GOBIERNO DE PUERTO RICO
EL CAPITOLIO
SENADO

16ta Asamblea Legislativa

7ma Sesión Ordinaria

CALENDARIO DE ÓRDENES ESPECIALES DEL DÍA
MIÉRCOLES, 20 DE JUNIO DE 2012

MEDIDA LEGISLATIVA	COMISIÓN QUE INFORMA	TÍTULO
Sr. Gilberto D. Rivera Vélez	BANCA, ASUNTOS DEL CONSUMIDOR Y CORPORACIONES PUBLICAS	*Miembro de la Junta de Examinadora de Peritos Electricistas*
P DEL S 1294 (Por la señora *Santiago González)*	AGRICULTURA **SEGUNDO INFORME** *(Con enmiendas en el Decrétase)*	Para establecer la política pública de Seguridad Alimentaria para Puerto Rico y el desarrollo de un plan de producción agropecuario de acuerdo a los censos federales poblacional y agrícola y así abastecer las necesidades presente y futura de los alimentos básicos de las familias puertorriqueñas.
P DEL S 2032 (Por la señora *Raschke Martínez)*	EDUCACION Y ASUNTOS DE LA FAMILIA **SEGUNDO INFORME** *(Con enmiendas en la Exposición de Motivos, en el Decrétase y en el Título)*	Para crear la Ley del "Pasaporte Post-secundario de Acomodo Razonable" para estudiantes con impedimentos de escuelas secundarias, aspirantes a estudiar en <u>instituciones postsecundarias.</u> ~~institutos técnicos vocacionales e instituciones de educación superior.~~

P DE LA C 926 (Por el representante *Cintrón Rodríguez)*	GOBIERNO *(Sin enmiendas)*	Para prohibir a funcionarios del Gobierno Estatal, sus corporaciones e instrumentalidades, gobiernos municipales, alcaldes, jueces y funcionarios de la Rama Judicial; y a los miembros de la Rama Legislativa Estatal y Municipal, participar en viajes auspiciados por el Comité Olímpico de Puerto Rico en calidad de invitados y con gastos pagos por parte del mismo o de cualquier otra entidad; disponer penalidades y para otros fines relacionados.
P DE LA C 1353 (Por la representante *González Colón* y suscrito por la representante *Nolasco Ortiz)*	SALUD *(Con enmiendas en el Decrétase y en el Título)*	Para enmendar los Artículos 3 y 5 de la Ley Núm. 84 de 2 de julio de 1987, según enmendada, que crea el Consejo de Enfermedades Hereditarias de Puerto Rico a los fines de ~~que se incluyan más pruebas de cernimiento neonatales,~~ redefinir la forma y manera de detectar y diagnosticar las enfermedades hereditarias, delegando en el Consejo las enfermedades a incluir en el cernimiento neonatal .
P DE LA C 3113 (Por la representante *González Colón)*	URBANISMO E INFRAESTRUCTURA; Y DE HACIENDA *(Con enmiendas en la Exposición de Motivos y en el Decrétase)*	Para enmendar los Artículos 1, 2, 3(A), 5, 7(A), 8, 9, 10, 10(A), 10(B) y 11 de la Ley Núm. 10 de 5 de julio de 1973, según enmendada, conocida como Ley de Plan de Subsidio Estatal al Interés del Mercado de Hipotecas.
P DE LA C 3573 (Por las representantes *González Colón* y *Fernández Rodríguez*)	DE LO JURÍDICO CIVIL *(Con enmiendas en el Decrétase)*	Para enmendar los Artículos 79, 80 y 81 de la Ley Núm. 75 de 2 de julio de 1987, según enmendada, conocida como "Ley Notarial de Puerto Rico", a los fines de aclarar distintas disposiciones de esta ley.
P DE LA C 3690 (Por el representante *Rodríguez Miranda)*	RECREACIÓN Y DEPORTES **SEGUNDO INFORME** *(Con enmiendas en el Decrétase y en el Título)*	Para enmendar los artículos 4, 8, 31 y 35 de la Ley 98-2007, según enmendada, conocida como "Ley de Gallos de Puerto Rico del Nuevo Milenio", a los fines de prohibir expresamente las peleas de gallos clandestinas en Puerto Rico; establecer penalidades más severas por la inobservancia de la Ley; ~~y para otros fines relacionados~~ reducir a doce (12) minutos la duración de las peleas de gallos; y para otros fines relacionados.

P DE LA C 3710 **LF-195** (Por los miembros de la *Delegación del PNP*)	SALUD *(Sin enmiendas)*	Para enmendar la Ley 194-2011, conocida como Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, a los fines de añadir nueve (9) nuevos capítulos que regulan la forma en que se maneja, utiliza y divulga la información de salud de las personas cubiertas o asegurados; la operación en Puerto Rico de las organizaciones de servicios de salud limitados; la verificación de credenciales de los profesionales de la salud; los procesos de mejora de calidad en lasorganizaciones de seguros de salud o aseguradores; los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios que llevan a cabo las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; la suficiencia de las redes de proveedores para planes de cuidado coordinado; los procesos de revisión externa de las determinaciones adversas que hacen las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; el pago o reembolso de los costos de medicamentos que son recetados para indicaciones diferentes a las que aparecen en la etiqueta; la prohibición del discrimen indebido contra víctimas de maltrato por parte de los planes médico; y para otros fines relacionados.
P DE LA C 3933 **(LF-225)** (Por los miembros de la *Delegación del PNP*)	HACIENDA *(Sin enmiendas)*	Para enmendar el Artículo 1 de la Ley Núm. 17 de 11 de abril de 1968, según enmendada, a los fines de aumentar el límite de la garantía del Gobierno de Puerto Rico, de cuatro mil trescientos veinticinco millones de dólares ($4,325,000,000) a cuatro mil setecientos veintiún millones de dólares ($4,721,000,000) para bonos a ser emitidos o en circulación por la Autoridad de Edificios Públicos; y para otros fines.

P DE LA C 3968 **(LF-232)** (Por los miembros de la *Delegación del PNP*)	HACIENDA *(Con enmiendas en el Decrétase y en el Título)*	Para añadir un nuevo Artículo 3, reenumerar los Artículos 3 al 8 como los Artículos 4 al 9, y enmendar el reenumerado Artículo 5 de la Ley 22 – 2012, conocida como "Ley Para Incentivar el Traslado de Individuos Inversionistas a Puerto Rico"; para enmendar en el Artículo 3, incisos (f) y (g) y renumerar los incisos (j), (k) y (l) como los incisos (l), (m) y (n) de la Ley 20-2012, añadir un nuevo Artículo 6 y reenumerar los Artículos 6 al 19 como los Artículos 7 al 20 de la Ley 20 – 2012, conocida como "Ley para Fomentar la Exportación de Servicios", a los fines de incorporar enmiendas técnicas, aclarar definiciones y términos, aclarar la intención legislativa sobre la concesión de decretos, disposición de impuestos e incentivos concedidos en dichas leyes; y para otros fines relacionados.
P DE LA C 3969 **(LF-233)** (Por los miembros de la *Delegación del PNP*)	HACIENDA *(Sin enmiendas)*	Para enmendar el inciso € de la Sección 3030.03 de la Ley 1-2011, según enmendada, conocida como, "Código de Rentas Internas para un Nuevo Puerto Rico", a los fines de ampliar el reembolso concedido por la compra de automóviles menos contaminantes impulsados por energía eléctrica, hidrógeno, híbridos, híbridos "plug-in" y de combustibles alternos renovables"; para otros fines relacionados.
P DE LA C 3999 (Por el representante *Cintrón Rodríguez)*	HACIENDA *(Sin enmiendas)*	Para enmendar el Artículo 3 de la Ley 122-2010, según enmendada, conocida como "Ley para el Financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar", para aclarar ciertas disposiciones, y para otros fines.
RC DEL S 836 (Por el señor *Berdiel Rivera)*	URBANISMO E INFRAESTRUCTURA;Y DE HACIENDA *(Con enmiendas en la Exposición de Motivos, el Resuélvase y en el Título)*	Para ordenar al Departamento de Transportación y Obras Públicas, ~~desarrolle el diseño y~~ a incluir dentro del Programa de Peticiones de Proyectos de la Autoridad de Carreteras y Transportación la construcción de un proyecto viable que logre descongestionar el tránsito en la ~~carretera PR 111~~ Carretera PR-111 a la altura de la Urbanización Jesús María Lago en el Municipio de Utuado a conectar con la ~~carretera PR 10~~ Carretera PR-10 de Arecibo a Ponce.

RC DEL S 1013 (Por la señora *Arce Ferrer)*	HACIENDA *(Con enmiendas en el Resuélvase y en el Título)*	Para reasignar a la Oficina del Procurador del Veterano la cantidad de veinticinco mil (25,000) dólares, provenientes de la ~~Administración para el Desarrollo de Empresas Agropecuarias~~ Sección 1, Inciso B, Sub-inciso 2 (a), de la ~~Resolución Conjunta~~ R.C. 8-2012 ~~de 10 de enero de 2012~~; a los fines de parear fondos federales, estatales, municipales o del sector privado para la compra de guaguas para el transporte de veteranos; y para otros fines.
R DEL S 2390 (Por el señor *Díaz Hernández)*	ASUNTOS INTERNOS *(Con enmiendas en la Exposición de Motivos, el Resuélvase y en el Título)*	Para ordenar a la Comisión de Urbanismo e Infraestructura del Senado de Puerto Rico, a realizar una investigación sobre la situación de la ~~Cancha Bajo Techo~~ cancha bajo techo que ~~localiza~~ está localizada en la ~~Carr.~~ carretera PR- 977 Km. 3.4 del ~~Barrio~~ barrio Montones III del municipio de Las Piedras.

RECIBIDO
SENADO DE PUERTO RICO
SECRETARIA
2012 JUN 19 PM 2:36

ORIGINAL

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16ta. Asamblea Legislativa

7ma. Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

19 de junio de 2012

Nombramiento del Sr. Gilberto D. Rivera Vélez como Miembro de la Junta Examinadora de Peritos Electricistas

INFORME

AL SENADO DE PUERTO RICO:

Vuestra Comisión de **Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas** previa evaluación, y consideración, tiene a bien someter a este Alto Cuerpo su informe recomendando el nombramiento del **Sr. Gilberto D. Rivera Vélez** como **Miembro de la Junta Examinadora de Peritos Electricistas.**

El Gobernador de Puerto Rico, Honorable Luis G. Fortuño, sometió para el consejo y consentimiento del Senado de Puerto Rico la designación del **Sr. Gilberto D. Rivera Vélez,** como **Miembro de la Junta Examinadora de Peritos Electricistas.**

El Senado de Puerto Rico, a tenor con las disposiciones de la Regla 47 de la Resolución del Senado Número 27 de 12 de enero de 2009, delegó en la Oficina de Evaluaciones Técnicas de Nombramientos la investigación del designado.

La Oficina de Evaluaciones Técnicas de Nombramientos del Senado de Puerto Rico (OETN) adscrita a la Oficina del Presidente del Senado, lleva a cabo todas las evaluaciones técnicas de todos los nominados por el Gobernador de Puerto Rico, quienes por disposición de ley deben ser confirmados por el Senado, en su ejercicio constitucional de consejo y consentimiento. La OETN tiene como propósito y obligación la recopilación, evaluación y preservación transitoria de información con el fin último de señalar hallazgos materiales, sin hacer ningún tipo de recomendación a favor o en contra del nominado

El presente Informe de Evaluación contiene los hallazgos comprendidos en las siguientes áreas: Evaluación Psicológica, Análisis de Situación Financiera e Investigación de Campo, todo

ello integrado al Historial Personal, Académico y Profesional del nominado como se presenta a continuación:

I. Breve Historial y Datos Personales

El señor Gilberto D. Rivera Vélez, nació el día 28 de septiembre de 1969, en Aguadilla, Puerto Rico. Actualmente se encuentra casado con la Sra. Luharisa González Rivas con la cual procreó una hija llamada Alexandra Luharisa Rivera González. En su anterior matrimonio procreó cuatro hijos llamados: Emanuel, Nathanael, Coraliz y Amasias Rivera. Actualmente toda la familia reside en el Municipio de Aguadilla incluyendo la hija de su actual esposa llamada Naymi Ramos González.

Preparación Académica

El nominado tomó en el año 1990 al 1991 un curso de electricidad en el Instituto de Enseñanza Eléctrica con conocimientos de sistemas eléctricos y preparación para Licencia de Perito Electricista. Luego estudió un bachillerato en Educación con concentración en Andrología en la Universidad del Turabo. Luego prosiguió estudios en Administración y Supervisión de programas Ocupacionales en el Recinto Metro de la Universidad Interamericana.

Experiencia Profesional

El nominado, Sr. Gilberto D. Rivera Vélez posee una vasta experiencia profesional. Actualmente labora en:

*Departamento de Educación- Esc. Salvador Fuentes en Ramey, Aguadilla, maestro de electricidad y maestro conferenciante del Programa de Electricidad desde 2009 al presente.

*USA Army Reserve, 91-C 2009 al presente

*Unitec of PR Profesor, maestro conferenciante de los programas de tecnología industrial 1999

Licencias profesionales

*Perito Electricista

*Maestro Vocacional (Electricidad)

II. Historial y Evaluación Psicológica

El Sr. Gilberto D. Rivera Vélez, no fue objeto de una evaluación psicológica por parte de la psicóloga contratada por la Oficina de Evaluaciones Técnicas de Nombramientos de Senado de Puerto Rico, ya que la misma no es requerida para la posición a la que ha sido nominado.

III. Análisis Financiero

El Auditor y CPA contratado por la oficina de Evaluaciones de Nombramientos del Senado de Puerto Rico, al igual que el personal asignado a estas labores realizaron un análisis detallado de los documentos financieros sometido por el nominado.

Durante el análisis financiero no se pudo determinar que existiera alguna situación conflictiva. Las certificaciones expedidas por el CRIM y por ASUME evidencian que el nominado no tiene deuda de clase alguna con estas Agencias Gubernamentales.

IV. Investigación de Campo

La investigación de campo realizada cubrió diversas áreas, a saber: entrevista con el nominado, relacionada en la comunidad, ámbito profesional y experiencia laboral, referencias personales y familiares. También se revisaron sus antecedentes, provistos por el Sistema de Información de Justicia Criminal Local y Federal.

Entrevistas:

Sr. José Samot, Profesor

Indica el señor Samot que conoce al nominado hace dieciséis (16) años. Lo conoce en el plano personal ya que son amigos y compañeros de trabajo. Describe que en las relaciones de la comunidad es una persona muy servicial y en las relaciones familiares como una persona bien familiar que se lleva con su hijos y esposa. Describe al nominado como un buen trabajador, pasivo y que siempre está en busca de superación. Además, indica que su conducta moral es intachable. Favorece el nombramiento.

Sr. Osvaldo Méndez

Incida el señor Méndez que conoce al nominado hace doce (12) años. Lo conoce en el plano profesional. Describe las relaciones con la comunidad como un ser humano que le gusta servir, cooperador y dispuesto a ayudar a todos y las relaciones familiares como excelentes. Describe al nominado como un hombre bueno, dado a su trabajo, tremendo profesor y con una conducta buena pues no sabe nada negativo de él. Favorece el nombramiento.

Sr. Alberto Reinat

Indica el Sr. Reinat conoce al nominado hace (12) años. Lo conoce en el plano personal y profesional. Describe las relaciones de la comunidad y las familiares como una persona muy apreciada en la comunidad, quien hace trabajos comunitarios en las escuelas de electricidad, y

con su familia, es un súper papá y buen esposo. Describe al nominado como una persona cooperadora, honesta y buen amigo. Favorece su nombramiento.

Como parte de esta investigación se verificaron las referencias personales suministradas por el nominado las cuales le recomiendan muy favorablemente, tanto en el plano profesional como en el personal. Además se verificaron los antecedentes penales del nominado, tanto locales como federales y todo está intachable.

CONCLUSIÓN

Las evaluaciones y calificaciones personales, académicas y profesionales reflejan que el nominado cumple con todo los requisitos constitucionales y de carácter moral, para ejercer el cargo al que se le designa, demostrando que tiene un compromiso y una responsabilidad con la labor a realiza.

POR TODO LO ANTES EXPUESTO, la **Comisión de Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas**, luego de su estudio y consideración, tienen a bien someter a este Alto Cuerpo Legislativo, su informe recomendando la confirmación del **Sr. Gilberto D. Rivera Vélez como Miembro de la Junta Examinadora de Peritos Electricistas.**

Respetuosamente sometido,

LORNNA J. SOTO VILLANUEVA
Presidenta
Comisión de Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Original

16 ta Asamblea Legislativa

7 ma Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO
18 de mayo de 2012

Segundo Informe Positivo sobre

el P. del S. 1294

RECIBIDO
SENADO DE PUERTO RICO
SECRETARIA
2012 MAY 18 PM 5:21

AL SENADO DE PUERTO RICO

Vuestra **Comisión de Agricultura,** previo estudio y consideración, del Proyecto del Senado 1294, según fuera referido, recomienda a este Honorable Cuerpo Legislativo la aprobación de la medida en referencia, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

ALCANCE DE LA MEDIDA

Esta medida propone establecer política pública en la seguridad alimentaria de los ciudadanos residentes de la Isla de Puerto Rico, tomando como base las predicciones e innumerables estudios e indicadores económicos a nivel mundial, los cuales presentan una reducción en los abastos de alimentos en las próximas décadas y un aumento sustancial en los precios de estos. La principal desventaja de nuestra población al depender en un alto grado de alimentos importados pone de manifiesto la vulnerabilidad del gobierno sobre la eficiencia y eficacia de alimentar a costos razonables su población. Es a estos efectos es que se enfoca la medida, la cual provee las bases para que los mejores talentos del Departamento de Agricultura, del Colegio de Ciencias Agrícolas, y las organizaciones de agricultores bonafide y profesionales como el Colegio de Agrónomos de Puerto Rico, se unan para desarrollar los estudios necesarios y confeccionar los planes de acción para establecer una política pública agraria con las consabidas medidas para que se respete y se atienda con urgencia la necesidad de alimentar a nuestra población en tiempos de abundancia como en tiempos de escasez. Sin duda alguna esta

medida debe servir para prepararnos para el futuro por lo que las acciones que se tomen hoy repercutirán en nuestra calidad de vida del mañana.

ANÁLISI S DE LA MEDIDA

Para el análisis de esta medida se celebraron dos vista pública el 25 de enero de 2011 en el Salón de Audiencias Roberto Rexach y el 14 de diciembre de 2011, en el Salón de Audiencias María Martínez, en el Capitolio, San Juan y se recibieron un total de cuatro memoriales explicativos.

Departamento de Agricultura:

El Secretario del Departamento de Agricultura, Hon. Javier Rivera Aquino, expresó en su memorial del 19 de diciembre de 2011, que los recursos para fortalecer la producción de alimentos están en la Asamblea Legislativa, a través de las comisiones permanentes las cuales abarcan todos los aspectos operacionales del gobierno. En su análisis de la medida, el Secretario de Agricultura recomendó que en lugar de legislar para delegar a distintos componentes ya fueran de la academia o del sector privado, de debía legislar proponiendo soluciones que ataquen el problema. Mencionó también que los agricultores no pueden visualizar sus negocios basándose en la posibilidad de crisis alimentarias ya que ellos dependen de innumerables factores como: costos de producción, competencia entre productores del exterior, las fuerzas de los mercados, oferta y demanda, etc. Es en estas áreas donde el Departamento de Agricultura pone su esfuerzo.

Los principales programas que detallo el Secretario Aquino para este esfuerzo son:

1. Programa de Capacitación Agro empresarial.
2. Programa de Desarrollo y Capacitación de Jóvenes Agro empresarios.
3. Programa para el Financiamiento de la Investigación y Desarrollo de Tecnología. Agrícola y de Alimentos.
4. Programa de Unidad de Calidad y Alto Rendimiento.
5. Programa 100% Cosecha y Crianza de Puerto Rico.
6. Creación de Reservas Agrícolas.
7. Programa de Infraestructura e Inversiones Agrícolas.
8. Protección de la Inversión.

El Secretario Rivera Aquino no recomendó la aprobación de la medida, por no entender pertinente continuar elaborando más planes y si aunar esfuerzos para continuar dotando al agricultor de herramientas que le permitan tener un negocio saludable y ayudarlo en la conexión con el consumidor.

Colegio de Ciencias Agrícolas Recinto Universitario de Mayagüez:

El Decano Director Interino del Colegio de Ciencias Agrícolas del Recinto Universitario de Mayagüez, Profesor Pedro Rodríguez, presentó valiosa información con sus comentarios sobre el P. del S. 1294, enviados a la Comisión de Agricultura el 19 de enero de 2011.

El Decano del CCA, coincidió con la Exposición de Motivos y felicito a la Legisladora, Senadora Santiago por esta oportuna iniciativa. El Decano Rodríguez hizo un recuento de cómo en Puerto Rico en los últimos años se ha agudizado la dependencia por productos importados y la desorganización de nuestras empresas agrícolas perdiendo espacio e impacto en nuestra sociedad. Esta dependencia por productos extranjeros es lo que nos hace alejarnos peligrosamente de una seguridad alimentaria, en momentos en que los indicadores mundiales apuntan a una crisis mundial de abastos de alimentos.

Según el Colegio de Ciencias Agrícolas, la proyección de un mundo futuro con más habitantes y menos recursos para alimentarlos, puede ser una analogía muy comparable con nuestra situación actual en Puerto Rico. Nuestra isla esta superpoblada (1,127 personas por milla cuadrada) y los recursos de tierra y agua tan necesarios para producir alimentos se comprometen en muchas ocasiones para infraestructura de carreteras, vivienda, centros comerciales, y otras utilidades.

En los datos de los Censos Agrícolas Federales de 1998 al 2007 se reflejan números negativos en el número de fincas y en el cuerdaje utilizados para nuestra agricultura, El número de fincas en producción en Puerto Rico se redujo en un 11.5 por ciento en el periodo de cinco años entre los Censos del 1998 al 2002 y un 11.0 por ciento adicional del 2002 al 2007 para un total de más de 4200 fincas que se perdieron en ese tiempo. De la misma manera, el total de cuerdas en cultivo se redujo en un 20.2 por ciento en el periodo entre 1998 al 2002 y un 19 por ciento adicional del

2002 al 2007, para un total de cerca de 308,000 cuerdas que dejaron de ser productivas agrícolamente.

Ante esta situación y los propósitos que persigue la medida, el Colegio de Ciencias Agrícolas recomendó integrar a la Autoridad de Tierras en este esfuerzo y recomendó la aprobación de la medida con el compromiso de ser parte del grupo de trabajo que elaborarán los planes de política pública para la seguridad alimentaria de Puerto Rico.

Departamento de Justicia:

El Secretario del Departamento de Justicia, Hon. Guillermo Somoza Colombani, envió sus comentarios sobre el P. del S. 1294, en un memorial explicativo el 13 de diciembre de 2011. En su análisis de la medida, el Secretario de Justicia índico que la crisis económica y los efectos del cambio climático en los cinco (5) continentes traen a la discusión pública el tema de la seguridad alimentaria en prácticamente todas las sociedades del mundo. Puerto Rico no está ajeno a esta realidad.

De acuerdo a la Exposición de Motivos, la discusión por diversos foros como la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), han traído la preocupación del elevado costo de los alimentos y la privación de este recurso a gran parte de la población mundial. Por lo tanto en Puerto Rico existen dos realidades que deben ser ponderadas. Primeramente, la actividad de la construcción resta terrenos cultivables necesarios, así como la mayoría de los alimentos que consumimos se traen importados de diversos lugares del mundo. Ante esta situación, la medida en discusión considera como prioridad, que el Departamento de Agricultura de Puerto Rico en coordinación con el Colegio de Ciencias Agrícolas del Recinto Universitario de Mayagüez, la Asociación de Agricultores y el Colegio de Agrónomos, planifiquen y desarrollen la política pública de seguridad alimentaria para así garantizar el abastecimiento de los alimentos que se requieren para alimentar a la población, según el estimado del Censo Poblacional Federal y las estadísticas agropecuarias del Censo Agrícola Federal.

En su análisis, el Secretario Somoza avaló en principio los meritos de la medida por considerar que toda iniciativa legislativa enmarcada en el precepto constitucional que faculta a la Asamblea

Legislativa para aprobar leyes en protección de la vida, la salud y el bienestar del pueblo debe estar protegida y respaldada por su agencia. No obstante, el Secretario sometió algunas recomendaciones que fortalecen la medida sin cambiar su espíritu original. Mencionó que toda medida de esta índole debe contar primero con la participación de la Junta de Planificación como ente gubernamental, además del Departamento de Agricultura. Por virtud del Artículo 11 de la Ley Núm. 75 de 24 de junio de 1975, según enmendada, se encomendó a la Junta de Planificación, entre otros asuntos, las facultades de preparar y adoptar planes de usos de terrenos conforme a lo dispuesto en esta Ley. El Articulo 14 de la Ley Núm. 75, citada, indica que le corresponde a la Junta de Planificación preparar y adoptar planes de usos de terrenos y adoptar aquellos que preparen los organismos gubernamentales o entidades que esta designa. En cuanto a los reglamentos de zonificación, también es la Junta de Planificación la que esta facultada en Ley para establecer y proveer el control de desarrollo de los terrenos públicos y privados incluyendo la protección de la agricultura. Cabe señalar además, que por virtud de la Ley Núm. 550-2004, se crea la Oficina del Plan de Uso de Terrenos, como parte de la Junta de Planificación, como instrumento para implementar el mandato de la Ley. Esta oficina tiene presente la autonomía de los gobiernos municipales conforme a la Ley de Municipios Autónomos, Ley Núm. 81-1991.

El Secretario de Justicia recomendó necesario, que se incluya a la Junta de Planificación y a los Municipios según sea el caso, como un ente gubernamental en el plan de desarrollo de política de seguridad alimentaria. De lo contrario, el Departamento de Agricultura y los demás componentes deberán contar con el visto bueno y asesoramiento de la Junta de Planificación y de los Municipios al momento de incluir la determinación de las cuerdas o los terrenos necesarios para la producción de alimentos básicos que indica el Artículo 5 del proyecto de ley. Por otro lado menciono que del Plan de Reorganización Núm. 4 de 29 de julio de 2010 del Departamento de Agricultura, faculta ya al Secretario de esta agencia a establecer los mecanismos, enlaces y coordinación necesaria para el desarrollo de una agricultura sustentable, preceptos básicos de esta legislación. Es importante mencionar que esta encomienda ya es parte de la política pública del Gobierno por lo cuanto en su Artículo 2 del Plan de Reorganización Núm. 4, menciona que:

"Sera política pública del Gobierno de Puerto Rico asegurar el abasto de alimentos sanos y saludables que propicien una nutrición balanceada para nuestra ciudadanía, opciones de energía renovable a nuestros consumidores y ofertas de servicios al

constituyente en los cuales nuestros agricultores sean los productores por excelencia para atender esas necesidades.

La política pública en el área agropecuaria debe estar orientada a la protección de los terrenos de alto valor agrícola mediante la zonificación adecuada, donde se establezcan reservas agrícolas, servidumbres agrícolas y/o transferencias de derechos de desarrollo para que se pueda practicar el cultivo intensivo."

El Departamento de Justicia entiende necesario recomendar a la Comisión de Agricultura del Senado de Puerto Rico, verificar cual será la vía legal para la adquisición de tierras en caso de que las cuerdas que se recomienden no sean suficientes para cumplir con los abastos suficientes de alimentos. También sería prudente solicitar la opinión de sectores empresariales reconocidos y que pueden aportar a esta discusión como las agrupaciones de Mayoristas e Importadores de Alimentos (MIDA), la Cámara de Comercio y el Sector Cooperativo Agrícola entre otros.

Por último, el Departamento de Justicia que la legislación propuesta es compatible con otras ya iniciadas en otras jurisdicciones de países en Europa como en Latinoamérica, así como con la Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial de 1996.

Acción y Reforma Agrícola, Inc.:

El Presidente de la Organización Acción y Reforma Agrícola, Inc. (ARA), Agrónomo Pedro J. Vivoni, envió sus comentarios en un memorial explicativo el día 19 de enero de 2010. Esta es una organización compuesta por agricultores, agro empresarios, técnicos agrícolas y relacionados a la producción y venta de productos agrícolas.

Según Vivoni, las razones para la pérdida acelerada en los terrenos agrícolas se deben entro otras a la vulnerabilidad de las tierras en uso y con potencial agrícola resultado de un desarrollo desparramado sin planificación. Lamentablemente en Puerto Rico, se observa a diario, como el mecanismo legislado desde el 2004 para la protección, preservación y conservación de las tierras agrícolas, entiéndase el Plan de Uso de Tierras de Puerto Rico, no se ha implantado todavía con las consecuencias que todos sabemos. Esta situación afecta no solo a la agricultura sino también a la Banca, a la Industria y al Turismo ya que se compite entre los mismos sectores afectando el desarrollo de todos por igual.

La organización ARA adosó la iniciativa de la Senadora Santiago González y recomendó lo siguiente:

1. Promover la implantación del Plan de Uso de Terrenos en el menor tiempo posible como uno de los mecanismos para mantener los terrenos agrícolas necesarios.
2. Ordenar una moratoria en la otorgación de permisos de construcción en terrenos propiamente agrícolas enumerados por el Servicio de Conservación de Suelos Federal hasta la implantación del Plan de Uso de Terrenos.
3. Otorgar al Departamento de Agricultura el poder de veto en las otorgaciones de permisos de desarrollo físico en terrenos agrícolas.

Enmendar el Artículo 3, Línea 14 a la 18, Pag.4 para ampliar la participación de entidades en la coordinación de esfuerzos, especificadas en la Ley, incluyendo organizaciones como Acción y Reforma Agrícola, Inc. (ARA), la Alianza para el Desarrollo de Puerto Rico y la Cámara de Comercio de Puerto Rico.

Impacto Fiscal Municipal

En cumplimiento con la Sección 32.5 del Reglamento del Senado y la Ley Núm. 81 de 30 de agosto de 1991, la aprobación de la medida objeto de evaluación no tiene impacto fiscal alguno sobre las finanzas de los gobiernos municipales.

Impacto Fiscal Estatal

En cumplimiento con la Sección 32.5 del Reglamento del Senado y el Articulo 8 de la Ley de Reforma Fiscal, Ley Núm. 103 de 25 de mayo de 2006, la aprobación de la medida objeto de evaluación no tiene gravamen de fondos sobre las arcas del estado.

Conclusión

La Comisión de Agricultura del Senado concluye que, luego del análisis del P. del S. 1294, es necesario y urgente establecer política pública en el Gobierno de Puerto Rico enfocada en seguridad alimentaria basada en los resultados de los Censos Poblacionales y de Agricultura Federal como medida de preparación y protección para nuestra ciudadanía. Con la aprobación de esta medida se inicia un proceso de estudios y planes que redundarán en reducción de

incertidumbre y mayor protección alimentaria principalmente para las personas de escasos recursos, en la eventualidad de una escasez de alimentos a nivel mundial.

Hay que reconocer que anteriormente la Asamblea Legislativa legisló sobre el tema de la Seguridad Alimentaria, con la aprobación de la Ley Núm. 133 de 29 de julio de 2008. Sin embargo, esta ley no fijaba u ordenaba los componentes que debían trabajar con este asunto sino que más bien delegaba al Secretario de Agricultura nuevas responsabilidades y a la División de Desarrollo Económico del Departamento de Agricultura la encomienda de aumentar la producción. En esta ocasión, el P del S. 1294 se adelanta en la búsqueda de la información generada en los Censos de Población y Censo Agrícola para esbozar un plan ordenado y lógico con la ayuda de los componentes del sector privado, la academia y de gobierno, en beneficio de nuestra población.

Por lo antes expuesto, la **Comisión de Agricultura**, previo estudio y consideración, **recomienda** a este Alto Cuerpo la aprobación del P. del S. 1294, **con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.**

Respetuosamente sometido,

Luis Berdiel Rivera
Presidente
Comisión de Agricultura

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta Asamblea Legislativa — 2 da Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 1294

30 de octubre de 2009

Presentado por la señora *Santiago González*

Referido a la Comisión de Agricultura

LEY

Para establecer la política pública de Seguridad Alimentaria para Puerto Rico y el desarrollo de un plan de producción agropecuario de acuerdo a los censos federales poblacional y agrícola y así abastecer las necesidades presente y futura de los alimentos básicos de las familias puertorriqueñas.

EXPOSICION DE MOTIVOS

El Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura ha mencionado que el año 2009 inició con una situación económica inestable. Sus efectos finales aún no pueden preverse y están siendo analizados ampliamente por expertos y organizaciones de todas partes del mundo. La crisis financiera, cuyo origen es exógeno a América Latina y el Caribe (ALC), ya está monopolizando los debates acerca del futuro del desarrollo económico mundial y sugiere la aplicación de medidas inmediatas para mitigar sus impactos.

En otro orden y antes de que se agitaran los mercados financieros, las deliberaciones internacionales giraron durante unos meses en torno a la llamada crisis de los alimentos, la cual alertó sobre la necesidad de intensificar el análisis sobre el rol que cumplía la agricultura en el desarrollo y la seguridad alimentaria. Un claro ejemplo de la crisis es el hecho de que el precio del trigo se había elevado en un 130%, el precio del arroz en un 74%, el de la soja en un 87% y el del maíz en un 53%.

En menos de veinticuatro meses, los precios mundiales de los alimentos se han disparado a niveles sin precedentes y en por lo menos veinte países han estallado disturbios a causa de la escasez y la falta de acceso a la comida. Actualmente, los precios son muy volátiles y se observa

que, en algunos de los casos, las enormes alzas son seguidas de reducciones, aunque los precios se mantienen superiores al promedio del período 2000-2005.

Esta entidad agrícola menciona también que nos encontramos actualmente en una encrucijada crítica, ya que el hambre golpea una vez más a la puerta del continente americano. Los precios desorbitados de los alimentos amenazan con exacerbar la situación de las poblaciones ya vulnerables y volver atrás al progreso obtenido por aquellas personas y familias que lograron incorporar a sus vidas la seguridad alimentaria. Esta situación silenciosa esta viajando lentamente por el mundo y golpeando con mayor virulencia a los más vulnerables. No conoce fronteras. Probablemente sea el responsable de la primera crisis humanitaria globalizada y sumará otros 130 millones de personas a los registros de las poblaciones que viven en la indigencia y que no se encontraban en esta situación un año atrás.

El estado actual de los mercados y el rol del gobierno, las causas y los efectos de la crisis, así como la pobreza y la inseguridad de los alimentos, constituyen un fenómeno complejo y no pueden solventarse o afrontarse con las mismas soluciones del pasado. El Banco Mundial en el año 2008 mencionó que en el siglo XXI la agricultura continúa siendo un instrumento fundamental para el desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza. Tres de cada cuatro personas pobres de los países en vías de desarrollo viven en zonas rurales-2100 millones de personas viven con menos de $2 por día y 880 millones, con menos de $1 por día y la mayoría depende de la agricultura para vivir.

Nosotros los puertorriqueños al residir en una isla no escapamos de la realidad mundial de la producción de alimentos. El Colegio de Ciencias Agrícolas del Recinto Universitario de Mayaguez de la Universidad de Puerto Rico, ha estimado alrededor de 800,000 mil cuerdas arables para producir alimentos y ha informado públicamente que no las tenemos. Se estima que de continuar la tendencia de pérdida de terrenos, Puerto Rico podría perder la totalidad de sus tierras agrícolas en el transcurso de las próximas dos décadas.

Las razones de la pérdida se deben a la vulnerabilidad de las tierras en uso y con potencial agrícola, principalmente como consecuencia del desparrame en la actividad de la construcción. En Puerto Rico se importan la mayor parte de los alimentos que producimos. Muchas reservas agrícolas no se están poniendo a producir como debieran. Una isla densamente poblada como la nuestra, (444 personas por kilómetro cuadrado), ante las amenazas de los

fenómenos naturales y de la escasez de alimentos a nivel mundial, no tiene una cantidad responsable de alimentos y agua para su población.

El Panel Intergubernamental sobre Cambio Climático (PICC) ha pronosticado que el planeta tierra, sufrirá cambios drásticos en los patrones de lluvias y otros fenómenos atmosféricos. Se estima que la mayor parte de los glaciares se encuentran en riesgo de descongelarse. El uso de los biocombustibles propiciará una escasez de alimentos y una subida de precios de los mismos a nivel mundial. Se vislumbra que para el año 2020 la población del mundo alcanzará los 8.2 billones de personas (casi dos billones adicionales al actual).

Por lo antes expuesto la Asamblea Legislativa de Puerto Rico considera prioritario ante la crisis de producción de alimentos a nivel mundial, que el Departamento de Agricultura de Puerto Rico en coordinación con el Colegio de Ciencias Agrícolas del Recinto Universitario de Mayaguez de la Universidad de Puerto Rico, la Asociación de Agricultores y el Colegio de Agrónomos, planifique y desarrolle la política pública de seguridad alimentaria para así garantizar el abastecimiento de los alimentos que se requieren para alimentar a nuestra gente según el estimado del censo poblacional federal y las estadísticas agropecuarias del censo agrícola federal.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.- ~~Se establece por el Gobierno de Puerto Rico la política pública de Seguridad Alimentaria para Puerto Rico~~ Se establece como política pública del Gobierno de Puerto Rico, el desarrollo de un plan de producción agropecuario, para que se atienda con urgencia la necesidad de alimentar a nuestra población.

Artículo 2. - Definición de Seguridad Alimentaria:

Esta definición, comúnmente aceptada por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, siglas de Food and Agriculture Organization), establece las siguientes consideraciones para la seguridad alimentaria:

.-Disponibilidad de alimentos: La existencia de cantidades suficientes de alimentos de calidad adecuada, suministrados a través de la producción del país o de importaciones (comprendida la ayuda alimentaria).

.-Acceso a los alimentos: Acceso de las personas a los recursos adecuados (recursos a los que se tiene derecho) para adquirir alimentos apropiados y una alimentación nutritiva. Estos derechos se definen como el conjunto de todos los grupos de productos sobre los cuales una persona puede tener dominio en virtud de acuerdos jurídicos, políticos, económicos y sociales de la comunidad en que vive (comprendidos los derechos tradicionales, como el acceso a los recursos colectivos).

.-Estabilidad: Para tener seguridad alimentaria, una población, un hogar o una persona deben tener acceso a alimentos adecuados en todo momento. No deben correr el riesgo de quedarse sin acceso a los alimentos a consecuencia de crisis repentinas (por ejemplo una crisis económica o climática) ni de acontecimientos cíclicos (como la inseguridad alimentaria estacional). De esta manera, el concepto de estabilidad se refiere tanto a la dimensión de la disponibilidad como a la del acceso de la seguridad alimentaria.

Artículo 3.- El Departamento de Agricultura de Puerto Rico en coordinación con la Junta de Planificación, el Colegio de Ciencias Agrícolas del Recinto Universitario de Mayaguez de la Universidad de Puerto Rico, con ~~la Asociación de~~ participación de las Organizaciones de Agricultores de Puerto Rico y el Colegio de Agrónomos de Puerto Rico, y los Municipios según sea el caso, planificará y desarrollará la política pública que se requiere implementar desde el año ~~2011~~ 2012, para así garantizar la producción de alimentos básicos que se necesitan como productos de primera necesidad para la alimentación de las familias puertorriqueñas.

Artículo 4.- Esta política pública de seguridad alimentaria se planificará tomando en consideración los informes de los censos de población y agrícola federal que se realiza cada diez años, la misma se establecerá cada diez años y será enmendada o revisada anualmente dependiendo del desarrollo de las empresas agropecuarias y la producción de alimentos a nivel mundial.

Artículo 5.- El Departamento de Agricultura de Puerto Rico determinará la cantidad de cuerdas necesarias para la producción de estos alimentos básicos, así como también el número de productos pecuarios que se necesitan para abastecer a nuestras familias puertorriqueñas.

Artículo 6.- El Departamento de Agricultura de Puerto Rico en coordinación con las organizaciones que agrupan a los Mayoristas y Distribuidores de Alimentos, determinará mediante un estudio económico la cantidad de productos agropecuarios importados que se requieren para abastecer la alimentación de los ciudadanos y de acuerdo a la producción agrícola local.

Artículo 7.- El Departamento de Agricultura identificará las empresas agropecuarias que se requieren producir para satisfacer la alimentación de las familias puertorriqueñas.

Artículo 8.- El Departamento de Agricultura determinará los incentivos y subsidios que se requieren para desarrollar estas empresas agropecuarias de seguridad alimentaria.

Artículo 9.- El Departamento de Agricultura en conjunto con la Junta de Planificación le referirá a la Asamblea Legislativa de Puerto Rico, un informe referente a la implementación y desarrollo de esta política pública de seguridad alimentaria y a limitaciones que pudiera estar teniendo anualmente o durante el período establecido para así establecer acciones correctivas y garantizar la seguridad alimentaria de nuestro país.

Artículo 10.- Cláusula de Separabilidad

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

Artículo 11.- Vigencia

Esta Ley entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.

RECIBIDO
SENADO DE PUERTO RICO
2012 JUN 19 AM 10:51

GOBIERNO DE PUERTO RICO

ORIGINAL

16ta. Asamblea Legislativa

7ma. Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

19 de junio de 2012

Segundo Informe Positivo sobre el

P. del S. 2032

AL SENADO DE PUERTO RICO

Las Comisión de Educación y Asuntos de la Familia del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración del P. del S. 2032, recomienda a este Alto Cuerpo la **aprobación** de dicha medida, con las enmiendas contenidas en el entrillado electrónico que se acompaña.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El propósito de esta pieza legislativa es crear la Ley del "Pasaporte Post-secundario de Acomodo Razonable" para estudiantes con impedimentos de escuelas secundarias, aspirantes a estudiar en institutos técnicos vocacionales e instituciones de educación superior.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

De la exposición de motivos de la presente medida se desprende que la mayoría de la población de personas con impedimentos se encuentra en desventaja social y económica. Esta situación se complica cuando el impedimento no es viable, como es el caso de los estudiantes con problemas específicos de aprendizaje (PEA) y déficit de atención (DA), entre otras condiciones de impacto cognoscitivo. Por ello es imperativo utilizar diferentes estrategias que hagan justicia a las capacidades que poseen los estudiantes.

No obstante, a pesar del establecimiento de la política pública del Estado la prohibición de discrimen por impedimentos para la admisión a las universidades, permean procesos de admisión y evaluativos que no responden a las características y necesidades de los estudiantes con impedimentos. Es decir, dichos procesos no necesariamente responden a necesidades específicas dentro del concepto de acomodo razonable que presentan algunos estudiantes con impedimentos. En la medida que tanto la universidad del Estado como las universidades privadas re-examinen con detenimiento sus proceso de admisión y de apoyo para los estudiantes con impedimentos, (en especial las condiciones que afectan el proceso cognitivo) se logará una sociedad que aumente y fortalezca sus capacidades de pueblo competitivo.

Para ello, se interesa adoptar medidas de avanzada para fomentar la inclusión académica competitiva de los estudiantes con impedimentos. Específicamente se pretende implantar un "Pasaporte de Acomodo Razonable" para personas con impedimentos definiendo el mismo como la "adaptación, modificación, medida o ajuste adecuado o apropiado que se debe llevar a cabo para permitirle o facultar a la persona con impedimentos, participar en todos los aspectos, actividades educativas curriculares y extracurriculares, escenarios educativos, recreativos, deportivos y culturales como parte del proceso de aprendizaje formal que permita a la persona con impedimentos participar y desempeñarse en ese ambiente en una forma inclusiva, accesible y comparable".

Para la evaluación y consideración de esta pieza legislativa, la Comisión de Educación y Asuntos de la Familia del Senado realizó una Audiencia Pública a la cual comparecieron: el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico (actual Consejo de Educación de Puerto Rico); y el Departamento de Educación.

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO:

La Universidad de Puerto Rico, luego de evaluar los méritos de la medida, manifestó que endosa la misma sin reservas ni enmiendas. La recomendación hecha por el Programa de Asistencia Tecnológica, y suscrita por medio del Presidente, constituye el sentir de la entidad que tendrá la responsabilidad principal de implementar este proyecto una vez aprobado.

La Universidad de Puerto Rico mediante memorial plantea que el proyecto

contribuirá a la equidad en la participación post-secundaria a personas con impedimentos. Según entienden, el proyecto asigna responsabilidades específicas para la articulación de servicios entre agencias para el beneficio de esta población.

Señalaron que los procesos de enseñanza son unos cambiantes y siempre dirigidos a lograr que todos los actores del proceso ofrezcan y obtengan las mejores opciones. En este sentido, afirman que a pesar de que cada vez son más los estudiantes diagnosticados con impedimentos, las instituciones post-secundarias no tienen políticas que viabilicen la participación de esta población. Esto coloca a estas personas en una clara desventaja al momento de intentar formar parte de una universidad u otro centro educativo, limitando las posibilidades de obtener el grado o destrezas necesarias para aportar al desarrollo económico del país.

Según expresaron, la exposición de motivos de esta propuesta de ley hace un excelente análisis de las realidades y tropiezos que encuentra un estudiante con impedimentos al momento de interesarse por continuar estudios post-secundarios.

A base de la explicación que nos hacen, actualmente los acomodos ofrecidos se limitan a proveer tiempo adicional o seleccionar un lugar físicamente accesible y otros acomodos básicos que no consideran otras necesidades particulares que pueden ser determinantes para que el estudiante pueda cumplir satisfactoriamente con la prueba a la que es sometido. Los estudiantes con retos cognoscitivos es uno de los sectores más vulnerables ante estas pruebas. Por ejemplo, los estudiantes con déficit de atención o con problemas específicos de aprendizaje confrontan, además, dificultad para marcar las contestaciones en la hoja que se utiliza con esos propósitos, entre otras contrariedades por las que atraviesan. Afirmaron que con el pasaporte se viabiliza un acomodo razonable real a base de las necesidades particulares de las personas con impedimentos.

En resumen, la Universidad de Puerto Rico, y su Programa de Asistencia Tecnológica así como la Vicepresidencia de Investigación y Tecnología de la Administración Central de la Universidad endosa, sin reservas y sin enmiendas el Proyecto del Senado 2032.

CONSEJO DE EDUCACIÓN SUPERIOR DE PUERTO RICO (Actual Consejo de Educación de Puerto Rico):

A través de su ponencia expresaron que concurren con la necesidad de establecer una política pública que identifique las realidades y necesidades de la población con impedimentos y viabilice los recursos necesarios para eliminar las barreras que impiden la educación a éstos. No obstante, aprovecharon la oportunidad par hacer algunas observaciones:

- Dado que el nuevo Consejo de Educación de Puerto Rico (CEPR) estará próximo a constituirse, recomiendan que donde diga Consejo de Educación Superior se sustituya por el nuevo organismo ya que va a tener cargo la política pública educativa.
- Recomiendan que se extienda el periodo dispuesto para el establecimiento del Reglamento y el Manual de Procedimientos.
- Recomiendan acoger el término "instituciones postsecundarias" como parte de las definiciones y eliminar otras.

Esta Comisión entiende que dichas observaciones ameritan que se hagan los correspondientes cambios a la medida.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN:

El Departamento de Educación (DE) cuenta con la división post-secundaria, la cual se encuentra bajo la tutela de la Secretaría Auxiliar de Educación Ocupacional y Técnica. Dicha Secretaría administra a través del Programa de Educación Técnica, el Instituto Tecnológico, entre otras. Dicho Instituto es la única institución de educación superior que pertenece al departamento. Según expresaron, el mismo admite estudiantes con impedimento, cumpliendo con todas las leyes locales y federales, citadas en el proyecto de ley.

En referencia a la medida bajo análisis, el DE hace ciertas recomendaciones. En primer lugar, recomienda que se enmiende el Artículo 2 sobre Definiciones, específicamente lo relacionado a la Institución de Educación Superior y que sustituya por "Institución Postsecundaria". Así también, hacen recomendaciones en torno a los Artículos 5, 6, y 7; las cuales han sido acogidas e introducidas como enmiendas. Por lo

demás, respaldan la aprobación de la medida ya que entienden que servirá como herramienta adicional para fomentar la inclusión académica competitiva de nuestros estudiantes con impedimentos.

IMPACTO FISCAL ESTATAL

Cumpliendo con el Artículo 8 de la Ley Núm. 103 del 25 de mayo de 2006, "Ley para la Reforma Fiscal del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico", según enmendada, y el Reglamento del Senado de Puerto Rico, se determina que la presente medida no tiene impacto fiscal sobre Agencias e instrumentalidades del Gobierno de Puerto Rico.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

En cumplimiento con la Sección 32.5 del Reglamento del Senado de Puerto Rico, esta Comisión evaluó la presenta medida y entiende que la aprobación de la misma no tendrá impacto fiscal negativo sobre los gobiernos municipales.

CONCLUSIÓN

La Comisión de Educación y Asuntos de la Familia del Senado entiende que no hay lugar para el discrimen por impedimentos en la admisión a las universidades. Así también, que los procesos de admisión y evaluativos que deben responder a las características y necesidades de los estudiantes con impedimentos, así como a las necesidades específicas dentro del concepto de acomodo razonable que presenta algunos estudiantes con impedimentos.

El proyecto 2032, no tiene impacto presupuestario pero si una contribución a la economía de Puerto Rico a largo plazo. Mediante el pasaporte más estudiantes con necesidades especiales tendrán el apoyo que necesitan para considerar una carrera post-secundaria. Mientras más estudiantes con necesidades especiales asistan y completen grados universitarios, mejor serán sus posibilidades económicas e inclusión social.

Por las razones antes expuestas, la Comisión de Educación y Asuntos de la Familia del Senado, previo estudio y consideración, recomienda **la aprobación** del Proyecto del Senado 2032, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

Respetuosamente sometido,

Kimmey Raschke Martínez
Presidenta
Comisión de Educación y Asuntos de la Familia

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)
GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta Asamblea Legislativa

5 ta Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 2032

17 de marzo de 2011

Presentado por la señora *Raschke Martínez*

Referido a la Comisión de Educación y Asuntos de la Familia

LEY

Para crear la Ley del "Pasaporte Post-secundario de Acomodo Razonable" para estudiantes con impedimentos de escuelas secundarias, aspirantes a estudiar en instituciones postsecundarias. ~~institutos técnicos vocacionales e instituciones de educación superior.~~

EXPOSICION DE MOTIVOS

La educación es el instrumento de los pueblos para su evolución hacia la civilización y la democracia. En las sociedades democráticas la educación representa la garantía de que sus ciudadanos podrán aportar eventualmente al crecimiento y desarrollo económico, político y social en la sociedad. En la medida en que los pueblos se educan, se verán fortalecidas sus oportunidades de crecimiento, competitividad, progreso, y su capacidad para aportar positivamente al resto de la humanidad. Ello se amplía y fortalece en la medida que sus ciudadanos logran niveles académicos más altos de competencia. Esta aspiración social fue, sin duda, una de las razones por las cuales se crea la Universidad de Puerto Rico, la cual contempla entre sus objetivos, vincularse a los valores e intereses de una comunidad democrática.

La población de personas con impedimentos en Puerto Rico es de unas 950,000 personas aproximadamente. La mayoría se encuentra en desventaja social y económica. La proporción de estudiantes con impedimentos admitidos a las ~~universidades~~ instituciones postsecundarias no es proporcional con el tamaño de esa población.. Esto a pesar de que tanto las leyes federales como la *Americans with Disabilities Act*, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación, así como leyes estatales tales como la Ley 44 de 1985 y la Carta de Derechos de las Personas con Impedimentos

de 2004, prohíben el discrimen contra esta población. Esta situación se complica cuando el impedimento no es visible, como es el caso de los estudiantes con problemas específicos de aprendizaje (PEA) y déficit de atención (DA), entre otras condiciones de impacto cognoscitivo.

La admisión de estudiantes con PEA a las instituciones postecundarias ~~universidades, por ejemplo,~~ no debe responder exclusivamente a un examen de entrada, y menos, cuando los exámenes no responden al estilo particular de aprendizaje de estos estudiantes. Por lo tanto, es imperativo utilizar diferentes estrategias que hagan justicia a las capacidades que poseen los estudiantes con PEA, en su empeño de perseguir una carrera universitaria. No hay duda que los cursos ~~remédiales~~ de verano benefician a los estudiantes con PEA que ingresan en las instituciones postsecundarias ~~universidades~~, pero se hace necesario establecer programas que impacten en forma directa sus necesidades y les provean una visión educativa funcional y útil como parte de su proceso de aprendizaje a este nivel. La planificación de un proceso de admisión holístico produciría resultados positivos en el aspecto académico, social y emocional de los estudiantes, que facilitará no sólo su adquisición de conocimiento y destrezas, sino una adaptación apropiada al ambiente universitario.

La Ley 44 de 2 de julio de 1985, según enmendada, establece que:

Las instituciones públicas o privadas que ofrezcan y presten servicios de enseñanza universitaria no podrán discriminar contra los [impedidos cualificados]. Disponiéndose, que deberán hacer los arreglos y adoptar aquellas medidas afirmativas que aseguren igual oportunidad educativa a los estudiantes con impedimentos físicos, mentales o sensoriales. A tales efectos se dispone que:

(a) No deberán limitar el número de personas con impedimentos físicos, mentales o sensoriales que puedan ser admitidos.

(b) No deberán usar pruebas que discriminen contra las personas con impedimentos físicos, mentales o sensoriales.

(c) No efectuarán investigaciones de preadmisión en relación a una persona con impedimentos físicos, mentales o sensoriales, excepto para corregir efectos de discriminaciones pasadas o para combatir los efectos de condiciones que limitan la participación.

(d) No usarán ninguna prueba o criterio de admisión que tenga un efecto sustancialmente adverso en personas con impedimentos físicos, mentales o sensoriales a menos que éste haya

sido validado como un pronosticador de éxito académico y cuando no haya disponibles pruebas alternas."

A pesar del establecimiento de la política pública del Estado a la prohibición de discrimen por impedimentos para la admisión a las instituciones postsecundarias ~~universidades~~, todavía permean procesos de admisión y evaluativos que no responden a las características y necesidades de los estudiantes con impedimentos. Esta barrera limita, y en ocasiones impide que estudiantes con impedimentos sean admitidos o sean exitosos en el campo de la educación universitaria. Se ha establecido la utilización de un sistema estandarizado y rígido que se traduce a un numeral o IGS que determina las oportunidades educativas de un ser humano. El Estado ha acogido además un sistema de examen estandarizado y masificado que en muchas ocasiones limita que los estudiantes con impedimentos demuestren su potencial académico verdadero. Las entidades que administran el examen del College Board o SAT ofrecen acomodos razonables básicos para los estudiantes con impedimentos, pero no necesariamente responden a necesidades específicas dentro del concepto de acomodo razonable que presentan algunos estudiantes con impedimentos.

En respuesta a esta necesidad, universidades tales como la de *IOWA State University,* han adoptado e implantado un sistema funcional de admisión para los candidatos a admisión con impedimentos. Este sistema les ~~le~~ permite a los estudiantes con impedimentos someterse a un proceso individualizado de admisión cuando ~~a aquellos estudiantes que~~ consideren que su record académico no refleja con exactitud sus habilidades para ser exitosos (as).

La Universidad de Puerto Rico, por su parte, fue creada para fomentar y atender el futuro académico de sus ciudadanos para así fortalecer el futuro del pueblo de Puerto Rico. Bajo dicha filosofía, se abrirían las puertas del sistema de educación superior a estudiantes con menos ventaja competitiva. Contempla, entre sus objetivos, "desarrollar a plenitud la riqueza intelectual y espiritual latente en nuestro pueblo, a fin de que los valores de la inteligencia y del espíritu de las personalidades excepcionales que surgen de todos sus sectores sociales, especialmente los menos favorecidos en recursos económicos, puedan ponerse al servicio de la sociedad puertorriqueña". Todos estos esfuerzos son cónsonos con la política del estado. El Presidente Barack Obama ha expresado que aspira aumentar las oportunidades universitarias para personas con impedimentos, estudiando los procesos de transición y de la educación superior. En la medida que tanto la universidad del Estado como las universidades e instituciones postsecundarias privadas re-examinen con detenimiento sus procesos de admisión y de apoyo

para los estudiantes con impedimentos, (en especial las condiciones que afectan el proceso cognitivo) se logrará una sociedad que aumente y fortalezca sus capacidades de pueblo competitivo y la aportación del pueblo a la humanidad.

Es por ello que el Pueblo puertorriqueño, en su deseo de fortalecer su sociedad democrática, interesa adoptar medidas de avanzada para fomentar la inclusión académica competitiva de los estudiantes con impedimentos, en especial, aquellos con las condiciones de déficit de atención, problemas específicos del aprendizaje y otras condiciones que imponen retos en el área cognitiva.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.- Nombre

Esta Ley se conocerá como ***"Pasaporte <u>Postsecundario</u> de Acomodo Razonable"***

Artículo 2.- Definiciones

Acomodo Razonable: adaptación, modificación, medida o ajuste adecuado o apropiado que se debe llevar a cabo para permitirle o facultar a la persona con impedimentos, participar en todos los aspectos, actividades educativas curriculares y extracurriculares, escenarios educativos, recreativos, deportivos y culturales como parte del proceso de aprendizaje formal que permita a la persona con impedimentos participar y desempeñarse en ese ambiente en una forma inclusiva, accesible y comparable.

Admisión Extendida- Sistema para ampliar los procesos de admisión regular de forma tal que se pueda identificar las potencialidades académicas universitarias de la persona con impedimentos para su admisión. El proceso de admisión extendida utilizará como base el Pasaporte de Acomodo Razonable y la solicitud de admisión extendida, el cual podrá estar compuesto por instrumentos tales como el avalúo y entrevistas, entre otros.

Asistencia Técnica- Servicio directo de asesoría y apoyo técnico especializado que se ofrece entidades públicas o privadas como parte de un plan estructurado de cambio de

sistemas en áreas tales como políticas, prácticas y procedimientos para lograr los servicios comparables e inclusivos para las personas con impedimentos.

Asistencia Tecnológica- equipos y servicios para aumentar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de las personas con impedimentos. Ello no incluye dispositivos relacionados con la salud que se implantan quirúrgicamente.

Barreras Arquitectónicas- Obstáculos físicos en edificios públicos o privados, lugares de estudio que impiden que las personas con impedimentos puedan llegar, acceder o moverse por un edificio, lugar, espacio o zona en particular. Ello incluye pero no se limita a:

Barreras Urbanísticas, que se refiere a la estructura y mobiliario urbanos, sitios históricos, museos, reservas naturales y todo espacio libre de dominio público o privado en donde por diferentes motivos se dificulte el movimiento y accesibilidad.

Barreras de transporte. Se refiere a las dificultades que se presentan en el sistema de movilidad mecanizada, pública y privada.

Barreras en la comunicación, las cuales se presentan en medios de transmisión de mensajes televisados, telefónicos, informáticos y de señalización.

Barreras Electrónicas- elementos de la comunicación electrónica que evitan el acceso a los contenidos generados por programación computadorizada para acceder información electrónica o información virtual.

Banco de Datos de Especialistas- Lista de profesionales capacitados y con experiencia el cual puede ser utilizado por los padres o la persona con impedimentos u otros sectores interesados que ofrecen servicios profesionales en procesos de acomodo razonable para personas con impedimentos que está accesible al público por diversos medios, como medios electrónicos o regulares, con el propósito de tomar decisiones informadas sobre los

procesos educativos de la persona con impedimentos en el desarrollo, aplicación e implantación del Pasaporte de Acomodo Razonable.

COMPU- Comité de Programación y Ubicación según definido en la Ley 51 del 7 de junio de 1996, según enmendada.

Colegios Privados- Entidades privadas con y sin fines de lucro que ofrecen servicios educativos conducentes a un cuarto año de escuela superior.

College Board- Entidad o junta examinadora sin fines de lucro que maneja exámenes estandarizados entre los que se incluyen un examen estandarizado para estudiantes que interesan solicitar admisión a las instituciones postsecundarias ~~universidades~~.

Comité Evaluador de Admisión: Grupo de profesionales que trabaja en o para la institución de educación superior compuesto por el consejero profesional u orientador, el Decano de Estudiantes o su representante, un oficial de admisiones, un oficial de servicios al estudiante con impedimentos y/o cualquier otro funcionario en la institución que trabaje directamente con la persona con impedimentos y un representante del departamento al cual interesa ingresar el estudiante. Este Comité es responsable de implantar el proceso de admisión extendida, el cual podrá incluir la utilización de entrevista personal al estudiante, avalúo, talleres, cursos especiales u otros. También analizará y hará las recomendaciones pertinentes en cada caso relacionado al proceso de admisión de la persona con impedimentos y presentará sus recomendaciones a la Oficina de Admisiones de la institución universitaria.

Consejero Profesional- Profesional que posee una licencia otorgada de acuerdo con las disposiciones de la Ley 147 de 9 de agosto de 2002. El uso de dicho título estará restringido a personas con la preparación académica requerida por medio de esta Ley y con experiencia en la aplicación de una combinación de teorías y procedimientos, y en la

prestación de servicios de desarrollo humano y bienestar personal que integren un modelo multicultural del comportamiento humano, que hayan obtenido y tengan en vigencia una licencia expedida por la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales bajo la Ley 147.

Consejo de Educación Superior de Puerto Rico (CESPR)- Consejo de Educación Superior es el organismo responsable de establecer las normas y procesos para el licenciamiento de las instituciones públicas y privadas de Puerto Rico creado mediante la Ley 17 del 16 de junio de 1993, según enmendada y que fuera objeto del Plan de Reorganización Núm. 1 de 26 de julio de 2010 convirtiéndose en el actual Consejo de Educación de Puerto Rico.

Consejo de Educación de Puerto Rico (CEPR)- Cuerpo rector colegiado, que tendrá entre sus propósitos expedir licencias para establecer y operar Instituciones de educación General e Instituciones de Educación Superior, sin menoscabar en forma alguna la diversidad educativa que la educación privada representa, y respetando la filosofía y metodología programática que cada institución en el ejercicio de su libertad académica institucional determina adoptar, tomando en consideración las diferencias en los contextos educativos y programáticos de los distintos niveles de educación pública y privada.

Departamento de Educación- Departamento de Educación Pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico es la entidad gubernamental responsable de impartir educación primaria y secundaria de carácter público en Puerto Rico. El Artículo IV, Sección 6 de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico otorga carácter legal al Departamento bajo el actual orden político constitucional que rige al País.

Equipos de Asistencia Tecnológica- Cualquier objeto, equipo, sistema o producto adquirido comercialmente, adaptado o construido a base de las características particulares de la persona con impedimentos.

Escuela- Facilidad física donde se ofrecen servicios educativos a nivel secundario debidamente acreditados.

Especialista- Profesional que ofrece servicios que están dentro del ámbito y parámetros de sus competencias profesionales, de su nivel de educación, experiencia, licenciatura y formación guiado ello por estrictos parámetros éticos y legales.

Impedimento- Cualquier condición física, mental, emocional o sensorial que limite o interfiera con el desarrollo o con la capacidad de aprendizaje de la persona ello incluye pero no se limita a problemas específicos de aprendizaje, problemas de atención con o sin hiperactividad, retos cognoscitivos, entre otros.

~~**Institución de Educación Superior** Entidad pública o privada que ofrece programas y otorga grados académicos de educación superior según establecido por el Reglamento para el Otorgamiento de Licencias a Instituciones de Educación Superior del CESPR.~~

Institución de Educación Postsecundaria- Entidad pública o privada que ofrece programas técnicos y/o grados académicos según establecido por el Reglamento para el Otorgamiento de Licencias a Instituciones Postsecundarias del Consejo de Educación de Puerto Rico, de conformidad con el Plan de Reorganización Núm. 1 de 26 de julio de 2010.

Orientador- Persona designada por la escuela, colegio o institución educativa secundaria o post-secundaria, a la que pertenece el estudiante con impedimentos, aspirante a educación post-secundaria, para ejercer funciones de orientación académica, profesional o vocacional.

Padre: Padre o la madre natural o adoptivo/a quien no se le haya privado la patria potestad sobre un menor; padre o madre adoptivo o adoptiva de crianza; guardián, o persona actuando en lugar del padre o madre natural o adoptivo con quien vive el menor o persona legalmente responsable del menor que no sea el estado, en caso de que se encuentre bajo la custodia del estado.

Pasaporte Postsecundario de Acomodo Razonable- Documento que certifica que el estudiante con impedimentos cumple con los requisitos académicos necesarios para acceder los servicios educativos post- secundarios. Este pasaporte contará con la descripción de los acomodos razonables que han sido útiles para el estudiante en su ambiente escolar a nivel de escuela superior y que puedan ser documentados como requeridos y necesarios en su implantación para participar tanto en los procesos de admisión o exámenes como en los servicios educativos post- secundarios.

Persona con Impedimentos- Un estudiante ya sea de escuela superior o de la institución postsecundaria ~~universidad~~, según aplique, con un impedimento físico o mental que tiene un historial o récord médico de impedimento físico, mental o sensorial; o que tiene un impedimento físico, mental o sensorial que limita sustancialmente su proceso de aprendizaje y su ejecutoria académica.

Plan de Intervención Escrito (PIE): Plan escrito en donde se especifican los servicios de rehabilitación vocacional que se proveerán a la persona con impedimentos para determinar potencial rehabilitativo y que incluye la asistencia tecnológica. La persona con impedimentos o su padre si aplica y el consejero en rehabilitación, pueden utilizar las Experiencias de Trabajo con Fines Evaluativos (ETFE) o Evaluación Extendida (EE) para determinar el potencial rehabilitativo de la persona con impedimentos. El PIE se revisa

trimestralmente con el propósito de determinar el progreso de la persona con impedimentos en unión al padre, si aplica.

Plan de Transición Individualizado: Plan en el que se recogen, definen y organizan los esfuerzos de avalúo, planificación, implantación y evaluación de los servicios necesarios, que incluyen equipos de asistencia tecnológica, para que la persona con impedimentos y su familia pueda adaptarse, integrarse e incluirse en un nuevo ambiente en diferentes etapas de la vida.

Programa Individualizado Para el Empleo (PIPE): Plan escrito en donde se especifican los servicios de rehabilitación vocacional que se proveerán a la persona con impedimentos elegible para recibirlos autodirigido por la persona con impedimentos, o en su defecto por el padre, madre o tutor legal, a base de sus metas vocacionales, académicas o de empleo. El padre, madre o tutor legal de la persona con impedimentos, o la persona con impedimentos, o un representante de éste cuando sea apropiado o necesario y el o la consejera en rehabilitación vocacional como facilitador o facilitadora en representación de la Administración de Rehabilitación Vocacional, diseñarán y establecerán el PIPE.

Scholastic Aptitude Test o **Scholastic Assessment Test (SAT)** Prueba estandarizada la cual es utilizada como uno de los criterios para determinar el Índice General de Solicitud (IGS) para la admisión en las instituciones postsecundarias ~~universidades~~ de Puerto Rico y los estados desarrollado por el College Board.

Servicios Comparables: Servicios que por su naturaleza le ofrecen las entidades tanto públicas como privadas al público en general.

Servicios de Asistencia Tecnológica: Significan los servicios que ayudan directamente a la persona con impedimentos, padre, madre o tutor legal en la selección,

adquisición o uso de un equipo de Asistencia Tecnológica. A esos efectos, podrá incluir, sin limitarse a:

(1) Evaluación funcional de la persona con impedimentos en su ambiente natural,

(2) Adquisición o alquiler de equipo de asistencia tecnológica;

(3) Selección, diseño, adaptación, personalización del equipo, aplicación, mantenimiento, reparación o reemplazo de equipo de asistencia tecnológica,

(4) Coordinación y uso con otros servicios como terapias, intervenciones o servicios,

(5) Adiestramiento o asistencia para la persona con impedimentos, al padre de la persona con impedimentos u otras personas significativas en el proceso de implantación del plan o programa educativo,

(6) Mantenimiento de los equipos, podría incluir la compra de baterías, entre otras necesidades.

Servicios Auxiliares y Suplementarios: Servicios y asistencia para proveer una educación adecuada, basado en las necesidades de la persona con impedimentos. Puede incluir asistentes personales, intérpretes cualificados, apuntadores, servicios de transcripción, materiales escritos, decodificadores, videotextos, métodos para lograr acceso a materiales, lectores cualificados, libros parlantes, grabaciones, materiales en sistema Braille, materiales en letra agrandada, y cualquier otro método para hacerlos accesibles a personas con cualquier impedimentos o condición que permitan recibir los servicios que se le ofrecen a las personas que no tienen impedimentos .

Transición: Proceso orientado hacia resultados rehabilitativos y habilitativos para facilitar a la persona con impedimentos su adaptación e inclusión a un nuevo ambiente, de educación de escuela superior a la educación postsecundaria. La coordinación de servicios y

actividades, tiene que tomar en cuenta las necesidades y preferencias de las personas con impedimentos y su familia. Cuando ese sea el caso podrá incluir evaluaciones, terapias y asistencia tecnológica, entre otros servicios.

Psicólogo-Significa toda persona que posea un grado de maestría o doctorado en psicología de una universidad, colegio o centro de estudio acreditado de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Núm. 96 del 4 de junio de 1983, según enmendada "Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Profesión de la Psicología en Puerto Rico"

Trabajador Social Escolar- Toda persona que cumple con los requisitos de preparación académica de la profesión y que se dedica a utilizar los recursos sociales a su disposición en beneficio de una persona, familia o comunidad con necesidades específicas para ayudar a resolver sus problemas de salud, educación, pobreza, delincuencia, abandono, desamparo, defectos o enfermedades mentales, inhabilidad física, y deficiencias sociales o ambientales.

Artículo 3.- Propósito

Esta Ley tiene el propósito de establecer un mecanismo que facilite a los estudiantes con impedimentos poder acceder a las instituciones de educación superior de una forma equitativa a sus pares sin impedimentos y responsiva a sus necesidades. Además, le adscribe a las instituciones post- secundarias e instituciones examinadoras, responsabilidades dirigidas a garantizar unos métodos de admisión libres de barreras, para los estudiantes con impedimentos, en términos de procesos de admisión o exámenes. Se pretende además que el Estado implante un sistema de transición coordinado, efectivo y holístico entre el sistema educativo de escuela superior y las instituciones de educación post-secundaria.

Artículo 4.- Proceso o método para acceder el Pasaporte de Acomodo Razonable y Elegibilidad

Toda persona con impedimentos podrá acogerse voluntariamente a los beneficios del Pasaporte de Acomodo Razonable y a un proceso de admisión extendida. Para aquellos estudiantes del Programa de Educación Especial del Departamento de Educación la solicitud deberá ser sometida por la persona con impedimento, o los padres cuando sea necesario, con la asistencia y apoyo del COMPU del estudiante con por lo menos un año antes de tomar el College Board o el SAT. Si es un estudiante con impedimentos bajo el Programa Regular privado, se seguirá el mismo proceso pero el consejero profesional o el orientador, según aplique, ofrecerá la asistencia y apoyo necesario. Ello tiene el propósito de que tanto el SAT como el College Board lleven a cabo los trámites, coordinación, colaboración, comunicación y capacitación de personal necesarios para que se honren las especificaciones de acomodo razonable contempladas en el pasaporte a ser aplicadas en el proceso de toma del examen por la persona con impedimentos.

Artículo 5.- Sistema de Admisión a la Institución de Educación <u>Postsecundaria</u> ~~Superior~~

Los estudiantes deberán cumplir con los requisitos de admisión establecidos por la institución de educación superior a la que interesan ingresar. Cuando la persona con impedimentos es admitido(a) por el proceso regular de todo estudiante, decidirá si someterá para su implantación el Pasaporte <u>Postsecundario</u> de Acomodo Razonable al consejero profesional u orientador de la institución.

Si los resultados del IGS no favorecen la admisión de la persona con impedimentos, la institución universitaria le enviará en forma expedita una invitación al estudiante para que

éste a su vez pueda decidir si se acoge al proceso de admisión extendido ante el Comité Evaluador de Admisión. La institución universitaria implantará por medio de este Comité un sistema para ampliar los procesos de admisión de forma tal que se pueda identificar las potencialidades académicas postsecundarias ~~universitarias~~ de la persona con impedimentos para su admisión. El proceso de admisión extendido ~~extendida~~ utilizará como base el Pasaporte Postsecundario de Acomodo Razonable y la solicitud de admisión extendida, la cual podrá estar compuesta de instrumentos tales como el avalúo, entrevista, talleres y cursos especiales, entre otros. El Comité Evaluador será convocado por conducto del Decano de Estudiantes o su representante en cada institución.

El consejero profesional u orientador de la institución, someterá los documentos al Comité Evaluador de Admisión compuesto por el consejero profesional u orientador, el Decano de Estudiantes o su representante, un oficial de admisiones, un oficial de servicios al estudiante con impedimentos y/o cualquier otro funcionario en la institución que trabaje directamente con la persona con impedimentos y un representante del departamento al cual interesa ingresar el estudiante.

El Comité Evaluador de Admisión analizará y hará las recomendaciones pertinentes en cada caso. La ~~oficina de Admisiones de la~~ institución notificará al estudiante la determinación. Si es admitido, ~~se le convocará a entrevista con el consejero profesional y/o el oficial de servicios al estudiante con impedimentos en la cual~~ se le orientará sobre el proceso de matrícula, los servicios de la Administración de Rehabilitación Vocacional, sus derechos y responsabilidades, y los procesos generales de la implantación del acomodo razonable y de apoyo que se le proveerá ~~a la persona con impedimentos~~. El Comité deberá determinar y recomendar si la persona con impedimentos debe participar de cursos o talleres introductorios

a la vida universitaria que permitan al estudiante de nuevo ingreso y con impedimentos, ajustarse y conocer los diferentes servicios disponibles que facilitarán la transición al nivel postsecundario en igualdad de condiciones. Este curso o taller podrá ser utilizado por la institución como herramienta para el proceso de admisión extendida.

Artículo 6- Responsabilidades y Derechos de los Estudiantes y Responsabilidades y Derechos de los Padres

A) Toda persona con impedimentos tendrá el derecho a acogerse voluntariamente a los beneficios del Pasaporte Postsecundario de Acomodo Razonable y a un proceso de admisión extendida.

B) Los estudiantes acogidos a esta legislación deberán cumplir con los principios legales de esta ley, la reglamentación que se establezca y las normas y procedimientos que adopten las entidades con responsabilidades bajo esta ley.

C) Los estudiantes podrán exigir aquellos derechos que le asisten bajo esta ley y podrán solicitar el Pasaporte Postsecundario de Acomodo Razonable, así como su implantación por las entidades con responsabilidad para así hacerlo cumplir, ya sea para su proceso de aprendizaje como para demostrar su potencial o nivel de conocimiento por medio de un examen, entrevista, pruebas formales, pruebas informales, entre otros métodos.

D) La persona con impedimentos deberá cumplir con los requisitos de admisión de la institución, teniendo en cuenta las necesidades de la persona con impedimentos, establecidos por la institución postsecundaria a la que interesa ingresar, cuyos requisitos deberán armonizar con esta ley.[22]

E) Los padres de la persona con impedimentos serán responsable de atender y tomar acción afirmativa sobre las necesidades de su hijo(a) con impedimentos, de modo que faciliten la consecución, desarrollo e implantación del Pasaporte Postsecundario de Acomodo Razonable. Ello incluirá el uso del Banco de Datos de Especialistas con el propósito de tomar decisiones informadas sobre profesionales que le ofrecerán y ofrecen servicios relacionados con acomodo razonable a su hijo(a) con impedimentos.

F) La persona con impedimentos tendrá el derecho de hacer uso del Banco de Datos de Especialistas con el propósito de tomar decisiones informadas sobre profesionales que le ofrecerán y ofrecen servicios relacionados con acomodo razonable cuando cumpla la mayoría de edad, a tenor con las Leyes de Puerto Rico, siempre y cuando no exista una declaración sobre incapacidad, en cuyo caso sería el Tutor o Encargado el responsable de la implantación del derecho.

G) La persona con impedimentos tiene derecho a que se mantenga la confidencialidad del contenido de su expediente. ~~Los padres y la persona tienen~~ El estudiante o su tutor legal tiene el derecho de examinar estos expedientes y solicitar que cualquier documento que se entienda que vaya en detrimento de su potencial académico o de su persona, sea removido del mismo. El derecho a la confidencialidad de los expedientes estará bajo el poder de las persona con impedimentos cuando cumpla la mayoría de edad, a tono con las leyes de Puerto Rico, siempre y cuando no exista una declaración sobre incapacidad, en cuyo caso sería el tutor o encargado el responsable de solicitar la posesión del expediente.

H) Los padres, tutor o encargado de la persona con impedimentos tienen la responsabilidad bajo esta ley, de velar por los mejores intereses de su hijo(a), tutelado o encargado.

I) Los padres, tutor o encargado y/o la persona con impedimentos tendrán la responsabilidad de presentar la solicitud del Pasaporte Postsecundario de Acomodo Razonable al COMPU o al consejero profesional según aplique, en el tiempo y forma aplicable y según los requisitos establecidos por las entidades que harán uso del mismo.

J) Los padres, Tutores o Encargados y/o la persona con impedimentos según aplique, autorizará al Departamento de Educación o al colegio privado el trámite del Pasaporte Postsecundario de Acomodo Razonable al College Board y/o SAT y a la institución universitaria donde la persona con impedimentos solicitó admisión.

K) La persona con impedimentos y/o sus padres, tutores o encargados solicitarán, de así interesarlo, a la institución universitaria donde el interesado solicitó admisión, el proceso de admisión extendida.

L) Los padres, tutores o encargados y las personas con impedimentos tendrán la responsabilidad de orientarse con relación a los servicios que las agencias y entidades concernidas deben brindar.

M) Los padres, tutores, encargados y las personas con impedimentos tendrán la responsabilidad de aportar y participar en el proceso de desarrollo del Pasaporte Postsecundario de Acomodo Razonable y el plan de transición hacia su implantación.

N) La persona con impedimentos tiene la responsabilidad de cumplir con todos los requisitos universitarios necesarios para el logro del grado académico al cual aspira haciendo uso de los acomodos razonables necesarios.

O) La persona con impedimentos que entienda haber sido objeto de una violación a esta Ley, tendrá derecho a radicar una querella en la Oficina del Procurador para Personas con Impedimentos, la Oficina Federal de Derechos Civiles o la Oficina del Procurador del Ciudadano o presentar una acción Civil en el Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico.

Artículo 7- Responsabilidades del Departamento de Educación, colegios privados, College Board, SAT e Instituciones de Educación Postsecundaria ~~Superior~~

A) Responsabilidades Comunes

1) Tanto el Departamento de Educación, los colegios privados, la Administración de Rehabilitación Vocacional, el College Board, el SAT y las instituciones postsecundarias ~~universidades públicas y privadas~~ trabajarán en equipo para que la persona con impedimentos haga uso y se beneficie del Pasaporte Postsecundario de Acomodo Razonable para el logro de sus metas académicas y universitarias.

2) Implantar acciones administrativas contra aquellos funcionarios que violen los derechos de las personas con impedimentos.

3) Establecer un sistema de control de calidad que garantice prontitud, efectividad y eficiencia en la prestación de los servicios.

4) Orientar a los padres, tutor o encargado de la persona con impedimentos sobre sus derechos, responsabilidades y deberes en relación a las personas con impedimentos y el pasaporte.

5) Mantener un registro confidencial de las personas participantes y los servicios provistos bajo esta Ley.

6) Colaborar para establecer un sistema de capacitación y desarrollo del personal encaminado al cumplimiento de los requisitos de esta Ley.

7) Garantizar la continuidad de los servicios mediante el desarrollo de estrategias de coordinación que faciliten la transición de las personas con impedimentos a través de las distintas etapas de su vida post-secundaria.

8) Divulgar los pormenores de esta Ley a la población en general como método al alcance a los participantes potenciales.

9) Llevar a cabo las acciones necesarias para la eliminación de barreras arquitectónicas y barreras electrónicas que impidan que las personas con impedimentos tengan igualdad de oportunidades académicas.

10) Facilitarle al padre, madre tutor o encargado de la persona con impedimentos, cuando sea apropiado y necesario, el acceso al Banco de datos de Especialistas para que la persona con impedimentos y/o el padre, según aplique, cuando sea apropiado y necesario, puedan llevar a cabo una selección informada.

B) Responsabilidades Específicas

1) Responsabilidades del Departamento de Educación

a- Garantizar que el COMPU o el consejero profesional u Orientador, según aplique, prepare y tramite al College Board y/o SAT el Pasaporte de Acomodo Razonable conforme a los principios establecidos en esta Ley, para su implantación en el proceso previo y en el examen de admisión universitaria para la persona con impedimentos.

b- Asegurarse de que el COMPU, el consejero profesional o el orientador, según aplique, tramite a la institución universitaria donde la persona con impedimentos solicitó admisión, el Pasaporte de Acomodo Razonable para su implantación en el proceso de admisión regular y/o admisión extendida.

c. Ofrecer información, orientación y asistencia técnica al College Board y/o SAT sobre la implantación del Pasaporte de Acomodo Razonable sin que ello menoscabe la confidencialidad y trato no discriminatorio hacia las personas con impedimentos.

d. Ofrecer información, orientación y asistencia técnica a la institución universitaria a la cual solicitó la persona con impedimentos sobre la implantación del Pasaporte de Acomodo Razonable, para el proceso de admisión regular y/o admisión extendida.

e. Desarrollar e implantar en un término de 180 días, a partir de la vigencia de esta ley, un Manual de Procedimientos para su implantación.

2) Responsabilidades de los Colegios/Escuelas Privadas

a- Asegurarse de que el consejero profesional u orientador del colegio, según aplique, prepare, y tramite al College Board y/o SAT el Pasaporte de Acomodo Razonable, conforme a los principios establecidos por esta Ley para su implantación en el proceso previo y en el examen para la persona con impedimentos.

b- Asegurarse de que el consejero profesional u orientador del colegio, según aplique, tramite el Pasaporte Postsecundario de Acomodo Razonable a la institución universitaria donde el estudiante con impedimentos solicitó admisión, para su implantación en el proceso de admisión regular y/o admisión extendida.

c. Ofrecer información, orientación y asistencia técnica al College Board y/o SAT sobre la implantación del Pasaporte Postsecundario de Acomodo Razonable.

d. Ofrecer información, orientación y asistencia técnica a la institución universitaria a la cual solicitó la persona con impedimentos sobre la implantación del Pasaporte Postsecundario de Acomodo Razonable para el proceso de admisión regular y/o admisión extendida.

e. Desarrollar e implantar en un término de 180 días, a partir de la vigencia de esta ley, un Manual de Procedimientos para su implantación.

3) Responsabilidades de la Administración de Rehabilitación Vocacional

a. Llevar a cabo los procesos necesarios para la determinación de elegibilidad de la persona con impedimentos a los servicios de la Administración de Rehabilitación Vocacional con al menos un año de anticipación al día de la graduación de cuarto año de dicho estudiante.

b. Participar y contribuir en el desarrollo del Pasaporte Postsecundario de Acomodo Razonable con el COMPU y/o el consejero profesional y/o orientador, según aplique.

c. Ofrecer los servicios de rehabilitación vocacional en una forma expedita de forma tal que la persona con impedimentos se beneficie de la implantación del Pasaporte Postsecundario de Acomodo Razonable, según se establece el la Ley de Rehabilitación Federal según enmendada.

d. Colaborar y participar en la redacción e implantación del plan de transición a la vida adulta del estudiante con impedimentos en coordinación directa con el COMPU y el sistema educativo público y/o con el consejero profesional o el orientador, según aplique.

e. Colaborar y participar en la redacción e implantación del plan de transición a la vida adulta del estudiante con impedimentos en coordinación directa con el consejero profesional u orientador del colegio privado.

f. Diseñar un Plan de Intervención Escrito (PIE) de acuerdo a las necesidades en especial académicas de la persona con impedimentos, a través de Consejeros en Rehabilitación Vocacional donde se especifiquen los servicios de rehabilitación vocacional que se proveerán a la persona con impedimentos para el desarrollo de su potencial ~~rehabilitativo~~.

g. Diseñar en conjunto con el consumidor un Plan Individualizado para Empleo (PIPE) de acuerdo a las necesidades de la persona con impedimentos, a través de Consejeros en Rehabilitación Vocacional.

h. Proveer los equipos y servicios de asistencia tecnológica necesarios para que la persona con impedimentos pueda lograr sus metas universitarias.

i. Proveer los servicios auxiliares y suplementarios necesarios para que la persona con impedimentos logre sus metas académicas universitarias.

j. Ofrecer asistencia técnica al personal del College Board y/o SAT y las <u>instituciones postsecundarias</u> ~~universidades~~ que trabajan directamente con la persona con impedimentos en la interpretación de los documentos que proveen los estudiantes y sobre las alternativas de sus acomodos razonables.

k. Ofrecer la información necesaria que le solicite la institución universitaria, previa autorización del estudiante con impedimentos, para el proceso de transición y adaptación del estudiante a la vida universitaria.

4) Responsabilidades de entidades que ofrecen exámenes para admisión a las instituciones postsecundarias ~~universidades~~

a. Recibir, analizar, e implantar el Pasaporte Postsecundario de Acomodo Razonable para que las personas con impedimentos puedan participar del examen sin confrontar barreras que limiten que el estudiante pueda demostrar su potencial máximo.

b. Comunicarse y coordinar para aclarar dudas sobre la implantación del Pasaporte de Acomodo Razonable con el COMPU, consejero profesional u orientador, con el consejero en rehabilitación de la Administración de Rehabilitación Vocacional, de ser necesario, así como con los padres, Tutores o Encargados, de así ser autorizado por la persona con impedimentos.

El College Board y/o el SAT podrán solicitar más información, recibir orientación y/o asistencia técnica para la implantación del Pasaporte Postsecundario de Acomodo Razonable en la toma del examen por la persona con impedimentos.

c. Facilitar y/o ofrecer capacitación básica y específica, de ser necesario, al personal del College Board o SAT y a personas que colaboran en facilitar el examen, sobre el Pasaporte de Acomodo Razonable para la persona con impedimentos.

d. Facilitar y/o ofrecer el acomodo razonable contemplado en el Pasaporte Postsecundario de Acomodo Razonable a la persona con impedimentos en la ejecutoria de su examen.

e. Divulgar los servicios que le ofrecen a las personas con impedimentos a base del Pasaporte Postsecundario de Acomodo Razonable.

f. La persona con impedimento podrá usar equipos de asistencia tecnológica, para tomar el examen.

g. La entidad no identificará de forma alguna, o transmitirá a ninguna entidad educativa, que los resultados del examen provienen de una persona con impedimento.

h. Desarrollar e implantar en un término de 180 días, a partir de la vigencia de esta ley, un Manual de Procedimientos para su implantación.

5) Responsabilidades de las Instituciones de Educación Postsecundario ~~Superior~~

a. Revisar y modificar de ser necesario, sus requisitos de admisión a los fines de asegurar la máxima equidad y trato no discriminatorio en los procesos de acceder las ofertas académicas.

b. Desarrollar e implantar un proceso de admisión extendida para las personas con impedimentos que así lo soliciten.

c. Constituir en cada institución o recinto de su correspondiente sistema universitario, un Comité Evaluador de Admisión que será responsable de implantar el proceso de admisión extendida, el cual podrá incluir la utilización de entrevista personal al estudiante, avalúo, talleres, cursos especiales u otros.

d. Proveer servicios comparables a las personas con impedimentos, a base de los servicios que se le ofrecen a los estudiantes que no tienen impedimentos, de modo que se evite el discrimen contra los primeros. Ello incluye pero no se limita, a equipos de asistencia tecnológica para acceder los servicios bibliotecarios, acceder la página electrónica de la institución, facilidades físicas libres de barreras arquitectónicas, entre otros.

e) Evaluar el pasaporte postsecundario de acomodo razonable de cada persona con impedimentos para su proceso de implantación.

f) Organizar y diseñar un plan de intervención y manejo a tono con las áreas de necesidad previamente identificadas.

g) Crear un programa holístico en verano dirigido a adiestrar a los estudiantes con impedimentos a "aprender a aprender" que permita además, explorar su potencial de aprendizaje como alternativa evaluativa.

i) Proveer adiestramiento a los maestros que trabajan con estudiantes con impedimentos.

j) Realizar los referidos internos y/o externos a tono con la necesidad individual del estudiante.

k) Ofrecer recomendaciones y un programa organizado de capacitación para educar a los miembros de la facultad y al personal que le ofrece servicios a la persona con impedimentos, sobre los acomodos razonables para los estudiantes con impedimentos lo cual incluye, pero no se limita a, miembros de la facultad y/o personal de las oficinas de servicios.

l) Fomentar el desarrollo y fortalecimiento de grupos de apoyo para personas con impedimentos.

m) Desarrollar e implantar en un término de 180 días, a partir de la vigencia de esta ley, un Manual de Procedimientos para su implantación.

6) Responsabilidades del <u>Consejo de Educación de Puerto Rico</u> ~~Consejo de Educación Superior~~

a. Establecer un Reglamento aplicable a las instituciones de educación superior para la implantación de esta Ley, el cual será sometido a un proceso de vistas públicas, y

que deberá estar aprobado en los primeros ciento ochenta (180) días, a partir de la vigencia de esta Ley.

b. Coordinar y establecer un acuerdo de colaboración con la Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos (OPPI) con el propósito de que OPPI le envíe información sobre querellas y sus resultados bajo esta ley, u otras querellas relacionadas con el acomodo razonable para personas con impedimentos aplicables a las responsabilidades de las instituciones de educación superior. La información será utilizada por el Consejo en los procesos evaluativos de la institución evaluada. El acuerdo de colaboración entre OPPI y el Consejo podrá incluir visitas de evaluación conjunta a la institución de educación superior que está siendo evaluada.

c) Coordinar y establecer un acuerdo de colaboración con el Programa de Asistencia Tecnológica de Puerto Rico con el fin de evaluar en conjunto aspectos de accesibilidad tecnológica para las personas con impedimentos.

d) Identificar problemas o barreras que confrontan las personas con impedimentos en las instituciones de educación postsecundaria ~~superior públicas y privadas~~ en Puerto Rico las cuales serán presentadas mediante un informe anual ante la Asamblea Legislativa de modo que se tome acción afirmativa sobre las mismas.

e) Desarrollar e implantar en un término de 270 ~~180~~ días, a partir de la vigencia de esta ley, un Manual de Procedimientos para su implantación.

7) Responsabilidades de la Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos

a) Monitorear la implantación de esta ley y presentar acciones correctivas para atender sus violaciones.

b) Atender y resolver toda querella relacionada con la implantación de esta ley, sometida por personas con impedimentos, sus padres, Encargados o Tutores.

b) Someter un informe al CESPR sobre las querellas y los resultados de las querellas contra las escuelas públicas, privadas, colegios, College Boardy/o SAT e instituciones de educación superior relacionadas con el desarrollo e implantación del Pasaporte de Acomodo Razonable y/o procesos de admisión extendida según aplique. Este informe será sometido no más tarde del 1 de julio de cada año.

c) Colaborar con el Consejo de Educación de Puerto Rico ~~Consejo de Educación Superior~~ en la implantación de esta ley.

d) Desarrollar un Banco de Datos de Especialistas que estará disponible a través de su página electrónica y en otros modos alternos.

e) Compilar información sobre los resultados de la implantación de esta ley para remitir al Gobernador y a la Asar egislativa un informe de resultados dentro de 120 días a partir de la vigencia tres años la ley.

Artículo 7. - Implantación e Infor de Resultados

La implantación de esta Ley se realizará en forma escalonada durante un período de tres (3) años. Al cabo del primer año se identificarán las necesidades y se diseñará un plan estratégico para atender las mismas. Durante el segundo año se implantará el plan y en su tercer año se evaluará el mismo y se modificará de ser necesario. Al cabo de los tres años contados a partir de la aprobación de la ley, culminará el proceso de implantación y quedarán en pleno vigor todas las disposiciones de la misma.

Al culminar el primer periodo de tres años de su implantación la Oficina del Procurador de Personas con Impedimentos remitirá al Gobernador y a la Asamblea

Legislativa un informe de resultados. El mismo deberá ser remitido dentro de 120 días a partir de la vigencia de los primeros tres años de esta ley.

Artículo 8. - Resolución de Disputas

De conformidad con las facultades establecidas en la Ley, que crea la Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos, Ley Núm. 2 de 27 de septiembre de 1985, el Procurador de las Personas con Impedimentos será la entidad primariamente responsable por la resolución de las querellas presentadas por el incumplimiento de cualesquiera de las disposiciones incluidas en esta ley, sin menoscabo de los procesos establecidos en cada entidad u agencia según aplique. La Oficina Federal de Derechos Civiles, adscrita al Departamento de Justicia Federal y la Oficina del Procurador del Ciudadano de Puerto Rico, podrán asumir jurisdicción concurrentemente, de así determinarlo, de conformidad con sus leyes orgánicas. Para el Departamento de Educación, será aplicable el procedimiento administrativo de querellas, la Unidad Secretarial del Procedimiento de Querellas y Remedio Provisional y la Oficina de Inspección de Quejas.

Artículo 9. - Disposiciones Transitorias

Todas las normas y reglamentos que gobiernan el funcionamiento y la operación de los programas y servicios afectados por esta Ley continuarán en vigor hasta tanto sean enmendados o sustituidos en un término no mayor de ciento veinte (120) días. Los jefes de agencias quedan facultados para tomar las medidas transitorias necesarias para la implantación de esta Ley dentro del término establecido de ciento veinte (120) días.

Artículo 10. - Penalidades

Toda agencia con responsabilidades específicas, de acuerdo a esta ley, deberá cumplir con cada una de sus obligaciones. Aquella agencia o entidad pública o privada que incumpla con lo anterior, estará sujeta a las sanciones que procedan conforme a las disposiciones de esta Ley, las disposiciones establecidas en IDEA, la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Justicia Federal y la Oficina del Procurador(a) del Ciudadano, la Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos y el sistema administrativo de querellas de cada agencia, según intervengan y apliquen.

El ejercicio de las acciones autorizadas por ésta es independiente de cualquier otra acción civil o criminal, derecho o remedio que disponga la legislación vigente y ninguna de las disposiciones de ésta limitará o impedirá el ejercicio de tales acciones, derechos o remedios.

Artículo 11. - Cláusula de Separabilidad

Si alguna disposición de esta Ley fuere declarada nula o inconstitucional, por cualquier razón de ley, el remanente del estatuto retendrá plena vigencia y eficacia.

Artículo 12. - Vigencia

Esta Ley entrará en vigor 90 días después de su aprobación.

RECIBIDO
SENADO DE PUERTO RICO
SECRETARIA
2012 MAY 22 AM 11:35

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta Asamblea Legislativa

7ma Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

ORIGINAL

22 de Mayo de 2012

Informe Positivo sobre el P. de la C. 926

AL SENADO DE PUERTO RICO:

Vuestras Comisión de Gobierno del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, tiene el honor de recomendar a este Alto Cuerpo la aprobación del Proyecto de la Cámara número 926.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El Proyecto de la Cámara número 926 tiene el propósito prohibir a funcionarios del Gobierno Estatal, sus corporaciones e instrumentalidades, gobiernos municipales, alcaldes, jueces y funcionarios de la Rama Judicial; y a los miembros de la Rama Legislativa Estatal y Municipal, participar en viajes auspiciados por el Comité Olímpico de Puerto Rico en calidad de invitados y con gastos pagos por parte del mismo o de cualquier otra entidad; disponer penalidades y para otros fines relacionados.

Según se desprende de la Exposición de Motivos de la presente medida, el Comité Olímpico de Puerto Rico (COPUR) sufraga sus gastos de operación mediante fondos públicos y privados. Los fondos privados provienen de distintas fuentes y auspiciadores corporativos, los cuales están sujetos a intervención de clase alguna por parte del Gobierno de Puerto Rico.

Por su parte, los fondos públicos recibidos por el Comité Olímpico de Puerto Rico provienen de Donativos Legislativos, donativos de las agencias y corporaciones públicas, así como por donativos municipales. Estos fondos están sujetos a la intervención de la Oficina del Contralor de Puerto Rico, velando por el mejor uso de los mismos.

Por uso y costumbre el Comité Olímpico ha incluido como parte de las delegaciones que salen a representar a Puerto Rico, a funcionarios del Gobierno Estatal y Municipal, así como a miembros de la Asamblea Legislativa y las Legislaturas Municipales, esto con el fin de que se pueda conocer y evaluar el resultado de la labor del Comité Olímpico de Puerto Rico.

Los gastos por concepto de viajes de funcionario y legisladores se pagan con fondos privados del Comité Olímpico y dentro de un marco de legalidad. Sin embargo, se puede levantar cualquier duda sobre la necesidad y la conveniencia de la inclusión de estas personas en las delegaciones del Comité Olímpico. Dicha inclusión se puede prestar a argumentaciones sobre posibles influencias en cuanto a la otorgación de donativos legislativos o municipales.

ANALISIS DE LA MEDIDA

Atendiendo su responsabilidad y deber ministerial en el estudio y evaluación de toda pieza legislativa, esta Honorable Comisión tuvo ante su consideración y análisis el memorial explicativo presentado por el **Departamento de Hacienda, la Oficina de Gerencia y Presupuesto, La Oficina del Contralor de Puerto Rico, la Asociación de Alcaldes de Puerto Rico y el Comité Olímpico de Puerto Rico.**

El **Departamento de Hacienda** en su memorial explicativo expone que luego de evaluar el alcance y propósito de la medida en cuestión, ésta no contiene disposiciones relacionadas a un posible aumento o disminución de los recaudos al Fondo General, a la Ley Núm. 230 de 23 de julio de 1974, según enmendad, conocida como "Ley de Contabilidad de Gobierno", a la Ley Núm. 1 de 31 de enero de 2011, conocida como "Código de Rentas Internas para un Nuevo Puerto Rico", así como cualquier otra área de competencia para su Departamento.

La **Oficina de Gerencia y Presupuesto** en su memorial explicativo nos informa que conforme a lo establecido mediante la Ley Núm. 103 de 25 de mayo de 2006, mejor conocida como "Ley para la Reforma Fiscal del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico", el Proyecto de la Cámara Número 926 no conlleva impacto fiscal.

La **Oficina del Contralor de Puerto Rico** expresa que mediante la aprobación de esta legislación se pretende establecer una prohibición a los funcionarios de las tres (3) ramas del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de participar en viajes auspiciados por el Comité Olímpico de Puerto Rico u otras entidades privadas que sean sufragados con fondos públicos. Además tipifica como un delito grave de cuarto grado la violación a esta disposición.

Entienden necesario señalar que esta medida no será de aplicación a los funcionarios o empleados públicos que reciban ayuda económica por practicar una disciplina deportiva a nivel competitivo y sean miembros bonafide de una federación deportiva adscrita al COPUR.

La Oficina del Contralor, luego de evaluar esta medida, considera que su propósito es loable, ya que busca evitar conflictos de intereses y otras irregularidades en

el otorgamiento de donativos de fondos públicos al COPUR o a otras entidades privadas. Sin embargo, entienden que se debe reconsiderar el establecer la violación de esta prohibición como delito grave de cuarto grado, según dispone el Artículo 4 de la medida. El Código Penal de Puerto Rico por su parte indica en su Artículo 47 que las penas a imponerse por la violación de sus artículos, deben ser un castigo justo en proporción a la gravedad del delito y a su responsabilidad, mientras que el Artículo 68 establece las penas aplicables a los delitos graves de cuarto grado. Consideran que la conducta a ser sancionada por esta medida configura violaciones fiscales y administrativas para las cuales las penas establecidas por el Código Penal para los delitos graves de cuarto grado no son adecuadas.

Sugieren se enmiende el Artículo 4 para que el incumplimiento con la prohibición sea sancionado administrativamente e incluya la imposición de la restitución de los fondos utilizados para costear los viajes.

La **Asociación de Alcaldes de Puerto Rico** expone en su ponencia que según se desprende de la Exposición de Motivos de la medida en cuestión se implica que puede existir un conflicto de interés cuando el Comité Olímpico sufraga los gastos con fondos privados para la representación en delegaciones de miembros de la Legislatura Estatal y las Municipales conjuntamente con funcionarios del Gobierno Estatal y Municipales.

Exponen a su vez, que este proyecto de ley pretende legislar la conducta ética y moral de los funcionarios públicos que de alguna manera están relacionados con asignaciones o donativos al Comité Olímpico. No reconoce el hecho de que las asignaciones o donativos pasan por un proceso que conlleva, entre otros, lograr que se aprueben los mismos en los distintos niveles de gobierno, sea Estatal, Municipal o Legislativo. Entienden que no es propio de inferir que la inclusión de personas del sector público en la delegación del Comité Olímpico de Puerto Rico influye a todos por igual al momento de decidir la asignación u otorgación de un donativo.

Por tales razones, la Asociación de Alcaldes de Puerto Rico no recomienda la aprobación del Proyecto de la Cámara 926.

El **Comité Olímpico de Puerto Rico** endosa la medida y está completamente de acuerdo con el concepto expresado en la misma.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

A tenor con el Artículo 3 de la Ley Núm. 321 de 6 de noviembre de 1999, conocida como "Ley de Impacto Fiscal Municipal", esta Comisión suscribiente ha determinado que esta medida no tiene impacto fiscal significativo sobre las finanzas de los gobiernos municipales.

IMPACTO FISCAL ESTATAL

A tenor con el Artículo 8 de la Ley Número 103 del 25 de mayo de 2006, conocida como "Ley para la Reforma Fiscal del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de 2006", de que no se aprobará ninguna Ley o Resolución que requiera la erogación de fondos públicos sin antes mediar certificaciones bajo juramento del Director de la Oficina de Gerencia y Presupuesto y del Secretario de Hacienda, ambas por separado, sobre la disponibilidad de fondos recurrentes o no recurrentes, para financiar las mismas, identificando su fuente de procedencia; y que de existir un impacto fiscal, el informe legislativo deberá contener recomendaciones que subsane el efecto negativo que resulte de la aprobación de la medida, como también deberán identificarse los recursos a ser utilizados por la entidad afectada para atender tales obligaciones; la Comisión suscribiente ha determinado que esta medida **no tiene impacto fiscal** sobre las arcas del Gobierno Central.

CONCLUSIÓN

Es el interés de esta Asamblea Legislativa el salvaguardar la integridad de los funcionarios y legisladores y evitar dudas en cuanto al desempeño de sus funciones. La intención legislativa de la presente medida no es interferir con la autonomía fiscal del Comité Olímpico, sino velar por evitar toda apariencia de conducta impropia de cualquier funcionario público.

A tenor con lo anterior, la Comisión de Gobierno del Senado de Puerto Rico previo estudio y consideración, tiene el honor de recomendar a este Alto Cuerpo la aprobación del Proyecto de la Cámara Número 926.

Respetuosamente sometido,

Carmelo Ríos Santiago
Presidente
Comisión de Gobierno

ENTIRILLADO ELECTRONICO
(TEXTO DE APROBACION FINAL POR LA CAMARA)
(14 DE OCTUBRE DE 2010)

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

16ta. Asamblea Legislativa

1ra. Sesión Ordinaria

CAMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 926

27 DE ENERO DE 2009

Presentado por el representante *Cintrón Rodríguez*

Referido a las Comisiones de Gobierno; y de Asuntos Municipales

LEY

Para prohibir a funcionarios del Gobierno Estatal, sus corporaciones e instrumentalidades, gobiernos municipales, alcaldes, jueces y funcionarios de la Rama Judicial; y a los miembros de la Rama Legislativa Estatal y Municipal, participar en viajes auspiciados por el Comité Olímpico de Puerto Rico en calidad de invitados y con gastos pagos por parte del mismo o de cualquier otra entidad; disponer penalidades y para otros fines relacionados.

EXPOSICION DE MOTIVOS

La abreviatura oficial del Comité Olímpico de Puerto Rico es COPUR y la abreviatura internacional de Puerto Rico para fines deportivos es PUR. Su fecha de fundación es el 17 de septiembre de 1947, ya que en esa fecha el Sr. Julio E. Monagas, que presidía la Administración de Parques y Recreos de Puerto Rico, escribió al Presidente J. Sigfrid Edstrom del Comité Internacional Olímpico (CIO) solicitando el reconocimiento del Comité Olímpico de Puerto Rico. En la Sesión 42 del CIO, celebrada en San Moritz, Francia, en enero de 1948, el CIO otorgó el reconocimiento al Comité Olímpico de Puerto Rico mediante carta dirigida al Sr. Julio Enrique Monagas de fecha 14 de enero de 1948.

Para sufragar sus gastos de operación el Comité Olímpico de Puerto Rico se nutre de fondos públicos y de fondos privados. En el caso de fondos privados estos provienen de distintas fuentes y auspiciadores corporativos. Estos fondos privados no están sujetos a intervención de clase alguna por parte del Gobierno de Puerto Rico.

Por su parte, los fondos públicos que recibe el Comité Olímpico de Puerto Rico, provienen de Donativos Legislativos, donativos de las agencias y corporaciones públicas, así como por donativos de los municipios. En virtud del mandato constitucional estos fondos están sujetos a la intervención de la Oficina del Contralor de Puerto Rico para verificar el mejor uso de los mismos.

Durante mucho tiempo, por uso y costumbre, el Comité Olímpico ha incluido como parte de las delegaciones que salen a representar a Puerto Rico, a funcionarios del Gobierno Estatal y Municipal, así como a miembros de la Asamblea Legislativa y las legislaturas municipales. De acuerdo al Comité Olímpico estas personas son invitadas para que puedan verificar el resultado de la labor del Comité Olímpico de Puerto Rico.

Es menester aclarar que los gastos por concepto de los viajes de los funcionarios y legisladores se pagan con fondos privados del Comité Olímpico y dentro de un marco de legalidad. No obstante, ante la opinión pública se levanta la duda en cuanto a la necesidad y conveniencia de la inclusión de estas personas en las delegaciones del Comité Olímpico de Puerto Rico.

Los más perpicases pueden argumentar que la inclusión de funcionarios y legisladores en delegaciones del Comité Olímpico puede contribuir a influenciar el ánimo de estos funcionarios al momento de decidir la otorgación de un donativo legislativo. Es nuestra responsabilidad salvaguardar la integridad de nuestros funcionarios y legisladores para que no se levanten dudas en cuanto al desempeño de sus funciones.

Esta Asamblea Legislativa no tiene facultad para interferir con la autonomía fiscal del Comité Olímpico de Puerto Rico y esa no es la intención de esta ley. No obstante, sí tenemos facultad para reglamentar el comportamiento de los funcionarios del gobierno estatal, corporaciones públicas e instrumentalidades, los municipios, los miembros de la Asamblea Legislativa de Puerto Rico, la Rama Judicial y de las Legislaturas Municipales.

De conformidad a la facultad que nos compete, por medio de esta Ley se le prohíbe a todo funcionario del Gobierno de Puerto Rico, sus corporaciones públicas, jueces, sus instrumentalidades, los municipios, sus legisladores municipales y los miembros de la Asamblea Legislativa, viajar como parte de una delegación olímpica con gastos pagos por el Comité Olímpico de Puerto Rico o por cualquier otra entidad.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.-Se prohíbe a todo funcionario del Gobierno de Puerto Rico, sus corporaciones e instrumentalidades, alcaldes, funcionarios y legisladores municipales, jueces y funcionarios de la Rama Judicial; y a los miembros de la Asamblea Legislativa de Puerto Rico, viajar como parte de una delegación olímpica con gastos pagados por el Comité Olímpico de Puerto Rico o cualquier otra entidad que reciba fondos públicos.

Artículo 2.-Esta Ley no será de aplicación a los funcionarios o empleados públicos que reciban ayuda económica por practicar una disciplina deportiva a nivel competitivo y sean miembros bonafide de una federación deportiva adscrita al Comité Olímpico de Puerto Rico. Esta Ley tampoco impedirá que los funcionarios públicos mencionados en su Artículo 1 puedan participar en actividades del Comité Olímpico siempre que sufraguen sus participaciones con fondos privados.

Artículo 3.-La prohibición contenida en esta Ley se extenderá hasta cuatro (4) años después de que el funcionario o legislador estatal o municipal haya cesado en su cargo.

Artículo 4.-Toda persona natural o jurídica que incumpla las disposiciones de esta Ley cometerá delito grave de cuarto grado.

Artículo 5.-Esta Ley entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.

ORIGINAL

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta Asamblea Legislativa

7 ma Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

26 de marzo de 2012

Informe Positivo sobre el P. de la C. 1353

Al Senado de Puerto Rico:

SENADO DE P.R.
SECRETARIA
RECIBIDO
2012 MAR 26 PM 5:06

Vuestra Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, recomienda la aprobación del P. de la C. 1353 con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El P. de la C. 1353 pretende enmendar los Artículos (3) y (5) de la Ley Núm. 84 de 2 de julio de 1987, según enmendada, que crea en el Departamento de Salud el Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Hereditarias y el Consejo de Enfermedades Hereditarias de Puerto Rico, a los fines de aumentar la cantidad de condiciones hereditarias en que se exigirá realizar pruebas de laboratorios o médicas con el propósito de detectar y diagnosticar la presencia de cualquier condición o enfermedad hereditaria.

De la Exposición de Motivos de la medida se desprende que el Consejo de Enfermedades Hereditarias de Puerto Rico ha identificado como necesario que en Puerto Rico se lleven a cabo pruebas de cernimiento neonatales para cuatro condiciones genéticas que son: Fenilcetonuria, Hipotiroidismo Congénito, Hemoglobinopatías y Galactosemia, las cuales están contenidas en la Ley Núm. 84 de 2 de julio de 1987, la cual crea el Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Hereditarias y el Consejo de Enfermedades Hereditarias de Puerto Rico. Sin embargo, hoy día, muchos profesionales y grupos de expertos plantean la existencia de otras deficiencias congénitas, las cuales pueden detectarse mediante pruebas de cernimiento neonatal para evitar en el futuro las consecuencias y sufrimientos que estas enfermedades provocan.

El Colegio Americano de Genética Médica, ACMG, por sus siglas en inglés, considera que un cernimiento neonatal más amplio podría favorecer el tratamiento temprano de condiciones

severas y así prevenir complicaciones serias, tales como retraso mental, epilepsia y hasta la muerte. La oportunidad de comenzar un tratamiento a tiempo puede servir para prevenir una enfermedad o evitar que esa condición pueda agravarse. El ampliar la variedad de pruebas de cernimiento neonatal nos ayudaría a reducir la tasa de mortalidad, mejorar la salud y la calidad de vida de los infantes y niños afectados por enfermedades metabólicas genéticas en nuestra Isla y el resultado a largo plazo será unos jóvenes saludables gracias al descubrimiento temprano de cualquier condición congénita.

El Colegio Americano de Genética Médica recomienda la práctica de unas veintinueve (29) pruebas de cernimiento neonatal. Lamentablemente, en muchos casos, ambos padres son portadores silentes de estas enfermedades y de las cuales, en la mayoría de los casos, no existe historial previo entre los familiares, pues el azar genético es el que las desata. En la mayoría de los estados de los Estados Unidos se realizan unas veinte (20) pruebas de cernimiento neonatal e inclusive, en catorce de ellos se realizan las veintinueve (29) pruebas de cernimiento recomendadas por el Colegio Americano de Genética Médica.

En Puerto Rico nace un promedio de veinte (20) niños al año con alguna de estas veintinueve (29) condiciones, el costo del tratamiento es de quinientos mil (500,000) dólares, promedio por niño al año, lo que equivale a diez (10) millones de dólares. Este gasto puede ser reducido si logramos la detección temprana de estas enfermedades cuyo costo no se traduce solamente en dinero, sino en el tiempo y dedicación especial que requiere un paciente con alguna de estas enfermedades.

El costo de realizar las pruebas de cernimiento es de aproximadamente cuarenta (40) dólares por niño, que multiplicado por cincuenta mil (50,000) niños que nacen anualmente en Puerto Rico, esto equivale a dos (2) millones de dólares anuales, versus los diez (10) millones en tratamiento. Por cada prueba de cernimiento neonatal que se realiza, se ahorran cinco (5) dólares en tratamiento.

Esta Asamblea Legislativa tiene el compromiso de garantizar a la niñez puertorriqueña el menor grado de dificultad en su desarrollo físico y emocional, y propiciar en la familia un andamiaje seguro de cómo enfrentar los problemas de salud.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Para el análisis de la medida, vuestra Comisión de Salud solicitó ponencias al Departamento de Salud, Oficina de Gerencia y Presupuesto, Recinto de Ciencias Médicas, No

presentó ponencia el Departamento de Salud. No obstante, el Senado de Puerto Rico había atendido anteriormente el P. del S. 608, que se encuentra en el proceso legislativo de la Cámara de Representantes. El Proyecto es similar al aquí atendido, en aquella ocasión compareció el Departamento de Salud. Incluimos aquí el análisis realizado a dicho Proyecto en adición al análisis y estudio adicional que realizó la Comisión:

El Departamento de Salud, indica que el Consejo de Enfermedades Hereditarias de Puerto Rico, es la entidad llamada por Ley a establecer cuales serán las pruebas neonatales compulsorias a realizarse, no esta constituido desde el año 1992. En su opinión una vez el Gobernador nombre sus integrantes y el Consejo se establezca formalmente debe modificar su reglamento vigente y establecer las nuevas pruebas que serían compulsorias.

Mencionan que actualmente en Puerto Rico se realizan de forma rutinaria pruebas de cernimiento neonatal para las siguientes condiciones: Hipotiroidismo Congénito, Fenilcetonuria, Galactosemia, Anemia Falciforme (S/S) S/Beta Talasemia y la combinación de S con C, Hiperplasia Adrenal Congénita.

El Departamento refiere que recientemente se ha desarrollado una nueva tecnología que permite aumentar el número de condiciones hereditarias para las cuales se puede realizar cernimiento neonatal a nivel poblacional. Esta tecnología ya fue adquirida, instalada y calibrada en las facilidades con las que cuenta el Programa de Enfermedades Hereditarias. El programa no solamente cuenta con el instrumento de medición, sino que también tiene un personal debidamente adiestrado para poder llevar a cabo las muestras utilizando esta tecnología.

Por último, el Departamento de Salud comenta que ya existe el mecanismo para pagar por las pruebas pues se le está cobrando a los hospitales por las mismas y se estima que $40 dólares por bebé es suficiente para cubrir el costo de las 29 pruebas.

La **Asociación de Dueños de Laboratorios**, expresan que les parece importante el que se aumente la cantidad de pruebas de cernimiento que se le realizan a los neonatos para conocer a más temprana edad las posibles condiciones de salud de estos infantes. Mientras mayor sea la información que se conozca de los infantes mejor para la determinación y tratamiento de condiciones de salud que son heredadas.

La Asociación entiende que al añadirle las pruebas que pretende el proyecto de ley el costo aumentaría de $40 dólares que actualmente cuestan sobre los $300, el cual sería oneroso para las familias pagar por estas, y muy oneroso para el Estado cubrir los costos.

De igual forma, entienden que es de suma importancia el detectar condiciones hereditarias al momento que el neonato nace y mencionaron en su ponencia, que entre mas condiciones de puedan detectar mejor.

El **Recinto de Ciencias Médicas,** señala que la Metodología de Espectrometría de Masa es una tecnología que provee información sobre los niveles sanguíneos de una extensa lista de sustancia químicas de las cuales basado en la incidencia de las condiciones entre otros factores, el Colegio Americano de Genética Médica (ACMG, por sus siglas en inglés) las dividió en un panel principal como las recomendadas dentro de las 29 pruebas sugeridas y otras secundarias como opcionales. Sin embargo, para muchas de las condiciones los compuestos químicos son los mismos que se usan para cernir enfermedades en ambos grupos. **En adición, en Puerto Rico se diagnosticó en el 2009 un caso de una de las condiciones que no están entre las 29 recomendadas dentro del panel principal por medio de nuestro proyecto piloto de Cernimiento Neonatal utilizando esta tecnología. De manera que enfocarse en solo 29 pruebas es limitante y no provee para identificar casos de otras condiciones que existen en nuestra población. En adición continuamente en varios países se están añadiendo pruebas adicionales que envuelven otras tecnologías a la de espectrometría de masa.** Actualmente están prontas a añadirse en varios países pruebas para enfermedades metabólicas de almacenamiento al igual que otras como la basada en DNA para detectar enfermedades de inmunodeficiencia severa combinada (SCID, por sus siglas en inglés). La Ley 84 en el artículo 3 sección e y j, ya proveen para que se añadan pruebas para "otras enfermedades metabólicas hereditarias", de manera que para estos efectos no es necesario enmendar la misma a una ley que limite las pruebas a 29 enfocándonos sólo en una tecnología.

De igual forma nos parece que la descripción y división de las condiciones en el documento actual del proyecto P. de la C. 1353 no es uniforme ni adecuada para varias de las mismas. En adición, la gran mayoría de estas enfermedades son "Enfermedades Metabólicas Hereditarias" según ya dispone la Ley 84. En el caso de cernimiento neonatal para defectos auditivos ya existe la Ley 311 (P. del S. 2404) aprobada en diciembre del 2003 y el reglamento 114 por el Secretario de Salud aprobado en el 2004. Por esto entendemos que el P. de la C. 1353 según redactado es redundante (artículo 1, sección aa) y sino limitante. Debido a lo eso proponen enmiendas. Varias de dichas enmiendas fueron incorporadas en el entirillado electrónico, por lo que entendemos se atienden sus preocupaciones.

IMPACTO FISCAL ESTATAL

Conforme al análisis realizado, la Comisión suscribiente concluye que esta medida no tiene impacto fiscal ni habrá impacto alguno sobre los presupuestos de las agencias, departamentos, organismos, instrumentalidades o corporaciones públicas.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

En cumplimiento con la Sección 32.5 del Reglamento del Senado de Puerto Rico, esta Comisión evaluó la presente medida y entiende que la aprobación de la misma, no tendrá impacto fiscal negativo sobre los gobiernos municipales.

CONCLUSIÓN

Después de haber analizado las ponencias y una evaluación exhaustiva de la Comisión sobre la medida en consideración, se entiende necesario ordenar mediante legislación realizar las pruebas de cernimiento incluidas en el artículo 3 de la medida en consideración. Entendemos que aunque actualmente se realizan dichas pruebas, es necesario hacer el mandato ya que mientras no estuvo constituido el Comité de Enfermedades Hereditarias, quienes son los responsables junto al Secretario de Salud de establecer qué pruebas deben realizarse a los neonatos en Puerto Rico, no se añadieron nuevas pruebas. Esta Asamblea Legislativa, velando por la salud de todos los puertorriqueños estima no es prudente no se realicen las pruebas en vista de que es bien probado los beneficios que esta pueden proveer. También entiende necesario enmendar las definiciones para que las mismas se amplíen e incluyan nuevos tipos de pruebas y sean lo suficientemente amplias, sin ser vagas. De esta manera garantizamos que se realizan pruebas de cernimiento que puedan diagnosticarse con los adelantos tecnológicos sin necesidad de enmendar la ley. Esto da al Comité de Enfermedades Hereditarias la agilidad requerida en los asuntos de salud de nuestros niños.

El Departamento de Salud asegura que ya compraron los equipos necesarios para la realización de estas pruebas y el personal está debidamente adiestrado para la utilización del mismo. Por otra parte, el incluir todas estas pruebas no conllevaría un gasto adicional para el Gobierno de Puerto Rico ya que dentro del costo actual de $40 dólares se pueden incluir estas pruebas adicionales.

La Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico luego de su análisis y estudio, tiene el honor de recomendar a este Alto Cuerpo Legislativo la aprobación del P. de la C. 1353, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

Respetuosamente sometido,

Ángel Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

(Entirillado Electronico)
(TEXTO DE APROBACION FINAL POR LA CAMARA)
(13 DE JUNIO DE 2011)

~~ESTADO LIBRE ASOCIADO~~ GOBIERNO DE PUERTO RICO

16ta. Asamblea Legislativa — 1ra. Sesión Ordinaria

CAMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 1353

16 DE MARZO DE 2009

Presentado por la representante *González Colón*
y suscrito por la representante *Nolasco Ortiz*

Referido a la Comisión de Salud

LEY

Para enmendar los Artículos 3 y 5 de la Ley Núm. 84 de 2 de julio de 1987, según enmendada, que crea el Consejo de Enfermedades Hereditarias de Puerto Rico a los fines de ~~que se incluyan más pruebas de cernimiento neonatales,~~ redefinir la forma y manera de detectar y diagnosticar las enfermedades hereditarias, delegando en el Consejo las enfermedades a incluir en el cernimiento neonatal .

EXPOSICION DE MOTIVOS

El Consejo de Enfermedades Hereditarias de Puerto Rico ha identificado como necesario que en Puerto Rico se lleven a cabo pruebas de cernimiento neonatales para cuatro condiciones genéticas que son: Fenilcetonuria, Hipotiroidismo Congénito, Hemoglobinopatías y Galactosemia, las cuales están contenidas en la Ley Núm. 84 de 2 de julio de 1987, la cual crea el Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Hereditarias y el Consejo de Enfermedades Hereditarias de Puerto Rico. Sin embargo, hoy día, muchos profesionales y grupos de expertos plantean la existencia de otras deficiencias congénitas, las cuales pueden detectarse mediante pruebas de cernimiento neonatal para evitar en el futuro las consecuencias y sufrimientos que estas enfermedades provocan.

El Colegio Americano de Genética Médica, ACMG, por sus siglas en inglés, considera que un cernimiento neonatal más amplio podría favorecer el tratamiento temprano de condiciones severas y así prevenir complicaciones serias, tales como retraso mental, epilepsia y hasta la muerte. La oportunidad de comenzar un tratamiento a tiempo puede servir para prevenir una enfermedad o evitar que esa condición pueda agravarse. El ampliar la variedad de pruebas de cernimiento neonatal nos ayudaría a reducir la tasa de mortalidad, mejorar la salud y la calidad de vida de los infantes y niños afectados por enfermedades metabólicas genéticas en nuestra Isla y el resultado a largo plazo será unos jóvenes saludables gracias al descubrimiento temprano de cualquier condición congénita.

Esta Asamblea Legislativa entiende que se debe aumentar la cantidad de pruebas mínimas de cernimiento neonatal a ser realizadas por mandato de ley, dejando espacio para que en el futuro otras pruebas puedan ser incluidas.

El Colegio Americano de Genética Médica recomienda la práctica de unas veintinueve (29) pruebas de cernimiento neonatal. Lamentablemente, en muchos casos, ambos padres son portadores silentes de estas enfermedades y de las cuales, en la mayoría de los casos, no existe historial previo entre los familiares, pues el azar genético es el que las desata. En la mayoría de los estados de los Estados Unidos se realizan unas veinte (20) pruebas de cernimiento neonatal e inclusive, en catorce de ellos se realizan las veintinueve (29) pruebas de cernimiento recomendadas por el Colegio Americano de Genética Médica.

En Puerto Rico nace un promedio de veinte (20) niños al año con alguna de estas veintinueve (29) condiciones, el costo del tratamiento es de quinientos mil (500,000) dólares, promedio por niño al año, lo que equivale a diez (10) millones de dólares. Este gasto puede ser reducido si logramos la detección temprana de estas enfermedades cuyo costo no se traduce solamente en dinero, sino en el tiempo y dedicación especial que requiere un paciente con alguna de estas enfermedades.

El costo de realizar las pruebas de cernimiento es de aproximadamente cuarenta (40) dólares por niño, que multiplicado por cincuenta mil (50,000) niños que nacen anualmente en Puerto Rico, esto equivale a dos (2) millones de dólares anuales, versus los diez (10) millones en tratamiento. Por cada prueba de cernimiento neonatal que se realiza, se ahorran cinco (5) dólares en tratamiento.

Esta Asamblea Legislativa tiene el compromiso de garantizar a la niñez puertorriqueña el menor grado de dificultad en su desarrollo físico y emocional, y propiciar en la familia un andamiaje seguro de cómo enfrentar los problemas de salud.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.-Se enmienda el Artículo 3 de la Ley Núm. 84 de 2 de julio de 1987, según enmendada, para que lea:

" Artículo 3.-Definiciones

(a) Anemia Falciforme- ...

(b) Consejo - ...

(c) Departamento - ...

(d) Enfermedad hereditaria - - significa cualquier enfermedad que se transmite por medio del material genético conocido como ácido deoxiribonucleico (DNA). Estas pueden afectar cualquier sistema en el organismo subclasificando las mismas en grupos tales como:

1. Enfermedades hematológicas, que incluyen pero no se limitan a anemia falciforme, hemofilia, Hermansky Pudlack (HPS por sus siglas en inglés).

2. Enfermedades congénitas hormonales, que incluyen pero no se limitan a hipotiriodismo congénito e *hiperplasia adrenal congénita;* enfermedades del sistema inmunológico e inflamatorio, que incluyen Síndrome de *Inmunodeficiencia Combinada Severa* (SCID, por sus siglas en inglés), deficiencia en el antagonista para el receptor de interleukina 1 (DIRA, por sus siglas en inglés).

3. Enfermedades metabólicas, que incluyen pero no se limitan a fenilcetonuria.

4. Enfermedades multi-sistémicas tales como fibrosis *quístic*

(e) Enfermedades metabólicas hereditarias - significa los desórdenes del metabolismo de distintas sustancias esenciales para el desarrollo humano. Estas se agrupan de la siguiente manera:

1. Aminoacidopatías. Enfermedades hereditarias causadas por defectos en el metabolismo de amino ácidos lo cual predispone a la acumulación de sustancias tóxicas y a la misma vez deficiencias en otros componentes necesarios.

Estas incluyen, pero no se limitan a las siguientes: fenilcetonuria, *homocistinuria*, leucinosis (MSUD, por sus siglas en inglés), *tirosinemia* (varios tipos), y desórdenes del ciclo de urea.

2. Acidemias orgánicas. Enfermedades hereditarias causadas por defectos en el catabolismo de amino ácidos y grasas cuya consecuencia es la acumulación de ácidos en la sangre. Estas incluyen, pero no se limitan a las siguientes: acidemia *propiónica*, academia metilmal*ónica*, acidemia *isovalérica*, *acidemia glutárica*.

3. Desórdenes de metabolismo de ácidos grasos. Enfermedades hereditarias causadas por defectos en el procesamiento o transporte de ácidos grasos lo cual limita su disponibilidad para producción de energía en varios tejidos. En algunos casos también pueden causar la acumulación de grasas en varios órganos así afectando su funcionamiento. Estas incluyen, pero no se limitan a las siguientes: deficiencia de carnitina, *deficiencia* de *acil-CoA deshidrogenasa* de *cadena media* (MCAD, por sus siglas en inglés), *deficiencia* de la *cadena larga* de 3-Hidroxi *Acil-CoA deshidrogenasa* (LCHAD, por sus siglas en inglés), *deficiencia* de *acil-CoA deshidrogenasa* de *cadena* corta (SCAD, por sus siglas en inglés), deficiencia en transportadores de carnitina.

4. Desórdenes de metabolismo de azúcares. Enfermedades hereditarias causadas por defectos en el procesamiento de azúcares lo cual conlleva a acumulación de sustancias tóxicas y deficiencias de compuestos esenciales. Estas incluyen, pero no se limitan a las siguientes: galactosemia.

5. Deficiencia de biotinidasa. Enfermedad hereditaria causada por defectos en el reciclaje de la vitamina biotina, la cual es necesaria para el funcionamiento de múltiples reacciones en el cuerpo. Su deficiencia altera múltiples reacciones bioquímicas y como consecuencia causa manifestaciones variadas incluyendo la acumulación de ácido en la sangre,

convulsiones, pérdida de cabello, erupciones en la piel y atraso en el desarrollo.

6. Enfermedades de almacenamiento. Enfermedades hereditarias causadas por defectos que causan la acumulación de moléculas grandes en diversos tejidos afectando así su funcionamiento. Estas incluyen, pero no se limitan a las siguientes: enfermedad de Gaucher, enfermedad de Fabry, enfermedad de Hunter, enfermedad de Krabbe, leucodistrofia adrenal.

(f) Fenilalanina - ...

(g) Fenilcetonuria - ...

(h) Hemofilia - ...

(i) Hipotiroidismo Congénito - ...

(j) Pruebas de laboratorio- ...

(k) Programa - ...

(l) Reglamento - ...

(m) Secretario- ...

(n) Tiroxina- ...

~~(o) Deficiencia de Carnitina Deficiencia de la enzima de carnitina, derivado amino ácido que actúa como cofactor en el metabolismo de los ácidos grasos interviniendo en el transporte de acetilcoenzima A y acetoacetilcoenzima A desde las mitocondrias hasta el lugar de síntesis de los ácidos grasos de cadena larga, y en el transporte de los grupos ácidos activados desde el citoplasma a las mitocondrias, lugar donde~~

~~se degradan los ácidos grasos para la obtención de energía, causando debilidad muscular, encefalopatía aguda, alteraciones hepáticas, cardiomiopatías, hipoglucemia no cetónica e infecciones frecuentes.~~

~~(p) Desorden del Ciclo de Urea- Enfermedad caracterizada por cantidades excesivas de amonia en la sangre. Sin tratamiento, estos desórdenes pueden causar desórdenes de comportamiento, retardación mental, coma o la muerte.~~

~~(q) Hiperplasia Congenital Adrenal- Grupo de enfermedades que surgen por causa de un defecto enzimático específico en la biosíntesis de corticosteroide; hiperplasia adrenal con una secreción excesiva de andrógenos adrenales se desarrolla como resultado de estos defectos. Hay cuatro tipos mayores con similitudes clínicas, pero con genética distinta y diferencias bioquímicas: 1 tipo virilizante simple; 2 tipo de pérdida de sal; 3 tipo hipertensivo; 4 tipo hermafordítico.~~

~~(r) Deficiencia de Biotinidasa – Deficiencia de la enzima que cataliza la hidrólisis de la amida de biotina, biocitina y otras biotidinas, causando academia orgánica.~~

~~(s) Homocistinuria- Desorden caracterizado por la excresión de homocistina en la orina, retardación mental, subluxación del lente, crecimiento y desarrollo retrasado, cabello rubio~~

~~esparcido, deformidades del pie, episodios tromboembólicos y cambios grasientos del hígado.~~

~~(t) Enfermedad de orina con olor a sirop del árbol de arce "Maple Syrup Disease" Desorden metabólico hereditario que, si no es tratado, puede causar retardación mental, impedimentos físicos y la muerte. Este desorden afecta la manera en que el cuerpo metaboliza ciertos componentes de la proteína, los cuales son la cadena triple de amino ácidos: isoleucina, valina y leucina.~~

~~(u) Desórdenes del metabolismo de ácidos orgánicos que son: Academia isovalérica, Academia Glutárica tipo I, Aciduria Glutárica, Deficiencia múltiple de carboxilasas, Acidemia metil malónica (deficiencia de mutasa), Deficiencia de carboxilasa 3 metilcrotonil CoA, Acidemia Propiónica, Deficiencia de Beta ketolasa.~~

~~(v) Desórdenes de la Oxidación de Ácidos Grasos que son: Deficiencia de la Cadena de dehidrogenasa media de acyl CoA, Deficiencia de la Cadena de dehidrogenasa muy larga de acyl CoA, Deficiencia de la cadena de dehidrogenasa larga de 3 OH acyl CoA, Deficiencia de la proteína trifuncional, Defecto en absorción de carnitina, Deficiencia de la proteína trifuncional.~~

~~(w) Desórdenes en el Metabolismo de Aminoácidos que son: Citrulinemia, Acidemia argininosuccinica, Tirosinemia tipo I.~~

~~(x) Beta Talasemia: un grupo de desórdenes hereditarios que se caracteriza por la disminución o ausencia completa de la síntesis de la cadena de globina beta. La talasemia beta mayor se conoce también como anemia de Cooley; esta anemia es severa y requiere de transfusiones de sangre. La talasemia beta menor se produce cuando se hereda un gen de talasemia beta de un padre y un gen normal del otro padre; esta anemia requiere de tratamiento.~~

~~(y) Hemoglobina C. Es un trastorno sanguíneo que se transmite de padres a hijos y que lleva a un tipo de anemia, que hace que los glóbulos rojos se descompongan más temprano de lo normal.~~

~~(z) Deficiencia de biotinidasa. Es una irregularidad metabólica autosómica recesiva, que es reconocida como el defecto primario en la deficiencia múltiple de carboxilasas, en la cual el organismo no puede procesar de manera correcta la biotina exógena y endógena.~~

~~(aa) Deficiencia auditiva. También denominada pérdida auditiva o hipoacusias, ocurre cuando hay un problema en los oídos en una o más partes que facilitan la audición.~~

~~(bb) Fibrosis quística: Una proteína anormal causa problemas en los pulmones y en la digestión y causa la muerte en una edad promedio de 30 años."~~

Artículo 2.-Se enmienda el Artículo 5 de la Ley Núm. 84 de 2 de julio de 1987, para que se lea:

"Artículo 5.-Consejo de Enfermedades Hereditarias-Funciones y facultades

El Consejo tendrá, entre cualesquiera otras dispuestas en esta Ley o inherentes a sus deberes y responsabilidades, las siguientes funciones y facultades:

(1) .....

(2) . .....

(3) . .....

(4) .....

(5) .....

(6) .....

(7) Reglamentar la realización compulsoria de pruebas de laboratorio o médicas que se describen en el Artículo 3 de esta Ley, con el propósito de detectar y diagnosticar a tiempo la presencia de cualesquiera de estas enfermedades genéticas/metabólicas autosómicas recesivas, así como cualesquiera otras condiciones o enfermedades hereditarias

en las que se exigirá realizar dichas pruebas.

Artículo 3. - El Departamento de Salud deberá llevar a cabo los estudios necesarios que le permitan establecer las prioridades y un plan de trabajo para que el Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Hereditarias pueda completar por etapas, en un período de cinco (5) años, el incremento en pruebas compulsorias de cernimiento neonatales que se ordena mediante esta ley.

Artículo 4. – El Departamento de Salud deberá peticionar ante la Oficina de Gerencia y Presupuesto, adscrita a la Oficina del Gobernador, los recursos necesarios según aumenten las pruebas compulsorias de cernimiento neonatales.

Artículo ~~3~~ 5.-Vigencia

Esta Ley entrará en vigor para el año fiscal 20~~11-12~~12-13.

ORIGINAL

SENADO DE PR
SECRETARÍA
RECIBIDO
2012 MAR 26 AM 9:54

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16ta Asamblea Legislativa

7ma Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

Informe Conjunto
Positivo
sobre el
P. de la C. 3113

26 de MARZO de 2012

AL SENADO DE PUERTO RICO:

Las Comisiones de Urbanismo e Infraestructura; y de Hacienda del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, tienen el honor de rendir a este Alto Cuerpo su informe en relación al Proyecto de la Cámara 3113, **recomendando su aprobación** con las enmiendas incluidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El P. de la C. 3113 tiene como propósito enmendar los Artículos 1, 2, 3(A), 5, 7(A), 8, 9, 10, 10(A), 10(B) y 11 de la Ley Núm. 10 de 5 de julio de 1973, según enmendada, conocida como Ley de Plan de Subsidio Estatal al Interés del Mercado de Hipotecas.

La Exposición de Motivos de la medida establece que al Puerto Rico ser una jurisdicción altamente legislada, ocurre a menudo que luego de la adopción o derogación de leyes, otras que utilizaban estas como base, permanecen vigentes aun cuando pierden su sentido. Esto, tiene el efecto neto de dificultar el análisis y codificación apropiado de las

leyes, confundir en cuanto a cuál es el Derecho Positivo y obliga al Estado a utilizar personal y recursos, dando seguimiento a leyes sin sentido. Por lo tanto, se crea un estado de derecho donde existen leyes que se ignoran, confundiendo y dificultando la implantación de las leyes en nuestra Isla.

Las leyes pierden efectividad como resultado de legislación, decisiones judiciales posteriores o cuando la realidad socio-económica, tecnológica o cultural cambie de tal manera que hacen la ley obsoleta, académica o insostenible. De la misma forma, otra opción para que una ley pierda su efectividad es que se desarrollen procedimientos o mecanismos que permitan alcanzar los fines de la misma de manera más eficaz y justa.

Independientemente de la causa, es imperativo que el Gobierno posea un proceso de derogación de leyes y reglamentos que deje claro e inequívoco cuándo una ley ya no está vigente en todas sus funciones.

En lo pertinente, la Exposición de Motivos expone el propósito de esta medida al señalar: "La Ley Núm. 10 de 5 de julio de 1973, según enmendada, crea el Plan de Subsidio Estatal al Interés del Mercado de Hipotecas, mediante la cual se autoriza al Secretario de la Vivienda a crear un programa para subvencionar el costo de interés del mercado de hipotecas a las familias de ingresos moderados, por conducto de sus organismos adscritos, Banco y Agencia de Financiamiento de las Viviendas y/o Corporación de Renovación Urbana y Vivienda, para ayudar a que dichas familias puedan adquirir o arrendar una vivienda de nueva construcción. La Corporación de Renovación Urbana y Vivienda de Puerto Rico es inexistente ya que fue derogada por la Ley Núm. 55 de 9 de agosto de 1991."

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Atendiendo su responsabilidad y deber ministerial en el estudio y evaluación de toda pieza legislativa sometida ante su consideración, las Comisiones de Urbanismo e

Infraestructura; y de Hacienda solicitaron memorial explicativo en torno a la medida evaluada en este informe a la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda y al Departamento de la Vivienda.

Cabe señalar que al momento de redactar este informe, no se había recibido el memorial explicativo sobre esta medida del Departamento de la Vivienda, por lo que estas Comisiones evaluaron el memorial sometido originalmente ante la Comisión de Vivienda y Desarrollo Urbano de la Cámara de Representantes de Puerto Rico.

1. Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda

En su memorial explicativo, la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda (en adelante AFV), nos expone que la medida presentada responde a una actualización de la Ley Núm. 10 de 5 de julio de 1973, según enmendada, conocida mejor como "Ley de Plan de Subsidio Estatal al Interés del Mercado de Hipotecas". Enmienda que adviene, ya que el manejo de ésta es administrado por la AFV y no por el Departamento de la Vivienda, como expresa el texto de la Ley, por lo que se debe enmendar para aclarar este punto.

Señalan que aunque no han confrontado reclamos sobre esta discrepancia, entienden apropiado aclarar el punto y eliminar al Departamento de la Vivienda del texto final que se aprobará en torno a esta medida.

Sugieren, por tanto, que se enmiende la Ley, de manera que "aclare que el Plan de Subsidio Estatal al Interés del Mercado de Hipotecas está integrado al Programa de Subsidio de Vivienda de Interés Social establecido por virtud de la Ley 124 – 1993." Más aún, aclaran "que ambas disposiciones se manejarán y operarán como un solo Programa."

Finalizan endosando el proyecto, con la salvedad de la inclusión de la enmienda que recomiendan, lo que fue acogido por las Comisiones que suscriben.

2. Departamento de la Vivienda

En su memorial explicativo, sometido a la Comisión de Vivienda y Desarrollo Urbano de la Cámara de Representantes, expone que la Corporación Renovación Urbana y Vivienda (en adelante CRUV), fue creada por la Ley Núm. 88 de 22 de junio de 1957, y disuelta mediante el Artículo 22 de la Ley Núm. 55 de 9 de agosto de 1991, según enmendada. El propósito de esta última, además de disolver a la CRUV, fue "realizar las gestiones necesarias para maximizar el valor de los activos de la CRUV", para así poder cumplir con las responsabilidades financieras de esta entidad.

No obstante, la Ley Núm. 106 – 1998, según enmendada, dispuso "el cierre de la Oficina para la Liquidación de los Activos de la extinta CRUV y se ordenó la transferencia de los activos restantes al DV." En adición, se le delegó el poder al Secretario del DV de ser la "autoridad nominadora con facultad para atender todos los derechos, facultades y responsabilidades delegadas por el síndico especial."

Luego de resumir la intención del P. de la C. 3113, según radicado, continúa el DV exponiendo que fue mediante la aprobación de la Ley Núm. 103 – 2001, según enmendada, que se disolvió el Banco y Agencia de Financiamiento de la Vivienda de Puerto Rico que se había creado con la Ley anterior y se creó la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda de Puerto Rico o AFV, adscrita al Banco Gubernamental de Fomento. A la AFV se le transfirieron todos los poderes, facultades, obligaciones y activos de los extintos Banco y Agencia de Financiamiento de la Vivienda.

Para concluir, el DV nos dice que en la actualidad ya no se encuentran adscritos al DV los dos organismos que autorizaban al Secretario de la Vivienda a crear un programa de subsidios a los intereses de hipotecas. Esto, ya que la CRUV fue disuelta y la AFV transferida al Banco Gubernamental de Fomento.

MRA

Recomiendan que "previo a la derogación propuesta, solicitar comentarios a la AFV, para evaluar si los subsidios establecidos en dicha Ley, aún continúan vigentes bajo esta dependencia."

Cabe mencionar que el P. de la C. 3113 aprobado por la Cámara de Representantes no contempla la derogación de la Ley Núm. 10 de 5 de julio de 1973, según enmendada, como disponía la medida en su origen, sino que enmienda varios de sus artículos para atemperar la legislación al estado de derecho vigente.

IMPACTO FISCAL ESTATAL

A tenor con el Artículo 8 de la Ley Núm. 103-2006, conocida como la "Ley para la Reforma Fiscal del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de 2006" de que no se aprobará ninguna Ley o Resolución que requiera la derogación de fondos públicos sin antes mediar certificaciones bajo juramento del Director de la Oficina de Gerencia y Presupuesto y del Secretario de Hacienda, ambas por separado, sobre la disponibilidad de los fondos recurrentes o no recurrentes, para financiar las mismas, identificando su fuente de procedencia y de existir un impacto fiscal, el informe legislativo deberá contener recomendaciones que subsane el efecto negativo que resulte de la aprobación de la medida, como también deberán identificarse los recursos a ser utilizados por la entidad afectada para atender tales obligaciones; por tanto, entendemos que esta medida no tiene impacto fiscal sobre el presupuesto general del Gobierno de Puerto Rico ni sobre los presupuestos de los gobiernos municipales.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

A tenor con el Artículo 3 de la Ley Núm. 321-1999 estas Comisiones han determinado que esta medida no tiene impacto fiscal significativo sobre las finanzas de los gobiernos municipales.

CONCLUSIÓN

Luego de evaluado el P. de la C. 3113, estas Comisiones consideran meritorio acoger las sugerencias sometidas por la AFV y proceder a recomendar favorablemente su aprobación, con enmiendas, toda vez que responde a una actualización de la Ley Núm. 10 de 5 de julio de 1973, según enmendada, conocida como "Ley de Plan de Subsidio Estatal al Interés del Mercado de Hipotecas".

Por todos los fundamentos antes expuestos las Comisiones de Urbanismo e Infraestructura; y de Hacienda del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración del **Proyecto de la Cámara 3113**, tienen el honor de recomendar a este Alto Cuerpo la aprobación de la medida con las enmiendas incluidas en el entirillado electrónico.

Respetuosamente sometido,

Lawrence N. Seilhamer Rodríguez
Presidente
Comisión de Urbanismo e Infraestructura

Migdalia Padilla Alvelo
Presidenta
Comisión de Hacienda

ENTIRILLADO ELECTRONICO

(TEXTO DE APROBACION FINAL POR LA CAMARA)
(18 DE AGOSTO DE 2011)

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

16ta. Asamblea Legislativa

5ta. Sesión Ordinaria

~~CAMARA~~ CÁMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 3113

18 DE ENERO DE 2011

Presentado por la representante *González Colón*

Referido a la Comisión de Vivienda y Desarrollo Urbano

LEY

Para enmendar los Artículos 1, 2, 3(A), 5, 7(A), 8, 9, 10, 10(A), 10(B) y 11 de la Ley Núm. 10 de 5 de julio de 1973, según enmendada, conocida como Ley de Plan de Subsidio Estatal al Interés del Mercado de Hipotecas.

~~EXPOSICION~~ EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Puerto Rico es una jurisdicción altamente legislada, donde muchas veces hay múltiples leyes sobre el mismo tema e incluso luego de la adopción de nuevas leyes y la derogación de disposiciones anteriores, otras que impactan ese tema permanecen en vigencia aún cuando la realidad y las estructuras que les dieron origen han quedado en el pasado. Esto tiene varios resultados perjudiciales, por ejemplo: dificulta el análisis y la codificación de las leyes; complica el proceso de determinar cuál es el ordenamiento que rige algún tema o alguna actividad; obliga al estado a reservar personal y recursos para dar seguimiento a mandatos de ley que han perdido su sentido; crea un ambiente en que habría leyes que se ignoran.

Cuando leyes vigentes pierden su efectividad, esto puede ser el resultado de legislación o decisiones judiciales posteriores; o de que la realidad social, económica,

tecnológica o cultural cambia de tal manera que el objetivo o los medios para lograrlo de aquella ley se hacen inaplicables, académicos, o insostenibles; o de que dentro de la administración pública se han desarrollado mecanismos o procedimientos que permiten alcanzar esos fines de manera más eficaz y justa. Sea cual fuere la causa, es imperativo que haya un proceso de depuración que conduzca a derogar de modo expreso esas leyes o disposiciones.

La Ley Núm. 10 de 5 de julio de 1973, según enmendada crea el Plan de Subsidio Estatal al Interés del Mercado de Hipotecas mediante la cual se autoriza al Secretario de la Vivienda a crear un programa para subvencionar el costo de interés del mercado de hipotecas a las familias de ingresos moderados, por conducto de sus organismos adscritos, Banco y Agencia de Financiamiento de las Viviendas y/o Corporación de Renovación Urbana y Vivienda, para ayudar a que dichas familias puedan adquirir o arrendar una vivienda de nueva construcción. La Corporación de Renovación Urbana y Vivienda de Puerto Rico es inexistente ya que fue derogada por la Ley Núm. 55 de 9 de agosto de 1991.

Actualmente, el Plan de Subsidio Estatal al Interés del Mercado de Hipotecas está integrado al Programa de Subsidio de Vivienda de Interés Social establecido por virtud de la Ley 124 – 1993.

Por estas razones y para evitar la posibilidad de que en algunos ámbitos se cree confusión sobre cuál es la normativa vigente, procede enmendarle para adaptarla a la realidad actual.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.-Se enmiendan los Artículos 1, 2, 3(A), 5, 7(A), 8, 9, 10, 10(A), 10(B) y 11 de la Ley Núm. 10 de 5 de julio de 1973, según enmendada, conocida como Ley de Plan de Subsidio Estatal al Interés del Mercado de Hipotecas, para que lea como sigue:

"Artículo. 1.- Definiciones.

Los siguientes términos usados en esta ley se definen como sigue;

...

Familia de ingresos moderados. Quiere decir cualquier familia de dos o más personas cuyos ingresos sean mayores que los ingresos de una familia que

los hagan inelegibles para ocupar proyectos de vivienda pública construidas y administradas por la Autoridad para el financiamiento de la Vivienda, el Departamento de la Vivienda y/o sus organismos adscritos y que a la vez sean tan bajos que no le permitan arrendar o comprar una vivienda adecuada, segura e higiénica construida por la empresa privada…

La Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda determinará de tiempo en tiempo cuáles son los ingresos máximos de ~~la~~ las familias a beneficiarse de este programa.

Artículo 2.-

Se autoriza a la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda, para ayudar a que dichas familias puedan adquirir o arrendar una vivienda de nueva construcción.

…

Artículo 3(A).-

Se autoriza a la Junta de la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda a fijar mediante reglamento, cuando las condiciones del mercado así lo requieran, los precios promedios máximos por unidad bajo los cuales se concederá un subsidio al interés de la hipoteca a las familias de ingresos moderados que adquieran viviendas de nueva construcción bajo los términos de esta ley.

Artículo 5.-

Para determinar el monto del subsidio inicial en cada caso, la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda llevará a cabo una investigación socioeconómica de las familias que interesen dicho subsidio.

Artículo 7(A).-

(a) ...

(b) No obstante las disposiciones del Artículo 1113 del Código Civil de Puerto Rico, en el caso de que la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda de Puerto Rico prepague totalmente alguna hipoteca objeto de subsidio sin el conocimiento o el consentimiento del deudor hipotecario, la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda de Puerto Rico se subrogará en los derechos del acreedor hipotecario.

Artículo 8.-

Se autoriza a la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda a incurrir en obligaciones hasta la cantidad de nueve millones doscientos veinte mil (9,220,000) dólares para el pago de subsidio de intereses durante el primer año de vigencia del programa autorizado por esta ley. Se consignará anualmente en la Resolución Conjunta de Presupuesto General las cantidades necesarias para honrar las obligaciones en que incurra la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda de Puerto Rico con el propósito de prepagar, comprar o de otro modo satisfacer, total o parcialmente, las obligaciones que contraiga en la operación de este programa.

Artículo 9.-

La Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda adoptará los reglamentos que fueren necesarios y consistentes con los propósitos de esta ley para facilitar el cumplimiento de las disposiciones de las mismas. Este reglamento tendrá fuerza de ley después de promulgado.

Artículo 10-.

Si el comprador de una vivienda, beneficiario del programa de subsidio establecido en esta ley, vendiere su vivienda a una tercera persona, la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda tendrá facultad para cobrarle al vendedor el subsidio recibido más intereses a la misma tasa fijada en la hipoteca si la venta se hiciera en violación a las normas que la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda establezca en el reglamento a tales fines …

Artículo 10(A).-

Se autoriza a la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda a incurrir en obligaciones adicionales bajo esta ley en tal medida que en ningún año el pago total de subsidio adicional que provenga de las obligaciones aquí autorizadas, exceda de dos millones quinientos mil (2,500,000) dólares; …

Artículo 10 (B).-

Se autoriza a la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda a incurrir en obligaciones adicionales bajo esta ley en tal medida que en ningún año el pago total de subsidio adicional que provenga de las obligaciones por ~~esta sección~~ este artículo autorizadas, …

Artículo 11.-

La Autoridad para el Financiamiento tendrá facultad para hacer extensivo el subsidio a intereses sobre hipotecas a las familias de ingresos moderados que adquieran por compraventa una vivienda, que bajo el plan de subsidio provisto por esta ley sea adquirida de sus propietarios por la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda a consecuencia del incumplimiento al contrato de hipoteca, o ante la imposibilidad de cumplir con las obligaciones contraídas u otras razones...

Independientemente de lo anterior, a partir de la fecha de vigencia de esta ley, la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda no podrá contraer nuevas obligaciones de subsidios bajo las disposiciones de esta ley, excepto en cuanto a aquellos casos en que existiere un compromiso previo por parte de la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda.

..."

Artículo 2.-Esta Ley entrará en vigor inmediatamente tras su aprobación.

MPA

ORIGINAL

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta Asamblea Legislativa

6 ta Sesión Ordinaria

Recibido
Senado de Puerto Rico
Secretaría
11 NOV 10 PM 9:32

SENADO DE PUERTO RICO
10 de noviembre de 2011

Informe Positivo sobre el P. de la C. 3573

AL SENADO DE PUERTO RICO

Vuestra Comisión de lo Jurídico Civil del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración del P de la C 3573 recomienda a este Alto Cuerpo, **la aprobación de esta medida, con enmiendas.**

ALCANCE DE LA MEDIDA

Para enmendar los Artículos 79, 80 y 81 de la Ley 75-1987, según enmendada, conocida como "Ley Notarial de Puerto Rico", a los fines de aclarar distintas disposiciones de esta ley.

ANALISIS DE LA MEDIDA

Según surge de la Exposición de Motivos de la medida el fin último de toda ley es hacer constar de forma inequívoca la voluntad del legislador sobre determinado asunto. En ese sentido, esta ley tiene como propósito hacerle unas enmiendas técnicas a la Ley 75-1987, según enmendada, conocida como "Ley Notarial de Puerto Rico" para aclarar varias de sus disposiciones, de manera que recoja fielmente la voluntad legislativa.

RESUMEN DE PONENCIAS

Cumpliendo con los requerimientos de esta Comisión para el estudio de esta medida, se evaluó los memoriales explicativos que sometió la **Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico** a la Comisión de lo Jurídico y de Ética de la Cámara de Representantes de Puerto Rico.

La Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico expuso brevemente que el fin del Proyecto de la Cámara 3573 es realizar unas enmiendas técnicas con el fin de precisar la finalidad de algunas de las disposiciones contenidas sobre el Fondo de Fianza Notarial

establecido en la Ley 75-1987, conocida como la "Ley Notarial de Puerto Rico". Expresó que según examinadas las propuestas enmiendas, la Oficina del Comisionado de Seguros no tiene objeción a su aprobación.

IMPACTO FISCAL ESTATAL

A tenor con la Sección 32.5 del Reglamento del Senado y el Artículo 8 de la Ley Núm. 103 de 25 de mayo de 2006 "Ley para la Reforma Fiscal del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico" se determina que la aprobación de esta medida no tendrá un impacto fiscal sobre los presupuestos de las agencias, departamentos, organismos, instrumentalidades o corporaciones públicas, que amerite certificación de la Oficina de Gerencia y Presupuesto.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

Cumpliendo con la Sección 32.5 del Reglamento del Senado y la Ley Núm. 81 de 30 de agosto de 1991, según enmendada, se determina que las disposiciones de esta medida no tendrán impacto fiscal alguno en las finanzas de los municipios, por tratarse de un asunto meramente regulador que no envuelve asignación ni erogación de fondos municipales.

CONCLUSION

El Proyecto de la Cámara 3573 tiene como propósito enmendar los Artículos 79, 80 y 81 de la Ley 75-1987, según enmendada, conocida como "Ley Notarial de Puerto Rico", a los fines de aclarar distintas disposiciones de esta ley de manera que refleje sin lugar a dudas la intención de ambas cuerpos legislativos.

Conforme a lo antes expuesto, y luego de un análisis exhaustivo de la medida, la Comisión de lo Jurídico Civil del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración del Proyecto de la Cámara 3573, **recomienda la aprobación** con enmiendas.

Respetuosamente sometida:

ITZAMAR PEÑA RAMIREZ
PRESIDENTA
COMISION DE LO JURIDICO CIVIL

ENTIRILLADO ELECTRÓNICO
(TEXTO DE APROBACION FINAL POR LA CAMARA)
(25 DE OCTUBRE DE 2011)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16ta. Asamblea Legislativa

6ta. Sesión Ordinaria

CAMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 3573

30 DE AGOSTO DE 2011

Presentado por las representantes *González Colón* y *Fernández Rodríguez*

Referido a la Comisión De Lo Jurídico y de Etica

LEY

Para enmendar los Artículos 79, 80 y 81 de la Ley Núm. 75 de 2 de julio de 1987, según enmendada, conocida como "Ley Notarial de Puerto Rico", a los fines de aclarar distintas disposiciones de esta ley.

EXPOSICION DE MOTIVOS

El fin último de toda ley es hacer constar de forma inequívoca la voluntad del legislador sobre determinado asunto. En ese sentido, esta ley tiene como propósito hacerle unas enmiendas técnicas a la Ley Núm. 75 de 2 de julio de 1987, según enmendada, conocida como "Ley Notarial de Puerto Rico" para aclarar varias de sus disposiciones, de manera que recoja fielmente la voluntad legislativa.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.-Se enmienda el Artículo 79 de la Ley Núm. 75 de 2 de julio de 1987, según enmendada, conocida como "Ley Notarial de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 79.-Fondo Especial

Todas las cantidades que recaude la Oficina del Comisionado de Seguros en concepto de prima por la expedición de la Fianza Notarial a los notarios ingresarán en un "Fondo Especial" que será destinado a responder por el buen desempeño de las funciones de su cargo y de los daños y perjuicios que por acción u omisión cause en el ejercicio de su ministerio como notario. Además, el Comisionado de Seguros tendrá disponible aquella porción de los ingresos que no se reserve para responder de las reclamaciones y gastos de Fondo a iniciativas que beneficien a los abogados y notarios de Puerto Rico, según los disponga el Tribunal Supremo por reglamentación al efecto. Entre las iniciativas a las que el Tribunal Supremo podrá destinar dicho sobrante o parte de éste, se encuentra:

i. Establecer y mantener un programa de educación continua para todos los notarios de Puerto Rico mediante cursos, seminarios, conferencias o cualesquiera otros programas educativos que el Tribunal Supremo estime apropiados.

ii. Coordinar con instituciones educativas aprobadas por el Tribunal Supremo para proveer programas de educación para todos los notarios de Puerto Rico mediante cursos, seminarios, conferencias o cualesquiera otros programas educativos que el Tribunal Supremo estime apropiados.

...

v. Cualquier otra iniciativa destinada a mejorar y facilitar la práctica del notariado en Puerto Rico según determinado por el Tribunal Supremo."

Artículo 2.-Se enmienda el Artículo 80 de la Ley Núm. 75 de 2 de julio de 1987, según enmendada, conocida como "Ley Notarial de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 80.-Facultades y deberes del Comisionado de Seguros

En relación a la administración del Fondo Especial, el Comisionado de Seguros tendrá los siguientes poderes y facultades:

...

b) Establecer la prima que los notarios deberán pagar por la fianza notarial.

...

d) Establecer una reserva que sea suficiente para responder de cualquier reclamación legítima contra el Fondo Especial resultante de una fianza expedida por la Comisión de la Fianza Notarial y para cubrir los gastos necesarios para administrar, operar y proteger el Fondo Especial. Tener disponible la porción no reservada para ser destinada conforme a la determinación del Tribunal Supremo.

...

h) Mantener informado al Tribunal Supremo sobre el estado de las fianzas que expida y del estado del Fondo.

i) Interponer cualesquiera remedios, acciones o procedimientos legales que fueran necesarios o convenientes para hacer efectivos los propósitos de esta Ley ya sea representado por sus abogados o por el Secretario de Justicia, previa solicitud a tales efectos. Esta facultad incluirá el recobro de las fianzas ejecutadas.

..."

Artículo 3.-Se enmienda el Artículo 81 de la Ley Núm. 75 de 2 de julio de 1987, según enmendada, conocida como "Ley Notarial de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 81.-Informe al Gobernador y al Tribunal Supremo

El Comisionado de Seguros deberá someter un informe al Gobernador y al Tribunal Supremo dentro de los sesenta (60) días luego de finalizar cada año fiscal, detallando los ingresos recibidos, la cantidad reservada para el pago de reclamaciones contra el Fondo, informando los trabajos que haya realizado durante el año y explicando la situación fiscal del Fondo."

Artículo ~~3~~ 4.-Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

Original

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16ta Asamblea Legislativa

7ma Sesión Ordinaria

RECIBIDO
SENADO DE PUERTO RICO
SECRETARÍA
2012 JUN -6 PM 2:34

SENADO DE PUERTO RICO

6 de junio de 2012

Segundo Informe Positivo sobre el

P. de la C. 3690

AL SENADO DE PUERTO RICO:

Nuestra Comisión de Recreación y Deportes del Senado de Puerto Rico, previo análisis y consideración del P. de la C. 3690, tiene a bien recomendar la aprobación de esta medida con enmiendas en el entirrillado electrónico.

ALCANCE DE LA MEDIDA

Para enmendar los artículos 4, 8, 31 y 35 de la Ley 98-2007, según enmendada, conocida como "Ley de Gallos de Puerto Rico del Nuevo Milenio", a los fines de prohibir expresamente las peleas de gallos clandestinas en Puerto Rico; establecer penalidades más severas por la inobservancia de la Ley; reducir a doce (12) minutos la duración de las peleas de gallos; y para otros fines relacionados.

Según surge de la Exposición de Motivos de la Ley 98, antes citada, las peleas de gallos forman parte de todo el patrimonio y el folklore puertorriqueño. Desde la época del

dominio español, los boricuas apostaban a su gallo preferido, siendo esta actividad una compartida por la familia y llevada de generación en generación. El deporte de peleas de gallos es uno que se ha desarrollado a través de los siglos en Puerto Rico. Esta actividad deportiva, que data desde el Siglo XVI y posee relevancia recreativa, cultural, y económica, ha sido instrumental en el establecimiento de galleras en todos los pueblos en la Isla, las cuales son operadas por las familias puertorriqueñas, en su mayoría. Este deporte esta tan arraigado a este territorio, que en nuestro diario vivir utilizamos frases y palabras directamente relacionadas a ese deporte.

Por la importancia que reviste, se creó una nueva Ley de Gallos dirigida a establecer las peleas de gallos como un derecho cultural de los puertorriqueños y a autorizar dichas peleas de gallos en Puerto Rico. También, se busca fortalecer esta actividad en su fase comercial y económica. Lamentablemente, éste deporte no está exento de llevarse a cabo fuera del marco legal existente. Es de todos conocidos que existen galleras y otros sitios donde se juegan peleas de gallos clandestinas, lo cual tienen el efecto de afectar la imagen de todos los buenos participantes de este deporte, además se fomenta el que se extraiga una actividad legítima de la economía formal y para ser parte de la economía subterránea.

Esta importante industria genera cientos de millones de dólares, ocupando uno de los primeros puestos en la producción agrícola de Puerto Rico. Ejemplo de ello, son los casi doscientos mil (200,000) gallos de crianza que, según estadísticas del Departamento de Agricultura, en el 2003 produjeron sobre veinte millones (20,000,000) de dólares. A

las más de cien (100) galleras de la Isla, asisten anualmente más de un millón de personas, las cuales producen sobre los cien (100) millones de dólares anuales en postas, entradas, consumo de alimentos y otros. Estos números hacen imprescindible el fomentar esta industria de crianza de gallos de pelea, pero de forma ordenada.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Puerto Rico es el paraíso en el deporte de las Peleas de Gallos, conocido también como el Deporte del Pico y las Espuelas. Este es considerado en nuestro país como un deporte y forma parte de nuestra cultura siendo una de las actividades deportivas de mayor antigüedad en nuestra historia con más de tres siglos de existencia. Las Peleas de Gallos también son catalogadas por muchos como el Deporte Nacional de Puerto Rico por ser una de las actividades deportivas de mayor antigüedad en nuestra historia con más de tres siglos de existencia. Por la gran cantidad de público que lo patrocina desde niños hasta ancianos y desde las personas más humildes hasta las más poderosas. En cada familia puertorriqueña existe algún miembro ligado a este deporte. Al igual que la bandera y el coquí, el gallo de pelea es símbolo de nuestra cultura. Estas aves finas o de combate son criados bajo normas de vacunación, alimentación y cuidados especiales para lograr un desarrollo físico ideal y los de mejores cualidades para la riña, se someten a un acondicionamiento físico, para llegar a su encuentro en las galleras públicas de Puerto Rico. El deporte de los gallos en Puerto Rico es regulado por el **Departamento de Recreación y Deportes**, quien a su vez es la entidad que otorga los permisos para operar las galleras. Por reglas ninguna gallera puede casar más de 35 peleas en un día de jugada regular que es el equivalente a 70 gallos los cuales pelearan por espacio de 15 minutos

máximo y donde interviene un juez de valla (valla es el redondel donde pelean los gallos) que es el único que tiene potestad de intervención durante todo el transcurso de la pelea. La temporada para la práctica de este deporte en las galleras autorizadas comenzará el día 15 de noviembre de cada año y finalizará el 31 de octubre del año siguiente. Cada gallera confeccionará su programa de jugadas; podrá comenzar el día gallístico a las 6:00 a.m. y finalizar no más tarde de las 10:00 p.m. Bajo estas circunstancias es que surgen estas nuevas enmiendas. El **Departamento de Recreación y Deportes** al igual que nuestra Comisión entienden necesarias estas enmiendas, por tal recomendamos la aprobación del mismo.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

Esta Comisión suscribiente ha determinado que esta medida no tiene impacto fiscal significativo sobre las finanzas del gobierno municipal.

IMPACTO FICAL ESTATAL

A tenor con el Artículo 8 de la Ley Núm. 103 del 25 de mayo de 2006, conocida como "Ley para la Reforma Fiscal del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de 2006", de que no se aprobará ninguna ley o resolución que requiera la erogación de fondos públicos sin antes mediar certificaciones bajo juramento del Director de la Oficina de Gerencia y Presupuesto y del Secretario de Hacienda, ambas por separado, sobre la disponibilidad de fondos recurrentes o no recurrentes, para financiar las mismas, identificando su fuente de procedencia; y que de existir un impacto fiscal, el informe legislativo deberá contener recomendaciones que subsane el efecto negativo que resulte de la aprobación de la medida, como también deberán identificarse los recursos a ser utilizados por la entidad afectada para atender tales obligaciones; la Comisión

suscribiente ha determinado que esta medida no tiene impacto fiscal sobre las arcas del Gobierno Central.

CONCLUSIÓN

Nuestra Comisión se enfoca en proveerle un entorno sano y adecuado a los amantes del deporte en Puerto Rico, en este caso al Deporte de los Gallos. Es imprescindible trabajar uniendo esfuerzos para acrecentar las oportunidades de crecimiento de cada uno de los componentes del deporte. El Deporte de los Gallos no es tan solo un deporte en nuestro país, sino que forma gran parte de nuestra cultura puertorriqueña, siendo una fuente muy significativa de empleos que dependen de esta industria de forma directa e indirectamente. Por lo antes expuesto la Comisión de Recreación y Deportes del Senado de Puerto Rico, está convencida de que los propósitos de esta medida son prósperos.

En vista de lo anterior, nuestra Comisión de Recreación y Deportes del Senado de Puerto Rico, somete a este Alto Cuerpo el Informe Positivo del Proyecto de la Cámara. 3690, con enmiendas en el entirrillado electrónico.

Respetuosamente sometido,

Hon. Ramón Díaz Hernández
Presidente
Comisión de Recreación y Deportes

(TEXTO DE APROBACION FINAL POR LA CAMARA)
(10 DE NOVIEMBRE DE 2011)
(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16ta. Asamblea Legislativa

6ta. Sesión Ordinaria

CAMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 3690

18 DE OCTUBRE DE 2011

Presentado por el representante *Rodríguez Miranda*

Referido a la Comisión de Recreación y Deportes

LEY

Para enmendar los artículos 4, 8, 31 y 35 de la Ley 98-2007, según enmendada, conocida como "Ley de Gallos de Puerto Rico del Nuevo Milenio", a los fines de prohibir expresamente las peleas de gallos clandestinas en Puerto Rico; establecer penalidades más severas por la inobservancia de la Ley; ~~y para otros fines relacionados~~ reducir a doce (12) minutos la duración de las peleas de gallos; y para otros fines relacionados.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Según surge de la Exposición de Motivos de la Ley 98, antes citada, las peleas de gallos forman parte de todo el patrimonio y el folklore puertorriqueño. Desde la época del dominio español, los boricuas apostaban a su gallo preferido, siendo esta actividad una compartida por la familia y llevada de generación en generación.

El deporte de las peleas de gallos es uno que se ha desarrollado a través de los siglos en Puerto Rico. Esta actividad deportiva, que data desde el Siglo XVI y posee relevancia recreativa, cultural y económica, ha sido instrumental en el establecimiento de galleras en todos los pueblos de la Isla, las cuales son operadas por familias puertorriqueñas, en su gran mayoría. Este deporte está tan arraigado a este territorio, que

en nuestro diario vivir utilizamos frases y palabras directamente relacionadas a ese deporte.

Por la importancia que reviste, se creó una nueva Ley de Gallos dirigida a establecer las peleas de gallos como un derecho cultural de los puertorriqueños y a autorizar dichas peleas de gallos en Puerto Rico. También, se busca fortalecer esta actividad en su fase comercial y económica.

Lamentablemente, éste deporte no está exento de llevarse a cabo fuera del marco legal existente. Es de todos conocidos que existen galleras y otros sitios donde se juegan peleas de gallos clandestinas, lo cual tienen el efecto de afectar la imagen de todos los buenos participantes de este deporte, además se fomenta el que se extraiga una actividad legítima de la economía formal y para ser parte de la economía subterránea.

Esta importante industria genera cientos de millones de dólares, ocupando uno de los primeros puestos en la producción agrícola de Puerto Rico. Ejemplo de ello, son los casi doscientos mil (200,000) gallos de crianza que, según estadísticas del Departamento de Agricultura, en el 2003 produjeron sobre veinte millones (20,000,000) de dólares. A las más de cien (100) galleras de la Isla, asisten anualmente más de un millón de personas, las cuales producen sobre los cien (100) millones de dólares anuales en postas, entradas, consumo de alimentos y otros. Estos números hacen imprescindible el fomentar esta industria de crianza de gallos de pelea, pero de forma ordenada.

Por tanto, se hace imprescindible establecer nuevas alternativas que fomenten esta industria legalmente.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.-Se añade un nuevo inciso (v) en el Artículo 4 de la Ley 98-2007, según enmendada, que leerá como sigue:

"Artículo 4.-Definiciones

A los fines de esta Ley, las siguientes palabras y frases tendrán el significado que se expresa a continuación:

a. ...

v. Pelea de gallos clandestina – pelea de gallos fuera de una gallera licenciada por el Departamento de Recreación y Deportes para ese

propósito, entre gallos a espuela limpia, o sea, armados con espuelas naturales o postizas que le infligen daño físico a los gallos combatientes."

Artículo 2.-Se enmienda el Artículo 8 de la Ley 98-2007, según enmendada, para que lea como sigue:

"Artículo 8.-Desafíos de Gallos

Quedan prohibidos los desafíos de gallos que se celebren fuera de las galleras debidamente autorizadas de acuerdo con esta Ley; y toda persona que llevare a cabo peleas de gallos fuera de estas galleras o que tomare parte en ellas como dueños de gallo, juez o espectador en las mismas en contravención de lo dispuesto en esta Ley, será culpable de delito menos grave y condenado a pagar una multa no menor de quinientos (500) dólares ni mayor de cinco mil (5,000) dólares o cárcel por un período máximo de seis (6) meses, o ambas penas a discreción del Tribunal. En adición se dispone:

a. A los dueños de la finca o propiedad en que, a sabiendas, se estableciera una gallera clandestina o sitio o edificación apropiada para jugar peleas de gallos, a juicio de la Oficina de Asuntos Gallísticos, el Departamento de Recreación y Deportes le impondrá una multa que establecerá mediante reglamento.

b. Los empleados, agentes o representantes de los dueños de galleras consideradas clandestinas, empleados o encargados de la propiedad o finca en que hubiere una de dichas galleras clandestinas o sitio o edificación apropiada para jugar peleas de gallos, y a sabiendas participaren, promovieren o ayudaren

de algún modo a la celebración de dicha actividad ilícita, el Departamento de Recreación y Deportes le impondrá multa mediante reglamento.

c. Cuando la multa impuesta por el Departamento no fuere satisfecha inmediatamente, se someterá el caso al fiscal del Tribunal de Primera Instancia para el procesamiento de la persona o personas así culpables de violación a las disposiciones de esta Ley, y si resultaren convictos, el Tribunal podrá imponerles multa no mayor de cinco mil (5,000) dólares y/o pena de cárcel no mayor de seis (6) meses por cada falta; Disponiéndose, que se considerarán galleras clandestinas aquellos sitios en los que se sorprenda una jugada a espuela limpia, esto es, sin las botas, consistentes en trapos o guantes, que se les pone a los gallos en las espuelas para evitar que se hieran durante los traqueos o entrenamientos.

Quedan prohibidas las peleas de gallos en lugares donde se celebren las mismas de forma clandestina. Toda persona que participe en dichas peleas así como las personas que actúen como jueces de dichas peleas, personas que apuesten y los dueños de los lugares donde se celebren dichas peleas serán culpables de delito grave y convictos que fueren serán condenados a pagar una multa de $5,000.00 o cárcel por un periodo máximo de 6 meses o ambas penas a discreción del Tribunal. La Policía de Puerto Rico tomará posesión de los gallos que participen en dichas peleas y los entregará a la custodia del Cuerpo de Vigilantes del Departamento de Recursos Naturales y Ambientales quienes dispondrán de ellos mediante venta cuyo producto se ingresará al Fondo General. A aquellos jueces de peleas de gallos licenciados por el Departamento

de Recreación y Deportes para ejercer dicha función y que participen de peleas clandestinas se las suspenderá la licencia por un año como castigo adicional."

"Para fines de esta Ley, no se entenderá como pelea clandestina el ejercitar o traquear los gallos en preparación de sus peleas."

Artículo 3.-Se enmienda el Artículo 31 de la Ley 98-2007, según enmendada, para que lea como sigue:

"Artículo 31.-Seguridad

La Policía del Gobierno de Puerto Rico se encargará de velar por la paz y el orden en las galleras públicas de Puerto Rico, según dispone esta Ley. Todo Operador de gallera enviará una petición al Cuartel de la Policía que corresponda al área donde ubica la gallera e incluirá el calendario de la temporada gallística conjuntamente con una solicitud para que se asigne un policía a esa instalación cuando la misma esté en funciones o, por lo menos, se incluya a la gallera en el programa de vigilancia de patrulla de dicho Cuartel. El Comandante u oficial a cargo de cada cuartel en cuya jurisdicción existan galleras incluirá en su programa de patrullaje no menos de una visita por día de jugada a cada gallera. Los patrulleros deberán entrar a las galleras y firmar un registro que será provisto por el Departamento de Recreación y Deportes, y que estará bajo la custodia del Juez de Valla. Dicha petición deberá ser enviada con acuse de recibo."

Artículo 4.-Se enmienda el Artículo 35 de la Ley 98-2007, según enmendada, para que lea como sigue:

"Artículo 35.-Duración de Peleas

A partir de la aprobación de esta Ley [y por el término de un año], las peleas de gallos tendrán como tiempo máximo de duración [catorce (14)] doce (12) minutos. Durante este periodo de un (1) año, la Oficina de Asuntos Gallísticos del Departamento de Recreación y Deportes estudiará y evaluará la eficacia de la reducción del tiempo de peleas y establecerá, mediante reglamento, un término fijo de tiempo para las mismas, que no excederá de los quince (15) minutos."

Artículo 5.-Se faculta al Secretario del Departamento de Recreación y Deportes a promulgar cualquier tipo de reglamentación que entienda pertinente de conformidad a lo dispuesto en esta Ley.

Artículo 6.-Esta Ley entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.

Original

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta Asamblea Legislativa

7 ma Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

21 de mayo de 2012

RECIBIDO
SECRETARÍA SENADO PUERTO RICO
2012 MAY 21 PM 1:54

Informe Positivo sobre el P. de la C. 3710

AL SENADO DE PUERTO RICO

La **Comisión de Salud** del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración, tiene a bien someter a este Alto Cuerpo su informe final con relación al P. de la C. 3710 y recomienda favorablemente su aprobación sin enmiendas en el entirillado electrónico.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El P. de la C. 3710 propone enmendar la Ley 194-2011, conocida como Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, a los fines de añadir nueve (9) nuevos capítulos que regulan la forma en que se maneja, utiliza y divulga la información médica de las personas cubiertas o asegurados; la operación en Puerto Rico de las organizaciones de servicios de salud limitados; la verificación de credenciales de los profesionales de la salud; los procesos de mejora de calidad en las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios que llevan a cabo las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; la suficiencia de las redes de proveedores para planes de cuidado cordinado; los procesos de revisión externa de las determinaciones adversas que hacen las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; el pago o reembolso de los costos de medicamentos que son recetados para indicaciones diferentes a las que aparecen en la etiqueta; la prohibición del

discrimen indebido contra víctimas de maltrato por parte de los planes médico; y para otros fines relacionados.

El Gobierno de Puerto Rico considera una de sus prioridades adoptar medidas dirigidas a proveer a toda la población mayor acceso a servicios de salud de la más alta calidad. Resulta parte esencial de dicha encomienda garantizar que la industria de seguros de salud responda adecuadamente a las necesidades de nuestra población y a los cambios y nuevas exigencias implantadas en este campo con la aprobación de las leyes conocidas como "Patient Protection and Affordable Care Act" y "Health Care and Education Reconciliation Act". Por ese motivo se propone enmendar la ley de referencia.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Para el estudio del P. de la C. 3710, la Comisión recibió los memoriales de la Cámara de Representantes y su informe. También, celebró vistas sobre el P. del S. 2403, que es el equivalente al P. de la C. 3710, los días 20, 24, 31 de enero y 7 de febrero de 2012.

La ***Asociación de Hospitales*** indicarón que luego de evaluar la medida encontraron que hay ciertas áreas del mismo con las cuales no están de acuerdo. Estos hacen referencia a los aspectos del proyecto en donde se establece que los proveedores de salud, incluyendo los hospitales, tengan que proveer servicios de salud aun cuando no reciban pagos de estos por las diversas circunstancias que establece el proyecto. Estos se oponen al capítulo número 26 del proyecto porque entiende que el principio de pago que se establece por los aseguradores debe de ser aplicable también, a las situaciones donde las aseguradoras u organizaciones de salud no paguen los servicios prestados a los proveedores. Una alternativa al asunto de pagos a hospitales en periodos de transición sería crear un fondo para cubrir los gastos de planes médicos en caso de insolvencia o falta de pago.

La ***Administración de Seguros de Salud,*** que bajo este proyecto surge la interrogante sobre la aplicabilidad y alcance de este código en cuento a los contratos entre ASES y las organizaciones de seguros de salud y los asegurados, ya que el mismo aplicara a todas las aseguradoras y organizaciones de salud. Recomendamos se incorpore lenguaje explicito en donde se aclare como este proyecto aplicará a los procedimientos reconocidos en la Ley 72, supra, y en los contratos de MI SALUD. La ASES recomienda la evaluación de la Asociación de Compañías de Seguros de

Puerto Rico (ACODESE) y del Colegio de Médicos de Puerto Rico, por ser estas las entidades de alguna manera afectadas por el alcance del proyecto.

Entienden que durante los últimos años el Gobierno de Puerto Rico ha promulgado una serie de medidas legislativas dirigidas a establecer un mayor control y regulación en el campo de seguros de salud. Entendemos que reunir en un compendio o Código todas aquellas leyes aprobadas (y futuras) en un volumen dirigido exclusivamente a los seguros de salud resultará práctico y facilitará la implementación de la legislación y reglamentación en este campo. La Administración de Seguros de Salud dará algunas recomendaciones que tomaran en consideración en el entirillado electrónico que acompaña el presente informe.

La ASES reconoce que el Gobierno de Puerto Rico tiene la responsabilidad ineludible de garantizar el acceso y velar por el ofrecimiento eficiente de servicios de salud. Esto incluye el que la búsqueda de más y mejores beneficios de salud para la población, se recoja y uniforme la regulación relacionada con la industria de los seguros de salud en Puerto Rico.

La ***Asociación de Farmacias de la Comunidad de Puerto Rico*** favorece la aprobación del proyecto de ley ante nuestra consideración por entender que el mismo está muy bien redactado y organizado. Entienden que con la creación y adopción del mismo se revistan las facultades y responsabilidades de las aseguradoras y organizaciones de servicios de salud, dirigidas a proveer un mayor y mejor acceso a los servicios de salud y una mejor calidad en los servicios prestados. También sometieron sus recomendaciones con el objetivo de mejorar la medida.

El ***Departamento de Justicia*** no tiene objeción a que se continúe el trámite legislativo del Proyecto del Senado 2403. Entre sus comentarios legales indican que la presente medida está dirigida a cumplir con los cambios y nuevas exigencias implantadas con la aprobación de las leyes federales conocidas como "*Patient Protection and Affordable Care Act*" y "*Health Care and Education Reconciliation Act*".

La ***Oficina del Procurador del Ciudadano***, mencionó que el Pacto Internacional de Derecho Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1966, reconoce los Derechos económicos, sociales y culturales, esto es, los Derechos Humanos de segunda generación. En el Artículo 12 se reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A pesar de que el Congreso no ha ratificado el mencionado tratado, la administración del Presidente Barack

Obama logró aprobar la Ley de Reforma de Salud Federal, mediante la cual se espera lograr que todos en la Nación tengamos un seguro médico económicamente accesible a través del cual podremos obtener servicios de salud de la más alta calidad.

La actual administración, por su parte realizó importantes cambios a la Reforma de Salud, ahora llamada Mi Salud, estableciendo un modelo de salud integrado con énfasis en el cuidado primario y en la prevención. Posteriormente, la Asamblea Legislativa aprobó el Plan de Reorganización 1, mediante el cual se derogó la Ley 11-2001, se creó la Oficina del Procurador de la Salud y promulgó el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

El Proyecto de Ley en referencia continúa éste proceso de implantar medidas que garanticen a la ciudadanía el derecho a la salud, integrando al Código de Seguros de Salud una seríe de disposiciones que lo harán más completo. Finalmente, favorecemos la aprobación del P. de la C. 3710.

La ***Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM)*** menciona en su memorial explicativo que como proveedores de servicios de salud supraterciarios y exclusivos, hemos identificado patrones operacionales por parte de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, que no son cónsonos o compatibles con la mejor práctica de la medicina, están en contraposición con leyes, estatutos y estándares que rigen la práctica de la ciencia médica y la industria de prestación de servicios de salud y no necesariamente cumplen con el mejor interés del asegurado o suscriptor del plan médico.

La rehabilitación física, ocupacional, del habla y entretenimiento, es elemento indispensable para reintegrar al individuo a la sociedad de forma efectiva y productiva. Muchas aseguradoras no contienen en sus pólizas cubiertas para rehabilitación o la condicionan de la forma que les conviene.

Era necesario un Proyecto que fiscalice, audite y ponga en orden las operaciones de las organizaciones de servicios de salud, para proveer una garantía de servicios de calidad y en fiel cumplimiento de los protocolos, estándares y leyes que rigen la práctica de la medicina. Finalmente, consideran muy asertivos, apropiados y justificados los nueve (9) capítulos para los propósitos de la antedicha pieza legislativa.

El ***Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico***, endosa la aprobación de la medida bajo estudio, si se incorporan las enmiendas sugeridas en su ponencia. Opina el Colegio de

Médicos, que el nuevo Código no puede ser uno sesgado a la industria constituida por las compañías de seguros médicos.

Entienden que en términos del manejo de la información médica de los pacientes no se puede perder de vista que en su práctica médica no puede estar reñida con los cánones de ética de su profesión.

La ***Oficina del Comisionado de Seguros*** avala la medida. Expresan que el mismo constituye una importante herramienta para una mejor, más cabal y efectiva regulación y fiscalización de la industria de seguros de salud de Puerto Rico. Está acorde con su deber ministerial de regular y fiscalizar la industria de seguros en Puerto Rico y de establecer la política pública dirigida a la protección del interés público.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

Estas comisiones suscribientes han determinado que esta medida no tiene impacto fiscal significativo sobre las finanzas de gobiernos municipales.

IMPACTO FISCAL ESTATAL

Cumpliendo con el Articulo 8 de la Ley Núm. 103 del 25 de mayo de 2006 , " Ley para la Reforma Fiscal del Estado Libre Asociado de Puerto Rico" , según enmendada y el Reglamento del Senado de Puerto Rico, se determina que la aprobación de esta medida no tendrá impacto fiscal en los presupuestos de agencias, departamentos, organismos o instrumentalidades que ameriten certificación de la Oficina de Gerencia y Presupuesto y del Departamento de Hacienda, tampoco conlleva impacto presupuestario sobre los municipios del Gobierno de Puerto Rico.

CONCLUSIÓN

La Comisión de Salud realizó un resumen por capítulo de este Proyecto de avanzada para que se tenga una idea de la magnitud e importancia del mismo. A continuación compartimos el mismo.

Cap. 14 – Protección de la Información Médica

1. Requiere que los aseguradores establezcan procedimientos específicos para el manejo adecuado de toda información médica que advenga en su poder.

2. Establece salvaguardas en torno a la recopilación, utilización y divulgación no autorizada de la información médica de los pacientes asegurados.

3. Reconoce el derecho de los pacientes asegurados a enmendar su información médica protegida mediante el proceso que a tales fines se establece.

4. Se establecen sanciones (civiles y penales) para aquellos aseguradores que recopilen, utilicen o divulguen información médica protegida sin autorización. Las multas son de $10,000 por cada violación y hasta $250,000 si las violaciones son reiteradas. En casos extremos podría fijarse pena de reclusión entre 1 a 10 años, dependiendo de las circunstancias.

Cap. 16 – Organizaciones de Servicios de Salud Limitados

1. Exige que estas organizaciones que se dedica a la prestación de servicios de salud limitados (por ejemplo de salud mental, dental o de visión exclusivamente), estén autorizadas por el Comisionado y, por ende, sujetas a su jurisdicción fiscalizadora.

2. Establece que las organizaciones de este tipo que estén operando al presente sin estar autorizadas por el Comisionado tendrán un periodo de 90 días, a partir de la aprobación de la ley, para autorizarse.

3. Se requiere que estas organizaciones radiquen ante el Comisionado sus formularios de cubiertas (pólizas) y las tarifas que cobrarán (primas).

4. Se les exige la radicación de informes anuales y demás requisitos que se imponen a todos los regulados.

Cap. 18 – Verificación de Credenciales de los Profesionales de la Salud

1. Exige que los aseguradores establezcan un programa abarcador para verificar las credenciales de los profesionales de la salud que forman parte de su red, con miras a asegurar que aquellos que participan en sus planes médicos cumplan, como mínimo, con las calificaciones básicas de su profesión.

2. Las normas dispuestas rigen la verificación inicial de las credenciales y la revalidación subsiguiente de las mismas.

3. Otorga a los profesionales de la salud la oportunidad de examinar y corregir la información obtenida durante el proceso de verificación de credenciales.

Cap. 20 – Evaluación y Mejora de Calidad en las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores

1. Establece criterios para la evaluación de calidad y las actividades de mejora de calidad en las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen planes de cuidado coordinado.

2. El propósito es que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores evalúen, mantengan y mejoren la calidad de los servicios de cuidado de la salud que les proveen a las personas cubiertas o asegurados.

Cap. 24 – Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios

1. Establece las normas y los criterios que regirán la estructura y funcionamiento de los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios que llevan a cabo las organizaciones de seguros de salud o aseguradores.

2. Los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios son el conjunto de técnicas formales que utiliza un asegurador para supervisar los servicios y procedimientos que se prestan a los asegurados, o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar la necesidad médica, idoneidad, eficacia o eficiencia de los mismos.

3. Se establecen garantías para asegurar que, al llevar a cabo la revisión de utilización, los aseguradores apliquen, de manera uniforme, los criterios de revisión clínica, los cuales tiene que estar documentados y fundamentados en evidencia clínica sólida y tienen que ser evaluados periódicamente para asegurar su vigencia.

4. Se establecen procedimientos y términos expeditos para llevar a cabo la revisión de utilización, de modo que no se dilaten los servicios que necesitan los pacientes asegurados y pueda ponerse en riego la salud de éstos.

5. A modo de ejemplo, el término para que el asegurador haga sus determinaciones conforme una solicitud de servicio de cuidado urgente no puede exceder de 24 horas.

6. Se establecen requisitos de divulgación a los pacientes asegurados para que éstos conozcan de antemano sus derechos y responsabilidades respecto a estos procedimientos.

Cap. 26 – Suficiencia de las Redes de Proveedores para Planes de Cuidado Coordinado

1. El propósito de este Capítulo consiste en establecer los criterios que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deben seguir para la creación y mantenimiento de redes de proveedores, ello con miras a promover que los servicios de cuidado de la salud que se ofrecen a los pacientes asegurados sean adecuados, accesibles y de calidad.

2. Requiere a todo asegurador que ofrezca planes de cuidado coordinado mantener una red compuesta por una cantidad y variedad suficiente de proveedores, de modo que pueda garantizar que todos los servicios para las personas aseguradas permanezcan accesibles sin demora irrazonable.

3. Se establecen los criterios que habrán de utilizarse para evaluar y determinar la suficiencia de proveedores, entre otros, los siguientes:

a. el promedio de personas aseguradas atendidas por cada especialidad médica;

b. el promedio de personas aseguradas atendidas por el proveedor de cuidado primario;

c. el acceso por zona geográfica;

d. el tiempo de espera para citas con proveedores participantes;

e. las horas de operación y el volumen de servicios tecnológicos y especializados que estén disponibles para satisfacer las necesidades de las personas aseguradas que requieran cuidado tecnológico avanzado o cuidado especializado.

4. Se exige a los aseguradores garantizar que existan proveedores participantes a una distancia razonable del lugar de trabajo o residencia de las personas aseguradas.

5. Se establecen ciertos requisitos que deben contener los contratos entre aseguradores y proveedores participantes, en protección de los pacientes asegurados. A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes:

a. Cláusula de relevo de responsabilidad que establezca que, bajo ninguna circunstancia, el proveedor cobrará a la persona asegurada cantidad alguna por servicios que se hayan provisto conforme a lo dispuesto en el plan médico, salvo los coaseguros, deducibles o copagos que correspondan.

b. Cláusula a los efectos de que, en caso de que la organización de seguros de salud o asegurador advenga insolvente, o experimente otro tipo de cese de operaciones, el proveedor

continuará ofreciendo los servicios cubiertos a las personas cubiertas o asegurados, durante el periodo para el cual se haya pagado la prima o hasta que se dé de alta a la persona cubierta o asegurado recluida, cual sea mayor de los periodos.

6. Se prohíbe expresamente que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores ofrezcan incentivos a los proveedores para que presten a las personas cubiertas o asegurados menos servicios médicos que los necesarios.

7. Se requiere que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores radiquen ante el Comisionado los modelos de contratos que utilizarán con sus proveedores participantes e intermediarios, de modo que el Comisionado pueda constatar el cumplimiento con las disposiciones de este Capítulo.

Cap. 28 – Revisión Externa Independiente

1. Establecer los procedimientos de revisión externa que regirán en Puerto Rico, a fines de garantizar que los asegurados tengan la oportunidad de recibir una revisión independiente de las determinaciones adversas o determinaciones adversas finales que hacen las organizaciones de seguros de salud o aseguradores.

2. Requiere que los aseguradores notifiquen por escrito a los asegurados del derecho que tienen a solicitar que se realice una revisión externa conforme a las disposiciones de este Capítulo.

3. El proceso de revisión externa implica que profesionales de la salud que no tienen ninguna relación con el asegurador revisarán la determinación adversa que en primera instancia hizo el propio asegurador denegando un servicio, curso de tratamiento o el pago del mismo.

4. La solicitud de revisión externa se canaliza a través del Comisionado de Seguros, quien tiene la responsabilidad de asignar el caso a alguna de las organizaciones de revisión independiente que ya hayan sido certificadas para realizar dichas labores.

5. Dispone el proceso específico, así como los términos que aplicarán en los casos de solicitudes para:

a. Revisión externa ordinaria

b. Revisión externa acelerada (72 horas máximo para resolver)

c. Revisión externa de determinación adversa basada en tratamiento experimental o investigativo.

6. Establece los requisitos mínimos de aptitud y competencia para ser certificado como organización de revisión externa independiente.

7. Se dispone que la organización de seguros de salud o asegurador contra el que se presente una solicitud de revisión externa tendrá la obligación de pagar a la organización de revisión independiente por la revisión externa.

Cap. 52 – Uso No Indicado en la Etiqueta (Off-Label Drug Use)

1. El propósito de este Capítulo es establecer parámetros para el pago o reembolso, por parte de los aseguradores, de los costos relacionados con los medicamentos que, a pesar de tener la aprobación de la FDA, son utilizados para indicaciones diferentes a las que aparecen en la etiqueta ("off-label use"). Ello puesto que, denegar el pago o reembolso de los medicamentos por motivo de que el mismo será utilizado para un uso no indicado en la etiqueta, podría interrumpir o impedir el acceso al tratamiento necesario y adecuado para los asegurados.

2. Para lograr lo anterior, se establece que los planes médicos con cubierta para medicamentos deberán proveer para el despacho de los medicamento cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando:

a. el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y

b. el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad de que se trate en algún "standard reference compendia" o en "peer-reviewed medical literature".

3. El requisito de cubierta antes expuesto no aplicará cuando la FDA haya determinado que el uso de determinado medicamento es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe.

Cap. 72 – Discrimen contra Víctimas de Maltrato

1. El propósito de este capítulo es prohibir que las organizaciones de seguros de salud, aseguradores o profesionales de seguros discriminen indebidamente contra las víctimas de maltrato.

2. Para efectos de este capítulo, "maltrato" se define como la comisión de uno o más de los siguientes actos, bien fueren ejecutados por un miembro o ex miembro de la familia de la

víctima, algún residente de su casa, compañero o compañera sentimental o cualquier persona a cargo de su cuidado:

a. Intentar causar o causar, de manera intencional o negligente, daño corporal, daño físico, angustia mental grave, trauma psicológico, ultraje, agresión sexual o relaciones sexuales involuntarias.

b. Llevar a cabo, a sabiendas, una conducta de persecución en contra de la víctima, lo que incluye perseguirla, sin la debida autorización, en circunstancias que la víctima pudiera entender razonablemente que su integridad física peligra;

c. Restringir la libertad de la víctima; o

d. Causar, a sabiendas o de manera negligente, daños a la propiedad con el objetivo de intimidar o controlar el comportamiento de la víctima.

3. Por su parte, "víctima de maltrato" se define como la persona en contra de la

cual se ha cometido un acto de maltrato; que tiene o ha sufrido lesiones, enfermedades o trastornos resultantes del maltrato; o que solicita o ha solicitado, o podría tener motivo para solicitar, tratamiento médico o psicológico debido al maltrato; o protección legal o refugio para protegerse del maltrato.

4. El capítulo prohíbe una serie de actos que se consideran constitutivos de discrimen indebido, por parte de los planes médicos, contra las víctimas de maltratos, entre éstos:

a. Denegar, rehusar emitir o renovar, cancelar o de otra manera terminar o restringir la cubierta de un plan médico, o establecer un costo adicional o aumentar la prima de un plan médico, basado en que la persona cubierta o asegurado ha sufrido maltrato.

5. Excluir, limitar la cubierta o denegar una reclamación basado en la situación de víctima de maltrato de la persona cubierta o asegurado.

6. También se prohíbe, por considerarse injustamente discriminatorio, que un asegurador o profesional de seguros divulgue o transfiera, salvo contadas excepciones, información confidencial sobre el maltrato, según se define dicho término.

7. Establece que constituye un acto discriminatorio terminar la cubierta grupal de una víctima de maltrato por motivo de que la cubierta se hubiere emitido originalmente a nombre del maltratante y éste se haya divorciado o separado de la víctima de maltrato, o haya perdido la custodia de la víctima, o porque la cubierta del maltratante haya terminado de cualquier otra manera voluntaria o involuntaria.

8. Los aseguradores o profesionales de seguros que actúen de alguna manera que afecte adversamente a un asegurado, actual o potencial, a base de una condición médica que está relacionada con el maltrato, tendrán que explicar por escrito las razones de su proceder y estar preparados para demostrar que sus acciones y toda disposición aplicable del plan médico:

a. No se basan en una correlación real o percibida entre una condición médica y el maltrato;

b. Se permiten por ley y se aplican de la misma manera y con el mismo alcance a todos los asegurados, actuales o potenciales, que tengan una condición médica similar, independientemente si la condición o reclamación se relaciona con el maltrato.

9. Se faculta al Comisionado para realizar investigaciones de toda querella recibida en que se impute que se ha violado alguna disposición de este capítulo. El Comisionado podrá atender la violación de la manera que corresponda según la naturaleza y gravedad de la misma, lo cual podría incluir la suspensión o revocación de certificados de autoridad o licencias, la imposición de sanciones civiles, órdenes de cese y desista, interdictos, órdenes de resarcimiento, referidos a fiscalía o una combinación de estas medidas. Los poderes y deberes que se disponen en este Artículo son adicionales a la autoridad que tiene el Comisionado conforme a otras disposiciones legales.

La Comisión de Salud, luego del análisis y evaluación del proyecto avala lo expuesto en su Exposición de Motivos. "Conscientes de la responsabilidad asumida, **por vez primera en la historia de Puerto Rico esta Asamblea Legislativa se dio a la tarea de recoger y uniformar, en un sólo cuerpo legal, todas las normas relacionadas con la regulación de las operaciones de la industria de los seguros de salud**. Esta iniciativa legislativa, conocida como el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incide sobre un sinnúmero de áreas de gran relevancia en la industria de los seguros de salud y regula, además, diversas áreas de necesidad identificadas a través de los años y tras la experiencia obtenida en el manejo de diversos modelos de financiación y prestación de los servicios médicos en Puerto Rico y en Estados Unidos. Todo lo anterior, basado en la legislación modelo desarrollada por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés)."

Esta tarea histórica concluye con la aprobación de esta segunda fase del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. De otra parte, las enmiendas incorporadas en la Cámara de Representantes recogen y atienden las preocupaciones y sugerencias de los deponentes que tuvo

ante sí ésta Comisión. Por todo lo antes expuesto la Comisión de Salud recomienda favorablemente la aprobación del P. de la C. 3710.

Respetuosamente sometido,

Ángel Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud

Entirillado Electrónico
(TEXTO DE APROBACION FINAL POR LA CAMARA)
(10 DE MAYO DE 2012)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16ta. Asamblea Legislativa

6ta. Sesión Ordinaria

CAMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 3710

26 DE OCTUBRE DE 2011

Presentado por los representantes y las representantes *González Colón, Rodríguez Aguiló, Méndez Núñez, Pérez Otero, Alfaro Calero, Aponte Hernández, Bonilla Cortés, Bulerín Ramos, Casado Irizarry, Chico Vega, Cintrón Rodríguez, Colón Ruiz, Correa Rivera, Fernández Rodríguez, Jiménez Negrón, Jiménez Valle, León Rodríguez, López Muñoz, Márquez García, Meléndez Ortíz, Navarro Suárez, Nolasco Ortiz, Peña Ramírez, Pérez Ortiz, Quiles Rodríguez, Ramírez Rivera, Ramos Peña, Ramos Rivera, Rivera Guerra, Rivera Ortega, Rivera Ramírez, Rodríguez Homs, Rodríguez Miranda, Silva Delgado, Torres Calderón, Torres Zamora* y *Vega Pagán*

Referido a la Comisión de Salud

LEY

Para enmendar la Ley 194-2011, conocida como Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, a los fines de añadir nueve (9) nuevos capítulos que regulan la forma en que se maneja, utiliza y divulga la información de salud de las personas cubiertas o asegurados; la operación en Puerto Rico de las organizaciones de servicios de salud limitados; la verificación de credenciales de los profesionales de la salud; los procesos de mejora de calidad en las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios que llevan a cabo las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; la suficiencia de las redes de proveedores para planes de cuidado coordinado; los procesos de revisión externa de las determinaciones adversas que hacen las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; el pago o reembolso de los costos de medicamentos que son recetados para indicaciones diferentes a las que aparecen en la etiqueta; la prohibición del discrimen

indebido contra víctimas de maltrato por parte de los planes médico; y para otros fines relacionados.

EXPOSICION DE MOTIVOS

El Gobierno de Puerto Rico considera una de sus prioridades adoptar medidas dirigidas a proveer a toda la población mayor acceso a servicios de salud de la más alta calidad. Resulta parte esencial de dicha encomienda garantizar que la industria de seguros de salud responda adecuadamente a las necesidades de nuestra población y a los cambios y nuevas exigencias implantadas en este campo con la aprobación de las leyes conocidas como "Patient Protection and Affordable Care Act" y "Health Care and Education Reconciliation Act".

Conscientes de la responsabilidad asumida, por vez primera en la historia de Puerto Rico esta Asamblea Legislativa se dio a la tarea de recoger y uniformar, en un sólo cuerpo legal, todas las normas relacionadas con la regulación de las operaciones de la industria de los seguros de salud. Esta iniciativa legislativa, conocida como el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incide sobre un sinnúmero de áreas de gran relevancia en la industria de los seguros de salud y regula, además, diversas áreas de necesidad identificadas a través de los años y tras la experiencia obtenida en el manejo de diversos modelos de financiación y prestación de los servicios médicos en Puerto Rico y en Estados Unidos. Todo lo anterior, basado en la legislación modelo desarrollada por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés).

Debido a la complejidad e importancia de los asuntos contenidos en el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, el estudio e implantación de sus disposiciones ha sido dividido por fases. La primera de estas fases fue aprobada por esta Asamblea Legislativa al amparo de la Ley 194-2011. La presente medida legislativa constituye la segunda fase de de este Código dirigido a recoger y uniformar la regulación relacionada con la industria de los seguros de salud en Puerto Rico.

Con la aprobación de esta segunda fase del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico se adopta regulación especialmente dirigida a atender los asuntos relacionados con el manejo adecuado de la información de salud de los pacientes asegurados; requisitos para operar como una organización de servicios de salud limitados; procesos de verificación de credenciales de los profesionales de la salud; criterios de evaluación de calidad y mejora de calidad de servicios por organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen planes de cuidado coordinado; procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios llevados a cabo por las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; así como la regulación sobre la creación y mantenimiento de redes de proveedores de servicios de salud para planes de cuidado coordinado.

De igual manera, se establecen normas definidas respecto a los procedimientos de revisión externa de determinaciones adversas realizadas por las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; procedimiento para el pago o reembolso del costo de medicamentos prescritos para un uso diferente al indicado en su etiqueta ("off-label use") y la prohibición de actos constitutivos de discrimen indebido contra las víctimas de maltrato, por parte de organizaciones de servicios de salud, aseguradores o profesionales de salud.

Esta Asamblea Legislativa, en el mejor interés de establecer legislación cónsona con las necesidades y cambios surgidos en el sector de la industria de seguros de salud, entiende necesario y conveniente la aprobación de la presente segunda fase del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. De esta manera, el sector de la salud se beneficia de un mecanismo adicional dirigido a propiciar garantías en el manejo adecuado de las operaciones y calidad de los servicios ofrecidos en la industria de seguros de salud.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.-Se añade el nuevo Capítulo 14 a la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", el cual dispondrá lo siguiente:

"Capítulo 14 Protección de la Información de Salud

Artículo 14.010. Título

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Protección de la Información de Salud

Artículo 14.020. Propósito

El propósito de este Capítulo es establecer normas para proteger la información de salud de las personas cubiertas o asegurados, requiriendo que las organizaciones de seguros de salud y los aseguradores establezcan procedimientos para el manejo adecuado de toda información de salud que cree, mantenga, use o divulgue como parte de sus operaciones. Cualquier disposición de este capítulo que conflija con la Regla de Privacidad de la "Health Insurance

Portability and Accountability Act de 1996", según enmendada, o cualquier otra ley federal aplicable, se entenderá enmendada para que armonice con la ley y la regla federal.

Artículo 14.030. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Divulgar" significa dar a conocer, transferir o difundir de alguna manera información de salud protegida.

B. "Información de salud" significa información o datos, verbales o registrados en la manera y el medio que fuera que,

(1) sea creada o recibida por el asegurador o la organización de servicios de salud, y

(2) Se relaciona con la salud física, mental o conductual, o las condiciones pasadas, presentes o futuras de salud de la persona, o un miembro de la familia de ésta, la prestación de servicios de salud a la persona o el pago pasado, presente o futuro por servicios de salud que se presten a una persona

(3) El pago por los servicios de cuidado de la salud prestados a una persona.

(4) Para propósitos de este Código de Seguros de Salud la información de salud incluye información demográfica, genética e información sobre explotación financiera o

maltrato según este término es definido en el Capítulo 72 de este Código.

C. "Información de salud protegida" significa información de salud:

(1) Que identifica a la persona objeto de la información; o

(2) Información con respecto a la cual sería razonable entender que se podría usar para identificar a la persona objeto de ésta.

Los elementos identificadores incluyen, pero no se limitan a:

a. Nombre o apodo de la persona, sus familiares o patronos;

b. Dirección, excepto si la información se brinda de forma agregada por municipio;

c. Todo elemento de fecha (excepto año) directamente relacionada con una persona particular como fecha de nacimiento, fecha de admisión o de alta, fecha de muerte

d. Número de teléfono, facsímil, cuenta bancaria, seguro social, número de póliza o contrato, dirección electrónica, número de expediente clínico, licencia de conducir;

e. Identificadores biométricos;

f. Fotografías de cara completa, entre otros

D. Investigación" significa el proceso de indagación que incluye, sin limitarse a éstos, los siguientes: el desarrollo de una hipótesis y la comprobación sistemática de la misma; la descripción y análisis de los procesos, comportamientos y fenómenos físicos, sociales, políticos y médicos.

E. "Investigación científica, médica o de política pública" significa una investigación realizada para mejorar la eficacia de los procedimientos de diagnóstico o de tratamiento, o las operaciones de los sistemas de cuidado de la salud, públicos o privados, cuyos resultados o hallazgos se propongan publicar o diseminar para beneficio del público en general. Disponiéndose, que la investigación científica, médica o de política pública excluye todas las actividades enumeradas en el Artículo 14.100 (H)(1) de este Código.

F. "No autorizada" significa la recopilación, utilización o divulgación de información médica protegida que lleva a cabo una organización de seguros de salud o asegurador, sin la autorización de la persona objeto de dicha información, o sin cumplir con las disposiciones de este Capítulo.

G. "Organización auxiliar de seguros" significa una persona o entidad que se dedica a la recopilación de información de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, productores u

otras organizaciones auxiliares de seguros, con el propósito de establecer tarifas o realizar gestiones relacionadas, detectar o prevenir el fraude o la falsa representación en relación con las actividades de suscripción de seguros o tramitación de reclamaciones. No se considerarán "organizaciones auxiliares de seguros" para los propósitos de este Capítulo a los productores de seguros, las instituciones gubernamentales, las instituciones de cuidado de la salud ni a los profesionales de la salud.

H. "Organización de investigación" significa una persona u organización dedicada a realizar investigaciones científicas, médicas o de política pública que posee una Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board).

Artículo 14.040. Aplicabilidad y Alcance

Este Capítulo es aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud o aseguradores y rige el manejo por parte de éstos de la información médica, lo cual incluye la recopilación, utilización y divulgación de información médica protegida.

Artículo 14.050. Políticas, Normas y Procedimientos para el Manejo de la Información de Salud

A. La organización de seguros de salud o asegurador desarrollará e implementará políticas, normas y procedimientos para el manejo de la información de salud, con el propósito de impedir la recopilación,

utilización o divulgación no autorizada de información de salud protegida. Las mismas deberán cumplir con las exigencias aplicables contenidas en las Reglas de Privacidad y Seguridad federal expedidas acorde con HIPAA. Dichas políticas, normas y procedimientos incluirán lo siguiente:

(1) Controles en el acceso a la información de salud basados en las funciones del puesto de sus empleados

(2) Adiestramiento adecuado para todos los empleados;

(3) Medidas disciplinarias en caso de violaciones a las políticas, normas y procedimientos sobre la información de salud;

(4) Identificación de los puestos de trabajo y descripciones de las tareas de las personas que están autorizadas a divulgar la información de salud protegida;

(5) Procedimientos para autorizar y restringir la recopilación, utilización o divulgación de información de salud protegida;

(6) Métodos para acceder y enmendar la información de salud protegida, según se dispone en los Artículos 14.070 y 14.080 de este Código;

(7) Métodos para manejar, divulgar, almacenar y desechar la información de salud;

(8) Verificación periódica del cumplimiento de los empleados con las políticas, normas y procedimientos de la organización de seguros de salud o asegurador y

(9) Métodos de informar y permitir que una persona objeto de la información de salud protegida solicite la divulgación específica o la no divulgación de información de salud protegida, según se dispone en el Artículo 14.140 de este Código.

B. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tomarán las medidas pertinentes para cerciorarse que toda aquella persona o entidad con la cual contrate, para funciones relacionadas con la recopilación, divulgación, manejo o uso de información de salud protegida, cumpla con lo siguiente:

(a) Tenga políticas, normas y procedimientos que satisfagan los requisitos de este Capítulo sobre la información de salud y

(b) Conozca su obligación de cumplir con todos los requisitos de las leyes y reglamentos estatales y federales que rigen la recopilación, utilización y divulgación de la información de salud protegida.

(2) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores requerirán, en sus contratos con los proveedores, que éstos tengan políticas, normas y procedimientos sobre la conservación de la confidencialidad de la información de salud.

C. La organización de seguros de salud o asegurador tendrá disponibles las políticas, normas y procedimientos desarrollados conforme a este Artículo para ser examinados e inspeccionados por el Comisionado.

Artículo 14.060. Aviso sobre las Políticas, Normas y Procedimientos para el Manejo de la Información de salud

A. La organización de seguros de salud o asegurador redactará un aviso escrito de sus políticas, normas y procedimientos para el manejo de la información de salud, el cual estará disponible para ser examinado e inspeccionado por el Comisionado. El referido aviso incluirá:

(1) La recopilación, utilización y divulgación de información de salud protegida que se prohíbe y que se permite, según este Capítulo;

(2) Los procedimientos para autorizar, desautorizar y limitar la divulgación de información de salud protegida;

(3) Los procedimientos para acceder información de salud protegida y enmendarla y

(4) El derecho de la persona cubierta o asegurado a examinar las políticas, normas y procedimientos de la organización de seguros de salud o asegurador para el manejo de la información de salud protegida.

B. La organización de seguros de salud o asegurador suministrará el aviso a las personas cubiertas o asegurados al momento de la entrega de la póliza y a toda otra persona previa solicitud.

Artículo 14.070. Derecho de Acceso a la Información de Salud Protegida

A. Sujeto a las excepciones enumeradas en el Artículo 14.070(B)(3) de este Código, toda persona objeto de información de salud protegida tiene

derecho a examinar o recibir, de manos de la organización de seguros de salud o asegurador, una copia de su información de salud protegida.

B. La persona objeto de la información de salud protegida podrá solicitar por escrito a la organización de seguros de salud o asegurador acceder dicha información. Al recibo de una solicitud a tales efectos, la organización de seguros de salud o asegurador tendrá treinta (30) días para llevar a cabo alguna de las alternativas que se enumeran continuación: De necesitar tiempo adicional para producir el informe, el asegurador u organización de servicios de salud contará con un término adicional de 30 días calendario para responder al solicitante. El término adicional debe ser notificado al solicitante previo a la expiración del plazo original con una explicación del motivo de la demora:

(1) Proveer al solicitante una copia de la información de salud protegida solicitada, o si no es posible proveer una copia, permitirle que examine la información de salud protegida durante horas laborales normales;

(2) Notificar al solicitante que no tiene en su poder la información de salud protegida y, si se sabe, informarle el nombre y la dirección de la persona que tiene la información de salud protegida solicitada; o

(3) Denegar la solicitud, en su totalidad o en parte, si la organización de seguros de salud o asegurador determina alguna de las siguientes:

(a) Que el tener conocimiento de la información de salud protegida podría identificar la fuente confidencial que proveyó la misma en el curso de una investigación debidamente constituida por ley, o de un proceso judicial;

(b) Que la información de salud protegida se recopiló en preparación para un litigio, o como parte de una investigación por parte de los agentes del orden público o de alguna unidad anti fraude, o para propósitos de garantía de calidad;

(c) Que la información de salud protegida es el trabajo original producido por la organización de seguros de salud o asegurador, lo cual incluye, entre otras, la interpretación, impresiones mentales, instrucciones y todo otro producto del trabajo original de la organización de seguros de salud o asegurador, sus empleados y agentes;

(d) Que el solicitante es una de las partes en un litigio que involucra a la organización de seguros de salud o asegurador, y en donde la condición de salud del solicitante está en controversia sujeto con lo dispuesto tanto en las Reglas de Procedimiento Civil, Criminal o de Evidencia vigentes relacionadas a los procedimientos descubrimiento de prueba en casos judiciales de daños y perjuicios por mala

practica profesional o impericia médica. No obstante, una vez se resuelva el litigio, se restaurará el derecho del solicitante a acceder la información de salud protegida; o

(e) Que la divulgación de la información de salud protegida al solicitante objeto de la misma está prohibida por ley.

C. Si se deniega una solicitud para examinar o copiar información de salud protegida, en su totalidad o en parte, la organización de seguros de salud o asegurador notificará por escrito al solicitante las razones para la denegación. Cuando se haya recopilado la información de salud protegida en preparación para un litigio, o como parte de una investigación, no se requerirá que la organización de seguros de salud o asegurador informe al solicitante las razones para la denegación.

D. La organización de seguros de salud o asegurador no tendrá que crear un expediente nuevo para responder a una solicitud de información de salud protegida.

E. La organización de seguros de salud o asegurador puede cobrar una cantidad razonable por suministrar la información de salud protegida que se ha solicitado y proveerá una factura desglosada de lo cobrado. No se cobrará ningún cargo por la reproducción de información de salud protegida que haya sido solicitada para sustentar una reclamación o apelación, o para acceder a un programa de beneficios médicos auspiciado o administrado por el gobierno estatal o federal.

Artículo 14.080. Derecho a Enmendar la Información de Salud Protegida

A. Toda persona objeto de información de salud protegida tiene derecho a solicitar por escrito a la organización de seguros de salud o asegurador que enmiende dicha información a los fines de corregir cualquier inexactitud. La persona debe presentar evidencia fehaciente que justifique la enmienda.

B. En un término no mayor de sesenta (60) días calendario del recibo de una solicitud para enmendar la información de salud protegida el asegurador u organización de servicios de salud puede contar con un período adicional de treinta (30) días calendario para responder al solicitante. Este período adicional debe ser comunicado al solicitante antes de la expiración del plazo original con una explicación del motivo de la demora. La organización de seguros de salud o asegurador verificará la corrección de la información y hará una de las siguientes:

(1) Corregirá o enmendará la información en cuestión, y notificará al solicitante de los cambios; o

(2) Notificará al solicitante que ha denegado la solicitud de enmienda, informándole la razón de la denegación y advirtiéndole sobre su derecho a:

(a) Solicitar que el proveedor de cuidado de la salud o entidad que creó el expediente en cuestión enmiende el mismo. La organización de seguros de salud o asegurador incluirá el

nombre y dirección del proveedor de cuidado de la salud o entidad; o

(b) Presentar una declaración corta de lo que el solicitante entiende que es la información correcta y las razones por las que no está de acuerdo con la denegación. La organización de seguros de salud o asegurador guardará la declaración presentada junto con la información de salud protegida.

C. Si la organización de seguros de salud o asegurador corrige o enmienda la información de salud protegida según se dispone en este Artículo, deberá suministrar la corrección o enmienda a:

(1) Toda proveedor de servicios de salud o contratista o persona autorizada que, durante los dos (2) años previos, hubiere recibido de la organización de seguros de salud o asegurador la información de salud protegida que se ha corregido o enmendado;

(2) La organización auxiliar de seguros cuya fuente primaria de información de salud protegida son las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, siempre y cuando la organización auxiliar de seguros haya recibido información de salud protegida sistemáticamente de la organización de seguros de salud o asegurador durante los siete (7) años previos. No obstante, la corrección, enmienda o eliminación no se tendrá que proveer si la

organización auxiliar de seguros ya no tiene la información de salud protegida que ha sido corregida o enmendada y

(3) Toda persona que hubiere suministrado la información de salud protegida que fue enmendada.

D. Si la persona objeto de la información de salud protegida presenta una declaración conforme al Artículo 14.080(B)(2)(b) de este Código, la organización de seguros de salud o asegurador:

(1) Identificará el asunto o los asuntos en disputa e incluirá la declaración junto con toda divulgación posterior de la información de salud protegida; y

(2) Suministrará la declaración a las personas descritas en el Artículo 14.080(C) de este Código.

Artículo 14.090. Lista de las Divulgaciones de la Información de Salud Protegida

A. A solicitud de la persona objeto de la información de salud protegida, la organización de seguros de salud o asegurador le proveerá detalles sobre las divulgaciones que ha realizado de su información de salud protegida, de modo que la persona pueda ejercer el derecho a enmendar la información conforme al Artículo 14.080 de este Código. Esta información incluirá la fecha, el propósito, el destinatario y la autorización o base pertinente para la divulgación. La organización de seguros de salud o

asegurador podrá cobrar una cantidad razonable por suministrar la información relacionada con las divulgaciones.

B. La lista no incluirá las siguientes divulgaciones:

a. Divulgaciones relacionadas con el pago, tratamiento y operaciones de cuidado de la salud;

b. Divulgaciones hechas al propio individuo o autorizadas por el individuo;

c. Las efectuadas para propósitos de seguridad nacional o servicios de inteligencia, y

d. Las efectuadas a instituciones correccionales u oficiales de ley

C. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores mantendrán un sistema que permita al Comisionado determinar que, en efecto, pueden producir una lista completa de todas las divulgaciones.

(1) En el caso de divulgaciones rutinarias, la organización de seguros de salud o asegurador deberá poder rastrear cuándo se hicieron dichas divulgaciones, a quiénes se hicieron y con qué propósito y

(2) En el caso de todas las demás divulgaciones, la organización de seguros de salud o asegurador deberá poder identificar la autorización, formulario de relevo o disposición de ley que permite el recibo o divulgación de la información de salud protegida.

Artículo 14.100. Autorización para la Recopilación, Utilización o Divulgación de Información de Salud Protegida

A. Ninguna organización de seguros de salud o asegurador recopilará, usará ni divulgará información de salud protegida sin antes haber obtenido una autorización válida de la persona objeto de dicha información, salvo como se permite en virtud del Artículo 14.110 de este Código o se requiera por ley u orden judicial. La autorización para la divulgación de la información de salud protegida se puede obtener para cualquier propósito, siempre y cuando la autorización cumpla con los requisitos de este Artículo.

B. La organización de seguros de salud o asegurador retendrá una copia de la autorización para la divulgación de la información de salud protegida en el expediente de la persona objeto de la misma.

C. La autorización, para ser válida, tendrá que hacerse por escrito y contener todo lo siguiente:

(1) La identidad de la persona objeto de la información de salud protegida;

(2) Una descripción del tipo de información de salud que se recopilará, usará o divulgará;

(3) la Identidad de la persona o entidad autorizada a usar o divulgar información de salud protegida;

(4) El nombre y la dirección de la persona a quien se deberá divulgar la información de salud protegida. Disponiéndose, que la

autorización provista a una organización de seguros de salud o asegurador para recopilar información de salud protegida relacionada con las gestiones de seguros enumeradas en el Artículo 14.100(H) de este Código, podrían describir de forma general a las personas a quienes se podrá divulgar la información de salud protegida;

(5) El propósito de la autorización, lo cual incluye: la razón de la recopilación, el uso propuesto y el alcance de la divulgación que se pudiera hacer;

(6) La fecha y firma de la persona objeto de la información de salud protegida o la persona que tiene la potestad legal para otorgar la autorización con evidencia de la autoridad para representar a la persona;

(7) Una declaración a los efectos de que la persona objeto de la información de salud protegida podrá revocar la autorización por escrito en todo momento, y que la cancelación será prospectiva.

(8) Una declaración informando al individuo que la información usada o divulgada conforme a la autorización pudiera ser redivulgada por el recipiente de la misma y no estar protegida por las leyes de privacidad aplicables

D. La autorización especificará el periodo de vigencia de la misma, que en ningún caso será mayor de veinticuatro (24) meses, salvo que se haya firmado la autorización para uno de los siguientes propósitos:

(1) Para recopilar información de salud protegida en relación con las gestiones de seguros enumeradas en el Artículo 14.100(H) de este Código, en cuyo caso la autorización será válida mientras la póliza esté vigente o por el tiempo necesario para que la organización de seguros de salud o asegurador pueda cumplir sus obligaciones conforme a la póliza o según se requiera por ley;

(2) Para sustentar una solicitud de beneficios bajo una póliza de seguros de vida o para la rehabilitación o cambios de beneficios de la misma, en cuyo caso la autorización estará vigente por treinta (30) meses o hasta que se deniegue la solicitud, lo que ocurra primero; o

(3) Para sustentar o facilitar la continuación del tratamiento en curso para un padecimiento crónico o enfermedad crónica o la rehabilitación de una lesión.

E. La organización de seguros de salud o asegurador requerirá al patrón, a su administrador de riesgos o al productor que presente una autorización aparte para divulgarles información de salud protegida excepto en los siguientes casos:

(1) La información de salud protegida se divulgue como parte de un programa de seguro por accidente o enfermedad laboral del patrono, en tanto sea necesario para el desempeño de los derechos y deberes del patrono y de la organización de seguros de salud o asegurador conforme a las leyes estatales sobre el asunto;

(2) se divulga al patrono información de suscripción y elegibilidad de los participantes y beneficiarios del plan médico grupal, como las cubiertas de cada persona, altas y bajas del plan, entre otros;

(3) se divulga al patrono información estadística del plan médico sin identificadores;

(3) Se requiere la información de salud para la gestión de reclamaciones a tenor con una póliza comercial.

F. La organización de seguros de salud o asegurador obtendrá una autorización aparte para recopilar, usar o divulgar información de salud protegida si el propósito de dicha recopilación, uso o divulgación es el mercadeo de bienes o servicios o para cualquier beneficio comercial de otro tipo. En estos casos, el propósito de la recopilación, utilización o divulgación aparecerá en un párrafo aparte, en letra negrita tamaño de doce (12) puntos. El propósito se indicará en términos claros y sencillos. La solicitud de autorización especificará que la autorización estará vigente por un periodo no mayor de veinticuatro (24) meses y que se podrá revocar en cualquier momento. La solicitud de autorización indicará que

las pólizas de seguros de la persona no quedarán afectadas de manera alguna en caso de que se deniegue la autorización. No obstante lo dispuesto anteriormente, no se requerirá una autorización aparte si la utilización o la divulgación es interna o a un afiliado de la organización de seguros de salud o asegurador y sólo se usará la información en relación con el mercadeo de un producto de seguros, siempre y cuando la afiliada acuerde que no divulgará la información con ningún otro propósito o a alguna persona no afiliada.

G. La persona objeto de la información de salud protegida podrá revocar en cualquier momento toda autorización para la divulgación que hubiera otorgado, sujeto a los derechos de las personas que hubieren actuado conforme a la autorización antes de que la misma fuera revocada. La revocación de la autorización se hará por escrito, y estará firmada y fechada. La organización de seguros de salud o asegurador guardará la revocación de autorización en el expediente de la persona objeto de la información de salud protegida. La organización de seguros de salud o asegurador notificará de manera oportuna la revocación a todas las personas a quienes hubiere divulgado la información de salud protegida conforme la autorización inicial.

H. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que hubieren recopilado información de salud protegida conforme a una autorización válida a tenor con este Capítulo, podrán usar y

divulgar dicha información a las personas que están bajo su dirección en las gestiones relacionadas con los seguros, tales como: la administración, el ajuste y manejo de reclamaciones; investigación de fraude; suscripción; control de pérdidas; clasificación de tarifas; y prima; actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de un contrato de seguros reaseguro; manejo de riesgos; manejo de casos; manejo de enfermedades; programa de evaluación y mejora de calidad, incluyendo funciones relacionadas que no incluyen tratamiento verificación de las credenciales de los proveedores; revisión de utilización; actividades de revisión por expertos; procedimientos de querellas y la administración interna de los sistemas de cumplimiento, administración informática auditorías; servicios legales; planificación y desarrollo de negocio, servicio a las personas cubiertas o asegurados, así como procesos de debida diligencia (due diligence) relacionados con la venta o transferencia de activos a un sucesor potencial que sea una entidad cubierta según este término es definido bajo la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996, según enmendada. Se podrán admitir otras gestiones relacionadas con la administración de seguros con la aprobación previa del Comisionado, la cual deberá ser notificada en un término de treinta (30) días calendario

(2) Salvo como se permita en este Capítulo o por ley federal, no se usará ni divulgará la información de salud protegida para propósitos ajenos a las gestiones que realiza la organización de seguros de salud o asegurador con relación a los seguros.

I. No se entenderá que la autorización para recopilar, usar o divulgar información de salud protegida conforme a este Capítulo, o la producción de información de salud protegida a tenor con una orden del tribunal, constituye una renuncia a otros derechos de confidencialidad que la persona objeto de la información de salud protegida pudiera tener a tenor con las leyes estatales o federales, la jurisprudencia o las reglas de evidencia.

J. La persona que reciba información de salud protegida de una organización de seguros de salud o asegurador no podrá usarla con ningún otro propósito que no sea el propósito lícito para el cual se divulgó.

K. No se requerirá que la organización de seguros de salud o asegurador que haya recopilado información de salud protegida antes de la fecha de vigencia de este Capítulo obtenga una autorización relacionada con dicha información. No obstante, después de dicha fecha de vigencia de este Capítulo, la información de salud protegida sólo se podrá usar o divulgar conforme lo dispuesto en este Capítulo.

Artículo 14.110. Recopilación, Utilización y Divulgación de Información de Salud Protegida sin Autorización

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores podrán llevar a cabo, sin necesidad de autorización, las siguientes actividades en relación con la información de salud protegida:

(1) Recopilar información de salud protegida de otras organizaciones de seguros de salud o aseguradores o proveedores de servicios de salud, o divulgarla a éstas, siempre y cuando la organización de seguros de salud o asegurador que recibe la información:

(a) Esté investigando, evaluando, ajustando o transigiendo una reclamación que involucra a la persona objeto de la información de salud protegida; o

(b) Tiene responsabilidad o, como resultado de una fusión, adquisición u otra manera, está contemplando asumir la responsabilidad conforme a una póliza de seguros que cubre a la persona objeto de la información de salud protegida;

(2) Recopilar, usar o divulgar información de salud protegida, según sea necesario, para investigar, evaluar, subrogar o transigir reclamaciones, siempre y cuando el reclamante sea la persona objeto de la información de salud protegida y dicha información no se use con ningún otro propósito;

(3) (a) Recopilar o usar información de salud protegida de una organización auxiliar de seguros o divulgarla a ésta, siempre y cuando:

(i) La organización auxiliar de seguros haya implantado políticas, normas y procedimientos para asegurar el cumplimiento de los requisitos de este Capítulo con respecto a la información de salud protegida; y

(ii) La información de salud protegida se use únicamente para transigir reclamaciones, detectar y prevenir el fraude o detectar o prevenir la falsa representación o la falta de divulgación significativa; o

(iii) La información de salud protegida se recopile y se use internamente sólo para las gestiones de establecer tarifas y gestiones relacionadas o para el análisis de costos; y

(4) Si la información de salud protegida es necesaria para continuar un tratamiento médico en curso y la divulgación no ha sido limitada o prohibida por la persona objeto de la información, la organización de seguros de salud o asegurador podrá recopilar información de salud protegida de las siguientes entidades o divulgarla a éstas:

(a) Proveedores de cuidado de la salud empleados por la organización de seguros de salud o asegurador y que proveen servicios a la persona cubierta o asegurado;

(b) Proveedores de cuidado de la salud contratados por la organización de seguros de salud o asegurador para brindar servicios a las personas cubiertas o asegurados; o

(5) Divulgar información de salud protegida a una persona que estudia, evalúa o investiga la calidad del cuidado de la salud ofrecida por un proveedor conforme a las normas establecidas en las leyes o reglamentos, estatales o federales, o conforme los requisitos de un programa, privado o público, autorizado a pagar por los servicios de cuidado de la salud;

(6) Sujeto a las limitaciones dispuestas en el Artículo 14.140(A) de este Código, divulgar información de salud protegida para revelar la presencia y el estado de salud general de una persona cubierta o asegurado que se encuentra en una instalación que pertenece a la organización de seguros de salud o asegurador, disponiéndose que en estos casos la divulgación se limitará a la información "de directorio", a menos que la persona cubierta o asegurado haya restringido dicha divulgación o la misma esté de otra forma prohibida por ley. Para los propósitos de este inciso, la información "de directorio" significa información sobre la presencia o estado

general de salud de determinada persona cubierta o asegurado que sea un paciente o reciba servicios de emergencia en una instalación de cuidado de la salud. "Estado general de salud" significa la condición de salud de la persona cubierta o asegurado caracterizada como "crítica", "pobre", "regular", "buena", "excelente" o en términos similares;

(7) Recopilar, usar o divulgar información de salud protegida cuando dicha información sea necesaria para cumplir con las obligaciones de la organización de seguros de salud o asegurador, a tenor con las leyes sobre compensación por accidentes y enfermedades laborales;

(8) Recopilar o divulgar información de salud protegida a un reasegurador con el propósito de tramitar reaseguros, adjudicar reclamaciones y auditar los expedientes de las reclamaciones;

(9) Recopilar información de salud protegida de la persona objeto de la misma y

(10) Recopilar, usar o divulgar información de salud protegida cuando se obtiene la misma de fuentes públicas tales como la prensa, informes públicos de las agencias, informes de agentes del orden público o de seguridad pública.

B. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores divulgarán información de salud protegida en las siguientes circunstancias:

(1) A las autoridades federales, estatales o locales en tanto tal divulgación se requiera por ley o a los fines de informar algún fraude;

(2) Cuando la información de salud protegida se necesite para uno de los siguientes propósitos:

(a) Identificación de una persona fallecida;

(b) Determinación de la causa y circunstancias del fallecimiento por parte de un médico forense o persona designada por éste o

(c) Para proveer información de salud protegida acerca de una persona fallecida que sea donante de órganos;

(3) A la entidad reguladora de seguros que realiza un examen, investigación, o auditoría de la organización de seguros de salud o asegurador; o

(4) En cumplimiento de una orden del tribunal emitida conforme a la determinación de que: (1) el interés público es de mayor peso que el interés de confidencialidad de la persona cubierta o asegurado con respecto a la divulgación y (2) la información de salud protegida no está razonablemente disponible por otros medios.

Artículo 14.120 Recopilación, Utilización o Divulgación de Información de Salud sin Autorización con Propósitos de Investigación Científica, Médica o de Política Pública

A. La organización de seguros de salud o asegurador podrá divulgar información de salud protegida, con autorización de la persona objeto de dicha información, a las organizaciones que llevan a cabo investigaciones científicas, médicas o relacionadas con la política pública, según se dispone en este Artículo.

B. (1) La organización de seguros de salud o asegurador mantendrá un registro de las organizaciones de investigación a las que divulga la información de salud protegida y conservará dicho registro durante (5) años.

C. La organización de seguros de salud o asegurador no divulgará información de salud protegida a una organización de investigación hasta tanto presente evidencia de que ha notificado a las personas cubiertas sobre la solicitud de información al asegurador u organización de servicios de salud y éstas han tenido la oportunidad de aceptar u objetar la solicitud. La organización de investigación podrá divulgar la información de salud protegida a sus agentes, colaboradores o contratistas, según fuera necesario para realizar o ayudar con la investigación, siempre y cuando todos los requisitos de este Artículo se apliquen al agente, colaborador o contratista. No obstante lo anterior, el asegurador u organización de

servicios de salud podrá divulgar a la organización de investigación información sin identificadores sin necesidad de la autorización de las personas cubiertas.

D. La organización de seguros de salud o asegurador divulgará sólo los datos mínimos necesarios para llevar a cabo la investigación propuesta.

E. Si la investigación científica, médica o de política pública no requiere contacto con la persona objeto de la información de salud protegida, las siguientes protecciones existirán antes de la divulgación:

(1) La organización de investigación redactará e implantará una política que incluya procedimientos para salvaguardar la confidencialidad de la información de salud protegida. La política incluirá:

(a) Procedimientos de adiestramiento y disciplina para asegurar que las personas que participan en la investigación cumplan con las disposiciones de este Artículo;

(b) Medidas para asegurar que la información a ser incluida en un informe del proyecto de investigación no contenga información de salud protegida. Estas medidas incluirán un sistema para asegurar que sólo personas autorizadas puedan establecer un enlace entre las personas particulares y su información de salud; y

(c) Un método para eliminar toda información que identifique, directa o indirectamente, a la persona objeto de la información de salud protegida, cuando ya no se necesite la información para la investigación. La política también podrá disponer para que la organización de investigación pueda retener la información de salud protegida por tiempo indefinido si se archiva en forma codificada y si se dispone que la misma no se podrá usar para otra investigación a menos que se cumpla con los requisitos de este Artículo. "Codificada" significa que se ha eliminado u ocultado bajo códigos la información sobre la identidad de la persona y que la clave para restaurar dicha información se conserva en un lugar seguro dentro de la organización de investigación, a la que sólo tiene acceso la cantidad mínima de personas necesaria para mantener la confidencialidad e integridad de la clave.

(2) (a) La organización de investigación preparará un plan que explique el propósito de la investigación, ofrezca una descripción general de los métodos de investigación que se usarán y describa los posibles beneficios de la investigación.

(b) (i) Todos los planes de investigación que usen información de salud protegida estarán disponibles al

público y se podrán obtener mediante solicitud por escrito al principal ejecutivo de la organización de investigación

(ii) Si el plan de investigación contiene información que constituye propiedad intelectual o está protegida contra la divulgación por contrato o por ley, se podrá eliminar dicha información de la copia que se provea al público.

(iii) La organización de investigación deberá retener el plan de investigación durante cinco (5) años.

(3) (a) La organización de seguros de salud o asegurador y la organización de investigación suscribirán un acuerdo escrito en el que se cumplan los siguientes requisitos:

(i) Indicar cuáles son los propósitos de la investigación;

(ii) Explicar cómo los propósitos se pueden considerar propios de una investigación científica, médica o de política pública;

(iii) Documentar que la organización de investigación cumple con los requisitos dispuestos en este Artículo;

(iv) Indicar el tiempo durante el cual se espera que se usarán los datos para los propósitos indicados;

(v) Explicar el método para disponer de la información de salud protegida al terminar el uso de la misma y

(vi) Indicar que el acuerdo escrito estará disponible al público y se podrá obtener previa solicitud por escrito al principal ejecutivo de la organización de investigación.

(b) La organización de seguros de salud o asegurador requerirá a la organización de investigación que provea una copia del acuerdo escrito a solicitud de cualquier persona. Si el acuerdo otorgado contiene información que constituye propiedad intelectual o protegida contra la divulgación mediante contrato o por ley, se podrá eliminar dicha información de la copia que se hace disponible conforme a este apartado.

(c) La organización de seguros de salud o asegurador conservará este acuerdo por cinco (5) años.

F. Si la investigación científica, médica o de política pública requiere contacto con la persona objeto de la información de salud protegida, las siguientes protecciones existirán antes de la divulgación:

(1) La organización de investigación y la organización de seguros de salud o asegurador cumplirán con los requisitos del Artículo 14.120(E) de este Código y

(2) (a) La organización de investigación será responsable de obtener, por escrito, el consentimiento informado, libre, voluntario, eficaz y legal del sujeto o del representante legal autorizado del mismo. La organización de investigación solicitará el consentimiento sólo en circunstancias en las que el sujeto propuesto o su representante tengan suficiente oportunidad para considerar si participarán en la investigación y en las que se minimice la posibilidad de coacción o influencia indebida.

(b) La información que se entregue al sujeto o a su representante se redactará de forma que pueda comprenderse.

(c) El documento mediante el cual el sujeto provea su consentimiento informado no podrá incluir ningún lenguaje exculpatorio mediante el cual renuncie o aparente renunciar a sus derechos legales, o que exima o aparente eximir al investigador, auspiciador, a la organización de investigación o sus agentes de responsabilidad por negligencia.

(d) Elementos básicos del consentimiento informado. Al procurar el consentimiento informado de un sujeto, se proveerá a éste la siguiente información:

(i) Una declaración a los efectos de que el estudio conlleva una investigación; una explicación de los

propósitos de la investigación; el tiempo que se espera que dure la participación del sujeto; una descripción de los procedimientos que se seguirán y la identificación de todo procedimiento de naturaleza experimental;

(ii) Una descripción de todo riesgo o incomodidad razonablemente previsible para el sujeto;

(iii) Una descripción de los beneficios que el sujeto u otras personas pueden esperar, de manera razonable, como resultado de la investigación;

(iv) La divulgación de procedimientos o tratamientos alternos, si alguno, que pudieran ser beneficiosos para el sujeto;

(v) Una declaración sobre cómo se mantendrá la confidencialidad de los expedientes del sujeto;

(vi) Con respecto a las investigaciones que conlleven más de un riesgo mínimo, una explicación con relación a la compensación o tratamiento médico que estará disponible si el sujeto se lesiona y en qué consisten o dónde se puede obtener información adicional;

(vii) Una explicación de a quién debe contactar el sujeto para obtener respuestas a sus preguntas acerca de la

investigación y los derechos que le asisten durante la investigación;

(viii) El nombre de la persona con quien se debe comunicar en caso de sufrir alguna lesión relacionada con la investigación y

(ix) Una declaración informando que la participación es voluntaria y que no aceptar la participación no conllevará ninguna penalidad ni pérdida de beneficios a los cuales de otra manera el sujeto tendría derecho. Además, se le informará que podrá dejar de participar de la investigación en cualquier momento sin sufrir ninguna penalidad ni pérdida de beneficios a los que de otra manera tendría derecho.

(e) Elementos adicionales del consentimiento informado. Según sea apropiado, se proveerá a cada sujeto:

(i) Una declaración a los efectos de que el tratamiento o procedimiento en particular podría constituir un riesgo para el sujeto (o para el embrión o feto, si se tratase de una mujer embarazada o que podría quedar embarazada) que al momento no es previsible;

(ii) Circunstancias previsibles en base a las cuales el investigador podría dar por terminada la

participación del sujeto, independientemente del consentimiento de éste;

(iii) Cualquier costo para el sujeto que pudiera representar o resultar de su participación en la investigación;

(iv) Las consecuencias de retirarse de la investigación y los procedimientos para una terminación ordenada de la participación del sujeto en la investigación;

(v) Una declaración a los efectos de que los hallazgos nuevos significativos que se produzcan durante la investigación, que pudieran afectar la disposición del sujeto a continuar con su participación, se proveerán al sujeto y

(vi) La cantidad aproximada de sujetos que participan en el estudio.

(f) Si la organización de investigación presenta la investigación para aprobación de una junta de revisión institucional conforme a la Política Federal para la Protección de Sujetos Humanos —56 Federal Register 28000 (1991)— se entenderá que el cumplimiento con dicho proceso constituye cumplimiento con las disposiciones del Artículo 14.120(E)(2) y (F)(2) de este Código.

G. (1) Si una organización de seguros de salud o asegurador divulga a una organización de investigación información de salud que no constituye información de salud protegida debido a que toda la información de identificación de las personas está codificada, la organización de seguros de salud o asegurador y la organización de investigación suscribirán un acuerdo escrito en el que se dispondrá:

(a) Que la organización de investigación no divulgará a terceros sus datos acompañados de la información de identificación codificada. No obstante, la organización de investigación podrá divulgar información de salud protegida a sus agentes, colaboradores, o contratistas, según sea necesario para llevar a cabo o asistir con la investigación, siempre y cuando todos los requisitos de este Artículo se apliquen al agente, colaborador, o subcontratista;

(b) Que la organización de investigación no hará ningún intento de enlazar la información de salud que reciba con la información de identificación codificada a otros datos que pudieran identificar a la persona objeto de la información y

(c) Que la organización de investigación no hará ningún intento por enlazar ninguna información de salud protegida codificada con otros datos identificables.

(2) Antes de descodificar la información codificada o enlazarla con datos de identificación, la organización de investigación cumplirá con los requisitos dispuestos en este Artículo y se entenderá que la información de salud, junto con la información de identificación descodificada, es información de salud protegida.

H. No se interpretará que las disposiciones de este Capítulo impiden la creación, uso o divulgación de datos anónimos con respecto a los cuales no haya base razonable para entender que pudieran utilizarse para identificar a una persona en particular.

I. No se interpretará que las disposiciones de este Artículo sustituyen las leyes y reglamentos, federales o estatales, que regulan la investigación científica, médica o de política pública.

Artículo 14.130. Recopilación, Utilización o Divulgación de Información de Salud No Autorizada

Se prohíbe la recopilación, utilización o divulgación no autorizada de información de salud protegida por parte de una organización de seguros de salud o asegurador. Dicha recopilación, utilización o divulgación estará sujeta a las sanciones que se disponen en el Artículo 14.150 de este Código. La recopilación, utilización o divulgación no autorizada incluye:

A. La publicación no autorizada de información de salud protegida;

B. La recopilación, utilización o divulgación no autorizada de información de salud protegida para beneficio personal o profesional, incluida la

investigación no autorizada que no cumpla con los requisitos de este Capítulo;

C. La venta no autorizada de información de salud protegida;

D. La manipulación no autorizada de información de salud codificada que revele información de salud protegida; y

E. El uso de medios engañosos, fraude o amenazas para conseguir la autorización para recopilar, utilizar o divulgar información de salud protegida.

Artículo 14.140. Derecho a Limitar la Divulgación

A. La organización de seguros de salud o asegurador limitará la divulgación de información, incluida la información de salud protegida, si la persona objeto de la misma ha declarado claramente por escrito que la divulgación a determinadas personas de toda o parte de dicha información podría constituir un peligro para su seguridad. La divulgación de información se limitará según lo solicite la persona, como pudiera ser, por ejemplo, una solicitud para que la organización de seguros de salud o asegurador no divulgue ninguna información a un cónyuge para impedir la violencia doméstica.

B. Salvo como se disponga de otra manera por ley, si la persona objeto de la información de salud protegida así lo solicita por escrito, la organización de seguros de salud o asegurador no divulgará información de salud protegida sobre servicios relacionados con la salud reproductiva,

enfermedades de transmisión sexual, abuso de sustancias controladas ni salud conductual, lo cual incluye avisos de citas enviadas por correo, llamadas a la casa para confirmar las citas o envío por correo de las facturas o explicaciones de beneficios al titular de la póliza o certificado. La solicitud de no divulgación debe incluir información sobre cómo se manejará cualquier importe que tenga que pagar la persona cubierta o asegurado.

C. (1) La organización de seguros de salud o asegurador reconocerá el derecho de todo menor de edad que pudiera obtener cuidado de la salud sin el consentimiento de uno de sus padres o custodio legal, conforme a las leyes estatales o federales, a ejercer exclusivamente los derechos otorgados en este Capítulo con respecto a la información de salud; y

(2) La organización de seguros de salud o asegurador no divulgará, sin la autorización expresa del menor de edad, ninguna información de salud protegida relacionada con servicios de cuidado de la salud a los que el menor haya consentido legalmente, lo cual incluye el envío por correo de avisos de citas, llamadas a la casa para confirmar las citas o el envío por correo de una factura o explicación de beneficios al titular de la póliza o certificado.

Artículo 14.150. Sanciones

A. Sanciones civiles

(1) Cuando el Comisionado tenga motivos para entender que una persona ha incurrido en negligencia al incumplir las disposiciones de este Capítulo y que el interés público dicta tomar acción, podrá incoar acción legal para poner en entredicho tales violaciones. El interdicto que se emita conforme a este Artículo no requerirá fianza.

(2) Además del remedio provisto conforme al Artículo 14.150(a)(1) de este Código, el Comisionado podrá solicitar del tribunal y el tribunal podrá emitir una orden temporera o permanente, según convenga al interés público, que incluya cualquiera de los siguientes elementos o combinación de los mismos:

(a) Multa civil de no más de $10,000 por cada violación, la cual no excederá $50,000 en total si hay múltiples violaciones;

(b) Multa civil de no más de $250,000, si el tribunal determina que las violaciones de este Capítulo han ocurrido con suficiente frecuencia y

(c) Honorarios razonables para la representación legal, costas y gastos de investigación.

B. Sanciones penales

(1) Las sanciones descritas a continuación serán aplicables a la persona natural o jurídica que recopile, utilice o divulgue información de

salud protegida a sabiendas de que viola este Capítulo y las leyes y reglas de privacidad aplicables.

(2) (a) Multa de no más de $50,000, reclusión por no más de un año, o ambas penas;

(b) Si la violación se comete mediante falsa representación, multa de no más de $250,000, reclusión por no más de cinco (5) años, o cualquier combinación de dichas penalidades; o

(c) Si la violación se comete con la intención de vender, transferir o utilizar información de salud protegida para causar daño malicioso, multa de no más de $500,000, reclusión por no más de diez (10) años, o cualquier combinación de dichas penalidades.

C. En los casos en que se haya demandado por divulgación no autorizada a la organización de seguros de salud o asegurador bajo la teoría de responsabilidad vicaria por los actos u omisiones de sus empleados, será una defensa afirmativa que la organización de seguros de salud o asegurador haya cumplido con los requisitos del Artículo 14.050 de este Código."

Artículo 2.-Se añade el nuevo Capítulo 16 a la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", el cual dispondrá lo siguiente:

"Capítulo 16: Organizaciones de Servicios de Salud Limitados

Artículo 16.010. Título

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Organizaciones de Servicios de Salud Limitados.

Artículo 16.020. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Evidencia de cubierta" significa un certificado, póliza, acuerdo o contrato en el que se estipule la cubierta a la que tiene derecho un suscriptor.

B. "Organización de servicios de salud limitados" significa toda corporación, asociación o entidad que se encarga de proveerles o tramitarles a los suscriptores la prestación de uno o más servicios de salud limitados, en consideración al pago de una cantidad prefijada que se considera devengada independientemente de si el suscriptor utiliza o no los servicios de salud limitados provistos por el plan. Las organizaciones de servicios de salud limitados no incluyen:

(1) Una entidad que cumpla con los requisitos dispuestos en el Artículo 16.070 de este Capítulo o

(2) Un proveedor o entidad que provee o tramita la prestación de servicios de salud limitados conforme a un contrato con una organización de servicios de salud limitados o con una entidad que cumpla con lo dispuesto en el inciso (1) de esta definición.

C. "Proveedor" significa cualquier médico, dentista, hospital, instalación de cuidado de la salud o cualquier otra persona debidamente autorizada en Puerto Rico para prestar o proporcionar servicios de salud limitados.

D. "Servicios de salud limitados" significa servicios de cuidado dental, visual y mental, servicios contra el abuso de drogas, servicios farmacéuticos, servicios de cuidado por podiatras, así como todo servicio que el Comisionado considere como servicios de salud limitados. Los servicios de salud limitados no deben incluir los servicios hospitalarios, médicos, quirúrgicos o de emergencia, salvo que dichos servicios se provean en función de los servicios de salud limitados que se disponen en la oración anterior.

E. "Suscriptor" significa cualquier persona, incluidos sus dependientes, que tiene el derecho de recibir servicios de salud limitados conforme a lo dispuesto en un contrato con una organización autorizada a proveer o tramitar dichos servicios.

Artículo 16.030. Requisito de Certificado de Autoridad

Ninguna persona, corporación, asociación o entidad podrá operar en Puerto Rico una organización de servicios de salud limitados sin antes haber obtenido, de parte del Comisionado, un certificado de autoridad para ello.

Artículo 16.040. Solicitud del Certificado de Autoridad

La solicitud para un certificado de autoridad como organización de servicios de salud limitados se deberá presentar ante el Comisionado en los

formularios que éste prescriba. La solicitud será juramentada por un oficial o representante autorizado del solicitante y se acompañará con los siguientes documentos:

A. Copia del documento constitutivo o de organización del solicitante, sea el certificado de incorporación, de asociación, sociedad, convenio de fideicomiso o cualquier otro documento aplicable, así como todas las enmiendas a éstos;

B. Copia de los estatutos corporativos o documento similar, mediante los cuales se reglamenten los asuntos internos del solicitante;

C. Una lista de los nombres, direcciones, puestos oficiales e información biográfica de las personas responsables de los asuntos internos del solicitante, incluyendo los miembros de la junta de directores, junta de fideicomisarios, comité ejecutivo o cualquier otra junta de gobierno o comité administrativo, los oficiales principales y toda persona o entidad que posea el diez (10) por ciento o más de los valores con derecho a voto del solicitante o que tenga el derecho a adquirirlos, así como los socios o miembros de una sociedad o asociación;

D. Una declaración que describa de manera general al solicitante, las instalaciones, el personal y los servicios de salud limitados que se ofrecerán;

E. Una copia de todo contrato utilizado o a utilizarse entre el solicitante y los proveedores para la prestación de servicios de salud limitados a suscriptores;

F. Una copia de todo contrato utilizado o a utilizarse entre el solicitante y las personas nombradas en el apartado C de este Artículo;

G. Una copia de todo contrato utilizado o a utilizarse entre el solicitante y cualquier persona, corporación, asociación o entidad que actuará en nombre del solicitante para llevar a cabo funciones de administración, suscripción, manejo de inversiones y la subcontratación de servicios de salud limitados prestados a suscriptores;

H. Una copia de todo contrato grupal que se emitirá a los patronos, sindicatos, fiduciarios u otras organizaciones y copia de todo tipo de evidencia de cubierta que se emitirá a los suscriptores;

I. Una copia de los estados financieros más recientes del solicitante, que hayan sido auditados por contadores públicos autorizados e independientes. Si un contador público autorizado e independiente audita las finanzas de la compañía matriz pero no las del solicitante, se emitirá una copia del estado financiero auditado más reciente de la compañía matriz, junto al cual se incluirán los estados financieros consolidados del solicitante.

J. Una copia del plan financiero del solicitante que incluya una proyección de los resultados operacionales que se esperan para los próximos tres (3)

años, una declaración del capital operacional y cualquier otra fuente de fondos y disposiciones en caso de contingencias;

K. Una descripción del método de mercadeo propuesto;

L. Un poder debidamente otorgado por el solicitante, si no está domiciliado en Puerto Rico, designando al Comisionado y a sus sucesores en el cargo como apoderado para recibir emplazamientos por causas de acción que surjan contra éste en Puerto Rico;

M. Una descripción de los procedimientos para la tramitación de querellas que se establecerán y se mantendrán conforme a lo que se dispone en el Artículo 16.130 y en los Capítulos 22 y 28 de este Código;

N. Una descripción de los procedimientos y programas que utilizará el solicitante para cumplir con los requisitos de evaluación de calidad de los servicios y la revisión de utilización, de conformidad con los Capítulos 20 y 24 de este Código, respectivamente;

O. Una descripción de la forma en que el solicitante cumplirá con el Artículo 16.180 de este Código;

P. El costo del otorgamiento del certificado de autoridad conforme a lo dispuesto en el Artículo 16.240 de este Código y

Q. Toda otra información que el Comisionado requiera para determinar que se está cumpliendo con lo dispuesto en este Capítulo.

Artículo 16.050. Emisión o Denegación del Certificado de Autoridad

A. El Comisionado podrá expedir o denegar un certificado de autoridad a cualquier solicitante que radique una solicitud conforme lo dispuesto en el Artículo 16.040 de este Código. La emisión del certificado de autoridad se concederá siempre que el Comisionado determine que el solicitante cumple con lo siguiente:

(1) Los requisitos del Artículo 16.040 de este Código;

(2) Que las personas responsables de la dirección de los asuntos del solicitante son competentes, dignos de confianza, gozan de buena reputación y poseen la experiencia, adiestramiento y educación adecuados;

(3) Que el solicitante tiene solidez financiera. Al hacer esta determinación, el Comisionado podrá considerar:

(a) La solidez financiera de los acuerdos del solicitante para proveer servicios de salud limitados y la cantidad mínima que se le cobraría a los suscriptores por concepto de tarifas, deducibles, copagos y otros cargos;

(b) La suficiencia del capital operacional y toda otra fuente de fondos y disposiciones en caso de contingencias;

(c) Todo acuerdo para cubrir el costo de los servicios de salud limitados o para ofrecer una cubierta alternativa en caso de

insolvencia de la organización de servicios de salud limitados y

(d) La forma en que se cumplirá con los requisitos dispuestos en el Artículo 16.180 de este Código;

(4) Que los contratos con proveedores para la prestación de servicios de salud limitados incluyen las disposiciones establecidas en el Artículo 16.170 de este Código y

(5) Que el solicitante ha corregido todas las deficiencias que el Comisionado haya identificado.

B. Si se deniega el certificado de autoridad, el Comisionado deberá así notificarlo al solicitante especificándole las razones por las que se denegó dicho certificado. El solicitante contará con un término de veinte (20) días a partir de la fecha en que se notificó la denegación para solicitar una vista con el Comisionado.

Artículo 16.060. Organizaciones que estén operando en la fecha de vigencia de este Capítulo

Dentro de noventa (90) días a partir de la fecha de vigencia de este Capítulo, toda organización de servicios de salud limitados que esté operando en Puerto Rico sin un certificado de autoridad deberá presentar ante el Comisionado una solicitud conforme las disposiciones del Artículo 16.040 de este Código. Dichas organizaciones podrán continuar sus operaciones durante el periodo en que se tramita la solicitud. Si la solicitud se deniega, el solicitante se

considerará como una organización de servicios de salud limitados a la que se le revocó el certificado de autoridad.

Artículo 16.070. Requisitos de radicación para entidades autorizadas

A. Una organización de servicios de salud, un asegurador de incapacidad, una organización sin fines de lucro que provea servicios de salud, hospitalarios o médicos, o una sociedad de beneficios fraternales podrá solicitar la autorización del Comisionado para prestar servicios de salud limitados radicando la información descrita en los incisos D, E, G, H, J, K, L y O del Artículo 16.040 de este Código, así como todo documento adicional que el Comisionado solicite para tal propósito.

B. Si el Comisionado deniega la solicitud, se deberán seguir los procedimientos estipulados en el Artículo 16.050 (B) de este Código.

Artículo 16.080. Cambios o modificaciones materiales; servicios de salud limitados adicionales

A. Toda organización de servicios de salud limitados deberá presentar ante el Comisionado, antes de ponerlo en vigor, una notificación de cualquier cambio en tarifas, cargos o beneficios que se proponga efectuar, así como cualquier cambio en las operaciones o en la información provista conforme al Artículo 16.040 de este Código. Dicha radicación deberá hacerse con no menos de sesenta (60) días de anticipación al cambio. Al expirar dichos sesenta (60) días, el cambio se considerará aprobado a menos que antes fuere afirmativamente aprobado o desaprobado por

orden del Comisionado. El Comisionado podrá, previa notificación, prorrogar por no más de sesenta (60) días adicionales el periodo dentro del cual puede aprobar o desaprobar el cambio.

B. Si una organización de servicios de salud limitados quisiera proveer servicios de salud limitados adicionales a los que está autorizado a proveer, deberá presentarle al Comisionado una notificación escrita junto a la información requerida en el Artículo 16.040 de este Código y deberá cumplir con lo dispuesto en los Artículos 16.170, 16.180 y 16.240 de este Código.

C. Si el Comisionado deniega la solicitud, se deberán seguir los procedimientos estipulados en el Artículo 16.050(B) de este Código.

Artículo 16.090. Evidencia de cubierta

A. Toda organización de servicios de salud limitados deberá proporcionar evidencia de cubierta a cada uno de sus suscriptores, la cual deberá especificar de forma clara y completa lo siguiente:

(1) Los servicios de salud limitados a los que tiene derecho todo suscriptor;

(2) Las limitaciones de los servicios, los tipos de servicios o beneficios que se prestarán y las exclusiones, incluido todo deducible, copago o cualquier otro pago;

(3) La forma en que se hará disponible la información sobre dónde y cómo se ofrecerán los servicios y

(4) El método utilizado para atender las querellas.

B. Toda enmienda a la evidencia de cubierta deberá proporcionársele al suscriptor a través de un documento por separado.

C. Ningún formulario de evidencia de cubierta o enmienda a los mismos se emitirá o entregará a cualquier persona en Puerto Rico a menos que previamente haya sido presentado al Comisionado y aprobado por éste. Cada una de dichas presentaciones deberá hacerse con no menos de sesenta (60) días de anticipación a su expedición, entrega o uso. Al expirar dichos sesenta (60) días, contados a partir de la fecha en que se reciban tales presentaciones en la Oficina del Comisionado, el formulario presentado se considerará aprobado a menos que antes fuere afirmativamente aprobado o desaprobado por orden del Comisionado. La aprobación de un formulario por el Comisionado constituirá una renuncia del tiempo que faltare de espera. El Comisionado podrá prorrogar, por no más de sesenta (60) días, el período dentro del cual puede aprobar o desaprobar afirmativamente dicho formulario, dando aviso de tal prórroga antes de expirar el período inicial de sesenta (60) días. En caso de que el Comisionado determine que la información suministrada en la presentación resulta insuficiente o que los formularios presentados no cumplen con cualesquiera de las disposiciones de este Capítulo o su reglamento y solicite, por lo tanto, información adicional, el período de tiempo que transcurra desde que el Comisionado notifique tal

requerimiento hasta que la información o enmiendas solicitadas sean recibidas por el Comisionado no contará en el cómputo de los términos antes señalados. Para determinar si aprueba o desaprueba un formulario, el Comisionado puede requerir que se someta cualquier información relevante que estime pertinente.

D. Si el Comisionado desaprueba la radicación lo notificará al solicitante, especificando las razones para su desaprobación. Dentro de veinte (20) días a partir de la fecha de desaprobación, la persona afectada podrá solicitar una vista.

E. En cualquier tiempo con posterioridad al período de revisión aplicable dispuesto en el inciso C de este Artículo, el Comisionado podrá convocar a una vista para determinar si la inscripción reúne los requisitos establecidos. Deberá dar aviso por escrito a la organización de servicios de salud limitados que haya hecho la presentación por lo menos con diez (10) días de anticipación a dicha vista. Si después de dicha vista el Comisionado determinare que la inscripción no reúne los requisitos de este Artículo, expedirá una orden especificando las razones en que se apoya, e indicando la fecha, dentro de un período razonable posterior, en que se considerará que la inscripción dejará de surtir efecto. Dicha orden no afectará ningún contrato otorgado o ratificado con anterioridad al vencimiento del período estipulado en la orden.

Artículo 16.100. Tarifas y cargos

A. Toda organización de servicios de salud limitados deberá inscribir ante el Comisionado, antes de aplicarlas en Puerto Rico, las tarifas a ser utilizadas con cualquier plan de servicios de salud limitados. Ninguna inscripción surtirá efecto hasta sesenta (60) días después de la fecha en que se reciba su presentación en la Oficina del Comisionado, a menos que antes fuesen afirmativamente aprobados por éste, pudiendo el Comisionado prorrogar dicho período por un término adicional que no excederá de sesenta (60) días, si el Comisionado lo notifica a la persona que hizo la presentación dentro de dicho período de espera. En caso de que el Comisionado determine que la información suministrada en la presentación resulta insuficiente y requiera, por lo tanto, información adicional, el período de tiempo que transcurra desde que el Comisionado notifique tal requerimiento hasta que la información solicitada sea recibida por el Comisionado no contará en el cómputo de los términos señalados. Para determinar si aprueba o desaprueba una tarifa, el Comisionado puede requerir que se someta cualquier información relevante que estime pertinente.

B. Las tarifas deberán ser establecidas de acuerdo con los principios actuariales para varias categorías de suscriptores. Los cargos aplicables a un suscriptor no se determinarán individualmente basándose en la condición de salud. Las tarifas no serán excesivas, inadecuadas o

discriminatorias. Una certificación por un actuario calificado, sobre la adecuación de las tarifas basadas en asunciones razonables, deberá acompañar la radicación de las tarifas junto con la información adecuada en apoyo de la petición.

C. Si el Comisionado desaprueba la radicación lo notificará al solicitante, especificando las razones para su desaprobación. Dentro de veinte (20) días a partir de la fecha de desaprobación, la persona afectada podrá solicitar una vista.

En cualquier tiempo con posterioridad al período de revisión aplicable dispuesto en el inciso A de este Artículo, el Comisionado podrá convocar a una vista para determinar si la inscripción reúne los requisitos establecidos. Deberá dar aviso por escrito a la organización de servicios de salud limitados que haya hecho la presentación por lo menos con diez (10) días de anticipación a dicha vista. Si después de dicha vista el Comisionado determinare que la inscripción no reúne los requisitos de este Artículo, expedirá una orden especificando las razones en que se apoya, e indicando la fecha, dentro de un período razonable posterior, en que se considerará que la inscripción dejará de surtir efecto. Dicha orden no afectará ningún contrato otorgado o ratificado con anterioridad al vencimiento del período estipulado en la orden.

Artículo 16.110. Interpretación con otras leyes

A. (1) Las organizaciones de servicios de salud limitados que se hayan constituido conforme a las leyes de Puerto Rico se considerarán como un asegurador del país para propósitos de las regulaciones sobre los sistemas de compañías tenedoras de aseguradores, a no ser que el Comisionado las exima por escrito de cumplir con una o más de las disposiciones de dicha regulación.

(2) Las organizaciones de servicios de salud limitados estarán sujetas a las disposiciones del Capítulo 27 del Código de Seguros de Puerto Rico.

B. La prestación de servicios de salud limitados por parte de una organización de servicios de salud limitados no se considerará que constituyen la práctica de la medicina ni de otras artes curativas.

Artículo 16.120. No duplicidad de cubiertas

Las organizaciones de servicios de salud limitados, organizaciones de servicios de salud, aseguradores de incapacidad y las organizaciones sin fines de lucro que provean servicios de salud, hospitalarios o médicos, podrán excluir de cualquier contrato o póliza grupal aquella cubierta que duplicaría la cubierta de servicios de salud limitados.

Artículo 16.130. Sistema de querellas

Toda organización de servicios de salud limitados deberá establecer y mantener un sistema de querellas de conformidad con lo dispuesto en los

Capítulos 22 y 28 de este Código, el cual deberá ser aprobado por el Comisionado y proveer procedimientos adecuados y razonables para la pronta resolución de querellas escritas incoadas por cualquier suscriptor o proveedor, que estén relacionadas con las disposiciones del plan de servicios de salud limitados. Nada de lo dispuesto en este Capítulo impide que un suscriptor o proveedor presente una querella ante el Comisionado ni limita la habilidad del Comisionado para investigar dichas querellas.

Artículo 16.140. Exámenes

A. El Comisionado podrá examinar, por lo menos cada tres (3) años, los asuntos de cualquier organización de servicios de salud limitados y proveedores con los cuales dicha organización mantiene contratos, acuerdos u otros arreglos.

B. Las organizaciones de servicios de salud limitados y proveedores someterán los libros e informes pertinentes y cooperarán por completo con el Comisionado para facilitar los exámenes. Para propósitos de examen, el Comisionado podrá tomar juramento y examinar a los oficiales y agentes de la organización y de los proveedores.

C. Los gastos de un examen bajo este Artículo se impondrán a la organización que se encuentre bajo evaluación y se remitirán al Comisionado.

D. En el caso de una organización de servicios de salud limitados extranjera, el Comisionado podrá aceptar un informe de examen que haya llevado a cabo el Comisionado del estado de domicilio de dicha organización.

Artículo 16.150. Inversiones

Los fondos de una organización de servicios de salud limitados se deberán invertir solamente en valores u otras inversiones permitidas por las leyes de Puerto Rico para la inversión de activos que constituyen la reserva legal de aseguradores de vida o aquellos otros valores o inversiones que el Comisionado pueda permitir.

Artículo 16.160. Representantes Autorizados

A. Ninguna organización de servicios de salud limitados efectuará gestiones de solicitación y suscripción si no es por conducto de un representante autorizado de dicha organización.

B. Las disposiciones sobre licencias, comisiones, requisitos, examen, negocio controlado, fianzas, emplazamiento, libros, documentos e informes del Capítulo 9 del Código de Seguros de Puerto Rico, aplicarán a los intermediarios de las organizaciones de servicios de salud limitados.

Artículo 16.170. Contratación con proveedores

Todo contrato con proveedores para la prestación de servicios de salud limitados a suscriptores deberá incluir los siguientes términos y condiciones:

A. En caso de que la organización de servicios de salud limitados no cumpla con su obligación de pagar a los proveedores por la prestación de servicios

a los suscriptores, ya sea por insolvencia, incumplimiento de contrato u otra razón, la responsabilidad de pagar las cantidades adeudadas al proveedor contratado no recaerá en los suscriptores.

B. Ningún proveedor, agente, cesionario o representante de éste podrá instar acción judicial ni de alguna otra forma intentar cobrar de los suscriptores las cantidades que la organización de servicios de salud limitados pueda adeudarle.

C. Estas disposiciones no impiden que se cobren al suscriptor aquellos cargos no cubiertos por la organización de servicios de salud limitados como pudieran ser, entre otros, copagos, deducibles o coaseguros, siempre que así se hubiese pactado en el contrato o póliza entre la organización de servicios de salud limitados y el suscriptor.

D. Las disposiciones establecidas en este Artículo permanecerán vigentes a pesar de que el contrato entre la organización de servicios de salud limitados y el proveedor se cancele, sin tomar en consideración las razones de la cancelación.

E. La cancelación del contrato entre la organización de servicios de salud limitados y el proveedor no eximirá al proveedor de continuar ofreciendo los tratamientos que se estén brindando a un suscriptor para una condición específica, por un periodo que no será mayor de treinta (30) días, sujeto a los mismos copagos y cargos vigentes a la fecha de cancelación de contrato. Este periodo de tiempo aplicará solo a los casos

en donde no se haya establecido mediante legislación federal o estatal un periodo de transición de continuidad de servicios para un suscriptor por razón de cancelación de contrato entre una organización de servicios de salud limitados y un proveedor.

Artículo 16.180. Protección contra insolvencia; Depósito

A. Con excepción de lo aprobado en virtud del inciso D de este Artículo, toda organización de servicios de salud limitados deberá en todo momento mantener un "tangible net equity" mínimo de cincuenta mil dólares ($50,000) o el dos por ciento (2%) del ingreso anual por concepto de prima de la organización, lo que sea mayor.

B. Para propósitos de este Artículo, "net equity" significa el excedente de los activos totales sobre los pasivos totales, sin incluir los pasivos que se han subordinado de una manera que el Comisionado considere aceptable. "Tangible net equity" significa el capital menos el valor que se le asigne a los activos inmateriales, entre los que se encuentran, pero sin limitarse a éstos: llave del negocio, valor del negocio en marcha, gastos organizacionales, gastos iniciales, pagos preliminares de gastos diferidos a largo plazo, depósitos no reembolsables y las obligaciones de los oficiales, directores, dueños o afiliados, con la excepción de obligaciones a corto plazo de las filiales para costear bienes o servicios que surgen en el transcurso normal de operaciones que son pagaderos bajo los mismos

términos con que se pagan las transacciones equivalentes con empresas que no son filiales y las transacciones que no están vencidas.

C. (1) Como garantía de sus obligaciones, toda organización de servicios de salud limitados depositará con el Comisionado, al momento de autorizarse, la cantidad de seiscientos mil dólares ($600,000.00) en activos elegibles, según se dispone en el Artículo 8.020 del Código de Seguros de Puerto Rico.

(2) El depósito se admitirá como activo de la organización de servicios de salud limitados en la determinación del "tangible net equity".

(3) Todo ingreso por concepto de depósitos constituirá un activo de la organización de servicios de salud limitados. La organización de servicios de salud limitados podrá retirar el depósito o parte del mismo luego de hacer un depósito sustituto de una cantidad o valor equivalente. El Comisionado aprobará todos los valores antes de que se sustituyan.

(4) El depósito se usará para proteger los intereses de los suscriptores y para asegurar la continuación de los servicios a los suscriptores de una organización de servicios de salud limitados que esté en proceso de rehabilitación. Si dicha organización está en sindicatura o liquidación, el depósito se considerará activo sujeto a las disposiciones aplicables al proceso de liquidación.

D. Al recibir una solicitud de una organización de servicios de salud limitados, el Comisionado podrá eliminar el requisito del inciso A de este Artículo, por el periodo de tiempo que estime apropiado, si la organización de servicios de salud limitados tiene un capital neto de por lo menos cinco millones de dólares ($5,000,000.00).

Artículo 16.190. Fianza de fidelidad de los oficiales y empleados

A. Toda organización de servicios de salud limitados deberá mantener vigente una fianza de fidelidad a su nombre con respecto a los oficiales y empleados, por una cantidad no menor de $50,000 o por alguna otra cantidad que disponga el Comisionado.

B. En lugar del requisito de fianza, la organización de servicios de salud limitados podrá depositar con el Comisionado efectivo, valores u otro tipo de inversión, conforme a lo dispuesto en el Artículo 16.150. Dicho depósito será de igual cantidad que la estipulada para la fianza.

Artículo 16.200. Informes Anuales

A. Toda organización de servicios de salud limitados deberá presentar al Comisionado, en o antes del 31 de marzo de cada año, un estado exacto sobre el año natural precedente, el cual deberá estar certificado por un contador público autorizado y suscrito bajo juramento por dos (2) de sus principales funcionarios.

B. El informe se presentará en los formularios que prescriba el Comisionado e incluirá:

(1) La situación económica de la organización, incluyendo el estado de situación, el estado de ganancias y pérdidas y el estado de fuentes y aplicación de fondos por el año precedente.;

(2) La cantidad de suscriptores que había a principios del año, los suscriptores que había a final del año y la cantidad de suscripciones que se cancelaron durante el año;

(3) Cualquier cambio material en la información sometida en virtud del Artículo 16.040 y

(4) Cualquier otra información relacionada con el desempeño de la organización que el Comisionado considere necesaria para llevar a cabo sus funciones conforme a lo dispuesto en este Capítulo.

C. El Comisionado podrá requerir con mayor frecuencia informes que incluyan información que considere necesaria para llevar a cabo sus funciones conforme a lo dispuesto en este Capítulo.

D. El Comisionado podrá imponer multas hasta un máximo de cien dólares ($100.00) diarios por cada día de retraso en entregar un informe y podrá revocar el certificado de autoridad de una organización de servicios de salud limitados hasta que dicha organización radique el informe.

Artículo 16.210. Suspensión o revocación del Certificado de Autoridad

A. El Comisionado podrá suspender o revocar el certificado de autoridad emitido a una organización de servicios de salud limitados si considera que existe alguna de las siguientes condiciones:

(1) La organización de servicios de salud limitados opera en contravención a lo dispuesto en sus documentos constitutivos;

(2) La organización de servicios de salud limitados emite evidencia de cubierta o utiliza tarifas o cargos que no cumple con los requisitos de los Artículos 16.090 y 16.100;

(3) La organización de servicios de salud limitados no puede cumplir con sus obligaciones de proveer servicios de cuidado de la salud limitados;

(4) La organización de servicios de salud limitados no tiene solidez financiera y se espera que no pueda cumplir con sus obligaciones con los suscriptores o con los posibles suscriptores;

(5) El "tangible net equity" de la organización de servicios de salud limitados es menor que el que se requiere el Artículo 16.180 o dicha organización no ha corregido las deficiencias en el "tangible net equity" de la manera en que se lo ha exigido el Comisionado;

(6) La organización de servicios de salud limitados no ha implementado un procedimiento de querellas conforme a lo requerido en el Artículo 16.130;

(7) El continuar operando la organización sería peligroso para los intereses de los suscriptores;

(8) La organización de servicios de salud limitados ha incumplido con alguna otra disposición de este Código, del Código de Seguros de Puerto Rico, regla, reglamento u orden legal del Comisionado o

(9) La organización o cualquier otra persona a su nombre ha publicado o mercadeado sus servicios en una forma engañosa, desleal o mediante falsas representaciones.

B. Si el Comisionado tuviera motivo para creer que existen fundamentos para la suspensión o revocación del certificado de autoridad, deberá enviarle a la organización de servicios de salud limitados una notificación por escrito en la que esboce los fundamentos de la suspensión o revocación y en la que fije una fecha, dentro de treinta (30) días a partir de la emisión de la notificación, para la celebración de una vista.

C. Cuando se revoque el certificado de autoridad a una organización de servicios de salud limitados, ésta procederá inmediatamente a gestionar el cierre de operaciones y no realizará ninguna otra actividad que no sea esencial al cierre de operaciones ordenado. La organización no hará ninguna gestión publicitaria ni de solicitación adicional. El Comisionado podrá permitir, mediante orden escrita, la continuación de las operaciones que entienda respondan a los mejores intereses de los suscriptores, con el fin de que se provea a éstas las mejores oportunidades prácticas para obtener servicios de salud limitados de manera continuada.

Artículo 16.220. Sanciones adicionales por violaciones

Además de la suspensión o revocación del certificado de autoridad o en lugar de dicha sanción, a cualquier organización de servicios de salud limitados que violare una disposición de este Código, del Código de Seguros de Puerto Rico, regla, reglamento u orden legal del Comisionado, podrá imponérsele las sanciones o penalidades prescritas para los aseguradores.

Artículo 16.230. Rehabilitación o liquidación

A. Cualquier rehabilitación o liquidación de las organizaciones de servicios de salud limitados se considerará como la de un asegurador y se conducirá bajo la supervisión del Comisionado en virtud de las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico sobre rehabilitación o liquidación. El Comisionado puede solicitar del tribunal una orden para la rehabilitación, liquidación u otro remedio que proceda, o cuando en su opinión el continuar operando la organización sería perjudicial para los suscriptores o para el interés público.

B. La organización de servicios de salud limitados no estará sujeta a las leyes y reglamentos que rigen los fondos de garantía en caso de insolvencia, ni el fondo de garantía tendrá que proveer protección a las personas con derecho de recibir servicios de salud limitados de una organización de servicios de salud limitados.

Artículo 16.240. Derechos de radicación

Toda organización de servicios de salud limitados deberá pagarle al Comisionado los derechos que se establezcan por los siguientes conceptos:

A. La solicitud de certificado de autoridad o una enmienda al mismo;

B. Una modificación material a un servicio de salud limitado o la inclusión de un servicio de salud limitado adicional;

C. Cada informe anual y

D. Los informes periódicos, conforme a lo dispuesto por el Comisionado.

Artículo 16.250. Confidencialidad

A. Toda información que la organización de servicios de salud limitados obtenga del suscriptor o el proveedor, relacionada con la salud, diagnóstico o tratamiento del suscriptor, se considerará confidencial y no se divulgará a ninguna persona excepto:

(1) En la medida en que sea necesario para cumplir con lo dispuesto en este Capítulo;

(2) Si el suscriptor o proveedor ha dado su consentimiento expreso, según sea el caso;

(3) En cumplimiento con una ley u orden que disponga que se debe proveer evidencia o para descubrimiento de la misma o

(4) Si los datos o la información es pertinente para una reclamación o litigación.

B. La organización de servicios de salud limitados tendrá derecho a reclamar los privilegios de ley que aplican al proveedor, en contra de la divulgación de la información relacionada con el diagnóstico, el tratamiento y la salud de un suscriptor o solicitante.

C. Se considerará confidencial también toda información provista al Comisionado que sea secreto comercial, información privilegiada o que forme parte de una investigación.

Artículo 16.260. Contribuciones

Las mismas contribuciones que se estipularen para las organizaciones de servicios de salud serán de aplicación a las organizaciones de servicios de salud limitados. Dichas organizaciones tendrán derecho a las mismas deducciones, reducciones, rebajas y créditos contributivos que las organizaciones de servicios de salud."

Artículo 3.-Se añade el nuevo Capítulo 18 a la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", el cual dispondrá lo siguiente:

"Capítulo 18 Verificación de Credenciales de los Profesionales o Entidades de la Salud

Artículo 18.010. Título

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Verificación de Credenciales de los Profesionales o Entidades de la Salud.

Artículo 18.020. Propósito

El propósito de este Capítulo es procurar que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establezcan un programa abarcador para verificar las credenciales de los profesionales o entidades de la salud con miras a asegurar que aquellos que participan en sus redes de proveedores cumplan con las calificaciones básicas de su profesión o licencia. Las normas dispuestas en este Capítulo rigen la verificación inicial de las credenciales y la revalidación subsiguiente de las mismas.

Artículo 18.030. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Verificación de credenciales" es el proceso de obtener y verificar información acerca de un profesional o entidades de la salud y evaluar a dicho profesional o entidades de la salud cuando éste solicite convertirse en un proveedor participante de un plan de cuidado coordinado ofrecido por una organización de seguros de salud o asegurador.

B. "Verificación primaria" significa la verificación hecha por la organización de seguros de salud o asegurador de las credenciales del profesional o entidades de la salud, a base de evidencia obtenida directamente de la entidad que emite la credencial.

C. "Verificación secundaria" significa la verificación hecha por la organización de seguros de salud o asegurador acerca de las credenciales de un profesional de la salud, a base de la evidencia obtenida por medios

que no fueran el contacto directo con el emisor de la credencial (por ejemplo, copias de los certificados provistos por el profesional de la salud solicitante).

Artículo 18.040. Aplicabilidad y Alcance

Este Capítulo será aplicable a las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen planes de cuidado coordinado.

Artículo 18.050. Responsabilidades Generales de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores

A. La organización de seguros de salud o asegurador:

(1) Establecerá políticas y procedimientos escritos para la verificación de las credenciales de todos los profesionales o entidades de la salud que contrate y aplicará dichas normas de manera uniforme;

(2) Verificará las credenciales del profesional o entidad de la salud antes de contratarlo. El director médico de la organización de seguros de salud o asegurador, u otro profesional de la salud nombrado para tal propósito, será responsable de la verificación de las credenciales y participará en dicho proceso de verificación;

(3) Establecerá un comité para la verificación de credenciales compuesto por médicos y otros profesionales de la salud licenciados, quienes revisarán la información y documentación que avala las credenciales y tomarán decisiones con respecto a la verificación de las credenciales;

(4) Tendrá todas las políticas y procedimientos para la verificación de credenciales disponibles para el profesional o entidades de la salud solicitante, previa solicitud por escrito;

(5) Retendrá todos los expedientes y documentos relacionados con el proceso de verificación de las credenciales del profesional de la salud durante al menos tres (3) años y

(6) Mantendrá la confidencialidad de toda información obtenida durante el proceso de verificación de las credenciales, salvo que por ley se disponga lo contrario.

B. No se interpretará que este Capítulo requiere que una organización de seguros de salud o asegurador contrate a un proveedor como participante únicamente porque dicho proveedor cumpla con las normas de credenciales de la organización de seguros de salud o asegurador. Tampoco se interpretará que este Capítulo impide que la organización de seguros de salud o asegurador utilice criterios adicionales para la selección de los profesionales de la salud a quienes vaya a contratar.

Artículo 18.060. Responsabilidades de Verificación de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores

La organización de seguros de salud o asegurador:

A. Obtendrá una verificación primaria de, cuando menos, la siguiente información acerca del solicitante:

(1) Licencia, certificado de autorización o registro vigente para ejercer en Puerto Rico;

(2) Cumplimiento con requisitos de responsabilidad financiera;

(3) Estado de asociación con algún hospital (si fuera aplicable);

(4) Certificaciones expedidas por juntas de especialización (si fuera aplicable);

(5) Certificado de registro vigente con la Agencia de Drogas y Narcóticos (DEA) (si fuera aplicable);

(6) Graduación de una escuela profesional acreditada y

(7) Estudios graduados completados (si fuera aplicable).

B. Obtendrá una verificación primaria o secundaria, a discreción de la organización de seguros de salud o asegurador, de lo siguiente:

(1) El historial de la licencia del profesional de la salud en Puerto Rico y en otros estados;

(2) El historial de impericia médica del profesional de la salud y

(3) El historial de trabajo del profesional de la salud.

C. Por lo menos cada tres (3) años obtendrá, con respecto al profesional de la salud participante, lo siguiente:

(1) Licencia, certificado de autorización o registro vigente para ejercer en Puerto Rico;

(2) Cumplimiento con requisitos de responsabilidad financiera;

(3) Estado de asociación con algún hospital (si fuera aplicable);

(4) Certificado de registro vigente con la DEA (si fuera aplicable) y

(5) Certificaciones expedidas por juntas de especialización (si fuera aplicable).

D. Requerirá que los proveedores participantes notifiquen a la organización de seguros de salud o asegurador todo cambio que ocurra en los renglones indicados en este Artículo e indicará a los proveedores participantes la información de contacto para informar dichos cambios.

Artículo 18.070. Derecho de los Profesionales de la Salud a Examinar la Información sobre la Verificación de Credenciales

Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores ofrecerán a los profesionales o entidades de la salud la oportunidad de examinar y corregir la información presentada en la solicitud de verificación de credenciales, según se dispone a continuación:

A. Todo profesional o entidad de la salud que esté sujeto al proceso de verificación de credenciales tendrá derecho a examinar toda la información, incluida la fuente de ésta, que obtenga la organización de seguros de salud o asegurador durante el proceso de verificación de credenciales.

B. La organización de seguros de salud o asegurador notificará al profesional de la salud toda la información que obtenga que no satisfaga las normas sobre verificación de credenciales establecidas o que varíe de manera significativa de la información provista por el profesional o entidad de la

salud. No obstante lo anterior, la organización de seguros de salud o asegurador no tendrá que divulgar la fuente de dicha información si tal divulgación está prohibida por ley.

C. El profesional o entidad de la salud tendrá derecho a corregir toda información errónea. La organización de seguros de salud o asegurador tendrá un proceso formal mediante el cual los profesionales o entidades de la salud puedan presentar información suplementaria o corregida al comité de verificación de credenciales y solicitar una reconsideración, si el profesional o entidad de la salud entiende que dicho comité ha recibido información incorrecta, engañosa o equívoca. La información suplementaria estará sujeta a confirmación por parte de la organización de seguros de salud o asegurador.

Artículo 18.080. Contratación

Cuando la organización de seguros de salud o asegurador contrate a otra entidad para realizar las funciones de verificación de credenciales que se requieren en este Capítulo, el Comisionado responsabilizará a la organización de seguros de salud o asegurador por la fiscalización de las actividades de la entidad contratada."

Artículo 4.-Se añade el nuevo Capítulo 20 a la Ley Núm. 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", el cual dispondrá lo siguiente:

"Capítulo 20 Evaluación y Mejora de Calidad en las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores

Artículo 20.010. Título

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Evaluación y Mejora de Calidad en las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores.

Artículo 20.020. Propósito

Este Capítulo establece los criterios para la evaluación de calidad y las actividades de mejora de calidad en las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen planes de cuidado coordinado. El propósito de establecer estos criterios es posibilitar que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores evalúen, mantengan y mejoren la calidad de los servicios de cuidado de la salud que les proveen a las personas cubiertas o asegurados.

Artículo 20.030. Definiciones

A. "Consumidor" significa una persona del público general que puede ser una persona cubierta o no cubierta, un asegurado o un comprador de servicios de cuidado de la salud, incluidos los patronos.

B. "Evaluación de calidad" significa la medición y estimación de la calidad y los resultados del cuidado médico que se proveen a individuos, grupos o poblaciones.

C. "Mejora de calidad" se refiere al esfuerzo empleado para mejorar los procesos y resultados relacionados con los servicios de cuidado de salud que provee el plan médico.

Artículo 20.040. Aplicabilidad y Alcance

Excepto cuando se especifique lo contrario, este Capítulo aplica a toda organización de seguros de salud o asegurador que ofrezca planes de cuidado coordinado.

Artículo 20.050. Normas de Evaluación de Calidad

Toda organización de seguros de salud o asegurador que provea planes de cuidado coordinado deberá desarrollar y mantener, regularmente y de manera apropiada, los sistemas de infraestructura y divulgación necesarios para medir la calidad de los servicios de cuidado de la salud que presta a las personas cubiertas o asegurados. Lo anterior, según el tipo de plan que ofrece. A tales efectos, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán:

A. Establecer un sistema diseñado para evaluar la calidad de los servicios de cuidado de la salud que se proveen a las personas cubiertas o asegurados. Este sistema será apropiado para los tipos de planes que ofrece la organización de seguros de salud o asegurador.

B. Proveerle de manera oportuna, a las agencias reguladoras correspondientes, incluido el Comisionado, a los proveedores y a los consumidores, los resultados de los programas de evaluación y mejora de calidad, según se dispone en el Artículo 20.080 de este Código;

C. Informarle a las agencias reguladoras correspondientes, incluido el Comisionado, de todo patrón inadecuado que identifique en torno a la forma en que un proveedor presta los servicios de cuidado de la salud y que pudieran causar que la organización de seguros de salud o asegurador cancele o suspenda el contrato con dicho proveedor. La organización de seguros de salud o asegurador no incurrirá en responsabilidad legal por cumplir con el deber que le impone esta disposición; y

D. Radicar ante el Comisionado, en el formato establecido por éste, una descripción del programa de evaluación de calidad, el cual deberá incluir una certificación firmada por un oficial ejecutivo de la organización de seguros de salud o asegurador que acredite que se cumple con los requisitos de este Capítulo.

Artículo 20.060. Normas de Mejora de Calidad para Planes Cerrados

Además de cumplir con los requisitos del Artículo 20.050 de este Código, la organización de seguros de salud o asegurador que provea un plan cerrado, o un plan combinado que tenga algún componente cerrado, deberá desarrollar y mantener estructuras y actividades internas para mejorar la calidad de sus servicios, conforme a lo dispuesto en este Artículo. A tales efectos, la organización de seguros de salud o asegurador deberá:

A. Establecer un sistema interno para identificar oportunidades de mejora a los servicios de cuidado de la salud que se proveen. El sistema deberá

estar estructurado de modo que identifique: las prácticas que mejoran los resultados del cuidado de la salud, los patrones de utilización que resultan inadecuados, así como los proveedores que muestren patrones, tanto ejemplares como inadecuados, y los que fomenten el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios;

B. Utilizar los resultados que genere el sistema para colaborar, de manera continua, con los proveedores participantes y otro personal del plan médico para mejorar los servicios de cuidado de la salud que se le proveen a las personas cubiertas o asegurados;

C. Desarrollar y mantener un programa para diseñar, medir, evaluar y mejorar el proceso y los resultados del cuidado de la salud, según lo estipulado en el programa de mejora de calidad que la organización de seguros de salud o asegurador haya radicado ante el Comisionado. Este programa deberá estar dirigido por el personal médico o clínico de la organización de seguros de salud o asegurador y deberá incluir:

(1) Una declaración de los objetivos, el orden jerárquico y de responsabilidad, las herramientas de evaluación (incluidas las responsabilidades de recopilación de datos), las actividades de mejora de rendimiento y una revisión anual de la efectividad del programa de mejora de calidad;

(2) Un plan de mejora de calidad que describa la forma en que la organización de seguros de salud o asegurador:

(a) Analizará los procesos y los resultados del cuidado de la salud, incluido y según sea el caso, una revisión detallada de casos individuales para distinguir las causas de la variación;

(b) Identificará los diagnósticos y tratamientos específicos que el programa de mejora de calidad revisará cada año. Para determinar los diagnósticos y tratamientos que se revisarán, la organización de seguros de salud o asegurador deberá tomar en consideración las prácticas y diagnósticos que afectan o que pudieran poner en riesgo una cantidad considerable de las personas cubiertas o asegurados del plan. Lo anterior no significa que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tendrán que evaluar cada enfermedad, dolencia o padecimiento que pueda afectar a algún miembro de un plan de cuidado coordinado.

(c) Utilizará una variedad de métodos adecuados para analizar la calidad de los servicios, incluidos los siguientes:

(i) Recopilación y análisis de información sobre la utilización excesiva y la subutilización de los servicios;

(ii) Evaluación de los tratamientos y los resultados del cuidado de la salud;

(iii) Recopilación y análisis de información específica sobre personas cubiertas, asegurados o proveedores, que se haya obtenido de múltiples fuentes como las organizaciones de manejo de utilización, el procesamiento de querellas, entre otras;

(d) Comparará los resultados del programa con el desempeño pasado, según sea apropiado, y, según sea aplicable, con las metas internas y las normas externas que haya adoptado la organización de seguros de salud o asegurador;

(e) Medirá el desempeño de los proveedores participantes y llevará a cabo actividades de evaluación por homólogos clínicos ("peer review activities"), tales como:

(i) Identificar prácticas que no cumplan con los estándares de la organización de seguros de salud o asegurador;

(ii) Tomar las medidas adecuadas para corregir las deficiencias;

(iii) Monitorear a los proveedores participantes para determinar si han implementado medidas correctivas y

(iv) Tomar las medidas adecuadas cuando el proveedor participante no haya implementado las medidas correctivas;

(f) Utilizará los protocolos de tratamiento y los parámetros de la profesión que se hayan desarrollado tomando en consideración datos clínicos adecuados y utilizando las evaluaciones descritas en los incisos (C)(2)(a) y (C)(2)(b) de este Artículo, o utilizará protocolos de tratamiento que se hayan desarrollado con los datos clínicos adecuados; y le proveerá información a los proveedores participantes sobre los protocolos que les permitirán satisfacer las normas que estos protocolos establezcan;

(g) Evaluará el acceso que las personas cubiertas o asegurados tengan a los servicios de cuidado de la salud, a tenor con las normas que se hayan establecido por ley, reglamentación o por el Comisionado. El plan de mejora de calidad describirá la estrategia que utilizará la organización de seguros de salud o asegurador para integrar la política de salud pública con los servicios de salud que ofrecen, incluyendo una descripción de los esfuerzos que dicha organización de seguros de salud o asegurador haya hecho de buena fe para

iniciar o mantener la comunicación con las agencias públicas de la salud;

(h) Implementar estrategias de mejora basadas en las conclusiones de los programas; y

(i) Evaluar, al menos una vez al año, la efectividad de las estrategias implantadas a tenor con el inciso (C)(2)(h) de este Artículo.

D. Asegurará que los proveedores participantes tengan la oportunidad de participar en el desarrollo, implementación y evaluación del sistema de mejora de calidad y

E. Ofrecerá a las personas cubiertas o asegurados la oportunidad de comentar sobre el proceso de mejora de calidad.

Artículo 20.070. Auditoría Corporativa

El principal director médico o clínico de la organización de seguros de salud o asegurador asumirá la responsabilidad primaria de evaluar la calidad y las actividades de mejora de calidad que realice dicha organización de seguros de salud o asegurador, o que se lleven a cabo en nombre de ésta. También se asegurará de que se cumplan todos los requisitos dispuestos en este Capítulo. El principal director médico o clínico deberá aprobar, por escrito, los programas de evaluación de calidad y los programas de mejora de calidad, según sean aplicables, que se implementen para cumplir con este Capítulo, y deberá revisarlos y reevaluarlos de manera periódica. Al menos dos (2) veces al año, el

principal director médico o clínico deberá revisar los informes de evaluación de calidad y las actividades de mejora de calidad. El Comisionado responsabilizará a la organización de seguros de salud o asegurador por las acciones que lleve a cabo el principal director médico o clínico. La organización de seguros de salud o asegurador también será responsable de cumplir con todos los requisitos establecidos en este Capítulo.

Artículo 20.080. Requisitos de Radicación de Informes y de Divulgación de Información

A. Según se especifica a continuación, toda organización de seguros de salud o asegurador deberá documentar el programa de evaluación de calidad y el programa de mejora de calidad, de haber implementado alguno y, además, deberá:

(1) Incluir un resumen de los programas de evaluación y de mejora de calidad en los documentos de mercadeo;

(2) Incluir, en la certificación de cubierta o en el manual que se le provee a los nuevos suscriptores del plan, una descripción de los programas de evaluación y de mejora de calidad, así como una declaración de los derechos y responsabilidades del paciente con respecto a estos programas y

(3) Suministrar a los proveedores y a las personas cubiertas o asegurados, una (1) vez al año, los resultados de los programas de evaluación y de mejora de calidad. También deberá informarles de

cómo ha ido cumpliendo con las metas internas y las normas externas, cuando esta información esté disponible. Los informes incluirán una descripción de la metodología utilizada para evaluar cada área en específico.

B. (1) La organización de seguros de salud o asegurador deberá proveerle al Comisionado una certificación anual en la que acredite que los programas de evaluación y de mejora de calidad, así como los materiales que le proporciona a los proveedores y a los consumidores a tenor con el inciso A de este Artículo, cumplen con los requisitos dispuestos en este Capítulo.

(2) La organización de seguros de salud o asegurador deberá tener accesible al público, en caso de que así se le solicite y sujeto a un cargo razonable, los materiales certificados a los que se alude en el inciso (B)(1) de este Artículo, excepto los materiales sujetos a confidencialidad de conformidad con el Artículo 20.090 de este Código y los materiales que sean propiedad intelectual del plan. La organización de seguros de salud o asegurador deberá conservar todos los materiales certificados por al menos tres (3) años a partir de la fecha en que dicho material se haya utilizado o hasta que se haya examinado como parte de una evaluación de conducta de mercado, cuál de las dos fechas ocurra primero.

Artículo 20.090. Confidencialidad

A. La información relacionada con el diagnóstico, tratamiento o salud de una persona cubierta o asegurado es confidencial y no se deberá divulgar a ninguna persona, salvo que ello sea necesario para cumplir con lo dispuesto en este Capítulo y según lo permitan las leyes de Puerto Rico y Estados Unidos de Norteamérica; o cuando la persona cubierta o asegurado así lo consienta expresamente; o a tenor con una ley u orden judicial que requiera la producción o descubrimiento de evidencia; o si dicha información está relacionada con una reclamación o querella entre la persona cubierta o asegurado y la organización de seguros de salud o asegurador. Si la información relacionada con el diagnóstico, tratamiento o salud de una persona cubierta o asegurado, actual o potencial, se divulga cumpliendo con lo dispuesto en este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador no será responsable por ningún otro uso, debido o indebido, de dicha información. La organización de seguros de salud o asegurador tendrá derecho a reclamar aquellos privilegios, establecidos por ley, que tienen los proveedores en contra de la divulgación.

B. Toda persona que, de buena fe y sin malicia, en su capacidad de miembro, agente o empleado del comité de calidad de una organización de seguros de salud o asegurador, tome alguna decisión o haga alguna recomendación o provea algún expediente, información o asistencia al

comité de calidad, a tenor con las actividades de evaluación y de mejora de calidad de la organización de seguros de salud o asegurador, y para fomentar las mismas, no tendrá que responder ante ninguna demanda por daños y perjuicios ni por alguna otra acción judicial como consecuencia de dicha acción, así como tampoco la organización de seguros de salud o asegurador, ni ninguno de sus directores, oficiales, empleados o agentes tendrán que responder por las actividades de dicha persona. Este Artículo no pretende relevar a persona alguna de responsabilidad en cuanto al tratamiento de un paciente.

C. (1) La información que utilice el comité de calidad y las actas de sus reuniones serán confidenciales y no estarán sujetas a descubrimiento excepto en las vistas celebradas por el Comisionado. Ningún miembro del comité de calidad o personal que haya asistido o participado de las actividades de evaluación y mejora de calidad podrá ser emplazada para comparecer en calidad de testigo en una vista o procedimiento cuasi judicial, si el emplazamiento está fundamentado únicamente en estas actividades.

D. Para cumplir con las obligaciones dispuestas en este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador tendrá acceso a los expedientes médicos y a otra información relacionada con el diagnóstico, tratamiento y estado de la salud de la persona cubierta o asegurado.

Artículo 20.100. Contratación

Cuando una organización de seguros de salud o asegurador contrate a otra entidad para llevar a cabo los procesos de evaluación y mejora de calidad, el Comisionado responsabilizará a la organización de seguros de salud o asegurador por la supervisión de las actividades que lleve a cabo dicha entidad contratada."

Artículo 5.-Se añade el nuevo Capítulo 24 a la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", el cual dispondrá lo siguiente:

"Capítulo 24 Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios

Artículo 24.010. Título

Este capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios.

Artículo 24.020. Propósito

Este Capítulo establece las normas y los criterios que regirán la estructura y funcionamiento de los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios que llevan a cabo las organizaciones de seguros de salud o aseguradores. Su propósito es facilitar la continua evaluación y administración de los servicios de cuidado de la salud que reciben las personas cubiertas o asegurados.

Artículo 24.030. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Certificación" significa un documento que contiene la determinación de la organización de seguros de salud o asegurador, o de la organización de revisión de utilización, en el que se expresa que se ha revisado la solicitud de un beneficio a tenor con el plan médico y que, a base de la información provista, el beneficio cumple con los requisitos de la organización de seguros de salud o asegurador en cuanto a la necesidad médica, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio o del cuidado.

B. "Condición de salud de emergencia" significa una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, ante la cual una persona lega, razonablemente prudente y con un conocimiento promedio de salud y medicina, puede esperar que, en ausencia de atención médica inmediata, la salud de la persona se colocaría en serio peligro, o resultaría en una seria disfunción de cualquier miembro u órgano del cuerpo o, con respecto a una mujer embarazada que esté sufriendo contracciones, que no haya suficiente tiempo para trasladarla a otras instalaciones antes del parto, o que trasladarla representaría una amenaza a su salud o a la de la criatura por nacer.

C. "Criterios de revisión clínica" son los procedimientos escritos para el cernimiento, resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y guías de práctica que usa la organización de seguros de salud o asegurador para

determinar la necesidad médica e idoneidad de los servicios de cuidado de salud.

D. "Determinación adversa" significa:

(1) Una determinación hecha por una organización de seguros de salud o asegurador, o una organización de revisión de utilización, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio, o no se paga el beneficio, parcial o totalmente, ya que al aplicar las técnicas de revisión de utilización, a base de la información provista, el beneficio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de necesidad médica, idoneidad, lugar en que se presta el servicio de cuidado de la salud o el nivel o eficacia del servicio o del cuidado, o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa;

(2) La denegación, reducción, terminación o ausencia de pago de un beneficio, sea parcial o en su totalidad, por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, o una organización de revisión de utilización, basado en la determinación sobre la elegibilidad de la persona cubierta o asegurado de participar en el plan médico; o

(3) La determinación que resulte de una revisión prospectiva o revisión retrospectiva en la que se deniega, reduce, termina o no se paga, parcial o totalmente, el beneficio.

E. "Estabilizado" significa, con respecto a una condición de salud de emergencia, que no hay probabilidad de que se deteriore la condición del paciente, dentro de las probabilidades médicas razonables, antes de que se pueda transferir al paciente.

F. "Homólogo clínico" significa un médico u otro profesional de la salud que tiene una licencia sin restricciones en un estado de los Estados Unidos o en Puerto Rico, y en la misma especialidad, o especialidad similar, que los médicos o profesionales de la salud que por costumbre atienden la condición, procedimiento o tratamiento que se revisa.

G. "Manejo de casos" significa un conjunto de actividades coordinadas, establecidas por la organización de seguros de salud o asegurador, para el manejo individual de los padecimientos del paciente, sean complejos, prolongados o de otro tipo.

H. "Organización de revisión de utilización" significa la entidad contratada por una organización de seguros de salud o asegurador para llevar a cabo la revisión de utilización, cuando no sea la organización de seguros de salud o asegurador quien hace la revisión de su propio plan médico. No se interpretará que es requisito para la organización de seguros de salud o asegurador subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo los procesos de revisión de utilización.

I. "Planificación de altas" significa el proceso formal que se lleva a cabo antes de que a un paciente se le dé de alta de una instalación, para

determinar la coordinación y manejo del cuidado que recibirá dicho paciente luego de que se le haya dado de alta.

J. "Revisión concurrente" significa la revisión de utilización hecha durante la estadía del paciente en una instalación, o durante el tratamiento del paciente en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de la salud a pacientes recluidos o ambulatorios.

K. "Revisión de servicios ambulatorios" significa la revisión de utilización de servicios de cuidado de la salud prestados en instalaciones que proveen servicios ambulatorios.

L. "Revisión de utilización" significa un conjunto de técnicas formales para supervisar los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar la necesidad médica, idoneidad, eficacia o eficiencia de los mismos. Dichas técnicas podrían incluir la revisión de servicios ambulatorios, la revisión prospectiva, la segunda opinión, la certificación, la revisión concurrente, el manejo de casos, la planificación de altas o la revisión retrospectiva.

M. "Revisión prospectiva" significa la revisión de utilización antes de que se preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito de la organización de seguros de salud o asegurador para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.

N. "Revisión retrospectiva" significa la revisión de una solicitud de un beneficio que se lleva a cabo luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. "Revisión retrospectiva" no incluye la revisión de una reclamación que se limita a la evaluación de la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.

O. "Segunda opinión" significa la oportunidad o el requisito de obtener una evaluación clínica hecha por un proveedor, que no sea el proveedor que haya hecho la recomendación inicial, de un servicio de cuidado de la salud, con miras a evaluar la necesidad médica e idoneidad de dicho servicio.

P. "Servicios de emergencia" significa los servicios de cuidado de la salud prestados o que se requieren para tratar una condición de salud de emergencia.

Q. "Solicitud de cuidado urgente" significa

(1) Una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento con respecto al cual el tiempo establecido para hacer una determinación de cuidado no urgente:

(a) Podría poner en peligro la vida o la salud de la persona cubierta o asegurado o su recuperación plena; o

(b) En la opinión de un médico con conocimiento de la condición de salud de la persona cubierta o asegurado, expondría a la persona a dolor que no se puede manejar

adecuadamente sin el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado.

(2) Al determinar si se tratará la solicitud como una solicitud de cuidado urgente, la persona que representa a la organización de seguros de salud o asegurador ejercerá el juicio de un lego prudente que tiene un conocimiento promedio de la salud y la medicina. Si un médico con conocimiento de la condición de salud de la persona cubierta o asegurado determina presentar una solicitud de cuidado urgente dentro del significado del inciso (1), la organización de seguros de salud o asegurador tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente.

Artículo 24.040. Aplicabilidad y Alcance

Este Capítulo será aplicable a las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que proveen o realizan procedimientos de revisión de utilización. Los requisitos de este Capítulo también serán aplicables a las personas o entidades designadas por las organizaciones de seguros de salud o aseguradores para realizar dichas funciones, incluyendo a las organizaciones de revisión de utilización que actúan a nombre de una organización de seguros de salud o asegurador.

Artículo 24.050. Auditoría Corporativa del Programa de Revisión de Utilización

Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores serán responsables de fiscalizar todas las actividades de revisión de utilización que se lleven a cabo dentro de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, o a nombre de éstos, y de asegurar que se cumplan los requisitos de este Capítulo y su reglamento correspondiente. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores también garantizarán que haya personal adecuado que tenga la responsabilidad de administrar el programa de revisión de utilización.

Artículo 24.060. Contratación

Cuando una organización de seguros de salud o asegurador contrate una organización de revisión de utilización u otra entidad para llevar a cabo las funciones de revisión de utilización que se requieren en este Capítulo, el Comisionado responsabilizará a la organización de seguros de salud o asegurador por la fiscalización de las actividades de la organización de revisión de utilización o entidad contratada. La organización de seguros de salud o asegurador garantizará que se cumplan los requisitos de este Capítulo y los reglamentos aplicables.

Artículo 24.070. Alcance y Contenido del Programa de Revisión de Utilización

A. (1) Toda organización de seguros de salud o asegurador que requiera que las solicitudes de beneficios, conforme al plan médico de la

persona cubierta o asegurado, sean objeto de una revisión de utilización, implementarán, por escrito, un programa de revisión de utilización en el que se describan todas las actividades y procedimientos de tales revisiones, tanto los que se deleguen como los que no se deleguen, con respecto a:

(a) Los procedimientos para la radicación de las solicitudes de beneficios;

(b) La notificación de las determinaciones sobre revisión de utilización y determinaciones de beneficios; y

(c) Los procesos para la revisión de determinaciones adversas, conforme al Capítulo 22 de este Código.

(2) El documento en el que se describa el programa incluirá lo siguiente:

(a) Los procedimientos para evaluar la necesidad de salud, idoneidad, y eficiencia y eficacia de los servicios de cuidado de la salud;

(b) Las fuentes de datos y criterios de revisión clínica utilizados en el proceso de toma de decisiones;

(c) Los mecanismos usados para asegurar la aplicación uniforme de los criterios de revisión clínica y de las decisiones compatibles;

(d) Los procesos de recopilación de datos y métodos analíticos usados para evaluar la utilización de servicios de cuidado de la salud;

(e) Disposiciones para asegurar la confidencialidad de la información de salud y la propiedad intelectual;

(f) La estructura organizativa (por ejemplo, comité de revisión de utilización, comité de garantía de calidad u otro tipo de comité), que periódicamente evalúa las actividades de revisión de utilización y responde al cuerpo rector de la organización de seguros de salud o asegurador; y

(g) El título del puesto de la persona responsable de la operación diaria del programa.

B. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores radicarán con el Comisionado, en el formato que éste disponga, un informe anual que resuma las actividades del programa de revisión de utilización.

(2) (a) Además del informe anual que resuma las actividades del programa de revisión de utilización, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores mantendrán, por un término mínimo de seis (6) años, récords de todas las solicitudes de beneficios y reclamaciones y notificaciones relacionadas a los procesos de revisión de utilización.

(b) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores pondrán a disposición del Comisionado y de otras agencias reguladoras, cuando así se les requiera, los récords mencionados en el apartado (B)(2)(a) de este Artículo.

AMD

Artículo 24.080. Requisitos Operacionales

A. En el programa de revisión de utilización se usarán criterios de revisión clínica que estén documentados y fundamentados en evidencia clínica sólida y que sean evaluados periódicamente para asegurar su vigencia. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores podrán desarrollar sus propios criterios de revisión clínica o podrán obtener dichos criterios de un vendedor cualificado y utilizarlos mediante licencia. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores proveerán los criterios de revisión clínica a solicitud del Comisionado y de otras agencias gubernamentales autorizadas.

B. La administración del programa de revisión de utilización estará a cargo de profesionales de la salud cualificados, quienes supervisarán las decisiones que se tomen en el proceso de revisión. Uno o más homólogos clínicos evaluarán la corrección de las determinaciones adversas.

C. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores realizarán la revisión de utilización y emitirán las determinaciones de beneficios de manera expedita, según los requisitos de los Artículos 24.090 y 24.100 de este Código.

(2) (a) Cuando la organización de seguros de salud o asegurador falle en adherirse estrictamente a los requisitos de los Artículos 24.090 y 24.100 de este Código, podrá considerarse que la persona cubierta o asegurado ha agotado el remedio provisto en este Capítulo y podrá tomar acción ulterior, a tenor con lo que a continuación se dispone en el apartado (C)(2)(b) de este Artículo, independientemente de si la organización de seguros de salud o asegurador alega haber cumplido sustancialmente con los requisitos de los Artículos 24.090 y 24.100 de este Código, o de si alega que la falta cometida fue mínima.

(b) (i) A tono con lo dispuesto en el apartado (C)(2)(a) de este Artículo, la persona cubierta o asegurado podrá radicar una solicitud de revisión externa a tenor con el Capítulo 28 de este Código.

(ii) Además del proceso de revisión externa dispuesto en el apartado anterior, la persona cubierta o asegurado tendrá derecho a procurar cualquier remedio disponible bajo las leyes de Puerto Rico o las leyes federales, fundamentado en el hecho de que la organización de seguros de salud o asegurador falló en su deber de proveer un proceso interno de revisión

razonable, que condujera a una decisión basada en los méritos de la reclamación.

D. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tendrán un procedimiento para cerciorarse que, al llevar a cabo la revisión de utilización, los revisores apliquen, de manera uniforme, los criterios de revisión clínica.

E. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores evaluarán con regularidad la eficacia y eficiencia de sus programas de revisión de utilización.

F. Los sistemas de procesamiento de datos de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores serán adecuados para las actividades del programa de revisión de utilización y tendrán capacidad para generar informes administrativos que permitan que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores auditen y administren los servicios de cuidado de la salud efectivamente.

G. Si las organizaciones de seguros de salud o aseguradores delegan alguna de las actividades de revisión de utilización a otra entidad, mantendrán un proceso adecuado de supervisión que incluirá:

(1) Una descripción, por escrito, de las actividades y responsabilidades de la organización de revisión de utilización designada, incluyendo los requisitos para los informes que ésta tendrá que rendir;

(2) Evidencia de la aprobación formal, por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, del programa de revisión de utilización; y

(3) El proceso mediante el cual las organizaciones de seguros de salud o aseguradores evaluarán el desempeño de la organización de revisión de utilización designada.

H. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores coordinarán el programa de revisión de utilización junto con las otras actividades de administración de servicios médicos que realizan, tales como los programas de garantía de calidad, la verificación de credenciales, la contratación de proveedores, la preparación de informes, los procedimientos para atender las querellas, los procesos para evaluar la satisfacción de las personas cubiertas o asegurados y el manejo de riesgos.

I. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores proveerán mecanismos adecuados para que las personas cubiertas o asegurados, y los proveedores participantes, puedan resolver sus dudas o preguntas con relación al programa de revisión y determinación de beneficios.

J. Al llevar a cabo la revisión de utilización, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores recopilarán únicamente la información necesaria para hacer la revisión, incluyendo la información clínica pertinente.

K. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores se cerciorarán de que los procesos de revisión de utilización y

determinación de beneficios se lleven a cabo de una manera que garanticen la independencia de criterio y la imparcialidad de los individuos que tienen a su cargo hacer la revisión de utilización y determinación de beneficios.

(2) Para garantizar la independencia de criterio e imparcialidad de los individuos que tienen a su cargo hacer la revisión de utilización y determinación de beneficios, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores se abstendrán de tomar decisiones respecto a la contratación, compensación, terminación, promoción u otros asunto similares de tales individuos, basadas en la probabilidad de que éstos avalen o confirmen la denegación de beneficios a las personas cubiertas o asegurados.

Artículo 24.090. Procedimientos para la Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios Ordinaria

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores mantendrán, por escrito, procedimientos para llevar a cabo la revisión de utilización y determinación de beneficios ordinaria, con respecto a las solicitudes de beneficios hechas por las personas cubiertas o asegurados, y para la notificación de sus determinaciones dentro de los plazos que se requieren en este Artículo.

B. (1) (a) (i) En el caso de las determinaciones de revisiones prospectivas, las organizaciones de seguros de salud

o aseguradores harán su determinación y la notificarán a la persona cubierta o asegurado, independientemente de si se certifica el beneficio o no, dentro del plazo adecuado según la condición de salud de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso en un plazo mayor de quince (15) días contados a partir de la fecha en que se recibe la solicitud.

(ii) En caso de que se emita una determinación adversa, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores notificarán dicha determinación como se dispone en el apartado (F) de este Artículo.

(b) El plazo de quince (15) días para hacer la determinación y notificar a la persona cubierta o asegurado se podrá extender o prorrogar una vez por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, por un periodo adicional de quince (15) días, siempre y cuando la organización de seguros de salud o asegurador satisfaga los siguientes requisitos:

(i) Determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control de la organización de seguros de salud o asegurador; y

(ii) Notifique a la persona cubierta o asegurado, antes del vencimiento del plazo inicial de quince (15) días, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.

(c) Si la prórroga se debe a que la persona cubierta o asegurado no ha presentado información necesaria para que la organización de seguros de salud o asegurador pueda hacer su determinación, la notificación de la prórroga cumplirá con los siguientes requisitos:

(i) Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud; y

(ii) Dispondrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de prórroga, para que la persona cubierta o asegurado provea la información adicional especificada.

(2) (a) Cuando las organizaciones de seguros de salud o aseguradores reciban una solicitud de revisión prospectiva que no cumpla con los requisitos para la radicación de solicitudes de beneficios de la organización de seguros de salud o asegurador, le notificarán a la persona cubierta o

asegurado de esta deficiencia y proveerán en la notificación información sobre los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente.

(b) (i) La notificación sobre deficiencia en la radicación de la solicitud se proveerá a la brevedad posible, pero en ningún caso en un plazo mayor de cinco (5) días contados a partir de la fecha de la presentación deficiente.

(ii) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores podrán hacer la notificación sobre deficiencia verbalmente, o por escrito, si así lo solicita la persona cubierta o asegurado.

C. (1) En el caso de las determinaciones de revisiones concurrentes, si la organización de seguros de salud o asegurador ha certificado previamente el tratamiento en curso por un plazo de tiempo determinado o por determinada cantidad de tratamientos, las siguientes normas serán de aplicación:

(a) Se considerará como una determinación adversa toda reducción o terminación del tratamiento que haga la organización de seguros de salud o asegurador antes de finalizar el plazo o la cantidad de tratamientos previamente certificados, salvo que la reducción o terminación se deba a

una enmienda en los beneficios del plan médico o a la terminación del plan médico; y

(b) La organización de seguros de salud o asegurador notificará, según se dispone en el apartado (F) de este Artículo, la determinación adversa a la persona cubierta o asegurado con antelación a la reducción o terminación, de modo que la persona cubierta o asegurado pueda presentar una querella interna a tenor con el Capítulo 22 de este Código y obtener una determinación con respecto a dicha querella antes de que se reduzca o termine el beneficio.

(2) El servicio de cuidado de la salud o tratamiento objeto de la determinación adversa se continuará hasta tanto la organización de seguros de salud o asegurador notifique a la persona cubierta o asegurado la determinación relacionada con la querella interna hecha conforme al Capítulo 22 de este Código.

D. (1) (a) En el caso de las determinaciones de revisiones retrospectivas, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores harán su determinación en un plazo razonable, pero en ningún caso en un plazo mayor de treinta (30) días contados a partir del recibo de la solicitud.

(b) En caso de que se emita una determinación adversa, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores

notificarán dicha determinación como se dispone en el apartado (F) de este Artículo.

(2) (a) El plazo para hacer la determinación y notificar a la persona cubierta o asegurado se podrá extender o prorrogar una vez por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, por un periodo adicional de quince (15) días, siempre y cuando la organización de seguros de salud o asegurador satisfaga los siguientes requisitos:

(i) Determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control de la organización de seguros de salud o asegurador; y

(ii) Notifique a la persona cubierta o asegurado, antes del vencimiento del plazo inicial de treinta (30) días calendario, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.

(b) Si la prórroga se debe a que la persona cubierta o asegurado no ha presentado información necesaria que la organización de seguros de salud o asegurador pueda hacer su determinación, la notificación de la prórroga cumplirá con los siguientes requisitos:

(i) Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud; y

(ii) Dispondrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de prórroga, para que la persona cubierta o asegurado provea la información adicional especificada.

E. (1) A los fines de calcular los plazos en que se requiere que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tomen sus determinaciones conforme a los apartados (B) y (D) de este Artículo, el plazo comenzará en la fecha en que la organización de seguros de salud o asegurador reciba la solicitud conforme a los procedimientos de radicación que haya establecido a tenor con el Artículo 24.070 de este Código, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

(2) (a) Si se extiende el plazo debido a que la persona cubierta o asegurado no presentó toda la información necesaria para hacer la determinación, el plazo aplicable se interrumpirá a partir de la fecha en que la organización de seguros de salud o asegurador envíe la notificación de prórroga a la persona

cubierta o asegurado, hasta la que ocurra primero de entre las siguientes fechas:

(i) La fecha en que la persona cubierta o asegurado responda a la solicitud de información adicional especificada; o

(ii) La fecha para la cual se debiera haber presentado la información adicional especificada.

(b) Si la persona cubierta o asegurado no presenta la información adicional especificada antes de vencer la prórroga, la organización de seguros de salud o asegurador podrá denegar la certificación del beneficio solicitado.

F. (1) Si a raíz de los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios la organización de seguros de salud o asegurador emitiera una determinación adversa, la notificación de dicha determinación adversa expondrá, de manera comprensible a la persona cubierta o asegurado, lo siguiente:

(a) Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el código de diagnóstico y su significado; y el código de tratamiento y su significado;

(b) Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación;

(c) Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;

(d) Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que la persona cubierta o asegurado pueda completar la solicitud, incluida una explicación de por qué dicho material o información es necesaria;

(e) Una descripción de los procedimientos internos de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador, establecidos a tenor con el Capítulo 22 de este Código, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;

(f) Si para formular la determinación adversa la organización de seguros de salud o asegurador se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá libre de costo a la persona cubierta o asegurado una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar;

(g) Si la determinación adversa se basó en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza

experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias de la persona cubierta o asegurado;

(h) Una explicación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado o con la oficina del Procurador del Paciente para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador. Deberá incluirse la información de contacto de la oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

(2) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores proveerán la notificación que se requiere en este Artículo de una manera adecuada tanto cultural como lingüísticamente, según lo requiera la ley federal.

Artículo 24.100. Procedimientos para la Revisión Acelerada de Utilización y Determinación de Beneficios

A. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establecerán, por escrito, procedimientos para la revisión acelerada de utilización y determinación de beneficios, y para notificar a las

personas cubiertas o asegurados sus determinaciones respecto a las solicitudes de cuidado urgente.

(2) (a) Como parte de los procedimientos que se requieren en el apartado (A)(1) de este Artículo, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores dispondrán que, si la persona cubierta o asegurado no sigue los procedimientos de radicación para una solicitud de cuidado urgente, la organización de seguros de salud o asegurador deberá notificarle dicha deficiencia y los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente.

(b) La notificación sobre deficiencia en la radicación de una solicitud de cuidado urgente:

(i) Se proveerá a la persona cubierta o asegurado a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas contadas a partir del recibo de la solicitud; y

(ii) Podrá ser verbal, a menos que la persona cubierta o asegurado solicite la notificación por escrito.

B. (1) (a) En el caso de una solicitud de cuidado urgente, la organización de seguros de salud o asegurador notificará a la persona cubierta o asegurado su determinación, sea o no una determinación adversa, a la brevedad posible, tomando

en cuenta la condición de salud de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas contadas a partir del recibo de la solicitud, salvo que la persona cubierta o asegurado no haya provisto suficiente información para que la organización de seguros de salud o asegurador pueda determinar si los beneficios solicitados son beneficios cubiertos y pagaderos a tenor con el plan médico.

(b) En caso de que se emita una determinación adversa, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores notificarán dicha determinación como se dispone en el apartado (E) de este Artículo.

(2) (a) Si la persona cubierta o asegurado no ha provisto suficiente información para que la organización de seguros de salud o asegurador pueda tomar una determinación, la organización de seguros de salud o asegurador notificará la deficiencia a la persona cubierta o asegurado, ya sea verbalmente o, si la persona cubierta o asegurado así lo solicita, por escrito, y le indicará la información específica que se necesita, a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas contadas a partir del recibo de la solicitud.

(b) La organización de seguros de salud o asegurador proveerá a la persona cubierta o asegurado un plazo razonable para presentar la información adicional especificada, pero en ningún caso dicho plazo será menor de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de la deficiencia.

(c) La organización de seguros de salud o asegurador notificará a la persona cubierta o asegurado su determinación respecto a la solicitud de cuidado urgente a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de lo que ocurra primero entre lo siguiente:

(i) La fecha del recibo, por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, de la información adicional especificada; o

(ii) La fecha en que vence el plazo otorgado para que la persona cubierta o asegurado presentara la información adicional especificada.

(d) Si la persona cubierta o asegurado no presenta la información adicional especificada en el término concedido, la organización de seguros de salud o asegurador podrá denegar la certificación del beneficio solicitado.

(e) En caso de que se emita una determinación adversa, la organización de seguros de salud o asegurador notificará dicha determinación como se dispone en el apartado (E) de este Artículo.

C. (1) En el caso de solicitudes de revisión concurrente de cuidado urgente en las que la persona cubierta o asegurado pide que se extienda el tratamiento más allá del plazo originalmente aprobado o de la cantidad de tratamientos previamente aprobados, si la solicitud se hace por lo menos veinticuatro (24) horas antes del vencimiento del plazo original o de cumplirse la cantidad de tratamientos previamente aprobados, la organización de seguros de salud o asegurador hará su determinación respecto a la solicitud y la notificará a la persona cubierta o asegurado a la brevedad posible, teniendo en consideración la condición de salud de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas contadas a partir del recibo de la solicitud.

D. A los fines de calcular los plazos en que se requiere que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tomen sus determinaciones conforme a los apartados (B) y (C) de este Artículo, el plazo comenzará en la fecha en que la organización de seguros de salud o asegurador reciba la solicitud conforme a los procedimientos para la radicación de solicitudes

que haya establecido a tenor con el Artículo 24.070 de este Código, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

E. (1) Si a raíz de los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios la organización de seguros de salud o asegurador emitiera una determinación adversa, la notificación de dicha determinación adversa expondrá, de manera comprensible a la persona cubierta o asegurado, lo siguiente:

(a) Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el código de diagnóstico y su significado; y el código de tratamiento y su significado;

(b) Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación;

(c) Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;

(d) Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que la persona cubierta o asegurado

pueda completar la solicitud, incluyendo una explicación de por qué dicho material o información es necesaria;

(e) Una descripción de los procedimientos internos de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador, establecidos a tenor con el Capítulo 22 de este Código, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;

(f) Una descripción de los procedimientos internos de revisión acelerada de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador, establecidos a tenor con el Artículo 22.100 de este Código, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;

(g) Si para formular la determinación adversa la organización de seguros de salud o asegurador se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá libre de costo a la persona cubierta o asegurado una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar;

(h) Si la determinación adversa se basa en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la

determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias de la persona cubierta o asegurado;

(i) Una explicación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado o con la oficina del Procurador de la Salud para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador. Deberá incluirse la información de contacto de la oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

(2) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores proveerán la notificación que se requiere en este Artículo de una manera adecuada tanto cultural como lingüísticamente, según lo requiera la ley federal.

Artículo 24.110. Servicios de Emergencia

A. Al llevar a cabo revisiones de utilización o al hacer determinaciones de beneficios con respecto a servicios de emergencia, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores seguirán las disposiciones de este Artículo.

B. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores cubrirán los servicios de emergencia necesarios para el cernimiento y estabilización de

la persona cubierta o asegurado, de conformidad con las siguientes normas:

(1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no requerirán obtener autorización previa para los servicios de emergencia descritos en el apartado (B) anterior, aun cuando dichos servicios de emergencia hayan sido provistos por un proveedor que no forme parte de la red de proveedores de la organización de seguros de salud o asegurador (en adelante denominado "proveedor no participante");

(2) Si los servicios de emergencia fueron provistos por un proveedor no participante, no se impondrán requisitos administrativos ni limitaciones de cubierta que resulten más restrictivos que los requisitos o limitaciones aplicables a los proveedores participantes cuando prestan los mismos servicios de emergencia;

C. (1) Si los servicios de emergencia son provistos por un proveedor participante, dichos servicios estarán sujetos a los copagos, coaseguros y deducibles aplicables.

(2) (a) Si los servicios de emergencia fueron provistos por un proveedor no participante, dichos servicios estarán sujetos a los mismos copagos, coaseguros y deducibles que aplicarían de haber sido provistos por un proveedor participante.

(b) No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, la persona cubierta o asegurado podrá ser requerida a pagar, además de los copagos, coaseguros y deducibles aplicables conforme el apartado anterior, cualquier cantidad adicional que cobre el proveedor no participante por encima de la cantidad que la organización de seguros de salud o asegurador viene obligada a pagar.

(c) Se considerará que una organización de seguros de salud o asegurador ha cumplido con los requerimientos de pago de este Artículo si paga, por los servicios de emergencia provistos por un proveedor no participante, una tarifa no menor que la que resulte mayor de las siguientes cantidades:

(i) La tarifa negociada con los proveedores participantes para tales servicios de emergencia, excluyendo los copagos o coaseguros que debe pagar la persona cubierta o asegurado;

(ii) La tarifa atribuible al servicio de emergencia provisto, calculada según el método que la organización de seguros de salud o asegurador utilice para determinar los pagos a los proveedores no participantes, pero utilizando los copagos, coaseguros y deducibles aplicables a los proveedores participantes por los

mismos servicios, en lugar de los copagos, coaseguros y deducibles de los proveedores no participantes;

(iii) La tarifa que se pagaría bajo Medicare por el servicio de emergencia provisto, excluyendo cualquier requisito de copago o coaseguro aplicable a los proveedores participantes.

(d) (i) En el caso de planes médicos que paguen sobre una base per cápita o cualquier otro método en el que no haya fijada una tarifa por servicio para los proveedores participantes, el apartado (C)(2)(c)(i) de este Artículo no será de aplicación.

(ii) Si el plan médico tiene negociada más de una tarifa para determinado servicio de emergencia provisto por los proveedores participantes, la cantidad a la que se refiere el apartado (C)(2)(c)(i) de este Artículo sería la mediana de dichas tarifas negociadas.

(3) (a) Cualquier requisito de compartir costos ("cost-sharing") que no sea copago o coaseguro, como pudiera ser un deducible, podrá ser impuesto a los servicios de emergencia provistos por los proveedores no participantes en la medida en que tales requisitos sean generalmente aplicables a otros servicios provistos por proveedores no participantes.

(b) Un deducible podrá ser impuesto respecto a los servicios de emergencia provistos por proveedores no participantes sólo como parte de los deducibles que generalmente apliquen a los beneficios o servicios provistos por proveedores no participantes.

D. Para facilitar la revisión de los servicios post evaluación o post estabilización que las personas cubiertas o asegurados pudieran requerir de inmediato, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán proveer acceso a un representante designado las veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días de la semana.

Artículo 24.120. Requisitos de Confidencialidad

Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores entregarán anualmente al Comisionado una certificación acreditando que sus programas de revisión de utilización cumplen con todas las leyes estatales y federales que establecen los requisitos de confidencialidad de la información de salud.

Artículo 24.130. Requisitos de Divulgación

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores incluirán una descripción clara y detallada de sus procedimientos de revisión de utilización y determinación de beneficios en las certificaciones de cubierta o manuales del suscriptor que se proveen a las personas cubiertas o asegurados. La descripción incluirá los procedimientos para obtener una revisión de las determinaciones adversas y una declaración de los

derechos y responsabilidades de las personas cubiertas o asegurados con respecto a dichos procedimientos.

B. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores incluirán un resumen de sus procedimientos de revisión de utilización y determinación de beneficios en los materiales que entreguen a las potenciales personas cubiertas o asegurados.

C. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores imprimirán, en la tarjeta del plan médico de la persona cubierta o asegurado, un número telefónico gratuito al que se pueda llamar para obtener información sobre las determinaciones de los procedimientos de revisión de utilización y determinación de beneficios.

Artículo 24.140. Reglamentación

El Comisionado podrá promulgar la reglamentación que estime necesaria para llevar a cabo los propósitos de este Capítulo."

Artículo 6.-Se añade el nuevo Capítulo 26 a la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", el cual dispondrá lo siguiente:

"Capítulo 26 Suficiencia de las Redes de Proveedores para Planes de Cuidado Coordinado

Artículo 26.010. Título

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Suficiencia de las Redes de Proveedores para Planes de Cuidado Coordinado.

Artículo 26.020. Propósito

El propósito e intención de este Capítulo consiste en establecer los criterios que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deben seguir para la creación y mantenimiento de redes de proveedores, para asegurar que los servicios de cuidado de la salud que se ofrecen conforme a los planes de cuidado coordinado sean adecuados, accesibles y de calidad. Se establecen requisitos para los contratos entre organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen los planes de cuidado coordinado y los proveedores participantes, particularmente con respecto a los criterios, términos y disposiciones conforme a los cuales el proveedor participante prestará servicios a las personas cubiertas o asegurados.

Artículo 26.030. Definiciones

Para fines de este Capítulo:

A. "Intermediario" significa una persona autorizada a negociar y otorgar contratos con las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, a nombre de los proveedores individuales o de las redes de proveedores cuidado de salud.

B. "Proveedor de cuidado primario" significa el proveedor participante que tiene a su cargo, la supervisión, coordinación y suministro del cuidado inicial o de seguimiento a las personas cubiertas o asegurados. Además, la organización de seguros de salud o asegurador puede requerir que el proveedor de cuidado primario inicie los trámites de referido para

cuidado especializado y continúe supervisando los servicios de cuidado de la salud ofrecidos a la persona cubierta o asegurado.

C. "Red" significa el grupo de proveedores participantes que presta servicios a un plan de cuidado coordinado.

Artículo 26.040. Aplicabilidad y Alcance

Este Capítulo será aplicable a toda organización de seguros de salud o asegurador que ofrezca planes de cuidado coordinado.

Artículo 26.050. Creación de Redes Adecuadas

A. Toda organización de seguros de salud o asegurador que ofrezca planes de cuidado coordinado deberá mantener una red compuesta por una cantidad y variedad suficiente de proveedores, de modo que pueda garantizar que todos los servicios para las personas cubiertas o asegurados permanezcan accesibles sin demora irrazonable.

B. Las personas cubiertas o asegurados deberán tener acceso a los servicios de emergencia las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días a la semana.

C. La suficiencia de proveedores se determinará conforme a los requisitos establecidos en este Artículo y podrá establecerse, por referencia, a todo tipo de criterio razonable que utilice la organización de seguros de salud o asegurador, los cuales incluyen, entre otros, los siguientes: el promedio de personas cubiertas o asegurados atendidos por cada especialidad médica; el promedio de personas cubiertas o asegurados atendidos por el

proveedor de cuidado primario; acceso por zona geográfica; tiempo de espera para citas con proveedores participantes; horas de operación y el volumen de servicios tecnológicos y especializados que estén disponibles para satisfacer las necesidades de las personas cubiertas o asegurados que requieran cuidado tecnológico avanzado o cuidado especializado.

(1) En caso de que una organización de seguros de salud o asegurador no tenga una cantidad o variedad suficiente de proveedores participantes para proveer un beneficio cubierto, dicha organización de seguros de salud o asegurador deberá garantizar que las personas cubiertas o asegurados obtengan los beneficios cubiertos al mismo costo que hubieran incurrido si hubiesen obtenido el servicio de proveedores participantes.

(2) La organización de seguros de salud o asegurador deberá establecer y mantener arreglos adecuados para garantizar que existan proveedores participantes a una distancia razonable del lugar de trabajo o residencia de las personas cubiertas o asegurados. Para determinar si una organización de seguros de salud o asegurador ha cumplido con esta disposición, el Comisionado deberá sopesar la disponibilidad relativa de los proveedores en el área de servicio que se está considerando.

(3) La organización de seguros de salud o asegurador deberá mantenerse al tanto de la habilidad, capacidad clínica, capacidad

financiera y autoridad legal de sus proveedores para constatar que estén proveyéndoles a las personas cubiertas o asegurados todos los beneficios dispuestos en sus contratos.

B. A partir de la vigencia de este Capítulo, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores radicarán ante el Comisionado un plan de acceso que cumpla con los requisitos dispuestos en este Capítulo para cada uno de los planes de cuidado coordinado que se ofrezcan en Puerto Rico. Los planes de acceso de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán estar accesibles en sus respectivas instalaciones comerciales y deberá proveerse copia de éstos a toda persona interesada que lo solicite. La organización de seguros de salud o asegurador deberá preparar un plan de acceso antes de ofrecer un plan de cuidado coordinado nuevo y deberá actualizar el plan de acceso existente cada vez que haga algún cambio sustancial a un plan de cuidado coordinado existente. El plan de acceso deberá describir o incluir al menos la siguiente información:

(1) La red de la organización de seguros de salud o asegurador;

(2) Los procedimientos que la organización de seguros de salud o asegurador haya estipulado para realizar referidos dentro y fuera de la red;

(3) El procedimiento que utilizará la organización de seguros de salud o asegurador para mantenerse al tanto y garantizar la suficiencia de

la red, de modo que satisfaga las necesidades de la población que está suscrita a los planes de cuidado coordinado;

(4) Los esfuerzos que la organización de seguros de salud o asegurador realizará para atender las necesidades de las personas cubiertas o asegurados que tengan un conocimiento limitado o que no sepan leer o escribir, las de trasfondos culturales y étnicos diferentes y las que tengan limitaciones físicas o mentales.

(5) Los métodos que la organización de seguros de salud o asegurador utilizará para evaluar las necesidades de cuidado de la salud de las personas cubiertas o asegurados y la forma de satisfacerlas.

(6) El método que la organización de seguros de salud o asegurador utilizará para informarle a las personas cubiertas o asegurados de los servicios y ofrecimientos, incluido, pero sin limitarse a: los procedimientos para presentar querellas, el proceso para escoger y cambiar proveedores y los procedimientos para obtener cuidado de emergencia y cuidado especializado;

(7) El sistema que la organización de seguros de salud o asegurador utilizará para garantizar la coordinación y continuidad del cuidado de la salud de las personas cubiertas o asegurados que se refieran a médicos especialistas, que utilicen servicios complementarios, incluidos los servicios sociales y otros recursos comunitarios, y para garantizar que la planificación de las altas sea adecuada;

(8) El proceso que utilizará la organización de seguros de salud o asegurador para que las personas cubiertas o asegurados puedan cambiar de proveedores de cuidado primario;

(9) El plan que la organización de seguros de salud o asegurador propone para garantizar la continuación de los servicios de cuidado de la salud en caso de que ocurra una cancelación del contrato entre la organización de seguros de salud o asegurador y alguno de sus proveedores participantes; o en caso de que la organización de seguros de salud o asegurador advenga insolvente o incapaz, por algún otro motivo, de continuar operaciones. La descripción deberá ser cónsona con la Ley 194-2000, según enmendada, conocida como "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" y deberá explicar la forma en que se notificará a las personas cubiertas o asegurados sobre la cancelación del contrato, la insolvencia de la organización de seguros de salud o asegurador o la cesación de operaciones, según sea el caso, así como la forma en que las personas cubiertas o asegurados se transferirán a otros proveedores de manera oportuna; y

(10) Toda otra información que el Comisionado requiera para determinar el cumplimiento con las disposiciones de este Capítulo.

Artículo 26.060. Requisitos para las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores y los Proveedores Participantes

Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrezcan planes de cuidado coordinado deberán satisfacer todos los requisitos siguientes:

A. La organización de seguros de salud o asegurador deberá establecer un mecanismo mediante el cual se les notifique recurrentemente a los proveedores participantes los servicios de cuidado de la salud específicos por los cuales dichos proveedores participantes serán responsables, incluida toda limitación o condición para prestar dichos servicios.

B. Todo contrato entre una organización de seguros de salud o asegurador y un proveedor participante deberá incluir una cláusula de relevo de responsabilidad ("hold harmless provision") fundamentalmente similar a la siguiente:

"Bajo ninguna circunstancia, incluidas, entre otras, la falta de pago a los proveedores, la insolvencia de la organización de seguros de salud o asegurador o el incumplimiento de este contrato, el proveedor facturará, cobrará o recaudará de la persona cubierta o asegurado cantidad alguna por servicios que se hayan provisto conforme a lo dispuesto en este contrato, ni iniciará ninguna acción judicial en contra de dicha persona cubierta o asegurado. Disponiéndose, que esta cláusula no le prohíbe al proveedor cobrar a la persona cubierta o asegurado el coaseguro, deducible o copago que corresponda, conforme lo establecido en la póliza

o evidencia de cubierta, ni los servicios no cubiertos que se le hayan ofrecido a las personas cubiertas o asegurados en la modalidad de "pago por servicio". Con excepción a lo aquí dispuesto, este contrato no le prohíbe al proveedor recurrir a otros remedios judiciales que pueda tener disponibles."

C. Todo contrato entre una organización de seguros de salud o asegurador y un proveedor participante deberá disponer que, en caso de que la organización de seguros de salud o asegurador advenga insolvente, o experimente otro tipo de cese de operaciones, el proveedor continuará ofreciendo los servicios cubiertos a las personas cubiertas o asegurados, durante el periodo para el cual se haya pagado la prima o hasta que se dé de alta a la persona cubierta o asegurado recluida, cual sea mayor de los periodos. Los beneficios cubiertos que se estén ofreciendo a pacientes que estuvieren internados en instalaciones de cuidado de salud a la fecha de insolvencia o cese de operaciones de la organización de seguros de salud o asegurador, se continuarán ofreciendo hasta que su permanencia en la instalación de cuidado de salud ya no sea médicamente necesaria.

D. Las disposiciones del contrato que satisfagan los requisitos de los apartados B y C de este Artículo se interpretarán a favor de la persona cubierta o asegurado, continuarán vigentes tras la cancelación del contrato entre la organización de seguros de salud o asegurador y el proveedor, independientemente de la razón de la cancelación, y sustituirán todo

acuerdo que pudiera haber habido en sentido contrario, fuere verbal o escrito, entre el proveedor y la persona cubierta o asegurado.

E. Bajo ninguna circunstancia el proveedor participante cobrará o intentará cobrar de una persona cubierta o asegurado alguna cantidad de dinero que la organización de seguros de salud o asegurador le adeude a dicho proveedor.

F. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores desarrollarán criterios de selección para los proveedores participantes primarios y para cada especialidad profesional de cuidado de la salud. Los proveedores participantes, sus intermediarios y toda otra red de proveedores contratada deberán utilizar dichos criterios para determinar la selección de profesionales de la salud. Los criterios de selección deberán cumplir con los requisitos establecidos en el Capítulo 18 de este Código sobre Verificación de Credenciales de Profesionales de la Salud y, además, se deberán establecer de modo que:

(a) No permitan que una organización de seguros de salud o asegurador evite poblaciones de alto riesgo al excluir proveedores debido a que están ubicados en áreas geográficas que incluyen poblaciones con riesgos, pérdidas o uso de servicios mayores que las reclamaciones promedio; o

(b) No excluyan a proveedores porque atienden o se especializan en atender a poblaciones que presenten mayores riesgos que las reclamaciones, pérdidas o uso de servicios de salud promedios.

(2) Las disposiciones del apartado (F)(1) de este Artículo no impiden que una organización de seguros de salud o asegurador pueda rehusar seleccionar a un proveedor particular que no cumpla con los otros criterios legítimos de selección que la organización de seguros de salud o asegurador desarrolle conforme a lo dispuesto en este Capítulo.

(3) Las disposiciones de este Capítulo no requieren que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, o las redes de proveedores con las que tienen contratos, empleen proveedores o tipos específicos de proveedores que cumplan con sus criterios de selección, o que contraten más proveedores o tipos de proveedores de lo que sean necesarios para mantener una red adecuada.

G. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán proveerle al Comisionado, para su revisión, los criterios de selección de proveedores participantes.

H. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores notificarán a los proveedores participantes de las responsabilidades de dichos proveedores con respecto a los programas y políticas administrativas aplicables,

incluido, pero sin limitarse a: los términos de pago, los procesos de revisión de utilización, los programas de evaluación de calidad y de mejoras, la acreditación, los procedimientos de querellas, los requisitos para informes de datos, los requisitos de confidencialidad y todo programa federal o estatal aplicable.

I. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no ofrecerán incentivos a los proveedores para que presten a las personas cubiertas o asegurados menos servicios médicos que los necesarios.

J. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no le prohibirán a los proveedores participantes que discutan otras opciones de tratamiento con las personas cubiertas o asegurados, independientemente de la determinación de la organización de seguros de salud o asegurador en cuanto a las opciones de tratamiento, ni les impedirán abogar a favor de la persona cubierta o asegurado en los procesos de revisión de utilización o en los procesos de querellas que haya establecido el asegurador u organización de seguros de salud, siempre y cuando tengan la autorización de la persona cubierta o asegurado.

K. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores requerirán a los proveedores que mantengan disponibles los expedientes médicos de las personas cubiertas o asegurados para propósitos de evaluaciones o auditorías por parte de las autoridades estatales y federales correspondientes, y que cumpla con las leyes estatales y federales

aplicables en cuanto a la confidencialidad de los expedientes médicos y de la información de salud.

L. Los proveedores no cederán ni delegarán los derechos y responsabilidades dispuestos en sus contratos con una organización de seguros de salud o asegurador sin el consentimiento previo, por escrito, de la organización de seguros de salud o asegurador.

M. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores serán responsables de garantizar que los proveedores participantes provean los beneficios cubiertos a todas las personas cubiertas o asegurados, sin tomar en consideración si dicha persona está suscrita al plan como suscriptor privado o como participante de un programa financiado por el gobierno.

N. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores notificarán a los proveedores participantes cuáles son, si alguna, sus obligaciones de cobrar el coaseguro, copago o deducible aplicable a las personas cubiertas o asegurados, conforme a lo dispuesto en la póliza o evidencia de cubierta, o sus obligaciones de notificar a las personas cubiertas o asegurados sobre obligaciones financieras personales con respecto a los servicios no cubiertos.

O. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no deberán penalizar a un proveedor porque dicho proveedor informe, de buena fe, a las autoridades estatales o federales, de algún acto o práctica que haya

llevado a cabo la organización de seguros de salud o asegurador que, a su juicio, pudiera poner en peligro la salud o el bienestar de un paciente.

P. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establecerán mecanismos mediante los cuales los proveedores participantes puedan determinar, de manera oportuna, si una persona está cubierta por la organización de seguros de salud o asegurador.

Q. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establecerán procedimientos para resolver las controversias que surjan con los proveedores, sean administrativas, por pagos o por otras razones.

R. Los contratos entre las organizaciones de seguros de salud o aseguradores y los proveedores no incluirán definiciones ni otras disposiciones que entren en conflicto con las definiciones y disposiciones incluidas en el plan de cuidado coordinado o en este Código.

S. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores incluirán en sus contratos con los proveedores participantes un resumen adecuado de la cláusula de coordinación de beneficios, la cual se regirá por la Ley Modelo vigente de la NAIC y las leyes federales sobre coordinación de beneficios. Los proveedores participantes tendrán la responsabilidad de coordinar beneficios con las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, en aquellos casos en que la persona cubierta o asegurado esté cubierto bajo dos (2) o más planes médicos

Artículo 26.070. Intermediarios

Los contratos entre las organizaciones de seguros de salud o aseguradores y los intermediarios deberán satisfacer todos los requisitos incluidos en este Artículo:

A. Los intermediarios y los proveedores participantes contratados deberán cumplir con todos los requisitos del Artículo 26.060 de este Código.

B. La responsabilidad de la organización de seguros de salud o asegurador de supervisar de cerca la prestación de los servicios de cuidado de la salud a las personas cubiertas o asegurados no se delegará ni cederá a un intermediario.

C. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, en el ejercicio de su libertad de contratación, tendrán el derecho de aprobar o denegar la participación de un proveedor particular o de una red de proveedores contratada por el intermediario. Entre las razones para denegar la participación de un proveedor particular se encuentran, sin entenderse que están limitadas a éstas:

(1) La licencia para el ejercicio de la práctica de la medicina o la profesión ha sido revocada o suspendida en determinación final y firme por las autoridades competentes;

(2) El proveedor ha sido arrestado o convicto de un delito grave o de un delito menos grave que implique depravación moral;

(3) El proveedor fue anteriormente participante de la red de la organización de seguros de salud o asegurador y fue expulsado de ésta por incumplimiento de contrato, fraude u otro motivo;

(4) El proveedor aparece en la lista de proveedores excluidos de participar en programas de salud federales o cualquier otra lista de esta índole a nivel federal;

(5) El proveedor ha incurrido en conducta indebida hacia las personas cubiertas o asegurados;

(6) El proveedor ha incurrido en prácticas de cobro indebido a la organización de seguros de salud o asegurador o a las personas cubiertas o asegurados.

D. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberá mantener copias de todos los subcontratos de los intermediarios en su sede principal en Puerto Rico, o asegurarse que tenga acceso a todos los subcontratos de los intermediarios, incluido el derecho a fotocopiarlos para propósitos de las revisiones de las agencias reguladoras.

E. Si fuera aplicable, el intermediario deberá proporcionarle a la organización de seguros de salud o asegurador la documentación sobre utilización y la documentación sobre las reclamaciones pagadas. La organización de seguros de salud o asegurador deberá garantizar que los pagos a los proveedores y la prestación de servicios de cuidado de la salud sea oportuna y apropiada.

F. Si fuera aplicable, el intermediario deberá mantener los libros, expedientes, información financiera y la documentación de los servicios que se prestan a las personas cubiertas o asegurados en su sede en Puerto Rico y conservarlos según dispone el Artículo 9.360 del Código de Seguros de Puerto Rico, en una manera que facilite la revisión por parte de las agencias reguladoras.

G. El intermediario permitirá que el Comisionado tenga acceso a los libros, expedientes, información financiera y a toda documentación del intermediario con respecto a los servicios que presta a las personas cubiertas o asegurados, según sea necesario para determinar el cumplimiento con este Capítulo.

H. En caso de insolvencia del intermediario, la organización de seguros de salud o asegurador tendrá derecho a solicitar que se le asignen las disposiciones contractuales relacionadas con la obligación del proveedor de prestar los servicios cubiertos.

Artículo 26.080. Requisitos de Radicación y para la Administración Estatal

A. A partir de la vigencia de este Capítulo, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores radicarán ante el Comisionado los modelos de contratos que utilizarán con sus proveedores participantes e intermediarios, de modo que el Comisionado pueda constatar el cumplimiento con las disposiciones de este Capítulo.

B. Sesenta (60) días antes de entrar en vigor, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán presentar, para la aprobación del Comisionado, todo cambio sustancial a un contrato que afectaría alguna de las disposiciones de este Capítulo o cualquier reglamento asociado con éste. Para propósitos de este apartado, los cambios en las tarifas de pago a los proveedores, el coaseguro, copagos o deducible, o alguna otra modificación de los beneficios del plan, no se consideran cambios sustanciales.

C. Si el Comisionado no tomare alguna determinación dentro de los sesenta (60) días de que la organización de seguros de salud o asegurador haya radicado un cambio sustancial a un contrato, el cambio se considerará aprobado.

D. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán mantener los contratos de los proveedores e intermediarios en su sede en Puerto Rico o en un lugar fácilmente accesible.

Artículo 26.090. Contratación

A. Los acuerdos contractuales no relevan a la organización de seguros de salud o asegurador de su responsabilidad para con las personas contratadas para la prestación o cobertura de servicios, ni de su responsabilidad de cumplir con las disposiciones de las leyes o reglamentos aplicables.

B. Todo contrato se hará por escrito y estará sujeto a revisión.

C. Todo contrato deberá cumplir con los requisitos de las leyes y reglamentos aplicables.

Artículo 26.100. Aplicación del Capítulo

A. Si el Comisionado determina que una organización de seguros de salud o asegurador no ha contratado suficientes proveedores participantes para asegurar que las personas cubiertas o asegurados tengan servicios accesibles de cuidado de la salud en determinada área geográfica, o que el plan de acceso de la organización de seguros de salud o asegurador no garantiza el acceso razonable a los beneficios cubiertos, o que la organización de seguros de salud o asegurador ha otorgado un contrato que no cumple con este Capítulo, o que la organización de seguros de salud o asegurador no ha cumplido con las disposiciones de este Capítulo, podrá iniciar medidas correctivas y ejercer todo poder que por virtud de este Código y del Código de Seguros de Puerto Rico tenga para obligar a la organización de seguros de salud o asegurador a cumplir.

B. El Comisionado no fungirá de árbitro o mediador, ni decidirá las controversias relacionadas con la determinación de no incluir a cierto proveedor en un plan de cuidado coordinado o en una red de proveedores, ni en ninguna otra controversia entre la organización de seguros de salud o asegurador y los proveedores debido a la terminación del contrato entre éstos.

Artículo 26.140. Fecha de Vigencia

A. Los contratos vigentes entre una organización de seguros de salud o asegurador y un proveedor o intermediario, deberán cumplir con lo dispuesto en este Capítulo a más tardar a los dieciocho (18) meses de la fecha de vigencia de este Capítulo. El Comisionado podrá conceder una prórroga adicional que no excederá de seis (6) meses, si la organización de seguros de salud o asegurador demuestra justa causa para la concesión de dicha prórroga.

B. Los contratos que se otorguen o que entren en vigor a partir de la fecha de vigencia de este Capítulo, deberán cumplir con las disposiciones de este Capítulo."

Artículo 7.-Se añade el nuevo Capítulo 28 a la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", el cual dispondrá lo siguiente:

"Capítulo 28 Revisión Externa Independiente

Artículo 28.010. Título

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Revisión Externa Independiente.

Artículo 28.020. Propósito

El propósito de este Capítulo es proveer las normas para establecer y mantener los procedimientos de revisión externa que regirán en Puerto Rico, a fines de garantizar que las personas cubiertas o asegurados tengan la oportunidad de recibir una revisión independiente de las determinaciones

adversas o determinaciones adversas finales que hacen las organizaciones de seguros de salud o aseguradores.

Artículo 28.030. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Certificación" significa un documento que contiene la determinación de una organización de seguros de salud o asegurador, o de la organización de revisión de utilización designada, en la que se expresa que se ha revisado el servicio de cuidado de la salud brindado o solicitado y, a base de la información provista, dicho servicio está cubierto por el plan médico y, además, cumple con los requisitos de la organización de seguros de salud o asegurador en cuanto a la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio.

B. "Criterios de revisión clínica" significa los procedimientos escritos para el cernimiento, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa la organización de seguros de salud o asegurador para determinar la necesidad e idoneidad de un servicio de cuidado de la salud.

C. "Determinación adversa" significa una determinación hecha por una organización de seguros de salud o asegurador, o por la organización de revisión de utilización designada, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio o servicio, o no se paga el beneficio o servicio, parcial o

totalmente, ya que, a base de la información provista, el beneficio o servicio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de la organización de seguros de salud o asegurador en cuanto a la necesidad de salud, idoneidad, lugar en que se presta el servicio de cuidado de la salud, nivel o eficacia del servicio o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa.

D. "Determinación adversa final" significa la determinación adversa que ha sido confirmada por la organización de seguros de salud o asegurador, o la organización de revisión de utilización designada, al completarse los procedimientos internos de querella que se disponen en el Capítulo 22 de este Código.

E. "Divulgar" significa dar a conocer, transferir o difundir de alguna manera información de salud protegida a una persona que no sea la persona objeto de dicha información.

F. "Evidencia médica o científica" significa evidencia encontrada en alguna de las siguientes fuentes:

(1) Estudios revisados por homólogos expertos publicados o aceptados para publicación en las revistas médicas especializadas que cumplen con los requisitos reconocidos a nivel nacional para los textos científicos;

(2) Publicaciones médicas revisadas por homólogos expertos, las cuales incluyen publicaciones relacionadas con terapias que han

sido evaluadas y aprobadas por juntas de revisión institucional, los compendios biomédicos y otras publicaciones médicas que cumplen con los criterios de indización de la Biblioteca Médica de los Institutos Nacionales de Salud en el Index Medicus (Medline) y los de Elsevier Science Ltd. en Excerpta Medicus (EMBASE);

(3) Las revistas médicas reconocidas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de Estado Unidos conforme a la Ley Federal de Seguro Social;

(4) Los siguientes compendios normativos en inglés:

(a) "The American Hospital Formulary Service–Drug Information";

(b) "Drug Facts and Comparisons®";

(c) "The American Dental Association Accepted Dental Therapeutics" y

(d) "The United States Pharmacopoeia–Drug Information";

(5) Los hallazgos, estudios o investigaciones realizados por las agencias del gobierno federal, o con el auspicio de éstas, y por los institutos federales de investigación, reconocidos en Estados Unidos de América, los cuales incluyen:

(a) La agencia federal "Agency for Health Care Research and Quality";

(b) Los Institutos Nacionales de la Salud;

(c) El Instituto Nacional del Cáncer;

(d) La "National Academy of Sciences";

(e) Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS);

(f) La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y

(g) Toda junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud cuyo propósito sea evaluar la eficacia de los servicios cuidados de la salud o

(6) Toda evidencia médica o científica adicional que sea comparable con lo detallado en los apartados (1) al (5) precedente.

G. "Información de salud" significa información o datos, verbales o registrados en la manera y el medio que fuera, acerca de sucesos o relaciones con otras personas que afecten:

(1) La salud física, mental o conductual, o los padecimientos de salud de la persona, o un miembro de la familia de ésta, bien sea en el pasado, el presente o el futuro;

(2) Los servicios de cuidado de la salud que se presten a la persona o

(3) El pago por los servicios de cuidado de la salud prestados a una persona.

H. "Información de salud protegida" significa información de salud:

(1) Que identifica a la persona objeto de la información; o

(2) Información con respecto a la cual sería razonable entender que se podría usar para identificar a la persona objeto de ésta.

I. "Manejo de casos" significa un conjunto de actividades coordinadas, establecidas por la organización de seguros de salud o asegurador, para el manejo individual de los padecimientos del paciente, sean complejos, prolongados o de otro tipo.

J. "Organización de revisión de utilización" significa la entidad contratada por una organización de seguros de salud o asegurador para llevar a cabo la revisión de utilización, cuando no sea la organización de seguros de salud o asegurador quien hace la revisión de su propio plan médico. No se interpretará que es requisito para la organización de seguros de salud o asegurador subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo los procesos de revisión de utilización.

K. "Organización de revisión independiente" significa la entidad que realiza una revisión externa independiente de una determinación adversa o determinación adversa final hecha por la organización de seguros de salud o asegurador, o la organización de revisión de utilización designada.

L. "Planificación de alta" significa el proceso formal que se lleva a cabo antes de que a un paciente se le dé de alta de una instalación de cuidado de la salud, para determinar la coordinación y manejo del cuidado que recibirá dicho paciente luego de que se le haya dado de alta.

M. "Revisión concurrente" significa la revisión de utilización hecha durante la estadía del paciente en una instalación de cuidado de la salud, o

durante el tratamiento del paciente en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de la salud a pacientes recluidos o ambulatorios.

N. "Revisión de servicios ambulatorios" significa la revisión de utilización de servicios de cuidado de la salud prestados en instalaciones que proveen servicios ambulatorios.

O. "Revisión de utilización" significa un conjunto de técnicas formales para supervisar los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar la necesidad de salud, idoneidad, eficacia o eficiencia de los mismos. Dichas técnicas podrían incluir la revisión de servicios ambulatorios, la revisión prospectiva, la segunda opinión, la certificación, la revisión concurrente, el manejo de casos, la planificación de altas o la revisión retrospectiva.

P. "Revisión prospectiva" significa la revisión de utilización antes de que se preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito de la organización de seguros de salud o asegurador para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.

Q. "Revisión retrospectiva" significa la revisión de una solicitud de un beneficio que se lleva a cabo luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. "Revisión retrospectiva" no incluye la revisión de una

reclamación que se limita a la evaluación de los niveles de reembolso, la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.

R. "Segunda opinión" significa la oportunidad o el requisito de obtener una evaluación clínica hecha por un proveedor, que no sea el proveedor que haya hecho la recomendación inicial de un servicio de cuidado de la salud, con miras a evaluar la necesidad de salud e idoneidad de dicho servicio.

Artículo 28.040. Aplicabilidad y Alcance

A. Salvo como se dispone en el apartado B de este Artículo, este Capítulo será aplicable a toda organización de seguros de salud o asegurador.

B. Las disposiciones de este Capítulo no serán aplicables a las pólizas o certificados, sean grupales o individuales, que proveen cubierta únicamente para una enfermedad específica, un accidente específico o sólo para accidentes, seguro de crédito al consumidor, cuidado dental, ingreso por incapacidad, indemnización por hospitalización, seguro de cuidado prolongado, cuidado de los ojos u otro beneficio suplementario limitado o póliza suplementaria de Medicare, cubierta bajo un plan Medicare, Medicaid o el programa de beneficios de salud para empleados federales, cubierta emitida a tenor con el Capítulo 55 del Título 10 del Código de los Estados Unidos (cuidado médico y dental para los miembros y algunos ex-miembros de los servicios de la uniformada y para sus dependientes) y toda otra cubierta emitida como suplemento a dicha cubierta, toda cubierta emitida como suplemento a seguros de

responsabilidad pública, seguros de accidentes o enfermedades laborales o seguros similares, seguro médico como suplemento al seguro de responsabilidad de un vehículo o todo seguro para el cual los beneficios sean pagaderos independientemente de la culpa.

Artículo 28.050. Notificación del Derecho a la Revisión Externa

A. (1) La organización de seguros de salud o asegurador notificará por escrito a la persona cubierta o asegurado del derecho que tiene a solicitar que se realice una revisión externa conforme a las disposiciones de este Capítulo. Dicha notificación se hará cuando la organización de seguros de salud o asegurador envíe una notificación escrita de alguna de las siguientes:

(a) Una determinación adversa, al completarse el proceso de revisión de utilización que se dispone en el Capítulo 24 de este Código.

(b) Una determinación adversa final

(c) Casos de rescisión de cubierta.

(2) Como parte de la notificación escrita que se requiere en el apartado (1) anterior, la organización de seguros de salud o asegurador incluirá el siguiente lenguaje, o uno sustancialmente equivalente:

"Hemos denegado su solicitud de servicios de cuidado de la salud, curso de tratamiento o el pago de los mismos. Usted podría tener derecho a que profesionales de la salud que no tengan

ninguna relación con nosotros revisen esta determinación si, con respecto al servicio de cuidado de la salud o el tratamiento solicitado, nuestra determinación conllevaba una valoración de la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio. A tales efectos, usted podrá radicar una solicitud de revisión externa independiente en la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Para más información, puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros." Si el asegurador u organización de servicios de salud en cumplimiento con la ley federal ha contratado entidades revisoras independientes o se ha acogido al proceso de revisión independiente establecido por el Departamento de Salud federal, el aviso será modificado para especificar la entidad y medios de contacto a la cual el asegurado debe dirigir su solicitud de revisión externa. Los aseguradores y organizaciones de seguros de salud tendrán sesenta (60) días contados desde la fecha de vigencia de este Capítulo para notificar a la Oficina del Comisionado de Seguros el proceso de revisión independiente externo seleccionado. En aquellos casos en que haya contratado las entidades de revisión independiente privadas, especificará el nombre y las credenciales de las entidades contratadas.

(3) El Comisionado podrá disponer la forma y contenido de la notificación requerida en este Artículo.

B. (1) La organización de seguros de salud o asegurador incluirá, en la notificación que se requiere en este Artículo, lo siguiente, según corresponda:

(a) En el caso de una notificación de determinación adversa, una declaración mediante la cual se informe a la persona cubierta o asegurado lo siguiente, según aplique:

(i) Si la persona cubierta o asegurado padece de una condición de salud respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión interna acelerada de su querella, según se dispone en el Artículo 22.100 de este Código, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena, podrá solicitar que se realice una revisión externa acelerada conforme al Artículo 28.090 o al Artículo 28.100 de este Código, según corresponda. En estos casos, la organización de revisión independiente asignada a realizar la revisión externa acelerada determinará si se requerirá que la persona cubierta o asegurado complete la revisión interna acelerada de su querella, según se dispone en

el Artículo 22.100 de este Código, antes de realizar la revisión externa; y

(ii) La persona cubierta o asegurado podrá presentar una querella conforme al proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador, según se dispone en el Artículo 22.070 de este Código. No obstante, si la organización de seguros de salud o asegurador no ha emitido una determinación dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que se presentó la querella interna, la persona cubierta o asegurado podrá presentar una solicitud de revisión externa puesto que se considerará, para fines del Artículo 28.070 de este Código, que ha agotado el proceso interno de querellas.

(b) En el caso de una notificación de determinación adversa final, un aviso en que se informa a la persona cubierta o asegurado lo siguiente, según aplique:

(i) Si la persona cubierta o asegurado padece de una condición de salud respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión externa ordinaria, conforme al Artículo 28.080 de este Código, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena, podrá

solicitar una revisión externa acelerada conforme al Artículo 28.090; ó

(ii) Si la determinación adversa final se relaciona con:

(I) Servicios de emergencia recibidos en una instalación de cuidado de la salud de la cual aún no se ha dado de alta a la persona cubierta o asegurado, éste podrá solicitar una revisión externa acelerada conforme al Artículo 28.090 de este Código; ó

(II) Una denegación de cubierta basada en la determinación de que el servicio o tratamiento recomendado o solicitado es de naturaleza experimental o investigativa, la persona cubierta o asegurado podrá presentar una solicitud para que se realice una revisión externa ordinaria conforme al Artículo 28.100 de este Código o, si el médico de la persona cubierta o asegurado certifica por escrito que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado será significativamente menos eficaz si no se iniciara con premura, la persona cubierta o

asegurado podrá solicitar que se realice una revisión externa acelerada conforme al Artículo 28.100 de este Código.

(2) Además de la información que se debe proveer conforme a los apartados (A) y (B) de este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador incluirá una descripción de los procedimientos de revisión externa ordinaria y de revisión externa acelerada, destacando las disposiciones que le ofrecen a la persona cubierta o asegurado la oportunidad de presentar información adicional. También se deberán incluir, si alguno, los formularios necesarios para procesar la solicitud de revisión externa.

(3) La organización de seguros de salud o asegurador incluirá, entre los formularios a los que se hace referencia en el apartado (2) anterior, un formulario de autorización u otro documento aprobado por el Comisionado, mediante el cual la persona cubierta o asegurado autorice a la organización de seguros de salud o asegurador a divulgar información de salud protegida, incluidos los expedientes médicos, que son pertinentes a la revisión externa.

Artículo 28.060. Solicitud de Revisión Externa

A. Toda solicitud de revisión externa se hará al Comisionado o de acuerdo al proceso de revisión adoptado por el asegurador u organización de servicios de salud en cumplimiento con la ley federal aplicable. El

Comisionado podrá disponer la forma y contenido de la solicitud de revisión externa.

B. La persona cubierta o asegurado podrá solicitar una revisión externa de una determinación adversa o de una determinación adversa final, de conformidad con lo que de dispone en el Artículo 28.050 de este Código.

Artículo 28.070. Requisito de Agotar el Proceso Interno de Querellas

A. (1) Salvo como se dispone en el apartado B de este Artículo, ninguna solicitud de revisión externa procederá hasta que la persona cubierta o asegurado haya agotado el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador.

(2) Para propósitos de este Artículo, se considerará que se ha agotado el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador si la persona cubierta o asegurado:

(a) Ha presentado una querella interna conforme al Artículo 22.070 de este Código y

(b) No ha recibido una determinación por escrito de parte de la organización de seguros de salud o asegurador dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que presentó la querella, a menos que se haya solicitado o acordado una prórroga.

(3) No obstante lo dispuesto en el apartado (2) anterior, la persona cubierta o asegurado no podrá solicitar una revisión externa de una

determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva realizada conforme al Capítulo 24 de este Código hasta que haya agotado el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador.

B. (1) (a) Simultáneo a la presentación de una solicitud de revisión interna acelerada de una querella, a tenor con el Artículo 22.100 de este Código, la persona cubierta o asegurado podrá solicitar una revisión externa acelerada conforme alguna de las siguientes opciones:

(i) A tenor con el Artículo 28.090 de este Código, si la persona cubierta o asegurado padece de una condición de salud con respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión interna acelerada de la querella pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; o

(ii) A tenor con el Artículo 28.100 de este Código, si la determinación adversa conlleva una denegación de cubierta basada en una determinación de que el servicio o tratamiento recomendado o solicitado es de naturaleza experimental o investigativa y el médico de la persona cubierta o asegurado certifica por escrito que dicho servicio o tratamiento sería

significativamente menos eficaz si no se iniciara con premura.

(b) Al recibir una solicitud de revisión externa acelerada conforme al apartado (B)(1)(a) de este Artículo, la organización de revisión independiente designada para realizar la revisión externa determinará si se requerirá que la persona cubierta o asegurado complete primero el proceso de revisión interna acelerada.

(c) Si la organización de revisión independiente determina que la persona cubierta o asegurado debe primero completar el proceso de revisión interna acelerada, lo notificará de inmediato a la persona cubierta o asegurado y le advertirá que, en virtud de dicha decisión, no procederá a realizar la revisión externa acelerada hasta que se complete el proceso interno.

(2) Se podrá solicitar la revisión externa de una determinación adversa antes de que la persona cubierta o asegurado haya agotado los procedimientos internos de querella de la organización de seguros de salud o asegurador, siempre y cuando la organización de seguros de salud o asegurador acuerde renunciar al requisito de que se agoten dichos procedimientos.

C. Si la organización de seguros de salud o asegurador renuncia al requisito de agotar los procedimientos internos de querellas, la persona cubierta o asegurado podrá solicitar, por escrito, la revisión externa ordinaria.

Artículo 28.080. Revisión Externa Ordinaria

A. (1) A más tardar los ciento veinte (120) días siguientes al recibo de una notificación de determinación adversa o determinación adversa final, la persona cubierta o asegurado podrá presentar una solicitud de revisión externa al Comisionado.

(2) Al recibo de una solicitud de revisión externa, el Comisionado dispondrá de un (1) día laborable para enviar una copia de la solicitud de revisión externa a la organización de seguros de salud o asegurador implicado.

B. A más tardar los cinco (5) días laborables siguientes al recibo de copia de la solicitud de revisión externa, la organización de seguros de salud o asegurador completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar lo siguiente:

(1) Si el solicitante era una persona cubierta o asegurado al momento de solicitar el servicio de cuidado de la salud o, en el caso de una revisión retrospectiva, era una persona cubierta o asegurado por el plan médico al momento en que se prestó el servicio de cuidado de la salud;

(2) Si se podría entender, de manera razonable, que el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final es un servicio cubierto conforme al plan médico, salvo cuando la organización de seguros de salud o asegurador hubiese determinado que no está cubierto debido a que no cumple con los requisitos de necesidad médica, idoneidad, lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, el nivel de cuidado o eficacia del servicio;

(3) Si la persona cubierta o asegurado agotó el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador, salvo cuando no se requiera agotar dicho proceso interno de querellas conforme al Artículo 28.070 de este Código; y

(4) Si la persona cubierta o asegurado ha provisto toda la información y los formularios requeridos por el Comisionado para procesar las solicitudes de revisión externa, incluido el formulario de autorización para divulgar información de salud que se dispone en el Artículo 28.050(B)(3) de este Código.

C. (1) A más tardar el próximo día laborable a partir de completarse la revisión preliminar conforme al apartado B de este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador notificará por escrito al Comisionado y a la persona cubierta o asegurado si:

(a) La solicitud de revisión externa está completa y

(b) La solicitud es elegible para la revisión externa.

(2) Si la solicitud:

(a) No está completa, la organización de seguros de salud o asegurador enviará, por escrito, una notificación de determinación inicial informando a la persona cubierta o asegurado y al Comisionado, qué información o materiales hacen falta para completar la solicitud, o

(b) No es elegible para la revisión externa, la organización de seguros de salud o asegurador enviará, por escrito, una notificación de determinación inicial informando a la persona cubierta o asegurado y al Comisionado, las razones de la inelegibilidad.

(3) (a) El Comisionado podrá especificar la forma y el contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el apartado (C)(2) de este Artículo.

(b) Si la organización de seguros de salud o asegurador determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al apartado B de este Artículo, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta o asegurado deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha

por la organización de seguros de salud o asegurador puede apelarse ante el Comisionado.

(4) (a) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa, de conformidad con el apartado B de este Artículo, aun cuando la organización de seguros de salud o asegurador hubiese determinado inicialmente lo contrario.

(b) La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de la organización de seguros de salud o asegurador, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables de este Capítulo.

D. (1) A más tardar el próximo día laborable a partir de que el Comisionado reciba una notificación a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa:

(a) Asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa y notificará a la organización de seguros de salud o asegurador cuál fue la organización de revisión independiente designada.

(b) Notificará por escrito a la persona cubierta o asegurado que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa.

(2) Al hacer su determinación, la organización de revisión independiente designada no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o del proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador.

(3) El Comisionado deberá incluir, en la notificación que le envíe a la persona cubierta o asegurado informándole la aceptación de su solicitud para propósitos de la revisión externa, un lenguaje a los efectos de que podrá someter por escrito a la organización de revisión independiente, en un término de cinco (5) días laborables contados a partir del recibo de la notificación de aceptación, cualquier información adicional que estime debiera ser considerada durante la revisión externa. La organización de revisión independiente no tiene, pero puede aceptar y considerar información adicional sometida pasado el término de cinco (5) días laborables aquí dispuesto.

E. (1) A más tardar los cinco (5) días siguientes al recibo de la notificación sobre la organización de revisión independiente designada, la organización de seguros de salud o asegurador proveerá los documentos y toda información que se hubiese tomado en

consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión externa.

(2) Salvo como se dispone en el apartado (E)(3) de este Artículo, el hecho de que la organización de seguros de salud o asegurador no provea los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) de este Artículo, no deberá retrasar la revisión externa.

(3) (a) Si la organización de seguros de salud o asegurador no provee los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) de este Artículo, la organización de revisión independiente podrá dar por terminada la revisión externa y decidir revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión externa.

(b) No más tarde del próximo día laborable de haberse decidido revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión, por la razón que se dispone en el apartado (E)(3)(a) de este Artículo, la organización de revisión independiente lo notificará a la persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros de salud o asegurador y al Comisionado.

F. (1) La organización de revisión independiente revisará toda la información y los documentos recibidos de parte de la organización de seguros de salud o asegurador y toda otra información presentada por escrito por la persona cubierta o asegurado.

(2) En caso de que la organización de revisión independiente reciba información de la persona cubierta o asegurado, la organización de revisión independiente deberá remitir dicha información, a su vez, a la organización de seguros de salud o asegurador implicado, a más tardar el próximo día laborable del recibo de la información.

G. (1) Al recibo de la información dispuesta en el apartado (F)(2) de este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador podrá reconsiderar su determinación adversa o determinación adversa final objeto de la revisión externa.

(2) La reconsideración, por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, de su determinación adversa o determinación adversa final, no demorará ni dará por terminada la revisión externa.

(3) Sólo se podrá dar por terminada la revisión externa si, al completar su reconsideración, la organización de seguros de salud o asegurador decide que revocará su determinación adversa o determinación adversa final y proveerá cubierta o pago por el

servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final.

(4) (a) Al cabo de un (1) día laborable de haberse tomado la decisión de revocar su determinación adversa o determinación adversa final, la organización de seguros de salud o asegurador notificará por escrito dicha determinación a la persona cubierta o asegurado, a la organización de revisión independiente y al Comisionado.

(b) La organización de revisión independiente dará por terminada la revisión externa al recibir, de la organización de seguros de salud o asegurador, la notificación aludida en el apartado (G)(4)(a) de este Artículo.

H. Además de los documentos e información aludida en el apartado (E)(1) de este Artículo, la organización de revisión independiente, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, tomará en cuenta lo siguiente al hacer su determinación:

(1) Los expedientes de salud pertinentes de la persona cubierta o asegurado;

(2) La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona cubierta o asegurado;

(3) Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por la organización de

seguros de salud o asegurador, la persona cubierta o asegurado, o el proveedor que ofrece el tratamiento a la persona cubierta o asegurado;

(4) Los términos de cubierta del plan médico de la persona cubierta o asegurado;

(5) Las directrices de práctica ("practice guidelines") más apropiadas, las cuales podrían incluir las guías de práctica generalmente aceptadas, las guías de práctica basadas en evidencia u otras guías confeccionadas por el gobierno federal o por las asociaciones o juntas médicas y profesionales a nivel nacional;

(6) Todo criterio de revisión clínica creado y usado por la organización de seguros de salud o asegurador, o la organización de revisión de utilización, al hacer la determinación adversa o determinación adversa final; y

(7) La opinión de los revisores clínicos de la organización de revisión independiente, después de examinar los documentos que se enumeran en los apartados (1) al (6) del inciso (H) de este Artículo.

I. (1) A más tardar los cuarenta y cinco (45) días siguientes al recibo de una solicitud de revisión externa, la organización de revisión independiente deberá notificar su determinación acerca de si confirma o revoca la determinación adversa o determinación

adversa final objeto de revisión. La notificación escrita se hará a las siguientes personas:

(a) A la persona cubierta o asegurado;

(b) A la organización de seguros de salud o asegurador;

(c) Al Comisionado.

(2) La organización de revisión independiente incluirá en la notificación escrita de su determinación lo siguiente:

(a) Una descripción general de la razón de ser de la solicitud de revisión externa;

(b) La fecha en que la organización de revisión independiente recibió el referido del Comisionado para llevar a cabo la revisión externa;

(c) La fecha en que se llevó a cabo la revisión externa;

(d) La fecha de su determinación;

(e) La principal razón o razones de su determinación, incluyendo qué estándares, si alguno, dieron base a su determinación;

(f) El razonamiento ("rationale") de su determinación; y

(g) Referencias a la evidencia o documentación, incluidas las guías de práctica, que se tomaron en consideración para hacer la determinación.

(3) Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, la organización de seguros de salud o asegurador implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que fue objeto de revisión.

J. La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa de conformidad con este Capítulo, se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

Artículo 28.090. Revisión Externa Acelerada

A. Salvo como se dispone en el apartado F de este Artículo, la persona cubierta o asegurado podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de revisión externa acelerada al recibir alguna de las siguientes:

(1) Una determinación adversa, siempre y cuando:

(a) La determinación adversa se relacione con una condición de salud de la persona cubierta o asegurado con respecto a la cual el tiempo dispuesto para una revisión interna acelerada,

según se dispone en el Artículo 22.100 de este Código, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; y

(b) La persona cubierta o asegurado haya radicado una solicitud de revisión interna acelerada de una querella para la cual se hizo una determinación adversa según se dispone en el Artículo 22.100 de este Código; o

(2) Una determinación adversa final, siempre y cuando:

(a) La persona cubierta o asegurado padece una condición de salud con respecto a la cual el tiempo dispuesto para una revisión externa ordinaria, según se dispone en el Artículo 28.080 de este Código, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; o

(b) La determinación adversa final se relaciona con la admisión a una instalación de cuidado de la salud, la disponibilidad de un servicio o la estadía continuada en una instalación donde la persona cubierta o asegurado recibió servicios de emergencia y aún la persona cubierta o asegurado no ha sido dado de alta de la instalación donde recibió dichos servicios de emergencia.

B. (1) Al recibir una solicitud de revisión externa acelerada, el Comisionado deberá, de inmediato, enviar copia de dicha solicitud a la organización de seguros de salud o asegurador implicado.

(2) Tras recibir copia de la solicitud de revisión externa acelerada, la organización de seguros de salud o asegurador deberá, inmediatamente, determinar si la solicitud satisface los requisitos de revisión dispuestos en el Artículo 28.080 de este Código y notificar a la persona cubierta o asegurado, y al Comisionado, su determinación sobre si la solicitud es elegible para revisión externa.

(3) (a) El Comisionado podrá especificar la forma y contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el apartado (B)(2) de este Artículo.

(b) Si la organización de seguros de salud o asegurador determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al apartado (B)(2) de este Artículo, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta o asegurado deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por la organización de seguros de salud o asegurador puede apelarse ante el Comisionado.

(4) (a) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando la organización de seguros de salud o asegurador hubiese determinado inicialmente lo contrario.

(b) La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de la organización de seguros de salud o asegurador, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables de este Capítulo.

(5) Al recibo de una notificación de la organización de seguros de salud o asegurador indicando que una solicitud satisface los requisitos para revisión, el Comisionado inmediatamente asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa acelerada. Además, notificará a la organización de seguros de salud o asegurador cual fue la organización de revisión independiente designada y notificará por escrito a la persona cubierta o asegurado que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa acelerada.

(6) Al hacer su determinación, la organización de revisión independiente designada no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o del proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador.

C. Al recibir la notificación del Comisionado sobre la organización de revisión independiente designada, la organización de seguros de salud o asegurador proveerá a ésta, electrónicamente o por cualquier otro medio expedito, los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión externa acelerada.

D. Además de los documentos e información aludidos en el apartado (C) de este Artículo, la organización de revisión independiente, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, tomará en cuenta lo siguiente al hacer su determinación:

(1) Los expedientes médicos pertinentes de la persona cubierta o asegurado;

(2) La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona cubierta o asegurado;

(3) Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por la organización de seguros de salud o asegurador, la persona cubierta o asegurado, o el proveedor de la salud que ofrece el tratamiento a la persona cubierta o asegurado;

(4) Los términos de cubierta del plan médico de la persona cubierta o asegurado;

(5) Las directrices de práctica ("practice guidelines") más apropiadas, las cuales podrían incluir las guías de práctica generalmente aceptadas, las guías de práctica basadas en evidencia u otras guías confeccionadas por el gobierno federal o por las asociaciones o juntas médicas y profesionales a nivel nacional;

(6) Todo criterio de revisión clínica creado y usado por la organización de seguros de salud o asegurador, o la organización de revisión de utilización, al hacer la determinación adversa o determinación adversa final; y

(7) La opinión de los revisores clínicos de la organización de revisión independiente, después de examinar los documentos que se enumeran en los apartados (1) al (6) anteriores.

E. (1) La organización de revisión independiente hará su determinación con la premura que requiera la condición de salud o las circunstancias de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso en un término mayor de setenta y dos (72) horas contadas a partir del recibo de la solicitud de revisión externa acelerada. En dicho término la organización de revisión independiente deberá:

(a) Hacer su determinación en cuanto a confirmar o revocar la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión; y

(b) Notificar su determinación a la persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros de salud o asegurador y al Comisionado.

(2) Si la notificación sobre la determinación de la organización de revisión independiente no se hace inicialmente por escrito, al cabo de cuarenta y ocho (48) horas de la determinación, la organización de revisión independiente deberá:

(a) Proveer confirmación escrita de la determinación a la persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros de salud o asegurador y al Comisionado; e

(b) Incluir en la notificación escrita la información dispuesta en el Artículo 28.080 (I)(2) de este Código.

(3) Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, la organización de seguros de salud o asegurador implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que fue objeto de revisión externa acelerada.

F. La revisión externa acelerada no estará disponible cuando la determinación adversa o determinación adversa final haya sido producto de una revisión retrospectiva.

G. La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa acelerada de conformidad con este Capítulo, se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

Artículo 28.100. Revisión Externa de Determinaciones Adversas Basadas en Tratamiento Experimental o Investigativo

A. (1) A más tardar los ciento veinte (120) días siguientes al recibo de una notificación de determinación adversa o determinación adversa final, en la que se deniega un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, la persona cubierta o asegurado podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de revisión externa.

(2) (a) La persona cubierta o asegurado podrá solicitar oralmente una revisión externa acelerada de una determinación adversa o determinación adversa final en la que se deniega un servicio de cuidado de la salud o tratamiento

recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, siempre y cuando su médico certifique por escrito que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado sería significativamente menos eficaz si no se inicia con premura.

(b) Al recibo de una solicitud de revisión externa acelerada conforme al apartado (a) anterior, el Comisionado inmediatamente notificará a la organización de seguros de salud o asegurador implicado sobre la presentación de la referida solicitud.

(c) (i) Tras recibir copia de la solicitud, la organización de seguros de salud o asegurador deberá, inmediatamente, determinar si la solicitud satisface los requisitos de revisión dispuestos en el apartado (B)(2) de este Artículo y notificar a la persona cubierta o asegurado, y al Comisionado, su determinación sobre si la solicitud es elegible para revisión externa.

(ii) El Comisionado podrá especificar la forma y contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el subapartado (i) anterior.

(iii) Si la organización de seguros de salud o asegurador determina, a raíz de la revisión preliminar realizada

conforme al apartado (A)(2)(c)(i) de este Artículo, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta o asegurado deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por la organización de seguros de salud o asegurador puede apelarse ante el Comisionado.

(d) (i) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando la organización de seguros de salud o asegurador hubiese determinado inicialmente lo contrario.

(ii) La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de la organización de seguros de salud o asegurador, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables de este Capítulo.

(e) Al recibo de una notificación de la organización de seguros de salud o asegurador indicando que la solicitud satisface los requisitos para revisión, el Comisionado inmediatamente asignará una organización de revisión independiente para

llevar a cabo la revisión externa acelerada; notificará a la organización de seguros de salud o asegurador cuál fue la organización de revisión independiente designada y notificará por escrito a la persona cubierta o asegurado que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa acelerada.

(f) Al recibir la notificación del Comisionado sobre la organización de revisión independiente designada, la organización de seguros de salud o asegurador proveerá a ésta, electrónicamente o por cualquier otro medio expedito, los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

B. (1) Excepto en el caso de una solicitud de revisión externa acelerada hecha conforme al apartado (A)(2) de este Artículo, a más tardar el próximo día laborable del recibo de una solicitud de revisión externa por haberse denegado un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, el Comisionado notificará, con copia de la solicitud, a la organización de seguros de salud o asegurador implicado.

(2) Tras recibir copia de la solicitud de revisión externa, la organización de seguros de salud o asegurador tendrá cinco (5) días laborables para llevar a cabo una revisión preliminar de la solicitud para determinar si la misma satisface los siguientes requisitos:

(a) La persona es o había sido una persona cubierta o asegurado por el plan médico cuando se recomendó o solicitó el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado o, en el caso de una revisión retrospectiva, había sido una persona cubierta o asegurado por un plan médico cuando se prestó el servicio de cuidado de la salud;

(b) El servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado, objeto de la determinación adversa o determinación adversa final:

(i) Es un beneficio cubierto bajo el plan médico de la persona cubierta o asegurado, pero la organización de seguros de salud o asegurador ha determinado que el servicio o tratamiento es de naturaleza experimental o investigativa; y

(ii) No está explícitamente mencionado como un beneficio excluido conforme al plan médico de la persona cubierta o asegurado;

(c) El médico de la persona cubierta o asegurado ha certificado por escrito que una de las siguientes situaciones es aplicable:

(i) Los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados no han sido efectivos en mejorar la condición de la persona cubierta o asegurado;

(ii) Los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados no son médicamente adecuados para la persona cubierta o asegurado; o

(iii) No hay ningún servicio de cuidado de la salud o tratamiento cubierto por el plan médico que sea más beneficioso que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado;

(d) El médico que atiende a la persona cubierta o asegurado:

(i) Ha recomendado un servicio de cuidado de la salud o tratamiento respecto al cual certifica, por escrito, que según su opinión, con toda probabilidad será de mayor beneficio para la persona cubierta o asegurado que los otros servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales o acostumbrados disponibles; o

(ii) El médico que atiende a la persona cubierta o asegurado, el cual está cualificado para practicar la

medicina en la rama indicada para el tratamiento de la condición de salud en cuestión, ha certificado por escrito que existen estudios con validez científica, realizados según los protocolos aceptados, que demuestran que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado por la persona cubierta o asegurado tiene una mayor probabilidad de ser de beneficio que ningún otro servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible;

(e) La persona cubierta o asegurado ha agotado el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador, salvo cuando no se requiera haber agotado dicho remedio a tenor con el Artículo 28.070 de este Código; y

(f) La persona cubierta o asegurado ha provisto toda la información y los formularios que se requieren para procesar la revisión externa, incluido el formulario de autorización que se dispone en el Artículo 28.050(B)(3) de este Código.

C. (1) A más tardar el próximo día laborable de completar la revisión preliminar conforme al apartado (B)(2) de este Artículo, la

organización de seguros de salud o asegurador notificará por escrito al Comisionado y a la persona cubierta o asegurado:

(a) Si la solicitud está completa y

(b) Si la solicitud es elegible para la revisión externa.

(2) Si la solicitud:

(a) No está completa, la organización de seguros de salud o asegurador notificará, por escrito, a la persona cubierta o asegurado y al Comisionado, qué información o materiales hacen falta para completar la solicitud; o

(b) No es elegible para la revisión externa, la organización de seguros de salud o asegurador enviará, por escrito, una notificación informando a la persona cubierta o asegurado y al Comisionado, las razones de la inelegibilidad.

(3) (a) El Comisionado podrá especificar la forma y el contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el apartado (C)(2) de este Artículo.

(b) Si la organización de seguros de salud o asegurador determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al apartado (B)(2) de este Artículo, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta o asegurado deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad

hecha por la organización de seguros de salud o asegurador puede apelarse ante el Comisionado.

(4) (a) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando la organización de seguros de salud o asegurador hubiese determinado inicialmente lo contrario.

(b) La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de la organización de seguros de salud o asegurador, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables de este Capítulo.

(5) Si la organización de seguros de salud o asegurador determina que la solicitud de revisión externa es elegible para tales propósitos, así deberá notificarlo a la persona cubierta o asegurado y al Comisionado.

D. (1) A más tardar el próximo día laborable del recibo de la notificación de la organización de seguros de salud o asegurador indicando que la solicitud es elegible para revisión externa, el Comisionado deberá:

(a) Asignar una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa y notificar a la organización de seguros de salud o asegurador cuál fue la organización de revisión independiente designada; y

(b) Notificar por escrito a la persona cubierta o asegurado que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa.

(2) El Comisionado deberá incluir, en la notificación que le envíe a la persona cubierta o asegurado informándole la aceptación de su solicitud para propósitos de la revisión externa, un lenguaje a los efectos de que podrá someter por escrito a la organización de revisión independiente, en un término de cinco (5) días laborables contados a partir del recibo de la notificación de aceptación, cualquier información adicional que estime debiera ser considerada durante la revisión externa. La organización de revisión independiente no tiene, pero puede aceptar y considerar información adicional sometida pasado el término de cinco (5) días laborables aquí dispuesto.

(3) A más tardar el próximo día laborable del recibo de la notificación asignándole la revisión externa, la organización de revisión independiente deberá:

(a) Seleccionar, según se entienda apropiado, uno o más revisores clínicos para llevar a cabo la revisión externa.

(4) (a) Al seleccionar los revisores clínicos, la organización de revisión independiente escogerá a médicos u otros profesionales de la salud que cumplan con los requisitos mínimos descritos en el Artículo 28.140 (B) de este Código y que debido a su experiencia clínica durante los pasados tres (3) años sean expertos en el tratamiento de la condición de la persona cubierta o asegurado y, además, que tengan amplio conocimiento acerca del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.

(b) Ni la persona cubierta o asegurado, ni la organización de seguros de salud o asegurador, escogerán ni controlarán la manera en que se seleccionarán a los médicos u otros profesionales de la salud que actuarán como revisores clínicos.

(5) De conformidad con el apartado H de este Artículo, cada revisor clínico proveerá a la organización de revisión independiente una opinión escrita respecto a si se debe cubrir el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.

(6) Al formular su opinión, los revisores clínicos no estarán obligados por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador.

E. (1) A más tardar los cinco (5) días siguientes al recibo de la notificación sobre la organización de revisión independiente designada, la organización de seguros de salud o asegurador proveerá los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

(2) Salvo como se dispone en el apartado (E)(3) de este Artículo, el hecho de que la organización de seguros de salud o asegurador no provea los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) de este Artículo, no deberá retrasar la revisión externa.

(3) (a) Si la organización de seguros de salud o asegurador no provee los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) de este Artículo, la organización de revisión independiente podrá dar por terminada la revisión externa y decidir revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión.

(b) Si la organización de revisión independiente decidiera revocar la determinación adversa o la determinación adversa final por la razón que se dispone en el apartado (E)(3)(a) de este Artículo, la organización de revisión independiente lo

notificará de inmediato a la persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros de salud o asegurador y al Comisionado.

F. (1) Cada revisor clínico revisará toda la información y los documentos recibidos de parte de la organización de seguros de salud o asegurador y toda otra información presentada por escrito por la persona cubierta o asegurado.

(2) En caso de que la organización de revisión independiente reciba información de la persona cubierta o asegurado, la organización de revisión independiente deberá remitir dicha información, a su vez, a la organización de seguros de salud o asegurador implicado, a más tardar el próximo día laborable del recibo de la información.

G. (1) Al recibo de la información dispuesta en el apartado (F)(2) de este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador podrá reconsiderar su determinación adversa o determinación adversa final objeto de la revisión externa.

(2) La reconsideración por parte de la organización de seguros de salud o asegurador de su determinación adversa o determinación adversa final no demorará ni dará por terminada la revisión externa.

(3) Sólo se podrá dar por terminada la revisión externa si, al completar su reconsideración, la organización de seguros de salud o

asegurador decide que revocará su determinación adversa o determinación adversa final y proveerá cubierta o pago por el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final.

(4) (a) Si la organización de seguros de salud o asegurador toma la decisión de revocar su determinación adversa o determinación adversa final, lo notificará de inmediato por escrito a la persona cubierta o asegurado, a la organización de revisión independiente y al Comisionado.

(b) La organización de revisión independiente dará por terminada la revisión externa al recibir, de la organización de seguros de salud o asegurador, la notificación aludida en el apartado (G)(4)(a) de este Artículo.

H. (1) Salvo como se dispone en el apartado (H)(3) de este Artículo, a más tardar los veinte (20) días de haber sido seleccionados para realizar la revisión externa, el o los revisores clínicos entregarán, a la organización de revisión independiente, su opinión en cuanto a si se debe cubrir el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.

(2) Salvo en el caso de una opinión que se formule conforme al apartado (H)(3) de este Artículo, la opinión de cada revisor clínico se entregará por escrito e incluirá la siguiente información:

(a) Una descripción de la condición de salud de la persona cubierta o asegurado;

(b) Una descripción de los indicadores relevantes en el análisis y proceso de determinar si existe suficiente evidencia para demostrar que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado tiene una mayor probabilidad de ser beneficioso para la persona cubierta o asegurado que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible y que los riesgos adversos del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no serían marcadamente mayores que los de los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados disponibles;

(c) Una descripción y análisis de la evidencia médica o científica que se tomó en consideración en la opinión expresada;

(d) Una descripción y análisis de cualquier estándar basado en evidencia ("evidence-based standard") que se haya tomado en consideración en la opinión expresada; e

(e) Información acerca de si el razonamiento tras la opinión del revisor estuvo basado en lo dispuesto en el apartado (I)(5)(a) ó (b) de este Artículo.

(3) (a) En el caso de una revisión externa acelerada, cada revisor clínico expresará su opinión, de manera verbal o escrita, a la organización de revisión independiente, tan pronto como la condición o circunstancia de salud de la persona cubierta o asegurado lo requiera pero nunca más tarde de los cinco (5) días siguientes de haber sido seleccionado para realizar la revisión externa.

(b) Si la opinión del revisor clínico se hubiese expresado originalmente de manera verbal, a más tardar los dos (2) días de haber provisto la opinión, el revisor clínico suministrará una confirmación escrita a la organización de revisión independiente e incluirá en ésta la información que se requiere en el apartado (H)(2) de este Artículo.

I. Además de la información y los documentos aludidos en el apartado (A)(2)(f) o al apartado (E)(1) de este Artículo, cada revisor clínico, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, considerará lo siguiente al formular su opinión:

(1) Los expedientes médicos pertinentes de la persona cubierta o asegurado;

(2) La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona cubierta o asegurado;

(3) Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por la organización de seguros de salud o asegurador, la persona cubierta o asegurado, o el proveedor que ofrece el tratamiento a la persona cubierta o asegurado;

(4) Los términos de cubierta del plan médico de la persona cubierta o asegurado;

(5) La alternativa que sea aplicable, si alguna, de entre las siguientes:

(a) El servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado ha sido aprobado por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), para la condición de la persona cubierta o asegurado; o

(b) Existe evidencia médica o científica o estándares basados en evidencia ("evidence-based standards") que demuestran que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado tiene una mayor probabilidad de beneficiar a la persona cubierta o asegurado que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual y acostumbrado disponible y que los riesgos adversos del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no serían marcadamente mayores que los de los servicios de cuidado

de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados disponibles.

J. (1) (a) Salvo como se dispone en el apartado (J)(1)(b) de este Artículo, a más tardar los veinte (20) días siguientes al recibo de la opinión de los revisores clínicos, la organización de revisión independiente, de conformidad con lo dispuesto en el apartado (J)(2) de este Artículo, hará su determinación y la notificará por escrito a las siguientes personas:

(i) La persona cubierta o asegurado;

(ii) La organización de seguros de salud o asegurador; y

(iii) Al Comisionado.

(b) (i) En el caso de una revisión externa acelerada, a más tardar las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al recibo de la opinión de los revisores clínicos, la organización de revisión independiente hará su determinación y la notificará, ya sea verbalmente o por escrito, a la persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros de salud o asegurador y al Comisionado.

(ii) Si la determinación se hubiese notificado originalmente de manera verbal, a más tardar los dos (2) días de haber provisto dicha notificación verbal, la

organización de revisión independiente suministrará una confirmación escrita a la persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros de salud o asegurador y al Comisionado, e incluirá la información que se requiere en el apartado (J)(3) de este Artículo.

(2) (a) Si la mayoría de los revisores clínicos recomienda que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado se debe cubrir, la organización de revisión independiente determinará que se revoque la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

(b) Si la mayoría de los revisores clínicos recomienda que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no se debe cubrir, la organización de revisión independiente determinará que se confirme la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

(c) (i) Si hay un empate entre los revisores clínicos en cuanto a si se debe cubrir o no el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado, la organización de revisión independiente obtendrá la opinión de un revisor clínico adicional, de modo que

pueda hacer una determinación en base a las opiniones de la mayoría.

(i) De surgir la necesidad de seleccionar un revisor clínico adicional de conformidad con el apartado anterior, dicho revisor clínico adicional usará la misma información que tuvieron disponible los demás revisores clínicos al formular su opinión.

(iii) La selección de un revisor clínico adicional no prolongará el plazo que tiene la organización de revisión independiente para hacer su determinación en base a las opiniones de los revisores clínicos seleccionados.

(3) La organización de revisión independiente incluirá, en la notificación escrita de su determinación, lo siguiente:

(a) Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa;

(b) La opinión escrita de cada uno de los revisores clínicos, incluyendo la recomendación de cada uno respecto a si el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado se debe cubrir o no y la justificación de la recomendación del revisor;

(c) La fecha en que la organización de revisión independiente fue designada por el Comisionado para llevar a cabo la revisión externa;

(d) La fecha en que se llevó a cabo la revisión externa;

(e) La fecha de su determinación;

(f) La principal razón o razones de su determinación; y

(g) La justificación o razonamiento de su determinación.

(4) Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, la organización de seguros de salud o asegurador implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio de cuidado de la salud o tratamiento que fue objeto de revisión.

K. La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa de conformidad con este Artículo, se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

Artículo 28.110. Obligatoriedad de la Determinación de la Revisión Externa

A. La determinación de la revisión externa obliga a la organización de seguros de salud o asegurador, salvo en los casos en que la organización de seguros de salud o asegurador tenga algún otro remedio conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico.

B. La determinación de la revisión externa obliga a la persona cubierta o asegurado, salvo en los casos en que la persona cubierta o asegurado tenga algún otro remedio conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico o a las leyes federales.

C. La persona cubierta o asegurado no podrá presentar subsiguientes solicitudes de revisión externa relacionadas con una determinación adversa o determinación adversa final para la cual ya hubo una determinación tras una revisión externa conforme a este Capítulo.

Artículo 28.130. Autorización de las Organizaciones de Revisión Independientes

A. El Comisionado autorizará a las organizaciones de revisión independiente que sean elegibles para realizar revisiones externas a tenor con este Capítulo.

B. A los fines de ser elegible para llevar a cabo revisiones externas a tenor con este Capítulo, la organización de revisión independiente deberá:

(1) Salvo como de otra forma se disponga en este Artículo, estar acreditada por una entidad acreditadora reconocida por el

Comisionado y cuyos estándares de acreditación para las organizaciones de revisión independiente, a juicio de dicho funcionario, son equivalentes o exceden los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en el Artículo 28.140 de este Código.

(2) Someter una solicitud para la autorización del Comisionado, de conformidad con el apartado (D) de este Artículo.

C. El Comisionado preparará un formulario para la solicitud de autorización y de renovación de autorización de las organizaciones de revisión independientes.

D. (1) Toda organización de revisión independiente que se proponga obtener la autorización del Comisionado para realizar revisiones externas a tenor con este Capítulo, presentará el formulario de solicitud junto con toda la documentación e información que el Comisionado estime necesaria, de modo que éste pueda determinar si la organización de revisión independiente cumple con los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en el Artículo 28.140 de este Código.

(2) (a) Sujeto a lo dispuesto en el apartado (D)(2)(b) de este Artículo, una organización de revisión independiente será elegible para autorización por parte del Comisionado sólo si está acreditada por una entidad acreditadora reconocida por

el Comisionado y cuyos estándares de acreditación para las organizaciones de revisión independiente, a juicio de dicho funcionario, son equivalentes o exceden los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en el Artículo 28.140 de este Código.

(b) El Comisionado podrá autorizar a una organización de revisión independiente que no esté acreditada por una entidad acreditadora reconocida, sólo en el caso de que no hayan tales entidades reconocidas que se dediquen a la acreditación de organizaciones de revisión independiente.

(3) El Comisionado podrá cobrar las aportaciones o derechos que estime convenientes por las solicitudes de autorización y renovación de autorización de las organizaciones de revisión independientes.

E. (1) La autorización de la organización de revisión independiente tendrá una vigencia de dos (2) años, salvo que el Comisionado determine, antes de dicho término, que la organización de revisión independiente ya no cumple con los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en el Artículo 28.140 de este Código.

(2) Si el Comisionado determinara, en cualquier momento, que una organización de revisión independiente ya no cumple con los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en el

Artículo 28.140 de este Código, podrá dar por terminada la autorización de la organización de revisión independiente y retirar el nombre de ésta de la lista de organizaciones de revisión independiente autorizadas para realizar revisiones externas a tenor con este Capítulo.

F. El Comisionado mantendrá y actualizará periódicamente una lista de las organizaciones de revisión independiente autorizadas.

G. El Comisionado podrá promulgar la reglamentación que estime necesaria para desempeñar los deberes que se le imponen en este Artículo.

Artículo 28.140. Requisitos Mínimos de Aptitud y Competencia para las Organizaciones de Revisión Independiente

A. Con el fin de obtener la autorización del Comisionado para realizar revisiones externas, la organización de revisión independiente mantendrá, por escrito, políticas y procedimientos que rijan todos los aspectos de las revisiones externas ordinarias y de las revisiones externas aceleradas y que incluyan, como mínimo, lo siguiente:

(1) Mecanismos de garantía de calidad que cumplan los siguientes propósitos:

(a) Asegurar que las revisiones externas se lleven a cabo dentro de los plazos establecidos y que se provean las notificaciones correspondientes de manera oportuna;

(b) Asegurar la selección y designación adecuada de revisores clínicos capacitados e imparciales; La entidad debe poseer políticas y procedimiento documentados para que los revisores revelen cualquier conflicto de interés.

(c) Asegurar la confidencialidad de los expedientes médicos y de los criterios de revisión clínica; y

(d) Asegurar que las personas empleadas o contratadas por la organización de revisión independiente cumplan con los requisitos de este Capítulo.

(2) Servicio telefónico gratuito para recibir información relacionada con las revisiones externas. El servicio telefónico deberá operar las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, y tener capacidad de recibir, grabar y proveer instrucciones adecuadas a las personas que llamen fuera de las horas laborales normales.

(3) Mantener y proveer al Comisionado la información que se dispone en el Artículo 28.160 de este Código.

B. Todos los revisores clínicos que asigne la organización de revisión independiente para realizar las revisiones externas serán médicos u otros profesionales de la salud que satisfagan los siguientes requisitos mínimos:

(1) Ser expertos en el tratamiento de la condición de salud de la persona cubierta o asegurado;

(2) Tener conocimiento adecuado acerca del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado. Dicho conocimiento deberá haber sido obtenido mediante experiencia clínica reciente en el tratamiento de pacientes con la misma condición de salud o con alguna condición similar a la de la persona cubierta o asegurado;

(3) Tener una licencia irrestricta en un estado de Estados Unidos o en Puerto Rico y, en el caso de los médicos, una certificación vigente por parte de una junta de especialidad médica reconocida en Estados Unidos o en Puerto Rico en la rama o ramas pertinentes al asunto objeto de la revisión externa; y

(4) No tener historial de acciones o sanciones disciplinarias que pudieran colocar en tela de juicio su competencia moral, física, mental o profesional.

C. Además de los requisitos establecidos en el apartado (A) de este Artículo, la organización de revisión independiente no podrá ser propietaria o subsidiaria de, ni controlar, ejercer control conjunto o ser controlada por, un plan médico ni una asociación profesional de proveedores de servicios de salud.

D. (1) A los fines de cualificar para realizar la revisión externa de un caso determinado, además de los requisitos que se establecen en los apartados (A), (B) y (C) de este Artículo, la organización de revisión independiente, así como tampoco los revisores clínicos designados,

podrán tener interés profesional, familiar o conflicto de intereses económico con ninguno de los siguientes:

(a) La organización de seguros de salud o asegurador implicado;

(b) La persona cubierta o asegurado que solicitó la revisión externa;

(c) Los oficiales, directores o empleados gerenciales de la organización de seguros de salud o asegurador implicado;

(d) El proveedor de servicios de salud, el grupo médico del proveedor o la asociación de práctica independiente que recomienda el servicio de cuidado de la salud o tratamiento objeto de la revisión externa;

(e) La instalación donde se proveería el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado; o

(f) El desarrollador o fabricante del medicamento, aparato, procedimiento u otra terapia principal que se recomienda para la persona cubierta o asegurado.

(2) Al determinar si la organización de revisión independiente o los revisores clínicos tienen algún interés profesional, familiar o conflicto de intereses económicos, el Comisionado tomará en consideración aquellas situaciones en las que, si bien la organización de revisión independiente o el revisor clínico pudiera

tener alguna relación o conexión profesional, familiar o económica con las personas descritas en el apartado (D)(1), las características de dicha relación o conexión no constituyen un conflicto de interés significativo que les impida llevar a cabo la revisión externa.

E. (1) Se presumirá que las organizaciones de revisión independiente que estén acreditadas por una entidad acreditadora reconocida por el Comisionado y cuyos estándares de acreditación para las organizaciones de revisión independiente, a juicio de dicho funcionario, son equivalentes o exceden los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en este Artículo, son elegibles para realizar revisiones externas a tenor con el Artículo 28.130 de este Código.

(2) El Comisionado revisará, inicial y periódicamente, los estándares de acreditación de las entidades acreditadoras de organizaciones de revisión independiente para cerciorarse de que tales estándares sean, y continúen siendo, equivalentes o superiores a los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en este Artículo. A los fines de cumplir con el deber de revisión que aquí se le impone, el Comisionado podrá aceptar las revisiones que realice la NAIC sobre las entidades acreditadoras.

(3) Las entidades acreditadoras de organizaciones de revisión independiente pondrán a disposición del Comisionado, cuando

éste así lo solicite, sus estándares de acreditación, de modo que dicho funcionario pueda hacer las determinaciones correspondientes a tenor con este Capítulo.

F. Las organizaciones de revisión independiente serán imparciales y establecerán y mantendrán, de forma escrita, procedimientos para asegurarse que cumplen con tal requerimiento de imparcialidad, así como con cualquier otro requisito dispuesto en este Artículo.

Artículo 28.150. Relevo de Responsabilidad de las Organizaciones de Revisión Independiente

Ninguna organización de revisión independiente, revisor clínico, empleado, agente o contratista de una organización de revisión independiente, será hallado responsable por los daños que pueda haber sufrido alguna persona a consecuencia de las opiniones, omisiones o actos incurridos por éstos en el marco de sus deberes bajo este Capítulo, salvo que la opinión, omisión o acto se haya formulado de mala fe o mediando negligencia crasa o incumplimiento con el deber de divulgación de conflicto de interés.

Artículo 28.160. Requisitos de Informes de la Revisión Externa

A. (1) Las organizaciones de revisión independiente mantendrán registros con respecto a toda revisión externa que hubiesen realizado durante el año natural y presentarán un informe al Comisionado, según se requiere en el apartado (A)(2) de este

Artículo. Dichos informes se harán respecto a cada organización de seguros de salud o asegurador individual y de forma global.

(2) Las organizaciones de revisión independiente presentarán al Comisionado, por lo menos una vez al año y en el formato especificado por dicho funcionario, un informe acerca de las revisiones externas realizadas durante el año natural precedente.

(3) El informe incluirá los siguientes datos, tanto de forma global como de forma particular para cada organización de seguros de salud o asegurador:

(a) La cantidad total de solicitudes de revisión externa presentadas;

(b) La cantidad de solicitudes de revisión externa resueltas y, de las resueltas, la cantidad de confirmaciones y revocaciones realizadas;

(c) El periodo de tiempo promedio que tomó realizar la determinación;

(d) Un resumen del tipo de cubiertas o casos para los cuales se solicitó la revisión externa, según el formato que requiera el Comisionado;

(e) La cantidad de revisiones externas ordinarias que se dieron por terminadas como resultado de la reconsideración de la organización de seguros de salud o asegurador, después del

recibo de información adicional de la persona cubierta o asegurado; y

(f) Toda información adicional que el Comisionado pudiera solicitar o requerir.

(4) La organización de revisión independiente conservará los registros que se requieren en este Artículo durante al menos seis (6) años.

B. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores mantendrán registros, globales y para cada tipo de plan médico que ofrezcan, de las solicitudes de revisión externa presentadas en su contra.

(2) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores presentarán al Comisionado, a su solicitud y en el formato especificado por dicho funcionario, un informe acerca de las revisiones externas presentadas en su contra.

(3) El informe incluirá los siguientes datos, tanto de forma global como de forma particular para cada tipo de plan médico:

(a) La cantidad total de solicitudes de revisión externa presentadas;

(b) Del total de solicitudes de revisión externa presentadas, la cantidad de solicitudes para las cuales se determinó que eran elegibles para la revisión externa;

(c) Toda información adicional que el Comisionado pudiera solicitar o requerir.

(4) La organización de seguros de salud o asegurador conservará los registros requeridos en este Artículo durante al menos seis (6) años.

Artículo 28.170. Pago del Costo de la Revisión Externa

La organización de seguros de salud o asegurador contra el que se presente una solicitud de revisión externa ordinaria o acelerada tendrá la obligación de pagar a la organización de revisión independiente por la revisión externa.

La Oficina del Comisionado de Seguros notificará a los aseguradores y organizaciones de servicios de salud los costos del proceso o cualquier modificación en los mismos con al menos 120 días de anticipación.

La persona cubierta o asegurado pagará un costo nominal no mayor de $25.00 por cada revisión. Disponiéndose, que para una misma persona cubierta o asegurado el costo no puede exceder de setenta y cinco dólares ($75.00) por año-póliza. La cantidad pagada por la persona cubierta o asegurado le será reembolsada si éste obtiene opinión a su favor.

Artículo 28.180. Requisitos de Divulgación

A. (1) Toda organización de seguros de salud o asegurador incluirá una descripción de los procedimientos de revisión externa en las

pólizas, los certificados, folletos de socios, resúmenes de cubiertas u otras evidencias de cubierta que provea a las personas cubiertas o asegurados.

(2) La divulgación de los procedimientos de revisión externa que se requiere en el apartado (A)(1) de este Artículo se hará en el formato que prescriba el Comisionado.

B. La descripción de los procedimientos de revisión externa incluirá una declaración en la que se informe a la persona cubierta o asegurado de su derecho a radicar con el Comisionado una solicitud para la revisión externa de una determinación adversa o determinación adversa final. Tal declaración podrá explicar que la revisión externa está disponible cuando la determinación adversa o determinación adversa final se fundamenta en la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio o rescisión de cubierta. La declaración incluirá el número telefónico y la dirección del Comisionado.

C. Además de lo dispuesto en el apartado (B) de este Artículo, la declaración informará a la persona cubierta o asegurado que, al radicar la solicitud de revisión externa, se requerirá que se autorice la divulgación de la información de salud necesaria y relevante que se tuviera que revisar, con el fin de tomar una determinación con respecto a la revisión externa."

Artículo 8.-Se añade el nuevo Capítulo 52 a la Ley 194-2011, conocida como

"Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", el cual dispondrá lo siguiente:

"Capítulo 52 Uso No Indicado en la Etiqueta

Artículo 52.010. Propósito

El propósito de este Capítulo es establecer parámetros para el pago o reembolso de los costos relacionados con los medicamentos que, a pesar de tener la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés), son utilizados para indicaciones diferentes a las que aparecen en la etiqueta (uso que en lo sucesivo se denominará "uso no indicado en la etiqueta"). Denegar el pago o reembolso de los medicamentos por motivo de que el mismo será utilizado para un uso no indicado en la etiqueta podría interrumpir o impedir el acceso al tratamiento necesario y adecuado para las personas cubiertas o asegurados.

Artículo 52.020. Aplicabilidad y Alcance

Este Capítulo aplica a todos los planes médicos que se emitan, enmienden, otorguen o renueven en o después de la fecha de vigencia de este Capítulo, y que provean cubierta para medicamentos. También aplica a todas las personas que lleven a cabo determinaciones sobre el pago o reembolso por medicamentos conforme a estos planes médicos.

Artículo 52.030. Definiciones

A. "Compendios de referencia estándar" ("standard reference compendia") significa:

(1) The American Hospital Formulary Service-Drug Information;

(2) The American Medical Association Drug Evaluation o

(3) The United States Pharmacopoeia-Drug Information.

B. "FDA" significa la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos.

C. "Literatura médica evaluada por homólogos" ("peer-reviewed medical literature") significa un estudio científico que haya sido publicado en una revista académica o en otra publicación, en la que los manuscritos originales se divulgan luego de haber sido evaluados por peritos independientes e imparciales y de que el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas haya determinado que cumplen con los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a revistas biomédicas. La literatura médica evaluada por homólogos no incluye publicaciones o suplementos de publicaciones que hayan recibido gran parte de su patrocinio de una compañía manufacturera de productos farmacéuticos o de una organización de seguros de salud o asegurador.

D. "Medicamento" o "medicamentos" significa toda sustancia recetada por un proveedor de cuidado de la salud licenciado y que se utilice para el diagnóstico, alivio, tratamiento o prevención de una enfermedad, independientemente del método mediante el cual se suministre (por vía oral, inyección en el músculo, la piel, vaso sanguíneo o cavidad corporal, o que se aplique en la piel o que el cuerpo lo asimile de alguna otra manera).

El término incluye las sustancias que tienen la aprobación de la FDA para al menos una indicación.

Artículo 52.040. Normas de la Cubierta

A. Los planes médicos que proveen cubierta para medicamentos deberán proveer para el despacho de los medicamento cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando: (1) el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y (2) el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad de que se trate en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada.

B. La cubierta de un medicamento a tenor con este Artículo deberá incluir, además, los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.

C. Este Artículo no requiere que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores cubran un medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe.

D. Los siguientes medicamentos o servicios no estarán cubiertos a tenor con el inciso A de este Artículo:

(1) los medicamentos que se utilicen en pruebas de investigación que tengan el patrocinio de los manufactureros o de una entidad gubernamental;

(2) los medicamentos o servicios suministrados durante pruebas de investigación, si el patrocinador de dichas pruebas de investigación provee los medicamentos o servicios sin cobrarle nada a los participantes."

Artículo 9.-Se añade el nuevo Capítulo 72 a la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", el cual dispondrá lo siguiente:

"Capítulo 72. Discrimen Indebido Contra Víctimas de Maltrato

Artículo 72.010. Propósito

El propósito de este Capítulo es prohibir que las organizaciones de seguros de salud, aseguradores o profesionales de seguros discriminen indebidamente contra las víctimas de maltrato.

Artículo 72.020. Alcance

Este Capítulo es aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud, aseguradores y profesionales de seguros que participan en la emisión o renovación de pólizas o certificados de planes médicos en Puerto Rico.

Artículo 72.030. Definiciones

A. "Condición de salud relacionada con el maltrato" significa una condición de salud sufrida por la víctima de maltrato surgida, en parte o en su totalidad, como producto de un acto o patrón de maltrato.

B. "Información confidencial sobre el maltrato" significa información acerca de actos de maltrato cometidos contra una persona o sobre el estatus de víctima de maltrato de dicha persona; información acerca de determinada condición de salud para la cual el asegurador sabe, o tiene motivos para saber, que está relacionada con el maltrato; la dirección y el número de teléfono (residencial y de trabajo) de una víctima de maltrato o información sobre la relación familiar o laboral entre una persona cubierta o asegurado, actual o potencial, y una persona que es víctima de maltrato.

C. "Maltrato" significa la comisión de uno o más de los siguientes actos, bien fueren ejecutados por un miembro o ex miembro de la familia de la víctima, algún residente de su casa, compañero o compañera sentimental o cualquier persona a cargo de su cuidado:

(1) Intentar causar o causar, de manera intencional o negligente, daño corporal, daño físico, angustia mental grave, trauma psicológico, ultraje, agresión sexual o relaciones sexuales involuntarias;

(2) Llevar a cabo, a sabiendas, una conducta de persecución en contra de la víctima, lo que incluye perseguirla, sin la debida autorización, en circunstancias que la víctima pudiera entender razonablemente que su integridad física peligra;

(3) Restringir la libertad de la víctima; o

(4) Causar, a sabiendas o de manera negligente, daños a la propiedad con el objetivo de intimidar o controlar el comportamiento de la víctima.

D. "Plan médico" o "plan" significa una póliza, un contrato, un certificado o un acuerdo ofrecido por una organización de seguros de salud, asegurador o profesional de seguros para proveer, prestar, tramitar, pagar o reembolsar los costos de servicios de cuidado de la salud. Los planes médicos incluyen, para efectos de este Capítulo, planes que cubren únicamente accidentes, protección de deuda crediticia, servicios dentales, cuidado de los ojos, seguros suplementarios de Medicare o seguros de cuidado prolongado, cubierta emitida como suplemento de una póliza de responsabilidad pública, pólizas de cuidado a corto plazo, seguros catastróficos y pólizas a base de gastos incurridos. El término "plan médico" no incluye a los seguros por accidentes o enfermedades ocupacionales o seguros similares.

E. "Profesional de seguros" significa un productor de seguros, representante autorizado o ajustador, según se definen dichos términos en el Capítulo 9 del Código de Seguros de Puerto Rico, así como los terceros administradores, según definidos en el Capítulo 38 de este Código.

F. "Situación de víctima de maltrato" significa el hecho o la percepción de que la persona es o ha sido víctima de maltrato, independientemente de si

la persona ha sufrido alguna condición de salud relacionada con dicho maltrato.

G. "Víctima de maltrato" significa una persona en contra de la cual se ha cometido un acto de maltrato; que tiene o ha sufrido lesiones, enfermedades o trastornos resultantes del maltrato; o que solicita o ha solicitado, o podría tener motivo para solicitar, tratamiento médico o psicológico debido al maltrato; o protección legal o refugio para protegerse del maltrato.

Artículo 72.040. Actos de Discrimen Indebido por Parte de los Planes Médicos

A. Constituye discrimen indebido:

(1) Denegar, rehusar emitir o renovar, cancelar o de otra manera terminar o restringir la cubierta de un plan médico, o establecer un costo adicional o aumentar la prima de un plan médico, basado en que la persona cubierta o asegurado ha sufrido maltrato; o

(2) Excluir, limitar la cubierta o denegar una reclamación basado en la situación de víctima de maltrato de la persona cubierta o asegurado.

B. Cuando una organización de seguros de salud, asegurador o profesional de seguros tenga información que claramente indique que una persona cubierta o asegurado, actual o potencial, es una víctima de maltrato, se considerará injustamente discriminatorio que dicha organización de

seguros de salud, asegurador o profesional de seguros divulgue o transfiera información confidencial sobre el maltrato, según se define dicho término en este Capítulo, para el propósito que fuera o a la persona que fuera, excepto en los siguientes casos:

(1) A la víctima de maltrato o a una persona específicamente designada por escrito por dicha víctima;

(2) A un proveedor de cuidado de salud para fines de prestar servicios a la víctima;

(3) A un médico identificado y designado por la víctima de maltrato;

(4) Cuando lo ordene el Comisionado o un tribunal competente, o como se requiera por ley; o

(5) Cuando sea necesario, por motivos comerciales legítimos, transferir alguna información confidencial sobre maltrato debido a que no se pueda segregar dicha información del resto sin causar una carga indebida. En estos casos, la información confidencial sobre maltrato sólo se podrá divulgar si el destinatario ha accedido por escrito a atenerse a las prohibiciones dispuestas en este Capítulo y a someterse a la jurisdicción de los tribunales de Puerto Rico para hacer cumplir las disposiciones del mismo. La divulgación de información confidencial sobre maltrato por motivos comerciales

legítimos que autoriza, a modo de excepción, este inciso, sólo podrá hacerse a las siguientes personas:

(a) Un reasegurador que pagará indemnización con respecto a una póliza o parte de ésta que cubre a una víctima de maltrato, siempre y cuando el reasegurador no pueda proveer el reaseguro o cumplir con sus obligaciones conforme al contrato de reaseguro sin que se divulgue dicha información;

(b) Una de las partes en una transacción de venta, traspaso, fusión o consolidación, propuesta o consumada, de las operaciones de la organización de seguros de salud, asegurador o profesional de seguros;

(c) Personal médico o personal a cargo del trámite de reclamaciones empleado o contratado por la organización de seguros de salud, asegurador o profesional de seguros, únicamente cuando sea necesaria la divulgación para procesar una solicitud o desempeñar los deberes conforme a la póliza; o

(d) Con respecto a la dirección y número de teléfono de la víctima de maltrato, a las entidades con quiénes la organización de seguros de salud, asegurador o el profesional de seguros tengan relaciones comerciales,

cuando no se puedan llevar a cabo las transacciones comerciales sin la referida dirección o número de teléfono;

(6) A un abogado que necesita la información para representar efectivamente a la organización de seguros de salud, asegurador o al profesional de seguros, siempre y cuando la organización de seguros de salud, asegurador o el profesional de seguros notifique al abogado de sus obligaciones conforme a este Capítulo y solicite que el abogado tome el debido cuidado de proteger la información confidencial sobre el maltrato;

(7) Al titular de la póliza o su cesionario, en el transcurso de entregar la póliza, si la póliza contiene información acerca la situación de maltrato; o

(8) A toda entidad que el Comisionado determine que corresponde entregar la información.

C. Constituye un acto discriminatorio solicitar información acerca de actos de maltrato o la situación de maltrato de una persona cubierta o asegurado, actual o potencial, o usar dicha información, independientemente de cómo se obtenga, salvo para los fines limitados de cumplir con las obligaciones legales o verificar el reclamo que haga la persona a los efectos de que es una víctima de maltrato.

D. Constituye un acto discriminatorio terminar la cubierta grupal de una víctima de maltrato por motivo de que la cubierta se hubiere emitido

originalmente a nombre del maltratante y éste se haya divorciado o separado de la víctima de maltrato o haya perdido la custodia de la víctima, o porque la cubierta del maltratante haya terminado de cualquier otra manera voluntaria o involuntaria. Lo aquí dispuesto no impide que la organización de seguros de salud, asegurador o el profesional de seguros requiera que la víctima de maltrato pague la prima completa de la cubierta del plan médico o que requiera, como condición de cubierta, que la víctima de maltrato resida o trabaje dentro del área de servicio del plan médico, si los requisitos se aplican igualmente a todas las personas cubiertas o asegurados, actuales o potenciales. La organización de seguros de salud o asegurador podrá dar por terminada la cubierta grupal después de que la cubierta continuada que aquí se requiere haya estado vigente durante dieciocho (18) meses, si ofrece una conversión equivalente a un plan individual. La cubierta continuada que aquí se requiere se podrá satisfacer con la cubierta que dispone la ley "Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985" (COBRA) y no será adicional a la cubierta provista al amparo de dicha ley COBRA.

E. Lo dispuesto en el Artículo 72.040(B) de este Código no le impedirá a la víctima de maltrato obtener su expediente de seguros.

F. Lo dispuesto en el Artículo 72.040(D) de este Código no prohíbe que una organización de seguros de salud, asegurador o un profesional de seguros pregunte sobre la condición de víctima de maltrato o use información de

salud para suscribir un seguro o desempeñar deberes conforme a una póliza, aun si la información de salud está relacionada con una condición de salud que el asegurador o el profesional de seguros sabe, o tiene motivos para saber, que se relaciona con el maltrato, según se permita en las disposiciones de este Capítulo y otras leyes aplicables.

Artículo 72.050. Justificación de las Decisiones Adversas

La organización de seguros de salud, asegurador o el profesional de seguros que actúe de alguna manera que afecte adversamente a una persona cubierta o asegurado, actual o potencial, a base de una condición de salud que sabe, o tiene motivos para saber, que está relacionada con el maltrato, explicará por escrito las razones de su proceder y estará preparado para demostrar que sus acciones y toda disposición aplicable del plan médico:

A. No tienen el propósito o efecto de tratar la condición de víctima de maltrato como una condición de salud o factor de asegurabilidad;

B. No se basan en una correlación real o percibida entre una condición de salud y el maltrato;

C. Se permiten por ley y se aplican de la misma manera y con el mismo alcance a todas las personas cubiertas o asegurados, actuales o potenciales, que tengan una condición de salud similar, independientemente si la condición o reclamación se relaciona con el maltrato y

D. Excepto en el caso de alguna acción relacionada con una reclamación, se basan en una determinación hecha conforme a los principios actuariales

establecidos y sustentada con evidencia estadística razonable de que hay una correlación entre la condición de salud y un aumento sustancial de riesgo con respecto al seguro.

Artículo 72.060. Protocolos de Seguros para Víctimas del Maltrato

Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establecerán y cumplirán con políticas en las que se especifiquen los procedimientos que deben seguir los empleados y los profesionales de seguros contratados por éstos, para proteger la seguridad y la privacidad de las víctimas de maltrato, e implementarán las disposiciones de este Capítulo al recibir solicitudes, investigar reclamaciones, procurar la subrogación o tomar cualquier otra acción relacionada con las pólizas o reclamaciones de las víctimas de maltrato. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores distribuirán sus políticas escritas a sus empleados y a los profesionales de seguros.

Artículo 72.070. Aplicación

El Comisionado realizará una investigación razonable de toda querella recibida y hará una determinación con respecto a si se ha violado alguna disposición de este Capítulo. Si el Comisionado determina, a base de su investigación, que pudiera haber ocurrido dicha violación, se comenzará un procedimiento de adjudicación a nivel administrativo. El Comisionado podrá atender la violación de la manera que corresponda según la naturaleza y gravedad de la misma, lo cual podría incluir la suspensión o revocación de certificados de autoridad o licencias, la imposición de sanciones civiles, órdenes

de cese y desista, interdictos, órdenes de resarcimiento, referidos a fiscalía o una combinación de estas medidas. Los poderes y deberes que se disponen en este Artículo son adicionales a la autoridad que tiene el Comisionado conforme a otras disposiciones legales."

Artículo 10.-Esta Ley comenzará a regir noventa (90) días después de su aprobación.

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Original

16 ta Asamblea Legislativa

7 ma Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

18 de junio de 2012

12 JUN 18 PM 5:04

Informe Positivo sobre el P. de la C. 3933

AL SENADO DE PUERTO RICO:

Vuestra Comisión de Hacienda, previo estudio y consideración del **P. de la C. 3933**, recomienda a este Alto Cuerpo Legislativo su aprobación sin enmiendas.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El **P. de la C. 3933** tiene como propósito enmendar el Artículo 1 de la Ley Núm. 17 de 11 de abril de 1968, según enmendada, a los fines de aumentar el límite de la garantía del Gobierno de Puerto Rico, de cuatro mil trescientos veinticinco millones de dólares ($4,325,000,000) a cuatro mil setecientos veintiún millones de dólares ($4,721,000,000) para bonos a ser emitidos o en circulación por la Autoridad de Edificios Públicos; y para otros fines.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

El P. de la C. 3933 es una medida de origen ejecutivo que fue radicada como parte del Presupuesto Recomendado para el año fiscal 2012-2013. La misma tiene el propósito de enmendar el Artículo 1 de la Ley Núm. 17 de 11 de abril de 1968, según enmendada, a los fines de aumentar el límite de la garantía del Gobierno de Puerto Rico, de cuatro mil trescientos veinticinco millones de dólares ($4,325,000,000) a cuatro mil setecientos veintiún millones de dólares ($4,721,000,000) para bonos a ser emitidos o en circulación por la Autoridad de Edificios Públicos.

MPA

Según la exposición de motivos la Autoridad de Edificios Públicos (AEP), es una corporación pública e instrumentalidad del Gobierno de Puerto Rico, creada mediante la Ley Núm. 56 de 19 de junio de 1958, según enmendada, en adelante, "Ley Núm. 56", para proveer, entre otras cosas, planta física para oficinas gubernamentales, escuelas, facilidades de salud y bienestar social, cuarteles, la judicatura, instituciones penales y cualesquiera otras estructuras físicas relacionadas con servicios gubernamentales.

Por virtud de la Ley Número 17 de 11 de abril de 1968, según enmendada, en adelante, la "Ley Núm. 17", se dispuso que el Gobierno de Puerto Rico garantizaría el pago del principal e intereses de los bonos emitidos por la AEP y especificados por ésta para cualesquiera de sus propósitos autorizados por ley. La limitación en cuantía de dicha garantía ha sido modificada de tiempo en tiempo.

Actualmente, la AEP cuenta con un Programa de Mejoras de Capital de doscientos once millones (211,000,000) de dólares. Éste refleja las necesidades de infraestructura para los programas de escuelas, oficinas, facilidades de salud y facilidades de corrección durante los años fiscales 2010–2014. Además, la AEP se encuentra trabajando en el Programa de las Escuelas para el Siglo 21, el cual representa un esfuerzo inter-agencial con el objetivo de rehabilitar, renovar y construir aproximadamente cien (100) escuelas públicas mediante el uso de un sistema en donde se transfiere todo el riesgo de diseño, construcción y mantenimiento al sector privado. Bajo este Programa, la Autoridad para las Alianzas Público-Privadas ("APP") se encarga de garantizar todo el proceso de licitación, mientras la Autoridad para el Financiamiento de la Infraestructura ("AFI") funge como supervisor y gerente de construcción.

Durante los últimos años, la AEP ha refinanciado una porción de su servicio de deuda para proveer un alivio temporero a las finanzas de la entidad. Para el Año Fiscal 2012, la AEP espera refinanciar aproximadamente ciento cincuenta y cuatro millones (154,000,000) de dólares de su deuda y perfila refinanciar una cantidad similar durante el Año Fiscal 2012-2013. Es por esta razón que entendemos prudente aumentar el límite de la

MPA

garantía del Gobierno de Puerto Rico sobre la deuda de la AEP a cuatro mil setecientos veintiún millones (4,721,000,000) de dólares.

El aumento en garantía de trescientos noventa y seis millones (396,000,000) de dólares a consignarse en esta Ley respaldará el costo total estimado del refinanciamiento del servicio de la deuda de la AEP para los próximos dos (2) años fiscales.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Como parte del proceso de análisis de esta medida, ante esta Comisión de Hacienda se nos presento un memorial explicativo de la Oficina de Gerencia y Presupuesto, el Banco Gubernamental de Fomento para Puerto Rico y Departamento de Hacienda para el proyecto en referencia P. de la C. 3933 y su equivalente P. del S. 2559 (LF-225).

La **Oficina de Gerencia y Presupuesto, el Banco Gubernamental de Fomento para Puerto Rico y el Departamento de Hacienda** exponen que según se desprende de la Exposición de Motivos de la medida en consideración, durante los últimos años la Autoridad de Edificios Públicos ("AEP") ha refinanciado una porción de su servicio de deuda, lo cual le permite realizar ciertos ahorros en el pago de la misma y además le provee un alivio inmediato a sus finanzas. El proyecto de ley indica que para el Año Fiscal 2011-2012 se espera que la AEP refinancie aproximadamente $154,000,000 de su deuda. De igual manera, para el Año Fiscal 2012-2013 se vislumbra el refinanciamiento por una cantidad similar.

Con el propósito de respaldar el costo del refinanciamiento de la deuda de la AEP para los mencionados años fiscales, el proyecto bajo evaluación tiene la intención de enmendar la Ley Núm. 17 de 11 de abril de 1968 ("Ley Núm. 17") para incrementar la garantía provista por el Gobierno de Puerto Rico. El incremento propuesto resultaría en una garantía total de $4,721,000,000 sobre los bonos especificados por la AEP con el consentimiento y aprobación del Banco Gubernamental de Fomento ("BGF").

MPA

La garantía incrementada incluirá, pero no estará limitada a, los *Qualified School Construction Bonds* ("QSCBs"), los bonos de créditos contributivos federales y otros bonos, tales como bonos de créditos federales bajo la Sección 54A del Código de Rentas Internas Federal de 1986, según enmendado.

En atención a los objetivos de la medida, destacan que el BGF fue creado por la Ley Núm. 17 de 23 de septiembre de 1948, según enmendada, y entre otras cosas es el responsable de actuar como agente fiscal y asesor financiero del Gobierno de Puerto Rico. En unión a ello, el BGF vela por la fortaleza crediticia y financiera del Gobierno de Puerto Rico y sus instrumentalidades, y además fiscaliza y procura una evolución balanceada de las finanzas públicas.

Por su parte, la AEP es una corporación del Gobierno de Puerto Rico, la cual fue creada mediante la Ley Número 56 del 19 de junio de 1958, y en términos generales, tiene la encomienda de proveer y construir las estructuras físicas necesarias para que el gobierno pueda brindar los servicios fundamentales a la población.

A tenor con las disposiciones de la Ley Núm. 17, según enmendada, el Gobierno de Puerto Rico garantiza el pago del principal e intereses de los bonos emitidos por la AEP para llevar a cabo los propósitos que le son autorizados por ley. De conformidad con dichos propósitos, la AEP cuenta con un Programa de Mejoras Capitales para atender las necesidades de infraestructura de las facilidades del gobierno, cuyos fondos correspondientes a los años fiscales 2010 al 2014 ascienden a $211,000,000. Además, actualmente la AEP trabaja en conjunto con la Autoridad para las Alianzas Público-Privadas y la Autoridad para el Financiamiento de la Infraestructura en el desarrollo e implementación del programa de las Escuelas para el Siglo 21, el cual tiene como objetivo rehabilitar, renovar y construir aproximadamente 100 escuelas públicas.

Previamente, mediante la aprobación de la Ley Núm. 95-2010 ("Ley Núm. 95"), según enmendada, se incrementó la garantía del Gobierno de Puerto Rico para el pago de

MPA

principal e intereses sobre los bonos en circulación o a ser emitidos por la AEP. Según dispone la Exposición de Motivos de la Ley Núm. 95, el incremento aprobado en aquel momento tuvo como fin garantizar el acceso efectivo al mercado capital a través de los QSCBs y otros bonos de créditos contributivos federales. En unión a ello, se buscó lograr obtener los mayores beneficios disponibles y permitir que el BGF continuara apoyando a la AEP mediante financiamientos interinos.

Por su parte, el nuevo proyecto de ley en consideración dispone como su objetivo el respaldo de los financiamientos de deuda de la AEP que se esperan realizar durante los próximos dos años fiscales. En cuanto a dicho objetivo, es meritorio mencionar que el refinanciamiento programado para el Año Fiscal 2011-2012 supone un ahorro de entre un 2% a 6% en el pago de la deuda de la AEP, por lo que la aprobación de la medida promueve ahorros económicos. La medida legislativa provee además un refuerzo a la fuente de repago de los financiamientos vigentes otorgados por el BGF a favor de la AEP.

Sin embargo, señalan que para el 1ro de julio de 2012 ciertos bonos vigentes de la AEP, los cuales suman alrededor de $335,580,000, estarán sujetos a una oferta de adquisición obligatoria conocida como un *mandatory tender*. En unión a lo anterior, el Gobierno Federal ha hecho varias asignaciones como parte de los distintos programas bajo la Ley de Reinversión y Estímulo Económico Federal, mejor conocida como Ley "ARRA" por sus siglas en inglés. Estas asignaciones han sido en exceso de $18,000,000 en *Qualified Zone Academy Bonds* ("QZABs") para los años 2011 y 2012 y $41,000,000 en *Qualified Energy Conservation Bonds* ("QECBs"), los cuales aún no han sido emitidos.

Por lo tanto, en vista de que la medida provee mayor garantía al servicio de la deuda de la AEP, y a su vez asegura la continuidad de la atención a las necesidades de Puerto Rico mediante la importante inversión en la infraestructura e impulso a la actividad económica, endosan la aprobación del P. de la C. 3933.

MRA

IMPACTO FISCAL ESTATAL

En cumplimiento con el Artículo 8 de la Ley Núm. 103 de 2006, según enmendada, esta Comisión consideró los comentarios emitidos por la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP), el Banco Gubernamental de Fomento y el Departamento de Hacienda emitidos el 3 de mayo de 2012 relacionados a la medida bajo estudio. Se concluye que esta medida no representa impacto alguno sobre los ingresos al Fondo General.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

En cumplimiento con la Sección 32.5 del Reglamento del Senado de Puerto Rico, esta Comisión evaluó la presente medida y la aprobación de la misma no tendrá impacto fiscal negativo sobre los gobiernos municipales.

CONCLUSIÓN

Por lo anteriormente expuesto, la Comisión de Hacienda recomienda la aprobación del Proyecto de la Cámara Núm. 3933, sin enmiendas.

Esta medida fue discutida en Reunión Ejecutiva por la Comisión de Hacienda.

Respetuosamente sometido,

Migdalia Padilla Alvelo
Presidenta
Comisión de Hacienda

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)
(TEXTO DE APROBACION FINAL POR LA CAMARA)
(14 DE JUNIO DE 2012)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16ta. Asamblea Legislativa

7ma. Sesión Ordinaria

CAMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 3933

26 DE ABRIL DE 2012

Presentado por los representantes y las representantes *González Colón, Rodríguez Aguiló, Méndez Núñez, Pérez Otero, Alfaro Calero, Aponte Hernández, Bonilla Cortés, Bulerín Ramos, Casado Irizarry, Chico Vega, Cintrón Rodríguez, Colón Ruiz, Correa Rivera, Fernández Rodríguez, Jiménez Negrón, Jiménez Valle, León Rodríguez, López Muñoz, Márquez García, Meléndez Ortiz, Navarro Suárez, Nolasco Ortiz, Peña Ramírez, Pérez Ortiz, Quiles Rodríguez, Ramírez Rivera, Ramos Peña, Ramos Rivera, Rivera Guerra, Rivera Ortega, Rivera Ramírez, Rodríguez Homs, Rodríguez Miranda, Silva Delgado, Torres Calderón, Torres Zamora* y *Vega Pagán*

Referido a la Comisión de Hacienda

LEY

Para enmendar el Artículo 1 de la Ley Núm. 17 de 11 de abril de 1968, según enmendada, a los fines de aumentar el límite de la garantía del Gobierno de Puerto Rico, de cuatro mil trescientos veinticinco millones de dólares ($4,325,000,000) a cuatro mil setecientos veintiún millones de dólares ($4,721,000,000) para bonos a ser emitidos o en circulación por la Autoridad de Edificios Públicos; y para otros fines.

EXPOSICION DE MOTIVOS

La Autoridad de Edificios Públicos (AEP), es una corporación pública e instrumentalidad del Gobierno de Puerto Rico, creada mediante la Ley Núm. 56 de 19 de junio de 1958, según enmendada, en adelante, "Ley Núm. 56", para proveer, entre otras cosas, planta física para oficinas gubernamentales, escuelas, facilidades de salud y

MPA

bienestar social, cuarteles, la judicatura, instituciones penales y cualesquiera otras estructuras físicas relacionadas con servicios gubernamentales.

Por virtud de la Ley Núm. 17 de 11 de abril de 1968, según enmendada, en adelante, la "Ley Núm. 17", se dispuso que el Gobierno de Puerto Rico garantizaría el pago del principal e intereses de los bonos emitidos por la AEP y especificados por ésta para cualesquiera de sus propósitos autorizados por ley. La limitación en cuantía de dicha garantía ha sido modificada de tiempo en tiempo.

Actualmente, la AEP cuenta con un Programa de Mejoras de Capital de doscientos once millones (211,000,000) de dólares. Éste refleja las necesidades de infraestructura para los programas de escuelas, oficinas, facilidades de salud y facilidades de corrección durante los años fiscales 2010–2014. Además, la AEP se encuentra trabajando en el Programa de las Escuelas para el Siglo 21, el cual representa un esfuerzo inter-agencial con el objetivo de rehabilitar, renovar y construir aproximadamente cien (100) escuelas públicas mediante el uso de un sistema en donde se transfiere todo el riesgo de diseño, construcción y mantenimiento al sector privado. Bajo este Programa, la Autoridad para las Alianzas Público-Privadas ("APP") se encarga de garantizar todo el proceso de licitación, mientras la Autoridad para el Financiamiento de la Infraestructura ("AFI") funge como supervisor y gerente de construcción.

Durante los últimos años, la AEP ha refinanciado una porción de su servicio de deuda para proveer un alivio temporero a las finanzas de la entidad. Para el Año Fiscal 2012, la AEP espera refinanciar aproximadamente ciento cincuenta y cuatro millones (154,000,000) de dólares de su deuda y perfila refinanciar una cantidad similar durante el Año Fiscal 2012-2013. Es por esta razón que entendemos prudente aumentar el límite de la garantía del Gobierno de Puerto Rico sobre la deuda de la AEP a cuatro mil setecientos veintiún millones (4,721,000,000) de dólares.

El aumento en garantía de trescientos noventa y seis millones (396,000,000) de dólares a consignarse en esta Ley respaldará el costo total estimado del refinanciamiento del servicio de la deuda de la AEP para los próximos dos (2) años fiscales.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.-Se deroga el Artículo 1 de la Ley Núm. 17 de 11 de abril de 1968, según enmendada, y se sustituye con un nuevo Artículo 1, que leerá como sigue:

MPA

"Artículo 1.-El Gobierno de Puerto Rico, por la presente garantiza el pago del principal e intereses de bonos en circulación en cualquier momento dado, en la suma total de principal que no exceda de cuatro mil setecientos veintiún millones (4,721,000,000) de dólares emitidos de tiempo en tiempo por la Autoridad de Edificios Públicos para cualesquiera de sus propósitos autorizados por la Ley Núm. 56 de 19 de junio de 1958, según enmendada. Los bonos a los cuales esta garantía será de aplicación serán aquéllos especificados por la Autoridad con el consentimiento y aprobación del Banco Gubernamental de Fomento para Puerto Rico, incluyendo, pero sin limitarse, a los "Qualified School Construction Bonds" u otros bonos, incluyendo bonos de créditos contributivos federales bajo la Sección 54A del Código de Rentas Internas Federal del 1986, según enmendado, u otra sección aplicable, y una declaración de tal garantía se expondrá en la faz de tales bonos. Si en cualquier momento las rentas o ingresos y cualesquiera otros dineros de la Autoridad que estén empeñados para el pago del principal y los intereses de tales bonos no fueren suficientes para el pago de tal principal o intereses a su vencimiento, ni para mantener el fondo de reservas para los bonos que la Autoridad se haya comprometido a mantener, el Secretario de Hacienda retirará de cualesquiera fondos disponibles en el Tesoro de Puerto Rico, aquellas sumas que sean necesarias para cubrir la deficiencia en la suma requerida para el pago de tal principal e interés y para resarcir dicho fondo de reserva al máximo requerido acordado por la Autoridad; y ordenará que las sumas así retiradas sean aplicadas a tal pago y propósito.

MPA

Para los propósitos de este Artículo no se consideran como en circulación aquellos bonos que se hayan redimido o anulado o aquellos bonos que se hayan refinanciado y para los cuales se haya reservado su pago al vencimiento o redención mediante una reserva especial, un contrato de inversión garantizado u otra colateral aceptable. Para efectuar los pagos descritos en el párrafo anterior, la buena fe, el crédito y el poder de imponer contribuciones del Gobierno de Puerto Rico quedan por la presente empeñados."

Artículo 2.-Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

MPA

BGF

OGP
OFICINA DE GERENCIA Y PRESUPUESTO
GOBIERNO DE PUERTO RICO

HACIENDA
GOBIERNO DE PUERTO RICO

3 de mayo de 2012

Hon. Antonio Silva Delgado
Presidente
Comisión de Hacienda
Cámara de Representantes
El Capitolio
San Juan, Puerto Rico

Hon. Migdalia Padilla Alvelo
Presidenta
Comisión de Hacienda
Senado
El Capitolio
San Juan, Puerto Rico

Estimados señores Presidentes:

Proyecto de la Cámara 3933 / Proyecto del Senado 2559

Agradecemos la oportunidad que nos ofrecen para expresar nuestros comentarios en torno al Proyecto de la Cámara 3933 y su análogo, Proyecto del Senado 2559, los cuales se encuentran ante la consideración de las Honorables Comisiones que ustedes presiden.

Surge de la medida de referencia que su propósito es:

> **"[e]nmendar el Artículo 1 de la Ley Núm. 17 de 11 de abril de 1968, según enmendada, a los fines de aumentar el límite de la garantía del Gobierno de Puerto Rico, de cuatro mil trescientos veinticinco millones de dólares ($4,325,000,000) a cuatro mil setecientos veintiún millones de dólares ($4,721,000,000) para bonos a ser emitidos o en circulación por la Autoridad de Edificios Públicos; y para otros fines."**

Según se desprende de la Exposición de Motivos de la medida en consideración, durante los últimos años la Autoridad de Edificios Públicos ("AEP") ha refinanciado una porción de su servicio de deuda, lo cual le permite realizar ciertos ahorros en el pago de la misma y además le provee un alivio a sus finanzas inmediatas. El proyecto de ley indica que para el Año Fiscal 2011-2012 se espera que la AEP refinancie aproximadamente $154,000,000 de su deuda. De igual manera, para el Año Fiscal 2012-2013 se vislumbra el refinanciamiento por una cantidad similar.

Con el propósito de respaldar el costo del refinanciamiento de la deuda de la AEP para los mencionados años fiscales, el proyecto bajo evaluación tiene la intención de enmendar la Ley

ORIGINAL

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta. Asamblea Legislativa

7 ma. Sesión Ordinaria

Recibido
Secretaría de Puerto Rico
12 JUN 14 PM 5:23

SENADO DE PUERTO RICO

14 de junio de 2012

Informe Positivo sobre el P. de la C. 3968

AL SENADO DE PUERTO RICO:

Vuestra Comisión de Hacienda, previo estudio y consideración del **P. de la C. 3968**, recomienda a este Alto Cuerpo la aprobación del mismo con las enmiendas presentadas en el entirillado electrónico que se acompaña.

ALCANCE DE LA MEDIDA SEGÚN ENMENDADA

El **P. de la C. 3968** tiene el propósito de añadir un nuevo Artículo 3, reenumerar los Artículos 3 al 8 como los Artículos 4 al 9, y enmendar el reenumerado Artículo 5 de la Ley 22 - 2012, conocida como "Ley Para Incentivar el Traslado de Individuos Inversionistas a Puerto Rico"; para enmendar en el Artículo 3, incisos (f) y (g) y renumerar los incisos (j), (k) y (l) como los incisos (l), (m) y (n) de la Ley 20-2012, añadir un nuevo Artículo 6 y reenumerar los Artículos 6 al 19 como los Artículos 7 al 20 de la Ley 20 - 2012, conocida como "Ley para Fomentar la Exportación de Servicios", a los fines de incorporar enmiendas técnicas, aclarar definiciones y términos, aclarar la intención legislativa sobre la concesión de decretos, disposición de impuestos e incentivos concedidos en dichas leyes; y para otros fines relacionados.

Según la exposición de motivos con la reciente aprobación de la Ley para Fomentar la Exportación de Servicios y la Ley para Incentivar el Traslado de Individuos Inversionistas en Puerto Rico continuamos con lo que nos hemos propuesto y que hemos venido logrando desde el 2009, que la Isla se convierta en un lugar idóneo para que empresas locales y extranjeras realicen sus transacciones comerciales. Nuestra administración está comprometida en revisar constantemente las disposiciones de incentivos vigentes y asegurar que las mismas cumplen con la intención legislativa y no

MPA

estén sujetas a interpretaciones contrarias a ésta. Por tal motivo, esta Asamblea Legislativa entiende pertinente promover las presentes enmiendas técnicas a la Ley 22 - 2012, conocida como "Ley Para Incentivar el Traslado de Individuos Inversionistas a Puerto Rico" y la Ley 20 - 2012, mejor conocida como "Ley para Fomentar la Exportación de Servicios", a los fines de aclarar su alcance y contenido.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Como parte del proceso de análisis de esta medida, esta Comisión de Hacienda del Senado trabajo el informe de esta medida con los memoriales explicativos que le fueron presentados a la Comisión de Hacienda de la Cámara de Representantes; memorial del Departamento de Desarrollo Económico y Comercio (DDEC) y memorial de la Asociación de Alcaldes de Puerto Rico.

El **Departamento de Desarrollo Económico y Comercio (DDEC),** señala que dicha medida persigue el compromiso de esta Administración de revisar constantemente las disposiciones de incentivos vigentes y asegurar que las mismas cumplen con la intención legislativa y no estén sujetas a interpretaciones contrarias a ésta. El P. de la C. 3968 atiende este fin ya que provee enmiendas técnicas que facilitarán la aplicación de las leyes que pretende enmendar. Por ende propone añadir lenguaje a la definición de negocio elegible a los efectos de que los requisitos de licenciamiento relacionados a servicios profesionales no aplicarán a los negocios elegibles, según definido en la Ley 20, siempre y cuando los servicios sean provistos a personas no residentes de Puerto Rico. De modo tal que promueve que aquellos proveedores que no provean servicios a los residentes de Puerto Rico se les haga menos complicado establecer sus operaciones de servicios en Puerto Rico.

Además, el P. de la C. 3968 enmienda lenguaje para que uno de los parámetros de la definición de negocios sea que más del cinco por ciento (5%) de sus acciones sean poseídas directa o indirectamente por uno o más residentes de Puerto Rico durante el periodo de dos (2) años, a partir el comienzo de las operaciones que hacen elegible al promotor para el decreto. De esta forma se aclara el incentivo para los promotores bajo esta Ley.

MPA

Por último, se modifica el lenguaje del actual Artículo 5 (que se convertiría en el Artículo 6 de aprobarse el P. de la C. 3968) para proveer una exención a los tenedores de un decreto de sesenta por ciento (60%) sobre las contribuciones municipales o patentes municipales y se mantiene con una exención de noventa por ciento (90%) a aquellos negocios exentos que operen en la zona de desarrollo industrial especial constituida por los municipios de Vieques y Culebra.

En fin, los cambios que propone el PC 3968 aclaran la extensión de esta ley, convierten más atractivo el incentivo y atienden las preocupaciones expresadas por las partes concernidas.

En conclusión, consideran que el P. de la C. 3968 ofrece herramientas esenciales y necesarias para la aclarar la extensión de las Leyes 22 y 20 recién aprobadas, a la vez que atiende aspectos técnicos para la implementación apropiada de las mismas. El lenguaje y los cambios propuestos promueven el crecimiento económico, la promoción de Puerto Rico como participante de la economía mundial y favorecen el crecimiento sostenible de Puerto Rico viabilizando el MENE y los propósitos del DDEC, PRIDCO y la CCE. Es por ello, que endosan esta medida.

Finalmente, la **Asociación de Alcaldes de Puerto Rico** no favorece el P. de la C. 3968 según redactado.

IMPACTO FISCAL ESTATAL

En cumplimiento con el Artículo 8 de la Ley Núm. 103 de 2006, esta Comisión evaluó la presente medida contando con la ponencia principal del **Departamento de Desarrollo Económico y Comercio (DDEC)**, el cual destaca que la medida, atiende aspectos técnicos para la implementación apropiada de la ley, el lenguaje y los cambios propuestos promueven el crecimiento económico, la promoción de Puerto Rico como participante de la economía mundial y favorecen el crecimiento sostenible de Puerto Rico.

MPA

Además nuestra Comisión de Hacienda considerando los comentarios del Departamento de Hacienda para la creación de la Ley 22-2012 (P. de la C. 3657) donde se planteo que de no aprobarse esta medida, esta actividad económica no se llevaría a cabo, por lo que la medida en sí no representa una disminución en los ingresos contabilizados al Fondo General debido a la exención provista. No obstante, presencia en la isla de estos inversionistas aporta a la economía en la adquisición de bienes, productos, servicios, vivienda, entre otros. Más aún, el ingreso devengado por dichos individuos que no sea producto de sus inversiones, como por ejemplo, los ingresos de salarios o por concepto de servicios profesionales prestados, estaría sujeto al pago de contribuciones sobre ingresos en Puerto Rico.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

En cumplimiento con la Sección 32.5 del Reglamento del Senado de Puerto Rico, esta Comisión evaluó la presente medida y la aprobación de la misma no tendrá impacto fiscal negativo sobre los gobiernos municipales.

CONCLUSIÓN

Por las razones antes expuestas, la Comisión de Hacienda recomienda la aprobación de la medida con enmiendas.

Esta medida fue discutida en Reunión Ejecutiva por la Comisión de Hacienda.

Respetuosamente sometido,

Migdalia Padilla Alvelo
Presidenta
Comisión de Hacienda

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)
(TEXTO DE APROBACION FINAL POR LA CAMARA)
(4 DE JUNIO DE 2012)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16ta. Asamblea Legislativa

7ma. Sesión Ordinaria

CAMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 3968

8 DE MAYO DE 2012

Presentado por los representantes y las representantes *González Colón, Rodríguez Aguiló, Méndez Núñez, Pérez Otero, Alfaro Calero, Aponte Hernández, Bonilla Cortés, Bulerín Ramos, Casado Irizarry, Chico Vega, Cintrón Rodríguez, Colón Ruiz, Correa Rivera, Fernández Rodríguez, Jiménez Negrón, Jiménez Valle, León Rodríguez, López Muñoz, Márquez García, Meléndez Ortíz, Navarro Suárez, Nolasco Ortiz, Peña Ramírez, Pérez Ortiz, Quiles Rodríguez, Ramírez Rivera, Ramos Peña, Ramos Rivera, Rivera Guerra, Rivera Ortega, Rivera Ramírez, Rodríguez Homs, Rodríguez Miranda, Silva Delgado, Torres Calderón, Torres Zamora* y *Vega Pagán*

Referido a la Comisión de Hacienda

LEY

Para añadir un nuevo Artículo 3, reenumerar los Artículos 3 al 8 como los Artículos 4 al 9, y enmendar el reenumerado Artículo 5 de la Ley 22 - 2012, conocida como "Ley Para Incentivar el Traslado de Individuos Inversionistas a Puerto Rico"; para enmendar en el Artículo 3, incisos (f) y (g) y renumerar los incisos (j), (k) y (l) como los incisos (l), (m) y (n) de la Ley 20-2012, añadir un nuevo Artículo 6 y reenumerar los Artículos 6 al 19 como los Artículos 7 al 20 de la Ley 20 - 2012, conocida como "Ley para Fomentar la Exportación de Servicios", a los fines de incorporar enmiendas técnicas, aclarar definiciones y términos, aclarar la intención legislativa sobre la concesión de decretos, disposición de impuestos e incentivos concedidos en dichas leyes; y para otros fines relacionados.

EXPOSICION DE MOTIVOS

MPA

Con la reciente aprobación de la Ley para Fomentar la Exportación de Servicios y la Ley para Incentivar el Traslado de Individuos Inversionistas en Puerto Rico continuamos con lo que nos hemos propuesto y que hemos venido logrando desde el 2009, que la Isla se convierta en un lugar idóneo para que empresas locales y extranjeras realicen sus transacciones comerciales. Nuestra administración está comprometida en revisar constantemente las disposiciones de incentivos vigentes y asegurar que las mismas cumplen con la intención legislativa y no estén sujetas a interpretaciones contrarias a ésta. Por tal motivo, esta Asamblea Legislativa entiende pertinente promover las presentes enmiendas técnicas a la Ley 22 - 2012, conocida como "Ley Para Incentivar el Traslado de Individuos Inversionistas a Puerto Rico" y la Ley 20 - 2012, mejor conocida como "Ley para Fomentar la Exportación de Servicios", a los fines de aclarar su alcance y contenido.

DECRETASE POR LA ASAMBELA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.-Se añade un nuevo Artículo 3 a la Ley 22 - 2012, para que lea como sigue:

"Artículo 3 – Procedimientos.-

(a) Para beneficiarse de los incentivos provistos en esta Ley, todo Individuo Residente Inversionista deberá solicitar al Secretario de Desarrollo Económico y Comercio la emisión de un decreto de exención contributiva conforme a esta Ley, y éste, emitirá un decreto de exención contributiva en el cual se detallará todo el tratamiento contributivo dispuesto en esta Ley. Los decretos bajo esta Ley se considerarán un contrato entre el concesionario y el Gobierno de Puerto Rico, y dicho contrato será considerado ley entre las partes. El decreto será efectivo durante el periodo de efectividad de los beneficios concedidos en esta Ley, pero nunca luego de 31 de diciembre de 2035, salvo que con anterioridad al

MPA

vencimiento de dicho período el decreto sea revocado conforme al apartado (b) de este Artículo. El decreto será intransferible.

(b) Revocación. - El Secretario revocará cualquier decreto concedido bajo esta Ley cuando:

(i) Cuando el concesionario no cumpla con cualesquiera de las obligaciones que le hayan sido impuestas por esta Ley o sus reglamentos, o por los términos del decreto; o

(ii) Cuando el concesionario deje de cumplir con su responsabilidad contributiva bajo el Código y otras leyes impositivas de Puerto Rico; o

(iii) Cuando el decreto haya sido obtenido por representaciones falsas o fraudulentas sobre cualesquiera hechos o circunstancias que, en todo o en parte, motivaron la concesión del decreto."

Artículo 2.-Se reenumeran los Artículos 3, 4, 5, 6, 7 y 8 como los Artículos 4, 5, 6, 7, 8 y 9 de la Ley 22 - 2012.

Artículo 3.-Para enmendar el reenumerado Artículo 5 de la Ley 22 - 2012, para que lea como sigue:

"Artículo 5.-Contribución Especial a Individuo Residente Inversionista sobre Ganancia Neta de Capital.-

(a) ...

(b) Apreciación después de convertirse en residente de Puerto Rico

MPA

La totalidad de la ganancia neta de capital generada por un Individuo Residente Inversionista relacionada a cualquier apreciación que tuviesen valores, luego de éste convertirse en residente de Puerto Rico, que sea reconocida antes del 1 de enero de 2036, estará totalmente exenta del pago de contribuciones sobre ingresos de Puerto Rico, incluyendo la contribución básica alterna provista en el Código. Si dicha apreciación es reconocida, luego del 31 de diciembre de 2035, la ganancia neta de capital en relación con dichos valores estará sujeta al pago de contribuciones sobre ingresos conforme al tratamiento contributivo provisto en el Código. El monto de esta ganancia neta de capital se refiere a la porción de la ganancia que se relacione a la apreciación que tuvieron, tanto los valores que el Individuo Residente Inversionista poseía al momento de convertirse en residente de Puerto Rico, como los que éste adquiera luego de convertirse en residente de Puerto Rico."

Artículo 4.-Se enmienda en el Artículo 3, ~~los~~ incisos (f) y (g) y renumerar los incisos (j), (k) y (l) como los incisos (l), (m) y (n) del Artículo 3 de la Ley 20-2012, para que lea como sigue:

"Artículo 3.-Definiciones.-

Para propósitos de esta Ley, los siguientes términos, frases y palabras tendrán el significado y alcance que se expresa a continuación, excepto donde claramente indique lo contrario, y los términos utilizados en singular incluirán el plural y viceversa:

(a) ...

WPA

...

(f) Negocio Elegible.- Se considerará como un negocio elegible cualquier entidad con una oficina o establecimiento "bona fide", localizado en Puerto Rico, que lleve o pueda llevar a cabo servicios elegibles que, a su vez, sean considerados servicios para exportación o servicios de promotor.

...

No obstante lo dispuesto en cualquier otra ley, los requisitos de licenciamiento relacionados a servicios profesionales no aplicarán a ningún Negocio Elegible, ni a sus socios, accionistas, empleados, u oficiales, siempre y cuando los servicios ofrecidos no se provean a residentes de Puerto Rico. El Negocio Elegible deberá cumplir con las leyes y requisitos de licenciamiento aplicables en la jurisdicción a donde exporte sus servicios.

(g) Negocio Nuevo.- Una entidad que cumpla con los siguientes parámetros:

(i) ...

...

(iv) Durante el periodo de dos (2) años, contados a partir del comienzo de las operaciones que hacen elegible al promotor para un decreto, no más del cinco (5) por ciento de sus acciones son poseídas directa o indirectamente por uno o más residentes de Puerto Rico;

...

(l) Servicios de Promotor...

WMA

(m) Servicios para Exportación...

(n) Otros Términos..."

Artículo 5.-Se añade un nuevo Artículo 6 a la Ley 20 - 2012, para que lea como sigue:

"Artículo 6.-Patentes Municipales y otros Impuestos Municipales.-

(a) El negocio exento que posea un decreto otorgado bajo esta Ley gozará de un sesenta por ciento (60%) de exención sobre las contribuciones municipales o patentes municipales aplicables al volumen de negocios de dicho negocio exento durante el semestre del año fiscal del Gobierno en el cual el negocio exento comience operaciones en cualquier municipio y semestres siguientes durante el término del decreto, a tenor con lo dispuesto en la "Ley de Patentes Municipales de 1974", según enmendada. Disponiéndose, que en el caso de negocios exentos que hayan estado operando antes de solicitar acogerse a los beneficios de esta Ley, la fecha de comienzo de operaciones para efecto de patentes municipales comenzará el primer día del semestre siguiente a la fecha de radicación de la solicitud de exención contributiva.

(b) No obstante lo dispuesto en el apartado (a) de este Artículo, los negocios exentos bajo esta Ley que operen en la zona de desarrollo industrial especial constituida por los municipios de Vieques y Culebra, gozarán de un noventa por ciento (90%) de exención."

Artículo 6.-Se reenumeran los Artículos 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y

MRA

19 como los Artículos 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20 de la Ley 20 -2012.

Artículo 7.-Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

MPA

ASOCIACIÓN DE ALCALDES DE PUERTO RICO
Autonomía Municipal

21 de mayo de 2012

Junta de Directores

Hon. José A. Santiago Rivera
Presidente

Hon. Pedro J. García Figueroa
1er. Vicepresidente

Hon. Jorge L. Márquez Pérez
2do. Vicepresidente

Hon. Heriberto Vélez Vélez
Secretario

Hon. Waldemar Rivera Torres
Tesorero

Hon. Walter Torres Maldonado
Hon. Luis E. Meléndez Cano
Hon. Carlos A. López Rivera
Hon. Pedro A. Padilla Ayala
AD Honorem

Hon. José L. Cruz Cruz
Hon. José A. Rosario Meléndez
Hon. José Rodríguez Cruz
Hon. Carlos López Bonilla
Hon. Edgardo Arlequín Vélez
Hon. Juan C. García Padilla
Hon. Marcelo Trujillo Panisse
Hon. José C. Aponte Dalmau
Directores de Distrito

Jaime L. García
Director Ejecutivo

Hon. Antonio Silva Delgado
Presidente
Comisión de Hacienda
Cámara de Representantes de Puerto Rico
Capitolio

Jaime L. García
Director Ejecutivo
Asociación de Alcaldes de Puerto Rico

P. de la C. 3968

La Asociación de Alcaldes de Puerto Rico, a través de su Director Ejecutivo, Sr. Jaime L. García, y en representación de su Presidente, Hon. José A. Santiago Rivera, comparece por escrito ante la Comisión de Hacienda de la Cámara de Representantes de Puerto Rico, en respuesta a su reciente petición relacionada con el P. de la C. 3968.

Mediante el P. de la C. 3968 se propone "Para añadir un nuevo Artículo 3, reenumerar los Artículos 3 al 8 como los Artículos 4 al 9, y enmendar el reenumerado Artículo 5 de la Ley 22 - 2012, conocida como "Ley Para Incentivar el Traslado de Individuos Inversionistas a Puerto Rico"; para enmendar Artículo 3, añadir un nuevo Artículo 6 y reenumerar los Artículos 6 al 19 como los Artículos 7 al 20 de la Ley 20 - 2012, conocida como "Ley para Fomentar la Exportación de Servicios", a los fines de incorporar

P.O. BOX 9024105, SAN JUAN, PUERTO RICO 00902-4105 • TELS. (787) 724-1939 • 725-3434 • FAX (787) 721-8333
email: jgarcia@aalcaldes.com

enmiendas técnicas, aclarar definiciones y términos, aclarar la intención legislativa sobre la concesión de decretos, disposición de impuestos e incentivos concedidos en dichas leyes; y para otros fines relacionados."

En la Exposición de Motivos del P de la C 3968 se plantea la necesidad de revisar y ampliar los incentivos otorgados por la Ley Núm. 22 de 2012 y la Ley Núm. 20 del mismo año. Estas legislaciones se aprobaron a los fines de fomentar que Puerto Rico se convierta en un "lugar idóneo para que las empresas locales y extranjeras realicen sus transacciones comerciales".

A pesar de que la Ley Núm. 20 afecta negativamente las finanzas municipales en el Informe de la Comisión sometido para la consideración de la medida se indicó que la misma no afectaba al fisco municipal. Esto es totalmente contrario a la realidad en la medida en que la Ley aprobada contiene disposiciones para exonerar hasta el 90% de la contribución mueble e inmueble, las cuales son fuentes de ingresos municipales.

El P de la C 3968 pretende ampliar el alcance de la Ley Núm. 20 del 2012 a los fines de conceder exención en la patente municipal de hasta un 60% para los 76 municipios de la Isla y en el caso de Vieques y Culebra la exención aumenta hasta un 90%. Dicha propuesta incide una vez más en la autonomía municipal al no reconocer la autoridad municipal para controlar y conceder exenciones dentro de sus límites territoriales. Nuevamente la Asamblea Legislativa se abroga facultades que previamente habían sido concedidas a los municipios y pretende incentivar el establecimiento de nuevas industrias a costa de los recursos municipales sin otorgarles participación alguna en dichas decisiones.

De la información sometida para nuestra consideración no se desprende cumplimiento con el inciso (b) (2) del Articulo 1.006 de la Ley Núm. 81, según enmendada conocida como Ley de Municipios Autónomos de Puerto Rico. Dicho artículo dispone en su parte pertinente que "Toda Comisión Legislativa que radique un informe proponiendo la aprobación de una medida, deberá incluir en el mismo una disposición titulada "Impacto Fiscal Municipal" en la cual certifique el impacto fiscal que estima que la aprobación de la medida tendría sobre los presupuestos de los gobiernos municipales, si alguno. Dicho informe deberá definir recomendaciones específicas a los efectos de subsanar cualquier impacto negativo que resulte de la aprobación de una medida legislativa.".

Confiamos que distinto a lo sucedido en el Informe sometido por la Comisión de Hacienda para la aprobación de la Ley Núm. 20 de 2012 se tome en consideración las disposiciones antes mencionadas.

La Asociación de Alcaldes no favorece la aprobación del P de la C 3968 según redactado.

DEPARTAMENTO DE DESARROLLO ECONÓMICO Y COMERCIO
DDEC
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Ave. FD Roosevelt #355
Oficina 401
Hato Rey, P.R. 00918
Apartado Postal 362350
San Juan, P.R. 00936-2350
Tel: 787.765.2900
Fax: 787.753.6874

PUERTO RICO LO HACE MEJOR
prlohacemejor.com

24 de mayo de 2012

PC 3968

Hon. Antonio Silva Delgado
Presidente Comisión de Hacienda
Cámara de Representantes de Puerto Rico
San Juan, Puerto Rico 00902-2228

RE: **Departamento de Desarrollo Económico y Comercio ("DDEC")**
Compañía de Fomento Industrial ("PRIDCO", por sus siglas en inglés)
Compañía de Comercio y Exportación ("CCE")
Comentarios al Proyecto de la Cámara 3968

Estimado Presidente:

Comparecen el DDEC, PRIDCO y la CCE, denominadas conjuntamente las "Agencias", para emitir sus comentarios con relación al Proyecto de la Cámara 3968 ("PC 3968"). Primeramente, agradecemos la oportunidad que nos brinda de presentar nuestros comentarios en cuanto al PC 3968, el cual propone enmendar y añadir lenguaje a la Ley 22-2012, conocida como la Ley para Incentivar el Traslado de Individuos Inversionistas a Puerto Rico ("Ley 22") y a la Ley 20-2012, conocida como la Ley para Fomentar la Exportación de Servicios ("Ley 20"). En específico, el PC 3968 propone: (i) añadir un nuevo Artículo 3 a la Ley Núm. 22; (ii) reenumerar los Artículos 3 al 8 de la Ley Núm. 22 del 4 al 9; (iii) enmendar el nuevo Artículo 5 de la Ley Núm. 22; (iv) enmendar el Artículo 3 de la Ley Núm. 20; (v) añadir un Artículo 6 a la Ley Núm. 20; y (vi) reenumerar los Artículos del 6 al 19 de la Ley Núm. 20 como los Artículos del 7 al 20. Por los argumentos que se detallan a continuación, las Agencias expresan su endoso al PC 3968. El endoso se debe en gran medida a que la propuesta del PC 3968 aclara el alcance de la Ley 22 y de la Ley 20 y atiende las preocupaciones expresadas por varios sectores, en particular el de exportación de servicios. En fin, el PC 3968 contiene enmiendas técnicas que beneficiarán a las personas que interesan acogerse a los incentivos que ofrecen Ley 22 y Ley 20 y las instrumentalidades de Gobierno que están involucradas en la implementación de estas leyes.

Trasfondo y Fundamento de las Agencias

El DDEC es responsable de desarrollar, implementar y supervisar la ejecución de la política pública sobre el desarrollo económico en diversos sectores de la industria, el comercio, el turismo, los servicios, el cooperativismo, entre otros. El DDEC es el organismo de gobierno a cargo de la publicación, promoción, organización y coordinación, bajo un enfoque integral entre todos sus componentes, de la actividad relativa al desarrollo económico de Puerto Rico y tiene entre sus funciones propiciar el desarrollo de una economía privada, estable y sostenible, radicada en una visión de futuro y en consideración a la naturaleza global de la economía mundial.

PRIDCO y la CCE son instrumentalidades públicas que están adscritas al DDEC por virtud del Plan de Reorganización Número 4 de 22 de junio de 1994, según enmendado, y la Ley 323-2003, según enmendada, conocida como la Ley de la Compañía de Comercio y Exportación de Puerto Rico. En principio, la misión de PRIDCO conlleva fomentar el desarrollo industrial y económico de Puerto Rico mediante la promoción, creación y retención de empleos y la atracción de inversión de capital en los renglones de manufactura, servicios, ciencia y tecnología para mercados en y fuera de Puerto Rico. Por su parte, la CCE tiene a su cargo el fomentar el desarrollo del comercio, con énfasis en las pequeñas y medianas empresas y las exportaciones de productos y servicios de Puerto Rico.

Tomando en consideración que el PC 3968 está estrechamente relacionado con los propósitos y funciones del DDEC, PRIDCO y la CCE y que la Ley 22 y la Ley 20, así como las enmiendas propuestas, adelantan beneficios para los proveedores de servicios y los posibles inversionistas promoviendo la expansión de estos sectores y el crecimiento de la actividad económica, entendemos oportuno exponer nuestros comentarios de forma conjunta para beneficio de la Comisión de Hacienda la cual usted preside.

Modelo Estratégico para una Nueva Economía ("MENE")

El MENE es el plan estratégico de esta Administración para retomar el desarrollo económico de la Isla. Este detalla los compromisos y las métricas de desempeño que mejoran la competitividad de Puerto Rico en el mercado global y a su vez generan empleos. El MENE reconoce el rol fundamental del sector bancario y financiero en la economía y por ende la importancia de atraer capital extranjero y generar y mantener capital local para fortalecerlo. También, reconoce la exportación de servicios como como una de las piezas claves para continuar con el desarrollo económico de Puerto Rico. Fomentar las exportaciones es una estrategia de crecimiento económico que transciende todos los sectores y, la cual en conjunto con la atracción de inversión del extranjero, constituyen las fuentes principales de capital productivo que necesitamos atraer a nuestra economía para poder generar nuevos empleos en Puerto Rico y promover la económica.

Trasfondo de las Leyes

Ambas leyes, que el PC 3968 propone enmendar, tratan temas de suma importancia que proveen herramientas claves para el desarrollo económico y mejoramiento social de Puerto Rico. El propósito de la Ley 22 es promover que individuos que no hayan sido residentes de Puerto Rico por los últimos quince (15) años establezcan su residencia en Puerto Rico. Como incentivo para el traslado de dichos individuos a Puerto Rico, la Ley 22 exime del pago de contribuciones en Puerto Rico el ingreso pasivo devengado por estos individuos con respecto a sus inversiones. Por su parte, la Ley 20 establece oportunidades adecuadas para desarrollar a Puerto Rico como un centro de servicios internacional, promover la permanencia y regreso de profesionales locales.

Comentarios

El PC 3968 persigue el compromiso de esta Administración de revisar constantemente las disposiciones de incentivos vigentes y asegurar que las mismas cumplen con la intención legislativa y no estén sujetas a interpretaciones contrarias a ésta. El PC 3968 atiende este fin ya que provee enmiendas técnicas que facilitarán la aplicación de las leyes que pretende enmendar. Según surge de la Exposición de Motivos, esta Administración está comprometida en revisar las disposiciones de incentivos vigentes y asegurar que las mismas cumplen con la intención legislativa y no estén sujetas a interpretaciones contrarias a ésta. Entendemos que los cambios propuestos son pertinentes y aclaran el alcance y contenido de la Ley 22 y la Ley 20.

Ley 22-2012

Las enmiendas propuestas a la Ley 22 proveen un procedimiento para que el Individuo Residente Inversionista ("IRI") solicite al Secretario de DDEC ("Secretario") un decreto de exención en virtud de la Ley 22. A su vez será el Secretario quien emitirá el decreto el cual se considerará como un contrato entre el concesionario y el Gobierno. Dicho decreto será efectivo durante el periodo de efectividad de los beneficios concedidos por la Ley 22, pero nunca luego del 31 de diciembre de 2035. Además, el lenguaje propuesto dispone para la revocación del decreto en una serie de escenario entre ellos que el IRI no cumpla con las obligaciones de ley, reglamentos o decreto; cuando deje de cumplir con su responsabilidad contributiva o cuando haya obtenido mediante representaciones falsas. Esta enmienda atiende la preocupación de que la Ley 22 no establecía un proceso para acogerse a los beneficios. Además, el PC 3968 propone eliminar lenguaje actual de modo tal que no se especifique si la totalidad de la ganancia neta de capital luego del IRI convertirse en residente, convirtiendo este incentivo más atractivo para aquellas personas que están contemplando venir a Puerto Rico para beneficiarse del mismo. Entendemos que las enmiendas propuestas en el PC 3968 promueven la seguridad que ofrece el incentivo y redundará en mayor interés de acogerse a los beneficios ofrecidos. Además, estas enmiendas benefician a los organismos responsables de administrar la Ley 22, entre otros el DDEC, al aclarar los procesos para obtener la exención.

Ley 20-2012

La Ley 20 ha tenido gran acogida en el sector de servicios toda vez que ofrece una tasa de contribución sobre ingresos reducida y ciertas exenciones que motivan a los proveedores de servicios locales a buscar la expansión de sus negocios mediante el ofrecimiento de sus servicios a clientes localizados fuera de Puerto Rico. La Ley 20 también tiene como fin incentivar a los proveedores de servicios extranjeros a establecerse en Puerto Rico, y crear nuevas oportunidades para nuestra población. Por lo tanto, es de suma importancia establecer claramente el alcance de sus disposiciones y delimitar sus beneficios.

El PC 3968 propone añadir lenguaje a la definición de negocio elegible a los efectos de que los requisitos de licenciamiento relacionados a servicios profesionales no aplicarán a los negocios elegibles, según definido en la Ley 20, siempre y cuando los servicios sean provistos a personas no residentes de Puerto Rico. De modo tal que promueve que aquellos proveedores que no provean servicios a los residentes de Puerto Rico se les haga menos complicado establecer sus operaciones de servicios en Puerto Rico.

Además, el PC 3968 enmienda lenguaje para que uno de los parámetros de la definición de negocios sea que más del cinco porciento (5%) de sus acciones sean poseídas directa o indirectamente por uno o más residentes de Puerto Rico durante el periodo de dos (2) años, a partir el comienzo de las operaciones que hacen elegible al promotor para el decreto. De esta forma se aclara el incentivo para los promotores bajo esta Ley.

Por último, se modifica el lenguaje del actual Artículo 5 (que se convertiría en el Artículo 6 de aprobarse el PC 3968) para proveer una exención a los tenedores de un decreto de sesenta porciento (60%) sobre las contribuciones municipales o patentes municipales y se mantiene con una exención de noventa porciento (90%) a aquellos negocios exentos que operen en la zona de desarrollo industrial especial constituida por los municipios de Vieques y Culebra.

En fin, los cambios que propone el PC 3968 aclaran la extensión de esta ley, convierten más atractivo el incentivo y atienden las preocupaciones expresadas por las partes concernidas.

Conclusión

En conclusión, consideramos que el PC 3968 ofrece herramientas esenciales y necesarias para la aclarar la extensión de las Leyes 22 y 20 recién aprobadas, a la vez que atiende aspectos técnicos para la implementación apropiada de las mismas. El lenguaje y los cambios propuestos promueven el crecimiento económico, la promoción de Puerto Rico como participante de la economía mundial y favorecen el crecimiento sostenible de Puerto Rico viabilizando el MENE y los propósitos del DDEC, PRIDCO y la CCE. Es por ello, que el DDEC, PRIDCO, y la CCE **endosan** esta medida.

Cordialmente,

José R. Pérez-Riera
Secretario DDEC
Director Ejecutivo PRIDCO
Director Ejecutivo CCE

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Original

16 ta. Asamblea Legislativa

7 ma. Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

12 de junio de 2012

12 JUN 18 PM 5:12

Informe Positivo sobre el P. de la C. 3969

AL SENADO DE PUERTO RICO:

Vuestra Comisión de Hacienda, previo estudio y consideración del **P. de la C. 3969**, recomienda a este Alto Cuerpo la aprobación de esta medida sin enmiendas.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El **P. de la C. 3969** tiene el propósito de enmendar el inciso (e) de la Sección 3030.03 de la Ley 1-2011, según enmendada, conocida como, "Código de Rentas Internas para un Nuevo Puerto Rico", a los fines de ampliar el reembolso concedido por la compra de automóviles menos contaminantes impulsados por energía eléctrica, hidrógeno, híbridos, híbridos "plug-in" y de combustibles alternos renovables"; para otros fines relacionados.

En su parte expositiva dispone que el Artículo VI, Sección 19 de la Constitución establece que será política pública del Gobierno de Puerto Rico "la más eficaz conservación de sus recursos naturales, así como el mayor desarrollo y aprovechamiento de los mismos para el beneficio general de la comunidad...." Por esto, desde el 1952 el Gobierno tiene la obligación de promover el desarrollo sostenible de la Isla.

Nuestro planeta se ha visto afectado por el exceso de gases de invernadero que se emiten diariamente a la atmósfera. Mucho se ha hablado sobre posibles soluciones para reducir la emisión de estos gases. Una de las alternativas es promover la adquisición de vehículos más eficientes y que sean amigables con el ambiente. Existen varias nuevas tecnologías que representan opciones para la reducción de emisiones de gases dióxido de carbono conocido como CO2 que producen los vehículos de combustión interna al ser propulsados por combustible fósil, como la gasolina o el diesel. Ante esta situación, existe un consenso a nivel mundial de que el automóvil eléctrico así como otras tecnologías como vehículos 'plug-in" son

MPA

una opción real y efectiva para disminuir la contaminación ambiental al igual que nos ayuda a minimizar nuestra dependencia del petróleo en momentos donde las fluctuaciones en el mercado le han creado un grave problema al bolsillo de los ciudadanos y de nuestro gobierno.

Puerto Rico consta de un gran parque vehicular, por lo que es necesario iniciar un proceso hacia la movilidad sostenible de cero emisiones promoviendo el uso de vehículos eléctricos (EVs) que no producen emisiones o menos contaminantes como los vehículos híbridos plug-in (PHEVs), vehículos híbridos (HEVs), entre otras tecnologías que se están desarrollando como vehículos de celda de combustible de hidrogeno (FCVs) y autos de combustibles alternativos renovables.

Un vehículo eléctrico (EV) es aquel que utiliza energía eléctrica para propulsarse y que no produce ningún tipo de emisión al medio ambiente. La recarga de batería se puede realizar de diversas formas, entre las cuales están los cargadores para hogares de 120 a 240 voltios o estaciones de recarga rápida en sitios públicos o privados de 240 y 480 voltios. También ofrecen un sistema de auto recarga parcial de un generador que aprovecha la fuerza producida al frenar o foto celdas solares. Este tipo de vehículo presenta las siguientes ventajas: 1) No produce emisiones de gas CO2 u otro gas invernadero; 2) producen menos contaminación de ruido al operar; 3) la recarga eléctrica es menos costosa que la compra de gasolina o diesel, ofreciendo menor costo por distancia recorrida; 4) no utiliza aceites contaminantes como el motor de combustión y/o transmisión convencional; y 5) no utiliza tubos de escape al no emitir gases contaminantes.

La tecnología de vehículos eléctricos (EV) es una producida en masa que ofrece una real reducción de emisiones de gas CO2 producidos por vehículos que poseen motor de combustión interna. En forma conjunta con acciones de producción de energía eléctrica de fuentes renovables representa una real solución de movilidad cero emisiones.

Un vehículo híbrido (HEV) es aquel vehículo que combina un motor convencional de combustible, con un motor eléctrico de energía regenerable y recargable. La fuente principal usualmente es el combustible fósil convencional y la otra puede ser, electricidad, entre otros. Este tipo de vehículos presenta sobre los convencionales las siguientes ventajas: 1) emite menos

MMA

contaminación, debido a que consume menos combustible; 2) ahorra energía porque los motores térmicos no demandan lo mismo que uno convencional; y 3) produce menos ruido.

Existen diferentes tipos de vehículos híbridos. Dos de los más conocidos son los híbridos convencionales (HEV) y los híbridos "plug-in" (PHEV) (que se conectan a una fuente de energía eléctrica para cargar la batería). En algunos de los híbridos convencionales, el motor eléctrico se utiliza sin el complemento del otro, sólo en el arranque y en la desaceleración. Para cargarse, la batería aprovecha la energía innecesaria que produce el motor de combustión al frenar. Al solo utilizar gasolina como combustible primario son considerados por la industria y la Agencia de Protección Ambiental conocida por sus siglas en inglés como la EPA, como vehículos de gasolina. Los híbridos "plug-in" son los más modernos, que se acercan más a los autos eléctricos. Estos vehículos tienen ambos motores conectados a las ruedas y funcionan con el eléctrico un mayor tiempo, excepto cuando precisan mayor potencia o cuando la batería se gastó. En éstos, la batería se carga a través de una toma de corriente de 120 a 240 voltios con el vehículo detenido durante tres o cuatro horas. También tienen un mecanismo interno por el cual la batería se auto-recarga mediante un generador que toma potencia del motor de combustión interna.

Comparado con vehículos convencionales, los híbridos "plug-in" (PHEV) reducen la contaminación atmosférica, la dependencia en el petróleo y los combustibles fósiles y las emisiones de gases efecto invernadero que contribuyen a la contaminación de la atmosfera. Estos beneficios se originan en el hecho de que los híbridos "plug-in" no utilizan combustible fósil durante su operación de modo exclusivo, siempre y cuando las baterías hayan sido recargadas utilizando energía eléctrica. Además, la combinación de la tecnología del hibrido eléctrico "plug-in" con motores de combustible flexible que usen biocombustibles sustentables (tal como el etanol producido a partir de la caña de azúcar, entre otros) puede resultar en reducciones adicionales de emisiones de gases de efecto invernadero.

En Puerto Rico contamos con legislación que estimula la compra y uso de vehículos de energía alterna o combinada. La Ley Núm. 83-2010 enmendó la Sección 2016 A del "Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994", Ley 120 - 1994, según enmendada, para conceder un reembolso de hasta dos mil dólares ($2,000) por la compra de vehículos impulsados por energía alterna o combinada, tales como los vehículos eléctricos, híbridos plug-in e híbridos, entre otros.

MPA

Esta disposición fue incluida en la Ley 1 – 2011, según enmendada, conocida como "Código de Rentas Internas para un Nuevo Puerto Rico" (en adelante CRIPNP). De esta manera, se concede un alivio contributivo para beneficio de los consumidores puertorriqueños, a la vez que permite incentivar nuestra economía y la protección de nuestro ambiente.

A pesar de la buena intención de dicha legislación, existe una realidad en el mercado de vehículos que ha dificultado que nuestros ciudadanos puedan aprovechar dicho reembolso y se aumenten las ventas de este tipo de vehículos. Tradicionalmente, los autos híbridos vehículos híbridos (HEV) tienen un alto costo debido a que el proceso de producción de baterías y la utilización de piezas y tecnología para equiparlos son más costosos que la producción de autos de combustión interna convencionales. Esta situación, se puede apreciar claramente cuando se compara el precio de un auto con motor de gasolina con un modelo parecido de vehículo eléctrico, vehículo hibrido plug-in o vehículo hibrido. La diferencia puede rondar desde $5,000 hasta más de $10,000. El costo superior de los vehículos eléctricos e híbridos obstaculiza la compra y venta de los mismos. A pesar de que el consumidor eventualmente recuperaría su inversión en el vehículo eléctrico, hibrido "plug-in" o híbrido con lo que ahorraría en gasolina, los altos precios del auto lo hacen poco accesible para la mayoría de la población, por lo que es necesario crear los mecanismos de subsidios necesarios para incentivar el uso de estas tecnologías que contribuyen enormemente a la problemática de contaminación ambiental al mismo tiempo.

Si bien existe un consenso en que el precio mayor de un vehículo eléctrico, un vehículo híbrido plug-in o un vehículo hibrido es amortizable durante la vida del vehículo, la realidad es que el consumidor raramente opta por realizar una fuerte inversión inicial en un vehículo de éste tipo contando con un rembolso posterior, considerando que la mayor parte de la compra de vehículos se producen mediante financiamiento y el mayor precio de compra impacta las cuotas mensuales por el periodo completo de financiamiento. Por lo que el considerar un beneficio contributivo en los arbitrios de los vehículos eléctrico, un vehículo híbrido plug-in o un vehículo hibrido permitiría ofrecer un menor precio que se consideraría en las compras mediante financiamiento, reduciendo los pagos mensuales que el consumidor asume, haciendo más accesible estas tecnologías que eliminan o reducen las emisiones de gases contaminantes y redundan en un menor costo de posesión por los beneficios que ofrecen.

MPA

Esta Ley otorga unos reembolsos que se implantarán de la siguiente manera: el reembolso en vehículos híbridos convencionales (HEVs) y vehículos híbridos "plug-in"(PHEVs) concedido no excederá las siguientes cantidades: 65% del arbitrio pagado, este reembolso nunca podrá sobrepasar los $8,000 dólares, desde el 1 de julio de 2012 hasta el 30 de junio de 2013; 50% del arbitrio pagado, este reembolso nunca podrá sobrepasar los $6,000 dólares, desde el 1 de julio de 2013 hasta el 30 de junio de 2014; 40% del arbitrio pagado, este reembolso nunca podrá sobrepasar los $4,000 dólares, desde el 1 de julio de 2014 hasta el 30 de junio de 2015 y 25% del arbitrio pagado, este reembolso nunca podrá ser menor de $2,000 dólares, desde el 1 de julio de 2015 en adelante. En el caso de los Vehículos Eléctricos (EVs) estos tendrán una exención completa de arbitrios hasta el 2016. Para el 2016 la Asamblea Legislativa deberá realizar una evaluación sobre el efecto que han tenido estos incentivos así como su disponibilidad y deseabilidad, para ser otorgados por periodos adicionales.

Asimismo, esta Ley permite que el Departamento de Hacienda transfiera el reembolso que se concede por la compra del vehículo eléctrico, vehículo híbrido ~~o~~ "plug-in" o vehículo hibrido convencional, a la institución financiera que provea el financiamiento para la compra del mismo, siempre y cuando el comprador lo solicite.

Con esta medida, esta administración reitera su compromiso con proteger nuestros recursos naturales al máximo, para asegurar el bienestar de generaciones futuras de puertorriqueños, estableciendo una política pública energética que les garantice a sus ciudadanos el desarrollo de energía eléctrica renovable y sostenible en la Isla. Esta medida reduce el costo de los vehículos eléctricos (EVs), vehículos híbridos "plug in" (PHEVs) y vehículos híbridos (HEVs) haciéndolos más accesibles al presupuesto de un grupo más amplio de consumidores. Esto permitirá que miles de puertorriqueños puedan sentir un alivio en su bolsillo adicional al provisto por las reducciones en las contribuciones que trajo el CRIPNP, al mismo tiempo que les permite transportarse consumiendo menos cantidades de gasolina y ayudando a combatir la contaminación atmosférica y la dependencia en el petróleo.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Como parte del proceso de análisis de esta medida, esta Comisión de Hacienda del Senado trabajo el informe de esta medida con los memoriales que le fueron presentados a la Comisión de Hacienda de la Cámara de Representante que al momento de redactar el presente

MPA

informe se había recibido memorial de la Asociación Independiente de Dealers de Automóviles y del Departamento de Hacienda.

La **Asociación Independiente Dealers de Automóviles** señala que Puerto Rico forma parte de los países dependientes de productos derivados del petróleo. El precio actual de la gasolina, y la posibilidad de futuros aumentos, ha ocasionado una modificación en las preferencias de los consumidores que han desplazado los grandes vehículos hacia los de menor consumo de combustible.

Añaden, que lo anterior de ninguna forma se debe interpretar como que ha desaparecido del mercado la necesidad de vehículos utilitarios grandes. La mayoría de las fábricas automotrices han informado que la venta de vehículos grandes en los Estados Unidos, se ha mantenido en una posición sólida gracias a los ajustes en la eficiencia en el consumo de combustible de estos vehículos, una leve mejoría en la situación económica y los constantes incentivos de compra.

Pero a pesar de lo anterior la realidad es que la tendencia de un gran número de consumidores, en Puerto Rico, está en poner énfasis en la economía del combustible al momento de comprar un vehículo. A ello se une que el consumidor promedio ha comenzado a reaccionar ante la data ecológica que a diario se ofrece por los medios de comunicación reconociendo el valor añadido que representa el utilizar los recursos de manera inteligente.

El P. de la C. 3969 pretende ampliar el reembolso concedido para la compra de automóviles menos contaminantes sin que dicho proyecto de Ley establezca el mínimo de consumo de combustible fósil necesario para que el vehículo sea considerado como uno híbrido para fines del reintegro. Así las cosas, bastaría con que un vehículo combine un motor de combustible fósil con un motor eléctrico para que se considere como un vehículo híbrido y reciba el reintegro que propone la medida.

La Asociación considera que el Proyecto de Ley debe determinar el grado de eficiencia requerida en el consumo de energía fósil para ser considerado como un vehículo híbrido cubierto por la ley. Además el Proyecto debe dar espacio para que otros fabricantes presenten al mercado vehículos que, aun cuando no sean híbridos, cuenten con tecnología que los hagan

MPA

más eficientes en el consumo de energía fósil que los mismos vehículos híbridos. Lo anterior representaría un excelente incentivo para los fabricantes, importadores, y distribuidores de vehículos nuevos al ampliar el abanico de vehículos que debido a su eficiencia cualificaría para el incentivo. Más aún de esa forma el consumidor tendría mayores oportunidades para adquirir un vehículo de alta eficiencia en el consumo de energía, posiblemente mayor que la de los híbridos, que los ayude a palear el asfixiante costo económico que representa el precio del combustible en Puerto Rico. Con suerte, darían oportunidad para el repunte económico que todos deseamos para Puerto Rico.

Aún con lo anterior, la Asociación Independiente Dealers de Automóviles favorece toda medida que otorgue alivios contributivos que promuevan la conservación ambiental y ayude a los ciudadanos en el gasto en combustible.

De otra parte, el **Departamento de Hacienda** señala que como bien establece la Exposición de Motivos de la presente pieza legislativa, en Puerto Rico, contamos con legislación que estimula la compra y uso de vehículos de energía alterna o combinada. La Ley Núm. 83-2010 enmendó la Sección 2016 A del "Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994", Ley 120 - 1994, según enmendada, para conceder un reembolso de hasta dos mil dólares ($2,000) por la compra de vehículos impulsados por energía alterna o combinada, tales como los vehículos eléctricos, híbridos plug-in e híbridos, entre otros. Esta disposición fue incluida en la Ley 1 – 2011, según enmendada, conocida como "Código de Rentas Internas para un Nuevo Puerto Rico" (en adelante, "el Código"). De esta manera, se concede un alivio contributivo para beneficio de los consumidores puertorriqueños, a la vez que permite incentivar nuestra economía y la protección de nuestro ambiente.

Indica la medida que, a pesar de la buena intención de dicha legislación, existe una realidad en el mercado de vehículos que ha dificultado que nuestros ciudadanos puedan aprovechar dicho reembolso y se aumenten las ventas de este tipo de vehículos, esto debido a que el costo de los mismos en comparación con los normales puede representar una diferencia de $5,000 hasta más de $10,000.

Esta medida otorga unos reembolsos en arbitrios sobre vehículos híbridos de la siguiente manera:

MPA

(a) $8,000 desde el 1 de julio de 2012 hasta el 30 de junio de 2013;

(b) $6,000 desde el 1 de julio de 2013 hasta el 30 de junio de 2014;

(c) $4,000 desde el 1 de julio de 2014 hasta el 30 de junio de 2015; y

(d) $2,000 desde el 1 de julio de 2015 en adelante.

En el caso de los Vehículos Eléctricos plug-in (incluyendo los híbridos dentro de esta categoría), estos tendrán una exención completa de arbitrios hasta el 2016. Para el 2016, la Asamblea Legislativa deberá realizar una evaluación sobre el efecto que han tenido estos incentivos así como su disponibilidad y deseabilidad, para ser otorgados por periodos adicionales. Asimismo, esta Ley permite que el Departamento de Hacienda transfiera el reembolso que se concede por la compra del vehículo híbrido o "plug-in", a la institución financiera que provea el financiamiento para la compra del mismo, siempre y cuando el comprador lo solicite.

Es importante destacar que la demanda de automóviles es determinada por múltiples factores. Entre éstos: el ingreso de las personas, el nivel de población, el financiamiento, los precios de bienes afines como el costo del combustible, los gustos y preferencias de los consumidores y otros elementos especiales, tales como la viabilidad en la utilización de sistemas de transportación pública.

Para realizar un análisis fiscal, el Departamento evaluó la estructura actual del mercado de automóviles, de acuerdo a su información sobre los arbitrios pagados. De acuerdo a las fuentes de información, el precio de los automóviles híbridos ronda en promedio entre los $20,000 a $40,000, mientras que el de los plug-in fluctúa entre $32,000 y $45,000, esto sin considerar los arbitrios debidos. En promedio, los arbitrios para un modelo híbrido se estiman en $5,500, mientras que los arbitrios de los vehículos plug-in se estiman en promedio en $7,307.

Para el análisis, intentaron obtener información sobre la cantidad de vehículos que se han vendido en los últimos años, pero la información no se les ha hecho disponible en la redacción del presente memorial. Por lo tanto, han identificado para fines demostrativos la cantidad de contribuyentes que han solicitado el reembolso que concede la Ley 83-2010 a través del Código durante el año fiscal 2011. Desde el 1 de julio de 2011 al 6 de junio de 2012, se habían concedido 371 reembolsos. Esto puede representar 400 vehículos vendidos al año.

MPA

Debido a la reducida oferta en vehículos plug-in, para propósitos de análisis, el Departamento va a considerar una cantidad reducida de ventas para establecer el posible impacto fiscal.

En síntesis, debido a que no cuentan con información precisa de cuántos vehículos híbridos o plug-in estarían mercadeándose gracias a la aprobación de esta medida, pueden determinar que, por cada 400 unidades de modelos híbridos y cada 10 unidades de modelos plug-in que sean vendidos, el fisco pudiera tener un impacto de aproximadamente de $1.7 millones para el primer año de vigencia de la medida. Este impacto, el cual ya toma en consideración el impacto fiscal presupuestado a tenor con la Ley 83-2010, se reducirá conforme transcurran los términos que establece el proyecto.

Añaden que, se puede ver que el impacto de esta medida no es uno significativo. Debido a que a corto plazo no preveen un auge en el mercado de vehículos plug-in, medidas como esta permiten expandir dicho mercado, con el fin de lograr menores emisiones de gas en nuestro medioambiente y promover una mejor calidad de vida en nuestra ciudadanía, así como se propende a reducir la dependencia de combustibles fósiles, hecho que ha sido una de las políticas públicas claves de esta Administración.

Finalmente, recuerdan la política pública energética de esta Administración, la cual promueve que les garantice a sus ciudadanos el desarrollo de energía eléctrica renovable y sostenible en la Isla, mediante la cual se reitera el compromiso de proteger nuestros recursos naturales al máximo, para asegurar el bienestar de generaciones futuras de puertorriqueños. De este modo, el Departamento de Hacienda no tiene objeción en que se continúe con el trámite del presente proyecto de ley.

IMPACTO FISCAL ESTATAL

En cumplimiento con el Artículo 8 de la Ley Núm. 103 de 2006, esta Comisión evaluó la presente medida contando con la ponencia principal del **Departamento de Hacienda**, el cual indica que se puede ver que el impacto de esta medida no es uno significativo. Debido a que a corto plazo no preveen un auge en el mercado de vehículos plug-in, he indican que medidas como esta permiten expandir dicho mercado, con el fin de lograr menores emisiones de gas en nuestro medioambiente y promover una mejor calidad de vida en nuestra ciudadanía, así como

MPA

se propende a reducir la dependencia de combustibles fósiles, hecho que ha sido una de las políticas públicas claves de esta Administración.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

En cumplimiento con la Sección 32.5 del Reglamento del Senado de Puerto Rico, esta Comisión evaluó la presente medida y la aprobación de la misma no tendrá impacto fiscal negativo sobre los gobiernos municipales.

CONCLUSIÓN

Por las razones antes expuestas, la Comisión de Hacienda recomienda la aprobación de la medida sin enmiendas.

Esta medida fue discutida en Reunión Ejecutiva por la Comisión de Hacienda.

Respetuosamente sometido,

Migdalia Padilla Alvelo
Presidenta
Comisión de Hacienda

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)
(TEXTO DE APROBACION FINAL POR LA CAMARA)
(14 DE JUNIO DE 2012)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16ta. Asamblea Legislativa

7ma. Sesión Ordinaria

CAMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 3969

8 DE MAYO DE 2012

Presentado por los representantes y las representantes *González Colón, Rodríguez Aguiló, Méndez Núñez, Pérez Otero, Alfaro Calero, Aponte Hernández, Bonilla Cortés, Bulerín Ramos, Casado Irizarry, Chico Vega, Cintrón Rodríguez, Colón Ruiz, Correa Rivera, Fernández Rodríguez, Jiménez Negrón, Jiménez Valle, León Rodríguez, López Muñoz, Márquez García, Meléndez Ortíz, Navarro Suárez, Nolasco Ortiz, Peña Ramírez, Pérez Ortiz, Quiles Rodríguez, Ramírez Rivera, Ramos Peña, Ramos Rivera, Rivera Guerra, Rivera Ortega, Rivera Ramírez, Rodríguez Homs, Rodríguez Miranda, Silva Delgado, Torres Calderón, Torres Zamora* y *Vega Pagán*

Referido a la Comisión de Hacienda

LEY

Para enmendar el inciso (e) de la Sección 3030.03 de la Ley 1-2011, según enmendada, conocida como, "Código de Rentas Internas para un Nuevo Puerto Rico", a los fines de ampliar el reembolso concedido por la compra de automóviles menos contaminantes impulsados por energía eléctrica, hidrógeno, híbridos, híbridos "plug-in" y de combustibles alternos renovables"; para otros fines relacionados.

EXPOSICION DE MOTIVOS

El Artículo VI, Sección 19 de la Constitución establece que será política pública del Gobierno de Puerto Rico "la más eficaz conservación de sus recursos naturales, así como el mayor desarrollo y aprovechamiento de los mismos para el beneficio general de la comunidad...." Por esto, desde el 1952 el Gobierno tiene la obligación de promover el desarrollo sostenible de la Isla.

MPA

Nuestro planeta se ha visto afectado por el exceso de gases de invernadero que se emiten diariamente a la atmósfera. Mucho se ha hablado sobre posibles soluciones para reducir la emisión de estos gases. Una de las alternativas es promover la adquisición de vehículos más eficientes y que sean amigables con el ambiente. Existen varias nuevas tecnologías que representan opciones para la reducción de emisiones de gases dióxido de carbono conocido como CO2 que producen los vehículos de combustión interna al ser propulsados por combustible fósil, como la gasolina o el diesel. Ante esta situación, existe un consenso a nivel mundial de que el automóvil eléctrico así como otras tecnologías como vehículos 'plug-in" son una opción real y efectiva para disminuir la contaminación ambiental al igual que nos ayuda a minimizar nuestra dependencia del petróleo en momentos donde las fluctuaciones en el mercado le han creado un grave problema al bolsillo de los ciudadanos y de nuestro gobierno.

Puerto Rico consta de un gran parque vehicular, por lo que es necesario iniciar un proceso hacia la movilidad sostenible de cero emisiones promoviendo el uso de vehículos eléctricos (EVs) que no producen emisiones o menos contaminantes como los vehículos híbridos plug-in (PHEVs), vehículos híbridos (HEVs), entre otras tecnologías que se están desarrollando como vehículos de celda de combustible de hidrogeno (FCVs) y autos de combustibles alternativos renovables.

Un vehículo eléctrico (EV) es aquel que utiliza energía eléctrica para propulsarse y que no produce ningún tipo de emisión al medio ambiente. La recarga de batería se puede realizar de diversas formas, entre las cuales están los cargadores para hogares de 120 a 240 voltios o estaciones de recarga rápida en sitios públicos o privados de 240 y 480 voltios. También ofrecen un sistema de auto recarga parcial de un generador que aprovecha la fuerza producida al frenar o foto celdas solares. Este tipo de vehículo presenta las siguientes ventajas: 1) No produce emisiones de gas CO2 u otro gas invernadero; 2) producen menos contaminación de ruido al operar; 3) la recarga eléctrica es menos costosa que la compra de gasolina o diesel, ofreciendo menor costo por distancia recorrida; 4) no utiliza aceites contaminantes como el motor de combustión y/o transmisión convencional; y 5) no utiliza tubos de escape al no emitir gases contaminantes.

La tecnología de vehículos eléctricos (EV) es una producida en masa que ofrece una real reducción de emisiones de gas CO2 producidos por vehículos que poseen motor de combustión interna. En forma conjunta con acciones de producción de energía eléctrica de fuentes renovables representa una real solución de movilidad cero emisiones.

Un vehículo híbrido (HEV) es aquel vehículo que combina un motor convencional de combustible, con un motor eléctrico de energía regenerable y recargable. La fuente principal usualmente es el combustible fósil convencional y la otra

MPA

puede ser, electricidad, entre otros. Este tipo de vehículos presenta sobre los convencionales las siguientes ventajas: 1) emite menos contaminación, debido a que consume menos combustible; 2) ahorra energía porque los motores térmicos no demandan lo mismo que uno convencional; y 3) produce menos ruido.

Existen diferentes tipos de vehículos híbridos. Dos de los más conocidos son los híbridos convencionales (HEV) y los híbridos "plug-in" (PHEV) (que se conectan a una fuente de energía eléctrica para cargar la batería). En algunos de los híbridos convencionales, el motor eléctrico se utiliza sin el complemento del otro, sólo en el arranque y en la desaceleración. Para cargarse, la batería aprovecha la energía innecesaria que produce el motor de combustión al frenar. Al solo utilizar gasolina como combustible primario son considerados por la industria y la Agencia de Protección Ambiental conocida por sus siglas en inglés como la EPA, como vehículos de gasolina. Los híbridos "plug-in" son los más modernos, que se acercan más a los autos eléctricos. Estos vehículos tienen ambos motores conectados a las ruedas y funcionan con el eléctrico un mayor tiempo, excepto cuando precisan mayor potencia o cuando la batería se gastó. En éstos, la batería se carga a través de una toma de corriente de 120 a 240 voltios con el vehículo detenido durante tres o cuatro horas. También tienen un mecanismo interno por el cual la batería se auto-recarga mediante un generador que toma potencia del motor de combustión interna.

Comparado con vehículos convencionales, los híbridos "plug-in" (PHEV) reducen la contaminación atmosférica, la dependencia en el petróleo y los combustibles fósiles y las emisiones de gases efecto invernadero que contribuyen a la contaminación de la atmosfera. Estos beneficios se originan en el hecho de que los híbridos "plug-in" no utilizan combustible fósil durante su operación de modo exclusivo, siempre y cuando las baterías hayan sido recargadas utilizando energía eléctrica. Además, la combinación de la tecnología del hibrido eléctrico "plug-in" con motores de combustible flexible que usen biocombustibles sustentables (tal como el etanol producido a partir de la caña de azúcar, entre otros) puede resultar en reducciones adicionales de emisiones de gases de efecto invernadero.

En Puerto Rico contamos con legislación que estimula la compra y uso de vehículos de energía alterna o combinada. La Ley Núm. 83-2010 enmendó la Sección 2016 A del "Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994", Ley 120 - 1994, según enmendada, para conceder un reembolso de hasta dos mil dólares ($2,000) por la compra de vehículos impulsados por energía alterna o combinada, tales como los vehículos eléctricos, híbridos plug-in e híbridos, entre otros. Esta disposición fue incluida en la Ley 1 – 2011, según enmendada, conocida como "Código de Rentas Internas para un Nuevo Puerto Rico" (en adelante CRIPNP). De esta manera, se concede un alivio contributivo para beneficio de los consumidores puertorriqueños, a la vez que permite incentivar nuestra economía y la protección de nuestro ambiente.

MPA

A pesar de la buena intención de dicha legislación, existe una realidad en el mercado de vehículos que ha dificultado que nuestros ciudadanos puedan aprovechar dicho reembolso y se aumenten las ventas de este tipo de vehículos. Tradicionalmente, los autos híbridos vehículos híbridos (HEV) tienen un alto costo debido a que el proceso de producción de baterías y la utilización de piezas y tecnología para equiparlos son más costosos que la producción de autos de combustión interna convencionales. Esta situación, se puede apreciar claramente cuando se compara el precio de un auto con motor de gasolina con un modelo parecido de vehículo eléctrico, vehículo hibrido plug-in o vehículo hibrido. La diferencia puede rondar desde $5,000 hasta más de $10,000. El costo superior de los vehículos eléctricos e híbridos obstaculiza la compra y venta de los mismos. A pesar de que el consumidor eventualmente recuperaría su inversión en el vehículo eléctrico, hibrido "plug-in" o híbrido con lo que ahorraría en gasolina, los altos precios del auto lo hacen poco accesible para la mayoría de la población, por lo que es necesario crear los mecanismos de subsidios necesarios para incentivar el uso de estas tecnologías que contribuyen enormemente a la problemática de contaminación ambiental al mismo tiempo.

Si bien existe un consenso en que el precio mayor de un vehículo eléctrico, un vehículo híbrido plug-in o un vehículo hibrido es amortizable durante la vida del vehículo, la realidad es que el consumidor raramente opta por realizar una fuerte inversión inicial en un vehículo de éste tipo contando con un rembolso posterior, considerando que la mayor parte de la compra de vehículos se producen mediante financiamiento y el mayor precio de compra impacta las cuotas mensuales por el periodo completo de financiamiento. Por lo que el considerar un beneficio contributivo en los arbitrios de los vehículos eléctrico, un vehículo híbrido plug-in o un vehículo hibrido permitiría ofrecer un menor precio que se consideraría en las compras mediante financiamiento, reduciendo los pagos mensuales que el consumidor asume, haciendo más accesible estas tecnologías que eliminan o reducen las emisiones de gases contaminantes y redundan en un menor costo de posesión por los beneficios que ofrecen.

Esta Ley otorga unos reembolsos que se implantarán de la siguiente manera: el reembolso en vehículos híbridos convencionales (HEVs) y vehículos híbridos "plug-in"(PHEVs) concedido no excederá las siguientes cantidades: 65% del arbitrio pagado, este reembolso nunca podrá sobrepasar los $8,000 dólares, desde el 1 de julio de 2012 hasta el 30 de junio de 2013; 50% del arbitrio pagado, este reembolso nunca podrá sobrepasar los $6,000 dólares, desde el 1 de julio de 2013 hasta el 30 de junio de 2014; 40% del arbitrio pagado, este reembolso nunca podrá sobrepasar los $4,000 dólares, desde el 1 de julio de 2014 hasta el 30 de junio de 2015 y 25% del arbitrio pagado, este reembolso nunca podrá ser menor de $2,000 dólares, desde el 1 de julio de 2015 en adelante. En el caso de los Vehículos Eléctricos (EVs) estos tendrán una exención completa de arbitrios hasta el 2016. Para el 2016 la Asamblea Legislativa deberá realizar

MMPA

una evaluación sobre el efecto que han tenido estos incentivos así como su disponibilidad y deseabilidad, para ser otorgados por periodos adicionales.

Asimismo, esta Ley permite que el Departamento de Hacienda transfiera el reembolso que se concede por la compra del vehículo eléctrico, vehículo híbrido "plug-in" o vehículo hibrido convencional, a la institución financiera que provea el financiamiento para la compra del mismo, siempre y cuando el comprador lo solicite.

Con esta medida, esta administración reitera su compromiso con proteger nuestros recursos naturales al máximo, para asegurar el bienestar de generaciones futuras de puertorriqueños, estableciendo una política pública energética que les garantice a sus ciudadanos el desarrollo de energía eléctrica renovable y sostenible en la Isla. Esta medida reduce el costo de los vehículos eléctricos (EVs), vehículos híbridos "plug in" (PHEVs) y vehículos híbridos (HEVs) haciéndolos más accesibles al presupuesto de un grupo más amplio de consumidores. Esto permitirá que miles de puertorriqueños puedan sentir un alivio en su bolsillo adicional al provisto por las reducciones en las contribuciones que trajo el CRIPNP, al mismo tiempo que les permite transportarse consumiendo menos cantidades de gasolina y ayudando a combatir la contaminación atmosférica y la dependencia en el petróleo.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.-Se enmienda el inciso (e) de la Sección 3030.03 de la Ley 1 – 2011, según enmendada, para que lea como sigue:

"Sección 3030.03.-Reintegro de Arbitrios sobre Vehículos Impulsados por Energía Alterna o Combinada

...

(e) El reembolso concedido por esta Sección se realizará de la siguiente forma:

1. Vehículos Eléctricos: reembolso del total del arbitrio correspondiente al vehículo dentro de esta categoría que sea comprado en o antes del 30 de junio de 2016.

MPA

2. Se concederá un reembolso por el total de los arbitrios pagados en vehículos híbridos "plug-in" y vehículos híbridos convencionales cuando el monto del arbitrio sea $2,000 dólares o menos.

3. El reembolso en vehículos híbridos "plug-in" y vehículos híbridos convencionales cuando el arbitrio pagado sea mayor a $2,000 dólares, no excederá las siguientes cantidades:

a) 65% del arbitrio pagado, este reembolso nunca podrá sobrepasar los $8,000 dólares, ni ser menor de $2,000, desde el 1 de julio de 2012 hasta el 30 de junio de 2013;

b) 50% del arbitrio pagado, este reembolso nunca podrá sobrepasar los $6,000 dólares, ni ser menor de $2,000, desde el 1 de julio de 2013 hasta el 30 de junio de 2014;

c) 40% del arbitrio pagado, este reembolso nunca podrá sobrepasar los $4,000 dólares, ni ser menor de $2,000, desde el 1 de julio de 2014 hasta el 30 de junio de 2015 y;

d) 25% del arbitrio pagado, este reembolso nunca podrá ser menor de $2,000 dólares, desde el 1 de julio de 2015 en adelante.

3. Los incentivos propuestos en esta sección estarán disponibles hasta el 30 de junio de 2016. En dicha fecha la Asamblea Legislativa realizará una evaluación sobre el efecto que han tenido estos

MPA

incentivos así como su disponibilidad y deseabilidad, para ser otorgados por periodos adicionales.

4. El Departamento podrá transferir el reembolso establecido en esta Sección a la institución financiera que provea el financiamiento para la compra del vehículo a solicitud del comprador del mismo.

(f) . . . "

Artículo 2.-Informes

El Departamento de Hacienda realizará una evaluación de los beneficios de la implantación de esta Ley y someterá un informe no más tarde del 30 de agosto de 2014. Dicho informe deberá contener los hallazgos, recomendaciones y conclusiones sobre los beneficios que se conceden por esta Ley, así como, un análisis detallado de la viabilidad de implantar incentivos similares mediante el mecanismo de exención del pago de arbitrio al importador del vehículo.

No más tarde del 29 de febrero de 2016 el Departamento de Hacienda someterá un informe al Gobernador y a la Asamblea Legislativa de Puerto Rico donde se les informará sobre la cantidad de vehículos eléctricos, vehículos híbridos "plug–in" y vehículos híbridos convencionales que se han beneficiado de los incentivos concedidos, el impacto económico que tuvo las exenciones aquí dispuestas y así como cualquier otra recomendación.

Artículo 3.- Cláusula de Separabilidad

Si cualquier cláusula, párrafo, artículo, sección, inciso o parte de esta Ley fuere declarada inconstitucional por un tribunal competente, la sentencia a tal efecto dictada

MPA

no afectará, perjudicará ni invalidará el resto de la misma. El efecto quedará limitado a la cláusula, párrafo, artículo, sección, inciso o parte de la misma que así hubiere sido declarada inconstitucional.

Artículo 4.-Esta ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

ASOCIACIÓN INDEPENDIENTE DE DEALER
DE AUTOMÓVILES DE PUERTO RICO
WWW.AIDAPR.COM

29 de mayo de 2012

Hon. Antonio Silva Delgado
Presidente
Comisión de Hacienda
Cámara de Representantes de Puerto Rico
San Juan, Puerto Rico 00926

Lcdo. Luis Rivera-Martínez
Asesor Legal
Asociación Independiente de Dealers de Automóviles

P. de la C. 3969

La Asociación Independiente de Dealers de Automóviles, a través de su Presidente, Lcdo. Emilio Pérez Graulau, agradece la oportunidad que esta Honorable Comisión de Hacienda de la Cámara de Representantes de Puerto Rico le ofrece para presentar su análisis y comentarios sobre el Proyecto de la Cámara Núm. 3969 (en adelante el P. de la C. 3969 o el proyecto de ley).

El propósito de este proyecto de ley es, según se describe en el título del mismo:

Para enmendar el inciso (e) de la Sección 3030.03de la Ley 1-2011, según enmendada, conocida como "Código de Rentas Internas Para Un Nuevo Puerto Rico "a los fines de ampliar el reembolso concedido para la compra de automóviles menos contaminantes impulsados por energía eléctrica, hidrógeno, híbridos, híbridos "plug-in" y de combustibles alternos renovables; y para otros fines relacionados.

Como todos sabemos, Puerto Rico forma parte de los países dependientes de productos derivados del petróleo. El precio actual de la gasolina, y la posibilidad de futuros aumentos, ha ocasionado una modificación en las preferencias de los consumidores que han desplazado los grandes vehículos hacia los de menor consumo de combustible.

Lo anterior de ninguna forma se debe interpretar como que ha desaparecido del mercado la necesidad de vehículos utilitarios grandes. La mayoría de las fábricas automotrices han informado que la venta de vehículos grandes en los Estados Unidos, se ha mantenido en una posición sólida gracias a los ajustes en la eficiencia en el consumo de combustible de estos vehículos, una leve mejoría en la situación económica y los constantes incentivos de compra.

Pero a pesar de lo anterior la realidad es que la tendencia de un gran número de consumidores, en Puerto Rico, está en poner énfasis en la economía del combustible al momento de comprar un vehículo. A ello se une que el consumidor promedio ha comenzado a reaccionar ante la data ecológica que a diario se ofrece por los medios de comunicación reconociendo el valor añadido que representa el utilizar los recursos de manera inteligente.

El P. de la C. 3969 pretende ampliar el reembolso concedido para la compra de automóviles menos contaminantes sin que dicho Proyecto de Ley establezca el mínimo de consumo de combustible fósil necesario para que el vehículo sea considerado como uno hibrido para fines del reintegro. Así las cosas, bastaría con que un vehículo combine un motor de combustible fósil con un motor eléctrico para que se considere como un vehículo hibrido y reciba el reintegro que propone la medida.

Consideramos que el Proyecto de Ley debe determinar el grado de eficiencia requerida en el consumo de energía fósil para ser considerado como un vehículo hibrido cubierto por la ley. Además el proyecto de ley debe dar espacio para que

otros fabricantes presenten al mercado vehículos que, aun cuando no sean híbridos, cuenten con tecnología que los hagan más eficientes en el consumo de energía fósil que los mismos vehículos híbridos. Lo anterior representaría un excelente incentivo para los fabricantes, importadores, y distribuidores de vehículos nuevos al ampliar el abanico de vehículos que debido a su eficiencia cualificaría para el incentivo. Mas aun, de esa forma el consumidor tendría mayores oportunidades para adquirir un vehículo de alta eficiencia en el consumo de energía, posiblemente mayor que la de los híbridos, que los ayude a palear el asfixiante costo económico que representa el precio del combustible en Puerto Rico. Con suerte, daríamos oportunidad para el repunte económico que todos deseamos para Puerto Rico.

Aun con lo anterior, la Asociación Independiente de Concesionarios de Automóviles favorece toda medida que otorgue alivios contributivos que promuevan la conservación ambiental y ayude a los ciudadanos en el gasto en combustible.

Atentamente

Lcdo. Luis R. Rivera Martínez.
Asesor Legal.
Tel. (787)758-8787

Gobierno de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
San Juan, Puerto Rico

8 de junio de 2012

Hon. Antonio Silva Delgado
Presidente
Comisión de Hacienda
Cámara de Representantes
El Capitolio
San Juan, Puerto Rico

Hon. Migdalia Padilla Alvelo
Presidenta
Comisión de Hacienda
Senado
El Capitolio
San Juan, Puerto Rico

Re: P. de la C. 3969 y P. del S. 2604 (F-233)

Estimados señores Presidentes:

Se nos ha referido para evaluación y comentarios el Proyecto de Administración F-233, el cual está siendo atendido en sus comisiones como el P. de la C. 3969 y el P. del S. 2604, y el cual se titula de la siguiente manera

> Para enmendar el inciso (e) de la Sección 3030.03 de la Ley 1-2011, según enmendada, conocida como, "Código de Rentas Internas para un Nuevo Puerto Rico", a los fines de ampliar el reembolso concedido por la compra de automóviles menos contaminantes impulsados por energía eléctrica, hidrógeno, híbridos, híbridos "plug-in" y de combustibles alternos renovables"; para otros fines relacionados.

Como bien establece la Exposición de Motivos de la presente pieza legislativa, en Puerto Rico, contamos con legislación que estimula la compra y uso de vehículos de energía alterna o combinada. La Ley Núm. 83-2010 enmendó la Sección 2016 A del "Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994", Ley 120 - 1994, según enmendada, para conceder un reembolso de hasta dos mil dólares ($2,000) por la compra de vehículos impulsados por energía alterna o combinada, tales como los vehículos eléctricos, híbridos plug-in e híbridos, entre otros. Esta disposición fue incluida en la Ley 1 – 2011, según enmendada, conocida como "Código de Rentas Internas para un Nuevo Puerto Rico" (en adelante, "el Código"). De esta manera, se concede un alivio contributivo para beneficio de los consumidores puertorriqueños, a la vez que permite incentivar nuestra economía y la protección de nuestro ambiente.

Indica la medida que, a pesar de la buena intención de dicha legislación, existe una realidad en el mercado de vehículos que ha dificultado que nuestros ciudadanos puedan aprovechar dicho reembolso y se aumenten las ventas de este tipo de

vehículos, esto debido a que el costo de los mismos en comparación con los normales puede representar una diferencia de $5,000 hasta más de $10,000.

Esta medida otorga unos reembolsos en arbitrios sobre vehículos híbridos de la siguiente manera:

(a) $8,000 desde el 1 de julio de 2012 hasta el 30 de junio de 2013;
(b) $6,000 desde el 1 de julio de 2013 hasta el 30 de junio de 2014;
(c) $4,000 desde el 1 de julio de 2014 hasta el 30 de junio de 2015; y
(d) $2,000 desde el 1 de julio de 2015 en adelante.

En el caso de los Vehículos Eléctricos plug-in (incluyendo los híbridos dentro de esta categoría), estos tendrán una exención completa de arbitrios hasta el 2016. Para el 2016, la Asamblea Legislativa deberá realizar una evaluación sobre el efecto que han tenido estos incentivos así como su disponibilidad y deseabilidad, para ser otorgados por periodos adicionales. Asimismo, esta Ley permite que nuestro Departamento transfiera el reembolso que se concede por la compra del vehículo híbrido o "plug-in", a la institución financiera que provea el financiamiento para la compra del mismo, siempre y cuando el comprador lo solicite.

Es importante destacar que la demanda de automóviles es determinada por múltiples factores. Entre éstos: el ingreso de las personas, el nivel de población, el financiamiento, los precios de bienes afines como el costo del combustible, los gustos y preferencias de los consumidores y otros elementos especiales, tales como la viabilidad en la utilización de sistemas de transportación pública.

Para realizar un análisis fiscal, evaluamos la estructura actual del mercado de automóviles, de acuerdo a la información de nuestro Departamento sobre los arbitrios pagados. De acuerdo a las fuentes de información, el precio de los automóviles híbridos ronda en promedio entre los $20,000 a $40,000, mientras que el de los plug-in fluctúa entre $32,000 y $45,000, esto sin considerar los arbitrios debidos. En promedio, los arbitrios para un modelo híbrido se estiman en $5,500, mientras que los arbitrios de los vehículos plug-in se estiman en promedio en $7,307.

Para nuestro análisis, intentamos obtener información sobre la cantidad de vehículos que se han vendido en los últimos años, pero la información no se nos ha hecho disponible en la redacción del presente memorial. Por lo tanto, hemos identificado para fines demostrativos la cantidad de contribuyentes que han solicitado el reembolso que concede la Ley 83-2010 a través del Código durante el año fiscal 2011. Desde el 1 de julio de 2011 al 6 de junio de 2012, se habían concedido 371 reembolsos. Esto puede representar 400 vehículos vendidos al año. Debido a la reducida oferta en vehículos plug-in, para propósitos de análisis, vamos a considerar una cantidad reducida de ventas para establecer el posible impacto fiscal.

En síntesis, debido a que no contamos con información precisa de cuántos vehículos híbridos o plug-in estarían mercadeándose gracias a la aprobación de esta medida, podemos determinar que, por cada 400 unidades de modelos híbridos y cada 10

unidades de modelos plug-in que sean vendidos, el fisco pudiera tener un impacto de aproximadamente de $1.7 millones para el primer año de vigencia de la medida. Este es el impacto fiscal, adicional al ya presupuestado a tenor con los beneficios vigentes bajo la Ley 83-2010.

Vemos que el impacto de esta medida no es uno significativo. Medidas como esta permiten expandir dicho mercado, con el fin de lograr menores emisiones de gas en nuestro medioambiente y promover una mejor calidad de vida en nuestra ciudadanía, así como se propende a reducir la dependencia de combustibles fósiles, hecho que ha sido una de las políticas públicas claves de esta Administración.

Recordemos la política pública energética de esta Administración, la cual promueve que les garantice a sus ciudadanos el desarrollo de energía eléctrica renovable y sostenible en la Isla, mediante la cual se reitera el compromiso de proteger nuestros recursos naturales al máximo, para asegurar el bienestar de generaciones futuras de puertorriqueños. De este modo, el Departamento de Hacienda no tiene objeción en que se continúe con el trámite del presente proyecto de ley.

Esperamos que la presente información sea de utilidad en la evaluación de la medida de referencia. De necesitar información adicional, no dude en comunicarse con nosotros.

Cordialmente,

CPA Jesús F. Méndez Rodríguez
Secretario

ORIGINAL

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta. Asamblea Legislativa

7 ma. Sesión Ordinaria

RECIBIDO
SENADO DE PUERTO RICO
2012 JUN 14 PM 5:54
SECRETARIA

SENADO DE PUERTO RICO

14 de junio de 2012

Informe Positivo sobre el P. de la C. 3999

AL SENADO DE PUERTO RICO:

Vuestra Comisión de Hacienda, previo estudio y consideración del **P. de la C. 3999**, recomienda a este Alto Cuerpo la aprobación de esta medida sin enmiendas.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El **P. de la C. 3999** tiene el propósito de enmendar el Artículo 3 de la Ley 122-2010, según enmendada, conocida como "Ley para el Financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar", para aclarar ciertas disposiciones, y para otros fines.

Según la exposición de motivos la Ley 122-2010 (Ley para el Financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar") fue creada con el propósito de proveer recursos fiscales necesarios para asistir a individuos y familias que deseen adquirir una vivienda. La intención legislativa es canalizar el ochenta y cinco por ciento (85%) de los fondos y bienes líquidos abandonados y no reclamados en las instituciones financieras al Fondo Especial para el Financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar".

No obstante, para atender ciertos conflictos operaciones de la medida, se aprobó la Ley 42-2012, para enmendar el origen de los fondos a utilizarse por la medida. Ahora bien, las enmiendas aprobadas contenían disposiciones inconsistentes entre sí que pueden impedir la cabal ejecución de la Ley 122-2010.

A tales fines, esta ley tiene el efecto de enmendar la Ley 122-2010 para aclarar sus disposiciones, y permitir el que se cumplan con la intención legislativa de la Ley, el proveer

MPA

recursos para los gastos en la adquisición de sus hogares a aquellos necesarios que así lo necesiten.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Como parte del proceso de análisis de esta medida, esta Comisión de Hacienda del Senado trabajo el informe de esta medida con los memoriales explicativos que le fueron presentados a la Comisión de Hacienda de la Cámara de Representantes; memorial del Departamento de Hacienda, Mortgage Bankers Association of Puerto Rico, Asociación de Bancos de Puerto Rico, Departamento de la Vivienda y la Asociación de Constructores de Hogares de Puerto Rico.

El **Departamento de Hacienda** señala que dentro de los aspectos que se enmiendan en esta medida, la Ley 122-2010 establecía que el Departamento de Hacienda reservará el quince por ciento (15%) para saldar cualquier deuda pendiente por concepto de la reclamación de certificados de créditos contributivos, que aún no han sido conferidos, al amparo de la Sección K de la Ley 120-1994, según enmendada, conocida como el "Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994".

Lo cierto es que debió leer la Sección 1040K y 1040L del Código, por lo que esta aclaración se incluye en el presente proyecto. De igual modo, se aclara que el procedimiento de pago de la deuda será establecido por el Secretario mediante reglamento, carta circular, boletín informativo o determinación administrativa de carácter general.

Por último, esta medida elimina el apartado (c) del Artículo (3) de la ley, debido a que el mismo es incongruente con el apartado (a) del referido articulado. El apartado (a) establece que el Departamento de Hacienda reservará el 15% de los fondos no reclamados hasta el saldo de los créditos contributivos no conferidos al amparo de la Sección 1040K y 1040L del Código, mientras que el apartado (c) establece que la cantidad de la reservas que no haya sido reclamada en o antes del 30 de junio de 2012 se transferirá al Fondo Especial para el financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar".

MPA Por lo antes expuesto el Departamento de Hacienda endosa el P. de la C. 3999.

El **Mortgage Bankers Association of Puerto Rico,** señala que apoyan dicho proyecto por entender que es necesaria su aprobación para aclarar y armonizar las disposiciones de la Ley 122-2010 y así cumplir con su propósito de proveer recursos económicos que faciliten la adquisición de una vivienda a las familias puertorriqueñas.

De otra parte, la **Asociación de Bancos de Puerto Rico** señala que han participado en el proceso de análisis de los proyectos y leyes que sobre este tema se han llevado a cabo en la Cámara de Representantes. Entienden que las enmiendas propuestas hacen las aclaraciones necesarias para que la Ley 122-2010 cumpla con su propósito original. Por lo tanto, respaldan la medida.

El **Departamento de la Vivienda** señala en su memorial que la Ley 122, supra, ha propiciado el que la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda (en adelante AFV), obtenga financiamiento inmediato garantizado para el repago con los ingresos de dichos fondos por los próximos siete (7) años consecutivos, a partir del tercer año de aprobada la misma. Estos recaudos serán depositados en el Fondo Especial para el financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar", por lo que, endosan la misma.

Finalmente, la **Asociación de Constructores de Hogares** señala que de la faz de la medida, no encuentran nada que resulte irrazonable, por lo que endosan su aprobación.

Asimismo, exhortan a la Comisión a continuar respaldando con asignaciones recurrentes de fondos a programas como "Mi Nuevo Hogar" que permiten que familias e individuos puedan lograr el sueño de ser dueños de su propio hogar.

IMPACTO FISCAL ESTATAL

En cumplimiento con el Artículo 8 de la Ley Núm. 103 de 2006, esta Comisión evaluó la presente medida contando con la ponencia principal del **Departamento de Hacienda**, el cual endosa la aprobación del P. de la C. 3999. Indicando que en ella se aclara que el procedimiento de pago de la deuda será establecido por el Secretario mediante reglamento, carta circular, boletín informativo o determinación administrativa de carácter general y además elimina apartado de la Ley el cual es incongruente con otro apartado por

lo que entienden que la intención legislativa de la medida es necesaria. También dicha enmienda ayuda a aclarar sus disposiciones, y permitir el que se cumplan con la intención legislativa de la Ley, el proveer recursos para los gastos en la adquisición de sus hogares a aquellos que así lo necesiten.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

En cumplimiento con la Sección 32.5 del Reglamento del Senado de Puerto Rico, esta Comisión evaluó la presente medida y la aprobación de la misma no tendrá impacto fiscal negativo sobre los gobiernos municipales.

CONCLUSIÓN

Por las razones antes expuestas, la Comisión de Hacienda recomienda la aprobación de la medida sin enmiendas.

Esta medida fue discutida en Reunión Ejecutiva por la Comisión de Hacienda.

Respetuosamente sometido,

Migdalia Padilla Alvelo
Presidenta
Comisión de Hacienda

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)
(TEXTO DE APROBACION FINAL POR LA CAMARA)
(4 DE JUNIO DE 2012)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16ta. Asamblea Legislativa

7ma. Sesión Ordinaria

CAMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 3999

11 DE MAYO DE 2012

Presentado por el representante *Cintrón Rodríguez*

Referido a la Comisión de Hacienda

LEY

Para enmendar el Artículo 3 de la Ley 122-2010, según enmendada, conocida como "Ley para el Financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar", para aclarar ciertas disposiciones, y para otros fines.

EXPOSICION DE MOTIVOS

La Ley 122-2010 (Ley para el Financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar") fue creada con el propósito de proveer recursos fiscales necesarios para asistir a individuos y familias que deseen adquirir una vivienda. La intención legislativa es canalizar el ochenta y cinco por ciento (85%) de los fondos y bienes líquidos abandonados y no reclamados en las instituciones financieras al Fondo Especial para el Financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar".

No obstante, para atender ciertos conflictos operaciones de la medida, se aprobó la Ley 42-2012, para enmendar el origen de los fondos a utilizarse por la medida. Ahora bien, las enmiendas aprobadas contenían disposiciones inconsistentes entre sí que pueden impedir la cabal ejecución de la Ley 122-2010.

A tales fines, esta ley tiene el efecto de enmendar la Ley 122-2010 para aclarar sus disposiciones, y permitir el que se cumplan con la intención legislativa de la Ley, el proveer recursos para los gastos en la adquisición de sus hogares a aquellos necesarios

MPA

que así lo necesiten.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.-Se enmienda el Artículo 3 de la Ley 122-2010, mejor conocida como "Ley para el Financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar", para que lea como sigue:

"Artículo 3.-Los fondos y bienes líquidos que sean declarados y notificados, por la Oficina del Comisionado de Instituciones Financieras (OCIF), como abandonados o no reclamados, por virtud de la Ley Núm. 55 de 12 de mayo de 1933, según enmendada, conocida como "Ley de Bancos", a partir de la aprobación de esta Ley se mantendrán en reserva y disponibles para su reclamación por el dueño correspondiente por un término de tres (3) años, contados desde la fecha de sus respectivas notificaciones públicas. Además, a toda reclamación válida y legítima de fondos y bienes líquidos que sean declarados y notificados, por la OCIF, como abandonados o no reclamados, ya sea bajo la Ley Núm. 55 de 1933, *supra*, o bajo la Ley Núm. 36 de 1989, *supra*, se le aplicará al momento de la reclamación una tasa de interés compensable igual a la aplicable al pago de sentencias del Estado sin exceder nunca un cuatro por ciento (4%), cuyos intereses serán pagaderos, sin computarse acumulativamente, de los referidos fondos abandonados y no reclamados.

Los fondos y bienes líquidos abandonados o no reclamados según vayan cumpliendo su término de caducidad de tres (3) años para ser reclamados bajo la

MPA

Ley Núm. 55 de 12 de mayo de 1933, según enmendada, conocida como "Ley de Bancos", serán transferidos como se detalla a continuación:

En o antes del 30 de septiembre de cada año, a partir del año 2014, el Secretario de Hacienda distribuirá el balance neto de los bienes abandonados recibidos y cuyo derecho a reclamar haya caducado de la siguiente manera:

(a) El Departamento de Hacienda reservará el quince por ciento (15%) para saldar cualquier deuda pendiente por concepto de la reclamación de certificados de créditos contributivos, que aún no han sido conferidos, al amparo de la Sección 1040K y 1040L de la Ley 120-1994, según enmendada, conocida como el "Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994". El procedimiento de pago de la deuda será establecido por el Secretario mediante reglamento, carta circular, boletín informativo o determinación administrativa de carácter general.

(b) El Departamento de Hacienda transferirá el ochenta y cinco por ciento (85%) al Fondo Especial para el Financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar" depositado en, y custodiado por, la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda, creado mediante la presente Ley. A partir del saldo de la deuda correspondiente al inciso anterior, se transferirá el cien (100) por ciento.

Artículo 2.-Vigencia

Esta Ley entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación, pero su

MRA

vigencia será retroactiva al 14 de febrero de 2012.

Gobierno de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
San Juan, Puerto Rico

24 de mayo de 2012

Hon. Antonio Silva Delgado
Presidente
Comisión de Hacienda
Cámara de Representantes
El Capitolio
San Juan, Puerto Rico

Re: P. de la C. 3999

Estimado señor Presidente:

Se nos ha referido para evaluación y comentarios el proyecto de referencia, el cual se titula de la siguiente manera

> Para enmendar el Artículo 3 de la Ley 122-2010, según enmendada, conocida como "Ley para el Financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar", para aclarar ciertas disposiciones, y para otros fines.

Como bien indica la Exposición de Motivos de la presente pieza legislativa, la Ley 122-2010 (Ley para el Financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar") fue creada con el propósito de proveer recursos fiscales necesarios para asistir a individuos y familias que deseen adquirir una vivienda. La intención legislativa es canalizar el ochenta y cinco por ciento (85%) de los fondos y bienes líquidos abandonados y no reclamados en las instituciones financieras al Fondo Especial para el Financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar". No obstante, para atender ciertos conflictos operaciones de la medida, se aprobó la Ley 42-2012, para enmendar el origen de los fondos a utilizarse por la medida. Ahora bien, las enmiendas aprobadas contenían disposiciones inconsistentes entre sí que pueden impedir la cabal ejecución de la Ley 122-2010.

Dentro de los aspectos que se enmiendan en esta medida, la Ley 122-2010 establecía que el Departamento de Hacienda reservará el quince por ciento (15%) para saldar cualquier deuda pendiente por concepto de la reclamación de certificados de créditos contributivos, que aún no han sido conferidos, al amparo de la Sección K de la Ley 120-1994, según enmendada, conocida como el "Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994".

Lo cierto es que debió leer la Sección 1040K y 1040L del Código, por lo que esta aclaración se incluye en el presente proyecto. De igual modo, se aclara que el procedimiento de pago de la deuda será establecido por el Secretario mediante reglamento, carta circular, boletín informativo o determinación administrativa de carácter general.

Por último, esta medida elimina el apartado (c) del Artículo (3) de la ley, debido a que el mismo es incongruente con el apartado (a) del referido articulado. El apartado (a) establece que el Departamento de Hacienda reservará el 15% de los fondos no reclamados hasta el saldo de los créditos contributivos no conferidos al amparo de la Sección 1040K y 1040L del Código, mientras que el apartado (c) establece que la cantidad de la reserva que no haya sido reclamada en o antes del 30 de junio de 2012 se transferirá al Fondo Especial para el Financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar". Entendemos que la intención legislativa era la que establece el apartado (a) y no el apartado (c) del Artículo (3) de la ley, por lo que es menester eliminar el mismo.

Por todo lo antes expuesto, el Departamento de Hacienda endosa la aprobación del P. de la C. 3999. Esperamos que la presente información sea de utilidad en la evaluación de la medida de referencia. De necesitar información adicional, no dude en comunicarse con nosotros.

Cordialmente,

Blanca Álvarez Ramírez
Secretaria de Hacienda, Interina

Board of Governors
2011-2012

Executive Committee:
José A. (Tony) Torres
President
Juan. L. (Jay) Casalduc
First Vice-President
Gilberto Monzón Segura
Second Vice-President
Aciselo (Cuco) Bou
Treasurer
Ada Garcia
Secretary
Steven Vélez Orta
Past President

Governors:
Agustin Rojo
Carlos Vélez
David R. Levis
José C. Chipi
José E. Vela
Lcda. Edna Loubriel
Lcdo. Armando Martínez
Lcdo. Enrique Umpierre
Lcdo. Pablo Dardet
Ricardo Domenech
Saudhi Escudero
Víctor Galán, Jr
Wanda Sánchez

Mortgage Bankers Association of Puerto Rico

31 de mayo de 2012

Honorable Antonio Silva Delgado
Presidente
Comisión de Hacienda
Cámara de Representantes de Puerto Rico
San Juan Puerto Rico 00902-2228

Estimado Presidente:

Hacemos referencia al **P. de la C. 3999**, el cual nos fuera remitido para el correspondiente estudio, análisis, sugerencias y comentarios.

Agradecemos la oportunidad que nos ha conferido esta Comisión para expresarnos en torno al proyecto de referencia, el cual propone "[E]nmendar el Artículo 3 de la Ley 122-2010, según enmendada, conocida como "Ley para el Financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar", para aclarar ciertas disposiciones, y para otros fines".

Apoyamos dicho proyecto, por entender que es necesaria su aprobación para aclarar y armonizar las disposiciones de la Ley 122-2010 y así cumplir con su propósito de proveer recursos económicos que faciliten la adquisición de una vivienda a las familias puertorriqueñas.

Por lo antes expuesto, apoyamos el **P. de la C. 3999**.

Agradecemos la oportunidad brindada para expresarnos sobre este proyecto.

Atentamente,

Mortgage Bankers Association of P. R.

José A. "Tony" Torres
Presidente

ASOCIACION DE BANCOS DE PUERTO RICO

17 de mayo de 2012

Hon. Antonio Silva Delgado
Presidente
Comisión de Hacienda
Cámara de Representantes de PR
Apartado 9022228
San Juan, PR 00902-2228

Estimado señor Presidente:

Acusamos recibo de su muy atenta comunicación del 16 de mayo, en la cual solicita nuestros comentarios sobre el Proyecto de la Cámara 3999 que enmienda el Artículo 3 de la Ley 122 de 2010, según enmendada conocida como la "Ley para el Financiamiento del Programa Mi Nuevo Hogar" a los fines de aclarar ciertas disposiciones.

La Asociación de Bancos de Puerto Rico ha participado en el proceso de análisis de los proyectos y las leyes que sobre este tema se han llevado a cabo en la Cámara de Representantes. Entendemos que las enmiendas propuestas hacen las aclaraciones necesarias para que la Ley 122 del 2010 cumpla con su propósito original.

La Asociación de Bancos de Puerto Rico, por lo tanto, **respalda la aprobación del PC 3999** y agradece a su honorable Comisión la oportunidad de participar en su proceso de análisis.

Cordialmente,

Arturo L. Carrión
Vicepresidente Ejecutivo

ALC/sro

208 AVE. PONCE DE LEON
SUITE 1014
SAN JUAN PR 00918-1002

POPULAR CENTER BUILDING
SUITE 1014
HATO REY · PUERTO RICO

TEL. (787) 753-8630
FAX (787) 754-6022
www.abpr.com
info@abpr.com

DEPARTAMENTO
DE LA VIVIENDA
Gobierno de Puerto Rico

23 de mayo de 2012

Hon. Antonio Silva Delgado
Presidente
Comisión de Hacienda
Cámara de Representantes de Puerto Rico
El Capitolio
San Juan, Puerto Rico

Honorable presidente Silva Delgado:

RE: Memorial Explicativo
P. de la C. 3999

La Comisión de Hacienda de la Cámara de Representantes de Puerto Rico, nos ha referido para comentarios el Proyecto de la Cámara 3999, cuyo propósito es y cito:

> ...Para enmendar el Artículo 3 de la Ley 122-2010, según enmendada, conocida como "Ley para el Financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar", para aclarar ciertas disposiciones, y para otros fines.

Según solicitado exponemos nuestros comentarios con relación a la medida legislativa de referencia.

Es política pública del Gobierno de Puerto Rico, lograr la autosuficiencia de sus familias y ciudadanos estimulando y facilitando su prosperidad económica y emocional. En la medida en que los ciudadanos tengan acceso a una vivienda digna y propia, sin que ello les represente privaciones económicas, se logrará un mayor grado de justicia social y mejorará nuestra calidad de vida.

Por tal razón, toda disposición legal que propicie facilitar la adquisición de viviendas a precios atemperados al comprador y así lograr la independencia y prosperidad de los ciudadanos, cuenta con nuestro apoyo.

En el Departamento de la Vivienda, trabajamos para lograr toda iniciativa posible que facilite a los ciudadanos la adquisición de sus viviendas, particularmente a la población de escasos o moderados recursos económicos. Por lo que afirmamos la intención legislativa de aclarar el texto de la Ley Núm. 122, supra, a los efectos de aclarar sus

disposiciones, y permitir el que se cumplan con la intención legislativa de dicha ley para continuar proveyendo recursos. De esta forma, lograremos aclarar el balance disponible que realmente nutre los recaudos de dicho Fondo Especial, para que podamos continuar beneficiando a las familias interesadas en adquirir un nuevo hogar, propio, seguro y adecuado. Entendemos la genuina intención del legislador al establecer en dicha enmienda que el procedimiento de pago de la deuda estará a cago del Secretario de Hacienda y dicho procedimiento se establecerá por reglamento, carta circular, boletín administrativo o determinación administrativa de carácter general.

La Ley Núm. 122, supra, ha resultado ser una innovadora idea que se pensó con el propósito de crear un balance en la industria de compra y venta de propiedades en vías de lograr una pronta estabilidad económica para Puerto Rico. Dicha ley es una alternativa recurrente que nutre el Fondo Especial para el Financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar", permitiendo que muchas familias limitadas por falta de recursos y los cuales no pueden hacer frente a los gastos de cierre, tengan la oportunidad de obtener hasta un 5% del precio de venta para utilizarse en la transacción de compraventa de su vivienda principal. Dichos fondos recurrentes provienen de los dineros no reclamables de la Ley Núm. 36 de 28 de junio de 1989, según enmendada, mejor conocida como "Ley de Dinero y Bienes Líquidos Abandonados y no Reclamados".

Además, dicha Ley Núm. 122, supra, ha propiciado el que la Autoridad para el Financiamiento de la Vivienda (en adelante AFV), obtenga financiamiento inmediato garantizado para el repago con los ingresos de dichos fondos por los próximos siete (7) años consecutivos, a partir del tercer año de aprobada la misma. Estos recaudos serán depositados en el Fondo Especial para el financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar".

Por todo lo antes expuesto, el Departamento de la Vivienda endosa el P. de la C. 3999 y otorga su completa deferencia a la AFV, en lo que compete a la implementación de este Programa, particularmente en lo que respecta a cómo se relaciona esta medida con otros programas que administra. Además, recomendamos se soliciten comentarios a la Oficina del Comisionado de Instituciones Financieras (OCIF) y el Departamento de Hacienda.

Me reitero a sus órdenes para someter cualquier información adicional que tenga a bien solicitar.

Atentamente,

Lcdo. Miguel B. Hernández Vivoni
Secretario

Asociación de
Constructores
de Hogares
de Puerto Rico

29 de mayo de 2012

Hon. Antonio Silva
Presidente
Comisión de Hacienda
Cámara de Representantes:

Estimado Representante:

Sometemos nuestros comentarios sobre el Proyecto de la Cámara 3999, cuyo título lee como sigue:

> "Para enmendar el Artículo 3 de la Ley 122-2010, según enmendada, conocida como "Ley para el Financiamiento del Programa "Mi Nuevo Hogar", para aclarar ciertas disposiciones, y para otros fines".

Esta legislación reafirma la disposición legal de reservar un por ciento significativo de los fondos no reclamados concernientes al Programa Mi Nuevo Hogar, una iniciativa loable y necesaria para viabilizar que muchas familias puedan adquirir su propio hogar.

En tanto la medida reafirma la existencia de dicho programa, endosamos la misma. A la misma vez, podemos entender que la legislación concede facultades al Secretario para establecer el procedimiento de pago de la deuda por concepto de créditos contributivos allí mencionada.

De la faz de la medida, no encontramos nada que resulte irrazonable, por lo que endosamos su aprobación, a base de la información que tenemos disponible.

Asimismo, exhortamos a esta Comisión a continuar respaldando con asignaciones recurrentes de fondos a programas como Mi Nuevo Hogar que permiten que familias e individuos puedan lograr el sueno de ser dueños de su propio hogar.

Quedamos a la disposición de esta Comisión en todo lo que concierne a la legislación relacionada a la industria de la vivienda.

Cordialmente,

José Alberto Feliciano
Director Ejecutivo

Original

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16ta. Asamblea Legislativa

7ma. Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

12 JUN 18 PM 5:31

INFORME CONJUNTO POSITIVO sobre la R.C. del S. 836

18 de junio de 2012

AL SENADO DE PUERTO RICO:

Las Comisiones de Urbanismo e Infraestructura; y de Hacienda del Senado de Puerto Rico, previo estudio e investigación en torno a la Resolución Conjunta del Senado 836, recomiendan a este Honorable Cuerpo Legislativo, su **aprobación** con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

ALCANCE DE LA MEDIDA

La Resolución Conjunta del Senado 836 sugerido por las comisiones tiene el propósito de ordenar al Departamento de Transportación y Obras Públicas, a incluir dentro del Programa de Peticiones de Proyectos de la Autoridad de Carreteras y Transportación la construcción de un proyecto viable que logre descongestionar el tránsito en la Carretera PR-111 a la altura de la Urbanización Jesús María Lago en el Municipio de Utuado a conectar con la Carretera PR-10 de Arecibo a Ponce.

De la Exposición de Motivos de la medida se desprende que sin duda, uno de los mayores retos que tiene el Gobierno es el mantener el flujo vehicular de manera eficiente y

constante. Reto, que se agrava a diario, debido al incremento en el número de automóviles transitando por las carreteras del país. Cuando este objetivo no es alcanzado y se congestiona el tránsito, se pierden horas, al igual que provoca disgusto y desesperación en los ciudadanos.

El problema no se limita a la congestión de tránsito, sino que trasciende a uno de seguridad vial.

Indica la Exposición de Motivos que al convertirse la congestión de tránsito de la Carretera PR-111 en un problema de seguridad vial, es menester que esta Asamblea Legislativa tome las acciones pertinentes con el fin de solucionar la misma. En este caso, se ordena un estudio para el desarrollo de un proyecto que resuelva la congestión de la Carretera PR-111, a la altura de la entrada a la Urbanización Jesús María Lago del Municipio de Utuado.

Como producto de una investigación realizada por la Comisión de Urbanismo e Infraestructura al amparo de la R. del S. 223, se identificó que los residentes de la Urb. Jesús María Lago experimentan problemas para entrar y salir de sus hogares, debido a la congestión vehicular en las horas de mayor tráfico. De igual manera, confrontan el mismo tipo de situación al realizar actividades en el Parque Municipal aledaño a la Urbanización.

Por lo antes expuesto, resulta imperativo atender con prontitud la situación actual que confrontan los residentes y usuarios de las carreteras antes descritas, con el fin de aliviar este escenario.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

Atendiendo su responsabilidad y deber ministerial en el estudio y evaluación de toda pieza legislativa sometida ante su consideración, las Comisiones de Urbanismo e Infraestructura; y de Hacienda del Senado de Puerto Rico, celebraron vista pública el día 31 de agosto de 2011, a la cual compareció la Lcda. Alexandra Tavárez, Ayudante Especial del Secretario, en representación del Departamento de Transportación y Obras Públicas. Además, se le solicitó memorial explicativo, en torno a la medida objeto de este informe, al Municipio de Utuado.

Cabe señalar, que al momento de la redacción de este informe no se había recibido memorial explicativo del Municipio de Utuado.

1. Departamento de Transportación y Obras Públicas

Durante la vista pública el Departamento de Transportación y Obras Públicas (en adelante DTOP) indicó que no cuentan con solicitudes previas para realizar la obra dispuesta en la medida. Es por esta razón, que la propuesta debe ser evaluada por el Grupo Interdisciplinario de Pre-Planificación (en adelante GIPP) del Área de Programación y Estudios Especiales de la Autoridad de Carreteras y Transportación.

En adición, expone el DTOP que la distancia más corta para este acceso resulta ser el punto donde actualmente ubica el conector entre la PR-123 y la PR-10. Expresó el DTOP que para el acceso solicitado se *"necesitaría un puente de dos (2) carriles, aceras o paseos a cada lado y una longitud de entre noventa (90) y cien (100) metros, sobre el Río Grande de Arecibo"*.

Indicó la agencia que el costo preliminar del Proyecto ascendería a cinco millones de dólares ($5,000,000.00), costo que ni la Autoridad de Carreteras y Transportación (en adelante ACT), ni el DTOP pueden asumir debido a su precaria situación fiscal. Es por esto, que sería necesario que la Asamblea Legislativa identifique y asigne los fondos necesarios para los estudios correspondientes, el diseño y la adquisición. Esto, además, de la construcción del puente, accesos, muros, rampas, relocalización de utilidades y protección a las riberas del río.

A continuación se desglosa el estimado de cinco millones de dólares ($5,000,000.00) que DTOP presentó en su memorial:

• Puente de dos (2) carriles, aceras o paseos a cada lado y una longitud entre 90 y 100 metros sobre el Río Grande de Arecibo	$2,500,000.00
• Accesos, muros, rampas, relocalización de utilidades y protección a las riberas del río	$1,200,000.00
• Adquisición de la servidumbre	$300,000.00
• Documento ambiental, estudios correspondientes, diseños y endosos	$650,000.00

Con el propósito de atender la necesidad de una asignación de fondos para la construcción de la obra propuesta, la Comisión de Urbanismo e Infraestructura enmendó la

medida a los fines de ordenar que se incluya en el Programa de Peticiones de Proyectos de la Autoridad de Carreteras y Transportación la construcción de este conector. De esta forma, la Autoridad de Carreteras y Transportación podrá evaluar la viabilidad de dicha obra y determinar su inclusión en el Programa de Construcción y Mejoras Permanentes y en los Planes de Transportación a Largo Plazo para Puerto Rico. Esto facilitará la solicitud y aprobación de fondos federales para este propósito.

IMPACTO FISCAL ESTATAL

A tenor con el Artículo 8 de la Ley Núm. 103-2006, según enmendada, conocida como la "Ley para la Reforma Fiscal del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de 2006" de que no se aprobará ninguna Ley o Resolución que requiera la derogación de fondos públicos sin antes mediar certificaciones bajo juramento del Director de la Oficina de Gerencia y Presupuesto y del Secretario del Departamento de Hacienda, ambas por separado, sobre la disponibilidad de los fondos recurrentes o no recurrentes, para financiar las mismas, identificando su fuente de procedencia y de existir un impacto fiscal, el informe legislativo deberá contener recomendaciones que subsanen el efecto negativo que resulte de la aprobación de la medida, como también deberán identificarse los recursos a ser utilizados por la entidad afectada para atender tales obligaciones; por tanto, entendemos que esta medida no tiene impacto fiscal sobre el presupuesto general del Gobierno de Puerto Rico ni sobre los presupuestos de los gobiernos municipales.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

A tenor con el Artículo 3 de la Ley Núm. 321-1999, según enmendada, conocida como: "Ley de Reforma Fiscal", las Comisiones suscribientes han determinado que esta medida no tiene impacto fiscal significativo sobre las finanzas de los gobiernos municipales.

CONCLUSIÓN

Evaluada toda la información ante las Comisiones de Urbanismo e Infraestructura; y de Hacienda del Senado de Puerto Rico entendemos que el propósito de esta pieza legislativa es uno meritorio y requiere atención inmediata de esta Asamblea Legislativa.

Sin embargo, las Comisiones suscribientes reconocen que de la información brindada por el DTOP se desprende que es necesario enmendar la medida a los fines de ordenar a dicha agencia a que incluya dentro del Programa de Peticiones de Proyectos de la Autoridad de Carreteras y Transportación, la construcción de un proyecto viable que logre descongestionar el tránsito en la Carretera PR-111. Una vez incluido en dicho programa, se podrán realizar los estudios necesarios para determinar la viabilidad del mismo y tomar aquellas medidas pertinentes para lograr su eventual desarrollo y construcción.

Por las razones antes expuestas, las Comisiones de Urbanismo e Infraestructura; y de Hacienda del Senado de Puerto Rico recomiendan la aprobación de la Resolución Conjunta del Senado 836, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

Respetuosamente sometido,

Lawrence N. Seilhamer Rodríguez
Presidente
Comisión de Urbanismo e Infraestructura

Migdalia Padilla Alvelo
Presidenta
Comisión de Hacienda

Entirillado Electrónico

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta Asamblea Legislativa

5 ta Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. C. del S. 836

3 de junio de 2011

Presentada por el señor *Berdiel Rivera*

Referida a las Comisiones de Urbanismo e Infraestructura; y de Hacienda

RESOLUCION CONJUNTA

Para ordenar al Departamento de Transportación y Obras Públicas, ~~desarrolle el diseño y~~ a incluir dentro del Programa de Peticiones de Proyectos de la Autoridad de Carreteras y Transportación la construcción de un proyecto viable que logre descongestionar el tránsito en la ~~carretera PR-111~~ Carretera PR-111 a la altura de la Urbanización Jesús María Lago en el Municipio de Utuado a conectar con la ~~carretera PR-10~~ Carretera PR-10 de Arecibo a Ponce.

EXPOSICION DE MOTIVOS

La mala planificación de nuestras carreteras y accesos viables han provocado un caos vehicular en algunas zonas de alta población. Carreteras que en el pasado no confrontaban problemas de congestión de autos, hoy día no cumplen con la necesidad de los usuarios debido al aumento en el censo vehicular. Esta situación provoca desesperación en los conductores y una pérdida de horas ~~hombre, en cada uno de los conciudadanos~~ a los ciudadanos que por estas vías transitan.

De otra parte, la seguridad en el tránsito alcanza cada vez mayor importancia, ya que el ~~gobierno~~ Gobierno busca alternativas para reducir los accidentes, para así salvaguardar la vida de los usuarios de las vías de rodaje, de los residentes y visitantes del pueblo de Utuado, así como de todo Puerto Rico.

Ante la necesidad de proveer recursos factibles para mejorar los accesos de los residentes de nuestras comunidades, esta Asamblea Legislativa debe responder a dicha problemática, ~~proveyendo los estudios necesarios~~ realizando la construcción necesaria para poder optimizar el

tráfico vehicular de los residentes de los pueblos de la Zona Central, en especial del Municipio de Utuado.

El tránsito vehicular en la ~~carretera PR-111~~ Carretera PR-111 provoca una congestión a la altura de la entrada a la Urbanización Jesús María Lago que imposibilita el flujo adecuado de vehículos en esa zona. Según una investigación realizada por la Comisión de Urbanismo e Infraestructura del Senado, los residentes de la Urbanización Jesús María Lago experimentan problemas para entrar y salir de sus hogares debido a la congestión vehicular que se genera en las horas de mayor tráfico. A su vez, confrontan esta problemática cuando se realizan actividades en el Parque Municipal aledaño a ~~esta~~ ésta.

Es por ello que es imperante ~~que se logre un diseño~~ que se incluya dentro del Programa de Peticiones de Proyectos de la Autoridad de Carreteras y Transportación la construcción de un proyecto viable y adecuado que logre descongestionar la ~~carretera PR-111~~ Carretera PR-111, a la altura de la Urbanización Jesús María Lago en la jurisdicción del Municipio de Utuado.

RESUELVESE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.- Se ordena al Departamento de Trasportación y Obras Públicas a ~~realizar el diseño y~~ que incluya dentro del Programa de Peticiones de Proyectos de la Autoridad de Carreteras y Transportación la construcción de un proyecto viable que ~~ayude a mejorar el acceso vehicular a los residentes y visitantes del Municipio de Utuado~~ logre descongestionar el tránsito en la Carretera PR-111 a la altura de la Urbanización Jesús María Lago en el Municipio de Utuado a conectar con la Carretera PR-10 de Arecibo a Ponce.

Sección 2.- ~~El Departamento de Transportación y Obras Públicas identificará los fondos necesarios dentro de su presupuesto para desarrollar este proyecto.~~

~~Sección 3.-~~ Esta Resolución comenzará a regir después de su aprobación.

ORIGINAL

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta Asamblea Legislativa

7 ma Sesión Ordinaria

Recibido
Senado de Puerto Rico
12 JUN 14 PM 5:30
Secretaría

SENADO DE PUERTO RICO

14 de junio de 2012

Informe Positivo sobre la R. C. del S. 1013

AL SENADO DE PUERTO RICO:

Vuestra Comisión de Hacienda, previo estudio y consideración de la **R. C. del S. 1013**, recomienda a este Alto Cuerpo Legislativo su aprobación con las enmiendas presentadas en el entirillado electrónico que se acompaña.

ALCANCE DE LA MEDIDA SEGÚN ENMENDADA

La **R. C. del S. 1013** tiene el propósito de reasignar a la Oficina del Procurador del Veterano la cantidad de veinticinco mil (25,000) dólares, provenientes de la Sección 1, Inciso B, Sub-inciso 2 (a), de la R.C. 8-2012; a los fines de parear fondos federales, estatales, municipales o del sector privado para la compra de guaguas para el transporte de veteranos; y para otros fines.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

La medida bajo estudio va dirigida a reasignar a la Oficina del Procurador del Veterano la cantidad de $25,000, que fueron asignados en la R. C. Núm. 8-2012 a cargo de la Administración para el Desarrollo de Empresas Agropecuarias para realizar obras y mejoras permanentes. Sin embargo, los fondos están disponibles en dicha agencia lo cual permite que puedan ser reasignados a la Oficina del Procurador del Veterano para ser utilizados a los fines de parear fondos federales, estatales, municipales o del sector privado para la compra de guaguas para el transporte de veteranos.

MPA

IMPACTO FISCAL ESTATAL

En cumplimiento con el Artículo 8 de la Ley Núm. 103-2006, según enmendada, esta Comisión solicitó a la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP) una certificación a los fines de confirmar la disponibilidad de los fondos a ser transferidos a través de esta medida. No obstante, para completar este requerimiento la OGP depende de los datos de la Administración para el Desarrollo de Empresas Agropecuarias a quien originalmente le fueron asignados los fondos. Siendo así, el 8 de junio de 2012 la Administración certificó que los fondos están disponibles. Se acompaña copia de la certificación.

IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

En cumplimiento con la Sección 32.5 del Reglamento del Senado de Puerto Rico, esta Comisión evaluó la presente medida y la aprobación de la misma no tendrá impacto fiscal negativo sobre los gobiernos municipales.

CONCLUSIÓN

Por las razones antes expuestas, la Comisión de Hacienda recomienda la aprobación de la medida con enmiendas.

Esta medida fue discutida en Reunión Ejecutiva por la Comisión de Hacienda.

Respetuosamente sometido,

Migdalia Padilla Alvelo
Presidenta
Comisión de Hacienda

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)
GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta Asamblea Legislativa

7 ma Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. C. del S. 1013

7 de mayo de 2012

Presentada por la señora *Arce Ferrer*

Referida a la Comisión de Hacienda

RESOLUCION CONJUNTA

Para reasignar a la Oficina del Procurador del Veterano la cantidad de veinticinco mil (25,000) dólares, provenientes de la ~~Administración para el Desarrollo de Empresas Agropecuarias~~ Sección 1, Inciso B, Sub-inciso 2 (a), de la ~~Resolución Conjunta~~ R.C. 8-2012 ~~de 10 de enero de 2012~~; a los fines de parear fondos federales, estatales, municipales o del sector privado para la compra de guaguas para el transporte de veteranos; y para otros fines.

RESUELVESE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.- Se reasigna a la Oficina del Procurador del Veterano la cantidad de veinticinco mil (25,000) dólares provenientes de la ~~Administración para el Desarrollo de Empresas Agropecuarias~~ Sección 1, Inciso B, Sub-inciso 2 (a), de la ~~Resolución Conjunta~~ R.C. 8-2012 ~~de 10 de enero de 2012~~; a los fines de parear fondos federales, estatales, municipales o del sector privado para la compra de guaguas para el transporte de veteranos.

Sección 2.- Se autoriza a contratar con los gobiernos municipales, contratistas privados, así como cualquier departamento, agencia o corporación del Gobierno de Puerto Rico, para el desarrollo de los propósitos de esta Resolución Conjunta.

Sección 3.- Esta Resolución Conjunta comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

MPA

GOBIERNO DE PUERTO RICO

RECIBIDO
SENADO DE PUERTO RICO
SECRETARIA
2012 JUN 19 PM 3:32

16 ta Asamblea Legislativa

7 ma Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO ORIGINAL

19 de junio de 2012

Informe sobre

la R. del S. 2390

AL SENADO DE PUERTO RICO

La Comisión de Asuntos Internos, previa consideración, recomienda la aprobación de la Resolución del Senado Núm. 2390, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

La R. del S. Núm. 2390 propone ordenar a la Comisión de Urbanismo e Infraestructura del Senado de Puerto Rico, a realizar una investigación sobre la situación de la cancha bajo techo que está localizada en la carretera PR- 977 Km. 3.4 del barrio Montones III del municipio de Las Piedras.

Esta Comisión entiende que la realización de la investigación propuesta es razonable; y que presenta una situación que puede ser atendida por la Comisión de Urbanismo e Infraestructura del Senado de Puerto Rico, según lo dispuesto en las Reglas 13 "Funciones y Facultades de las Comisiones Permanentes" y 14 "Declaración de la Política del Cuerpo" del Reglamento del Senado de Puerto Rico.

Por lo antes expresado, la Comisión de Asuntos Internos recomienda la aprobación de la R. del S. Núm. 2390, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña.

Respetuosamente sometido,

Margarita Nolasco Santiago
Presidenta
Comisión de Asuntos Internos

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16 ta Asamblea Legislativa

6 ta Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. del S. 2390

13 de octubre de 2011

Presentada por el senador *Díaz Hernández*

Referida a

RESOLUCION

Para ordenar a la Comisión de Urbanismo e Infraestructura del Senado de Puerto Rico, a realizar una investigación sobre la situación de la ~~Cancha Bajo Techo~~ cancha bajo techo que ~~localiza~~ está localizada en la ~~Carr.~~ carretera PR- 977 Km. 3.4 del ~~Barrio~~ barrio Montones III del municipio de Las Piedras.

EXPOSICION DE MOTIVOS

La ~~Cancha Bajo Techo~~ cancha bajo techo del ~~Barrio~~ barrio Montones III del municipio de Las Piedras, fue construida hace ~~20~~ veinte (20) años, desde entonces le pertenece a la comunidad. El grupo comunitario "Jóvenes del Barrio" solicita que se les brinde la ayuda necesaria para las mejoras de su cancha bajo techo, ya que se encuentra deteriorada. La misma no cuenta con alumbrado, servicio de energía eléctrica~~, no tiene~~ ni baños~~,~~. ~~necesitan~~ Además necesita pintura, el techo de las gradas está en mal estado por la corrosión y necesita ser sustituido~~,~~ ; así también algunas planchas de zinc del techo de uno de los laterales necesitan ser reparadas. Además, no hay contador de la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados, por lo que no tienen el servicio agua potable. Por otro lado, se requiere una verja para proteger las instalaciones y como sistema de seguridad, ya que el equipo deportivo traspasa el área y cae a la

calle. Los participantes y en especial los niños y jóvenes están en riesgo de tener un accidente con cualquier vehículo que transite en el área. Es necesario colocar rotulación del Departamento de Obras Públicas que indique "precaución que hay niños en el área jugando". Además, necesitan que la ~~AEE~~ Autoridad de Energía Eléctrica repare los postes que están en el área por cuestiones de seguridad y evitar actos de vandalismo.

Ante este cuadro y en aras de mejorar la calidad de vida y seguridad de niños y jóvenes que allí se recrean, es necesario investigar las condiciones en las que se encuentra la ~~Cancha Bajo Techo~~ cancha bajo techo del ~~Barrio~~ barrio Montones III del ~~Municipio~~ municipio de Las Piedras.

RESUELVESE POR EL SENADO DE PUERTO RICO:

Sección 1.- Se ordena a la Comisión de Urbanismo e Infraestructura del Senado de Puerto Rico, a realizar una investigación sobre las condiciones en que se encuentra la ~~Cancha Bajo Techo~~ cancha bajo techo del barrio Montones III del ~~Municipio~~ municipio de Las Piedras.

Sección 2.- La Comisión deberá rendir un informe al Senado que incluya sus hallazgos y recomendaciones dentro de los próximos noventa (90) días ~~naturales siguientes a la fecha~~ luego de la aprobación de esta Resolución.

Sección 3.- Esta Resolución será atendida por la Comisión mediante la ejecución y aplicación de las funciones y facultades de las Comisiones Permanentes del Senado, según dispuesto en las Reglas 13 y 14 del Reglamento del Senado de Puerto Rico.

Sección ~~3.~~ 4.- Esta Resolución comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.