

ORIGINAL

RECIBIDO ABR28'26AM11:51
TRAMITES Y RECORDS SENADO PR

[Handwritten signature]

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20^{ma}. Asamblea
Legislativa

3^{ra} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 993

INFORME POSITIVO

28
27 de abril de 2026

AL SENADO DE PUERTO RICO

La Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración del Proyecto del Senado 993, recomienda a este Alto Cuerpo su aprobación, con las enmiendas contenidas en el Entrillado Electrónico que se acompaña.

ALCANCE DE LA MEDIDA

[Handwritten signature]
El Proyecto del Senado 993 crear la "Ley de Comités de Revisión de Ejecutoria Profesional y de Calidad en Instituciones Médico-Hospitalarias", a los fines de declarar como política pública del Gobierno de Puerto Rico que los reportes y procedimientos llevados a cabo por los comités de calidad y la facultad médica, establecidos con el propósito de evaluación y mejoramiento de la calidad del cuidado ofrecido por entidades de cuidado de salud, no son objeto de descubrimiento de prueba; y para otros fines relacionados.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Según se desprende de la Exposición de Motivos de la medida, en la mayoría de las jurisdicciones de los Estados Unidos se ha determinado que una de las razones por la cual, en ocasiones, continúan surgiendo los mismos incidentes en las instituciones de cuidado de salud es debido a que el personal médico no se siente en la libertad de poder desarrollar, informar y dar a conocer, por escrito, aquellas situaciones o incidentes de manejo de riesgo o calidad con los que se puedan enfrentar en las instituciones donde prestan sus servicios. A modo de ejemplo, Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas,

California, Colorado, Connecticut, District of Columbia, Delaware, Florida, Georgia, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana e Iowa tienen legislación al respecto. También las tienen estados como Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada. Además, estados como New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, North Carolina, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island y South Carolina poseen legislaciones parecidas a la aquí promulgada.

Finalmente, South Dakota, Tennessee, Texas, Vermont, Virgin Islands (U.S.), Virginia, Washington, West Virginia, Wisconsin y Wyoming tienen igual legislación sobre el asunto. Esta legislación estatal se promulgó a la luz de que proveedores de salud, en ocasiones, rechazaban cooperar y participar en actividades de revisión de calidad de servicio por el temor de estar sujetos a acciones en su contra y que se utilicen, de forma incorrecta, estas investigaciones y análisis para posteriores reclamaciones en contra de ellos.



En la actualidad en Puerto Rico no existe una legislación que proteja estos documentos donde se les provea confidencialidad a los mismos para que puedan ser redactados por los proveedores de salud con el fin de ser sometidos a un comité de revisión de pares o comité de calidad para corregir y mejorar los servicios de salud que se ofrece en Puerto Rico. Debido a dicha ausencia de legislación se priva a las instituciones de maximizar, con herramientas escritas, una cultura de seguridad y calidad; donde se documenten incidentes que pueden ser utilizados por la misma institución o por otras en un futuro para mejorar la calidad de servicio de salud que se le provee al pueblo de Puerto Rico y así evitar que se repitan incidentes.

A nivel nacional, la mayoría de las jurisdicciones han tomado la iniciativa de incorporar estatutos para mejorar el sistema de salud promoviendo que los médicos y demás proveedores de salud realicen reportes de manejo de riesgo, reportes de incidentes e investigaciones escritas para esos fines, extendiendo confidencialidad a los mismos. Estas legislaciones evitan que los reportes de incidentes y de manejo de riesgo, que son realizados para el uso interno de los Comités de Manejo de Riesgo, Comité de Calidad, Comités de Facultad Médica de revisión de pares, entre otros comités de las instituciones de salud, sean objeto de descubrimiento y de esa manera, desalienten que se coloque por escrito las investigaciones realizadas por la entidad.

Por tal razón, hay que tomar medidas dirigidas a garantizar que el pueblo de Puerto Rico continúe recibiendo servicios médico-hospitalarios de calidad y haga uso de las herramientas escritas y mejores prácticas para identificar, analizar y prevenir situaciones de riesgos. Los proveedores de salud, de esta manera, pueden realizar reportes de incidentes y manejo de riesgo con el mayor desprendimiento posible, sin el temor a que dichos informes puedan ser utilizados en un futuro en su contra en una acción judicial. La implementación de esta ley promoverá la participación de los proveedores de salud del país en los procesos de mejoramiento de calidad de servicio de salud ofrecidos en las instituciones médico-hospitalarias.



Con el fin de reforzar la necesidad de mejorar la calidad de cuidado médico en nuestro país se nos requiere tomar medidas de mayor esfuerzo. Con esta nueva medida se puede lograr varios objetivos: (1) se crea una cultura de seguridad donde los proveedores de servicios de salud lleven a cabo procesos de revisión de pares, informes de manejo de riesgo, investigaciones de incidentes, memorandos de seguridad, entre otros; (2) se logra el objetivo de disminuir los errores en el campo de servicio de salud utilizando dichos informes para identificar las faltas existentes; (3) las instituciones médico-hospitalarias pueden reforzar sus procesos escritos para llevar a cabo métodos correctivos hasta restringir privilegios de los médicos, requerir amplio seguimiento de procedimientos o requerir educación adicional por parte de los proveedores de salud.

Finalmente, la Ley 102-2025 reconoce licencias ocupacionales y profesionales de médicos en Puerto Rico. Estos médicos provienen de estados donde existen protecciones legales para los procesos de revisión de pares, reportes de incidentes y comités de calidad. Al ejercer en Puerto Rico, no deben perder esas protecciones.

La meta es que los médicos en Puerto Rico y las instituciones de salud tengan los mismos derechos que en cualquier estado de Estados Unidos. Esto coloca a Puerto Rico en igualdad de condiciones con las demás jurisdicciones y evita un trato desigual a nuestros profesionales de la salud. Se garantiza uniformidad en las reglas de confidencialidad, se promueve la participación sin temor en procesos de calidad y seguridad, y se fortalece la integración de Puerto Rico al marco legal y profesional estadounidense. De este modo, la política pública de Puerto Rico en salud se mantiene alineada con la práctica nacional, asegurando que la movilidad profesional reconocida por la Ley 102-2025 sea un ejercicio real de igualdad ciudadana dentro de la nación estadounidense.

A estos efectos, esta Asamblea Legislativa entiende que se puede promover una cultura de seguridad en prestación de salud protegiendo los documentos que se redacten con el propósito de mejorar procesos de calidad en las instituciones hospitalarias, oficinas médicas y otras instalaciones de salud.

ALCANCE DEL INFORME

Como parte del proceso de análisis y evaluación del **P. del S. 993**, la Honorable Comisión de Salud del Senado solicitó los comentarios sobre la medida a diversos componentes gubernamentales y no gubernamentales. Los memoriales recibidos y utilizados para el análisis de esta pieza legislativa son: el Hospital Pediátrico Universitario, la Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM), la Oficina del Procurador del Paciente (OPP), la Oficina de Administración de Tribunales (OAT), el Colegio de Médicos Cirujanos y el Colegio de Abogados de Puerto Rico.

 Igualmente, se solicitaron los comentarios al Departamento de Salud (DS), Departamento de Justicia (DJ), la Asociación Médica de Puerto Rico, Asociación de Hospitales, el Hospital Auxilio Mutuo; 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, entidades y ciudadanos consultadas durante el proceso de evaluación de la medida en referencia.

HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO DE PUERTO RICO

Luego de examinar la pieza legislativa de referencia, el **Hospital Pediátrico Universitario de Puerto Rico** presentó su Memorial Explicativo por conducto de su Directora Ejecutiva, la Lcda. Giselle Van Derdys Arroyo, expresándose a favor de la aprobación de la medida, sujeto a la incorporación de enmiendas.

El Hospital explicó que la medida pretende fomentar la calidad de los servicios médico-hospitalarios mediante la promoción de prácticas que permitan identificar, analizar y prevenir riesgos, sin que los proveedores de salud enfrenten el temor de que sus informes internos sean utilizados en su contra en procesos judiciales. Asimismo, señaló que la implementación de esta legislación incentivaría la participación del personal médico en procesos de mejora continua.

De igual forma, la institución destacó que la medida contribuiría a crear una cultura de seguridad en el sistema de salud, al permitir la realización de revisiones de pares, investigaciones de incidentes y análisis de manejo de riesgo. Además, indicó que estos mecanismos facilitarían la identificación de fallas, la adopción de medidas correctivas y la posible restricción de privilegios profesionales cuando fuese necesario. No obstante, advirtió que dichas protecciones no deben operar en detrimento del derecho de los pacientes a reclamar por daños causados por actuaciones negligentes.

Por otro lado, el Hospital expuso que los informes de manejo de riesgo y las investigaciones internas se realizan bajo estrictos estándares de confidencialidad, conforme a normativas como HIPAA, con el propósito de proteger la identidad del paciente y permitir el análisis interno para fines de mejora. En esa línea, señaló que dichos expedientes administrativos deben mantenerse confidenciales y accesibles únicamente para fines oficiales, a fin de promover evaluaciones honestas y efectivas.



Asimismo, indicó que la protección de confidencialidad no implica la ocultación de los hechos, ya que la información subyacente podía ser obtenida mediante otros mecanismos probatorios, como testimonios y expedientes médicos. Igualmente, reconoció que dicha confidencialidad podría levantarse en casos donde surgiera la comisión de delitos, mediante orden judicial.

Finalmente, el Hospital subrayó que la Ley 194-2000 garantiza el derecho del paciente a recibir información veraz sobre su tratamiento, y expresó su preocupación de que el proyecto pudiera ser utilizado para encubrir actos ilegales o negligentes. En consecuencia, recomendó que la medida fuese revisada y atemperada al marco legal vigente para evitar tales riesgos.

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO DE PUERTO RICO (ASEM)

La **Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM)** compareció ante la Comisión de Salud, por conducto de su Director Ejecutivo, Dr. Regino Colón Alsina, para exponer su endoso al Proyecto del Senado Núm. 993, el cual propone establecer la confidencialidad de los informes, deliberaciones y procedimientos de los comités de revisión de pares y calidad en las instituciones médico-hospitalarias.

Asimismo, ASEM reconoció la importancia de fortalecer los mecanismos institucionales dirigidos al mejoramiento continuo de la calidad del cuidado médico y la seguridad del paciente. En ese sentido, la entidad destacó que los procesos de revisión de pares, manejo de riesgo clínico y evaluación de eventos adversos constituyen herramientas fundamentales dentro de los sistemas modernos de gobernanza clínica.

De igual forma, expresó que la confidencialidad de dichos procesos fomenta una participación responsable por parte de los profesionales de la salud, facilitando la identificación de fallas sistémicas y el desarrollo de estrategias correctivas dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.



ASEM subrayó los aspectos positivos de la medida, entre ellos la promoción de una cultura de seguridad del paciente, el fortalecimiento de los procesos de revisión de pares, su alineación con prácticas adoptadas en otras jurisdicciones de los Estados Unidos y el fomento de la mejora continua institucional. No obstante, advirtió sobre la necesidad de que las instituciones de salud mantengan mecanismos claros de custodia, manejo y control de la información generada en estos procesos, garantizando su confidencialidad y adecuada preservación.

En síntesis, concluyó que la medida contribuía al fortalecimiento de los sistemas de calidad en las instituciones médico-hospitalarias, al tiempo que promovería la seguridad del paciente y la mejora de la práctica médica. Finalmente, ASEM reiteró su respaldo al Proyecto del Senado Núm. 993, condicionado a que su implementación considerara las recomendaciones institucionales señaladas, a los fines de garantizar un balance adecuado entre la confidencialidad, la transparencia y la protección de los derechos de los pacientes.

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN DE TRIBUNALES DE PUERTO RICO (OAT)

Mientras que la **Oficina de Administración de Tribunales (OAT)** presentó un escrito suscrito por su Director Administrativo, Lcdo. Sigfrido Steidel Figueroa declinando emitir comentarios respecto a los méritos de la propuesta legislativa, toda vez que la OAT tiene por norma general abstenerse de emitir juicio sobre asuntos de política pública gubernamental de la competencia de los otros poderes de gobierno.

OFICINA PROCURADOR DEL PACIENTE (OPP)

Esta Ilustre Comisión examinó los comentarios presentados por la **Oficina del Procurador del Paciente** los cuales fueron suscritos por conducto de su Procuradora, Edna I. Díaz De Jesús.

Señaló, que dicha Oficina, creada mediante la Ley Núm. 77-2013, tiene la responsabilidad de garantizar servicios de salud accesibles, dignos y de calidad, así como velar por los derechos de los pacientes. Indicó, que la medida responde a la ausencia de una legislación específica que proteja los informes internos relacionados con incidentes y manejo de riesgos. Destacó que la falta de protección legal ha desincentivado la documentación de incidentes por parte de los proveedores de salud, limitando el desarrollo de una cultura de seguridad y mejora continua. Además, expresó que otras jurisdicciones han adoptado legislación similar para fomentar la transparencia interna bajo confidencialidad.



La OPP reconoció méritos importantes de la medida, tales como promover la calidad de los servicios de salud, fortalecer los procesos institucionales y reducir errores mediante evaluaciones internas. No obstante, advirtió que la medida podría limitar el acceso a la justicia, particularmente en casos de impericia médica, donde exista el riesgo de que la confidencialidad se utilice para ocultar negligencias. También señaló la necesidad de mayor claridad en las definiciones y en el alcance de la protección.

La OPP concluyó que la medida debe mantener un balance adecuado entre confidencialidad, transparencia y acceso a la justicia. Recomendó incluir excepciones al privilegio de confidencialidad, delimitar claramente los comités cubiertos, excluir los hechos clínicos de la protección y permitir la supervisión por parte de agencias gubernamentales. Finalmente, sugirió enmendar las definiciones de "confidencialidad" y "Comité de Revisión de Pares o de Calidad", con el propósito de lograr un equilibrio entre la protección de los procesos internos y la garantía de los derechos de los pacientes.

ASOCIACIÓN MÉDICA DE PUERTO RICO

La **Asociación Médica de Puerto Rico** compareció ante la Comisión de Salud del Senado, por conducto de su Presidente, Dr. Edgardo N. Rosario Burgos y expresó su respaldo al Proyecto del Senado 993, cuyo propósito es establecer un marco legal para los comités de

revisión de ejecutoria profesional y calidad en instituciones médico-hospitalarias, sujeto a la incorporación de enmiendas.

En términos generales, la entidad sostuvo que la medida resulta necesaria y cónsona con las mejores prácticas contemporáneas en seguridad del paciente, destacando que los procesos de revisión de pares constituyen herramientas esenciales para fomentar la autorregulación, identificar fallas sistémicas y promover el mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud. En ese sentido, enfatizó que la política pública moderna ha favorecido entornos donde los profesionales pudieran discutir errores y riesgos sin temor a represalias litigiosas.



Asimismo, la Asociación reconoció que la confidencialidad de estos procesos no debe interpretarse como un privilegio corporativo indebido, sino como un mecanismo funcional para garantizar la franqueza en el análisis clínico y la prevención de eventos adversos. De igual forma, señaló que el Proyecto armoniza con tendencias regulatorias federales, particularmente con la *Patient Safety and Quality Improvement Act*, que promueve la protección de información utilizada para mejorar la calidad de los servicios de salud.

No obstante, aun cuando endosó la intención legislativa, advirtió que el texto requiere enmiendas sustanciales para asegurar su constitucionalidad, viabilidad jurídica y resistencia a impugnaciones judiciales. En particular, expresó preocupación con la utilización del concepto de "privilegio absoluto de confidencialidad", por considerarlo excesivamente amplio y potencialmente conflictivo con otros derechos procesales. De igual forma, señaló la necesidad de delimitar con mayor precisión el alcance de la información privilegiada, recomendando que la protección aplique únicamente a documentos creados específicamente para los comités formales de revisión de calidad, excluyendo expresamente los hechos subyacentes, expedientes médicos y demás fuentes originales de información. Además, planteó que debe preservarse inequívocamente el acceso a la evidencia original, así como revisarse la exclusión absoluta en procedimientos administrativos y disciplinarios, a los fines de no menoscabar las facultades regulatorias del Estado ni los procesos de fiscalización sanitaria.

Por otro lado, destacó la importancia de incorporar salvaguardas contra el uso indebido del privilegio, recomendando disposiciones que impidan su invocación para encubrir fraude, conducta criminal o incumplimientos regulatorios. También sugirió armonizar

expresamente la legislación con el marco federal aplicable y fortalecer la definición formal de los comités de revisión.

Finalmente, la Asociación Médica de Puerto Rico concluyó favoreciendo la aprobación del Proyecto del Senado 993, sujeto a la adopción de enmiendas técnicas esenciales, reiterando que una legislación bien calibrada debe proteger las deliberaciones internas de calidad sin obstaculizar el acceso a hechos objetivos ni interferir con funciones regulatorias legítimas.

COLEGIO DE MÉDICOS CIRUJANOS DE PUERTO RICO

Luego de examinar la pieza legislativa de referencia, el **Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico** presentó su Memorial Explicativo por conducto de su Presidente, Dr. Carlos Díaz Vélez, expresándose a favor de la aprobación de la medida, sujeto a la incorporación de enmiendas.



El Colegio explicó que los procesos internos de revisión de casos, análisis de incidentes y evaluación de calidad constituyen herramientas esenciales para prevenir errores médicos y mejorar los servicios de salud. No obstante, advirtió que, ante la ausencia de una protección legal clara, muchos profesionales de la salud se ven limitados a documentar situaciones de riesgo, por temor a que dichos análisis se utilicen en su contra en litigios, lo que afectaba negativamente la discusión abierta y honesta necesaria para corregir fallas.

Asimismo, el Colegio señaló que la experiencia en diversas jurisdicciones de los Estados Unidos ha demostrado que la protección de los procesos de revisión de pares y comités de calidad es una práctica ampliamente reconocida, destacando estados como California, Florida, Texas y Nueva York, así como protecciones a nivel federal. En consecuencia, indicó que Puerto Rico se estaría alineando con un modelo ya establecido en múltiples jurisdicciones.

No obstante, reconoció que la medida puede fortalecerse mediante ajustes que garanticen un balance adecuado entre la confidencialidad de los procesos internos y el derecho de los pacientes a la información. Sugirió aclarar que la protección aplicaría principalmente en el ámbito civil, sin impedir la intervención de las autoridades en casos de naturaleza criminal o de seguridad pública.

Similarmente, el Colegio recomendó revisar la definición de "información privilegiada", a los fines de evitar que su protección dependa exclusivamente de que el documento haya sido preparado con un "único propósito", ya que en la práctica los informes pueden tener múltiples finalidades. Igualmente, propuso incluir una disposición que garantice que el expediente médico del paciente no perderá su accesibilidad ni su carácter legal, asegurando así el derecho del paciente a su información clínica.

De igual manera, el Colegio de Médicos Cirujanos recomendó que los comités de revisión de pares operen bajo reglamentos escritos en cada institución, con normas claras sobre su composición, confidencialidad y manejo de información, a fin de fortalecer la transparencia y evitar posibles abusos. Finalmente, la entidad enfatizó que la medida no tiene como propósito encubrir errores, sino fomentar su identificación y corrección temprana. En ese contexto, concluyó que permitir discusiones abiertas sin temor a repercusiones legales fortalece el sistema de salud, protege al paciente y eleva los estándares de calidad.



COLEGIO DE ABOGADOS DE PUERTO RICO

El Colegio de Abogados de Puerto Rico compareció ante la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, por conducto de su Presidenta, Lcda. Vivian Godineaux Villaronga, expresando su oposición al Proyecto del Senado 993, al entender que la medida incide directamente sobre el acceso a la justicia, el descubrimiento de prueba y el equilibrio procesal entre las partes en casos de responsabilidad profesional médica.

La institución en derecho explicó que el Proyecto propone establecer un régimen amplio de confidencialidad y privilegio sobre documentos, informes y deliberaciones de los comités de revisión de pares y calidad en instituciones médico-hospitalarias, disponiendo que dicha información no sería susceptible de descubrimiento de prueba ni admisible en procedimientos judiciales, administrativos o disciplinarios, salvo excepciones limitadas.

El Colegio advirtió que la medida presenta un alcance excesivamente amplio, particularmente en la definición de "información privilegiada", la cual incluye una vasta gama de documentos y datos, lo que en la práctica podría excluir del escrutinio judicial información esencial para la adjudicación de controversias. Señaló que, en casos de impericia médica, dicha confidencialidad dificulta el acceso a prueba necesaria para sostener reclamaciones, generando una desventaja procesal significativa para las partes demandantes.

Asimismo, el Colegio indicó que el Proyecto carece de parámetros claros que limitan la clasificación de documentos como privilegiados, lo que deja a discreción de las instituciones hospitalarias dicha determinación, abriendo la puerta a posibles clasificaciones arbitrarias o interesadas que podrían encubrir información relevante. Planteó, además, que la medida carece de una justificación empírica comprobable, ya que no se presentan datos, estudios, ni evidencia local que demuestren la existencia de un problema en Puerto Rico que amerite una intervención legislativa de tal magnitud. En ese sentido, sostuvo que la justificación del Proyecto descansa, principalmente, en la comparación con otras jurisdicciones y en presunciones no sustentadas.



De igual manera, advirtió sobre la impropiedad de legislar por imitación, señalando que la adopción de modelos de otras jurisdicciones debe estar precedida por un análisis crítico de su pertinencia en el contexto jurídico puertorriqueño. En ausencia de una necesidad demostrada, indicó, que la creación de nuevos privilegios probatorios podría alterar el balance entre confidencialidad institucional y el derecho de acceso a la prueba, generando efectos adversos no previstos.

Finalmente, el Colegio de Abogados y Abogadas concluyó que la medida tendrá un impacto negativo en el acceso a la justicia al limitar la disponibilidad de evidencia en casos de negligencia médica, lo que podría dificultar la adjudicación justa de controversias y desalentar reclamaciones legítimas. En consecuencia, recomendó no aprobar el proyecto en su forma actual.

METRO PAVÍA HEALTH SYSTEM

Metro Pavía Health System cursó un correo electrónico a la Comisión de Salud indicando que su posición sería sometida a través del Memorial Explicativo la Asociación de Hospitales de Puerto Rico, no obstante, ésta tampoco cursó sus comentarios.

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 del Senado de Puerto Rico certifica que el P. del S. 993 no impone una obligación económica en el presupuesto de los gobiernos municipales.

HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

Del examen integral del **Proyecto del Senado 993**, así como del análisis detallado de los memoriales explicativos sometidos por las distintas entidades consultadas, esta Comisión identificó una convergencia normativa y doctrinal en torno a la necesidad apremiante de robustecer los mecanismos institucionales de calidad, seguridad del paciente y gobernanza clínica en Puerto Rico. En efecto, el análisis evidenció que la ausencia de un marco jurídico específico que regule la confidencialidad de los procesos de revisión de pares ha generado un efecto inhibitorio sobre la documentación de incidentes, lo que limita la capacidad del sistema de salud para evolucionar hacia modelos de mejora continua, basados en evidencia.



Las entidades comparecientes, entre ellas el Hospital Pediátrico Universitario, la Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM), el Colegio de Médicos Cirujanos y la Asociación Médica de Puerto Rico, coincidieron en que los procesos de revisión de pares constituyen herramientas esenciales de autorregulación profesional. Estos mecanismos permiten identificar fallas sistémicas, evaluar eventos adversos y desarrollar medidas correctivas dirigidas a prevenir la repetición de errores, fortaleciendo así la calidad del servicio médico y la protección del paciente. Asimismo, dichas entidades destacaron que la confidencialidad de estos procesos fomenta la franqueza en la deliberación clínica, elemento indispensable para la efectividad de dichos sistemas.

No obstante, la Comisión también advirtió, a partir de los señalamientos de la Oficina del Procurador del Paciente y del Colegio de Abogados de Puerto Rico, que un esquema de confidencialidad excesivamente amplio podría incidir negativamente sobre el acceso a la justicia y el equilibrio procesal, particularmente en litigios por impericia médica. Estas preocupaciones resultan jurídicamente válidas, toda vez que el reconocimiento de privilegios probatorios debe interpretarse restrictivamente para no menoscabar derechos fundamentales ni obstaculizar la función adjudicativa de los tribunales.

A la luz de lo anterior, esta Comisión determinó que la medida debe estructurarse bajo un enfoque de balance de intereses, en el cual la confidencialidad funcione como instrumento de mejora institucional, sin convertirse en un mecanismo de opacidad o encubrimiento.

Tras evaluar todos los fundamentos expuestos, esta Comisión recomienda la aprobación del Proyecto del Senado 993. No obstante, luego de realizar un análisis exhaustivo de la pieza legislativa y analizar los argumentos y comentarios esbozados, se pudieron identificar algunos cambios que corresponden para lograr una mejor implementación de la medida. Es por esto, que la Comisión de Salud implementó los siguientes cambios o sugerencias:

- 
- Delimitación del privilegio de confidencialidad- Se eliminó el término "absoluto" en referencia a un "privilegio absoluto".
 - Se incluyó como parte de la definición de "Documentos no privilegiados" aquellos documentos generados en el curso ordinario de las operaciones o situaciones de violación a la seguridad pública.
 - Se amplió la definición de "Comité de Revisión de Pares o de Calidad", con el propósito de lograr un equilibrio entre la protección de los procesos internos y la garantía de los derechos de los pacientes.
 - Se incluyó expresamente que, nada de lo dispuesto en la Ley podrá interpretarse en detrimento del derecho del paciente a acceder a su expediente clínico ni a recibir información completa sobre su tratamiento.
 - Reglamentación institucional obligatoria- Se impuso la obligación a las instituciones médico-hospitalarias de adoptar reglamentos escritos que regulen la composición, funciones y procedimientos de los comités de revisión de pares, así como protocolos de manejo y custodia de la información para poder reclamar este privilegio.
 - Prohibición de uso indebido del privilegio- Se incluyó una cláusula prohibiendo invocar el privilegio dispuesto en la Ley para encubrir fraude, conducta criminal, alteración o destrucción de documentos.
 - Armonización con el marco federal- Se incluyó una cláusula disponiendo que esta Ley se interpretará de manera compatible con la normativa federal aplicable en materia de seguridad del paciente, fortaleciendo así su validez jurídica y coherencia normativa.
 - Se realizaron enmiendas técnicas.

En virtud de todo lo anterior, esta Comisión concluye que el Proyecto del Senado 993 constituye una medida meritoria y necesaria para fortalecer la calidad del sistema de salud en Puerto Rico. No se trata de una medida que pretende proteger errores, sino fomentar su identificación temprana y corrección. Las enmiendas incorporadas al texto

atienden las preocupaciones presentadas en los memoriales evaluados, asegurando así un balance adecuado entre la confidencialidad institucional, la transparencia, el acceso a la justicia y la protección de los derechos de los pacientes.

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 del Senado 993** con las enmiendas contenidas en el Entrillado Electrónico que se acompaña.

Respetuosamente sometido,



Juan Oscar Morales Rodríguez
Presidente
Comisión de Salud

ENTIRILLADO ELECTRÓNICO GOBIERNO DE PUERTO RICO

20^{ma}. Asamblea
Legislativa

3^{ra}. Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 993

27 de enero de 2026

Presentado por el señor *Rivera Schatz*

Referido a la Comisión de Salud

LEY



Para establecer la "Ley de Comités de Revisión de Ejecutoria Profesional y de Calidad en Instituciones Médico-Hospitalarias", a los fines de declarar como política pública del Gobierno de Puerto Rico que los reportes y procedimientos llevados a cabo por los comités de calidad y la facultad médica, establecidos con el propósito de evaluación y mejoramiento de la calidad del cuidado ofrecido por entidades de cuidado de salud, no son objeto de descubrimiento de prueba; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVO

En la mayoría de las jurisdicciones de los Estados Unidos de América se ha determinado que una de las razones por la cual, en ocasiones, continúan surgiendo los mismos incidentes en las instituciones de cuidado de salud es debido a que el personal médico no se siente en la libertad de poder desarrollar, informar y dar a conocer, por escrito, aquellas situaciones o incidentes de manejo de riesgo o calidad con los que se puedan enfrentar en las instituciones donde prestan sus servicios. A modo de ejemplo, Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, District of Columbia, Delaware, Florida, Georgia, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana e Iowa tienen

legislación al respecto.¹ También las tienen estados como Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada.² Además, estados como New Hampshire, New Jersey,

 ¹ Sobre este asunto, véanse a la gran cantidad de legislación sobre este asunto a lo largo de la federación: Alabama Code § 6-5-333; Alabama Code § 22-21-8; Alabama Code § 34-24-58; Alabama Code § 22-11A-69; Alabama Rules of Court, Rule 201; Alaska Statute § 18.23.030; Arizona Revised Statutes § 36-445.01; Arizona Revised Statutes § 36-441; Arizona Revised Statutes § 36-2403; Arizona Revised Statutes § 36-2284; Arizona Administrative Code R9-25-1307; Arizona Administrative Code R9-22-521; Arkansas Code § 16-46-105; Arkansas Code § 20-9-503; Arkansas Code § 20-10-2204; Arkansas Code § 20-13-216; Arkansas Code § 20-13-819; Arkansas Code § 20-9-1308; Arkansas Code § 20-9-1302; Arkansas Code § 23-99-210; California Evidence Code § 1157; California Health and Safety Code § 1461; California Health and Safety Code § 1370; California Business and Professions Code § 805; California Business and Professions Code § 809; California Health and Safety Code § 101855; California Health and Safety Code § 101850; California Health and Safety Code § 101661; California Health and Safety Code § 14087.38; California Health and Safety Code § 1248.15; California Health and Safety Code § 123660; California Code of Regulations Title 15, § 3999.141; California Code of Regulations Title 15, § 3999.137; California Code of Regulations Title 22, § 100138; California Code of Regulations Title 28, § 1300.70; Colorado Revised Statutes § 25-3.5-904; Colorado Revised Statutes § 25-3-109; Colorado Revised Statutes § 12-30-204; Colorado Revised Statutes § 12-30-205; Colorado Revised Statutes § 13-21-110; Connecticut General Statutes § 19a-17b; Connecticut General Statutes § 19a-12a; Connecticut General Statutes § 19a-127i; Connecticut General Statutes § 19a-583; D.C. Code § 44-805; D.C. Code § 44-801; D.C. Code § 7-161; D.C. Municipal Regulations § 22-B DCMR-2717; D.C. Municipal Regulations § 22-B DCMR-2817; D.C. Municipal Regulations § 22-A DCMR-3413; Delaware Code Title 24 § 1768; Delaware Code Title 16 § 5194; Delaware Code Title 16 § 197; Delaware Code Title 16 § 9711; Delaware Code Title 16 § 3004C; Delaware Administrative Code Title 16 § 4305-8.0; Delaware Administrative Code Title 16 § 4306-8.0; Florida Statutes § 766.101; Florida Statutes § 395.0193; Florida Statutes § 400.119; Florida Statutes § 766.1015; Florida Statutes § 466.022; Florida Statutes § 1004.30; Florida Constitution Art. X § 25; Florida Administrative Code Rule 59A-23.004; Florida Administrative Code Rule 61H1-39.003; Georgia Code Ann. § 31-7-133; Georgia Code Ann. § 31-7-15; Georgia Code Ann. § 31-7-140; Georgia Administrative Code 111-8-40-13; Georgia Administrative Code 111-8-37-09; Georgia Code Ann. § 34-9-208; Hawaii Revised Statutes § 663-1.7; Hawaii Revised Statutes § 624-25.5; Hawaii Revised Statutes § 453-17; Hawaii Revised Statutes § 432E-9; Hawaii Revised Statutes § 671D-11; Idaho Code § 39-1392b; Idaho Code § 39-1392d; Idaho Code § 39-1392c; Idaho Code § 39-1392e; Idaho Rules of Evidence Rule 519; Idaho Code § 54-934; Illinois (735 ILCS 5/8-2101); Illinois (745 ILCS 55/4); Illinois (720 ILCS 570/320); Illinois (205 ILCS 305/34.1); 68 Ill. Adm. Code 1420.75; 210 ILCS 85/10.2; 77 Ill. Adm. Code 697.220; 77 Ill. Adm. Code 640.90; Indiana Code § 34-30-15-1; Indiana Code § 34-30-15-8; Indiana Code § 34-30-15-21; Indiana Code § 36-2-14-18; Indiana Code § 34-6-2.1-145; Iowa Code § 147.135; Iowa Code § 272C.6; Iowa Code § 147A.23; Iowa Code § 228.7; Iowa Administrative Code § 191-40.5; Iowa Administrative Code § 193A-15.5; Iowa Administrative Code § 193C-9.8; Iowa Administrative Code § 481-662.1;

² Véase además Kansas Stat. Ann. § 65-4915; Kansas Stat. Ann. § 65-4925; Kansas Stat. Ann. § 65-4922; Kansas Stat. Ann. § 65-4929; Kansas Stat. Ann. § 75-5665; Kansas Stat. Ann. § 75-5664; Kansas Stat. Ann. § 65-1695; Kansas Stat. Ann. § 65-6828; Kentucky Rev. Stat. § 311.377; Kentucky Rev. Stat. § 325.431; 201 Ky. Admin. Regs. 21:075; 201 Ky. Admin. Regs. 21:095; Louisiana Rev. Stat. § 13:3715.3; Louisiana Rev. Stat. § 13:3715.6; Louisiana Rev. Stat. § 13:3715.4; Louisiana Rev. Stat. § 40:2845.1; Louisiana Rev. Stat. § 37:77; Louisiana Rev. Stat. § 37:1745.16; Maine Rev. Stat. tit. 24, § 2510; Maine Rev. Stat. tit. 22, § 8754; 10-144 CMR ch. 114, § 7; Maine Rev. Stat. tit. 34-B, § 1207; Maine Rev. Stat. tit. 22, § 8707; Maryland Code, Health Occupations § 1-401; Maryland Code, Health-General § 19-319; Maryland Code, Health-General § 4-302; Maryland Code, Health-General § 4-305; COMAR 10.07.06.03; COMAR 10.07.01.24; COMAR 10.05.01.08;

New Mexico, New York, North Carolina, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island y South Carolina posee legislaciones parecidas a la aquí

COMAR 10.07.11.04; Massachusetts Gen. Laws ch. 111, § 204; Massachusetts Gen. Laws ch. 111, § 203; Massachusetts Gen. Laws ch. 111, § 205; Massachusetts Guide to Evidence § 513; 243 CMR 3.04; 243 CMR 3.06; 505 CMR 1.07; Michigan Comp. Laws § 330.1100c; Michigan Comp. Laws § 330.1143a; Michigan Comp. Laws § 331.531; Mich. Admin. Code R 325.45159; Mich. Admin. Code R 418.101204; Michigan Comp. Laws § 330.1748; Mich. Admin. Code R 325.22213; Minnesota Stat. § 145.64; Minnesota Stat. § 145.61; Minnesota Stat. § 62D.115; Minnesota Rules § 4675.0500; Minnesota Rules § 4685.1110; Minnesota Stat. § 145.901; Mississippi Code Ann. § 41-63-9; Mississippi Code Ann. § 41-63-3; Mississippi Code Ann. § 41-63-4; Mississippi Code Ann. § 41-39-128; Mississippi Code Ann. § 83-41-355; Mississippi Code Ann. § 73-33-12; Mississippi Code Ann. § 41-9-205; 15 Miss. Admin. Code Pt. 3, Subpt. 1, R. 2.1; 15 Miss. Admin. Code Pt. 3, Subpt. 1, R. 2.3; 30 Miss. Admin. Code Pt. 1, R. 5.7; Missouri Rev. Stat. § 537.035; Missouri Rev. Stat. § 326.295; Missouri Rev. Stat. § 190.245; Missouri Rev. Stat. § 191.700; Montana Code Ann. § 50-16-201; Montana Code Ann. § 50-16-202; Montana Code Ann. § 50-16-204; Montana Code Ann. § 37-2-201; Montana Code Ann. § 37-2-404; Montana Code Ann. § 50-6-415; Montana Code Ann. § 50-16-542; Montana Code Ann. § 50-16-529; Neb. Rev. Stat. § 71-7912; Neb. Rev. Stat. § 71-7910; Neb. Rev. Stat. § 71-7911; Neb. Rev. Stat. § 71-7908; Neb. Rev. Stat. § 71-8249; Neb. Rev. Stat. § 83-4-164; Neb. Rev. Stat. § 44-916; Neb. Rev. Stat. § 28-435.01; Neb. Rev. Stat. § 38-1,127; Neb. Rev. Stat. § 71-7460.02; Nev. Rev. Stat. § 439.875; Nev. Rev. Stat. § 49.265; Nev. Rev. Stat. § 49.117; Nev. Rev. Stat. § 450.635; Nev. Rev. Stat. § 450.140; Kansas Stat. Ann. § 65-4915; Kansas Stat. Ann. § 65-4925; Kansas Stat. Ann. § 65-4922; Kansas Stat. Ann. § 65-4929; Kansas Stat. Ann. § 75-5665; Kansas Stat. Ann. § 75-5664; Kansas Stat. Ann. § 65-1695; Kansas Stat. Ann. § 65-6828; Kentucky Rev. Stat. § 311.377; Kentucky Rev. Stat. § 325.431; 201 Ky. Admin. Regs. 21:075; 201 Ky. Admin. Regs. 21:095; Louisiana Rev. Stat. § 13:3715.3; Louisiana Rev. Stat. § 13:3715.6; Louisiana Rev. Stat. § 13:3715.4; Louisiana Rev. Stat. § 40:2845.1; Louisiana Rev. Stat. § 37:77; Louisiana Rev. Stat. § 37:1745.16; Maine Rev. Stat. tit. 24, § 2510; Maine Rev. Stat. tit. 22, § 8754; 10-144 CMR ch. 114, § 7; Maine Rev. Stat. tit. 34-B, § 1207; Maine Rev. Stat. tit. 22, § 8707; Maryland Code, Health Occupations § 1-401; Maryland Code, Health-General § 19-319; Maryland Code, Health-General § 4-302; Maryland Code, Health-General § 4-305; COMAR 10.07.06.03; COMAR 10.07.01.24; COMAR 10.05.01.08; COMAR 10.07.11.04; Massachusetts Gen. Laws ch. 111, § 204; Massachusetts Gen. Laws ch. 111, § 203; Massachusetts Gen. Laws ch. 111, § 205; Massachusetts Guide to Evidence § 513; 243 CMR 3.04; 243 CMR 3.06; 505 CMR 1.07; Michigan Comp. Laws § 330.1100c; Michigan Comp. Laws § 330.1143a; Michigan Comp. Laws § 331.531; Mich. Admin. Code R 325.45159; Mich. Admin. Code R 418.101204; Michigan Comp. Laws § 330.1748; Mich. Admin. Code R 325.22213; Minnesota Stat. § 145.64; Minnesota Stat. § 145.61; Minnesota Stat. § 62D.115; Minnesota Rules § 4675.0500; Minnesota Rules § 4685.1110; Minnesota Stat. § 145.901; Mississippi Code Ann. § 41-63-9; Mississippi Code Ann. § 41-63-3; Mississippi Code Ann. § 41-63-4; Mississippi Code Ann. § 41-39-128; Mississippi Code Ann. § 83-41-355; Mississippi Code Ann. § 73-33-12; Mississippi Code Ann. § 41-9-205; 15 Miss. Admin. Code Pt. 3, Subpt. 1, R. 2.1; 15 Miss. Admin. Code Pt. 3, Subpt. 1, R. 2.3; 30 Miss. Admin. Code Pt. 1, R. 5.7; Missouri Rev. Stat. § 537.035; Missouri Rev. Stat. § 326.295; Missouri Rev. Stat. § 190.245; Missouri Rev. Stat. § 191.700; Montana Code Ann. § 50-16-201; Montana Code Ann. § 50-16-202; Montana Code Ann. § 50-16-204; Montana Code Ann. § 37-2-201; Montana Code Ann. § 37-2-404; Montana Code Ann. § 50-6-415; Montana Code Ann. § 50-16-542; Montana Code Ann. § 50-16-529; Neb. Rev. Stat. § 71-7912; Neb. Rev. Stat. § 71-7910; Neb. Rev. Stat. § 71-7911; Neb. Rev. Stat. § 71-7908; Neb. Rev. Stat. § 71-8249; Neb. Rev. Stat. § 83-4-164; Neb. Rev. Stat. § 44-916; Neb. Rev. Stat. § 28-435.01; Neb. Rev. Stat. § 38-1,127; Neb. Rev. Stat. § 71-7460.02; Nev. Rev. Stat. § 439.875; Nev. Rev. Stat. § 49.265; Nev. Rev. Stat. § 49.117; Nev. Rev. Stat. § 450.635; Nev. Rev. Stat. § 450.140.

promulgada.³

Finalmente South Dakota, Tennessee, Texas, Vermont, Virgin Islands (U.S.), Virginia, Washington, West Virginia, Wisconsin y Wyoming tienen igual legislación sobre el asunto.⁴ Esta legislación estatal se promulgó a la luz de que proveedores de salud, en ocasiones, rechazaban cooperar y participar en actividades de revisión de calidad de servicio por el temor de estar sujetos a acciones en su contra y que se utilicen, de forma incorrecta, estas investigaciones y análisis para posteriores reclamaciones en contra de ellos.

³ Obsérvese también N.H. Rev. Stat. § 151:13-a; N.H. Rev. Stat. § 151:13-b; N.H. Rev. Stat. § 329:29-a; N.H. Rev. Stat. § 151-A:16; N.H. Rev. Stat. § 153-A:34; N.H. Rev. Stat. § 329:13-b; N.H. Rev. Stat. § 317-A:37; N.H. Rev. Stat. § 318:29-a; N.J. Stat. Ann. § 2A:84A-22.10; N.M. Stat. Ann. § 41-9-2; N.Y. Pub. Health Law § 2805-j; N.Y. Pub. Health Law § 2805-m; N.Y. Educ. Law § 6527(3); N.Y. Mental Hyg. Law § 33.13; N.Y. Pub. Health Law § 2994-m; N.Y. Soc. Serv. Law § 490; N.C. Gen. Stat. § 131E-95; N.C. Gen. Stat. § 90-21.22A; N.C. Gen. Stat. § 131E-107; N.C. Gen. Stat. § 122C-30; N.C. Gen. Stat. § 131E-108; N.C. Gen. Stat. § 122C-191; N.C. Gen. Stat. § 131D-21.2; N.C. Gen. Stat. § 131E-162; N.C. Gen. Stat. § 143-518; N.D. Cent. Code § 23-34-02; N.D. Cent. Code § 23-34-03; N.D. Cent. Code § 23-34-06; N.D. Cent. Code § 25-04-19; N.D. Admin. Code § 61-02-09-02; N.D. Cent. Code § 26.1-18.1-23; Ohio Rev. Code § 2305.252; Ohio Rev. Code § 2305.24; Ohio Rev. Code § 5122.32; Ohio Rev. Code § 5120.211; Ohio Rev. Code § 5139.45; Ohio Rev. Code § 1751.74; Okla. Stat. tit. 63, § 1-1709.1; Okla. Stat. tit. 59, § 475.40; Okla. Admin. Code 435:50-7-2; Okla. Admin. Code 435:55-7-3; Okla. Admin. Code 365:35-1-40; Or. Rev. Stat. § 41.675; Or. Rev. Stat. § 441.055; Or. Rev. Stat. § 442.846; Or. Rev. Stat. § 684.185; 63 P.S. §§ 425.1-425.4; 28 Pa. Code § 1021.63; 28 Pa. Code § 1021.64; 40 P.S. § 1303.311; 35 P.S. § 7607; 71 P.S. § 1691.8; R.I. Gen. Laws § 23-17-25; R.I. Gen. Laws § 23-4.1-18; R.I. Gen. Laws § 5-29-20; R.I. Gen. Laws § 5-37-1; R.I. Gen. Laws § 23-17.21-8; R.I. Gen. Laws § 23-17-40; S.C. Code Ann. § 44-7-392; S.C. Code Ann. § 44-7-390; S.C. Code Ann. § 40-71-20; S.C. Code Ann. § 44-30-60; S.C. Code Ann. § 40-47-190; S.C. Code Ann. § 40-33-190.

⁴ S.D. Codified Laws § 36-4-26.1; S.D. Codified Laws § 36-4-42; S.D. Codified Laws § 36-4-43; S.D. Codified Laws § 36-4B-34.2; S.D. Codified Laws § 36-4B-34.1; S.D. Codified Laws § 34-20E-7; Tenn. Code Ann. § 68-11-272; Tenn. Code Ann. § 63-1-150; Tenn. Code Ann. § 63-10-405; Tenn. Code Ann. § 63-5-131; Tenn. Code Ann. § 63-12-138; Tenn. Code Ann. § 62-1-202; Tex. Occ. Code § 160.007; Tex. Occ. Code § 160.008; Tex. Occ. Code § 160.002; Tex. Occ. Code § 160.004; Tex. Occ. Code § 160.010; Tex. Health & Safety Code § 161.032; Tex. Health & Safety Code § 161.0315; Tex. Occ. Code § 564.103; Tex. Occ. Code § 202.455; 22 Tex. Admin. Code § 217.19; 22 Tex. Admin. Code § 217.20; 28 Tex. Admin. Code § 11.1902; 28 Tex. Admin. Code § 3.3724; 26 V.S.A. § 1443; 18 V.S.A. § 1917; Vt. Admin. Code 12-5-16.4; Vt. Admin. Code 4-5-3-6; 18 V.S.A. § 1915; 19 V.I.C. § 248; 19 V.I.C. § 236; 19 V.I.C. § 237; Va. Code Ann. § 8.01-581.17; Va. Code Ann. § 8.01-581.16; Va. Code Ann. § 2.2-309.1; Va. Code Ann. § 37.2-314.1; RCW 70.41.200; RCW 43.70.510; RCW 4.24.250; RCW 70.230.080; RCW 70.168.090; RCW 42.56.360; RCW 70.44.062; RCW 70.54.450; RCW 70.41.205; W. Va. Code § 30-3C-3; W. Va. Code § 30-3C-5; W. Va. Code § 30-3-9; W. Va. Code § 16B-3-20; W. Va. Code § 16-5G-4; W. Va. Code St. R. § 64-27-10; W. Va. Code St. R. § 64-89B-7; Wis. Stat. § 146.38; Wis. Stat. § 601.465; Wis. Admin. Code § Ins 17.275; Wyo. Stat. § 35-2-910; Wyo. Stat. § 35-2-618; Wyo. Stat. § 33-26-408; Wyo. Stat. § 26-34-130; WY Dept. of Health Trauma Program Ch. 4, § 3; WY Dept. of Health Trauma Program Ch. 4, § 2; Wyo. Stat. § 33-1-115.

En Puerto Rico el sistema de salud ~~del país~~ debe continuar progresando y de igual forma cumplir con los parámetros de seguridad y calidad y para ello debe seguir las tendencias de obtener el máximo beneficio de estas herramientas de reportes de incidentes y de informes donde se discutan asuntos de seguridad y calidad de los servicios de salud.

En la actualidad no existe una legislación que proteja estos documentos donde se les provea confidencialidad a los mismos para que puedan ser redactados por los proveedores de salud con el fin de ser sometidos a un comité de revisión de pares o comité de calidad para corregir y mejorar los servicios de salud que se ofrece en Puerto Rico. Debido a dicha ausencia de legislación se priva a las instituciones de maximizar, con herramientas escritas, una cultura de seguridad y calidad; donde se documenten incidentes que pueden ser utilizados por la misma institución o por otras en un futuro para mejorar la calidad de servicio de salud que se le provee al pueblo de Puerto Rico y así evitar que se repitan incidentes. A nivel nacional, la mayoría de las jurisdicciones han tomado la iniciativa de incorporar estatutos para mejorar el sistema de salud promoviendo que los médicos y demás proveedores de salud realicen reportes de manejo de riesgo, reportes de incidentes e investigaciones escritas para esos fines, extendiendo confidencialidad a los mismos. Estas legislaciones evitan que los reportes de incidentes y de manejo de riesgo, que son realizados para el uso interno de los Comités de Manejo de Riesgo, Comité de Calidad, Comités de Facultad Medica de revisión de pares entre otros comités de las instituciones de salud, sean objeto de descubrimiento y de esa manera, desalienten que se coloque por escrito las investigaciones realizadas por la entidad.

Por tal razón, hay que tomar medidas dirigidas a garantizar que el pueblo de Puerto Rico continúe recibiendo servicios médico-hospitalarios de calidad y haga uso de las herramientas escritas y mejores prácticas para identificar, analizar y prevenir situaciones de riesgos. Los proveedores de salud, de esta manera, pueden realizar reportes de incidentes y manejo de riesgo con el mayor desprendimiento posible, sin el

temor a que dichos informes puedan ser utilizados en un futuro en su contra en una acción judicial. La implementación de esta ley promoverá la participación de los proveedores de salud del país en los procesos de mejoramiento de calidad de servicio de salud ofrecidos en las instituciones médico-hospitalarias.

Con el fin de reforzar la necesidad de mejorar la calidad de cuidado médico en nuestro país se nos requiere tomar medidas de mayor esfuerzo. Con esta nueva medida se puede lograr varios objetivos: (1) se crea una cultura de seguridad donde los proveedores de servicios de salud lleven a cabo procesos de revisión de pares, informes de manejo de riesgo, investigaciones de incidentes, memorandos de seguridad, entre otros; (2) se logra el objetivo de disminuir los errores en el campo de servicio de salud utilizando dichos informes para identificar las faltas existentes; (3) las instituciones médico-hospitalarias pueden reforzar sus procesos escritos para llevar a cabo métodos correctivos hasta restringir privilegios de los médicos, requerir amplio seguimiento de procedimientos o requerir educación adicional por parte de los proveedores de salud.

Finalmente, la Ley 102-2025 reconoce licencias ocupacionales y profesionales de médicos en Puerto Rico. Estos médicos provienen de estados donde existen protecciones legales para los procesos de revisión de pares, reportes de incidentes y comités de calidad. Al ejercer en Puerto Rico, no deben perder esas protecciones. La meta es que los médicos en Puerto Rico y las instituciones de salud tengan los mismos derechos que en cualquier estado de Estados Unidos. Esto coloca a Puerto Rico en igualdad de condiciones con las demás jurisdicciones y evita un trato desigual a nuestros profesionales de la salud. Se garantiza uniformidad en las reglas de confidencialidad, se promueve la participación sin temor en procesos de calidad y seguridad, y se fortalece la integración de Puerto Rico al marco legal y profesional estadounidense. De este modo, la política pública de Puerto Rico en salud se mantiene alineada con la práctica nacional, asegurando que la movilidad profesional reconocida por la Ley 102-2025 sea un ejercicio real de igualdad ciudadana dentro de la nación estadounidense.

A estos efectos, ~~la asamblea legislativa~~ esta Asamblea Legislativa entiende que ~~de la manera en que~~ se puede promover una cultura de seguridad en prestación de salud es protegiendo los documentos que se redacten con el propósito de mejorar procesos de calidad en las instituciones hospitalarias, oficinas médicas y otras instalaciones de salud.

DECRÉTESE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.- Esta Ley se conocerá y podrá citarse como "Ley de Comités de Revisión de Ejecutoria Profesional y de Calidad en Instituciones Médico-Hospitalarias".

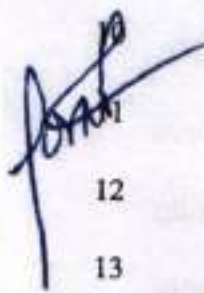
Artículo 2.- Declaración de Política Pública

Será política pública del Gobierno de Puerto Rico, sus agencias, instrumentalidades y corporaciones públicas fomentar las condiciones necesarias para la investigación, evaluación y mejoramiento continuo de los procesos de calidad en las instituciones médico-hospitalarias, oficinas médicas y demás instalaciones de salud, estableciendo como prioridad la seguridad del paciente y de la población en general mediante mecanismos efectivos de prevención y corrección de errores en la prestación de servicios de salud, asegurando que los informes, revisiones de pares, reportes de incidentes y demás documentos generados para fines de calidad y seguridad gocen de confidencialidad conforme a los principios vigentes en la mayoría de las jurisdicciones de Estados Unidos, y garantizando que los profesionales de la salud licenciados al amparo de la Ley 102-2025, así como los licenciados en esta jurisdicción, reciban en Puerto Rico las mismas protecciones legales que poseen en otras jurisdicciones, promoviendo uniformidad normativa y plena integración al marco nacional.

Artículo 3.- Definiciones:

1 A los efectos de esta Ley, los siguientes términos tendrán el significado que se
2 expresa a continuación:

3 (a) Comité de revisión de pares o de calidad: se refiere a todo comité formalmente
4 constituido por una institución de salud cuya función principal sea investigar,
5 evaluar y emitir recomendaciones sobre incidentes, análisis de riesgo, medidas
6 correctivas, cualificaciones y privilegios del personal médico, así como otros
7 procesos relacionados con la seguridad y la calidad de los servicios de salud
8 ofrecidos en la institución, incluyendo auditorías, revisiones de procedimientos y
9 reportes de manejo de riesgos.



10 (b) Documentos no privilegiados: significa la información que no estará cubierta por
11 la protección de confidencialidad ni privilegio y que podrá ser utilizada en
12 procedimientos judiciales o administrativos. Estos son aquellos documentos que
13 forman parte del récord médico de un paciente, la información de facturación y
14 de alta, documentos generados en el curso ordinario de las operaciones, la información
15 generada por la administración o por personal médico fuera de un proceso de
16 investigación de calidad o revisión de pares, y los documentos de un comité de
17 revisión cuando estos sean requeridos en un proceso de naturaleza criminal o
18 violación a la seguridad pública.

19 (c) Información privilegiada: significa cualquier dato, informe, récord, memorando,
20 análisis o declaración, ya sea oral, escrito o electrónico, preparado por un
21 proveedor de salud con el único propósito de ser presentado a un comité de
22 revisión de pares o de calidad. Comprende, sin limitarse, a reportes de incidentes

1 relacionados con lesiones o posibles lesiones sufridas por pacientes, eventos
2 centinela y situaciones de riesgo clínico o de seguridad. Esta información será
3 confidencial y no podrá ser objeto de descubrimiento de prueba ni utilizada en
4 procedimientos judiciales o administrativos, de naturaleza civil, salvo las
5 excepciones enumeradas en esta ley.

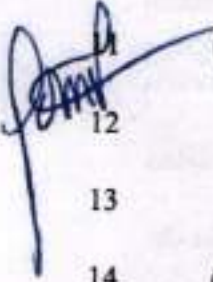
6 (d) Proveedor de salud: significa toda persona natural o jurídica que posea licencia
7 vigente o esté autorizada bajo las leyes de Puerto Rico para prestar servicios de
8 cuidado de salud. Incluye, entre otros, a hospitales, centros de cuidado
9 ambulatorio, programas de hospicio, facilidades de diálisis, centros de cirugía
10 ambulatoria, farmacias, oficinas médicas privadas y laboratorios. También
11 incluye a médicos, asistentes médicos, patólogos, enfermeros, enfermeros
12 especialistas, psicólogos, trabajadores sociales certificados, nutricionistas
13 registrados, farmacéuticos y cualquier otro profesional regulado por la Junta de
14 Licenciamiento de Puerto Rico.

15 Artículo 4.- Confidencialidad

16 Toda Información Privilegiada, según definida en esta ley, preparada por un
17 Proveedor de Salud será estrictamente confidencial. No estará sujeta a descubrimiento
18 de prueba ni podrá admitirse como evidencia en procedimientos judiciales,
19 administrativos, arbitrales o disciplinarios de cualquier naturaleza, salvo sea
20 estrictamente necesario para la atención directa del paciente; cumplir con requisitos legales
21 expresamente establecidos; investigar conductas criminales o negligencia grave por parte de
22 proveedores de servicios de salud o lo expresamente dispuesto en este Artículo.

1 Las deliberaciones, discusiones, recomendaciones, medidas correctivas,
2 evaluaciones de credenciales o privilegios, y cualquier otro aspecto tratado dentro de
3 un Comité de Revisión de Pares o de Calidad estarán protegidos por privilegio absoluto
4 de confidencialidad. Ninguna persona que haya participado, colaborado o asistido a
5 reuniones de dicho Comité podrá ser compelida a declarar sobre lo discutido,
6 deliberado o acordado.

7 La protección establecida en este Artículo también se extiende a:

- 8 (a) toda comunicación oral o escrita generada en el curso de los trabajos de un
9 Comité de Revisión de Pares o de Calidad, incluyendo comunicaciones
10 electrónicas, borradores, notas internas y reportes preliminares;
-  11 (b) cualquier información compartida con otros Comités de Revisión de Pares o de
12 Calidad de la misma institución o de otras instituciones médico-hospitalarias con
13 fines de mejorar la calidad de cuidado o seguridad del paciente;
- 14 (c) todo material remitido a agencias acreditadoras, aseguradoras o entidades de
15 cumplimiento que requieran evidencia de actividades de calidad y seguridad,
16 siempre que se limite a esos fines.

17 Este privilegio no cubrirá los Documentos No Privilegiados, según definidos en esta
18 Ley. Tampoco impedirá el acceso a fuentes originales de información cuando éstas
19 existan fuera del proceso de revisión de pares o de calidad. Como excepción limitada,
20 una persona que haya participado en una reunión de un Comité de Revisión de Pares o
21 de Calidad podrá declarar únicamente sobre sus propias expresiones en dicho foro, si es
22 parte de un procedimiento judicial o administrativo en el cual estén en controversia sus

1 privilegios clínicos o credenciales en la institución. Esta excepción no permitirá divulgar
2 deliberaciones colectivas ni declaraciones de terceros.

3 Ningún Proveedor de Salud, institución médico-hospitalaria, ni miembro de un
4 Comité de Revisión de Pares o de Calidad incurrirá en responsabilidad civil, penal o
5 administrativa por someter, discutir o analizar Información Privilegiada de buena fe
6 dentro de los procesos protegidos por este Artículo.

7 Nada de lo dispuesto en esta Ley podrá interpretarse en detrimento del derecho del paciente a
8 acceder a su expediente clínico ni a recibir información completa sobre su tratamiento.

9 Artículo 5.- Reglamentación institucional obligatoria

10 Para poder reclamar este privilegio, las instituciones médico-hospitalarias deberán
11 adoptar previamente reglamentos escritos que regulen la composición, funciones y
12 procedimientos de los comités de revisión de pares, así como protocolos de manejo y custodia de la
13 información.

14 Artículo 6.- Prohibición de uso indebido del privilegio

15 Se prohíbe invocar el privilegio concedido mediante esta Ley para encubrir fraude,
16 conducta criminal, alteración o destrucción de documentos.

17 Artículo 7.- Interpretación

18 Esta Ley se interpretará de manera compatible con la normativa federal aplicable en
19 materia de seguridad del paciente.

20 Artículo 5 §.- Cláusula de Separabilidad

21 Si cualquier cláusula, párrafo, subpárrafo, oración, palabra, letra, artículo,
22 disposición, sección, subsección, título, capítulo, subcapítulo, acápite o parte de esta Ley

1 fuera anulada o declarada inconstitucional, la resolución, dictamen o sentencia a tal
2 efecto dictada no afectará, perjudicará, ni invalidará el remanente de esta Ley. El efecto
3 de dicha sentencia quedará limitado a la cláusula, párrafo, subpárrafo, oración, palabra,
4 letra, artículo, disposición, sección, subsección, título, capítulo, subcapítulo, acápite o
5 parte de la misma que así hubiere sido anulada o declarada inconstitucional. Si la
6 aplicación a una persona o a una circunstancia de cualquier cláusula, párrafo,
7 subpárrafo, oración, palabra, letra, artículo, disposición, sección, subsección, título,
8 capítulo, subcapítulo, acápite o parte de esta Ley fuera invalidada o declarada
9 inconstitucional, la resolución, dictamen o sentencia a tal efecto dictada no afectará,
10 perjudicará, ni invalidará el remanente de esta Ley a aquellas personas o circunstancias
11 en que se pueda aplicar válidamente. Es la voluntad expresa e inequívoca de esta
12 Asamblea Legislativa que los tribunales hagan cumplir las disposiciones y la aplicación
13 de esta Ley en la mayor medida posible, aunque se deje sin efecto, anule, invalide,
14 perjudique o declare inconstitucional alguna de sus partes, o aunque se deje sin efecto,
15 invalide o declare inconstitucional su aplicación a alguna persona o circunstancias. La
16 Asamblea Legislativa hubiera aprobado esta Ley sin importar la determinación de
17 separabilidad que el Tribunal pueda hacer.

18 **Artículo 6 9.- Vigencia**

19 Esta Ley entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.