



**PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD
PUERTO RICO**

**MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE
CAMBIO Y REFORMA**

Enero, 2007



**PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD
PUERTO RICO**

Enero, 2007

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
Perfil de sistemas de salud de Puerto Rico.
Washington, D.C: OPS, © 2007.

978 92 75 32824 8

I. Título

1. SISTEMAS DE SALUD
2. FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA
3. PUERTO RICO

NLM WA 525

Washington DC, Mayo 2007

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico *Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe* y puede accederse a www.lachealthsys.org. Para cualquier consulta con respecto a este documento, sírvase contactar con info@lachealthsys.org.

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y fue posible a través del apoyo prestado por la Oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según lo establecido en el Convenio No. LAC-G-00-04-00002-00. Las opiniones expresadas en esta publicación son aquellas del autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede reproducirse y/o traducirse, en parte o en su totalidad, sólo si se usa sin fines comerciales.

AGRADECIMIENTOS

La presente edición del Perfil del Sistema de Salud de Puerto Rico es producto de un trabajo conjunto de funcionarios del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y de la Oficina de Coordinación de OPS/OMS de Puerto Rico. El Perfil fue elaborado por Dalidia Colón Pieretti, Migdalia Vázquez González y Raúl Figueroa Rodríguez del Departamento de Salud. Su contenido se benefició gracias al asesoramiento de Raúl Castellanos, Priscilla Rivas-Loría, Claudia María Suárez de OPS/OMS. Se agradece la cooperación técnica de Mirta Bonifacio, Yairellys Cruz Cruz, Mónica Yadira Cruz, Taína de la Torre, Héctor García, Yaniré García, Sonia M. González Cruz, José Luis Jiménez, Zaira Kianes, Carmen Hiraldo, Christopher Mercado Barreto, Ebenecer Negrón Vázquez, Orlando Rosado, Carlos Vizcarrondo. La responsabilidad por la revisión final y edición correspondió al Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud (HSS), a través de la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (HP) de la OPS/OMS, Washington, D.C.

Los puntos de vista expresados en este documento no representan necesariamente las opiniones de los individuos mencionados aquí o sus instituciones afiliadas.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE ABREVIACIONES	2
PREFACIO	4
1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD.....	6
1.1. CONTEXTO HISTÓRICO Y POLÍTICO	6
1.2. CONTEXTO ECONÓMICO	6
1.3. ANÁLISIS DE LA SITUACION DE SALUD	7
1.3.1. Análisis Demográfico y Epidemiológico	7
1.3.2. Objetivos de Desarrollo del Milenio	13
1.2. DETERMINANTES DE SALUD	16
1.2.1. Determinantes Económicos	16
1.2.2. Determinantes Sociales	17
1.2.3. Determinantes Ambientales	18
2. FUNCIONES DEL SISTEMA	20
2.1. RECTORIA	20
2.1.1. Conducción	20
2.1.2. Regulación	20
2.1.3. Funciones Esenciales de Salud Pública	22
2.2. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO	25
2.2.1. Financiamiento	25
2.2.2. Aseguramiento	28
2.2.2.1. Beneficios.....	28
2.2.2.2. Cobertura Poblacional.....	29
2.3. PROVISIÓN DE SERVICIOS	31
2.3.1. Oferta y Demanda de Servicios de Salud	31
2.3.1.1. Recursos Hospitalarios	31
2.3.2. Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud.....	34
2.3.2.1. Oferta y Distribución de Recursos Humanos	34
2.3.3. Equipo y Tecnología	34
2.3.4. Laboratorios y Farmacias.....	35
2.4. MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD	36
3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/REFORMA	38
3.1. EFECTO SOBRE LAS “FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD”	38
3.2. EFECTO SOBRE LOS “PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA REFORMA”	43
3.3. EFECTO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD.....	50
3.4. ANÁLISIS DE ACTORES	54
BIBLIOGRAFÍA	57

LISTA DE ABREVIACIONES

AAA	Autoridad Acueductos y Alcantarillados
ACAA	Administración de Compensación por Accidentes de Automóviles
ADS	Administración de Desperdicios Sólidos
ASEM	Administración de Servicios Médicos
ASES	Administración de Seguros de Salud
ASSMCA	Administración Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
CDT	Centro de Diagnóstico y Tratamiento
CFSE	Corporación Fondo del Seguro del Estado
CMS	Centro de Medicare y Servicios de Asistencia Médica
DACO	Departamento de Asuntos del Consumidor
DS	Departamento de Salud
ELAPR	Estado Libre Asociado de Puerto Rico
EPA	Environmental Protection Agency (Agencia Federal de Protección Ambiental)
EVN	Esperanza de Vida al Nacer
FDA	Food and Drug Administration (Administración Federal de Alimentos y Drogas)
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
FHCHS	First Hospital Corporation Health Services (Corporación de Servicios de Salud First Hospital)
HCO	Health Care Organization (Organización de Cuidado de Salud)
HRSA	Health Resources and Service Administration (Administración de Recursos y Servicios de Salud)
IPA	Independent Practitioner Association (Grupo de Médicos Independientes)
JP	Junta de Planificación de Puerto Rico
JCA	Junta Calidad Ambiental
MAO	Medicare Advantage Organizations (Organizaciones de Medicare)
MBHO	Manager Behavioral Healthcare Organization (Organizaciones de Cuidado de Salud Mental)
MCO	Manager Care Organization (Organización de Cuidado Dirigido)
MP	Medicare Platino

NV	Nacidos vivos
OCS	Oficina del Comisionado de Seguros
OPP	Oficina del Procurador al Paciente
OPPI	Oficina del Procurador Personas con Impedimento
OPV	Oficina del Procurador de Veteranos
OSHA	Occupational Safety and Health Administration (Administración de Seguridad y Salud Ocupacional de Puerto Rico)
PAM	Programa de Asistencia Médica (Medicaid)
PAN	Programa de Asistencia Nutricional
PBI	Producto Bruto Interno
PBM	Pharmacy Benefit Manager (Administrador de Beneficios de Farmacia)
PCP	Primary Care Physician (Médico de Cuidado Primario)
PEA	Población Económicamente Activa
PNB	Producto Nacional Bruto
PSG	Plan de Salud del Gobierno
SARAFS	Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud
SCHIP	State Children Health Insurance Program (Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños)
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TANF	Ayuda Temporeramente para Familias Necesitadas
TEM	Tribunal Examinador de Médicos
TPA	Third Party Administrator (Administrador Operacional del Plan de Salud del Gobierno)
USDA	United States Department of Agriculture (Departamento Federal de Agricultura)
USGS	United States Geological Survey (Oficina de Servicios Geológicos de Estados Unidos)
USP	Unidades de Salud Pública
WIA	Work Incentive Act (Ley de Incentivos para el Trabajo)

PREFACIO

La Reforma de Salud de Puerto Rico inició su implantación en el 1993 finalizando el proceso de integración de los municipios y las regiones en el 2000. Con la Reforma se impactó significativamente el Modelo de Servicios de Salud en Puerto Rico. La premisa fundamental para este cambio consistió en equiparar los servicios de la población médico indigente con los del sector privado y proveer de libre selección de médicos a través de un Plan de Seguro Médico. Mediante este plan se esperaba garantizar el acceso a servicios de calidad en los niveles primario y secundario, y eliminar la desigualdad a través de una cobertura que satisficiera las necesidades de salud de la población en general.

De esta manera se esperaba eliminar los problemas de inequidad y justicia que se planteaban como problema fundamental con el modelo anterior de acuerdo con los distintos sectores políticos y económicos del sector salud que promovieron y apoyaron la implantación de la Reforma. Todo ello enmarcado en una filosofía de privatización de servicios cuyo uno de sus objetivos era la desgubernamentalización ya que los mismos eran considerados ineficientes y con un alto costo económico para el gobierno. Como consecuencia el modelo de servicios se transformó de un servicio público financiado por el gobierno a uno subcontratado y financiado por el gobierno beneficiando al sector privado de salud.

El proceso de toma de decisiones que se dio antes, durante y después del proceso de reforma no consideró procesos de evaluación ni el desarrollo de indicadores de desempeño para el nuevo sistema. De igual manera no se establecieron indicadores de salud que permitieran medir el impacto de este nuevo modelo en la situación de salud de la población. Las evaluaciones llevadas a cabo por distintos sectores de población apuntaron a limitaciones en el acceso y calidad a los servicios, persistía la desigualdad entre distintos sectores de la población, y existía una población sin acceso a servicios que representaba aproximadamente un 7% de la población.

En este proceso se ha discutido ampliamente el impacto de la Reforma y el nuevo Modelo de Servicios de Salud en prácticamente todos los sectores y grupos del país. Ante esta situación tanto el Ejecutivo como el Departamento de Salud como líder y asumiendo su rol rector se tomaron diversas iniciativas dirigidas a fortalecer el sistema de servicios, reducir costos y explorar alternativas organizacionales mediante la implantación de proyectos pilotos tanto a nivel de municipios como de regiones en el país.

En el 2001 a nivel del Ejecutivo se planteó la Reforma de la Reforma que tenía como objetivo legislar para intervenir con varias de las limitaciones del proceso y para garantizar el acceso y la calidad de servicios y para lograr una operación costo efectiva. Entre estos se legisló para detener la venta de facilidades de salud, se creó la Carta de Derechos del Paciente y se creó la Oficina del Procurador del Paciente.

Como parte de los esfuerzos conjuntos del Departamento de Salud (DS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Puerto Rico desarrolló dos proyectos de gran importancia: la administración del instrumento para la medición de las **Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)** y el **Análisis Sectorial de Salud (ASS)**.

La medición de las **Funciones Esenciales de Salud Pública** forma parte de la **Iniciativa de Fortalecimiento de la Salud Pública en las Américas** de la OPS estuvo dirigida al

mejoramiento de las prácticas sociales de salud pública y al fortalecimiento de las capacidades del DS partiendo de la definición y medición de las funciones. A través de esta iniciativa, se propició el entendimiento y desarrollo de la salud pública y sus funciones esenciales. Además, nos sirvió para evaluar el desempeño de la práctica de la salud pública en Puerto Rico. En el 2001 se llevó a cabo el Primer Taller de Medición con una participación amplia representativa del sector salud a distintos niveles gubernamentales y del sector privado. Participaron además representantes de la academia, profesionales de la salud y la comunidad. En el año 2004 el DS llevó a cabo una segunda medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública.

El Análisis Sectorial de Salud de Puerto Rico se inició en abril del 2004 y finalizó en diciembre de 2004. Como resultado de este esfuerzo, mediante un proceso participativo amplio de distintos sectores del sector salud, se logró articular por primera vez y de manera integrada el sector salud en sus componentes principales y preparar un documento que aportará a los procesos de toma de decisiones, al desarrollo de política pública, al desarrollo de investigaciones y a la planificación de servicios de salud en el país.

Por otra parte en respuesta a la necesidad de evaluar el Sistema de Salud de Puerto Rico el Ejecutivo, el Honorable Gobernador Aníbal Acevedo Vilá, mediante una Orden Ejecutiva ordenó la evaluación del Sistema de Salud y nombró un equipo de trabajo a este propósito. Este grupo a su vez creó diez grupos de trabajo con una participación amplia de todos los sectores que culminó con la presentación del Informe de la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico en noviembre de 2005.

El Perfil de los Sistemas de Salud recoge ambos esfuerzos y los integra con el propósito de presentar el mismo y reconocer una vez más el interés continuo de diversos sectores tanto público como privado de evaluar y monitorear la Reforma de Salud. Una vez más la oportunidad de poner en perspectiva los procesos y la evaluación de los mismos tomando en consideración el objetivo de dirigirnos a un sistema de salud con acceso a servicios de calidad, que garantice la igualdad y sea uno equitativo y a su vez costo eficiente. A esto aspiramos.

1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

1.1. CONTEXTO HISTÓRICO Y POLÍTICO

Puerto Rico es una de las Antillas Mayores ubicadas en el Mar Caribe. Es parte de un archipiélago que consiste de la isla principal y de varias pequeñas islas incluyendo Vieques, Culebra, Mona, Desecheo y Caja de Muertos, que en total tienen una extensión de 9,105 Km². La isla mayor mide 170 Kms. por 60 Kms. Es una isla tropical con un clima agradable durante casi todo el año. Este archipiélago está localizado al este de la República Dominicana y el oeste de las Islas Vírgenes Británicas. La capital es San Juan y está localizada en la costa norte.

Como efecto del descubrimiento de Puerto Rico por los españoles en el 1492, este país perteneció a España durante 500 años. Los años de dominación española dejaron establecidos los cimientos de la cultura puertorriqueña: el idioma español, la religión, las estructuras, iglesias y la cultura popular. En el 1898, Puerto Rico se convirtió en un territorio no incorporado de los Estados Unidos de América, por el Tratado de París que puso fin a la Guerra Hispanoamericana. En 1917, el Congreso de Estados Unidos concedió la ciudadanía estadounidense a los puertorriqueños. En 1952 se aprobó la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, mediante la cual se estableció un sistema de gobierno con autonomía administrativa para asuntos internos exclusivamente, por lo tanto las leyes y reglamentos federales prevalecen por sobre las del país.

El gobierno de Puerto Rico se rige por un sistema de gobierno republicano. Está dividido en tres ramas: Ejecutiva, Legislativa y Judicial, cada una con la misma importancia y con su correspondiente poder y autoridad.

El poder ejecutivo está encabezado por el gobernador, quien nombra y constituye su gabinete de gobierno. La rama legislativa consiste en una Asamblea Bicameral compuesta por el Senado y la Cámara de Representantes. El poder judicial lo ejerce la Corte Suprema de Puerto Rico y el sistema de tribunales. Los miembros de la rama judicial son nombrados por el gobernador y confirmados por el Senado.

El país está dividido en 78 municipios, cada uno administrado por un alcalde y la asamblea municipal. Los funcionarios gubernamentales que rigen los destinos del país, tanto a nivel estatal como municipal, son electos en las elecciones generales que se celebran cada cuatro años. Generalmente, en cada elección participa el 80% del electorado.

1.2. CONTEXTO ECONÓMICO

La economía en Puerto Rico ha experimentado transformaciones estructurales importantes en su proceso de modernización. El proceso de industrialización de la economía que comenzó en la década de los 60, provocó el desplazamiento de la agricultura como el principal sector de la economía. Esto trajo como consecuencia que las oportunidades de empleos que se generaban en las áreas rurales, se desplazaran a las zonas urbanas y costeras. Sin embargo, el proceso de desarrollo de Puerto Rico ha tenido resultados contradictorios tales como: aumentos en los niveles de ingreso de la población, altas tasas de desempleo, la modernización del país, sobre

el 50 por ciento de las familias bajo el nivel de pobreza, aumento significativo en las transferencias federales, cambios mínimos en la distribución del ingreso, comunidades marginadas, un aparato gubernamental relativamente grande, reducción significativa en la capacidad recaudadora del fisco, problemas ambientales, altas tasas de criminalidad, aumento en la violencia familiar, altos niveles de embarazos en la adolescencia, entre otros.

El Producto Nacional Bruto (PNB) para 2004 llegó a \$50,391 millones de dólares, con un incremento de 6.0% con relación al 2003. El ingreso personal a precios constantes para ese año fue de \$9,404.5. De igual forma, el Producto Bruto Interno (PBI) fue de \$78,947 millones en 2004 teniendo una tasa real de crecimiento de 1.9 %. El PBI per cápita a precios corrientes fue de \$20,312 para el mismo año. La composición del PBI por sector de la economía en el 2004 fue la siguiente: manufactura (42.1%); seguros, finanzas y propiedades (17.1%); comercio (11.6%); servicios (9.9%); gobierno (9.6%); transporte y otras utilidades (6.9%); construcción y minería (2.4%) y agricultura (0.3).

La fuerza laboral para 2004 estaba constituida por 1,360 millones personas entre los 16 a 64 años de edad. La distribución de empleados por sector es la siguiente: servicios (28%), gobierno (21%), comercio (21%), manufactura (11%), construcción y minería (7%), finanzas, seguros y propiedades (5%), transporte y otras utilidades (4%) y agricultura (2%). Para 2004 se reportó una tasa de desempleo de 11.4. Los trabajadores de Puerto Rico están cubiertos por la Ley Laboral de los Estados Unidos, por lo tanto el salario mínimo aplicable es de \$5.15 por hora.

Con respecto a la participación laboral, la característica más sobresaliente del mercado de trabajo en Puerto Rico es la baja tasa de participación de los hombres, un problema crónico observado desde décadas anteriores y que ha continuado su tendencia de participación descendente. La tasa de participación de la población total se redujo de 47.3% (1990) a 40.7% (2000). La reducción es mayor en los hombres (de 58.4% a 48.5%) que en las mujeres (37.2% a 33.7%). El censo de 2000 indicó que una de cada cinco personas de la fuerza trabajadora estaba desempleada, teniendo las mujeres un desempleo más alto que los hombres. La región sur presenta el desempleo más alto (27%) y la región metropolitana el desempleo más bajo (14.2%).

1.3. ANÁLISIS DE LA SITUACION DE SALUD

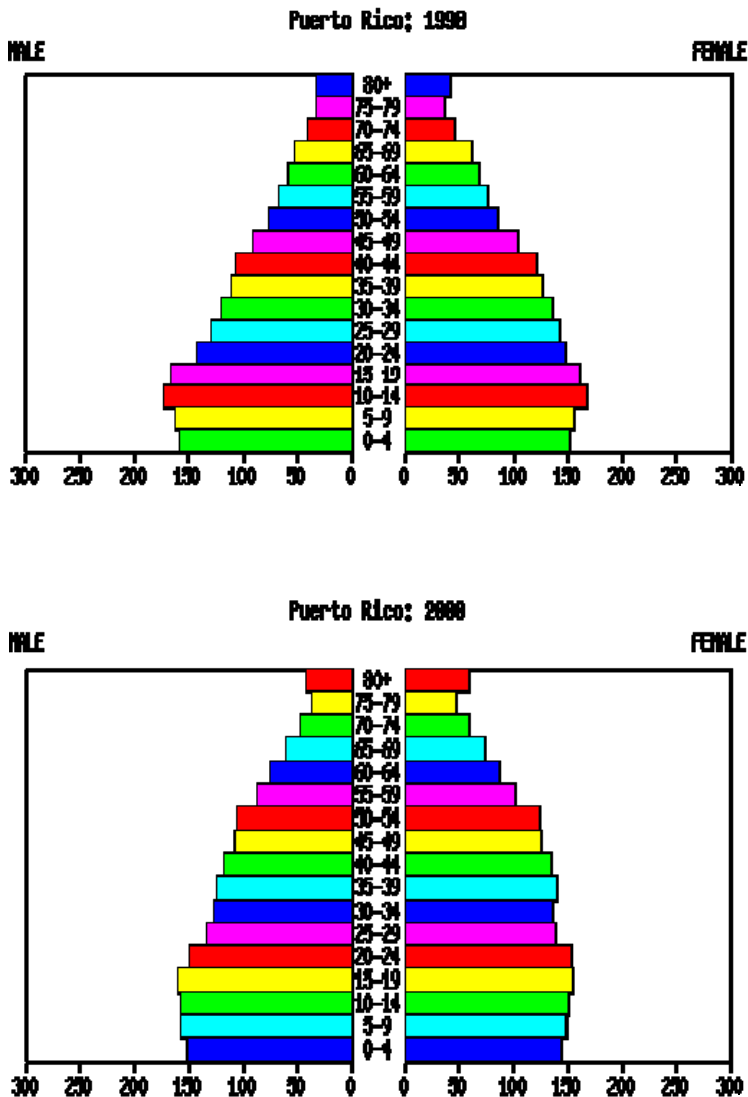
1.3.1. Análisis Demográfico y Epidemiológico

La población estimada del país para 2004 fue 3,898,000¹ habitantes. La tasa promedio anual de crecimiento de la población para el período de 1990-2000 fue de 0.8%. La densidad poblacional en 2004 era 428 habitantes por Km² observándose una distribución geográfica desigual de la población la que se concentra mayormente en la zona costera del noreste. De hecho, una cuarta parte de la población vive en seis municipios que constituyen el área

¹ Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos. 2004. OPS/OMS.

metropolitana de San Juan². Entre 1990 y 2000, la población urbana aumentó de 71.2% a 94.4%³.

Figura 1. Pirámide Poblacional de Puerto Rico, 1990 y 2000



Los hombres constituyen 48.1% de la población total. En la población menor de 20 años hay más hombres que mujeres, pero a medida que aumenta la edad, el número de mujeres aumenta en comparación con los hombres. A partir de los 65 años la diferencia es mucho más marcada. Cuando se compara la composición de edad entre 1990 y 2000, se observa la disminución en la proporción en las edades jóvenes y el aumento en las edades más

² Demografía y familia de Puerto Rico. Universidad de Puerto Rico. Tomado de: www.tendenciaspr.com; sitio visitado el 27 de junio de 2005.

³ Perfil sociodemográfico y análisis de morbilidad asociada a causas selectas en Puerto Rico. Universidad de Puerto Rico y el Departamento de Salud de Puerto Rico. Septiembre 2004.

avanzadas. La mediana de edad de la población aumentó 13% entre 1990-2000, de 28 años a 32 años. En 2000, 11% de la población tenía 65 años o más y 24% correspondió a menores 15 años⁴.

La Esperanza de Vida al Nacer (EVN) en el periodo de 2000-2004, aumentó a 81.1 para las mujeres y 73.7 para los hombres. Las mujeres siempre han tenido una expectativa de vida mayor que la de los hombres, pero a través de los años la diferencia en la entre ambos sexos se ha ido ampliando. Es decir, que la población de mujeres envejecidas es mucho más alta que la de los hombres y por consiguiente, se proyecta que haya una gran cantidad de mujeres en edades avanzadas, viviendo solas.⁵ Entre 1990 y 2000 se observaron aumentos importantes en el indicador de la EVN (2.6 años en hombres y 2.7 años las mujeres).

Tabla 1. TENDENCIA DEMOGRÁFICA

Períodos/ Indicadores	1990-1994		1995-1999		2000-2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Población Total (miles)	1,730	1,846	1,793	1,924	1,855	2,002
Proporción de población urbana	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Proporción de población de menores de 15 años	27.9	25.1	26.2	23.4	24.5	21.7
Proporción de población de 60 años y más	12.9	14.4	13.7	15.7	14.8	17.3
Tasa de crecimiento anual de la población	.52	.60	.63	.73	0.37	0.44
Tasa global de fecundidad	-	2.2	-	2.0	-	1.9
Tasa bruta de natalidad x 1000 habitantes	19.3	17.1	17.9	15.7	15.0	13.1
Tasa bruta de mortalidad x 1000 habitantes	9.3	6.1	9.5	6.6	8.6	6.3
Esperanza de Vida al Nacer	68.8	77.9	71.5	77.2	73.7	81.1
Saldo migratorio	-42,025	-46,828	-18,054	-17,866	-24,279	-24,250

Fuentes: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico
Junta de Planificación de Puerto Rico, Oficina del Censo

La tasa de natalidad se redujo de 23 a 18 nacimientos por cada 1.000 habitantes entre 1980 y 1990. Para el 2004 se redujo a 13.2. La evolución de la tasa global de fecundidad es similar a la tasa de natalidad, siendo esta de 1.9 hijos por mujer para el periodo de 2000-2004. Esta tasa se encuentra bajo el nivel de reemplazo de la población (2.1 hijos) y está entre las más bajas de la Región de las Américas⁶.

Para 2004, la tasa de nacimientos por cesárea en Puerto Rico fue 47.7%. La tasa ideal a nivel internacional es entre 15% y 20%.⁷ Puerto Rico ocupa uno de los primeros lugares en el mundo en la tasa de nacimientos por **cesárea**. Entre las causas para explicar este fenómeno se mencionan las siguientes:

- Los médicos prefieren realizar este procedimiento para evitar casos de impericia médica

⁴ Ídem.

⁵ Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, 2004. Puerto Rico.

- La programación de partos a conveniencia de la embarazada y a los horarios y días de trabajo de los médicos
- Alegada no disponibilidad de médicos en las salas de partos.

Para el periodo de 2000-2004, Puerto Rico registró una tasa de mortalidad general de 7.4 defunciones por 1.000 habitantes. A pesar de que la Isla tiene una población con una estructura de edad vieja, a partir de 1995 (8.3 por 1.000 habitantes) se ha observado un descenso en este indicador, lo que equivale a un disminución de 9.6% entre 1995 y 2004. Los hombres tienen una tasa de mortalidad general mayor que las mujeres, pero con el pasar de los años, la diferencia se ha hecho menor.

Tabla 2. MORBILIDAD Y FACTORES DE RIESGO

Periodo/ Indicadores	1990-1994	1995-1999	2000-2004
Prevalencia de bajo peso al nacer	9.6	10.7	11.5
Tasa de fecundidad en mujeres adolescentes	19.0	20.2	18.1
Prevalencia anual de déficit nutricional moderado y grave en niños menores de 5 años	ND	ND	ND
Prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 120 días de edad	ND	ND	ND
Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario capacitado	99.7	99.7	99.8
Número anual de casos confirmados de enfermedades evitables por vacunación	9,899	6,956	2,374
Incidencia anual de infecciones por influenza	ND	ND	ND
Número anual de casos confirmados de dengue	11,628	7,603	4,093
Número anual de casos confirmados de malaria	11	15	15
Incidencia anual de TBC	7.7	6.1	3.4
Incidencia anual de TBC baciloscopia positiva	ND	ND	ND
Incidencia anual de VIH/SIDA	65.5	232.2	27.0
Razón de casos de VIH/SIDA (hombre/mujer)	3.5	2.8	2.6
Incidencia anual de neoplasias malignas de pulmón	15.4	15.7	15.2
Incidencia anual de neoplasias malignas de mama en la mujer	59.7	73.4	86.7
Incidencia anual de neoplasmas malignas de cuello útero	10.5	10.9	9.8

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico

Las enfermedades del corazón continúan siendo la principal causa de muerte en la actualidad, sin embargo muestran una disminución marcada a través de los años. La mayoría de las enfermedades del corazón se redujeron considerablemente. Las muertes por esta enfermedad se concentran principalmente en las personas de edad avanzada.

La segunda causa de muerte son las neoplasias malignas, seguido de diabetes, las enfermedades cerebrovasculares y Alzheimer. La enfermedad pulmonar crónica, las enfermedades hipertensivas, todos los accidentes externos, la neumonía e influenza y la nefritis y nefrosis completan la lista de las primeras 10 causas de muerte. Si analizamos las causas de muertes por sexo encontramos diferencias importantes. Entre los hombres, los tumores malignos son la principal causa de muerte, mientras que en las mujeres lo son las enfermedades del corazón. Un dato importante que debemos mencionar es que en los hombres, los accidentes externos y los homicidios son dos de las primeras diez causas de muerte, mientras que en las mujeres esas causas no se encuentran entre las primeras 10. En cuanto a las mujeres, las primeras cinco causas de muertes son por enfermedades crónicas. Las muertes por Alzheimer en las mujeres es casi el doble que en los hombres. La mortalidad por SIDA se ha reducido grandemente y se encuentra ahora en la decimocuarta posición luego de haber estado entre las primeras diez causas de muerte durante gran parte de la década de los noventa.

Tabla 3. TASAS DE MORTALIDAD

	General	Materna	Enfermedades transmisibles de reporte obligatorio	TBC	SIDA	Malaria	Enfermedades del aparato circulatorio	Enfermedades Neoplasias malignas	Causas externas
Periodos									
1990-1994	7.7	16.6	40.5	1.9	37.8	0.0	239.9	120.2	73.0
1995-1999	8.0	14.5	32.1	1.5	26.3	0.0	239.0	122.0	73.8
2000-2004	7.4	13.7	18.2	0.4	16.0	0.0	206.0	123.6	58.5
Género									
Hombres	8.6	-	-	0.6	25.2	0.0	224.6	146.9	103.3
Mujeres	6.3	13.7	-	0.3	7.5	0.0	189.2	102.3	17.0
Zona Geográfica									
Urbana	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico

Las muertes violentas son una de las principales causas de muerte entre la población de adolescentes y adultos jóvenes en Puerto Rico. Los homicidios han sido la principal causa de muerte violenta a partir de la década de los noventa, en la que se llegó a registrar una tasa de 28 por cada 100.000 habitantes en el año 1994, afectando principalmente a hombres y adultos jóvenes. Las tasas de homicidios en Puerto Rico tienen unos niveles muy altos en comparación con la mayoría de los países de Las Américas. Los accidentes de tránsito registraron una tasa de 13.7 en el 2004 y se encuentra en uno de los niveles más bajos de los últimos años. De igual forma, se observa una tendencia ascendente en los suicidios en los últimos dos años, con una tasa de 7.4 por cada 100.000 habitantes en el 2004, luego de que en el 2002 experimentó la tasa más baja de los últimos 40 años (6.4 por 100.000 habitantes).

La tasa de mortalidad materna en Puerto Rico se caracteriza por oscilaciones, con un promedio de 14.5 muertes por 100,000 nacidos vivos (nv) durante el periodo de 1991-2004. En el 2004 la tasa fue de 17.6 por 100,000 nv. Sin embargo, la División de Madres y Niños del Departamento de Salud ha realizado varios estudios de expedientes de mujeres que fallecieron en un periodo de un año luego de haber ocurrido un nacimiento, para determinar si cumplían con los criterios de muerte materna. Mediante estos, han identificado un subregistro de casi el doble de casos versus los informados en las Estadísticas Vitales del Departamento de Salud.

Del 1991 al 2003, en el Informe de Estadísticas Vitales se registraron 114 casos para una tasa promedio de 14.5 mientras que el Sistema de Vigilancia de Muertes Maternas registró 208 casos para una tasa de 26.4. Las fallecidas presentaban las siguientes características: eran mayormente entre 20-34 años (60%), casadas (45%), con educación menor al cuarto año de escuela superior (65%), amas de casa (51%) y residentes en áreas rurales (55%). La mayoría de las muertes de estas madres ocurrieron en el hospital. Las principales causas de muerte fueron los desórdenes hipertensivos (32%) (pre-eclampsia y eclampsia); en segundo lugar las muertes tempranas en el embarazo (11%) (Embarazos ectópicos, abortos espontáneos e inducidos) y las muertes súbitas (11%) (Embolias pulmonares y de líquido amniótico). De las muertes, 7% estuvieron asociadas a sangrados. Es menester señalar que la diferencia estriba en el método para el recogido de los datos, ya que en las Estadísticas Vitales se recopila el dato del certificado de defunción y no se tiene a la mano el beneficio de la información contenida en el expediente de la fallecida.

La mortalidad infantil presenta una tendencia descendente constante. De una tasa de 13.4 por 1,000 nacidos vivos (nv) en 1990 ha ido disminuyendo hasta una de 8.1 por 1,000 nv en el 2004.

En el año 2004, la tasa de mortalidad neonatal fue 6.1 por 1,000 nv y la tasa de mortalidad postneonatal fue 2.0 por 1,000 nv. Los desórdenes relacionados con una gestación corta y con la malnutrición fueron la primera causa de mortalidad infantil. (3.5 por 1,000 nv); las anomalías congénitas ocuparon el segundo lugar (1.1 por 1,000 nv) y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal (0.45 por 1,000 nv) fueron la tercera causa. La gran mayoría de las condiciones presentan una mayor prevalencia en las niñas que en los niños.

Tabla 4. Mortalidad Infantil

Características	Neonatal (0 a 28 días)	Post neonatal (28 días a 1 año)	Infantil (0 a 1 año)	Post-Infantil (1 a 4 años)	Total (1-5 años)
Periodo					
1990-1994	9.2	3.6	12.8	1.7	1.9
1995-1999	8.2	3.2	11.4	1.5	1.7
2000-2004	7.1	2.6	9.3	1.0	1.2
Causas					
Afecciones originadas en el periodo perinatal	.45	0.0	.45	ND	ND
Enfermedades infecciosas intestinales (EDA)	.22	0.0	.22	ND	ND
Enfermedades de las vías respiratorias agudas (IRA)	.45	0.0	.45	ND	ND
Anomalías Congénitas	.72	.39	1.1	ND	ND
Deficiencias de la nutrición	3.5	0.0	3.5	ND	ND
Otras Causas	.78	1.6	2.4	ND	ND
Zonas geográficas					
Urbana	ND	ND	ND	ND	ND
Rural	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico

Según datos del Estudio Continuo de Salud (ECS) de Puerto Rico para el año 2003 la prevalencia de las principales condiciones de salud en la isla fueron la hipertensión (14.8%), asma (12.2%), diabetes (7.8%), artritis (7.3%) y sinusitis crónica (7.1%). Para la población

menor de 18 años, las principales condiciones fueron asma (21%), sinusitis crónica (7.3%) y rinofaringitis aguda (6.4%). En la población de 18 a 44 años las principales condiciones son asma (10.0%), sinusitis crónica (8.3%) y migraña (7.0%). En la población de 45 a 64 años se destacan la hipertensión con un 30.5%, diabetes (15.2%) y artritis (12.6%). En la población de edad avanzada (65 años y más) la hipertensión es la condición que mayor prevaencia presenta con 46.8%), seguida de artritis (32.3%) y diabetes (27.5%).

Enfermedades transmisibles de notificación obligatoria en Puerto Rico⁹

El análisis de la morbilidad de las condiciones de notificación obligatoria de mayor frecuencia durante el periodo de 1990 al 2004, se observa lo siguiente:

Las enfermedades entéricas de mayor incidencia fueron salmonelosis, hepatitis A, shigelosis campylobacteriosis y giardiasis. Las tasas de mayor morbilidad para enfermedades entéricas, informadas durante el año 2003, fueron las siguientes: salmonelosis 20.7, giardiasis 9.4, hepatitis A, 2.6, shigelosis y campylobacteriosis, ambas con 0,9 casos por 100.000 habitantes.

Entre las enfermedades clasificadas de Categoría II, las de mayor incidencia del 1990 al 2003, fueron los síndromes gripales e influenza, gastroenteritis, conjuntivitis y meningitis. Las tasas de morbilidad para estas enfermedades se mantuvieron bajo el nivel esperado, excepto para los años en que hubo brote. Cabe señalar que durante los años 1993 y 2003 se presentaron brotes de conjuntivitis a nivel de todo Puerto Rico, con una tasa de incidencia de 1,453.20 y 1,437.96, respectivamente.

1.3.2. Objetivos de Desarrollo del Milenio

El gobierno de Puerto Rico no se ha pronunciado oficialmente como que haya adoptado los Objetivos del Milenio para desarrollarlo en su política pública, sin embargo siete de los ocho objetivos establecidos forman parte del programa de gobierno desde hace varios años. De hecho, hay agencias de gobierno cuya finalidad se centra en lograr algunos de los objetivos y las metas propuestas. Por otro lado, hay otras agencias que han desarrollado programas y estructuras paralelas para atender necesidades plasmadas en metas contenidas en otros de los objetivos.

Objetivo1- Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Meta 1 –El salario mínimo establecido para los trabajadores en Puerto Rico es de \$5.15 por hora. El Departamento del Trabajo garantiza el cumplimiento de esta ley y se asegura que ningún empleado cobre menos de esa cantidad.

Meta 2 -El Departamento de la Familia mantiene varios programas federales cuyo propósito es proveer ayuda económica para que las personas necesitadas, especialmente las madres con niños tengan un ingreso que les asegure el alimento diario. Entre estos podemos mencionar los siguientes; Programa de Asistencia Nutricional (PAN), Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y el Programa de Distribución de Alimentos. Además las familias de escasos recursos económicos reciben servicios y ayudas gubernamentales para diferentes propósitos tales como: Oportunidades de Empleo a Participantes del PAN, Rehabilitación Económica y Social de las Familias, Subsidio para energía eléctrica, Subsidio para el servicio de agua, Cuido extendido de niños para madres trabajadoras, Pago de vivienda o Vivienda

subsidiada, Pago por estudio bajo la ley de Incentivos para el Trabajo (Work Incentives Act, WIA)

Objetivo 2 -Lograr la enseñanza primaria universal

Meta 3- El Departamento de Educación ofrece educación pública, gratuita y accesible a toda la población estudiantil, desde kinder hasta el decimosegundo grado. Es mandatario por ley recibir servicios educativos, ya sea de forma privada, pública o en el hogar desde los 5 hasta los 21 años o desde kinder hasta el grado doce.

Objetivo 3- Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer

Meta 4 - .La Constitución de Puerto Rico consagra el derecho a la educación a toda persona independientemente de su raza, religión, sexo, condición física y mental. El Departamento de Educación tiene la responsabilidad de implantar este mandato garantizando el derecho a la educación a todo estudiante. De hecho, la mayoría de los estudiantes en las escuelas públicas son de sexo femenino. También cada año se gradúan más mujeres que varones de decimosegundo grado, de universidad y de cursos técnicos.

Objetivo 4 – Reducir la mortalidad infantil

Meta 5. El Departamento de Salud cuenta con la División de Madres, Niños y Adolescentes cuya misión es fomentar un estado de salud óptimo en las mujeres en edad reproductiva, en los infantes, en los niños, los adolescentes y las familias mediante un sistema de servicios integrados de salud. Estos servicios se instrumentan a través de diversos programas para este propósito. También cuenta con un Sistema de Vigilancia de Mortalidad Infantil que facilita el recogido de datos y de análisis de información para el desarrollo de política pública dirigida a promover el bienestar de los niños. Gracias a las iniciativas del Departamento de Salud la mortalidad infantil refleja un descenso constante desde el 1990 que reflejó una tasa de 13.4 por 1,000 nv hasta el 2004 que tuvo una tasa de 8.1 por 1,000 nv.

Objetivo 5 – Mejorar la salud materna

Meta 6. La División de Madres, Niños y Adolescentes también aboga por el bienestar de las mujeres embarazadas por lo cual recientemente desarrolló un Sistema de Vigilancia Materna. Mediante este, realizan estudios e investigaciones para detectar y prevenir posibles causas de muertes. La mortalidad materna reflejó oscilaciones que varían desde una tasa de 21.7 por 100,000 nv en el 1992 hasta una tasa de 6.6 en el 1998. La tasa en el 2003 fue de 13.8 y la tasa promedio del 1990 hasta el 2003 fue de 14.5 por 100,000 nv.

Objetivo 6 - Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Meta 7. El Departamento de Salud creó la Oficina de Asuntos de VIH/SIDA y Enfermedades Transmisibles desde el 1990 para atender la situación del SIDA en Puerto Rico. Esta oficina tiene como prioridad documentar la tendencia de las enfermedades transmisibles en Puerto Rico. A estos efectos desarrollan diversas actividades para impactar mediante intervenciones primarias y secundarias tanto en la parte clínica como educativa a los grupos de alto riesgo. Por otra parte es responsable de ofrecer servicios a esta población para lo que cuenta con seis

programas que impactan tanto al individuo como a la familia. Como resultado de las estrategias de prevención, detección temprana, provisión de medicamentos y tratamientos se ha logrado prolongar la vida de estos pacientes. Las muertes por SIDA se han reducido grandemente así como el contagio de nuevos casos. En el 1990 se registraron 1,883 casos de SIDA, por los próximos años la cifra de contagiados aumentó hasta el 1993 cuando se registró el mayor número de casos con 2,671. De ahí en adelante ha reflejado un descenso constante hasta el 2005 cuando se registraron solo 828 nuevos casos. Desde hace varios años no nacen niños contagiados con SIDA pediátrico.

Meta 8 – El paludismo o malaria no es una enfermedad endémica de Puerto Rico, por lo que los pocos casos que se registran se dan en personas que han viajado fuera del país y regresan contagiados con la enfermedad. Del 1990 al 2004 se registraron un total de 41 casos, para un promedio de 2.7 casos por año, siendo el 1997 el de mayor número de casos con 8. En el 2004 no se registró ningún caso.

Objetivo 7- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Meta 9. La Junta de Calidad Ambiental, el Departamento de Recursos Naturales, la Junta de Planificación y la Agencia Federal de Protección Ambiental (EPA por sus siglas en inglés) son las agencias gubernamentales responsables de velar por la protección y el uso adecuado del medio ambiente en Puerto Rico. Estas han desarrollado diversos proyectos, estrategias e iniciativas para fomentar el desarrollo sostenible así como revertir posibles daños al ambiente y los recursos naturales. Entre estas iniciativas podemos mencionar los siguientes: Programa de Reciclaje, Reforestación de áreas urbanas, Limpieza de los ríos y embalses, Imposiciones de multas por contaminación de los recursos, Revertir la canalización inadecuada de ríos y quebradas y otras.

Meta 10. Según los datos del censo del 2000, el 99% de la población contaba con conexión domiciliar de agua potable. Por otro lado, la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados (AAA) informa que al 2005 tenía registrados 1, 174,000 clientes residenciales (hogares) con servicio de agua potable de esta agencia. Si utilizamos el número de hogares informados en el censo del 2000 que fue 1, 261,329 se puede interpretar que el 93.1 % de los hogares cuentan con este servicio. Además, existen varias comunidades que han desarrollado su propio sistema de agua potable. Según los estimados de la División de Agua Potable del Departamento de Salud aproximadamente un 2% de los hogares recibe servicio de esos sistemas comunitarios. Igualmente, la AAA informa que 678,000 hogares, o sea el 54% tenían conexión al sistema de alcantarillados. El suministro de agua en las zonas urbanas es regular durante todo el día y todos los sistemas de agua potable se desinfectan mediante las plantas de tratamiento.

Meta 11-No se ha trabajado esta meta.

Objetivo 8 -Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Entendemos que este objetivo no aplica a Puerto Rico ya que la Constitución del Estado Libre Asociado no permite establecer transacciones comerciales ni tratados con otros países por cuenta propia. Lo que puede establecer son acuerdos cooperativos, de intercambios y redes de apoyo.

1.2. DETERMINANTES DE SALUD

1.2.1. Determinantes Económicos

El sector de los servicios de cuidado de salud es un componente importante de la economía de Puerto Rico. Durante el periodo del 1999 al 2003 los gastos en el sector salud ascendieron de \$10.1 a \$12.2 billones de dólares a precios corrientes. Este crecimiento en los gastos se refleja tanto el crecimiento real en la cantidad de recursos consumidos por el sector, como en el crecimiento o la inflación de los precios de dichos recursos.

El sector público es un componente importante en la provisión y el financiamiento de los gastos en servicios de cuidado de la salud de Puerto Rico. Desde la década de los cincuenta Puerto Rico mantuvo un sistema de salud dual, con un importante componente público dirigido primordialmente a atender las necesidades de los médico-indigentes. En el año 1993, el gobierno aprobó una Reforma de Salud que se implantó gradualmente a toda la isla entre los años 1994 y 2000. El objetivo principal de la Reforma de Salud era eliminar el sistema dual y facilitar el acceso de los médico-indigentes a los servicios por el sector privado.

Los gastos en servicios de salud reflejan la demanda por servicios de cuidados de salud de los consumidores. En el 1980 las familias puertorriqueñas dedicaban un 6.7 por ciento de sus gastos de consumo personal a los servicios médicos y medicinas. Esta proporción se incrementó a 10.8 por ciento en 1990 y alcanzó un 17.0 por ciento en el 2000.

Tabla 5. TENDENCIAS DE ALGUNOS INDICADORES ECONÓMICOS

Indicadores	2000-2005	Notas Técnicas
PIB per cápita en dólares, en precios constantes según año base.	\$2,757	
Gasto público per capita.	\$2,299	
Población Económicamente Activa (PEA):	1,385,000	
PEA 15-59 años.	1,238,000	
PEA población empleada.		
Gasto Público total, como porcentaje del PIB.	20%	
Gasto público en salud, como porcentaje del PIB.	9%	Incluye: Servicios médicos de salud (Gastos de la tarjeta de salud, gastos medicare y otros gastos federales)
Gasto público en servicios de salud, como porcentaje del PIB.	13%	Incluye gastos del gobierno y privados
Gasto privado en salud.	\$4,341	Incluye gastos en servicios de salud
Gasto de bolsillo (% gasto total en salud).	30%	Gastos en medicinas con relación al total
Tasa de Inflación anual	8.7%	
Remesa en términos de % PIB.	ND	
Deuda externa % con relación al PIB.	48%	
Porcentaje de hogares con jefatura femenina.	21.3%	Según Censo de Población y Vivienda de Puerto Rico 2000
Servicios de la deuda externa % en relación al PIB.	ND	

Fuente: Junta de Planificación de Puerto Rico

A pesar del incremento en los gastos de consumo en servicios de salud tanto de las personas como del gobierno, al comenzar la década del 1990 gran parte de la población no disponía de servicios médicos adecuados (Informe Económico al Gobernador, 1996). Esto se atribuye a que existía una alta proporción de familias con ingresos bajo el nivel de pobreza, y estas no podían utilizar los servicios médicos del sector privado, dependiendo así de los servicios que ofrecía el gobierno. De acuerdo al Censo de Población del 1990, el 55.3 por ciento de las familias se encontraban bajo el nivel de pobreza en el año 1989. Dicha proporción era aún mayor en algunos municipios especialmente los del interior de la isla como Adjuntas (79.2), Orocovis (75.1), Lares (74.1), Comerio (73.7) y Jayuya (73.5). El alto porcentaje de familias bajo el nivel de pobreza estuvo acompañado, durante las últimas décadas, por un alto ritmo de crecimiento en los costos por servicios médicos.

Entre el 1980-1992 el ingreso personal per capita creció a un ritmo promedio de 2.1 por ciento anual, mientras que el índice implícito de precios de servicios médicos manifestó un alza promedio anual de 5.9 por ciento. Esta tasa de crecimiento sobrepasó, a su vez, el crecimiento promedio del índice de precios implícito de los gastos de consumo personal, el cual mostró un incremento promedio anual de 3.2 por ciento durante esos años.

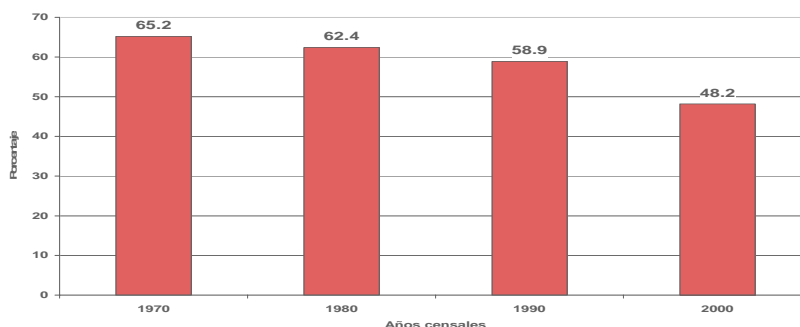
En el 1990 el Departamento de Salud contaba con 1,000 médicos para proveerle servicios de salud a 1.8 millones de personas en Puerto Rico. Por el contrario, existían 7,000 médicos para ofrecerle servicios privados al restante 1.7 millones de personas (la otra mitad de la población), que poseían algún tipo de seguro médico. En este 1.7 millones de personas, el 1.2 millones tenía seguro privado; 0.3 millones tenían Medicare Parte A y B; y 0.2 millones eran empleados públicos con parte de la prima pagada por el gobierno central. De los 1.8 millones de personas que no tenían seguro médico, cerca de 0.9 millones participaban del programa Medicaid federal y unos 0.3 millones participaban del estatal. Los restantes 0.6 millones constituían una población flotante no asegurada. Es de aquí que se deduzca que la mayor parte de los beneficiarios de los servicios de salud públicos eran médico indigentes.

1.2.2. Determinantes Sociales

Niveles de Pobreza

Los niveles de pobreza en Puerto Rico están definidos por el Censo de Estados Unidos. Según los criterios del Censo, los niveles de pobreza en Puerto Rico han estado disminuyendo de 65.2 % en 1970 a 62.4 % en el 1980, 58.9 % en el 1990 y 48.2% en el 2000.

Figura 2. Población Bajo el Nivel de Pobreza



Esta última década ha representado la disminución más dramática en el porcentaje de población por debajo de los niveles de pobreza. El número de personas se redujo de 2,057,377 a 1,818,687 entre los años 1990 y 2000.

Si se examina el porcentaje de población por debajo y por encima del nivel de pobreza por diferentes categorías de edad, se observa que existen más personas bajo el nivel de pobreza desde el nacimiento hasta los 17 años (66.8 en 1990 y 58.4 en el 2000), comparada por cada categoría de edad considerada. De los 18 años en adelante se observa una mejoría en los niveles de pobreza hasta la categoría de 75 años o más, que refleja un balance entre los que están por debajo y por encima del nivel de pobreza.

Del total de la población bajo el nivel de pobreza los varones representan un 46.7 por ciento y las mujeres el 53.3. Cabe destacar que hay cambios importantes en el patrón por edad. El mayor descenso, se observó en la población de 65 años o más, tanto para los hombres como para las mujeres, aunque para los primeros fue mayor. Esto llevó a que por primera vez se observe que la población envejecida tiene tasas de pobreza más bajas que las de la población adulta en edades laborales y los niños. Entre 1990 y 2000 la pobreza entre los viejos disminuyó de 57.5 % a 44.0 %, una disminución absoluta de 13.5 %. De acuerdo al censo del 2000, el 48.2% del total de la población y el 44.6% del total de las familias viven bajo el nivel de pobreza. En 68 de los 78 municipios, el 50% de la población vivía bajo el nivel de pobreza. La distribución de la pobreza por Municipio muestra que el área con mayores niveles de pobreza es el centro de la Isla.

Educación

La matrícula escolar en Puerto Rico, refleja ciertas diferencias por género. En los grados escolares más bajos, la matrícula masculina excede levemente la femenina, hasta el grado 12, principalmente en las escuelas privadas. De ahí, hasta los niveles universitarios comienza a acentuarse la diferencia, siendo el género femenino el de mayor matrícula.

Según el censo de 1990, el porcentaje de población analfabeta (de 15 años o más) fue de 13.1. El censo del 2000 refleja que éste disminuyó a 10.4 (227,185 personas). El nivel de escolaridad de la población de 25 años y más continuó aumentando durante la década del noventa. En el año 2000 tres de cada cinco personas había completado la escuela superior y una de cada cuatro (25.4 por ciento) había completado algún grado universitario (grado asociado o bachillerato) y otro 12.2 por ciento había asistido a la universidad sin completarla. Las mujeres tienen un nivel más alto de escolaridad que los hombres, especialmente los que han completado un grado universitario (21.5 por ciento mujeres y 17.9 por ciento hombres). Al analizar el nivel de escolaridad para la población de 16 a 19 años durante el 2004, se observa un aumento general en la asistencia a la escuela de 65.5 por ciento a 78.3 por ciento. Por otro lado, la deserción escolar fluctúa de 0.4 a 0.5 por ciento anualmente, lo que representa aproximadamente 3,000 estudiantes.

1.2.3. Determinantes Ambientales

Contaminación del Agua

La calidad de las aguas varía desde condiciones excelentes en las zonas montañosas a condiciones que no cumplen con los estándares de calidad de la Junta de Calidad Ambiental

(JCA) y de la Agencia de Protección Ambiental (EPA por sus siglas en inglés) en ríos, embalses y acuíferos. Las aguas superficiales en Puerto Rico, son de calidad generalmente pobre debido a descargas sanitarias, agrícolas e industriales. Informes de la JCA y la EPA del 2003 estimaron que aproximadamente el 40% de los cuerpos de agua no cumplen con los estándares de calidad de agua. Estudios de la Oficina de Servicios Geológicos de Estados Unidos (United States Geological Survey, USGS por sus siglas en inglés) y la JCA a través de la Isla demuestran que los contaminantes principales en las aguas superficiales incluyen bacterias de origen fecal, nutrientes y compuestos orgánicos volátiles (USGS, 2002). Estos contaminantes provienen de plantas de tratamiento, actividades agrícolas, pozos sépticos y descargas domésticas. Se han identificado aproximadamente 19 lugares en la Isla donde existe contaminación severa de los acuíferos, impidiendo que se puedan utilizar para consumo humano. El recurso de agua también se ve afectado por el uso de los terrenos. La urbanización indiscriminada de los terrenos, la remoción de la flora y la corteza terrestre, contribuyen a alterar los procesos en las cuencas hidrológicas.

Según los datos del censo del 2000, el 99% de la población contaban con conexión domiciliar de agua potable. Por otro lado, la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados informa que al 2005 tenía registrados 1,174,000 clientes residenciales (hogares) con servicio de agua potable de esta agencia. Si utilizamos el número de hogares informados en el censo del 2000 que fue 1,261,329 se puede interpretar que el 93.1% de los hogares cuentan con este servicio. Además, existen varias comunidades que han desarrollado su propio sistema de agua potable, según los estimados de la División de Agua Potable del Departamento de Salud de Puerto Rico aproximadamente un 2% de los hogares recibe este servicio de esos sistemas comunitarios. Igualmente, la AAA informa que 678,000 hogares, o sea el 54% tenían conexión al sistema de alcantarillados. Se informa que el suministro de agua en las zonas urbanas es regular todo el día y todos los sistemas de agua potable se desinfectan mediante las plantas de tratamiento.

Desperdicios sólidos

El manejo de los residuos sólidos enfrentó una crisis en el 1976 debido a la implantación de la Ley de Conservación y Recuperación de Recursos "**Resources Conservation and Recovery Act-RCRA**" por el Congreso de los Estados Unidos. Esta ley impuso restricciones al método de rellenos sanitarios lo que provocó el cierre de 34 vertederos dejando únicamente 29 en operación. A partir de ese momento, el gobierno trató de implantar una política pública dirigida al reuso, reciclaje y el tratamiento termal de los residuos pero la misma no produjo los efectos esperados. Como el sistema de relleno sanitario continuó siendo el principal método de disposición, en estos momentos enfrentamos otra crisis. De mayo a agosto de 2006 la EPA ha decretado el cierre de 5 vertederos adicionales en un plazo de un año. Estos vertederos procesan el 29% de los desperdicios y el gobierno dispone de un año para tomar las medidas pertinentes. Estimados de la Administración de Desperdicios Sólidos (ADS) indican que en el país se generan casi 5 millones de toneladas de desperdicios anualmente, de las que casi 2,600,00 son domésticos (3.91lbs. por persona por día). La mayor parte de estas se procesan en vertederos municipales y sólo el 15% se recupera para reciclado.

Contaminación del Aire

La calidad de aire en Puerto Rico en su mayoría cumple con los parámetros de calidad establecidos, aunque ocasionalmente la EPA impone multa a la Autoridad de Energía Eléctrica por emisiones de azufre con mayor concentración a lo permitido. Un factor determinante que contribuye a la contaminación del aire es el uso excesivo de vehículos de motor. Se calcula

que en el 2005 en la Isla había aproximadamente 1,000,000 de automóviles. La dependencia en el automóvil tiene una repercusión en la contaminación del aire por las emisiones de monóxido de carbono.

2. FUNCIONES DEL SISTEMA

2.1. RECTORIA

Puerto Rico aún no ha efectuado su medición de rectoría. Sin embargo se han llevado a cabo evaluaciones que nos permite identificar en términos generales características dentro de algunos de los componentes de rectoría.

2.1.1. Conducción

- Se cuenta con una amplia base de datos de salud, para morbilidad y mortalidad, la cual es manejada a través de un repositorio de datos que ha integrado los principales bancos de datos de salud.
- Datos son accesibles y de calidad.
- Falta de capacidad institucional para el desarrollo de análisis de situación de salud.
- Existe definición de prioridades y objetivos basado en compromisos programáticos, la incorporación de la política prevención del Departamento de Salud de Estados Unidos del Plan de Gente Saludable 2010, la medición de las FESP, sistemas de vigilancia, e indicadores de salud.
- Se crean alianzas con los distintos representantes del sector salud para la implantación de la política y programas de salud.
- Capacidad de movilización de recursos para el cumplimiento de la política de salud.
- Inicio de programas de salud a nivel de la comunidad.
- Medimos pero no evaluamos.

2.1.2. Regulación

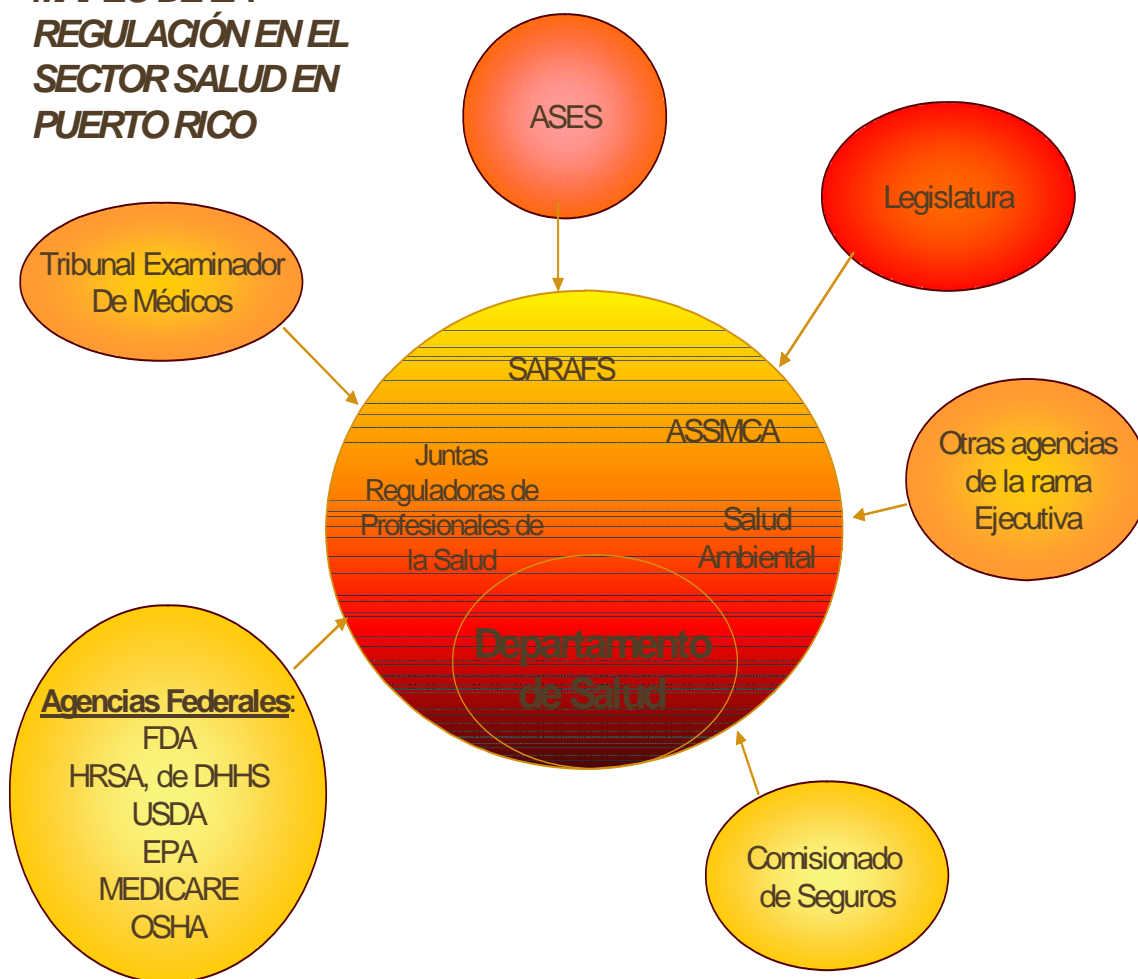
- Se cuenta con un amplio marco legal que garantiza el acceso, la equidad y la participación. La DS cuenta con entes regulatorios que le son propios y externos.
- Acredita y certifica las instalaciones de salud tales como laboratorios, farmacias, hospitales, centros de diagnóstico y tratamiento, hospicios, casas de salud, calidad del agua, alimentos, tecnología, los profesionales de la salud
- Se regulan efectivamente los alimentos, medicamentos, equipamientos tecnologías, ambiente y profesionales de la salud.
- Contamos con reglamentación para el uso efectivo de los fondos asignados.
- Contamos con los recursos para hacer cumplir la reglamentación (leyes penalización, sanciones).
- Existen convenios de la DS con agencias reguladoras externas.
- Como parte de la reglamentación se cuenta con recursos para el monitoreo que garantiza el cumplimiento.
- No contamos con la capacidad para y fiscalizar y controlar la disponibilidad de recursos humanos y garantizar su suficiencia.

- Contamos con mecanismos para una fiscalización con un alto grado de transparencia mediante vistas administrativas.

MAPEO DE LA FISCALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD EN PUERTO RICO



MAPEO DE LA REGULACIÓN EN EL SECTOR SALUD EN PUERTO RICO



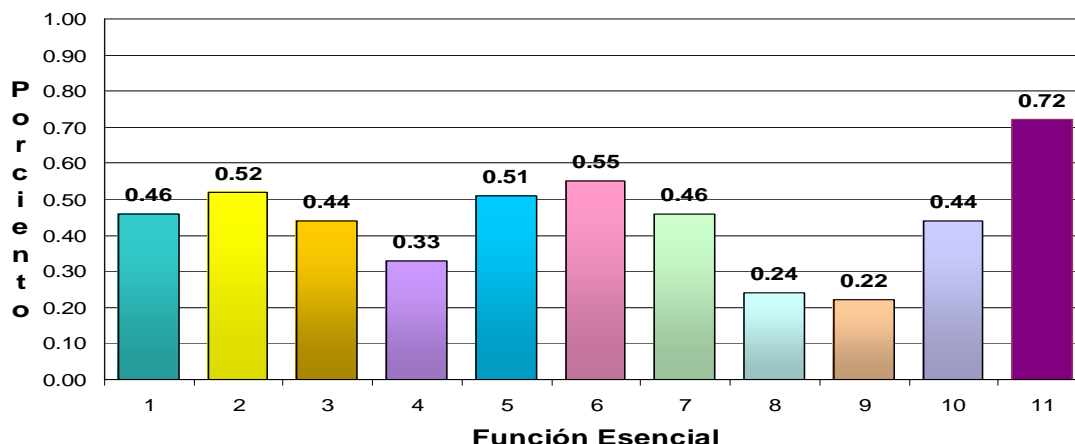
2.1.3. Funciones Esenciales de Salud Pública

Medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública

La medición de las **Funciones Esenciales de Salud Pública** forma parte de la **Iniciativa de Fortalecimiento de la Salud Pública en las Américas** de la OPS dirigida al mejoramiento de las prácticas sociales de salud pública y al fortalecimiento de las capacidades de la Autoridad Sanitaria partiendo de la definición y medición de las funciones. A través de la implantación de esta iniciativa, se propició el entendimiento y desarrollo de la salud pública y sus funciones esenciales. Además, nos sirvió para evaluar el desempeño de la práctica de la salud pública en Puerto Rico. El 17 de octubre de 2001 se llevó a cabo el Primer Taller de Medición con una participación de 168 personas representativas del sector salud a distintos niveles gubernamentales y del sector privado. Participaron además representantes de la academia,

profesionales de la salud y la comunidad. Se constituyeron seis grupos de trabajo, agrupando dos funciones por grupo.

Funciones Esenciales de Salud Pública - Puerto Rico, 2001



Resultados de la Primera Medición

De las funciones evaluadas dos terceras partes reflejaron un desempeño menor al 50 por ciento. La función (11), **Reducción de Impacto de Emergencias y Desastres en Salud** obtuvo la puntuación más alta respecto a las demás funciones. Esto puede interpretarse como resultado al énfasis que ha puesto el país en el tema de manejo de desastres tanto en capacitación como en funcionamiento. En segundo lugar, la función (6); **Fortalecimiento de la Capacidad Institucional de Reglamentación y Evaluación del Cumplimiento de Salud Pública**. Se percibe que en Puerto Rico el nivel de reglamentación es uno amplio. En tercer y cuarto lugar se ubican las funciones (2), **Vigilancia de Salud Pública, Investigación y Control de Riesgos y Daños a la Salud Pública** y (5), el **Desarrollo de Políticas y Capacidad Institucional, de Planificación y fiscalización en Salud Pública**.

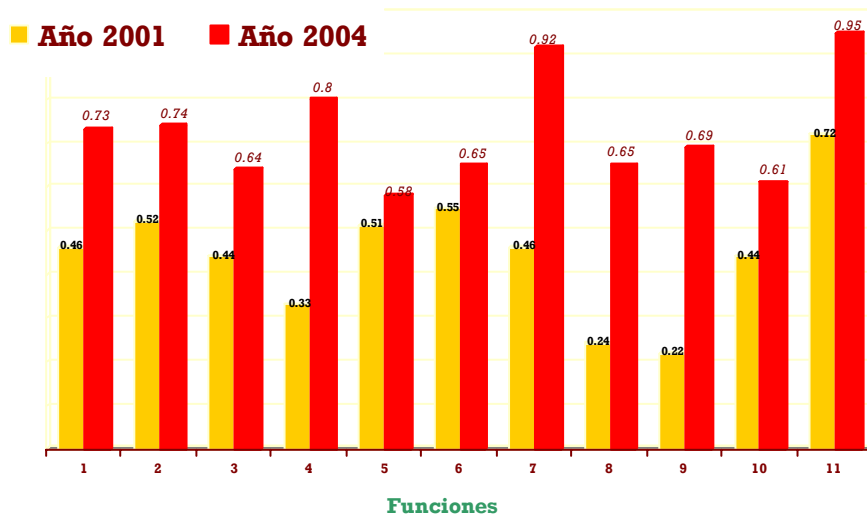
Entre los factores que impulsaron la continuidad de los procesos de medición y mejoramiento de desempeño fue la creación de una estructura de trabajo que viabilizó y garantizó la misma. Se mantuvo activo el Comité Asesor que constituye el grupo de dirección de los trabajos y el Comité Coordinador que estaba representado por las personas responsables de cada función para el monitoreo y seguimiento de las mismas. Como criterio en esta designación, se consideró a la persona en la unidad administrativa que tuviera la responsabilidad mayor de la función.

En segundo lugar, se elaboraron guías para la evaluación, planificación y mejoramiento. En una primera fase, se identificaron los indicadores por función, los problemas, barreras, limitaciones y se establecieron los Planes de Mejoramiento. Se requirió a los coordinadores informes de progreso (sobre procesos y productos) relacionados al Plan de Mejoramiento los cuales se sometían periódicamente al Comité Asesor, quien a su vez analizaba los mismos y presentaba sus recomendaciones.

Se coordinaron además dos talleres, uno de gerencia de proyectos y otro para evaluación crítica al desempeño de las funciones. Todos estos factores contribuyeron al mejoramiento significativo que se recogió en la segunda medición que se llevó a cabo en mayo de 2004. En esta ocasión participaron 100 personas y los resultados de la misma reflejaron los esfuerzos del Departamento de Salud para el mejoramiento y fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública.

Entre los logros más importantes obtenidos fueron los siguientes: la reorganización del DS y la creación de tres secretarías auxiliares: Prevención, Promoción y Protección de la Salud, el establecimiento de seis Oficinas Regionales de salud Comunitaria, creación de la Unidad de Calidad, establecimiento del Laboratorio de Bio-Seguridad, fundación e inicio del Instituto de Liderato en Salud Pública de Puerto Rico (ILISAP), establecimiento del Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC); implantación de la campaña de nutrición, actividad y bienestar físico **Salud Te Recomienda** y **Muévete Puerto Rico**. Se instituyó la Academia de Sanitaristas entre muchas otras iniciativas que fortalecen el rol del Secretario y de la Autoridad Sanitaria en general.

Resultados de la Segunda Medición



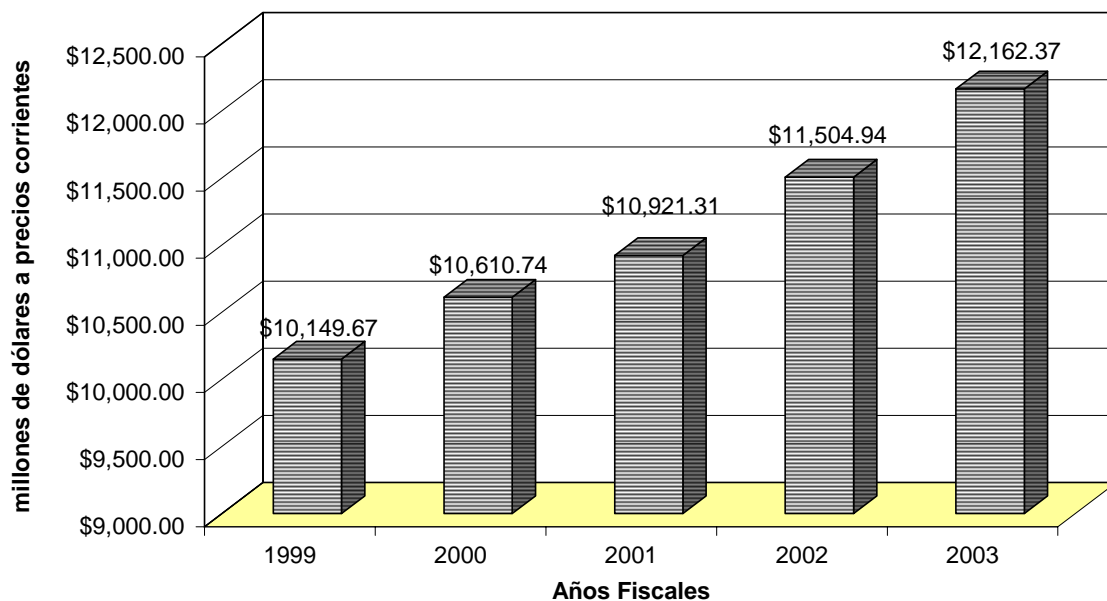
2.2. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO

2.2.1. Financiamiento

Gasto Agregado del Sector de la Salud

Durante el periodo del año 1999 al 2003, el gasto en el sector de la salud en Puerto Rico creció de \$10.1 a \$12.2 billones de dólares a precios corrientes (**Figura 5**).

Figura 5.
Estimado del Gasto Total en el Sector de la Salud en Puerto Rico: 1999 a 2003



Fuentes: Junta de Planificación de Puerto Rico, 1999-2003, Oficina de Gerencia y Presupuesto, 1999-2003, Oficina del Comisionado de Asuntos Municipales, 1999-2003, Administración de Seguros de Salud, 1999-2003, United States Department of Health and Human Services, 1999-2003

Durante el periodo de 1999 a 2003, el gasto en el sector de la salud en Puerto Rico creció de 10.1 a 12.2 billones de dólares a precios corrientes. Este crecimiento en los gastos del sector de la salud es producto de dos componentes: crecimiento real en la cantidad de recursos consumidos por el sector y el crecimiento o la inflación de los precios de dichos recursos. Esto representa un crecimiento acumulado de 20% en gastos de salud para el periodo analizado. Por lo tanto, para aquilatar el crecimiento real del sector es importante deflacionar los gastos. A este propósito, se utilizó el índice de precios para los servicios médicos. Cuando se deflacionan los gastos se observa que el crecimiento acumulado para el periodo se reduce a un 2%. Esto implica que gran parte del crecimiento nominal en los gastos en el sector de la salud se debió al aumento en los precios de los bienes y servicios consumidos. Es decir, que el consumo o utilización de servicios de salud por la población no ha tenido un crecimiento tan alto como sugerían las cifras iniciales. Al comparar al sector de la salud con el resto de la economía de Puerto Rico, observamos que el sector de la salud representó un 16.4% del Producto Bruto Interno (PBI) del país para el año fiscal 2003. Esta proporción ha fluctuado

durante este periodo. Del 1999 al 2001 disminuyó el gasto, mientras que a partir del 2001 comenzó a reflejar aumento. Hay que recordar que esta proporción no solamente depende del crecimiento del sector de la salud sino también del crecimiento del resto de la economía. Si miramos a esta proporción, pero otra vez ajustando por la inflación, vemos que esta se reduce a un 13.1% en el 2003. La razón es sencilla; cuando se compara con el 1984 la tasa de inflación en el sector de la salud ha sido más alta que en el resto de la economía. Por lo tanto, el crecimiento económico real del sector de la salud ha sido menor que en el resto de la economía. Otra manera de ver el gasto en el sector de la salud es calculando el gasto per capita. En el caso de Puerto Rico el gasto per cápita anual en salud fue de \$3,143 en precios corrientes para el año fiscal 2003. Esto representa un aumento de \$466 en el gasto per cápita comparado con el año 1999.

De nuevo, al ajustar por la inflación el gasto per cápita para el 2003 observamos que el gasto per cápita real en salud para el periodo de 1999 al 2003 no tuvo para todos efectos prácticos ningún cambio. Esto significa que el aumento en gastos de salud ocurrido durante el periodo de 1999 al 2003 fue causado por dos factores principales: el aumento en el costo de los servicios de salud y el aumento en la población. Para el año 1999, la proporción del gasto total que correspondía al sector privado era de 74% comparado con un 26% del sector público. Sin embargo, también es cierto que la importancia del sector público fue aumentando simultáneamente durante el periodo.

Para el año fiscal 2003, la proporción correspondiente al sector público había aumentado a un 31.7% mientras que la del sector privado había disminuido a un 68,3%. En términos del gasto per capita en salud, para 1999 el gasto público fue de \$685 y el gasto privado fue \$1,993, mientras que para el año 2003 el público ascendió a \$997 y el privado a \$2,146. Cuando ajustamos estas cifras por la inflación en precios, el cambio en el gasto per cápita para el sector público aumentó de \$315 a \$391, mientras que el gasto privado disminuyó de \$917 a \$840. Sorprendentemente hubo un aumento de \$75 en el gasto público per cápita a la vez que hubo una disminución casi equivalente en el gasto privado per cápita. Esto sugiere que durante este periodo (1999 al 2003) lo que se reflejó fue una redistribución del gasto, en que el estado asumió un rol más importante en el financiamiento de los servicios de salud y no un aumento real en el gasto en salud.

Gasto Público

Hemos dividido el sector público en tres sub-sectores: gobierno estatal, gobiernos municipales, y gobierno federal. En el gobierno estatal se incluyen los gastos de las agencias del gobierno estatal que están de alguna manera relacionadas con el sector de la salud. En el gobierno municipal se incluye el gasto en salud generado directamente por los gobiernos de las 78 municipalidades en Puerto Rico. En el gobierno federal se incluye el gasto de las agencias del gobierno federal de los Estados Unidos en Puerto Rico.

Para el año 2003, según se observa en las Gráficos 10 y 11, el gobierno federal era el subsector público de mayor importancia con una inversión de unos \$2,390 millones o un 62% del total del gasto público. El gobierno estatal le sigue con unos \$1,431 millones o un 37% del total del gasto público. Por último se encuentran los gobiernos municipales reflejando un gasto de solamente \$37.3 millones o un 1% del gasto público total. Sin embargo, es importante aclarar que el rol de los gobiernos municipales está subestimado por estos números ya que desde el 1994 gran parte de los fondos municipales de salud se dirigen a la Administración de Seguros de Salud (ASES) para financiar la Reforma de Salud.

Gobierno Estatal

Las agencias de mayor presupuesto dentro del gobierno estatal son ASES con un total de \$1,058 millones para el año fiscal 2003 lo que representa aproximadamente una cuarta parte del gasto público en salud en Puerto Rico. Luego le sigue el Departamento de Salud con \$182 millones para el 2003 lo que representa aproximadamente un 5% del total de gasto público.

Gobierno Municipal

La contribución más significativa del sector de los gobiernos municipales al gasto en salud está contabilizada en los fondos asignados a ASES a través el gobierno estatal. Sin embargo, además de esos fondos los gobiernos municipales tienen dos partidas adicionales asignadas a salud: las primas pagadas para planes médicos de sus empleados municipales y el gasto en medicamentos y suministros de sus centros de salud. Estas partidas en general no son significativas con respecto al total de gasto en salud en Puerto Rico.

Gobierno Federal

Desde el año 1999 los fondos provenientes de fondos federales dedicados a servicios de salud han tenido un aumento extraordinario. La fuente principal de este crecimiento ha sido Medicare que aumentó su aportación en más de \$900 millones desde 1999 al 2003. Este aumento significó que Medicare se convirtió en la fuente individual de fondos públicos más importante para el financiamiento de los servicios de salud en Puerto Rico. Esto podría explicarse entre otros factores al aumento en la población de edad avanzada y a los cambios en los beneficios de la cubierta de Medicare. Se espera que esta tendencia de aumento en los fondos de Medicare continúe por los próximos años.

El financiamiento de la Reforma de Salud (seguro médico) para el año fiscal 2002-2003, provino de diferentes fuentes.

Tabla 6. Financiamiento del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico: Presupuesto para el año fiscal 2002-2003

Fuente	Cantidad	Porcentaje (%)
Medicaid	\$ 189,000,000	14.8
SCHIP*	\$ 26,000,000	2.0
Municipios	\$ 136,000,000	10.6
Fondo General	\$ 931,000,000	72.6
Total	\$1,282,000,000.00	100.0

Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico, Administración de Seguros de Salud, Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Gasto Privado

El gasto privado en salud constituye la fuente principal para el financiamiento de los servicios de salud en Puerto Rico. Dentro de este sector tenemos dos componentes: el gasto en consumo personal que proviene directamente del bolsillo de los consumidores y el gasto que realizan las empresas y corporaciones privadas en primas de seguros de salud. De los dos, la

partida más grande ha sido históricamente el gasto directo del bolsillo de los consumidores. Este fue de \$5,910 millones en el año 1999 y de \$6,917 millones en el año 2003, lo que significa un crecimiento de más de mil millones en 5 años. Mientras, el gasto en primas (cuya medición ha sido menos precisa, por lo tanto inexacta) ha oscilado un poco y ha mostrado cierta tendencia a la reducción.

Individuos

Las cifras de gastos correspondientes al consumo privado de los individuos incluyen el gasto en servicios médicos, dentistas, otros servicios misceláneos, hospitales privados, seguros de salud, servicios funerarios y medicinas. De éstos, el renglón de mayor gasto es el de los medicamentos, seguido por gastos en servicios médicos, y gastos hospitalarios. Las cifras de los gastos en primas de seguros por parte de las empresas y corporaciones se obtuvieron por informes de las aseguradoras a agencias del gobierno. Entendemos que este renglón de gasto puede estar subestimado ya que no se pudieron obtener los datos para todos los grupos asegurados de forma privada en Puerto Rico.

Organizaciones No Gubernamentales

Las organizaciones comunitarias representan un grupo importante del sector salud ya que los servicios que proveen las entidades comunitarias o sin fines de lucro en su gran mayoría son en el área de la salud. En el estudio titulado Organizaciones Sin Fines de Lucro en Puerto Rico, del 4 de marzo de 1996, preparado por Estudios Técnicos Inc. se señala que: Las organizaciones sin fines de lucro proveen mayormente servicios y actividades en el área de la salud (72.4%), seguido por educación (69.7%) y servicios sociales en tercer lugar (60.4%). Los donativos de individuos y empresas a las organizaciones sin fines de lucro y asociaciones en el campo de la salud, representan según estudios realizados, la fuente principal de ingresos de estas entidades.

Un trabajo realizado en el 2002, por la Escuela de Medicina de la Universidad Central del Caribe, enumeró un total de setenta y ocho entidades privadas sin fines de lucro que proveen servicios de salud física, salud mental y tratamiento para abuso de sustancias.

2.2.2. Aseguramiento

El gobierno de Puerto Rico a través de la Reforma de Salud ha definido una cobertura básica, una especial y una de salud mental para sus asegurados. En cada una de estas se proveen los siguientes servicios:

2.2.2.1. Beneficios

Cubierta Básica

Los beneficios de la cubierta básica incluyen servicios de hospitalización, visitas médicas, servicios quirúrgicos, de maternidad, servicios preventivos como la evaluación anual del examen de la vista, el auditivo, monitoreo nutricional, la prueba del Papanicolau, mamografía y el cuidado natal durante los primeros dos años de vida, inmunización, la prueba de la próstata entre otros, servicios mentales limitado a que incluye desintoxicación y servicios ambulatorios,

pruebas de diagnóstico, laboratorios clínicos, rayos x, terapia física y respiratoria, servicios de sala de emergencia, servicios dentales prescripción de medicamentos y servicios de ambulancia marítimos, aéreos y terrestres. Los beneficios de cubierta básica se ofrecen a través de centros de cuidado primario localizados en cada municipio y asociaciones de práctica independiente (IPA's, por sus siglas en inglés, Independent Practitioner Association).

Cubierta Especial

Los beneficios de cubierta especial incluyen cardiovascular, neurovascular, procedimientos neuroquirúrgicos, diálisis peritoneal y hemodiálisis, cuidado de intensivo neonatal, servicios para tratamiento de cáncer, pruebas diagnósticas que incluyen tomografías, MRI, cateterización cardíaca, pruebas nucleares, procedimientos cardiovasculares invasivos, litotricia y endoscopia. Bajo cubierta catastrófica, SIDA, tuberculosis, lepra, marcapasos, válvulas y equipos artificiales para el corazón y tratamiento para abuso de sustancias. Normalmente las aseguradoras prefieren desembolsar los gastos de la cubierta especial para mantener un mayor control sobre las condiciones catastróficas ya que este servicio es muy costoso.

Cada centro primario ha contado con médicos de medicina primaria como, médicos de familia, internistas, pediatras; obstetras-ginecólogos y generalistas. De la misma manera, estos han contado con el apoyo de médicos adicionales considerando la morbilidad y mortalidad del área y para proveer servicios bajo la cubierta básica si fuera necesario. Se les requirió, además, contar con el respaldo de otros proveedores como, dentistas, optómetras, laboratorios clínicos, facilidades de rayos X y farmacias.

La cubierta especial es ofrecida a través de la red de proveedores participantes, quienes tienen arreglos contractuales con las aseguradoras a través de la isla. Además, el plan contratado incluye cubierta para beneficiarios de Medicare quienes son médicamente indigentes y han sido certificados por el Programa de Medicaid del Estado. Para estos beneficiarios elegibles que a la vez son participantes de Medicare, ASES ha negociado con la aseguradora el que se les incluyan beneficios adicionales. Para aquellos quienes tienen la parte A de Medicare, la aseguradora deberá cubrir todos los beneficios no incluidos en esta parte que son cubiertos bajo el plan contratado. De igual forma, para aquellos beneficiarios que cuentan con las partes A y B de Medicare el plan contratado deberá cubrir los deducibles y co-seguros de la parte B y proveerá cubiertas de farmacia y dental.

Cubierta de Salud Mental

La cobertura de salud mental incluye los servicios de cernimiento, evaluación y tratamiento de enfermedades de salud mental, servicios psiquiátricos y psicológicos ambulatorios, hospitalización parcial, servicios de estabilización, de desintoxicación, de medicamentos, servicios de ambulancia, educación y prevención, servicios intensivos ambulatorios, para abuso de sustancias, emergencias e intervenciones en crisis, cobertura de farmacia, laboratorios clínicos y servicios en el hogar.

2.2.2.2. Cobertura Poblacional

Según los datos de la Oficina del Comisionado de Seguros en Puerto Rico (OCS), el número de asegurados por planes de cuidado de salud en 2003 era de 3,154,582 asegurados. Este número de asegurados, refleja duplicidad en el total de los asegurados, ya que una persona

puede estar asegurada en varias aseguradoras u organizaciones y la manera en que se recopila la informaron no permite excluir uno del otro.

Existen además muchas empresas en Puerto Rico que ofrecen a sus empleados o socios cubiertas de seguros de salud que no se reflejan en los datos de la OCS. Aquellos patronos que utilizan la modalidad de auto seguro, tales como la Asociación de Maestros de Puerto Rico y la Sociedad Española de Auxilio Mutuo no están incluidos en la cifra de 3.1 millones de asegurados.

En la siguiente figura, se muestra las poblaciones con planes médicos con la proporción que representan del total de la población (3.879 millones)⁵. Basado en las reglamentaciones y los datos disponibles, se puede establecer donde existe traslapo de elegibilidad, estas son:

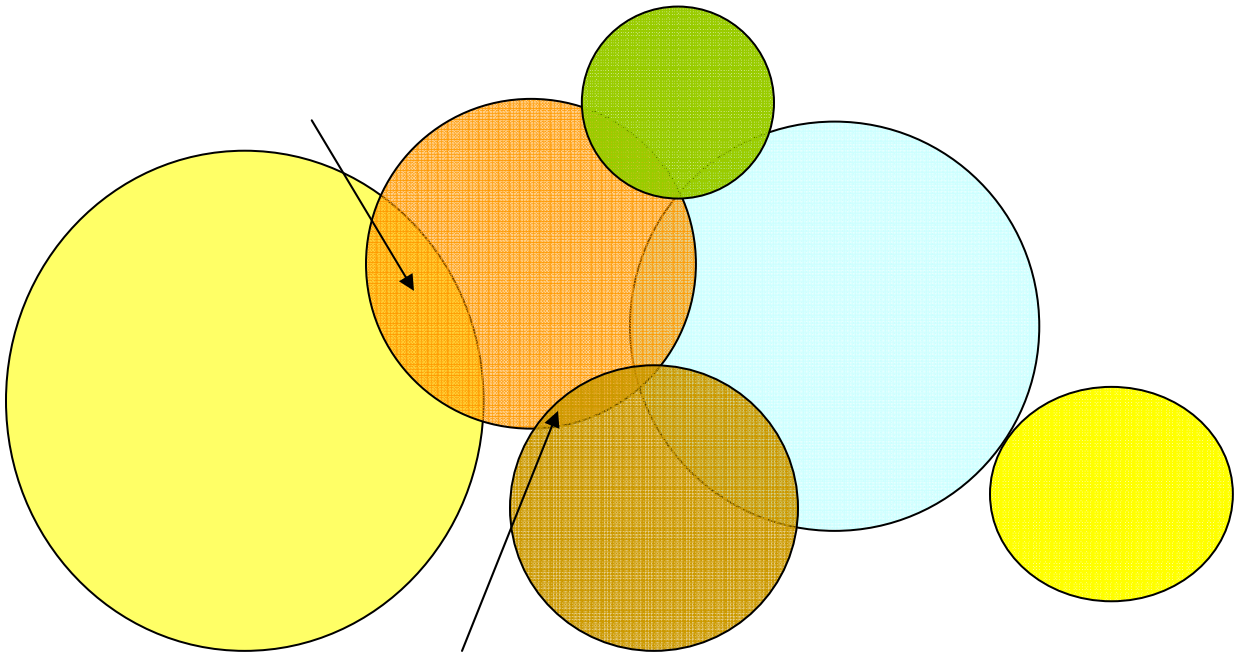
- a. Para Medicaid (Plan de ELA) y Medicare, el 5% de la población, tiene ambos planes. A este grupo de conocen como *dual eligible* según los parámetros federales.
- b. Dentro del grupo de los empleados públicos, existe una población de 65 años de aproximadamente 32,000 asegurados con cubierta suplementaria y que representa un 1 por ciento de la población total.
- c. Aunque los empleados públicos pueden escoger el Plan de ELA, los números que se presentan incluyen a estos en el plan de ELA y excluido en el grupo de empleados públicos.
- d. Podemos estimar, basado en que un 8.3 por ciento de la población⁶, que existe otro 9.8 por ciento con más de una cubierta que deben ser:
 - Población Medicare que tiene planes suplementarios en la parte privada, no tenemos los estimados de esta información.
 - Asegurados bajo planes privados con Veteranos, que tampoco tenemos estimados.

A pesar de la amplia cobertura de asegurados, se estima que al año 2003 aproximadamente el 8% de la población no contaba con ningún seguro de salud.

⁵ Junta de Planificación de Puerto Rico, Negociado de Planificación Social y Económica, Oficina del Censo Estimado de la población al 1 de julio del 2003.

⁶ Estimados del Behavioral Risk Factor Surveillance System

Figura 6.
Distribución porcentual de la población de Puerto Rico por tipo de plan médico 2003



2.3. PROVISIÓN DE SERVICIOS

2.3.1. Oferta y Demanda de Servicios de Salud

2.3.1.1. Recursos Hospitalarios

Una de las políticas principales de la Administración durante los años 2001-2004 ha sido la de mantener dotados a todos los municipios de la Isla con Salas de Emergencia abiertas las 24 horas los 7 días de la semana. Esta acción responde a que el modelo de privatización de facilidades encauzado por la Reforma de Salud dejó desprovista a la población de los servicios de salas de emergencia que se ofrecían en los Centros de Diagnóstico y Tratamiento, los cuales se vendieron a grupos médicos privados o corporaciones sin fines de lucro para convertirse en Grupos Médicos Independientes (IPA's)⁷. En consecuencia, al 2001 solo 58 de los 78 municipios contaban con Salas de Emergencia operando 24 horas 7 días a la semana. Alrededor de 10 centros comenzaron a cerrar facilidades o turnos de servicios transfiriéndole al gobierno la responsabilidad y el gasto económico de tener que subsidiar dichos servicios o retomar y habilitar facilidades que habían sido vendidas, para operarlas mediante contrato con terceros y garantizar así la provisión de estos servicios. De esta manera, se ha logrado mantener al finalizar este cuatrienio, el 89 por ciento de los municipios de Puerto Rico con servicios de sala de emergencia 24 horas los 7 días a la semana, principalmente en aquellos municipios que no cuentan con facilidades hospitalarias.

Ciertamente Puerto Rico cuenta con un extenso y variado catálogo de servicios de salud que son ofrecidos mediante diversas modalidades de financiamiento y/o aseguramiento. El sector privado, en términos generales, mantiene la porción mayor de participación en estos servicios, no obstante, el gobierno, mantiene el volumen mayor de casos de alto riesgo ya que los servicios a nivel terciario, los ofrece en su gran mayoría el estado a través de las facilidades del Centro Médico de Río Piedras.

De acuerdo con el *Registro de Hospitales y Facilidades de Salud para 2002-2004*, preparado por la Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Certificación de Facilidades de Salud (SARAFS), del Departamento de Salud de Puerto Rico, actualmente existen 67 hospitales, 12 de los cuales son públicos y los restantes 56 son privados. Esto representa que el 16.7 por ciento de los hospitales son públicos mientras alrededor de un 83.3 por ciento están en el sector privado. Este dato evidencia el resultado de la venta de los hospitales regionales como consecuencia de la Reforma de Salud a finales de los años 90.

La distribución de hospitales por regiones de salud se conforma del siguiente modo; 38% (27/67) de los hospitales se concentran en la región Metropolitana, 16% (11/67) en la región de Ponce, 13% (9/67) en Arecibo, Caguas y Mayagüez y solamente el 7% (5/67) en Bayamón. En la región Metropolitana existe la mayor proporción de hospitales por habitantes con una razón de 1 hospital por cada 40,420 habitantes, mientras que en la región de que Bayamón esta razón es de 1 por 120,144.

La distribución de camas autorizadas por 1,000 habitantes varía también significativamente. Mientras que el promedio nacional es de 3.3 camas por cada 1,000 habitantes, la región Metropolitana concentra 40% de las 12,642 camas y tiene una tasa de 5.0, Ponce 16% y una tasa de 3.3, Caguas 12% y una tasa de 2.7, Bayamón 13% y una tasa de 2.6, Mayagüez 11% y una tasa de 2.5 y en Arecibo 7.5% y una tasa de 2.0.

**Tabla 7. Hospitales Públicos y Privados por Región Metropolitana y Otras Regiones
Año 2002-2004**

Hospitales por Sector	Número Hospitales	Región Metropolitana	Por Ciento Hospitales Región Metro	Otras Regiones	Por Ciento Hospitales Otras Reg.
Privado	55	17	30.9	40	72.7
Público	12*	10	83.3	2	16.7

Fuente: Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Certificación de Facilidades de Salud, Departamento de Salud

*De los 12 hospitales públicos: 1- es de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE), 1- es del gobierno municipal de San Juan, 6- son del Departamento de Salud y 4- son de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA).

Tabla 8. Facilidades Hospitalarias por Clasificación, Localización y Número de Camas

Hospitales	Instituciones	Total Camas	Camas Región Metro	Camas Otras Regiones
Hospital Industrial (CFSE)	1	271	271	0
Cardiovascular	1	192	192	0
Pediátricos	2	366	366	0
Generales	51	9,998	3,379	6,619
Psiquiátricos ⁷	8	1,496	676	820
Rehabilitación	1	32	32	0
Oncológicos	2	229	143	86
Trauma	1	58	58	0
Total	67	12,642 338 personas/ cama	5,117 184 personas/ cama	7,525 154 personas/cama

Fuente: Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Certificación de Facilidades de Salud, Departamento de Salud

En Puerto Rico, sobre 350 organizaciones privadas sin fines de lucro ofrecen una diversidad de servicios de salud y atención a los pacientes que van desde promoción, prevención, protección y rehabilitación para una variedad de condiciones de salud física y mental. Lamentablemente no existe un documento completo de estas organizaciones por categorías de servicio y localización ya que no todas están reglamentadas por un mismo organismo del estado. Por tanto, las facilidades y servicios que se enumeran en la tabla 8, representan solo una fracción del universo de facilidades y servicios que se ofrecen a individuos y comunidades. La Ley 102 que reglamenta las facilidades de salud en Puerto Rico, no clasifica como facilidades de salud a un sinnúmero de facilidades y servicios actualmente ofrecidos por organizaciones no gubernamentales con y sin fines de lucro.

Tabla 9. Distribución de Facilidades Ambulatorias por Sector y Clasificación de Servicios Año 2002-2004

Clasificación de Servicios	Número de Facilidades	Metro-Fajardo	Isla	Privados	Gobierno
Cirugía ambulatoria	31	20	11	31	0
Diálisis	39	10	29	37	2
Sala de Urgencias	3	0	3	3	0
Centro de Diagnóstico y Tratamiento	141	36	105	86	55
Hospicios	36	6	30	36	0
Salud en el Hogar	45	13	32	45	0
Total	295	85	210	238	57

Fuente: Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Certificación de Facilidades de Salud, Departamento de Salud

⁷ Facultad Psiquiátrica es un hospital que provee servicios de diagnóstico, tratamiento y estadía a pacientes con enfermedades mentales

2.3.2. Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud

2.3.2.1. Oferta y Distribución de Recursos Humanos

En términos de la oferta de Recursos Humanos, Puerto Rico cuenta con 54,120 Profesionales de la Salud activos, de éstos 8,225 son médicos, 24,777 enfermeras, 2,779 tecnólogos médicos, 2,428 farmacéuticos y 1,457 dentistas representando este grupo un 73.3 por ciento del total de los profesionales. El 38.8 por ciento de todos los profesionales de la salud se concentran en la Región Metropolitana (Metro-Fajardo); resultando que un 42.4 por ciento de los médicos y un 38 por ciento las enfermeras se concentran en esta región.

El 75.2 por ciento de los médicos y el 70.9 del resto de los profesionales de la salud trabajan en el sector privado. Los restantes trabajan en el servicio público (24.5 por ciento) o hacen trabajo voluntario (0.3 por ciento).

En cuanto a las especialidades de los médicos, alrededor de un 23 por ciento son médicos generalistas, un 13.2 por ciento se dedican a la Medicina Interna, 11.5 por ciento son Pediatras y el restante 52.3 por ciento se dedican a distintas especialidades que van desde Obstetricia y Ginecología, Medicina de Familia, Cirugía General, Anestesiología, entre otras.

Tabla 10. Profesionales de la Salud por Región e Isla, Registro 2001-2004

Regiones e Isla	Total de Profesionales y Médicos	Médicos	Profesionales de Salud	Enfermeras	Tecnólogos Médicos	Farmacéuticos	Dentistas	Otras Profesiones
Total	54,120	8,225	45,895	24,777	2,779	2,428	1,457	14,454
Arecibo	5,435	670	4,765	2,530	336	328	130	1,441
Bayamón	6,435	1,131	5,304	2,601	377	331	221	1,774
Caguas	7,042	996	6,046	3,070	308	339	190	2,139
Mayagüez	6,423	931	5,492	3,043	421	256	154	1,618
Ponce	7,794	1,010	6,784	4,116	409	255	166	1,838
Metropolitana	20,991	3,487	17,504	9,417	928	919	596	5,644

Fuente: Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico.

Las intervenciones clínicas de cuidado directo a pacientes siguen siendo el modelo de atención predominante, mientras que las actividades de promoción y educación son significativamente escasas. Indicativo de que todavía los esfuerzos por cambiar el modelo de atención requieren fortalecerse mediante políticas más enérgicas y abarcadoras.

2.3.3. Equipo y Tecnología

Una de las mayores fortalezas que ofrece nuestro sistema de salud a partir del 2001 es la inversión que se está dedicando a la mecanización y desarrollo tecnológico de los procesos y servicios en el campo de la salud. Tanto el sector público como el sector privado tienen a su disposición importantes recursos tecnológicos al servicio de la salud del pueblo. A un costo de sobre \$300 millones el gobierno ha adquirido en los últimos años equipo altamente sofisticado para el diagnóstico y tratamiento así como las tecnologías de información y procesamiento de datos más avanzados y seguros a la disposición de los pacientes, como veremos en el capítulo sobre avances tecnológicos. No obstante hay que destacar que la inmensa mayoría

de estos recursos se concentran en los niveles centrales de la Región Metropolitana y en las otras regiones de salud escasamente se observan recursos tan esenciales como impresoras, fotocopadoras, computadoras personales, acceso a Internet, entre otros.

2.3.4. Laboratorios y Farmacias

Puerto Rico cuenta con 771 Laboratorios Clínicos y 1,104 Farmacias licenciados por la Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS) a través de toda la Isla. Lo que representa una razón de un laboratorio por cada 4,939 habitantes y de una farmacia por cada 3,449 personas. (Tabla 11)

Tabla 11. Distribución de Laboratorios Clínicos y Farmacias por Región/Población, Años 2002-2004

Región	Población Año 2001	Laboratorios	Población/ Laboratorios	Farmacias	Población/ Farmacias
Arecibo	416,693	100	4,166	143	2,913
Bayamón	785,369	131	5,995	213	3,687
Caguas	569,602	87	6,547	154	3,698
Mayagüez	546,957	136	4,021	169	3,236
Ponce	576,070	112	5,143	149	3,866
Metropolitana	913,919	205	4,458	276	3,311
Total	3,808,610	771	4,939	1,104	3,449

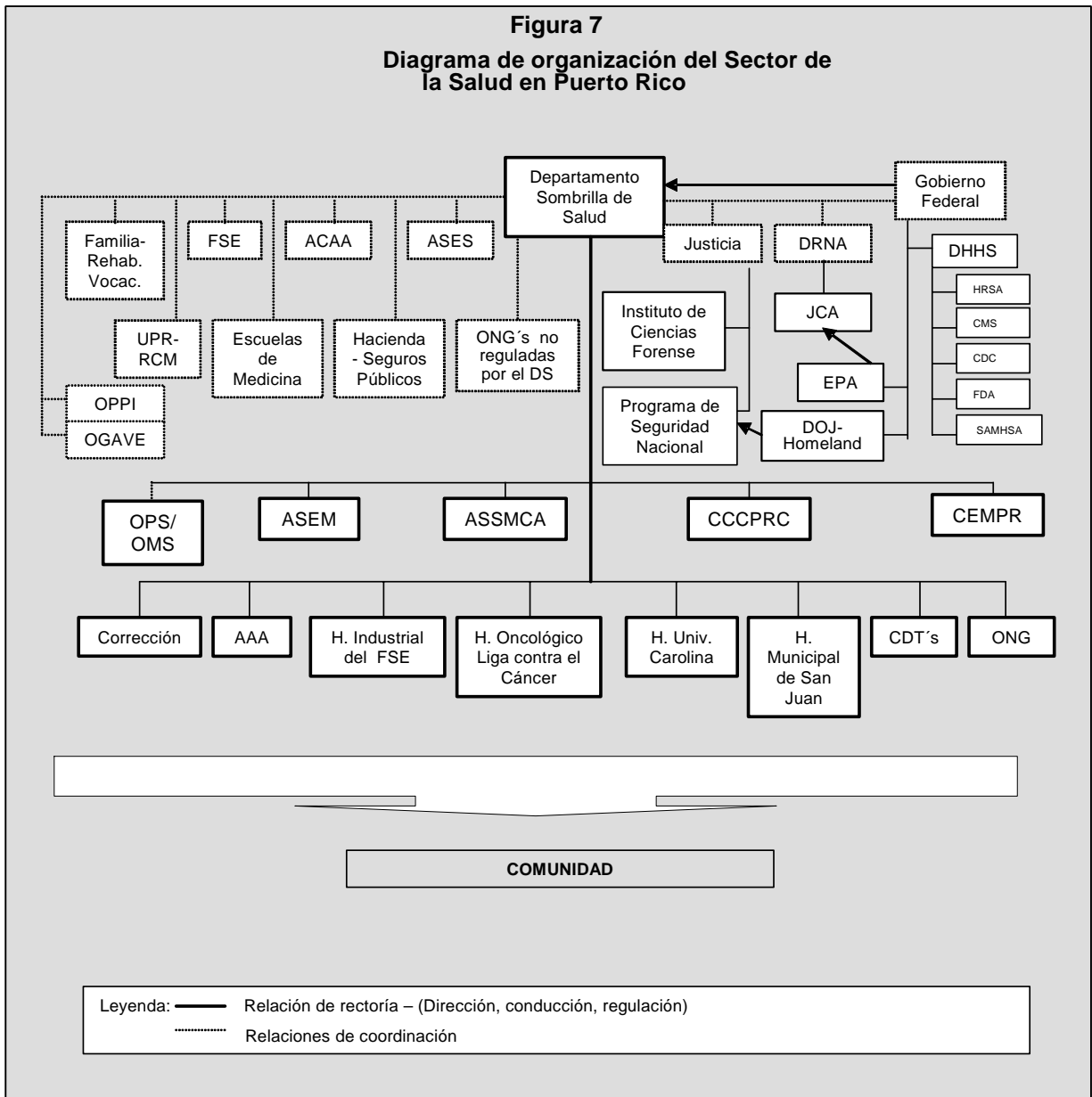
Fuente: Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Certificación de Facilidades de Salud, Departamento de Salud

2.4. MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

TABLA 12: MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

Funciones Organizaciones	Rectoría		Financiamiento	Aseguramiento	Provisión
	Conducción	Regulación y Fiscalización			
Gobierno Central Departamento de Salud Departamento Justicia Fuerzas Armadas Otros	Departamento de Salud Legislatura	Comisionado de Seguros Departamento de Salud Reglamentación federal y estatal	Fondos del Estado Fondos aprobados por Estados Unidos	Gobierno central Fondos Federales	Sector privado y público
Instituciones de Seguro Social	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Gobierno regional (provincial, departamental)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Gobierno local (municipio)	Municipio Gobierno Central	Municipio Gobierno Central	Municipio Gobierno Central	Gobierno Central	Municipio Gobierno Central
Aseguradoras privadas -Sin lucro -Con lucro	N/A	Gobierno central	Sector Privado	N/A	N/A
Proveedores privados -Sin lucro -Con lucro	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

En la figura 7 que se presenta a continuación se ilustran los diversos componentes que inciden y participan en el sector de salud en Puerto Rico.



3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/REFORMA

3.1. EFECTO SOBRE LAS “FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD”

El Sistema de Salud Público en Puerto Rico se inicia con la creación del Departamento de Salud como organismo público rector de la salud en virtud de la Ley Núm. 81 del 14 de marzo de 1912. Adquirió rango constitucional en la Constitución del Estado Libre Asociado (ELA) en el 1952. A partir de esta fecha el sistema de salud, comenzó su crecimiento y desarrollo, consolidando y proveyendo los servicios de salud a la población médico indigente de Puerto Rico. Paralelamente se fue desarrollando el sector privado de salud mediante el desarrollo de un seguro de salud por el cual se pagaba una prima que garantizaba servicios de salud a través de la contratación de proveedores.

El Sistema de Salud Público inicialmente (1958) se organiza dentro del concepto de regionalización de servicios creando una estructura de regiones con una jerarquía de instalaciones con distintos niveles de servicio y grupos poblacionales. Se estableció un sistema integrado de autoridad para garantizar la coordinación de los servicios. La estructura era una descentralizada.

El gobierno de Puerto Rico, como principal proveedor de servicios de salud a la población médico indigente en el país, estructuró la prestación de los servicios médicos y hospitalarios por regiones dentro de este concepto. Puerto Rico fue dividido en regiones homogéneas. Como criterio de delimitación se tomo en consideración el tamaño de los municipios, los límites políticos y la red de transportación y por perfiles epidemiológicos. En este proceso se integraron municipios tomando en consideración su población y proximidad. Se jerarquizaron los servicios por nivel de complejidad, utilización y tamaño de la población a nivel primario y secundario. Los servicios más especializados y de alta complejidad se centralizaban y servían a una población más amplia. Esto viabilizó una integración territorial y de servicios y la administración de los mismos con el objetivo de garantizar el acceso a los servicios de la población médico indigente.

Cada región estaba compuesta por dos o tres áreas constituidas por municipios que contaba con un Hospital de Área que proveía cuidado a nivel secundario. Cada uno de estos hospitales prestaba servicios que comprendían de tres a siete municipios. Los tres niveles de cuidado incluidos en este concepto son: Centro de Salud o Centro de Diagnóstico y Tratamiento en cada municipio (nivel primario), Hospital de Área (nivel secundario), Hospital Regional (nivel secundario y terciario), y el Centro Médico (nivel especializado o supraterciario). Dado el tamaño de la isla y con un sistema vial amplio y un sistema de transporte facilitó que se viabilizara la integración de los servicios sin mayores obstáculos.

En cada municipio existía un centro de servicios primarios de salud. El centro era el punto de entrada al sistema de cuidado de salud. En estos centros se ofrecían servicios básicos de diagnóstico, tratamiento y prevención por equipos de salud integrados primordialmente por médicos generalistas y, por especialistas y con la ayuda de otros profesionales de la salud. Los centros de servicios primarios eran; los Centros de Salud, Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y las Unidades de Salud Pública (USP). A este nivel eran atendidos aquellos pacientes con condiciones médicas menos complejas y cuyo manejo no requería el uso de procedimientos quirúrgicos y equipo de mayor tecnología médica. En un segundo nivel los municipios contaban con un Hospital de Área concebido como un nivel de servicios de

apoyo para los servicios de salud primarios para aquellos casos de mayor complejidad y que requiriera un nivel de servicios más especializados catalogados en un nivel secundario.

En este nivel se ofrecían servicios médicos especializados tales como: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Obstetricia y Ginecología. En ocasiones podía contarse con subespecialistas. Se ofrecían servicios de sala de emergencia, de hospitalización y clínicas para pacientes ambulatorios.

En el Nivel Terciario y Supraterciario de servicios se ofrecían servicios a nivel terciario y supraterciarios, en donde se atendían pacientes con condiciones clínicas más complejas que las tratadas a nivel secundario y que requerían de personal especializado y equipo de diagnóstico altamente tecnológico. Los hospitales regionales de Caguas, Arecibo, Fajardo y Bayamón en unión a los Centros Médicos de Ponce, Mayagüez y San Juan se constituyeron en los niveles terciarios y el Centro Médico como supraterciario. Existían unidades de cuidado intensivo como la Unidad de Cuidado Intensivo Médico y la Unidad de Cuidado Intensivo Coronario.

Entre el 1952 y 1959, se constituyen en el sector privado mediante organizaciones con el propósito de proveer un seguro de salud a través del cual se accederían servicios de salud, mediante la contratación de proveedores en red en toda la isla. El estado se hizo responsable de ofrecer servicios a la población médico indigente y el sector privado a la población con poder adquisitivo para pagar un seguro.

El sistema de servicios públicos continuó consolidándose y diversificándose. Se crearon tres Centros Médicos en San Juan, Ponce y Mayaguez. Se creó el Hospital Pediátrico y el Hospital Universitario de Adultos los cuales se constituyeron en el Centro de Taller y Residencia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico. Para el 1965 el gobierno federal de Estados Unidos, llevó a cabo enmiendas a la Ley de Seguro Social e incluyó a Puerto Rico en el Programa de Medicare para personas mayores de 65 años y Medicaid para las personas de bajos ingresos, lo que representó transferencias de fondos federales. Esta medida fortaleció la provisión de servicios. En esta década simultáneamente surgió un desarrollo institucional gubernamental de servicios amplio y el desarrollo de la industria de seguros.

Se comienza a diversificar la industria de los seguros y se crea un seguro gubernamental para cubrir accidentes automovilísticos y se crea una organización para atender las lesiones y/o condiciones generadas y como consecuencia del empleo. Finalmente se crea un seguro para los empleados públicos.

En la década de los setenta se evalúa la estructura de regionalización de servicios y se reorganiza buscando ser más eficiente y costo efectiva sin cambios fundamentales en su concepto. A este propósito la Isla fue dividida en siete (7) regiones de salud. Mediante este sistema se buscaba la equidad y el acceso a los servicios de salud. En el 1976 se crea a nivel de gobierno una entidad para manejar el problema de adicción a drogas de la población.

Para este mismo año se enmienda la ley y crea el Consejo General de Salud y se crea una amplia base reglamentaria tanto para las facilidades hospitalarias o de servicios de salud del sector público y privado, compra y registro y distribución de medicamentos así como para los profesionales de la salud. A mediados de los años 80 se destacó la creación de los centros de salud familiar con un enfoque de medicina de familia y preventiva a nivel comunitario. Los primeros pasos hacia la privatización de servicios fue la contratación de servicios privados

como medio para agilizar la administración de los servicios Posteriormente se impulsan dos importantes proyectos, uno sobre la privatización de ciertos servicios de salud a través de contratos de alquiler de las facilidades públicas de salud y se integraron los servicios primarios de salud que se ofrecían en los centros de diagnósticos y tratamiento con el nivel secundario conocido como hospitales de área. Posteriormente se comenzó a visualizar la necesidad de atemperar la tecnología a servicios más especializados y se construyó el Centro Cardiovascular de Puerto Rico y el Caribe.

El fundamento para el cambio en el modelo de servicios respondió al planteamiento de que existían dos sistemas de salud: el primero ofrecido por el estado a los médico indigentes organizados mediante servicios clínicos directos a través del DS y el servicio del sector privado ofrecido mediante la adquisición de un seguro con compañías privadas que a su vez contratan servicios con proveedores. El servicio al nivel privado se percibía como uno eficiente y de calidad por lo que se planteó que no existía igualdad en el acceso y en la calidad de los servicios que se ofrecían en el sector público. En segundo lugar se planteaba que no había una buena administración de los recursos fiscales públicos y se proyectaba un aumento en costos de servicio que se le haría difícil asumir al gobierno.

Sobre esta base se plantearon como principios básicos de la Reforma: eliminar la desigualdad en el cuidado médico, garantizar el acceso a servicios de salud, aumentar la calidad de servicios y aumentar la eficiencia y efectividad mediante mecanismos competitivos. Como consecuencia se le delega al DS una función normativa, reguladora y fiscalizadora en todo lo relacionado al sector salud.

El primer esfuerzo hacía este propósito fue la aprobación de la Ley número 72 del 7 de septiembre de 1993 que crea la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). Esta corporación en adelante es la responsable de administrar el Plan de salud del gobierno. A este propósito y mediante delegación por ley contrata los servicios médicos con las aseguradoras disponibles en el mercado quienes a su vez subcontratan a los proveedores de servicios. El modelo de servicios de salud cambió a uno de cuidado dirigido mediante un sistema de pago per capita y un deducible por servicio para los gastos de salud oral. La ASES es un organismo cuasi-público responsable de garantizar el acceso y la calidad de servicios ala población médico indigente.

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)

La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) es una corporación pública creada en virtud de la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, según enmendada. Las funciones de la agencia se centran en lo siguiente:

1. Negociar y Contratar con Aseguradoras los servicios médicos-hospitalarios, ancilares, así como, dentales, mentales y medicamentos, en el contexto de una cubierta de beneficios y con acceso a red cerrada de proveedores de servicios de salud bajo un modelo de cuidado coordinado o dirigido a través de un medico de cuidado primario (Primary Care Physician (PCP por sus siglas en inglés).
- 2, Fiscalizar, evaluar y monitorizar las operaciones clínicas y no-clínicas según los requisitos de la reglamentación estatal y federal.

La operación de la agencia cuenta con un presupuesto asignado de \$1.4 billones de dólares, el cual se desglosa de la siguiente manera: 1) 68% Fondo General, 2) 14% aportación Federal (Medicaid y SCHIP), 3) 11% aportación de Municipios, 4) 7% Otras aportaciones (Policía de Puerto Rico, Departamento de Hacienda, entre otros.)

Actualmente, la ASES coordina y administra tres tipos de productos de seguros de salud:

1-Plan de Salud del Gobierno (PSG)

Este producto se dispone únicamente para todo puertorriqueño que sea médico-indigente mediante certificación de elegibilidad del Programa de Asistencia Médica del Departamento de Salud. La ASES contrata y negocia este plan de seguros de salud con las siguientes entidades certificadas por el Centro de Medicare y Servicios de Asistencia Médica (CMS), para ofrecer el Plan a los beneficiarios:

- 1) Organización de Cuidado Dirigido, (Managed Care Organization, MCO por sus siglas en inglés)
 - 2) Organización de Manejo de Cuidado de Salud Mental (Managed Behavioral Healthcare Organization, MBHO por sus siglas en inglés)
 - 3) Administrador Operacional del PSG (Third Party Administrator, TPA por sus siglas en inglés)
 - 4) Organización de Cuidado de Salud (Health Care Organization, HCO por sus siglas en inglés)
 - 5) Administrador de Beneficios de Farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM por sus siglas en inglés)
- a. El PSG provee una cubierta básica, la cual incluye servicios médicos-hospitalarios, médicos-quirúrgicos, obstetricia-ginecología, ancilares, laboratorios, radiología, emergencias, dentales, mentales, educación en salud, y servicios preventivos.
 - b. También, se ofrece una cubierta especial la cual incluye todos aquellos servicios de condiciones de alto riesgo como el cáncer, entre otras. De igual manera, la aseguradora cubre a los niños con necesidades especiales.
 - c. La cubierta de salud mental es contratada mediante Servicios contratados a terceros (Carved-Out) donde todos los servicios de salud mental son a base de un arreglo financiero por Capitación. Los beneficios incluidos en esta cubierta son:
 - 1) Hospitalización Psiquiátrica
 - 2) Hospitalización Parcial
 - 3) Servicios para Abusos de Substancias
 - 4) Consultas a Psiquiatras y Psicólogos
 - 5) Otros
 - d. La cubierta de farmacia o medicamentos, es operada por un Administrador de Beneficios de Farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM, por sus siglas en

inglés) quién factura y administra el listado de medicamentos preferidos. El pago administrativo al Administrador de beneficios de farmacia es a base de una tarifa administrativa.

- e. Bajo el PSG hay dos modalidades de prestación de servicios operando actualmente: Contratación Directa- La ASES asume el riesgo de la cubierta especial, y, contrata a un TPA para manejar el procesamiento y pago de reclamaciones, además de proveer una red de apoyo de servicios médicos-hospitalarios que el HCO no pueda suplir. El riesgo de la cubierta básica lo administra y maneja el HCO.

1) Modelo Regional de Servicios Integrados

Este modelo es una expansión al de Contratación Directa, con algunas diferencias. Entre estas:

(a) Red de Proveedores del HCO

(b) Red de Servicios y Programas de Salud Estatales y Municipales.

(1) Red Secundaria de Apoyo del MCO/TPA contratado.

(2) Póliza de reaseguro provista por MCO/TPA garantizar la máxima responsabilidad del riesgo del Gobierno de Puerto Rico.

(3) Integración de la Salud Física y Mental de los beneficiarios del PSG.

- f. La cubierta de farmacia la administra mediante contratación por concepto de gasto administrativo, un Administrador del Beneficios de Farmacia (Pharmacy Benefit Manager (PBM)). Actualmente, son dos los PBM: MC-21 para el Área Geográfica núm. 1 (Este, Sureste, Suroeste, Norte y Noreste), y Caremark para el Área Geográfica núm. 2 (Metro-Norte, San Juan y Oeste).
- g. La cubierta de salud mental está administrada por los MBHO sobre la base de dos zonas geográficas. Las regiones Noreste, San Juan, Este, Metro-Norte y Norte son servidas por la APS Healthcare, y la Oeste, Suroeste, Sureste por la Corporación de Servicios de Salud de First Hospital (First Hospital Corporation Health Services (FHCHS)). El arreglo financiero es a base de capitación y con un modelo denominado Clínicas de Equipos Multidisciplinarios, cuyo propósito es prestar servicios multidisciplinarios a los beneficiarios del PSG.

2. Medicare Platino (MP)

- a. El programa de MP viene como requisito de la reglamentación federal para proveer una cubierta de medicamentos y modelo de cuidado coordinado o dirigido a los beneficiarios de Medicare que tengan la Parte A y B, y sean elegibles al Programa de Medicaid.

- b. La ASES, para estos fines, ha contratado con los Medicare Advantage Organizations (MAO), una prima que incluya lo siguiente:
 - 1) Los beneficios de la Cubierta Básica y Especial del PSG no contemplados en los productos aprobados por CMS a los MAO.
 - 2) Cubierta de Farmacia, incluyendo los ansiolíticos-hipnóticos para los beneficios de salud mental (Parte D de Medicare).
 - 3) Wraparound del Doughnut Hole de la Parte D de Medicare.
3. Seguros Públicos PSG
- a. Este renglón es uno procedente de la Ley 95 del 29 de junio de 1963, según enmendada donde los empleados públicos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (ELA), Policía de Puerto Rico, Pensionados del Sistema de Retiro del ELA podrá tener accesible y asequible, mediante aportación del gobierno a través del Departamento de Hacienda, el PSG.

Hasta el 1993 existió un sistema de servicios de salud híbrido constituido por el sector público y privado. Posterior a la reforma los servicios son ofrecidos fundamentalmente por el sector privado. Y los niveles mas especializados de servicios se ofrecen por hospitales altamente especializados responsabilidad del DS.

Ambas reformas han estado dirigidas a mejorar los servicios de salud a la población médico indigente con una variante distintiva en cuanto a quien administra los servicios de salud. Los servicios anteriormente coordinados a través del DS son contratados con una intermediaria que responde al DS. La rectoría del DS se ha mantenido en ambos casos por virtud de la Ley que crea al DS que le garantiza la rectoría de salud en el país. El financiamiento combina fondos del estado y de transferencias federales a este propósito que son administrados y fiscalizados por ASES. El aseguramiento a la población médico indigente es ofrecido por aseguradoras privadas contratadas por el estado a este propósito. Los empleados de gobierno cuentan con un seguro público que cuenta con susidio del patrono quien aporta una parte. La provisión de servicios es responsabilidad compartida y ubica tanto en el sector privado como público.

3.2. EFECTO SOBRE LOS “PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA REFORMA”

El gobernador de Puerto Rico, Honorable Aníbal Acevedo Vilá nombró una Comisión Especial mediante Orden Ejecutiva del 18 de febrero de 2005 para la evaluación del Sistema de Salud de Puerto Rico. Esta Comisión presentó su Informe Final en noviembre de 2005. El Informe presentado conjuntamente con el Informe del Análisis del Sector Salud de Puerto Rico y las mediciones de la Funciones Esenciales de salud Pública (FESP) representan instrumentos de evaluación y medición de ejecutoria del Sistema de Salud de Puerto Rico posterior a la implantación de la Reforma en el 1993. Por primera vez se cuenta con una evaluación exhaustiva que facilitará la toma de decisiones y el desarrollo de política pública para lograr un sistema de salud que responda a las necesidades de la población en general

La Reforma de Salud en Puerto Rico impactó la organización y administración de los servicios de salud particularmente el área de prestación de servicios enfocado en un modelo de cuidado dirigido. La Comisión Evaluadora posterior al estudio y evaluación crítica del nivel de salud de la población de Puerto Rico y del estado del sistema de salud reconoció que el modelo de prestación de servicios de salud existente necesita ser transformado. De acuerdo al Informe de la Comisión plantea que llevó a cabo una introspección objetiva a base de una radiografía clara del Sistema de Salud de Puerto Rico y de la política pública que lo rige ha demostrado que lo siguiente:

1. Problemas de acceso, eficiencia y equidad a un cuidado de salud del nivel más alto posible, aún con los cuantiosos recursos que se invierten en él.
2. La calidad de los servicios curativos y rehabilitativos, y los relacionados a prevención primaria y secundaria reflejan dudas razonables.
3. Relación médico-paciente severamente afectada.
4. Insatisfacción, tanto de proveedores como de los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno.
5. Costo eficiencia cuestionado, por el hecho de que somos el país del mundo que más recursos invierte en relación al Producto Bruto Nacional y nuestros resultados de salud están por debajo de todos los países industrializados comparados
6. La asignación de riesgo penaliza indebidamente al médico primario al imponerle riesgo financiero (no contemplado en la Ley 72 de 1993), por los servicios provistos por otros proveedores a los beneficiarios suscritos a su centro primario. Este mecanismo propicia la creación de dilemas éticos al médico primario al enfrentarse a la posibilidad de denegar servicios indicados o retrasar la realización de pruebas clínicamente necesarias.
7. La educación a profesionales de la salud se ha visto seriamente afectada por la falta de una política pública que apoye la educación y capacitación de estos profesionales, por la pérdida de talleres clínicos y pérdida de facultad e inmunidad legal. Se observa fuga de profesionales de atención primaria, principalmente médicos y personal de enfermería.
8. La realidad de la impericia médica en Puerto Rico, es la falta de un balance entre proteger el derecho de los pacientes a demandar; sin perjudicar el derecho de todos/as a contar con los médicos y especialistas cuando se necesitan. El 70% de las demandas cierran sin pagos por inmeritorias o frívolas, pero exponen al médico a cerrar su práctica, retirarse, reducir procedimientos riesgosos o emigrar fuera de Puerto Rico.
9. El costo de los medicamentos es varias veces mayor a lo que era el costo cuando los adquiría el Estado. Además, el 20% de las recetas representan el 80% de los costos de servicio. En los servicios primarios existen ejemplos de negación de medicamentos y despacho de estos desde las oficinas médicas.

10. Se observan conflictos con el cumplimiento de principios medulares de la bioética como la autonomía y justicia a través de criterios establecidos tales como acceso al buen cuidado de salud.
11. La Procuraduría del Paciente señala tres fallas del actual sistema que dejan al paciente/usuario totalmente desprovisto de las herramientas indispensables que le permitirían asumir el control del cuidado de su propia salud. Estas son: el racionamiento de servicios para reducir costos; el Modelo de de Salud está diseñado para reaccionar a las enfermedades agudas, descuidando el cuidado preventivo, y los usuarios no tienen acceso a los conocimientos -falta de información/educación- indispensable para asumir responsablemente el control sobre el cuidado de su propia salud.
12. Existe fragmentación del Sistema de Salud. El Gobierno ofrece servicios bajo el esquema de pago de salario u honorarios profesionales. Los centros primarios de cuidado dirigido tienen dos modalidades de servicios diferentes: una de éstas provee la cubierta básica a través organizaciones de servicios de salud y la cubierta especial a través de la aseguradora. La segunda modalidad ofrece ambas cubiertas, la básica y la especial a través de Asociaciones de Prácticas Independientes. En estas dos modalidades se paga al médico primario por *capitación* (*capitation*). Ambas modalidades proveen el cuidado dental a través de la aseguradora a base de tarifa por honorarios profesionales. Por otro lado, el sector de planes de seguros privados ofrece servicios por pago de honorarios. No existe articulación ni interacción adecuada entre estos tres subsistemas del Sistema de Salud. También, se manifiesta, la fragmentación del Sistema por la carencia de guías y protocolos de servicios unificados por las distintas aseguradoras, o en el uso ineficiente e irracional de los generosos y abundantes recursos existentes. Esta última situación obedece también, a la falta de una adecuada planificación, ya que los servicios no están integrados en un modelo global que trascienda los breves límites de los servicios remediadores y de las aseguradoras contratadas.
13. El hecho de que haya dos sistemas de financiamiento de servicios de salud (uno privado y uno gubernamental) promueve la desigualdad en el derecho a los servicios de salud.
14. Alta magnitud de problemas de salud mental. Se estima que existe en Puerto Rico, más de 600,000 personas con alguna condición de salud mental. Existe una percepción generalizada de que éste es el principal problema de salud de PR. En general, la salud mental de la población presenta un cuadro de deterioro acelerado.
15. El sistema de salud mental está totalmente fragmentado y desarticulado. No existe integración entre los servicios de salud física y de salud mental, y los pacientes, familiares e inclusive los profesionales de ciencias de la conducta están frustrados y desesperanzados. Se observa carencia de enlaces entre los componentes gubernamentales, privados y de base comunitaria. Por otro lado, se documenta atención deficiente en el sistema privado, ya que no atiende de forma integral la naturaleza y alcance de los problemas de salud mental existentes.
16. La capacidad de rectoría del Departamento de Salud para la formulación e implantación de política pública demuestra:

- a. Limitados recursos para la promoción de la salud, la prevención de condiciones y la protección de la salud.
 - b. Insuficiencia presupuestaria para continuar pagos por amortización de deudas de la construcción de facilidades de servicios de salud, ahora ya vendidas.
 - c. Además, el DS se ve en la obligación de pagar cánones altos de renta a locales, muchos de éstos inadecuados para ofrecer los servicios de salud pública a nivel local y regional.
17. Se han creado estructuras formales para la Promoción, Prevención y Protección de la Salud en el Departamento de Salud. Se han hecho esfuerzos aislados en las Aseguradoras por llevar a cabo proyectos de prevención y de manejo de enfermedades crónicas. Se han fomentado algunas estrategias de comunicación social, educación en salud e iniciativas de alcance comunitario, pero sumamente limitadas. Existe falta de articulación adecuada entre estos tres componentes claves de la salud pública (Promoción, Prevención y Protección). Se carece de una declaración sobre la política pública de promoción, prevención y protección de la salud, hay falta de articulación programática en el Departamento y en con los servicios que se ofrecen en el sector privado o en el sector de base comunitaria. Se carece de indicadores de efectividad basados en evidencia de estos tres componentes fundamentales de la salud física y de la salud mental. Reconocemos que se ha comenzado un proceso de mejoras en este renglón y unas actividades regionales para solucionar el problema.
18. No existe articulación, ni trabajo colaborativo entre las entidades gubernamentales que administran fondos públicos para servicios de salud, como: ASES, ACAA, y CFSE. Tampoco existe vinculación entre estas entidades, para la contratación de proveedores de servicios de salud.
19. El Sistema de Salud vigente ha creado una creciente población de personas no aseguradas en Puerto Rico. Por un lado, no cualifican para el Plan de Salud del Gobierno, y por otro, no tienen capacidad económica para comprar un seguro de salud privado.
- Se carece de datos reales sobre el perfil epidemiológico y las necesidades de salud de la población no asegurada en Puerto Rico. No tenemos un estudio sobre dicha población y se cuenta con datos fragmentados de diversas fuentes.
20. El sector privado del Sistema de Salud de Puerto Rico es primordialmente, de carácter curativo y rehabilitativo. Existen pocos o muy pocos servicios de promoción, prevención y protección de la salud dirigidos particularmente a las necesidades específicas de esta población, como son estrategias de educación y prevención. En particular, el avanzado deterioro de la salud de esta población, por estilos de vida no saludables, tales como hábitos alimenticios que propician mala nutrición, poca actividad física, mucho sedentarismo, y la alta incidencia de obesidad, tabaquismo, alcoholismo y drogodependencia; por mencionar algunos de los estilos de vida más riesgosos y frecuentes amenazan la salud de estos habitantes.
21. Del estudio de sistemas de salud alternos fuera de Puerto Rico, encontramos que ningún sistema de salud es perfecto; pero algunos logran mejores resultados de salud, a menor costo, con mayor capacidad de rendir cuentas, ser evaluados con

transparencia y gozan de mayor satisfacción, tanto de consumidores como proveedores.

- a. Cada país industrializado del mundo, excepto Estados Unidos y Puerto Rico, tienen sistemas de cuidado de salud universal. Todos gastan menos que lo que gasta Estados Unidos y Puerto Rico en el sector salud.
- b. Algunos países (España y Reino Unido) tienen sistemas socializados, donde el cuidado de salud es financiado y operado por el Gobierno.
- c. Otros países como Francia, Alemania, Canadá y Australia, tienen sistemas financiados por el Gobierno, y operados a base de organizaciones del sector privado.
- d. La Organización Mundial de la Salud determinó que se destacan por su excelencia los sistemas de salud de Finlandia (el mejor), Francia, Italia, Singapur, España, Japón y los países escandinavos.

En resumen, luego de aproximadamente doce años de haberse implantado la Reforma los cambios que surgen como resultado de la implantación de la Ley Núm.72 del 7 de Septiembre de 1993, la Comisión concluyó que:

1. El sistema de salud existente en Puerto Rico al año 2005, no es efectivo porque no se observan los beneficios en el mejoramiento de la salud de las personas tanto en el sector privado como en el Plan de Salud del Gobierno. Más bien se ha observado un estancamiento en estos indicadores de salud. Además, existe un alto grado de insatisfacción de los pacientes y de los proveedores de los diversos servicios de salud.
2. El sistema no es eficiente porque el mejoramiento de la salud de las personas está muy por debajo de los recursos que se invierten.
3. El sistema no es equitativo, porque existe disparidades marcadas entre los asegurados del Plan de Salud del Gobierno, los asegurados de Medicare y los de planes privados o comerciales. Además, ha creado una alta proporción de personas no aseguradas.

En la evaluación presentada se establece claramente las fortalezas y debilidades y como muestran las limitaciones del modelo en cuanto a equidad, distribución de recursos, acceso, efectividad, eficiencia, sostenibilidad y participación social.

Fortalezas del Sistema de Cuidado Dirigido

- El modelo vigente provee una cubierta básica amplia con amplios beneficios
- Existe una cubierta especial para casos de alto riesgo y por ende de alto costo
- Se da acceso a los hospitales y a establecimientos de salud privados
- Se establece una cubierta y servicios de salud oral amplia; a base de pago por servicios al proveedor
- Se provee medicamentos que son esencialmente libre de costo
- Tienen una cubierta geográfica amplia, cubriendo los 78 pueblos de la Isla
- Provee libre selección dentro de una red de proveedores establecida
- Existen unos recursos profesionales de excelente formación académica y clínica y con un compromiso serio hacia el bienestar de todos los puertorriqueños.
- Los distintos componentes del Sistema están abiertos a reconocer sus limitaciones y están receptivos al cambio.

- Aún con sus deficiencias, el sistema provee las necesidades básicas de salud de la mayor parte de la población.
- Se permite mayor acceso de la población pero no la que se requeriría para obtener servicios hospitalarios, diagnósticos y de salud mental.
- La empresa privada está en disposición de cooperar con la gestión gubernamental dentro del contexto de sus intereses.

Debilidades del Sistema de Cuidado Dirigido

- Se crea inequidad en el servicio al asignar el riesgo de la prima a los médicos primarios, lo que provoca un racionamiento de servicios.
- Se limita el libre acceso a ciertos servicios como son medicamentos y servicios médicos especializados (lo que se considera racionamiento de servicios)
- Se aumenta de forma desproporcionada el número de personas que no poseen seguro médico.
- Se crean grupos de personas elegibles, no aseguradas; y personas no elegibles al plan de salud que a su vez no tienen los recursos necesarios para pagar por su plan médico.
- Se crean deudas significativas para los proveedores médicos, de servicios hospitalarios y de emergencia debido a personas que acceden al sistema de servicios sin tener seguro de salud
- Se erosiona la confianza entre médicos y pacientes debido a incentivos del pago per capita
- Se afectaron los programas de prevención primaria y secundaria, de forma continua, uniforme y sistemática.
- Se afectaron los indicadores de calidad de servicio manifestado por los índices de vacunación en la población pediátrica y el aumento de partos por cesáreas
- Existe la percepción entre los beneficiarios de que se ha experimentado un deterioro en sus condiciones de salud debido a la dificultad para acceder a servicios de salud mental, acceder a ciertos medicamentos de necesidad para controlar condiciones crónicas como diabetes, hipertensión y asma y los servicios de transportación terrestre.
- Falta de integración y análisis periódico para demostrar la costo-efectividad de los modelos de prestación de servicios de salud vigentes.
- Falta de una planificación estratégica e integrada
- Evaluación y fiscalización incompleta y fraccionada de los servicios de salud
- Diversas agencias del gobierno administrando los seguros y ofreciendo los servicios de salud
- Ausencia o control limitado por el Departamento de Salud
- Pobre continuidad en el tratamiento de los pacientes de la Reforma
- Limitación de servicios en el Hospital de Trauma por falta de los recursos necesarios y un aumento en la demanda por esos servicios.
- Hay falta de agilidad para responder a los retos y oportunidades producidas por el ambiente externo.
- Funciones y operaciones de rectoría y fiscalización efectivas no se dan.
- Existen serias deficiencias en las competencias clínicas de muchos de los médicos primarios que sustentan la base del Sistema de Salud.
- Hay ausencia de un verdadero Sistema de Salud comprensivo, integrado, racional y costo-eficiente que responda a las necesidades y aspiraciones de salud de los puertorriqueños.
- Existe un dilema ético para el médico proveedor de servicios

- Los costos continúan incrementándose de forma inaceptable
- Las gestiones de promoción, prevención, y protección de la Salud Pública se han reducido sustancialmente
- Rige un enfoque económico en detrimento del enfoque salubrista.
- La recopilación y el análisis de datos para la formulación de política pública se redujo sustancialmente.
- Se creó un segmento considerable de la población (7% a 10%) sin un seguro médico.
- Los talleres para la educación médica y de profesionales de la salud se redujeron sustancialmente en un 67%
- Los indicadores de salud no mejoraron sustancialmente y en algunos casos, empeoraron como lo es la tasa general de mortalidad.
- La capacidad del Estado, a través del Departamento de Salud, de formular política pública se redujo.
- Se le ha dado mayor énfasis al tratamiento agudo del paciente en detrimento a las actividades de prevención, promoción y protección de la salud.
- El modelo ha dado ingerencia a las aseguradoras en la formulación de política inherente al organismo de rectoría del Estado.
- Hay un descontento general en los pacientes atendidos bajo el plan de Salud público.
- Los sistemas de información son ineficientes y deficientes.
- Hay fragmentación y desarticulación en la continuidad del tratamiento médico

Apuntando a mirar en detalle algunos de los indicadores sugeridos para evaluar la efectividad de la Reforma en la reducción de los indicadores de mortalidad materna e infantil, mortalidad por neoplasias malignas y la incidencia de tuberculosis y VIH/SIDA se observa que en Puerto Rico la mortalidad materna es fluctuante mientras que la mortalidad infantil se ha reducido desde principios de la década del noventa hasta el primer quinquenio del siglo XXI.

La mortalidad materna que durante el periodo de 1990-1994 presento una tasa promedio de 16.6 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos se redujo a 13.7 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos durante el quinquenio de 2000-2004. Esto equivale a aproximadamente una reducción de un 17.5 por ciento en las tasas de mortalidad materna. La tasa de mortalidad infantil se redujo en 24.2 por ciento durante el mismo periodo de tiempo. Durante el quinquenio de 1990-1994, la tasa de mortalidad infantil fue de 12.8 por cada 1,000 nacimientos vivos, disminuyendo a 9.7 por cada 1,000 nacimientos vivos para el periodo de 2000-2004. El por ciento de bajo peso al nacer a diferencia de la mortalidad materna e infantil, aumentó durante el mismo periodo de tiempo. Durante el periodo de 1990-1994 el 9.6 por ciento de los nacimientos fueron bajo peso al nacer, una década mas tarde durante el periodo de 2000-2004 el por ciento había aumentado a un 11.5 de los nacimientos vivos.

La incidencia de neoplasias malignas de la mama en la mujer a aumentó grandemente de 59.7 casos nuevos de neoplasias malignas de la mama por cada 100,000 mujeres en el periodo de 1990-1994 a 86.7 casos por cada 100,000 mujeres en el periodo de 2000-2004. Paralelamente con el aumento en incidencia se observo un aumento en la mortalidad por esta causa de muerte, que para el año 1995 tuvo una tasa de 16.9 por cada 100,000 mujeres y para el año 2004, la tasa había ascendido a 20.5 por cada 100,000 habitantes. Por otro lado, las neoplasias malignas de cuello útero, presentan todo lo contrario con una disminución tanto en su incidencia como en la mortalidad durante el periodo de tiempo estudiado. Aunque la incidencia de neoplasias malignas de cuello útero aumentaron levemente durante el periodo de 1995-1999, de 10.5 a 10.9 por cada 100,000 mujeres, estas descendieron grandemente durante el

último periodo de estudio (2000-2004), alcanzando niveles menores a los experimentados en el periodo de 1990-1994. Para el periodo de 2000-2004 la tasa de incidencia fue de 9.8 por cada 100,000 habitantes, lo que equivale a un descenso de 11% en comparación a la del periodo anterior (1995-1999). Al igual que la incidencia, la mortalidad por esta causa se redujo durante el periodo de estudio. Durante el año 1995 y 1999 las tasas de mortalidad por esta causa fueron de 2.5 por cada 100,000 mujeres, la cual se redujo a 2.3 por cada 100,000 mujeres en el año 2004.

La incidencia de tuberculosis y VIH/SIDA se redujo considerablemente desde principios de la década del noventa hasta los primeros cinco años del siglo XXI. La tuberculosis que tuvo una incidencia de 7.7 casos por cada 100,000 habitantes en el periodo de 1990-1994, fue disminuyendo gradualmente hasta reportarse una incidencia de 3.4 por cada 100,000 habitantes en el periodo de 2000-2004. Mucho más marcada fue la reducción de la tasa de incidencia de VIH/SIDA durante el mismo periodo de tiempo. Luego de reportarse una incidencia de 65.5 por cada 100,000 habitantes en el periodo de 1990-1994, esta disminuyó a 27 por cada 100,000 habitantes durante el quinquenio de 2000-2004. Es importante señalar que a diferencia de los otros casos en que la disminución fue constante, la incidencia de VIH/SIDA aumentó considerablemente en el periodo de 1995-1999 con una incidencia promedio de 232.2 por cada 100,000 habitantes. Esto significa que el descenso de la incidencia fue mucho mayor si se toma de referencia ese periodo de tiempo.

3.3. EFECTO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD

El Sistema de Salud de Puerto Rico ha pasado por importantes cambios durante los últimos 12 años. Hasta el 1993 los servicios de salud de Puerto Rico eran provistos por un sistema mixto público y privado. En dicho sistema accedían al sector privado aquellas personas con capacidad de pago o que contaban con un seguro médico (Plan de servicios de Salud) adquirido mediante pago directo o a través de su patrono. Para responder a la demanda de servicios de salud el sector privado contaba con una red de 56 hospitales, y múltiples centros y modalidades de ofrecer servicios ambulatorios siguiendo en cierta forma la evolución de los servicios en Estados Unidos.

Simultáneamente el Departamento de Salud tenía la responsabilidad de atender las necesidades de la población médico indigente mediante un sistema regionalizado desarrollado en Puerto Rico para la década de 1950 y según fue modificado a través de los años. En esencia este sistema ofrecía servicios de nivel primario a través de una red de Centros de Diagnóstico y Tratamiento distribuidos en cada uno de los 78 municipios que incluían servicios de Sala de Emergencia, respaldados por servicios de laboratorio, rayos x y farmacia.

Ya para el 1993 muchos de estos Centros contaban con servicios de especialidades en las áreas de medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría. Además, estos Centros albergaban los servicios de salud pública que ofrecía el Estado y aquellos ofrecidos por programas federales que respaldaban los servicios de salud pública estatal.

Entre los programas estatales podríamos mencionar los servicios de salud ambiental, servicios de salud pública, servicios de vacunación y servicios de enfermedades infecciosas, entre otros. Estos programas fueron respaldados por los programas maternos infantiles, programas de inmigrantes agrícolas, entre otros programas que obtenían fondos federales para su operación.

Dada esta mezcla de servicios era común encontrar en un Centro de Salud Familiar, como en el municipio de Barranquitas por ejemplo, servicios dentales, servicios de trabajador social, nutrición, enfermeras epidemiólogas y toda una serie de servicios dirigidos a la prevención.

Este concepto de Centro de Salud Familiar se desarrolló al punto de que se diseñaron y se construyeron un gran número de costosas facilidades en distintos municipios de la Isla, los cuales fueron contruidos siguiendo un modelo de medicina familiar muy específico. En esencia el modelo consistía en distribuir las facilidades ambulatorias de cada uno de estos centros por equipos de salud compuestos por un médico, una enfermera de salud pública y una asistente de salud. A cada equipo le era asignada una población específica a la cual debían atender en una forma continua y consistente con sus necesidades.

Este sistema de servicios primarios era respaldado por un sistema de servicios secundario formado por una red de hospitales sub-regionales y regionales que culminaba en un servicio terciario y supraterciario en el Centro Médico de Puerto Rico. En estos hospitales se ofrecían además de servicios de hospitalización, servicios de clínicas externas especializadas y super-especializadas en las distintas áreas de la medicina. Además, estos eran centros de enseñanza con residencias en su mayoría aprobadas en las distintas especialidades.

Durante este proceso se creó la base reglamentaria que facilitó la implantación de la Reforma. Con la aprobación de la Ley núm.41 del 3 de agosto de 1993 se enmienda la Ley 103 del 12 de junio de 1985 para permitir el arrendamiento de las instalaciones hospitalarias. Sin embargo en el proceso de aplicar la ley se generaron problemas de tipo legal y organizacional en la prestación de servicios que requirió evaluar la misma. Para el 7 de marzo de 1995 se sometió un ante proyecto de ley que facilitó la venta además del arrendamiento de facilidades al sector privado.

En el 1993 el gobierno inició un proceso de reforma que cambió dramáticamente la forma de proveer servicios de salud a la población médico indigente del país. Mediante la Ley 72 se transforma el Sistema de Salud de Puerto Rico donde el gobierno deja de ser en esencia, el proveedor de los servicios de salud y pasa a contratar a la empresa privada los servicios que han de recibir la población médico indigente de la Isla. Mediante esta Ley conocida como Ley de Reforma de Salud, se creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). Es a través de esta Administración que se crea un Plan de Salud para las personas médico indigentes.

Esta Administración tiene la responsabilidad de administrar y negociar mediante contrato con las Aseguradoras un sistema de servicios de salud que le brinde a la población médico indigente acceso a un cuidado médico hospitalario adecuado a través de toda la Isla.

Posteriormente, la Ley 190 del 3 de septiembre de 1996, conocida como Ley para Reglamentar el Proceso de Privatización de las Instalaciones de Salud Gubernamentales, establece un marco legal autorizando al Secretario de Salud para que proceda con el arrendamiento, sub-arrendamiento, venta o sesión, o establecer cualquier otro modelo de contratación en las instituciones de salud gubernamentales de Puerto Rico. Esta Ley dio paso a un proceso de venta y arrendamiento de las facilidades gubernamentales en toda la Isla, con el propósito esencial de que fueran utilizadas para ofrecer servicios de salud a la población en general sin importar la condición económica de la persona.

A partir del 2001 se inició la Reforma de la Reforma con el objetivo de superar muchos de los problemas con la implantación de la reforma. Entre los proyectos de ley de mayor importancia radicados por la legislatura lo fue la creación de la Oficina del Procurador del Paciente (OPP) mediante la Ley núm. 11 del 2001 como instrumento para garantizar la Carta de Derechos del Paciente establecida mediante la Ley núm. 194 del 25 de agosto de 2000.

En el 2002 mediante la Ley Núm. 105 de julio de 2002 se enmendó la Ley Núm. 72 de 1993 para autorizar la contratación directa de proveedores de servicios de salud lo que liberalizó el control por parte de las aseguradoras quienes eran las únicas facultadas por ley para contratar con los proveedores. Posteriormente y mediante la Ley 334 del 2003 se facultó a un funcionario de ASES a contratar directamente con los proveedores de salud. Estas leyes en conjunto facilitaron el desarrollo de proyectos pilotos en los municipios donde ASES contrataba directamente a los proveedores.

Entre otros proyectos de ley de importancia se aprueba la Ley Núm.3 de 2003 que prohíbe la venta, cesión, permuta y enajenación de las instalaciones de salud a intereses privados. El DS como consecuencia retuvo la propiedad de 22 Centros de Diagnóstico y Tratamiento. Posteriormente flexibilizó la ley para permitir el arrendamiento de servicios de salud a corporaciones sin fines de lucro y corporaciones especializadas en servicios de salud.

El informe de la Situación de Salud emitido por la Organización Panamericana de la Salud, OPS por sus siglas, dice entre sus datos que en el año 2004 la esperanza de vida al nacer para ambos sexos en Puerto Rico aumentó a 75.9 años, (80.2 para las mujeres y 71.5 para los hombres). Entre el 1990-2000 este indicador reflejó un aumento de 2.6 años en los hombres 2.7 años en las mujeres.

La tasa de natalidad se redujo de 18 a 13.1 por cada 1,000 habitantes entre el 1990-2003. La tasa global de fecundidad en el 2003 era 1.8 hijos por mujer, tasa que se encuentra bajo el nivel de reemplazo de la población (2.1 hijos), y que está ubicada entre las más bajas de la región de las Américas. En el año 2003 hubo 50,803 nacimientos en Puerto Rico. La mortalidad general para el 2002 fue de 7.3 difuntos por cada 1,000 habitantes. Entre el 1995-2002 se ha observado un descenso en este indicador equivalente a un 12%.

Las enfermedades del corazón son la causa principal de muerte en Puerto Rico seguidas por el cáncer, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas, e hipertensión. Los accidentes, las enfermedades cerebro vasculares, Alzheimer, neumonía y los homicidios completan la lista de las 10 causas de muerte en Puerto Rico.

Las muertes por enfermedades del corazón continúan disminuyendo a través de los años y se espera que los tumores malignos pasen a ser la principal muerte en Puerto Rico en los próximos años. La neoplasia (tumor maligno) ha mantenido una tendencia establecida en los últimos años sin mostrar aumento o disminución considerable en sus tasas.

Según el Colegio de Médicos, en su Ponencia ante la Comisión, entre 2000-2003 se percibe un aumento de los indicadores de mortalidad para las causas más comunes como diabetes mellitus, neumonía e influenza, cáncer, enfisema y septicemia. Estas mismas causas de muerte entre 1995-1997 mostraban un patrón de reducción aún bajo un sistema de reforma incompleto. Estos eran reflejo del efecto del sistema anterior. Señala además, que el aumento en el nivel de gastos en salud ocasionado por la Reforma no parece haber contribuido a mejorar la salud del país y mas bien los datos sugieren todo lo contrario.

De acuerdo al Informe de la Comisión durante las vistas públicas realizadas se recibieron muchos planteamientos relacionados con el concepto de racionamiento de servicios en áreas de servicios especializados, de medicamentos de alto costo y estudios de tecnología sofisticada. Además se recibió un reclamo extraordinario relacionado con el servicio de salud mental, los cuales son considerados limitados, desarticulados, e inaccesibles. Sin embargo al revisar la información de estadísticas vitales, tenemos que concluir que la información existente no es suficiente para establecer una conclusión sobre los efectos de la Reforma de Salud en los niveles de salud pública de nuestro pueblo.

En el área de sistemas de información concluimos que las iniciativas realizadas en Puerto Rico por el Gobierno en el área de Salud están en su mayoría en proceso de implantación con problemas importantes con los cuales se necesita trabajar.

Por otro lado un sub-comité designado para evaluar la cubierta de medicamentos bajo la Reforma concluyó que la misma es satisfactoria aunque señalamos serias debilidades del Sistema. Antes de la Reforma los medicamentos que eran provistos en el Centro de Salud Familiar eran escasos lo cual creaba un tipo de racionamiento creado por la escasez de fondos en el Departamento de Salud para cubrir este renglón. Actualmente el costo de este renglón ha aumentado dramáticamente y cualquier racionamiento que pudiere ocurrir en el mismo implica ahorros primordialmente para el grupo primario y el manejador de servicios de farmacia. Uno de los grupos de edad más afectados por el racionamiento en los medicamentos son los viejos.

Al hablar de las necesidades de las personas de 65 años ó más, hay que mencionar que durante las últimas 6 décadas uno de los grupos de mayor crecimiento poblacional son las personas de 60 años o más. Según el censo del 2000, Puerto Rico cuenta con 585,701 personas mayores de 60 años para un 15.4% de la población total.

Las principales causas de muerte de esta población son enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedades cerebro-vasculares y neumonía. Según planteado por este subcomité la falta de prevención, educación y de acceso a los servicios esenciales de salud podrían estar relacionados con la mortalidad reportada en estos grupos de edad.

Existe una alta preocupación por el alto costo de los medicamentos, la dificultad para conseguir recetas, la dificultad y lentitud para conseguir los referidos a los especialistas y la falta de transportación para ir a las citas médicas como problemas serios para los viejos en la Reforma de Salud.

En términos generales se observa que en un periodo de doce años la implantación de la Reforma de Salud en Puerto Rico no ha satisfecho las expectativas de cambio en los servicios de salud.

3.4. ANÁLISIS DE ACTORES

SECTOR PÚBLICO

Gobernador – Anibal Acevedo Vilá
Establece política pública para el estado

Asamblea Legislativa – Representantes y Senadores
Establece y aprueba las leyes; Aprueba el presupuesto anual general del país

Departamento de Salud – Secretaria de Salud - Dra. Rosa Pérez Perdomo
Implanta política pública; Establece normas y reglamentos en el área de salud; Agente rector, regulador y fiscalizador para proveedores de servicios; Proveedor de servicios especializados y de alto riesgo.

Administración de Seguros de Salud Puerto Rico (ASES) - Agencia contratante de los servicios de salud del Plan de Salud del Gobierno.

Oficina del Comisionado del Seguros - Regula y fiscaliza las compañías de seguros incluyendo las que prestan servicios de salud.

Proveedores de Servicios de Salud

- Hospitales Públicos administrados por el DS (12 Hospitales)
- Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)
- Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM)
- Corporación del Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe
- Comisión Industrial
- Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE)
- Cuerpo de Emergencias Médicas
- Instituto de Ciencias Forenses

Proveedores de otros Servicios de Salud

- Administración de Corrección
- Administración de Instituciones Juveniles
- Administración de Rehabilitación Vocacional
- Administración d Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA)

Agencias que abogan por un sector específico

- Oficina Procurador del Paciente
- Oficina Procurador del Impedido
- Oficina Procurador del Ciudadano
- Oficina Procurador del Veterano
- Oficina de Asuntos de la Vejez
- Tribunal Examinador de Médicos (TEM)
- Oficina de Asuntos del Consumidor (DACO)
- Departamento del Trabajo (Salud Ocupacional)

Agencias reguladoras del ambiente

- Junta de Calidad Ambiental
- Autoridad de Desperdicios Sólidos (ADS)
- Departamento de Recursos Naturales y Ambientales
- Autoridad de Acueductos y Alcantarillados (AAA)
- Departamento de Hacienda – Agente pagador de todos los gastos del gobierno
- Oficina de Gerencia y Presupuesto – Asigna los fondos de presupuesto general a todas las agencias gubernamentales

Otras

- Sistema Judicial
- Agencia Estatal para el Manejo de Emergencia y Administración de Desastres
- Autoridad para el financiamiento de Facilidades Industriales Medicas y para el Control de Calidad Ambiental (AFICA)

PRIVADAS SIN FINES DE LUCRO

- Asociación de Hospitales de Puerto Rico
- Asociación Médica de Puerto Rico
- Asociación de Alcaldes
- Asociación de Enfermería Visitante
- Asociación de Ortopedas
- Asociación de Podiátras
- Asociación de Psicólogos
- Asociación de Hemofilia
- Asociación de Diabetes
- Asociación de Fisioterapia
- Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico
- Colegio de Profesionales de la Enfermería
- Lifelink/ Donación de Órganos
- Asociación del Corazón
- Asociación del Parkinson
- Asociación del Alzheimer
- Asociación del Cáncer
- Asociación del Pulmón
- Asociación del Epilepsia
- Fundación Puertorriqueña para la Salud
- Sociedad de Médicos Graduados de la Universidad de Puerto Rico
- Fundación Suicidio
- Sociedad de Microbiólogos
- Síndrome de Down

PRIVADAS CON FINES DE LUCRO

Compañías Aseguradoras

- Cruz Azul
- Triple S
- Humana
- COSVI
- MCS – Medical Card System
- First Medical

- SIMED – Impericia Médica

OTRAS ENTIDADES CON FINES DE LUCRO

- Hospitales Privados – (55 hospitales)
- Entidades/ Instituciones que prestan Servicios de Salud (CDT , Casas de Salud y otras)
- APS Healthcare – Salud Mental
- FHC Health System

GOBIERNO FEDERAL

- National Center for Health Statistics
- Department of Agriculture (USDA)
- Environmental Protection Agency (EPA)
- Administración de Veteranos
- Medicaid
- Medicare
- Center for Disease Control
- Social Security Administration
- SAMHSA
- Department of Health and Human Services
- Foods and Drugs Administration
- Health Resources and Services Administration (HRSA)
- Occupational Security Health Administration (OSHA)

OTRAS

- OPS
- OMS
- NAPHSIS

UNIVERSIDADES

- Recinto de Ciencias Médicas - UPR
- Escuela de Medicina de Ponce
- Escuela de Medicina de Bayamón
- Escuela de Medicina de Caguas
- Colegios Técnicos

UNIONES OBRERAS

- Unión General de Trabajadores – (UGT)
- Unidad Laboral de Enfermeras y Empleados de Salud (ULEES)

BIBLIOGRAFÍA

Comisión para Evaluar el Sistema de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Informe: Evaluación del Sistema de Salud de Puerto Rico; Hacia el Desarrollo Integral del Sistema de Salud de Puerto Rico. Noviembre, 2005.

Departamento de Salud de Puerto Rico. Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System: 2002. Puerto Rico: 2004.

Departamento de Salud, División de Epidemiología. Enfermedades de Notificación Obligatoria en Puerto Rico. 1990 al 2004. Puerto Rico: Boletín Epidemiológico, 2004.

Departamento de Salud / Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico (UPR). Estudio Continuo de Salud para los Municipios de Puerto Rico. Puerto Rico: 2002.

Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Promoción y Protección de la Salud (SAPPS), División Madres, Niños y Adolescentes (DMNA). Estudio de Salud Materno-Infantil de Puerto Rico (ESMIPR). Puerto Rico: Agosto 2003.

Departamento de Salud, SAPPS, DMNA, Estudio sobre la Asociación de Factores de Riesgo Sociodemográficos por Causas de Muerte relacionadas al Embarazo, 1999-2001. Puerto Rico: Agosto 2003.

Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo (SAPD) Informe Anual de Estadísticas Vitales de Puerto Rico. Puerto Rico: 1990 al 2004.

Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar de Salud Ambiental, Programa de Higienización del Ambiente Físico Inmediato (HAFI), Informe Anual de Casos Sospechosos de Dengue del 1990 al 2004.

Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo (SAPD) Informe Estadístico de Facilidades Hospitalarias en Puerto Rico, 2002-2003.

Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo (SAPD) Informe Estadístico de los Profesionales de la Salud en Puerto Rico, Noveno Registro 2001- 2004. Puerto Rico

Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar para de Prevención y Control de Enfermedades, Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Trasmisibles (OCASET) Informe de Pacientes con VIH/SIDA a junio de 2005.

Departamento de Salud; División de Epidemiología. Notificación de Enfermedades Infecciosas 1990 al 2004. Puerto Rico: 2005

Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS), Registro de Hospitales y Facilidades de Salud Año 2002-2004.

Departamento de Salud, SAPPS, DMNA, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna. Puerto Rico: Agosto 2003.

Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Negociado del Censo. Censo de Población de Puerto Rico: 1990 y 2000.

Junta de Planificación, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo. Proyecciones Preliminares de Población: Puerto Rico: 2000-2025. Puerto Rico: Septiembre 2003.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. La Salud en las Américas, Vol. II, Perfil de Salud Puerto Rico 2004. Puerto Rico, 2006.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud de Puerto Rico, Análisis del Sector de Puerto Rico. Diciembre 2004.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud de Puerto Rico, Situación de Salud en Puerto Rico. Indicadores Básicos 2004.

Universidad de Puerto Rico, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Departamento de Bioestadísticas y Epidemiología. Perfil Sociodemográfico y Análisis de Morbilidad Asociada a Causas Selectas en Puerto Rico. San Juan: Septiembre 2004.

Universidad de Puerto Rico, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Condiciones de Salud de los Adultos de Edad Mayor en Puerto Rico, Informe General 2002-2003 Proyecto PREHCO (por sus siglas en inglés). Puerto Rico, 2005.