ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD (ASES)



Esta Ilustre Comisión tuvo la oportunidad de examinar los comentarios presentados por la **Administración de Seguros de Salud (ASES)** quien presentó su Memorial Explicativo por conducto de su Director Ejecutivo, Lcdo. Carlos A. Santiago Rosario, expresándose en contra de la aprobación de la medida.

Reconoció la importancia de la política pública dirigida a garantizar el acceso a servicios de cuidados paliativos y de hospicio para pacientes con enfermedades amenazantes a la vida, destacando que dichos servicios constituyen un componente esencial de una atención médica integral y centrada en la dignidad del paciente. Sin embargo, ASES señaló que, desde julio de 2024, la cubierta del Plan de Salud del Gobierno (Plan Vital) ya fue ampliada para incluir los servicios de hospicio y cuidados paliativos, conforme a la Política Clínica ASES-OC-2024-P004, la cual establece criterios de elegibilidad, alcance de servicios y parámetros operacionales aplicables a los beneficiarios elegibles.

En esa misma línea, la Administración expuso que los servicios de hospicio están dirigidos a pacientes con condiciones terminales y pronóstico de vida limitado, mientras que los cuidados paliativos pueden proveerse a pacientes con enfermedades graves que continúan en tratamiento, garantizando en ambos casos un enfoque multidisciplinario de manejo de síntomas, apoyo emocional y acompañamiento familiar.

ASES concluyó que la intención del Proyecto de la Cámara 253 resulta meritoria; sin embargo, sostuvo que la medida no debe aprobarse en su forma actual, toda vez que los servicios que pretende establecer ya se encuentran incorporados y operando dentro de la cubierta vigente del Plan de Salud del Gobierno, razón por la cual no endosó su aprobación legislativa.

OFICINA DEL PROCURADOR DEL PACIENTE (OPP)

Examinamos, de igual forma, la ponencia de la **Oficina del Procurador del Paciente (OPP)** el cual presentó su memorial explicativo por conducto de su Procuradora, Lcda. Edna I. Díaz De Jesús, quien endosó el P. de la C. 253.

Señaló, que el Proyecto de la Cámara 253 responde a la necesidad de garantizar el acceso efectivo a servicios de cuidados paliativos y de hospicio para pacientes con enfermedades graves, crónicas o terminales, con el propósito de asegurar una atención integral que proteja la dignidad humana y mejore la calidad de vida del paciente y su familia.

Asimismo, la OPP destacó que, el envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas han incrementado significativamente la demanda de estos servicios especializados, los cuales constituyen un componente esencial del derecho a la salud al facilitar el manejo del dolor, el apoyo emocional y la toma informada de decisiones médicas, promoviendo un modelo de atención centrado en el paciente.

Exteriorizó que, aunque actualmente la Administración de Seguros de Salud (ASES) incorporó administrativamente estos servicios a la cubierta del Plan de Salud del Gobierno, resulta conveniente elevarlos a rango de ley a fin de garantizar su permanencia, uniformidad de acceso y continuidad como política pública de salud.

Por consiguiente, la Oficina concluyó que la aprobación de la medida fortalecería la protección de los derechos de los pacientes, promovería una atención más humana y coordinada dentro del sistema de salud y contribuiría a un uso más eficiente de los recursos médicos, razón por la cual recomendó su aprobación legislativa.

COLEGIO DE MÉDICOS-CIRUJANOS DE PUERTO RICO

Esta Distinguida Comisión recibió también la ponencia del **Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico** quien presentó su memorial explicativo por conducto de su Presidente, Dr. Carlos Díaz Vélez, endosando el P. de la C. 253.

En primer lugar, expresó que la medida atiende una necesidad apremiante de salud pública al garantizar el acceso oportuno, continuo y de calidad a servicios de cuidados paliativos y de hospicio, los cuales constituyen estándares contemporáneos de buena

práctica clínica dirigidos a aliviar el dolor, controlar síntomas y promover decisiones médicas informadas centradas en la dignidad del paciente.

Asimismo, la entidad destacó que, aunque estos servicios ya han sido incorporados administrativamente a la cubierta del Plan de Salud del Gobierno, resulta necesario establecer un marco estatutario que asegure su permanencia, uniformidad de acceso, coordinación entre pagadores y mecanismos de fiscalización y medición de calidad aplicables a todo el sistema de salud.

El Colegio recomendó diversas enmiendas técnicas dirigidas a fortalecer la viabilidad operacional de la medida, entre ellas:

- 
- la clarificación de definiciones clínicas, para evitar ambigüedades que luego se conviertan en disputas de elegibilidad o acceso, como por ejemplo:
 - cuidados paliativos debe definirse como atención especializada que puede y debe ofrecerse de manera concurrente con tratamientos curativos o modificadores de enfermedad, y cuyo criterio de activación se base en necesidad clínica, tales como síntomas, complejidad, carga emocional, y funcional, y no únicamente en pronóstico;
 - hospicio, por su parte, recomendó mantener el marco de expectativa de vida de seis meses, pero aclarando que la prestación puede darse en el hogar o en otros entornos clínicamente necesarios, y que incluye el apoyo al cuidador y el duelo como parte integral del modelo;
 - Sugirió, armonizar el lenguaje de consentimiento y confidencialidad;
 - Eliminar la frase "sin exclusión alguna" en el artículo 5 para evitar generar controversia e incertidumbre operacional y sustituirla por un mandato más sólido y defendible, que se cubran los servicios médicamente necesarios, basados en guías de práctica clínica, con componentes mínimos garantizados;
 - fortalecer el derecho a la información, sin convertirlo en obligación de aceptar servicios, sino en una obligación de informar y ofrecer consejería clara, detallada y comprensible;
 - precisar la participación familiar para que se active únicamente cuando exista incapacidad del paciente y conforme a representantes legales y voluntades anticipadas aplicables, preservando el principio de autonomía;
 - la inclusión de disposiciones de atención concurrente para pacientes pediátricos,
 - la coordinación interagencial en la implantación;

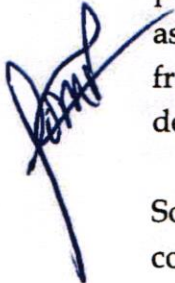
- 
- el establecimiento de mecanismos proporcionales de cumplimiento administrativo que favorezcan la calidad del servicio sin generar cargas regulatorias excesivas;
 - crear un Consejo Asesor de Cuidados Paliativos y Hospicio con representación del Departamento de Salud, ASES, aseguradores, Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico, hospitales, hospicios, profesiones de salud y pacientes o cuidadores, para coordinar implantación, estándares de calidad, fuerza laboral y fiscalización;
 - estructurar la implantación por fases: primero, reglamentación clínica y criterios mínimos; segundo, desarrollo de red y capacitación; tercero, medición de calidad mediante indicadores como control de dolor y síntomas, continuidad, uso de sala de emergencias, readmisiones, satisfacción del paciente y cuidador, y cumplimiento con planes de cuidado;
 - Por su parte, en el Artículo 9, advirtió que imponer reportes trimestrales obligatorios a todo médico puede resultar excesivamente oneroso y crear riesgos de privacidad y duplicidad, por lo que recomendó priorizar fuentes automatizables, como datos de reclamaciones y reportes institucionales de hospitales y programas de hospicio;
 - Sugirió revisar el enfoque penal y la cuantía de multas, ya que criminalizar con multas elevadas por violaciones de cubierta puede resultar desproporcionado y difícil de aplicar, por lo que propuso un régimen administrativo escalonado con planes correctivos, sanciones proporcionales y mayores penalidades por reincidencia, reservando lo penal para conducta dolosa grave o fraude, de así estimarse necesario; y
 - enmiendas técnicas al texto, como la corrección de HIPPA por HIPAA

Por consiguiente, concluyó que la aprobación del proyecto, acompañada de las enmiendas recomendadas, contribuiría a consolidar una política pública de salud orientada a la humanización de la atención médica, al fortalecimiento del acceso equitativo a servicios especializados y a la protección efectiva de los derechos del paciente en las etapas más vulnerables de la vida.

ASOCIACIÓN DE COMPAÑÍAS DE SEGUROS (ACODESE)

La Asociación de Compañías de Seguros (ACODESE) cursó sus comentarios a esta Distinguida Comisión en torno al Proyecto de la Cámara 253 suscrito por su Directora Ejecutiva, Lcda. Iraelia Pernas.

Aunque reconoció la importancia de fortalecer el acceso a servicios de cuidados paliativos y de hospicio al constituir componentes esenciales para la atención de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas o en etapas avanzadas, advirtió que la inclusión obligatoria de estos servicios dentro de las cubiertas de los planes de salud implicaría costos adicionales significativos que impactarían directamente las proyecciones actuariales del sistema, lo que podría traducirse en aumentos en las primas de seguros tanto para individuos como para patronos y el propio gobierno.



Asimismo, ACODESE expresó preocupaciones sobre las cargas administrativas que podrían derivarse de los requisitos de registro y notificación establecidos en la medida, así como sobre la imposición de penalidades adicionales que resultarían redundantes frente a los mecanismos de fiscalización ya existentes en el Código de Seguros y el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

Solicitó que, de aprobarse la medida, la implementación de las disposiciones relacionadas con la cubierta de cuidados paliativos y de hospicio, se aplique únicamente al momento de la renovación de los planes de salud. Por esto, acentuó la necesidad de que permanezca el lenguaje contemplado en el Artículo 13 de la medida que dispone que el mandato de la cubierta entrará en vigor a la fecha de la renovación de los contratos de planes o seguros de salud. Sostuvo, que esto permitirá a las aseguradoras realizar las proyecciones actuariales correspondientes, ajustar primas, revisar redes de proveedores y garantizar la viabilidad del nuevo componente cubierto.

ACODESE también presentó preocupación en cuanto al requisito de registro dispuesto en el Artículo 9 del proyecto al considerar que imponer este tipo de requisito operativo directamente al proveedor añade una carga administrativa adicional, particularmente en un sistema donde los médicos ya enfrentan presiones significativas relacionadas con la documentación, la facturación y el cumplimiento regulatorio. Añadió, que el requisito de consentimiento y notificación puede tener el efecto no deseado de desincentivar al paciente a aceptar los servicios por miedo a la estigmatización o simplemente por desconocimiento del proceso.

Finalmente, solicitó que se elimine el Artículo 11 que impone penalidades específicas por incumplimiento toda vez que es de la opinión que ya existen mecanismos robustos de fiscalización, penalización y cumplimiento contemplados en el Código de Seguros de

Puerto Rico y el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico que ya facultan al Comisionado de Seguros a imponer multas y suspensiones.

A pesar de resaltar la necesidad de evaluar cuidadosamente los impactos operacionales, fiscales y regulatorios para garantizar la sostenibilidad de la política pública propuesta, ACODESE indicó que no se opone a la aprobación del proyecto, sujeto a que se consideren las recomendaciones técnicas y actuariales planteadas durante el proceso legislativo.

ASOCIACIÓN DE HOSPITALES DE PUERTO RICO



La **Asociación de Hospitales de Puerto Rico** presentó su Memorial Explicativo en torno a la medida mostrándose a favor de su aprobación, al reconocer que la garantía de acceso a servicios de cuidados paliativos y de hospicio constituye un elemento esencial para fortalecer un sistema de salud centrado en la dignidad del paciente y en la mejora de la calidad de vida de las personas que enfrentan enfermedades graves o amenazantes a la vida. El mismo fue suscrito por su Presidente Ejecutivo, Jaime Plá Cortés.

Señaló, que la experiencia de las instituciones hospitalarias evidencia que la ausencia de acceso oportuno a estos servicios suele traducirse en hospitalizaciones recurrentes, intervenciones médicas agresivas innecesarias al final de la vida y mayores cargas emocionales para pacientes y familiares, mientras que la integración temprana de cuidados paliativos favorece el manejo adecuado de síntomas, la planificación anticipada de decisiones clínicas y una utilización más eficiente de los recursos del sistema de salud.

De igual forma, destacó que la creciente población envejeciente y la alta prevalencia de enfermedades crónicas en Puerto Rico incrementan la necesidad de fortalecer la política pública en esta materia, al tratarse de un modelo de atención interdisciplinario que atiende no solo el componente clínico del paciente, sino también sus dimensiones emocionales, sociales y espirituales durante el curso de la enfermedad.

No obstante, la entidad subrayó que la efectividad de la legislación dependerá de una implantación reglamentaria armonizada con los estándares clínicos y regulatorios vigentes, de manera que los requisitos de elegibilidad, calidad, educación continua, recopilación de datos y supervisión operen de forma coherente con los sistemas de cumplimiento ya existentes, evitando duplicidad de cargas administrativas que puedan afectar la prestación directa de servicios.

En cuanto a la recopilación de datos y la creación de registros, coincidió en que contar con información confiable es esencial para la formulación de política pública y la planificación de servicios. No obstante, resaltó que los cuidados paliativos abarcan una amplia gama de condiciones clínicas, funcionales y sociales, por lo que cualquier sistema de notificación debe diseñarse con criterios claros, clínicamente pertinentes y operacionalmente viables, que reconozcan la naturaleza interdisciplinaria y no exclusivamente diagnóstica de estos servicios, protegiendo en todo momento la confidencialidad del paciente.

Asimismo, enfatizó la necesidad de que los mecanismos de financiamiento contemplados en la medida garanticen la sostenibilidad de los proveedores que ofrecen estos servicios, particularmente aquellos que atienden poblaciones vulnerables, asegurando que la implantación de la política pública no genere presiones financieras adicionales que limiten la capacidad de prestación de servicios.

Por consiguiente, la Asociación reafirmó su apoyo a la aprobación del proyecto y exhortó a que, durante el proceso de reglamentación e implantación, se consideren cuidadosamente los aspectos técnicos, operacionales y financieros señalados, a fin de asegurar la efectividad, viabilidad y sostenibilidad de esta política pública de salud orientada a una atención más humana y coordinada.

SOCIEDAD AMERICANA CONTRA EL CÁNCER

Evalúamos, de igual forma, la ponencia de la **Sociedad Americana Contra el Cáncer** la cual presentó su memorial explicativo por conducto de su Vicepresidenta de Política Pública y Servicios a Pacientes, Lcda. Maria Cristy, expresándose a favor de la aprobación de la medida.

Destacó, que los servicios de cuidados paliativos y de hospicio constituyen intervenciones médicas esenciales para pacientes con enfermedades graves o terminales, al enfocarse en el alivio del dolor, el manejo de síntomas y el apoyo emocional, psicológico y espiritual tanto del paciente como de su núcleo familiar, promoviendo así una atención digna en las etapas finales de la vida.

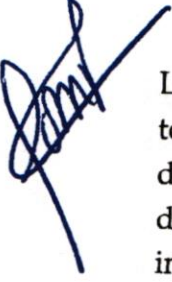
Asimismo, la entidad subrayó que estos servicios resultan particularmente indispensables para pacientes diagnosticados con cáncer avanzado o metastásico, en quienes las alternativas curativas son limitadas, por lo que el acceso oportuno a cuidados

paliativos contribuye significativamente a mejorar la calidad de vida y a garantizar procesos de atención más humanizados.

De igual forma, reconoció que actualmente la Administración de Seguros de Salud (ASES) ha integrado estos servicios a la cubierta del Plan de Salud del Gobierno; sin embargo, enfatizó la necesidad de elevar esta política pública a rango legal para asegurar su permanencia, estabilidad y acceso uniforme para todos los pacientes que los requieran.

Por consiguiente, la organización expresó su respaldo a la aprobación del Proyecto de la Cámara 253, al entender que la medida fortalecerá la protección de los derechos de los pacientes, ampliará el acceso a servicios especializados y contribuirá a mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan enfermedades amenazantes a la vida.

ALIANZA PRO-ACCESO A MEDICAMENTOS (APAM)



La **Alianza Pro-Acceso a Medicamentos (APAM)** presentó su Memorial Explicativo en torno a la medida mostrándose a favor de su aprobación, al reconocer que los servicios de cuidados paliativos y de hospicio constituyen componentes esenciales de un sistema de salud centrado en la dignidad del paciente, al permitir el alivio del dolor, el manejo integral de síntomas físicos y emocionales y el acompañamiento clínico y psicosocial tanto del paciente como de su familia durante las etapas más avanzadas de la enfermedad. El mismo fue suscrito por su Portavoz, Maria Cristy.

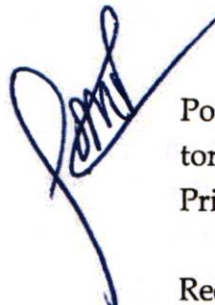
Asimismo, la entidad destacó que estos servicios no se limitan exclusivamente a pacientes en fase terminal, sino que también resultan indispensables para personas con enfermedades graves o crónicas que experimentan deterioro funcional significativo, ya que contribuyen a mejorar su calidad de vida mediante la atención interdisciplinaria provista por equipos médicos especializados en el manejo de dolor, apoyo psicológico, orientación social y planificación anticipada de decisiones médicas.

Sostuvo que, a pesar de que la Administración de Seguros de Salud (ASES) ya ha reconocido la importancia de estos servicios al incorporarlos mediante la Normativa 24-0828-2 a la cubierta del Plan de Salud del Gobierno, resulta necesario elevar dicha política pública a rango legal a fin de garantizar su permanencia, estabilidad normativa y acceso uniforme para todos los pacientes que los requieran, evitando que su continuidad dependa exclusivamente de determinaciones administrativas susceptibles de modificación futura.

Asimismo, la Alianza resaltó que la aprobación de la medida se alinea con los derechos reconocidos en la Carta de Derechos del Paciente, particularmente en lo relativo al manejo adecuado del dolor y a la prestación de servicios de salud esenciales, reforzando un modelo de atención médica basado en el respeto, la humanización del cuidado y la protección de las poblaciones más vulnerables.

Por consiguiente, concluyó que la aprobación del Proyecto de la Cámara 253 fortalecerá la política pública de salud al consolidar el acceso a servicios paliativos y de hospicio como un componente permanente del sistema sanitario, promoviendo una atención más humana, integral y alineada con las necesidades reales de los pacientes y sus familias, razón por la cual endosó su aprobación legislativa.

PLAN DE SALUD MENONITA (PSM)



Por su parte, el **Plan de Salud Menonita (PSM)** presentó su Memorial Explicativo en torno a la medida mostrándose en contra de su aprobación, el mismo fue suscrito por su Principal Asesora Legal, Yamilca Ortiz Carrión.

Reconoció que los servicios de cuidados paliativos y de hospicio constituyen componentes fundamentales de un modelo moderno de atención médica centrado en la dignidad del paciente y el uso adecuado de los recursos clínicos; sin embargo, expresó su oposición a la aprobación del Proyecto de la Cámara 253 al entender que la medida, según redactada, carece del análisis técnico, actuarial y regulatorio necesario para garantizar su implantación sostenible dentro del sistema de seguros de salud.

Asimismo, la entidad señaló que la inclusión obligatoria de estos servicios en todas las cubiertas de seguros de salud, "sin exclusión alguna", se propone sin la existencia de estudios actuariales independientes que permitan estimar el impacto real de la medida sobre primas, reservas financieras, niveles de riesgo y requisitos de solvencia establecidos por el Código de Seguros de Puerto Rico, lo que podría generar aumentos significativos en costos para patronos, individuos y el propio gobierno, así como riesgos de inestabilidad en el mercado asegurador.

De igual forma, el PSM indicó que el proyecto no establece criterios clínicos uniformes de elegibilidad, límites de utilización ni parámetros médicos definidos que permitan determinar de manera objetiva cuándo un paciente cualifica para recibir estos servicios y

por cuánto tiempo, lo que podría propiciar sobreutilización de beneficios, controversias administrativas y dificultades en los procesos de revisión clínica y coordinación de cuidado necesarios para el manejo responsable de recursos del sistema de salud.

Además, destacó que la medida no considera adecuadamente las diferencias regulatorias y financieras entre los planes comerciales, los planes Medicare Advantage y el Plan Vital, cada uno de los cuales opera bajo estructuras de financiamiento y requisitos regulatorios distintos, lo que podría generar impactos financieros desproporcionados, conflictos regulatorios y dificultades en la implantación uniforme de la cubierta propuesta.

Igualmente, la aseguradora expresó preocupación por las obligaciones adicionales de reporte, recopilación de datos y notificación contempladas en la medida, las cuales requerirían modificaciones sustanciales en sistemas administrativos y de reclamaciones, así como costos operacionales adicionales no contemplados, además de posibles implicaciones regulatorias en materia de cumplimiento con leyes federales de privacidad.

Manifestó preocupación en cuanto a las multas por incumplimiento con cubiertas incluidas en el Artículo 11 del Proyecto debido a la incertidumbre en la interpretación clínica, procesos de autorización legítimos, buenas prácticas del manejo de utilización, entre otras. Es de la opinión que el enfoque punitivo que se pretende imponer crea un ambiente adversarial que en nada abona a la colaboración entre aseguradoras, proveedores y el Gobierno.

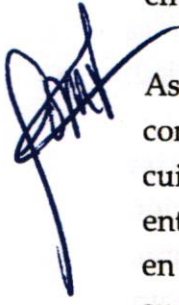
PSM puntualizó tres preocupaciones centrales: (1) la ausencia de estudios actuariales que cuantifiquen el impacto financiero de la cubierta obligatoria; (2) la falta de criterios clínicos claros de elegibilidad y parámetros de utilización que permitan una administración uniforme y eficiente de los servicios; y (3) los riesgos financieros y regulatorios que la medida podría generar para la estabilidad del mercado de seguros de salud, incluyendo posibles aumentos en primas y presiones sobre los niveles de solvencia de las aseguradoras.

Por consiguiente, aunque reiteró su compromiso con la provisión de servicios de salud de calidad y con la protección de la dignidad del paciente, el Plan de Salud Menorista concluyó que la aprobación del proyecto sin estudios actuariales, parámetros clínicos claros y mecanismos regulatorios coordinados podría comprometer la sostenibilidad

financiera del sistema de seguros de salud y afectar la estabilidad del mercado asegurador, razón por la cual no endosó su aprobación legislativa.

DRA. MARÍA RAMOS FERNÁNDEZ
(ESPECIALISTA EN MEDICINA DE EMERGENCIA Y SUB-ESPECIALISTA EN
CUIDADO PALIATIVO Y HOSPICIO)

La Dra. María Ramos Fernández, Sub-Especialista en cuidado Paliativo y Hospicio presentó ante esta Comisión su Memorial Explicativo en torno a la medida mostrándose su respaldo a la misma destacando que los cuidados paliativos constituyen un modelo de atención integral dirigido a pacientes con enfermedades graves o amenazantes a la vida, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida del paciente y su familia mediante el manejo efectivo del dolor y otros síntomas físicos, así como la atención de necesidades emocionales, sociales y espirituales.



Asimismo, señaló que la integración temprana de estos servicios, aun cuando el paciente continúe recibiendo tratamientos curativos, fortalece la planificación anticipada de cuidados, la toma de decisiones clínicas informadas y la coordinación interdisciplinaria entre médicos, enfermería, trabajo social y otros profesionales de la salud, lo que redundará en un control más efectivo de síntomas y en un apoyo psicosocial continuo al paciente y su núcleo familiar.

Acentuó, que la cobertura obligatoria de los servicios paliativos y de hospicio resulta esencial para garantizar acceso equitativo a un derecho fundamental de salud, ya que su implantación contribuye a reducir hospitalizaciones innecesarias, disminuye el uso de intervenciones médicas de alto costo sin beneficio clínico real y optimizar la utilización de recursos hospitalarios, liberando capacidad instalada para pacientes con mayores posibilidades de recuperación.

Además, destacó que, el cuidado paliativo promueve la prevención de complicaciones asociadas a enfermedades avanzadas, mejora la coordinación de la atención médica entre niveles de servicio, incrementa la satisfacción del paciente y su familia con el cuidado recibido y contribuye a un sistema de salud más eficiente, costo-efectivo y centrado en la calidad del servicio.

Concluyó, que la aprobación del Proyecto de la Cámara 253 permitirá consolidar una política pública orientada a la humanización del cuidado de salud, garantizando acceso

universal a servicios paliativos y de hospicio, mejorando la calidad de vida de los pacientes y promoviendo una utilización más eficiente de los recursos del sistema sanitario, razón por la cual endosó la aprobación de la medida.

DRA. KAREN J. ORTIZ ORTIZ, DR. AXEL GIERBOLINI BERMÚDEZ, CARLOS TORRES CINTRÓN, DRA. MARJORIE VÁZQUEZ ROLDÁN Y LA DRA. YISEL PAGÁN SANTANA

La Comisión también pudo examinar un resumen sobre estudio de cuidados al final de la vida suscrito por la **Dra. Karen J. Ortiz Ortiz, Dr. Axel Gierbolini Bermúdez, Carlos Torres Cintrón, Dra. Marjorie Vázquez Roldán y la Dra. Yisel Pagán Santana.**

 El estudio sobre cuidados al final de la vida en Puerto Rico evidencia que los servicios de cuidados paliativos y de hospicio constituyen intervenciones esenciales para mejorar la calidad de vida de pacientes con cáncer y enfermedades crónicas avanzadas, al permitir un manejo integral de síntomas, facilitar la toma de decisiones clínicas informadas y reducir tratamientos agresivos innecesarios que no aportan beneficios clínicos significativos.

Asimismo, el análisis del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico demostró que una proporción limitada de pacientes recibe servicios de hospicio previo a su fallecimiento, lo que revela brechas importantes de acceso, particularmente entre beneficiarios de Medicaid, quienes enfrentan mayores barreras para obtener estos servicios en comparación con pacientes cubiertos por Medicare.

De igual forma, los resultados del estudio evidencian que los pacientes que recibieron servicios de hospicio incurrieron en costos significativamente menores en los últimos meses de vida y presentaron menos visitas a salas de emergencia, menos hospitalizaciones y menor probabilidad de fallecer en instalaciones de cuidado agudo, lo que confirma que estos servicios no solo mejoran la calidad del cuidado, sino que también contribuyen a una utilización más eficiente de los recursos del sistema de salud.

El estudio concluye señalando que resulta necesario fortalecer la cobertura y el acceso a servicios de cuidados paliativos y de hospicio como una política pública basada en evidencia, dirigida a reducir disparidades de acceso, mejorar la calidad de la atención al final de la vida y generar ahorros potenciales mediante la reducción de intervenciones médicas evitables.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

En cumplimiento con el Artículo 1.007 de la Ley 107-2020, según enmendada, conocida como "Código Municipal de Puerto Rico", la Comisión de Salud certifica que el **P. de la C. 253** no impone una obligación económica en el presupuesto de los gobiernos municipales.

HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

Luego de evaluar el contenido del Proyecto de la Cámara 253, considerar los memoriales explicativos de las agencias gubernamentales, entidades profesionales, organizaciones de pacientes y proveedores de servicios de salud, así como revisar estudios técnicos sobre la provisión de cuidados paliativos y de hospicio en Puerto Rico, la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico formula los siguientes hallazgos y recomendaciones.



Los servicios de cuidados paliativos y de hospicio constituyen un componente esencial de la atención médica contemporánea, al permitir el manejo integral del dolor y otros síntomas asociados a enfermedades graves o amenazantes a la vida, así como el acompañamiento clínico, emocional y social del paciente y su familia, lo que redundará en una mejora significativa en la calidad de vida de las personas atendidas.

Asimismo, la Comisión evaluó las recomendaciones del Departamento de Salud, el cual reconoció la importancia de garantizar el acceso a estos servicios, pero advirtió sobre la necesidad de evitar la duplicidad de estructuras administrativas y la imposición de obligaciones operacionales que no cuenten con asignaciones presupuestarias recurrentes. En atención a dichas recomendaciones, la Comisión determinó atender las preocupaciones señaladas mediante enmiendas dirigidas a armonizar la implantación de la medida con los sistemas regulatorios y operacionales ya existentes en el sistema de salud.

De igual forma, la Comisión acogió la recomendación del Departamento de Salud y ACODESE en cuanto a la eliminación de disposiciones relacionadas con la creación de registros administrativos adicionales, evitando así cargas fiscales y administrativas innecesarias. Se incluyó expresamente que como parte del contenido de la Reglamentación que promulgará el Departamento de Salud, se deberá incluir, entre otros,

mecanismos para determinar elegibilidad, parámetros médicos definidos y límites de utilización.

Referente a las penalidades, se sustituyó el enfoque punitivo por imposición de sanciones administrativas, tales como multas que no serán menores de cinco mil dólares (\$5,000) ni mayores de diez mil dólares (\$10,000), suspensión o revocación de licencias, órdenes de cumplimiento, planes correctivos u otras medidas administrativas que correspondan conforme a la legislación y reglamentación aplicable.

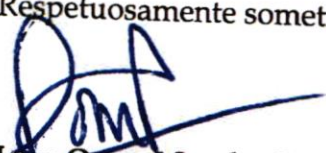
Además, el análisis de los memoriales presentados evidenció un amplio consenso entre organizaciones médicas, hospitales, asociaciones de pacientes y entidades de salud pública en cuanto a la necesidad de fortalecer la política pública dirigida a garantizar el acceso oportuno, continuo y equitativo a estos servicios especializados, particularmente ante el envejecimiento acelerado de la población y el aumento sostenido de enfermedades crónicas y degenerativas en Puerto Rico.

Por consiguiente, la Comisión concluye que el Proyecto de la Cámara 253, según enmendado, responde a una necesidad apremiante de salud pública, fortalece la protección de la dignidad humana en las etapas más vulnerables de la vida y consolida una política pública orientada a la humanización de la atención médica.

CONCLUSIÓN

POR TODO LO ANTES EXPUESTO, la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, luego de la consideración correspondiente, tiene a bien someter a este Alto Cuerpo su Informe, **RECOMENDANDO LA APROBACIÓN del Proyecto de la Cámara 253** con las enmiendas contenidas en el Entirillado Electrónico que se acompaña.

Respetuosamente sometido,


Juan Oscar Morales Rodríguez
Presidente
Comisión de Salud

ENTIRILLADO ELECTRÓNICO
(TEXTO DE APROBACIÓN FINAL POR LA CÁMARA)
(13 DE NOVIEMBRE DE 2025)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20^{ma} Asamblea
Legislativa

1^{ra} Sesión
Ordinaria

CÁMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 253

15 DE ENERO DE 2025

Presentado por el representante *Márquez Lebrón*;
y las representantes *Gutiérrez Colón* y *Lebrón Robles*

Referido a la Comisión de Salud

LEY



Para crear la "Ley para garantizar los servicios de cuidados paliativos y de hospicio para el manejo integral de pacientes con enfermedades amenazantes a la vida"; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Los cuidados paliativos son un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales; y para otros fines relacionados.

Para que los cuidados paliativos sean posibles y efectivos, deben contar con un equipo multidisciplinario compuesto por médicos con entrenamiento formal en la subespecialidad, personal de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, farmacéuticos, entre otros.

El cuidado de hospicio es un programa para el cuidado del final de la vida. Los cuidados de hospicio y paliativos comparten objetivos similares de control de síntomas,

alivio del dolor e importancia de la calidad de vida en pacientes que enfrentan un diagnóstico que limita su vida. Como parte de estos cuidados, un equipo de profesionales de la salud brinda apoyo médico, psicológico y emocional. El objetivo de estos cuidados es ayudar a las personas que están cerca de la muerte (en el caso del hospicio) o que estén enfrentando una enfermedad seria (en el caso del cuidado paliativo) a tener paz y dignidad. Las personas que prestan estos cuidados tratan de controlar el dolor y otros síntomas para que el paciente permanezca lo más alerta y cómodo posible. Los programas de cuidados de hospicio y de asistencia paliativa brindan apoyo tanto a los pacientes como a quienes les proporcionan cuidados. Esa labor comprende la atención de necesidades prácticas y apoyo psicológico a la hora de la transición a la muerte y el duelo.



Según datos recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que 40 millones de personas en el mundo necesitan cuidados paliativos cada año, debido al envejecimiento de la población y al aumento de enfermedades crónicas. La necesidad de estos cuidados es aún mayor en países como Puerto Rico donde ha aumentado de manera acelerada la población envejeciente. Según la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico del Censo para el año 2021, se estima que hay 740,500 personas de 65 años o más en Puerto Rico y el 48.1% de ellas (356,300) tiene 75 años o más.

Actualmente, el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, Plan Vital, no incluye en su cubierta los cuidados paliativos ni de hospicio (el cuidado de hospicio para miembros menores de veintiún (21) años es parte de la Cubierta Básica). Esto, a pesar de que los cuidados paliativos están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud.

Es importante abordar las necesidades de cuidados paliativos mediante la sensibilización, la mejora de las regulaciones de salud, la capacitación de proveedores de atención médica y la integración de los cuidados paliativos en el sistema de salud.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Artículo 1.-Título

2 Esta ley se conocerá como "Ley para garantizar los servicios de cuidados paliativos
3 y de hospicio para el manejo integral de pacientes con enfermedades amenazantes a la
4 vida".

5 Artículo 2.-Política Pública

1 Esta ley busca regular y garantizar el derecho que tienen las personas con
2 enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención en
3 cuidados paliativos y servicio de hospicio que pretende mejorar la calidad de vida, tanto
4 de los pacientes que afrontan estas enfermedades, como de sus familias, mediante un
5 tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en
6 cuenta sus aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, de
7 acuerdo con las guías de práctica clínica que establezca el Departamento de Salud.
8 Además, manifiesta el derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y
9 anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de
10 proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente,
11 específicamente en casos en que haya diagnóstico de una enfermedad en estado terminal
12 crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida. El objetivo es
13 alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente, sus cuidadores y su familia.

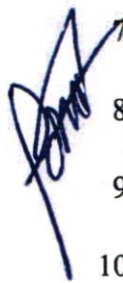
14 Artículo 3.-Definiciones

15 a. Cuidados paliativos: atención médica especializada para personas
16 con enfermedades graves. Lo que incluye

17 el conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un
18 enfoque integral, a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y de sus
19 familias, que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades crónicas y
20 amenazantes para la vida, mediante el tratamiento del dolor, el sufrimiento y otros
21 problemas físicos, psicológicos y espirituales, por medio de la identificación
22 temprana de una enfermedad grave. Deben aplicarse cuando el paciente inicia una

1 enfermedad sintomática, activa y progresiva. Estos servicios involucran a
2 médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros especialistas enfocados en
3 mejorar la calidad de vida. Los cuidados paliativos pueden proporcionarse al
4 mismo tiempo que los tratamientos curativos; es apropiado a cualquier edad y en
5 cualquier etapa de una enfermedad grave.

6 Cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a
7 terapéuticas curativas.



8 b. Hospicio: Los cuidados y servicios médicos que se ofrecen a una
9 persona con una enfermedad terminal cuyo diagnóstico médico determine que la
10 persona tiene seis (6) meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso
11 natural y el enfoque ya no sea continuar con los tratamientos curativos. Los
12 cuidados de hospicio pueden incluir servicios ofrecidos por enfermeros, médicos,
13 trabajadores sociales, consejeros espirituales capacitados para brindar servicios
14 tanto a la persona enferma como sus cuidadores y familia para brindar el apoyo
15 médico y emocional necesario. Estos servicios se ofrecerán en la residencia del
16 paciente o en otros entornos clínicamente necesarios.

17 Artículo 4.-Derechos de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas,
18 terminales o irreversibles de alto impacto en la calidad de vida.

19 a. Derecho al cuidado paliativo: Todo paciente afectado por una
20 enfermedad amenazante a la vida, ya sea crónica, potencialmente terminal,
21 irreversible o de alto impacto en la calidad de vida, tiene derecho a solicitar la
22 atención integral del cuidado médico paliativo. Los servicios integrales del

1 cuidado paliativo se deberán prestar de acuerdo con el Reglamento que adopte
2 el Departamento de Salud.

3 b. Derecho a servicios de Hospicio: Todo paciente afectado por una
4 enfermedad terminal, cuya expectativa de vida sea de seis (6) meses o menos
5 si la enfermedad sigue su curso normal. Los servicios integrales de hospicio se
6 deberán prestar de acuerdo con el Reglamento que adopte el Departamento de
7 Salud.



8 c. Derecho a la información: Todo paciente que sea diagnosticado de
9 una enfermedad terminal, crónica, degenerativa o irreversible, tiene derecho a
10 recibir información clara, detallada y comprensible, por parte del médico
11 tratante, sobre su diagnóstico, estado, pronóstico y las alternativas terapéuticas
12 de atención paliativa propuestas y disponibles, así como de los riesgos y
13 consecuencias en caso de rehusar el tratamiento ofrecido. En todo momento la
14 familia del paciente igualmente tendrá derecho a la información sobre los
15 cuidados paliativos y a decidir sobre las alternativas terapéuticas disponibles
16 en caso de incapacidad total del paciente que le impida la toma de decisiones.

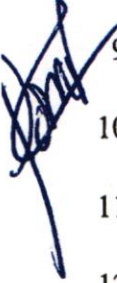
17 Artículo 5.-Cubierta de servicios de salud

18 Se requiere a todo asegurador y organizaciones de servicios de salud establecidos
19 conforme a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como
20 "Código de Seguros de Puerto Rico", y en virtud de la Ley 194-2011, según enmendada,
21 conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", planes de seguros que
22 brinden servicios en Puerto Rico y cualquier otra entidad contratada para ofrecer

1 beneficios de salud en Puerto Rico, así como a la Administración de Seguros de Salud de
2 Puerto Rico, y a cualquier entidad contratada para ofrecer servicios de salud o de seguros
3 de salud en Puerto Rico, a través de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como
4 "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", que incluyan, como
5 parte de sus cubiertas, todo tipo de servicios integrales de cuidados paliativos y de
6 hospicio, sin exclusión alguna.

7 Artículo 6.-Deberes y responsabilidades

8 Será responsabilidad del Departamento de Salud:



9 (a) Ofrecer talleres y asesoría para el desarrollo de programas de educación
10 continua que será obligatoria para el personal que se desempeña en el tratamiento de
11 pacientes que requieran algún tipo de servicio de cuidados paliativos o de hospicio;

12 (b) Las Juntas Examinadoras adscritas al Departamento de la Salud deben
13 incluir en su plan de educación continuada créditos en servicios de cuidados paliativos y
14 de hospicio mandatorios para todos los profesionales de la salud;

15 (c) Desarrollar y promover la adopción de reglamentos relacionados con el
16 equipo médico y de profesionales necesarios para ofrecer servicios de cuidados paliativos
17 o de hospicio;

18 (d) Servir como recurso de información educativa médica para el personal que
19 se desempeña en el tratamiento de pacientes que requieran servicios de cuidados
20 paliativos o de hospicio;

21 (e) Ofrecer información a la comunidad sobre los servicios de cuidados
22 paliativos y de hospicio disponibles;

(f) Ayudar al desarrollo de médicos clínicos y personal de enfermería especializados, profesionales de la salud e investigadores dedicados al estudio de los servicios de cuidados paliativos y de hospicio;

(g) Establecer e implantar mecanismos adecuados para garantizar la calidad del servicio al paciente y la pronta evaluación y corrección de cualesquiera fallas y deficiencias que surjan en la prestación de los servicios;

(h) Formular, adoptar, enmendar y derogar reglas y reglamentos necesarios para su funcionamiento;

(i) Solicitar, recibir y aceptar fondos, donaciones federales, estatales, privadas o de cualquiera otra índole. Podrá llevar a cabo y pagar por las actividades necesarias para allegar fondos particulares de organizaciones privadas sin fines de lucro o de parte del gobierno federal, estatal o municipal; y

~~(j) Recopilar toda la información necesaria para la creación de un Registro Nacional de las Voluntades Anticipadas; y~~

~~(k)~~ (j) Aquellas otras funciones que entiendan pertinentes y estén en consonancia con las disposiciones de esta Ley.

Artículo 7.-Gastos de funcionamiento

Los fondos necesarios para establecer y operar esta Ley provendrán de los recaudos que ingresen por los servicios prestados, la facturación al seguro de salud brindado a través del Gobierno de Puerto Rico por virtud de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)", y a las aseguradoras, organizaciones de servicios de salud constituidas,

1 planes de seguros y asociaciones con fines no pecuniarios, que suscriben seguros de
2 servicios de salud en Puerto Rico.

3 Artículo 8.-Se enmienda la Sección 2 del Artículo VII de la Ley 72-1993, según
4 enmendada, para que lea como sigue:

5 "Sección 2.-Informes de las aseguradoras.

6 Dentro de los sesenta (60) días al cierre de cada año fiscal, cada asegurador
7 someterá a la Administración, un informe estadístico de sus actividades. Una vez
8 recopilada por la Administración, deberá someterla al Gobernador y a la Asamblea
9 Legislativa. Dicho informe estadístico deberá incluir, como mínimo, lo siguiente:

10 (a) ...

11 ...

12 (t) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios de cuidados paliativos y de
13 hospicio ofrecidos, incluyendo las enfermedades por las cuales fueron ofrecidos.

14 ..."

15 ~~Artículo 9. Datos estadísticos~~

16 ~~Se crea el Registro de Servicios de Cuidados Paliativos y de Hospicio, adscrito al~~
17 ~~Departamento de Salud, que, será la entidad responsable de procesar, analizar y divulgar~~
18 ~~la información relacionada a las necesidades de servicios de cuidados paliativos y de~~
19 ~~hospicio en Puerto Rico.~~

20 ~~Este Registro mantendrá una base de datos de todos las enfermedades o~~
21 ~~condiciones que requirieron de servicios de cuidados paliativos y de hospicio, a fin de~~
22 ~~llevar estadísticas oficiales y crear un perfil de los casos que existen en Puerto Rico.~~

1 Anualmente, el Departamento de Salud someterá un informe al Instituto de Estadísticas
2 de Puerto Rico para su análisis estadístico y correspondiente publicación.

3 Será compulsorio para todo médico autorizado a practicar su profesión en Puerto
4 Rico ~~que diagnostique a un paciente cuya enfermedad requiera servicios de cuidados~~
5 ~~paliativos o de hospicio, notificarlo trimestralmente al Registro, luego de obtener el~~
6 ~~consentimiento del paciente, según la Ley Pública Núm. 104-191 de 21 de agosto de 1996,~~
7 ~~conocida como "Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996" (HIPPA).~~



8 Toda compañía de seguros de salud deberá notificar trimestralmente al Registro,
9 de todo asegurado que requirió servicios de cuidados paliativos o de hospicio, luego de
10 obtener el consentimiento del paciente, según la Ley Pública Núm. 104-191 de 21 de
11 agosto de 1996, conocida como "Health Insurance Portability and Accountability Act of
12 1996" (HIPPA).

13 Los informes y estadísticas elaboradas y recopiladas en virtud de esta Ley serán
14 confidenciales. Disponiéndose, que los mismos podrán ser utilizados en estudios
15 epidemiológicos, estadísticos, investigaciones científicas y con fines educativos, siempre
16 y cuando no se divulgue la identidad del paciente. Todas las personas que tengan acceso
17 a la información que posea el Registro, ya sean empleados o colaboradores que laboren o
18 aporten en el funcionamiento y operación del mismo, y todos los investigadores que
19 tengan acceso a dichos datos, deberán firmar acuerdos de confidencialidad bajo los cuales
20 serán legalmente responsables por cualquier brecha en esta. Estos acuerdos continuarán
21 vigentes, aún después de que el empleado, colaborador o investigador haya concluido su
22 relación con el Registro.

Artículo ~~10~~ 9.-Reglamentación

El Departamento de Salud promulgará un reglamento que definirá las normas y procedimientos y atenderá todos los asuntos relacionados a la debida implantación de esta Ley, de conformidad con las disposiciones contenidas en la Ley 38-2017, según enmendada, conocida como "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico". Estas normas y procedimientos podrán incluir, pero sin limitarse, mecanismos para determinar ~~la magnitud de la información a ser recopilada,~~ administración de los datos, elegibilidad, parámetros médicos definidos, límites de utilización, mecanismos apropiados para seguimiento, sistema de referido, y procesos para la revisión y evaluación de las actividades a ser realizadas conforme a esta Ley. También, deberán proveer para facilitar y definir la colaboración entre las facilidades de servicios médicos, de diagnóstico, profesionales de la salud y el Departamento de Salud o sus agentes y funcionarios.

Artículo ~~11~~ 10.-~~Penalidad~~ Penalidades Administrativas

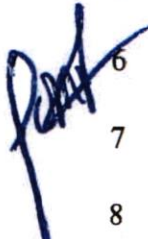
~~Toda persona natural o jurídica que viole lo dispuesto en el Artículo 5 de esta Ley incurrirá en delito menos grave y se le impondrá una multa no menor de cincuenta mil dólares (\$50,000.00) ni mayor de cien mil dólares (\$100,000.00), a discreción del Tribunal.~~

Cualquier asegurador, proveedor de servicios de salud, entidad administradora o persona natural o jurídica que incumpla con las disposiciones de esta Ley, su reglamentación o las órdenes emitidas por las agencias reguladoras competentes, estará sujeta a la imposición de sanciones administrativas, incluyendo multas que no serán menores de cinco mil dólares (\$5,000) ni mayores de diez mil dólares (\$10,000), suspensión o revocación de licencias, órdenes de cumplimiento,

1 planes correctivos u otras medidas administrativas que correspondan conforme a la legislación y
2 reglamentación aplicable.

3 Artículo ~~12~~ 11.-Separabilidad

4 Si alguna de las disposiciones de la presente Ley fuere declarada inconstitucional,
5 las restantes disposiciones se mantendrán en vigor.

 6 Artículo ~~13~~ 12.-Vigencia

7 Esta Ley comenzará a regir inmediatamente luego de su aprobación. No obstante, se
8 conceden ciento ochenta (180) días hábiles al Departamento de Salud para que
9 promulgue la reglamentación dispuesta en el Artículo 10 de la presente Ley. En el caso
10 de las disposiciones relacionadas con las cubiertas de servicios de salud, estas se aplicarán
11 a cada plan de salud cuando los mismos se vendan o se renueven sus cubiertas.