



13 de junio de 2016

POR CORREO REGULAR Y ELECTRÓNICO.

Hon. Lydia Méndez Silva
Presidenta
Comisión de Salud
Cámara de Representantes
Estado Libre Asociado de Puerto Rico
El Capitolio
PO Box 9022228
San Juan, PR 00902-2228

RE: PONENCIA SOBRE PROYECTO DEL SENADO 1372

Estimada señora Presidenta:

Reciba usted y todos los miembros de la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes de Puerto Rico un cordial saludo. Comparece la licenciada en derecho Marylis Gavillán Cruz, Directora Ejecutiva de la Asociación Farmacias de Comunidad de Puerto Rico (en adelante, la "Asociación" o "AFCPR"), la Lcda. Idalia Bonilla, Presidenta de la Asociación y el Lcdo. Carlos Rivera Vicente, nuestro asesor legal. Nos place brindarle nuestros comentarios en relación al Proyecto del Senado 1372.

I

Primero que todo, queremos agradecer el apoyo de la Presidenta de esta Comisión para con el paciente y la salud del pueblo puertorriqueño, al igual que por su compromiso con las farmacias de comunidad a través de los años. Reconocemos sus grandes esfuerzos para ayudar a los proveedores de salud y desarrollar regulación para los PBMs, una situación neurálgica para la supervivencia de las farmacias de la comunidad de Puerto Rico.

Mediante el Proyecto del Senado 1372 se propone crear la Oficina del Comisionado Regulador de los Manejadores de Beneficios de Farmacia, adscrita al Departamento de

Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, para que tenga la autoridad de supervisar y fiscalizar a los Manejadores que contraten servicios con las farmacias en Puerto Rico.

Expuesto en términos generales el alcance de la medida ante nuestra consideración, a continuación ofrecemos nuestros comentarios a la misma.

II

Los Manejadores de Beneficio de Farmacia o "Pharmacy Benefit Managers", también conocidos como "PBM", son entes contratados por las aseguradoras u organizaciones de seguros de salud para manejar el beneficio o cubierta de farmacia que se le ofrece a los asegurados. Los PBM son considerados "full-service pharmacy benefit managers" y proveen, entre otros, los siguientes servicios:

- (i) Adjudicación de reclamaciones de medicamentos;
 - (ii) Negociación de los precios de los medicamentos directamente con los manufactureros;
 - (iii) Negociación y contratación de descuentos directamente con los manufactureros de medicamentos;
 - (iv) Contratación con las farmacias que formarán parte de la red de proveedores;
- (iv) Creación de formularios o listado de medicamentos cubiertos.¹

También existen los "Pharmacy Benefit Administrators", o "PBA", quienes proveen un número limitado de servicios y, en su mayoría, sólo la adjudicación de reclamaciones por un precio fijo.²

En Estados Unidos existen aproximadamente 60 PBM, pero sólo tres (Express Scripts, CVS Caremark y Optum Rx) controlan aproximadamente el 70% del volumen de recetas procesadas en Estados Unidos.³ En cambio en Puerto Rico, los principales PBM son Abarca Health, MC-21 y Pharmpix, cuales le brindan servicios al 75% del mercado de la isla y, según el Informe del Senado, estos generan en Puerto Rico 525 millones de ganancias.

¹ Véase National Community Pharmacists Association, NCPA Pharmacy Benefit Management Manual, http://www.rbshelp.com/articles/pbm_manual.pdf.

² *Id.*, ("... a pharmacy benefit administrator (PBA) provides a subset of these services - in many cases simply providing a core services such as claims adjudication for a base line price.")

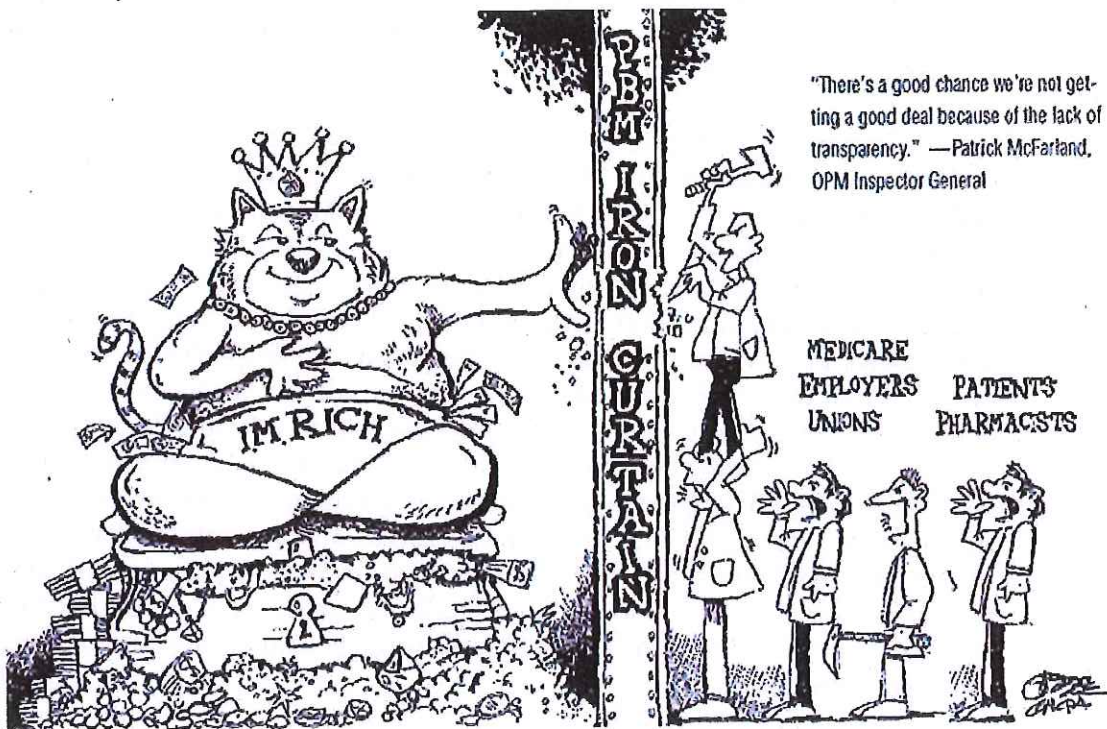
³ K. Eban, Painful Prescription: Pharmacy Benefit Managers Make Out Better Than Their Customers, Fortune Magazine, <http://katherineeban.com/2013/10/23/painful-prescription-fortune-com/>.

Las principales fuentes de ganancia de los PBM son las siguientes:

(i) Descuentos o “rebates” de los fabricantes de medicamentos: Los PBM negocian descuentos con los fabricantes. No obstante, los PBM no revelan dichos descuentos, ni existe evidencia de que las aseguradoras o los consumidores se beneficien de éstos. Por el contrario, la mayoría de los PBM retienen un por ciento significativo de los descuentos como ganancia.

(ii) “Spread pricing”: Los PBM maximizan sus ganancias al reembolsarle a las farmacias un monto por medicamento, cobrarle a la aseguradora un monto mayor por dicho medicamento y retener para sí la diferencia.

(iii) Gastos administrativos: Los PBM también generan ganancias al cobrarle a las aseguradoras un cargo por procesar y adjudicar reclamaciones.⁴



5

⁴ Véase National Community Pharmacist Association, [PBM revenue streams & lack of transparency](http://www.ncpanet.org/pdf/leg/nov11/pbm_revenue_streams_lack_transparency.pdf), http://www.ncpanet.org/pdf/leg/nov11/pbm_revenue_streams_lack_transparency.pdf.

⁵ Véase <http://www.whorunsmydrugplan.com/index.php/pharm-spread-pricing>.

Los métodos de ganancia previamente expresados han generado, a su vez, una falta de transparencia por parte de los PBM. Esta falta de transparencia se acrecienta aún más ante la ausencia de regulación y fiscalización de esta figura, permitiendo que los PBM devenguen ganancias extremas en detrimento de los asegurados, las farmacias que les proveen servicio a éstos e, incluso, de las aseguradoras, organizaciones de seguros de salud y clientes que contratan a los PBM. Según mencionaremos a continuación, los PBM afectan la sana operación de las farmacias de comunidad al reembolsar sumas por debajo del costo de adquisición de los medicamentos. Por otra parte, los PBM también retienen para sí los descuentos que obtienen en los precios de medicamentos, encareciéndose así el costo de la cubierta de farmacia y las primas pagadas para los pacientes. Ello resulta en que los pacientes tengan menos recursos disponibles para adquirir sus medicamentos.

En específico, el ánimo desmesurado de lucro, unido a la falta de regulación y fiscalización, ha llevado a los PBM a incurrir en las siguientes prácticas injustas o desleales, entre otras:

(i) Reembolsan a las farmacias cierto monto por medicamento despachado, le cobran a las aseguradoras un precio mucho mayor por el mismo medicamento, y retienen para sí la diferencia.

A modo de ejemplo, podemos mencionar las listas "Maximum Allowable Cost" o "MAC" que preparan los PBM para establecer los precios de los medicamentos genéricos. Los PBM utilizan varios MAC para maximizar sus ganancias, utilizando unos para reembolsar a las farmacias y otros para cobrar a las aseguradoras, organizaciones de seguro de salud o clientes que contratan sus servicios. Con esta práctica, los PBM retienen un monto significativo por receta procesada o medicamento despachado. En un artículo publicado por Fortune Magazine y preparado por Katherine Eban, se identificó un caso particular en el que el PBM Express Scripts facturó a su cliente, Meridian Health Systems ("Meridian"), \$26.87 por un antibiótico Z-Pak recetado a un empleado/asegurado de Meridian. Express Script le reembolsó a la farmacia que despachó la receta \$5.19 y retuvo para sí la diferencia ascendente a \$21.68.⁶ Se identificó, incluso, un caso en el cual Express Scripts le cobró a Meridian \$92.53 por una receta de amoxicillin genérico, le pagó \$26.91 a la farmacia por dicho medicamento, y retuvo para sí una ganancia de \$65.62.

Los PBM, a su vez, no publican o facilitan a sus clientes y a las farmacias como calculan los MAC que utilizan, lo cual facilita que incurran en esta práctica. Esta conducta de los PBM encarece los servicios de salud, al ellos retener lo que debió haber sido un ahorro para las aseguradoras o clientes que contratan a los PBM. En el caso específico de Meridian, la contratación del PBM Express Scripts significó un aumento de \$1.3 millones de dólares en el

⁶ K. Eban, *supra*.

gasto anual de medicamentos de Meridian para el año 2009.⁷ Afecta, igualmente, a las farmacias de la comunidad las cuales reciben de los PBM, en un número significativo de casos, un reembolso mucho menor al costo real de adquisición del medicamento.

(ii) Retienen para sí los descuentos o “rebates” concedidos por los manufactureros de medicamentos, encareciendo así el beneficio de medicamentos. Los manufactureros de medicamentos le conceden a los PBM descuentos por promocionar sus medicamentos de marca. Históricamente, los PBM han retenido para sí los descuentos concedidos. También han incurrido en la práctica de retener los intereses que generan los descuentos obtenidos. La ganancia que los PBM obtienen de los descuentos o “rebates” por medicamentos de marca ha llevado a éstos a promocionar el uso de los medicamentos que generan los mayores descuentos, aún cuando no necesariamente son los más eficientes para el paciente. Ello a través de los formularios que los mismos PBM prepararan para indicar los medicamentos cubiertos.

(iii) Reembolsan a las farmacias de comunidad por debajo del costo de adquisición de los medicamentos. Entre los PBM y las farmacias de comunidad se suscriben contratos, en su mayoría de adhesión, como condición para que las farmacias formen parte de la red de proveedores de la aseguradora u organización de seguro de salud que contrató al PBM. Es una práctica común que en estos contratos de adhesión se disponga para que las farmacias de comunidad tengan que despachar medicamentos aunque ello implique una pérdida. Ello mediante la imposición de las listas de precios MAC, preparadas por los PBM, y que establecen la suma tope de reembolso que recibirán las farmacias por medicamento despachado. Las farmacias de comunidad se ven obligadas a aceptar la imposición de las listas MAC, sin que se les provea información sobre cómo los precios de las listas MAC se determinan o cómo se actualizan. Con regularidad, los PBM reducen arbitrariamente los precios MAC o se tardan en aumentarlos cuando aumentan los costos de los medicamentos.⁸ Esto es una práctica que acribilla a las farmacias de comunidad y diariamente recibimos varias inquietudes de socios sobre este particular. Las farmacias de comunidad están a la espera que los PBM sean regulados para que estas prácticas sean detenidas y sus derechos protegidos bajo una ley que los cobije.

(iv) Auditan a las farmacias de comunidad mediante un proceso que carece de guías o garantías procesales mínimas, entre éstas, notificación previa con suficiente antelación a la auditoría a ser celebrada, una delimitación a los

⁷ *Id.*

⁸ Véase National Community Pharmacists Association, [Stifling Pharmacy Competition for Consumers](http://www.ncpanet.org/advocacy/pbm-resources/stifling-pharmacy-competition-for-consumers), <http://www.ncpanet.org/advocacy/pbm-resources/stifling-pharmacy-competition-for-consumers>.

años que pueden quedar cubiertos por la auditoría o las razones específicas que justifican el que los PBM recobren de las farmacias los reembolsos previamente concedidos por medicamentos despachados. En muchas ocasiones, las auditorías se enfocan en errores clericales o tipográficos en vez de en detectar posibles fraudes. Como resultado de ello, las farmacias de comunidad se exponen a pérdidas cuantiosas en detrimento de su continua operación como negocio en marcha.⁹

Este tipo de prácticas, entre otras, han provocado múltiples reclamaciones judiciales en contra de los PBM y el pago por parte de los PBM de sumas cuantiosas en transacción. De la tabla a continuación, cuya información fue publicada en el 2010 por la Asociación Nacional de Farmacias de Comunidad, "NCPA" por sus siglas en inglés, surgen algunas de estas reclamaciones judiciales y el monto pagado por los PBM¹⁰:

Date Filed	Case Name	Plaintiff	Defendant	Alleged Unlawful Conduct	Settlement Amount
February 14, 2008	States Attorneys General v. Caremark, Inc.	29 States Attorneys General ¹¹	Caremark, Inc.	Illegal drug switching practices	\$41 million
May 27, 2008	States Attorneys General v. Express Scripts, Inc.	30 States Attorneys General ¹²	Express Scripts, Inc.	Illegal drug switching practices	\$9.3 million to states, plus \$200,000.00 to affected patients
May 6, 1999 February 10, 2000	United States ex rel. Hunt Gauger, Piacentile, et al. v. Merck-Medco Managed Care, Inc.	20 States ¹³	Medco Health Solutions	Defrauding patients, clients and the U.S. by cancelling and destroying prescriptions, failing to perform pharmacists' services required by law, switching patients to different drugs without their	\$29.1 million \$155 million (\$184.1 million, total)

⁹ Véase NCPA Pharmacy Benefit Management Manual, http://www.rbshelp.com/articles/pbm_manual.pdf.

¹⁰ *Id.*

¹¹ Arizona, Arkansas, California, Connecticut, D.C., Florida, Illinois, Iowa, Louisiana, Maryland, Massachusetts, Michigan, Mississippi, Missouri, Montana, Nevada, New México, North Carolina, Ohio, Oregon, Pennsylvania, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, Vermont, Virginia, Washington.

¹² Arizona, Arkansas, California, Connecticut, Delaware, D.C., Florida, Illinois, Iowa, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Mississippi, Missouri, Montana, Nevada, New Mexico, North Carolina, Ohio, Oregon, Pennsylvania, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, Vermont, Virginia, Washington.

¹³ Arizona, California, Connecticut, Delaware, Florida, Illinois, Iowa, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Nevada, New York, North Carolina, Oregon, Pennsylvania, Texas, Vermont, Virginia Washington.

				knowledge/consent, shipping medications and billing patients for drugs never ordered, soliciting and receiving inducements from pharmaceutical manufacturers, making false and misleading statements	
July 16, 2007	Southeast Pennsylvania Transportation Authority v. AdvancePCS Health, Inc.	Southeast Pennsylvania Transportation Authority	AdvancePCS	Breach of contractual and fiduciary duties, including wrongfully creating and retaining pricing spreads, using an inflated reporting source for setting AWP, failint to disclose and pass on rebates received, improperly swithching patients to higher cost drugs, and accepting secret rebates, kickbacks and other incentives	Undisclosed
December 20, 2002	United States ex rel. Vieux v. AdvancePCS, Inc.	United States	AdvancePCS	Soliciting and receiveing kickbacks from pharmaceutical manufacturers under contracts, with government programs, including FEHB, MHBP, and Medicare + Choice Programs	\$137.5 million
August 4, 2004	New York v. Express Scripts, Inc., et al.	New York	Express Scripts	Enriching itself at the expense of the plan by inflating the cost of generic drugs, diverted millions of dollars in rebates, engaged in fraud by inducing physicians to switch patients' prescriptions, sold and licensed data without consent,	\$27 million

				misrepresented the discounts received from drugs purchases at retail pharmacies	
December 22, 2003	Board of State Teachers Retirement System of Ohio v. Medco Health Solutions, Inc.	Ohio	Medco Health Solutions	Breach of contractual and fiduciary duties by engaging in self-dealing, undercounting pulls, permission non-pharmacists to dispense and cancel prescriptions, steering providers and patients to chose higher-cost drugs.	Undisclosed

De igual forma, las prácticas injustas previamente mencionadas han llevado a varios estados a aprobar legislación para, entre otros, (i) regular y uniformar las auditorías a las farmacias por parte de los PBM, y; (ii) regular a los PBM y/o exigirles un registro o licencia.

De nuestra investigación, pudimos identificar 21 estados (aunque existen 33 estados ya regulados) que han aprobado legislación para regular las auditorías a las farmacias.¹⁴ En síntesis, mediante dichos estatutos, entre otros, se:

(i) Requiere notificación previa de la auditoría a la farmacia con un término razonable de anticipación. Algunos estatutos requieren que la notificación previa se realice con una semana o 7 días de anticipación (i.e., Alabama, Arkansas, Florida, Georgia, Kansas), otros con dos semanas o 14 días de anticipación (i.e., Indiana, Louisiana), e, incluso, 30 días de anticipación (i.e., Kentucky). Algunos eximen al PBM de notificación previa sólo cuando la auditoría se llevará a cabo para investigar un posible fraude o falsa representación (i.e., Louisiana).

(ii) Prohíbe que errores clericales o tipográficos se consideren fraude (i.e., Alabama, Florida) o que justifiquen el recobro del reembolso si no hubo intento de cometer un fraude y no hubo un sobrepago a favor de las farmacias (i.e., Kentucky). Otros estatutos permiten a las farmacias enmendar los errores identificados (i.e., Alabama, Indiana, Kentucky).

¹⁴ Alabama, Arkansas, California, Florida, Georgia, Indiana, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maryland, Minnesota, Mississippi, Missouri, New Mexico, North Carolina, North Dakota, Oklahoma, South Carolina, Tennessee, Utah, Vermont. Véase National Community Pharmacists Association, *State Laws Reforming the Practice of Pharmacy Benefit Managers (PBMs)*, http://www.ncpanet.org/pdf/leg/nov12/pbm_enacted_legislation.pdf.

(iii) Limitan el periodo o número de años sujetos a auditoría (i.e., Kentucky – 2 años; Florida – 1 año; Georgia – 2 años; Indiana – 2 años; Kansas – 2 años).

Por otra parte, estados han aprobado legislación para regular los PBM, exigirles la divulgación de cierta información y/o requerirles licencia o registro.¹⁵ A modo de ejemplo, en:

(i) **Arkansas:** Se le requiere a los PBM divulgar, por reclamación, el monto pagado a la farmacia y la identidad de ésta. Por otra parte, se le prohíbe a los PBM terminar los contratos con las farmacias y/o terminar, suspender o limitar la participación de una farmacia en la red de proveedores.

(ii) **Connecticut:** Se le requiere a los PBM la emisión de un certificado de registro a ser emitido por el Departamento de Seguros del estado y se le concede al Comisionado de Seguros la autoridad de suspender, revocar o denegar la emisión o renovación del certificado por prácticas injustas, entre otras razones.

(iii) **Iowa:** Se le requiere a los PBM obtener un certificado como tercero administrador y se le concede al Comisionado de Seguros el deber de adoptar reglas aplicables a los PBM, entre éstas, el pago oportuno a las farmacias y el proceso de adjudicación de reclamaciones o disputas entre los PBM y las farmacias.

(iv) **Kansas:** Se le requiere a los PBM obtener un certificado de registro a ser emitido por el Comisionado de Seguros.

(v) **Maryland:** Se le requiere a los PBM registrarse ante el Comisionado de Seguros y se autoriza al Comisionado a suspender, denegar o revocar un registro. Se le exige a los PBM, entre otros, divulgar a las farmacias, previo a la contratación, los términos de reembolso, el proceso de resolución de disputas y el proceso para verificar los medicamentos incluidos en los formularios usados por los PBM.

(vi) **Mississippi:** Se le exige a los PBM utilizar referencias nacionalmente reconocidas para calcular los precios de los medicamentos al momento de reembolsar a las farmacias y deben actualizar dichas referencias al menos cada tres días laborables.

(vii) **South Dakota:** Se le concede a las aseguradoras o clientes de los PBM el derecho de solicitar información de los PBM relacionada a los descuentos obtenidos o ganancias recibidas de los manufactureros de medicamentos. Igual facultad se le reconoce al Departamento de Seguros del Estado, quien además podrá promulgar reglas aplicables a los PBM.

¹⁵ *Id.*

(viii)**Vermont:** Se le requiere a los PBM obtener un registro y se le reconoce el derecho a las aseguradoras a exigir la inclusión de ciertas cláusulas en los contratos con los PBM, entre éstas, que el PBM deberá divulgar cualquier beneficio que obtenga de las ventas de medicamentos, al igual que cualquier acuerdo de remuneración existente entre el PBM y los fabricantes de medicamentos.

A pesar de que muchas de estas regulaciones, en varias jurisdicciones, han sido conferidas a la Oficina del Comisionado de Seguros, entendemos que esto **NO** debe ser una piedra para que se apruebe regulación alguna para reglamentar los PBMs. De igual forma, recalamos que la Comisionada de Seguros de Puerto Rico, en varias ocasiones públicamente, ha rechazado que los PBMs sean regulados a través de su oficina. No obstante, la Secretaria del Departamento de Salud se ha comprometido a regularlos y ha expresado su interés.

III

La AFCPR es una organización sin fines de lucro, cuya misión es unir a las farmacias de comunidad de Puerto Rico bajo una organización dinámica, pujante y protectora que sea defensora y portavoz de sus derechos y promover la legislación que redunde en beneficio de la farmacia de comunidad. La AFCPR se caracteriza por su férrea defensa a los intereses de las farmacias de comunidad, entiéndase, pequeños negocios de gran envergadura e importancia en la salud de nuestro País.

En cumplimiento con su misión, la AFCPR endosa el Proyecto del Senado 1372 debido a que dicho proyecto tiene como objetivo el reglamentar una figura que ha permanecido por muchos años sin fiscalizar, a pesar de participar y beneficiarse de una industria altamente reglamentada. Las prácticas desreguladas de los PBM han causado daños inconmensurables a las farmacias de comunidad y continúan amenazando la operación de éstas como negocio en marcha, obligándoles a despachar medicamentos con pérdidas al reembolsar sumas por debajo del costo de adquisición de los medicamentos.

Sobre las vistas públicas anteriores de este proyecto, nos llama la atención el planteamiento de la Administración de Seguros de Salud (ASES), pues dicha entidad sostiene que “una cifra de dinero conservadora para lograr la implementación del Proyecto 1372 es de por lo menos \$25 millones de dólares anuales”. Sin embargo, con el gran respeto que le tenemos al Ingeniero Ricardo Rivera, no comprendemos de donde proviene una cuantía tan alta, pues lamentablemente en su ponencia tampoco se especifica como los números fueron calculados. En cambio hemos notado que hay una tendencia de ahorro para el gobierno en los estados que si han regulado los PBM's en vez de un gasto mayor. Como por ejemplo para el 2010, ya Dakota del Sur había ahorrado \$820,000 en gastos del seguro médico del estado en un sólo año; en Arkansas, mediante una auditoría al PBM, se encontró que se había cobrado injustificadamente \$500,000 en un período de tres (3) meses; Wisconsin realizó cambios de un PBM con mayor transparencia y se ahorró más de

150 millones de dólares.¹⁶ Lo cierto es que, con el pasar del tiempo, existen más estados indicando que el implementar una regulación exigiendo mayor transparencia de los PBM ha favorecido la economía del estado.

Por otra parte, consideramos que la implementación de una regulación hacia los PBM no aumentará el costo de los medicamentos de los pacientes. Más bien los PBM encarecen el costo de los medicamentos al ellos retener 'los rebates' que debió haber sido un ahorro o descuento para las aseguradoras o clientes que contratan a los PBM. Encarece, igualmente, el costo de la cubierta de farmacia para los pacientes debido a que al reclamar unos precios por medicamentos más costosos a las aseguradoras, estas se ven obligadas a incrementar el precio de las primas. No obstante, no se les exige a los PBM transparencia absoluta y así evitar que esta situación continúe sucediendo.

Así también, al requerírsele mayor transparencia a los PBM, las farmacias tendrán una mejor disponibilidad de medicamentos. En la medida que las farmacias reciban puntualmente los pagos correspondientes de los PBM al igual de que se les atempere los costos de medicamentos a tiempo razonable, repercute en beneficio tanto de la farmacia como del paciente. El paciente tendrá la disponibilidad del medicamento a su mejor alcance a través de su farmacia predilecta y la farmacia permanecerá económicamente estable para ofrecer el servicio a sus clientes de la comunidad.

Es importante señalar que regular a los PBM no es un capricho sino una obligación que ha sido recalada por agencias federales. El Departamento de Salud Federal, Centro de Medicare y Medicaid, para el año 2012 emitió un reporte dirigido a la evaluación del sistema de salud pública en Puerto Rico, para señalar violaciones y enfatizar la aplicación de reglamentaciones federales relacionadas a la salud. Entre los hallazgos reportados, se reafirmó lo siguiente: "***Puerto Rico does not capture all required ownership, control, and relationship information from the Mi Salud health plans and PBMs***".¹⁷ Por lo que ASES tenía la obligación, según CMS, de regular y monitorear los PBMs. Sobre este particular, ASES indicó en la vista pasada que CMS en diciembre de 2015, confirmó que estaba satisfecho con la acciones correctivas que había tomado ASES; no obstante entre las acciones correctivas que ASES mencionó durante la vista, nunca indicó alguna acción correctiva dirigida específicamente a los PBM's. Sin embargo, debo admitir que solicité copia de la carta para advenir en conocimiento de todos los por menores, pero al momento no me ha llegado. Pero sí puedo afirmar que, de haber realizado algún tipo de acción para la regulación de los PBMs, entre ellas no se encuentran el auditar internamente para validar

¹⁶ Ponencia de la asociación, National Legislative Association on Prescription Drug Prices para el "Subcommittee on Federal Workforce, Postal Service, and the District of Columbia on H.R. 4489, 'The Federal Employees Health Benefit Program Prescription Drug Integrity, Transparency and Cost Savings Act'" presentado el 10 de febrero de 2010.

<https://oversight.house.gov/wp-content/uploads/2012/01/20100223Treat.pdf>

¹⁷ Department of Health and Human Services Centers for Medicare & Medicaid Services; Medicaid Integrity Program; Puerto Rico Comprehensive Program Integrity Review, January 2012, Bonnie Harris, Tonya Fullen, Mark Rogers, Gloria Rojas, Eddie Sottong, Joel Truman,

<https://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Fraud-Prevention/FraudAbuseforProfs/Downloads/PRfy11.pdf>

la data provista por los PBM a ASES, ya que así lo mencionó ASES recientemente en los medios de comunicación.¹⁸ Mientras tanto, cientos de casos son reportados a la Oficina del Procurador del Paciente, (OPP), por pacientes reclamando que les han denegado medicamentos por parte del PBM, por razones puramente económicas.¹⁹ El pasado año, casi dos mil querellas se presentaron a la OPP por problemas de acceso a medicamentos.²⁰

En fin, el Proyecto del Senado 1372 no procura eliminar a los PBM – empresas millonarias no reguladas – sino exigir transparencia en los procesos, costos, pagos y determinaciones de los PBM. Por las razones antes vertidas, la AFCPR endosa el Proyecto del Senado 1372.

Agradecemos la oportunidad que se nos brinda para exponer nuestros comentarios y exhortamos a que se evalúen las sugerencias expuestas en la presente ponencia.

Siempre a su disposición,


Lcda. Idalia Bonilla
Presidenta


Lcda. Marylis Gavillán Cruz
Directora Ejecutiva

¹⁸ *Crisis económica hace más precarios los servicios de farmacia en Puerto Rico*, Ely E. Acevedo Denis, 28 de abril de 2016. Última visita el 24 de mayo de 2016.

<http://periodismoinvestigativo.com/2016/04/crisis-economica-hace-mas-precarios-los-servicios-de-farmacia-en-puerto-rico/>

¹⁹ Véase nota al calce 19.

²⁰ Véase nota al calce 19.