



8 Calle José Julian Acosta
Guaynabo, , PR 00969-5626
(787) 790-4735
amfpr2014@gmail.com www.amfpr.org

JUNTA DE DIRECTORES

<i>Sonia E Ortiz Flores, MD</i>	- <i>Presidente</i>	<i>Ginnette Sánchez, MD</i>	- <i>Pasado Presidente</i>
<i>Deborah, Arús, MD</i>	- <i>Presidente Electo</i>	<i>Marina Almenas. MD</i>	- <i>Secretario</i>
<i>Sissi Barreto, MD</i>	- <i>Tesorero</i>	<i>Tamara Morales, MD</i>	- <i>Delegado</i>
<i>Luis Pérez Toro, MD</i>	- <i>Delgado</i>	<i>Ariel Cruz Igartúa, MD</i>	- <i>Delegado Alterno</i>
<i>Alvin Romero, MD</i>	- <i>Director</i>	<i>Dolly Lugo, MD</i>	- <i>Director</i>
<i>Alejandro Medina, MD</i>	- <i>Director</i>	<i>Alejandro Berrocal, MD</i>	- <i>Rep. Residentes</i>

VÍA CORREO ELECTRÓNICO

rsoto@senado.pr.gov

7 de marzo de 2023

Honorable Senador Rubén Soto Rivera
Presidente
Comisión Permanente de Salud
Senado de Puerto Rico
Capitolio Número 1
Plaza de la Democracia
San Juan, Puerto Rico 00901

Sobre: Proyecto del
Senado Número 1134.

Honorable Senador Soto Rivera:

Reciba nuestros saludos cordiales. Sometemos esta carta posición en función de lo propuesto en el Proyecto del Senado Número 1134, en adelante PS-1134, presentado por los Señores Ríos Santiago, Dalmau Santiago y Vargas Vidot.

Para que conste en el registro de esta Honorable Comisión Permanente de Salud, suscribe esta carta posición la Dra. Sonia Ortiz Flores, Presidenta de la Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico, en adelante AMFPR.

De entrada, para que no exista la menor duda de la posición de la AMFPR, la Institución que presido no apoya la medida propuesta. Ello porque la misma gravita en contra de los mejores intereses de la salud de los ciudadanos de Puerto Rico. Igualmente, porque el PS-1134 resultará en el menoscabo de la excelencia médica que ha caracterizado a las y los médicos de familia en la Isla.

I. INTRODUCCIÓN

La AMFPR cuenta con una matrícula de unos doscientos (200) médicos de familia de los casi quinientos (500) registrados y autorizados para ejercer la especialidad en Puerto Rico. La Institución que presido fue fundada en el 1957, e inscrita en el Registro de Corporaciones del Departamento de Estado del Gobierno de Puerto Rico como una corporación sin fines de lucro el 26 de enero de 1984.

De otra parte, la AMFPR es reconocida por, y está adscrita a la *American Academy of Family Physicians*, en adelante *AAFP*. Dicho reconocimiento y constitución como un capítulo o *charter* por su homóloga norteamericana, trae consigo prestigio. De igual manera, es certificación de que aquellos y aquellas que formamos parte de la AMFPR cumplimos a cabalidad con los requisitos para desempeñarnos como Médicos de Familia en el territorio. En otras palabras, el reconocimiento de la *AAFP* a la AMFPR, constituye la validación de sus integrantes y es prueba fehaciente de que quienes la integran nos sometimos al rigor y exigencias académicas impuestas por las agencias que regulan la especialidad de la medicina de familia en Puerto Rico y los Estados Unidos de América.

En lo pertinente, el PS-1134, persigue enmendar:

[...] los Artículos 14 y 17 y añadir un nuevo subinciso 2 al inciso (b) del Artículo 22 de la Ley 139-2008, según enmendada, mejor conocida como **Ley de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica**, a los fines de reconocer el pago de dietas a los miembros de la Junta y eliminar el requisito de grado de bachillerato en ciencias o premédica como condición para obtener licencia para ejercer en Puerto Rico la profesión de médico cirujano o la de osteópata; facultar a la Junta para reconocer cualquier programa de residencia estatal; reconocer la facultad de

la Junta para expedir certificación de especialidad y subespecialidad en medicina; establecer una cláusula general de reserva de derechos que permita a la Junta expedir certificaciones como especialistas de médicos emergenciólogo y certificaciones como médico de cuidado primario y acupunturistas; y enmendar el subinciso (9) del inciso (a) de la Sección 1031.02 del Subcapítulo A del Capítulo 3 del Subtítulo A de la Ley 1-2011, según enmendada, mejor conocida como **Código de Rentas Internas para un Nuevo Puerto Rico**, para eximir del ingreso bruto los sueldos pagados a recibidos por un médico durante su período de internado en la Junta; y para otros fines relacionados.

En lo que atañe a las y los médicos de familia, representados ante esta Honorable Comisión por la AMFPR, la medida propuesta pretende: (1) facultar a la **Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica** a eliminar el requisito de un bachillerato en ciencias o pre-médica para obtener la licencia de médico a fin de ejercer la profesión en Puerto Rico; (2) autorizar a la **Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica** a reconocer como válidos los programas de residencia estatal; y (3) establecer una cláusula general de reserva de derechos para que la **Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica** pueda expedir certificaciones como médicos de familia a profesionales que no se han sometido al rigor académico de dicha especialidad.

Sabido es que en la AMFPR trabajamos para, y estamos comprometidos con la salud y bienestar de los y las puertorriqueñas. Más allá, con el desarrollo de la ciencia médica en Puerto Rico.

Por consiguiente, cualquier medida tendente a trastocar la calidad de la profesión médica a través de la preparación de los médicos en la Isla, así como los cambios en las formas y maneras que se conduce la profesión médica en Puerto Rico, nos interesa y concierne. Por ello, estamos obligadas a expresar nuestro desacuerdo con el PS-1134 en todo aquello relacionado a la especialidad de la medicina de familia.

En la AMFPR estamos convencidas que la medida propuesta, no es la respuesta al éxodo masivo de profesionales de la salud como equivocadamente asegura la Exposición de Motivos del PS-1134.

Es un hecho indiscutible, la emigración de doctores y doctoras en medicina ha colocado la salud y el bienestar de los que vivimos en Puerto Rico en riesgo. Sin embargo, la medida propuesta no contribuirá a paliar los efectos negativos de la carencia de médicos. Por el contrario, las enmiendas que se pretenden, atentan contra el bienestar del Pueblo Puertorriqueño porque reducen los estándares de calidad establecidos para practicar la medicina de familia en Puerto Rico. Cabe destacar que dichos cambios no se apoyan en evidencia científica que avale las expresiones que de manera concluyente el y la legisladora hace en la Exposición de Motivos del PS-1134 y claro está, sobre las cuales descansa para justificar la medida propuesta.

Por lo tanto, muy respetuosamente sometemos que el PS-1134 no sea aprobado. A continuación detallamos las razones sobre las cuales en la AMFPR nos oponemos a que el Senado apruebe la medida propuesta.

II. LINEAMIENTOS GENERALES

Como cuestión de umbral, tenemos que destacar la función que tradicionalmente ha tenido la academia en la preparación profesional de las y los médicos en Puerto Rico. Además, de la responsabilidad ineludible que tiene el Estado para con el bienestar y salud del pueblo.

La medicina es un fenómeno social y su historia, como parte de la historia de la civilización es amplia y diversa.¹ De ahí, por razones de espacio y tiempo, sumados a que los pormenores narrativos de su desarrollo, no son pertinentes a la discusión que nos ocupa, sólo destacaremos los aspectos que consideramos importantes a la discusión que nos ocupa.

La medicina es una disciplina que es al mismo tiempo ciencia y arte.² Como tal, se compone de elementos académicos, prácticos y obviamente tecnológicos los cuales podrían dar forma a sus materias de estudio y en ocasiones resultan determinantes para las mismas.³

¹ Juan Carlos Eslava en **La Historia de la Medicina** (Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia Vol. 14, Número 28, enero-junio de 2014).

² Juan Manuel Sánchez Ron en **El Canon Científico** (Editorial Crítica 2da. Edición 2006).

³ John Gribbin en **The Scientists** (Random House 2008).

El entrenamiento académico forma parte fundamental de la medicina de familia. Ello porque a consecuencia del constante cambio y desarrollo del estudio de las enfermedades, métodos y tratamientos para combatirlas y los fármacos que se utilizan, aquél o aquella entrenada únicamente en las salas de los hospitales, carece de las destrezas necesarias para desempeñarse en la comunidad.⁴ En la medida que la profesión médica se especializa en áreas particulares, las destrezas y conocimiento de las y los médicos de familia, por definición, se tienen que expandir y fortalecer para proveer mejor cuidado a la comunidad que sirven.⁵

Es imposible servir bien a una comunidad si el entrenamiento formal de un médico de familia ha estado huérfano de sus componentes fundamentales; como materias de estudio y sistema de cuidado médico. Es decir, el conocimiento sistematizado de la medicina de familia, sólo se adquiere al someterse a su estudio en la academia y posteriormente a la práctica que se impone en la residencia. Habida cuenta que la medicina de familia es la totalidad del conocimiento con que cuentan las y los médicos primarios al ofrecer cuidados continuos a cierta comunidad de individuos.

Como ejemplo de lo anterior, es la experiencia irreemplazable que proviene de tratar a una familia originalmente compuesta por madre y padre, hasta la atención de sus nietos. Esa experiencia de cuidado generacional, se extiende más allá de conocer a los componentes de una familia a través del tiempo, y se traduce en una mejor apreciación de las condiciones de ese núcleo de personas.

Ciertamente que un facultativo, el cual su especialidad no sea la medicina de familia, pudiera atender las necesidades de un núcleo familiar a través del tiempo. Sin embargo, es el entrenamiento formal el que prepara al médico de familia con herramientas específicas para permitirle enfrentar, tratar, atender y resolver padecimientos y enfermedades de manera eficaz, cuestión que un médico cuya especialidad no sea la de familia, carece porque no necesariamente su encuentro con el paciente se da como una relación extendida a través del tiempo.

⁴ Dr. Ian R. McWhinney en *The Foundations of Family Medicine* (Canadian Family Physician Abril 1969).

⁵ Dr. Ian R. McWhinney, *op cit.*

Fíjese que la especialidad en medicina de familia hace énfasis en desarrollar un acercamiento al paciente centrado en el individuo como parte fundamental de la comunidad en la que habita. Además, orienta sus recursos a proveer cuidados especializados cuando sea pertinente respondiendo continuamente a las necesidades inmediatas de los pacientes dentro de esa comunidad.⁶

De otra parte está comprobado que el cuidado de las y los médicos de familia, a través de la atención que ofrecen a los problemas físicos, biopsicosociales y hasta psicológicos propende a una mejor salud y detección temprana de enfermedades.⁷ Por consiguiente, el rol de las y los médicos de familia contribuye a un sistema de salud más ágil y eficiente.

Cabe destacar que la característica de un especialista no es únicamente el dominio de su área de pericia, lo es también su maestría en las técnicas o maneras de abordaje que se precisan para atender situaciones o enfermedades en específico.⁸ De manera que para las y los médicos de familia, son los servicios y cuidados continuos su especialidad.

Precisa señalar que con la llegada del Ejército de Estados Unidos a Puerto Rico en el 1898, se introdujo a la Isla una filosofía de la medicina que se cristalizó con la creación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico.⁹ La fundación del centro docente no sólo ocupó el vacío académico existente para la formación de médicos, sino que marcó el rumbo de la medicina y la salud como una cuestión de política pública en el País.¹⁰

La responsabilidad del estado sobre la salud del pueblo es cuestión que ha ocupado el interés y los debates públicos por décadas.¹¹ Es en función de la relevancia de dicha responsabilidad

⁶ Refiérase a Dr. Philip Evans editor de *European Definition of General Practice/Family Medicine* (World Family Doctors 2002).

⁷ Dr. Philip Evans, *op cit.* y Baker, Mainous III, Pereira-Gray & Love en *Exploration of the relationship between community, trust in regular doctors an patient satisfaction with consultation with family doctors* (Scandinavian Journal of Primary Health Care 2003).

⁸ Dr. Ian R. McWhinney, *op cit.*

⁹ Dr. Norman I. Maldonado Simón en *On Health in Puerto Rico*, Vol. I (U.P.R. Press 2008). Somos conscientes que la Escuela de Medicina Tropical fue fundada en el 1926, es decir, antes que la Escuela de Medicina de la U.P.R. Pero, por ser un centro de investigaciones especializado en enfermedades propias del trópico, no nos referimos al mismo como factor determinante de la política pública de salud en Puerto Rico. Para una referencia abarcadora del rol de dicha escuela, refiérase a Santana, Rabionet y Román Franco en *Historia de la Medicina Tropical en P.R. en el Siglo XX* (Ediciones Laberinto 2022).

¹⁰ Dr. Norman I. Maldonado Simón en *On Health in Puerto Rico: Healthier Living and Other Matters* Vol. II (Editorial U.P.R. 2010).

¹¹ Paul Starr en *The Social Transformation of American Medicine* (Basic Books, Inc./Harper Colophon Books 1982).

que el Estado se ha atribuido el poder para regular y controlar el ejercicio de la profesión médica en Puerto Rico.¹² Más allá, a tenor con el poder regulador que reclama el Estado, el y la legisladora ha delegado en otros la función de reglamentar lo relativo a la admisión y ejercicio de la profesión médica en la Isla.¹³ Sin embargo, tal poder estará limitado por la racionalidad que siempre tiene que mediar en cualquier decisión a la que se pueda llegar.¹⁴

De conformidad con lo anterior, el lero. de agosto de 2008, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley Número 139, también conocida como la **Ley de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica**.¹⁵

En la Exposición de Motivos del estatuto en cuestión, el y la legisladora estableció que:

Para garantizar la integridad de la medicina como profesión es preciso que los médicos sean personas virtuosas, tanto en el sentido técnico como humanístico, comprometidas a lograr la excelencia en el ejercicio de su profesión. Algunas de las virtudes que debe poseer un médico son: prudencia, compasión, responsabilidad, solidaridad, empatía, justicia, además de un compromiso de mantenerse al día a través del estudio y la adquisición de nuevas destrezas, contribuyendo también, en la medida de sus posibilidades al crecimiento de los conocimientos médicos a través de la investigación. Solamente así puede brindar el profesional un servicio competente, eficaz y humano a los pacientes y a sus familiares y allegados.

Lo transcrito demuestra la importancia que para esta Asamblea Legislativa ha tenido el estudio de la disciplina médica. Dicho con otras palabras, cuando el y la legisladora aprobó la Ley 139-2008, que ahora persigue modificar, reconoció el rol protagónico

¹² Véase Pérez González v. Junta Dental Examinadora de Puerto Rico, 116 D.P.R. 218 (1985).

¹³ Véase Román Vargas v. Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico, 116 D.P.R. 71 (1985).

¹⁴ Véase Asociación de Doctores en Medicina v. Dra. Ivette Morales et al., 132 D.P.R. 567 (1993).

¹⁵ 20 L.P.R.A § 131 et seq. (2008). Además de la creación de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica, es importante señalar que anterior a su establecimiento, el 13 de agosto de 1994, se aprobó la Ley Número 77, con la cual se creó el Colegio de Médicos Cirujanos. El estatuto impone la colegiación compulsoria a todo médico que quiera ejercer la profesión en Puerto Rico. 20 L.P.R.A. § 73 et al. (1994).

que el entrenamiento académico tiene en la formación de los profesionales de la medicina.

III. ¿Por qué la AMFPR no está de acuerdo con la medida propuesta?

(1) Bachillerato en ciencias o premédica

Las bondades del requisito de un bachillerato en ciencias o premédica para ingresar a una escuela de medicina y oportunamente practicar la profesión, no se produce en el vacío o por motivo de un capricho de las agencias reguladoras.

Hace más de cien (100) años que realizar un bachillerato en ciencias o premédica fue reconocido como una exigencia significativa y de provecho para el estudio de la profesión médica.¹⁶ En el Informe Flexner, publicado en 1910, se puso de manifiesto la necesidad y beneficios de que el o la estudiante de medicina, se sometiera al estudio básico de las ciencias. Ello a fin de que las materias a ser abordadas en sus estudios de medicina le fueran conocidas. Como corolario, que su entendimiento de las mismas fuera amplio.

Se dice que el Informe Flexner proveyó las bases para el desarrollo del estudio de la medicina y subsiguientes especialidades.¹⁷ Ello en función de que el conocimiento científico adquirido a través del estudio de las ciencias básicas en un programa de premédica, ha permitido un mayor y mejor entendimiento de las materias que se imparten en las escuelas de medicina.

En la AMFPR nos resulta inquietante que esta Asamblea Legislativa, en vez de sumarle beneficios a la educación de las y los prospectos estudiantes de medicina, contemple su reducción. El empobrecimiento del conocimiento nunca ha tenido consecuencias beneficiosas para la sociedad.¹⁸ Todo lo contrario, es precisamente la carencia de conocimiento uno de los males que nos aquejan, que detiene el desarrollo científico, el que a su vez

¹⁶ Informe de Abraham Flexner titulado *Medical Education in the Unites States and Canada*, Bulletin No. 4 (Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, New York 1910).

¹⁷ Véase Dra. Cecilia Gutiérrez & Dr. Peter Scheid en *The History of Family Medicine and Its Impact in U.S. Health Care Delivery* (<https://www.aafpfoundation.org> visitado el 6 de febrero de 2023)

¹⁸ Véase a David Edgerton en *Innovación y Tradición: Historia de la Tecnología Moderna* (Drakontos 2006).

estimula el interés en la experimentación para el descubrimiento de medicamentos, tratamientos noveles y entendimiento de las enfermedades modernas. De forma tal, que la AMFPR no está de acuerdo en que el requisito de un bachillerato en ciencias o premédica sea derogado bajo el pretexto de que no tener dicho basamento académico provocará que más estudiantes se decanten por el estudio de la medicina.

(2) Reconocimiento de programas de residencia estatales

El inciso dedicado a facultar a la **Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica** a reconocer programas de residencia locales es deficiente y adolece de vaguedad en su redacción. Por un lado, se deja al arbitrio del ente local la autorización, pero por el otro lado, se hace referencia a que los parámetros de preparación académica y entrenamiento serán iguales a aquellos exigidos en programas de residencia en los Estados Unidos. ¿Es que el y la legisladora investigaron los criterios de acreditación norteamericanos y pueden asegurar que un programa de residencia estatal cumplirá con los mismos?

Los programas de residencia de Medicina de Familia en Puerto Rico están aprobados por el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Posgrado o ACGME, por sus siglas en inglés. Al completar los tres (3) años de residencia se puede certificar por la junta de especialidad, ABFM, por sus siglas en inglés. Para mantener el estado de "Board Certified" debe mantener los requisitos de certificación que requieren compromiso y esfuerzo. Posterior al programa de especialidad en Medicina de Familia existen programas de subespecialidad.

Muy respetuosamente entendemos que hasta tanto no se examinen los parámetros de las agencias reguladoras de Estados Unidos y se conozca con certitud que podemos replicarlos en la Isla, esa autoridad que se persigue delegar a la **Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica** tiene que quedar en suspenso. Lo contrario, permitir que se aprueben las residencias locales, enviaría un mensaje equivocado a las agencias reguladoras norteamericanas que laceraría el funcionamiento e interacción los programas que se rigen por los criterios de aprobación que imperan en Estados Unidos.

Por consiguiente, el reconocimiento por parte de la **Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica** de un programa de residencia estatal, tal y como el PS-1134 propone, es inaceptable. No sólo porque impedirá que los facultativos que se sometan a dichos programas puedan ejercer la profesión fuera de Puerto Rico, sino por que el asunto trae consigo un problema notable para aquellas y aquellos que lo culminen a satisfacción. Además del alegado beneficio que dichos programas pudieran aportar a nuestra sociedad, hay que cuestionarse si los proveedores de seguros médicos y las compañías de seguros por impericia están dispuestas a aceptar lo propuesto.

(3) Cláusula especial de reserva

Otro aspecto del PS-1134 que resulta alarmante, por su alcance y significado en nuestro quehacer, es la propuesta cláusula de reserva, la cual permitiría a la **Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica** convalidar la experiencia práctica por el entrenamiento académico de un médico de familia. Es decir, conforme la medida propuesta, la Agencia Reguladora estaría facultada para otorgarle a una o un doctor la certificación acreditativa de médico de familia después de haber laborado como tal durante más de diez (10) años.

Los médicos de familia actualmente certificados han completado un programa de residencia de tres (3) años, entrenando a tiempo completo en la especialidad de Medicina de Familia y rotando por las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Obstetricia y Ginecología, Psiquiatría, Medicina de Emergencia y las subespecialidades de cada una de estas especialidades. También se incluye el entrenamiento en las Ciencias de la Conducta y en las Prácticas de Prevención. Estos tres (3) años de entrenamiento son completados luego de haber terminado los cuatro (4) de la Escuela de Medicina y los requisitos para entrar a la escuela de medicina con anterioridad.

Los nuevos incisos, donde se contempla la posibilidad de certificar como médicos de familia a facultativos que no han tenido el beneficio de un entrenamiento formal en el área y que no han completado una residencia en dicha especialidad, no tiene asidero en la realidad que vivimos.

Lo primero a destacar es que pese a la preeminencia dada al estudio formal de la materia médica, quince (15) años después, los parámetros para practicar la medicina de familia se quieren sustituir por la experiencia. El asunto, resulta un contrasentido. Toda vez que el componente práctico no puede sustituir al estudio de la medicina de familia. Por su parte, el trabajo en un hospital, enmarcado en una residencia, complementa el conocimiento adquirido en el salón de clases. Sin embargo, por si solo, la práctica no es sustituto para los recursos que se estudian y se examinan en la academia. Hay que recordar que las residencias están acompañadas por la dirección que los profesores de medicina ofrecen a sus estudiantes en entrenamiento. En cambio, la experiencia de diez (10) años o más, sin estar acompañada de la tutela de un profesor ducho en la materia, soslaya la importancia que para el aprendizaje tiene la figura de un mentor y lo que ella representa.

Somos conscientes de que la acreditación que persigue el PS-1134 sería otorgada a doctores en medicina. No obstante, esos facultativos carecen de las herramientas formales que se adquieren en el salón de clases y en el entrenamiento regulado. Ellas les permitirían atender situaciones particulares, o brindar cuidado continuo a pacientes en la comunidad. De forma tal, que el conocimiento que transmiten los profesores sobre la medicina de familia habría sido sustituido por una práctica basada en la experimentación porque la filosofía detrás de la medicina de familia, así como la teoría aprendida en la academia y la carencia de un entrenamiento formal dirigido por un facultativo competente en la materia, estaría ausente.

IV. CONCLUSIONES

Como comentario final a esta carta posición, nos permitimos apuntar a la experiencia de la República Polaca sobre la disminución de los requisitos para practicar la medicina de familia en su territorio.

Ante la falta de médicos de familia suficientes para atender las necesidades de la población polaca, el Parlamento decidió reducir los parámetros de acreditación. Igual que como ahora se quiere hacer en Puerto Rico, la asamblea legislativa intentó convalidar la experiencia de generalistas practicantes por la certificación tradicional de médicos de familia. Las manifestaciones de los sectores afectados fueron contundentes.

Tanto los médicos de familia como los pacientes se expresaron en contra de la medida y vocearon su descontento con la eliminación de los requisitos formales de estudios y práctica que los y las legisladoras pretendían. Sin embargo, el Parlamento decidió que como medida a corto plazo, para atenuar la escasez de médicos de familia, estaba obligado a aprobar la medida. Así fue, se aprobó la medida a conciencia del descontento y la irracionalidad envuelta. No obstante, aún se debaten las consecuencias nefastas que tal decisión ha tenido en la salud y bienestar de los y las polacas. En ese sentido, una de las cuestiones que más se ha discutido en la comunidad médica polaca y la cual la AMFPR trae ante la consideración de esta Asamblea Legislativa para que la considere y sirva de detente al PS-1134, son las consecuencias a largo plazo que la medida propuesta provocará en nuestra población.

La medicina de familia como especialidad tiene un enfoque hacia la prevención estableciendo medidas destinadas a reducir los factores de riesgo que puedan llevar a la aparición y al desarrollo de la enfermedad, y estableciendo también medidas destinadas a detener el avance y atenuar las consecuencias de la enfermedad una vez esta surja o se desarrolle. Este enfoque hacia la prevención promueve un sistema de salud costo eficiente que pueda cumplir con mantener la salud del individuo, de la familia, de la comunidad y a su vez mantener el sistema de salud y sus estructuras en forma eficiente. No podríamos garantizar un sistema de salud adecuado si no garantizamos que nuestros médicos se formen con rigurosidad y con guías bien establecidas y estudiadas.

Somos de la impresión que prospectivamente todas las disposiciones contenidas en el PS-1134 perjudicarán la salud y bienestar de las y los ciudadanos de Puerto Rico.

Respetuosamente sugerimos que si lo que el y la legisladora persigue con el PS-1134 es evitar la fuga de médicos y el mejoramiento de los servicios de salud en la Isla, entonces que se provean fondos para la creación de nuevas residencias acreditadas por las agencias reguladoras norteamericanas. Más allá, que se incluya la residencia de médicos de familia entre aquellas incentivadas por el Departamento de Salud de Puerto Rico. Igualmente, proponemos a esta Asamblea Legislativa la creación de plazas pagadas por el Departamento de Salud en las residencias acreditadas.

En fin, muy respetuosamente proponemos que esta Honorable Comisión Permanente de Salud le extienda al Secretario de Salud, Decanos y Decanas de las Instituciones Académicas que ofrecen entrenamientos en medicina de familia, médicos de familia, estudiantes de medicina y pacientes una invitación para que ofrezcan sus posiciones y examinen el alcance y significado del PS-1134 en la salud de los y las puertorriqueñas y la preparación de los médicos de familia en la Isla.

Confiamos nuestros comentarios contribuyan positivamente al desarrollo de una legislación en sintonía con las verdaderas necesidades de salud de nuestro pueblo.

Quedo muy agradecida y a sus órdenes para acudir a una audiencia pública y contestar cualquier pregunta que pueda surgir sobre lo rendido, o ampliar la posición de la AMFPR.

Sin más, quedo atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Sonia Ortiz Flores". The signature is fluid and cursive, with the first name "Sonia" being the most prominent.

Dra. Sonia Ortiz Flores

Presidenta Academia Médicos de Familia de P.R.