

**DE SECTOR A SISTEMA INTEGRADO DE CUIDO
El Sistema de Salud de Puerto Rico**

Roberto Ramírez, Ph.D.*

Introducción

En este artículo discutimos los acontecimientos principales que sucedieron como parte de una estrategia de reorganizar los servicios de salud gubernamentales en Puerto Rico a través de un modelo de cuidado dirigido privado. Ofrecemos un trasfondo histórico del sistema de salud previo a la implantación de este proceso de privatización y discutimos asuntos críticos que, transcurridas casi dos décadas, deben atenderse para lograr que el sector salud privado, que resultó de esta estrategia, pueda convertirse nuevamente en un sistema integrado de salud.

Trasfondo

Durante la mayor parte del siglo veinte el sistema de salud gubernamental de Puerto Rico sirvió de fuente principal de prestación de servicios de salud para la población de la Isla, especialmente para el sector médico indigente y de bajos recursos. Esto a través de un modelo regionalizado diseñado principalmente por el Dr. Guillermo Arbona. De hecho, Puerto Rico ha sido país líder en el desarrollo de un sistema integrado de salud que ha servido de modelo para tantos países en el mundo. La organización de este modelo gubernamental se caracterizó primordialmente por constituir en efecto un *sistema* (énfasis suplido). El sistema de salud gubernamental tenía, como parte de su alcance, la responsabilidad de velar por las funciones esenciales de salud pública, incluyendo promoción de la salud, prevención de enfermedad y protección de la salud, para las cuales mantenía un perfil epidemiológico de la población, estadísticas de utilización y costo y monitoreo de la salud a nivel de las comunidades, al igual que los programas de higiene ambiental. Es precisamente la integración de las funciones esenciales de salud pública con la medicina por niveles que operaba dentro de la estructura regional, lo que permitió lograr avances significativos en la atención de la salud de la población en las décadas de 1960 y 1970.

En este número:

El Sistema de Salud de Puerto Rico.....	1
Sistemas Integrados de Salud – Una Alternativa.....	5
Perfil de la Población sin Seguro de Salud en Puerto Rico: una Perspectiva Salubrista.....	6
Desigualdades Socio-económicas como determinantes de la salud: apuntes para un debate.....	17
Evaluación de la Reforma de Salud de 1993.....	22
Tesis de Maestría de Alexis R. Santos Lozada	

El Boletín de Economía es una publicación de la Unidad de Investigaciones del Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Recinto de Río Piedras, Universidad de Puerto Rico. Los artículos son responsabilidad de los autores y no representan necesariamente las opiniones o posiciones de la Unidad de Investigaciones.

Unidad de Investigaciones Económicas
Departamento de Economía
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras
Apartado 23345
San Juan, Puerto Rico 00931-3345

Tel (787) 764-0000 Ext. 2451/ 2458
Fax (787) 773-1748
economia.uprrp.edu

Junta Editora

Ida de Jesús Collazo
José E. Laborde

Colaboradores

José F. Colón Burgos
José E. Laborde
Juan A. Lara
Heriberto Marín
Karen Ortiz Ortiz
Roberto Ramírez
Jorge L. Sánchez
Alexis R. Santos Lozada

Diseño Gráfico y Banco de Datos

Maribel Rodríguez Rivera

El Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico es un Patrono con Igualdad de Oportunidades en el Empleo. No se discrimina en contra de ningún miembro del personal universitario o en contra de aspirante a empleo, por razón de raza, color, orientación sexual, sexo, nacimiento, edad, impedimento físico o mental, origen o condición social, ni por ideas políticas o religiosas.

El sector de servicios de salud privado surgió originalmente con la llegada de organizaciones misioneras religiosas que llegaron en distintos periodos de la historia de la Isla. Posteriormente, el desarrollo del sector hospitalario se acelera con la inversión de capital local y la disponibilidad de programas federales creados para desarrollar capacidad de camas en áreas carentes de dichas instalaciones (Programa Hill-Burton 1946). El sector privado crece con una estructura limitada a establecer una relación entre médicos y hospitales. La responsabilidad por la coordinación del cuidado del paciente recaía sobre el médico que escogía el paciente. Esto contrastaba de forma significativa con el sistema gubernamental en el cual el paciente ingresaba a un modelo de cuidado primario en el que un equipo multidisciplinario clínico lo manejaba de manera integral.

Las décadas de 1970 y 1980 trajeron, entre otros acontecimientos, un nuevo impulso en la construcción de instalaciones de servicios de salud, particularmente la expansión de la capacidad de camas tanto en hospitales gubernamentales como privados. De hecho, esta expansión fue tan significativa que el sector privado sobrepasó en casi un cincuenta por ciento la capacidad de camas del sistema gubernamental. Esta época marcó también el inicio de estrategias de privatización en las que el estado comenzó a experimentar con la contratación de la administración de hospitales gubernamentales recién construidos, a entidades privadas [Proyecto de Democratización de la Medicina 1979]. Estas contrataciones tuvieron el propósito de reducir la carga financiera que representaba para el gobierno la deuda contraída al construir estos hospitales con recursos del estado. La ausencia de indicadores de desempeño y administración adecuada de estos contratos, tuvo como resultado una estrategia de contención de gasto mayormente inefectiva. Estos hospitales serían luego privatizados nuevamente, esta vez mediante venta, durante la década de 1990.

El desarrollo de una industria de seguros facilitó el acceso de pacientes a estos hospitales, traído a su vez por una migración de médicos a este sector. Para 1992 se reportaba que el 75% de la oferta médica de la Isla concentraba su práctica en hospitales privados, generando una escasez de este recurso en el sistema privado, debido a esta distribución desnivelada (Consejo General de Salud, Departamento de Salud de Puerto Rico 1992).

El crecimiento acelerado del sector de salud privado, unido al incremento marcado en la inversión en tecnología diagnóstica, al igual que las

subespecialidades médicas, culminó en un escenario de competencia entre el sistema gubernamental y el sector privado. Esta competencia se dio mayormente en función de tecnología y servicios especializados nuevos y no por consideraciones de precios de dichos bienes y servicios (Muñoz 1991). El resultado fue un crecimiento en el gasto del estado en atender a la población médico indigente y en el gasto total del sector salud en la Isla. De hecho, el gasto del Departamento de Salud en servicios a la población médico indigente se duplicó cada cinco años desde 1970 (Consejo General de Salud 1991). Esta fue una razón de peso significativo en la decisión de generar estrategias de integración del sector privado y el sistema público.

El Proyecto de Privatización de 1993

En el mes de septiembre de 1993 dio inicio un programa de transformación masiva del sector salud en Puerto Rico. Este programa comenzó con la aprobación de legislación para privatizar la administración del acceso y de la prestación de servicios de salud a la población médico indigente. Dicha legislación generó dos estrategias para concretar el proceso de privatización del sector salud gubernamental. La primera estrategia consistió en la creación de un mercado de seguros para ofrecer una cubierta comprensiva de servicios a más de 1.5 millones de personas a través del programa conocido como La Tarjeta de Salud. Este programa se administraría mediante la contratación con compañías aseguradoras por parte de la Administración de Seguros de Salud (ASES), una agencia que se creaba para esos fines. La cubierta operaría bajo un modelo de cuidado dirigido, un mecanismo de riesgo que pagaba una tarifa fija mensual por beneficiario, a médicos primarios participantes que acordaban coordinar la totalidad de las necesidades de servicios de sus pacientes. El objetivo principal de este mecanismo era promover un manejo preventivo y atención temprana del paciente, de manera que se evitara un deterioro de su salud, que resultaría en una utilización de servicios más costosa.

Por otra parte, se privatizaron, mediante venta, la mayor parte de las instalaciones de salud del estado. Se esperaba que las mismas fueran privatizadas originalmente mediante contratos de arrendamiento, que a su vez generarían los ingresos recurrentes necesarios para financiar la compra de la cubierta de seguros para la población beneficiaria de La Tarjeta de Salud. Como resultado de esta decisión, el gobierno agotó en el corto plazo los recursos generados por la venta de sus, requiriendo la inversión de recursos adicionales para financiar el

programa de seguros de ASES. Esta inversión en recursos ha aumentado aproximadamente a \$1.5 billones en el año fiscal 2011.

Discusión

La política de privatización del sistema de salud gubernamental tuvo el efecto principal de eliminar un sistema de salud que operaba como un modelo de cuidado coordinado por niveles de servicio. Este sistema reconocía que las condiciones de salud de la población se distribuían geográficamente de manera distinta, por lo que se desarrolló un modelo regionalizado para ofrecer cuidado por niveles de complejidad clínica. En su lugar se implantó una estrategia de privatización sobre premisas de que el sector privado prestaría servicios de salud de superior calidad y de manera más eficiente. La estrategia proponía administrar el nuevo arreglo como un modelo de cuidado coordinado, que a esta fecha continúa sin una estructura integrada que le permita ofrecer al paciente un cuidado integrado a través del complejo escenario del cuidado de la salud.

Hoy día el gasto en salud en Puerto Rico continúa representando una preocupación mayor para el gobierno, el sector empresarial privado y la ciudadanía. Este gasto asciende a aproximadamente \$12.8 billones, de los cuales \$5.5 billones corresponden al sector privado (excluye Medicare; incluye primas, copagos y gastos de la población no asegurada y sub asegurada, estimadas en 8% y 14 % de la población respectivamente). El restante \$7.2 billones corresponde al sector público, que se compone de \$2.33 billones del gobierno local y \$4.9 billones en fondos federales.

El gasto en salud en Puerto Rico se aproxima al 20% del producto interno bruto, convirtiéndose en el más alto del mundo. La ausencia de un plan que cuente con el acuerdo y compromiso de todos los actores de dicho sector, presenta una preocupación mayor legítima y pone en relieve la ausencia de liderato del gobierno central y el Departamento de Salud en servir de agente integrador en un proceso de planificación estratégica para atender lo que ya es una crisis. Los acontecimientos de los últimos treinta años apuntan a un futuro en el que el modelo de servicios de salud de Puerto Rico operará de forma mayormente privada. El gobierno, a través del Departamento de Salud, tendrá ante sí el reto, la oportunidad y la responsabilidad de hacer uso estratégico de su autoridad fiscal y reguladora para lograr que los actores en este nuevo escenario de servicios, conformen nuevamente un sistema

integrado de salud. Para esto deberá cumplir varias funciones críticas:

- Deberá velar por la planificación y distribución ordenada de instalaciones y tecnología. No se ha provisto, por ejemplo, evidencia de que sea necesaria la construcción de mayor capacidad de camas en el sector hospitalario. Sin embargo, el Departamento de Salud ha relajado su política de permisos de construcción al punto de que existen permisos para la construcción de más de mil camas en varios municipios. Esto contrasta con la tendencia a manejar pacientes, en cada vez mayor proporción, en escenarios ambulatorios con un alcance de servicios comparable al hospital. La evolución del conocimiento y competencia de los profesionales clínicos, unido a avances tecnológicos, harán que esta tendencia crezca más en el futuro inmediato. Esto se observa hoy día en cirugía ambulatoria, terapia intravenosa y salud mental, entre otras.
- El Departamento de Salud deberá ejercer su poder de comprador inteligente de servicios. Hoy día la Administración de Seguros de Salud (ASES) compra cubierta de seguros para 40% de la población, siendo el comprador de primas más grande comparado con el sector privado (29%), empleados públicos (9%) y Medicare (13%). Sin embargo, la agencia desaprovecha la oportunidad de ejercer mayor influencia en las políticas de contratación y administración de dichas cubiertas.
- Para estas dos primeras funciones, el Departamento de Salud necesitará contar una red de información que facilite el avalúo de utilización, costo y calidad de servicios, vigilancia epidemiológica y monitoreo continuo de patrones de consumo de servicios de salud. La aprobación de la red de informática de salud de Puerto Rico (PRHIN por sus siglas en inglés), ha dado inicio a un proyecto de gran promesa para dotar al Departamento de Salud, de un sistema de información de salud capaz de cumplir con las necesidades aquí expuestas. Será necesario además, reactivar el Estudio Continuo de Salud, conocido como la Muestra Básica de Salud, para apoyar los procesos de planificación y evaluación de las acciones del sistema de salud. La Muestra Básica, que operaba desde la década de 1960, se dejó de trabajar en el 2005.

Consideraciones adicionales

La aprobación del Patient Protection and Affordable Care Act de 2010 (ACA), legislación federal para reformar el sector salud de Estados

Unidos, impondrá cambios significativos en la manera en que operan los seguros de salud. Entre estos, se prohibirá negar cubierta por condiciones de salud pre existentes, límites de cubierta sobre la vida del beneficiario y protección de cubierta de hijos dependientes hasta la edad de 26 años. Estas políticas en su mayoría tendrán efecto en Puerto Rico. De hecho, ya se efectuaron cambios al Código de Seguros de Puerto Rico para atemperarlo a la reforma federal. El ACA atiende además, áreas para incentivar la oferta de proveedores primarios, especialmente médicos de familia, programas de incentivo para liquidar deudas contraídas por concepto de estudio y la disponibilidad de fondos para la construcción y expansión de centros de salud primarios. Esto último es un elemento importante en la consideración de ampliar la oferta de este tipo de cuidado primario integrado en Puerto Rico, como alternativa a las limitaciones de coordinación de cuidado que presentan los modelo de práctica individual (IPA).

La adopción de tecnologías de telecomunicación ocupará un rol determinante en el logro de esta integración. El internet facilita hoy día la comunicación entre pacientes y proveedores, haciendo más eficiente dicha relación. Las redes sociales ofrecen el potencial de implantar estrategias y programas de intervención educativa en salud de una manera significativamente más rápida, abarcadora y accesible que nunca. La adopción de tecnología de informática para implantar los programas de expediente médico electrónico le proveen al paciente el beneficio de que su información clínica está disponible en todo momento en cualquier lugar. Estas estrategias presentan alternativas para atender la salud de individuos y comunidades de manera más costo-efectiva, obviando barreras geográficas y físicas, toda vez que crean un espacio virtual en el que la participación del individuo y la ciudadanía se hace más democrática.

En última instancia, será el rol de liderato y rectoría que pueda desarrollar el Departamento de Salud de Puerto Rico el que decidirá si las oportunidades que se presentan hoy día, se logran aprovechar para atender los importantes retos a los que se enfrenta el sector salud en Puerto Rico. Estas oportunidades y el reconocimiento al valor de la salud como inversión en la productividad de los recursos humanos del país, serán determinantes en la adopción de una política pública conducente a transformar el sector salud en un sistema integrado.

Referencias

Informe del Consejo General de Salud, Departamento de Salud de Puerto Rico “Primer Seminario de Planificación Estratégica del Sector Salud” (1992).

“Seguros de Salud y Gasto en Salud en Puerto Rico”, informe preparado por Roberto Ramírez García y Heriberto Marín Centeno, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, utilizando fuentes de agencias del Gobierno del ELA vía internet y Comisionado de Seguros de Puerto Rico (2012).

“Puerto Rico Health Information Network Strategic Plan”, prepared for the Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONCHIT), Departamento de Salud de Puerto Rico (2011).

Patient Protection and Affordable Care Act, United States (2010).

* Departamento de Administración de Servicios de Salud, Escuela Graduada de Salud Pública, RCM, UPR

Sistemas Integrados de Salud – Una Alternativa

Jorge L. Sánchez, M.D.*

El pasado 4 de diciembre de 2011, el periódico *New York Times* reseñó los últimos días del doctor Donald M. Berwick, en su posición como Director de Medicare y Medicaid en EEUU. Reflexionaba el doctor Berwick en torno a sus frustraciones en el cargo y, entre otras cosas, mencionó que entre 20 a 30 por ciento de los gastos en el cuidado de la salud, se desperdician sin ningún beneficio para los pacientes. Entre otras razones, destacó la falta de coordinación en el cuidado como una de las causantes de este desperdicio. Como alternativas para atender el problema recomendó el uso de expedientes electrónicos, coordinación del cuidado y la fusión de médicos en grupos de múltiples especialidades como solución parcial al problema.

Curiosamente, en el año 1933, una Comisión de Costos y Cuidado Médico, presidida por el doctor Ray Liman Wilbur, Presidente de la Universidad de Stanford, estudiaba el aumento de los costos del cuidado de la salud a 4% del Producto Interno Bruto (actualmente está cerca de 17%), y en ese contexto

recomendó, que “el servicio médico debía ser prestado principalmente por grupos médicos, organizados de tal forma que puedan mantener estándares altos de cuidado.”

En un sistema de salud fragmentado, como el nuestro, con problemas de acceso, calidad y costo, se puede concluir que ambas recomendaciones, producto de momentos históricos diferentes, aplican a Puerto Rico en la actualidad. Esto hace inevitable la búsqueda de modelos innovadores de cuidado de la salud. Una de las alternativas que se discute mundialmente y que fue recomendada para Puerto Rico en el Informe Vanderbilt del año 2008 (actividad auspiciada por el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico), es un **Sistema de Cuidado Integrado de la Salud**, arreglo organizacional integrado, con coordinación de la prestación de los servicios de salud. . El cuidado integrado es una respuesta a la fragmentación de la prestación de servicios de salud y de servicios sociales, el cual es un problema común en múltiples sistemas de salud.

Sin lugar a dudas, el acceso universal y el mejoramiento del cuidado de la salud deben ser una sola iniciativa, no dos programas separados. Es un hecho, también, que la prestación de servicios de manera efectiva, consistente y coordinada, asegura calidad en los servicios y reducción en el costo. En otras palabras, mejora la eficiencia. Puerto Rico invierte 12 billones de dólares al año en cuidado de salud. ¿Es posible atender los problemas de salud de la población de manera eficiente?

Un estudio reciente de Medicare demostró que el paciente de Medicare promedio con comorbilidades visitaba 17 médicos diferentes; un solo paciente. Es evidente la dificultad para poder coordinar el cuidado de manera eficaz. Dado que Medicare no es un sistema integrado del Cuidado de la Salud, es muy difícil coordinar el cuidado.

Es por esto, que el Cuidado Integrado como modelo de prestación de servicios y con la meta de mejorar el cuidado crónico (representa 75% de los gastos), puede ser una solución al problema de la salud en Puerto Rico.

El concepto de integración

Hay que distinguir entre “integración horizontal” (une niveles similares de cuidado, ej.: grupos de múltiples especialidades) e “integración vertical” (une diferentes niveles de cuidado, ej.: primario, secundario y terciario). Sin embargo, el

brazo más importante de este concepto es la “integración clínica”, ya que ésta incluye continuidad del cuidado, coordinación del cuidado, manejo de enfermedades, comunicación entre los proveedores, transferencia de información y expedientes médicos, y el uso eficiente de los recursos. Otros beneficios que contribuyen al éxito de la integración clínica incluyen: alineamiento de los incentivos financieros, desarrollo de práctica en grupo y la creación de una unidad responsable por la efectividad clínica (gobernanza).

El concepto de cuidado integrado es particularmente importante para la prestación de servicios a los envejecientes, ya que las enfermedades crónicas y pacientes con comorbilidades son frecuentes en esta edad necesitada de continuidad de cuidado. En un momento donde este grupo de edad, según los datos del Censo de Población 2010, registró un aumento de 10.6%, es una razón adicional para que Puerto Rico considere un sistema integrado.

No es casualidad la convocatoria del *Patient Protection and Affordable Care Act* (“Reforma de Salud de EEUU) al Centro de Medicare y Medicaid (CMS), para que se establezcan proyectos de demostración que evalúen e implementen la organización y prestación de servicios de cuidado de la salud bajo el concepto de “Organizaciones de Cuidado Responsable” (ACO). Estas organizaciones son modelos de integración de cuidado. Otras variantes son los “Medical Homes” y los “Centros 330”- centros de salud dirigidos por una Junta de Comunidad y subsidiados por el gobierno federal. Todos estos modelos son compatibles entre sí.

El desarrollo de un sistema (o sistemas) integrados de salud correlaciona positivamente con mejorar la calidad de los servicios a través de la coordinación del cuidado, el uso efectivos de la información y decisiones basadas en evidencia científica. El resultado es un modelo de utilización más eficiente de los recursos que no solamente reduce costos sino que mejora significativamente el bienestar general de la población.

Los avances en la tecnología de información clínica logrados en la última década, han facilitado nuevas formas de integración clínica imposibles en el pasado.

Cabe destacar que, actualmente, el Departamento de Asuntos del Veterano es el sistema de cuidado integrado de la salud más grande de Estados Unidos. Entre las instituciones privadas son

Kaiser Permanente y Clínica Mayo. En Puerto Rico, el Sistema Menonita, en el centro de la isla, tiene el potencial de convertirse en un Sistema Integrado.

En cuanto al componente de Prevención y Protección de la Salud, estas organizaciones deben poseer la estructura para ofrecer estos Programas en forma individualizada, para todos los pacientes de la población definida, identificados o diagnosticados con enfermedades crónicas tales como, diabetes, asma, hipertensión y depresión. Las políticas y programas de prevención son costo-efectivos y mejoran la productividad y bienestar de la comunidad.

Temprano en el proceso, debemos iniciar el diálogo con los médicos de la comunidad puertorriqueña, para la eventual integración clínica. Los médicos debemos estar preparados para el grado de colaboración y compromiso que se necesita. El éxito de una verdadera reforma de salud depende de superar los obstáculos en un período de tiempo razonable y así cumplir con las expectativas de una sociedad que aspira a un alto grado de bienestar físico, mental, social y espiritual.

Las metas son claras: mejorar la salud y el sistema de cuidado de salud en beneficio de nuestra población. Otros países lo han hecho, ¿por qué nosotros no?

*Catedrático Jubilado de la Escuela de Medicina del Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

Perfil de la Población sin Seguro de Salud en Puerto Rico: una Perspectiva Salubrista

Heriberto A. Marín, Ph.D.*
José E. Laborde, Ph.D.**
Roberto Ramírez, Ph.D.***

Introducción:

Si hay un sector de actividad económica en donde los postulados neoclásicos de cómo deben funcionar los mercados de bienes y servicios colapsan estrepitosamente, es el de servicios de salud. Del lado de la demanda, nos encontramos, en primera instancia, con el hecho de que, en general, la demanda por servicios de salud es una demanda derivada de la demanda por un mejor estado de salud. Esto implica que, en gran medida, la gente no genera satisfacción por consumir servicios de salud directamente, sino, a través del efecto real o esperado

sobre su estado de salud. Un ejemplo clásico de esto son los servicios de salud dental, aún cuando los servicios sean gratuitos, o de bajo costo, la gente no los utiliza, según lo recomendado, ya que para muchos la experiencia no es muy placentera aunque genere eventualmente un mejor estado de salud y calidad de vida. Esto implica que, con mucha frecuencia, los individuos terminan usando los servicios cuando no hay más remedio o hay una emergencia. De igual manera sucede con cirugías, tratamientos, medicamentos, procedimientos y pruebas diagnósticas.

En segundo lugar, los postulados y supuestos neoclásicos sobre la racionalidad y supremacía del consumidor en el proceso de la toma de decisiones relacionado a la compra de bienes y servicios, son violados en el caso de los servicios de salud. En general, los individuos no tienen la capacidad ni el conocimiento de decidir apropiadamente cual es el mejor tratamiento, medicamento o cirugía que deben recibir. De hecho, el campo de la salud es uno tan amplio, dinámico, y técnico que es imposible para una persona común y corriente tomar la decisión por sí sola. Es por esto que la relación entre el médico y su paciente adquiere un rol central en el sector de la salud. Esta relación es una de agente-principal, donde el paciente tiene que depositar la confianza sobre su médico para que lo aconseje y guíe a tomar la decisión más apropiada que optimice su estado de salud. Sin embargo, esta relación de confianza se puede tergiversar y socavar en la medida en que, dependiendo del método de pago vigente, el médico, como proveedor de servicios, puede sentirse incentivado a recomendar servicios y tratamientos que le beneficien económicamente. Esto se conoce como el fenómeno de la demanda inducida, donde, por ejemplo, el médico puede recomendarle a su paciente que haga más visitas a su dispensario de las que realmente necesita.

De hecho, el fenómeno de la demanda inducida, de por sí, constituye otra violación seria a los postulados de la teoría neoclásica de los mercados ya que la demanda y oferta dejan de ser independientes una de la otra por lo que el mecanismo del mercado funciona de manera deficiente y distorsionada. A esto le añadimos el hecho de que la provisión de servicios de salud es una de las actividades económicas más reguladas que existe en el mundo entero, desde la educación y certificación de profesionales de la salud, hasta la acreditación y permisología intensa que requieren las instalaciones clínicas. Por esta, y muchas otras razones que no podemos entrar a discutir ahora,

llegamos a la conclusión de que el mecanismo del mercado es uno inadecuado para optimizar el bienestar y calidad de vida de la población en lo que se refiere a servicios de salud.

No hay un ejemplo más evidente del fracaso de los mercados en el sector de la salud para optimizar el bienestar de la población que el caso de los mercados por seguros privados de salud. La demanda por seguros de salud es también una demanda derivada, en este caso es derivada de la demanda por servicios de salud. Es una demanda que depende de factores como el precio del seguro (prima), el precio o costo de los servicios de salud, el ingreso y el estado de salud de los individuos. Sin embargo, el factor *sine qua non* que motiva la demanda por seguros de salud es la incertidumbre que caracteriza la demanda por servicios de salud. Es decir, para gran parte de los servicios de salud, la persona no sabe cuándo va a necesitar usarlos ya que va a depender de su estado de salud que puede afectarse por eventos difíciles de predecir como son, por ejemplo, los infartos, derrames cerebrales, caídas, accidentes, infecciones, y surgimiento de enfermedades crónicas como el cáncer. Los costos de los servicios médicos relacionados a estos eventos podrían ser de tal magnitud que, sin un seguro de salud, el individuo podría verse impedido de pagarlos con sus propios recursos lo que en el peor de los casos, podría implicar la muerte, y aún cuando pudiera pagarlos, podría llevarlo a la quiebra o indigencia. Es por esto que, desde el punto de vista de salud pública, una meta sumamente importante es lograr el aseguramiento universal de la población, garantizando así, el acceso a los servicios de salud cuando sea necesario.

Sin embargo, los mercados de seguros de salud, históricamente han demostrado ser totalmente incapaces de lograr el aseguramiento universal de la población. Un factor, señalado como principal responsable de este fracaso, ha sido el de la selección adversa que, a su vez, se origina en una situación de asimetría en la información. Estos factores se manifiestan mayormente dentro del contexto del *community rating* que es el mecanismo que mayormente utilizan las aseguradoras para determinar la prima de sus cubiertas, cuando están negociando contratos con clientes que representan a grupos grandes de individuos como lo son compañías, agencias de gobierno, sindicatos y asociaciones. En esencia, lo que ocurre es que los individuos tienen un mayor conocimiento sobre su estado de salud y de las probabilidades de que necesiten servicios de salud en el futuro inmediato, que lo que tienen las aseguradoras. En este caso las

aseguradoras usualmente solamente tienen acceso a la experiencia histórica de la utilización del grupo en cuestión, o de un grupo similar. Por lo tanto, lo mejor que puede hacer la aseguradora es proyectar hacia el futuro, el promedio del gasto promedio esperado para los individuos del grupo, dada sus características sociodemográficas, estado de salud previo, y gasto anterior. Utilizando estas proyecciones es que determinan la prima promedio mínima que se le puede asignar a cada grupo para garantizar la rentabilidad del contrato. Dentro del esquema de un mercado de competencia, las aseguradoras privadas entonces compiten, unas con otras, para atraer una mayor cantidad de asegurados, y en este contexto, el precio del seguro, el nivel de co-pago (deducibles y otros desembolsos), y el nivel de cubierta del seguro se convierten en los factores principales de las aseguradoras para atraer clientes.

Sin embargo, el fenómeno de la selección adversa, socava y tergiversa la dinámica competitiva del mercado de seguros privados de tal forma, que derrota, su objetivo social de salud pública. El resultado es uno sub-óptimo y perverso, donde pueden ocurrir varias cosas: los que terminan comprando un seguro de salud privado no son en general los que más necesitan acceso a los servicios de salud; la cubierta de los seguros no es la más adecuada, y la cantidad de dinero que los asegurados termina desembolsando de su bolsillo, cuando usan los servicios (nivel de co-pago), es muy alto. Otra manera de verlo es, que terminan sin poder adquirir un seguro de salud privado las personas que más necesitan servicios, como las personas de edad avanzada, con condiciones crónicas y condiciones pre-existentes, o por otro lado, gente bien saludable, y jóvenes (usualmente varones) que entienden que no van a necesitar servicios de salud en el futuro inmediato.

Punto de vista desde la Salud Pública

Desde el punto de vista de salud pública, la “solución” que ofrece el mercado de seguro de salud privados es totalmente inaceptable, en el corto y en el largo plazo. En el corto plazo, el estado de salud de la población de cualquier país sufriría enormemente si quienes más necesitan de los servicios de salud, como los enfermos y personas de edad avanzada, no logran acceso a los servicios que necesitan. Las tasas de mortalidad aumentarían eventualmente y la calidad de vida y morbilidad de los pacientes empeorarían. En el largo plazo, el estado de salud de la población también empeoraría si los jóvenes que hoy son saludables, tienen menos acceso a servicios de cuidado preventivo que promueven una adultez y

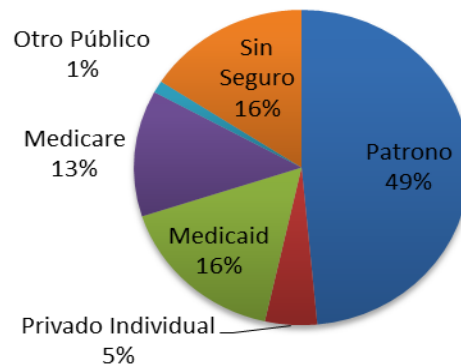
vejez más saludable. Es por esto que muchos países, desarrollados y en vías de desarrollo, han optado por sistemas universales de salud donde la totalidad de la población está asegurada, explícita o implícitamente a través de seguros financiados con fondos públicos o con una combinación de fondos públicos y privados. Este es el caso de países como Canadá, el Reino Unido, Taiwán, Francia, Alemania, y otros.

El caso de los Estados Unidos

Quizás el ejemplo más claro del fracaso del mercado de seguros privados de salud en lograr aseguramiento universal a la población, es el de los Estados Unidos de América. Según datos del *Kaiser Family Foundation*¹, para el 2011 había en los Estados Unidos cerca de 48.6 millones de personas sin seguro de salud, lo que equivale a 16% de la población civil no institucional. El resto de la población se distribuía de la manera siguientes: 149.3 millones (49%) con seguro privado de salud a través del patrono, 15.4 millones (5%) con seguro privado individual, 50.7 millones (17%) seguro financiado con fondos público bajo el programa Medicaid, 40 millones (13%) seguro financiado con fondos público bajo el programa Medicare, y el restante 3.8 millones (1%) tenía otro tipo de seguro público. En resumen, en los Estados Unidos, solamente 54% de la población compra un seguro de salud financiado con fondos privados a través del mercado de seguros; 31% de la población está cubierta por algún tipo de seguro de salud financiado con fondos públicos, y el restante 16% es incapaz de comprar un seguro de salud privado, pero tampoco cualifica para uno público.

¹<http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?typ=1&id=125&cat=3&sub=39>

Distribución de Seguro Médico en EE.UU.



De hecho, podríamos argumentar que la creación y existencia de los programas de Medicaid y Medicare desde el 1965 es evidencia, en sí misma, del fracaso del mercado de seguros privados de salud en cumplir con su función social de ofrecer seguros accesibles y con cubierta adecuada a la población en general. Si estos programas públicos dejaran de existir de repente, el número de personas no aseguradas en Estados Unidos podrían más que duplicarse ya que, es razonable asumir, que la totalidad de los 50 millones de beneficiarios de Medicaid, son de ingresos bajos, al igual que gran parte de la población de edad avanzada, que son beneficiarios de Medicare. Por lo tanto, sin los seguros financiados con fondos públicos sobre 100 millones de personas en Estados Unidos estarían sin seguro médico. No cabe duda del efecto desastroso sobre el acceso a los servicios de salud y sobre el estado de salud de la población que esto tendría.

Ahora, aún con la existencia por más de 40 años de los programas Medicaid y Medicare, el problema de los no asegurados en Estados Unidos ha sido uno persistente y crónico. Es por esto que, durante décadas, hubo varios intentos y propuestas de reformas de salud que fracasaron y que contenían como objetivo fundamental el aseguramiento universal de la población. No es hasta el año 2010 con la aprobación del Patient *Protection and Affordable Care Act* (PPACP) del Presidente Barack Obama, o conocido popularmente como el *Obamacare*, que realmente se comienzan a atacar, responsablemente y de frente, los factores fundamentales que contribuyen a la existencia de un sector tan significativo de la población sin seguro de salud. El PPACP propone, entre otros, los siguientes

mecanismos para reducir el número de no asegurados:

1. Establecer regulaciones del mercado de seguros privados de salud que, eliminen o restrinjan, políticas que históricamente las aseguradoras privadas han utilizado para excluir ciertas poblaciones de sus cubiertas (aquellos con condiciones pre-existentes, jóvenes de 26 años o menos bajo las cubiertas de sus padres, por ejemplo).
2. Crear *health insurance exchanges* (HIX) en cada estado y territorio, donde las personas no aseguradas puedan comprar seguros privados, con primas más accesibles subsidiadas con fondos federales. Estos mercados subsidiados están diseñados particularmente para aquellos individuos y familias con empleo, o que trabajan por su cuenta, que actualmente no tienen un seguro de salud provisto por el patrono o no pueden comprarse un seguro por su cuenta.
3. Aumentar los fondos federales al programa de Medicaid para que los estados y territorios puedan expandir la población elegible a ser beneficiaria de este programa.
4. Establecer un mandato federal para que todos los residentes legales tengan que comprar un seguro de salud, o si no, la persona tiene que pagar un impuesto federal (*penalty tax*).
5. Aumentar los fondos federales a los centros de salud comunitarios, bajo la sección 330 del *Public Health Service Act* (PHSC) conocidos popularmente como centros 330. Estos son centros de salud de cuidado primario, financiados, en gran medida, con fondos federales y que atienden prioritariamente a la población sin seguros de salud y de bajos ingresos.

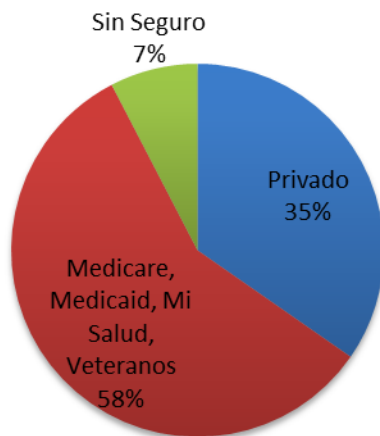
Los mecanismos 1, 2, y 3 van dirigidos a aumentar la oferta de seguros de salud, el 4 tiene el efecto de aumentar la demanda por seguros de salud, mientras que el 5 va dirigido a aumentar la oferta de servicios de salud para la población sin seguro, lo que indirectamente debe reducir el costo del acceso a los servicios, lo que, a su vez, indirectamente debe reducir la demanda por seguros de salud. Según proyecciones del *Congressional Budget Office* (CBO)² para el año 2022 el número de no asegurados en Estados Unidos se reducirá a 30 millones de personas. Esto implica una reducción de 30 millones de no asegurados, comparados con los 60 millones que habría si el *Obamacare* no se implementara. Esto implica una gran reducción en el número de no asegurados, pero, aún así, alrededor del 9% de la población norteamericana seguirá sin un seguro médico.

El caso de Puerto Rico

Con este trasfondo podemos poner en perspectiva la situación actual de los no asegurados

en Puerto Rico y considerar alternativas de política pública disponibles. Según los datos del *Puerto Rico Community Survey* (PRCS)³, para el año 2011 hubo en Puerto Rico 280,641 personas sin seguro de salud, equivalente a 7.6% de la población civil no institucional. La población asegurada, por su parte, se distribuye de la manera siguiente: 2,123,860 (57.7%) bajo programas de fondos públicos (Medicare, Medicaid o Mi Salud y veteranos), y 1,275,838 (34.6%) con seguros financiados mayormente con fondos privados. La distribución de los asegurados es un poco complicada ya que, aunque sabemos que para el 2011 había cerca de 670,555⁴ (18.2%) con seguro de Medicare y 1,583,423⁵ (43%) bajo el programa de Mi Salud, hay traslapes debido a las personas de edad avanzada que son elegibles duales (*dual eligibles*). Es decir, son personas que tienen Medicare pero, por sus bajos niveles de ingreso, cualifican también para Medicaid, mejor conocido como Mi Salud.

Distribución Seguro Médico en P.R.



²<http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/43472-07-24-2012-CoverageEstimates.pdf>

³<http://factfinder2.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?src=bkmk>

⁴<http://www.statehealthfacts.org/comparemaptable.jsp?yr=200&typ=1&ind=290&cat=6&sub=74>

⁵Ver presupuesto 2012-2013 de ASES:
http://www2.pr.gov/presupuestos/presupuesto_aprobado_2012-2013/PresupuestoRecomendado2013/187.htm

Cuando comparamos a Puerto Rico con Estados Unidos, en general, se observan las siguientes diferencias: la tasa de no asegurados en Puerto Rico es la mitad de la de los Estados Unidos (7.6% PR vs 16% EEUU); la distribución entre seguros financiados con fondos públicos (57.7% PR vs 31% EEUU y privados (34.6% PR vs 54% EEUU). Es, prácticamente, el inverso uno del otro. Estos hechos, obviamente están íntimamente relacionados. Podemos decir sin temor a equivocarnos, que el hecho de que en Puerto Rico haya una tasa de no asegurados mucho más baja que en Estados Unidos, se debe al rol más importante que juegan seguros de salud financiados con fondos públicos, particularmente Mi Salud. La pregunta que nos debemos hacer es ¿cómo podemos llegar a la meta de reducir la tasa de no asegurados a un mínimo, o, aún mejor, reducirla a 0%? Para esto es necesario, e importante, conocer el perfil de los no asegurados y los factores asociados a estar sin seguro de salud.

Perfil de las personas no aseguradas

Usando datos del PRCS hemos generado las Tablas 1, 2 y 3. En estas tablas hemos estimado la tasa de personas no aseguradas, para cada una de las categorías o niveles de las variables. Esto se hizo dividiendo el total de personas sin seguro, entre el total de la población que corresponde a cada grupo o nivel, y multiplicándolo por 100. Luego, calculamos el riesgo relativo (RR) a no tener seguro dentro de cada variable, esto dividiendo la tasa de no asegurados de cada grupo o nivel, entre la tasa más baja dentro de cada variable.

En cuanto a las variables sociodemográficas (ver Tabla 1) se observa como la variable de edad tiene una asociación muy fuerte con la probabilidad de tener y no tener seguro de salud. En particular, se observa, como los grupos de edad con mayor riesgo de no tener seguro son los de 25 a 34 (15.1%) y 35 a 44 (11.3%), mientras que los de menor riesgo son los de 65 años o más (0.7%) y los de 18 o menos (5.6%). De hecho, el RR con respecto al grupo de 65 años o más es de 21.6 y 16.1 veces más para los grupos de 25 a 34 y 35 a 44 años de edad. En cuanto a sexo, los varones tienen un riesgo mayor de no tener seguro que las mujeres (10.0% vs 5.5%) lo que implica un RR de 1.8 veces con respecto a las mujeres. Donde nació la persona y su estatus legal también están asociados a la probabilidad de no tener seguro. Las personas nacidas en el extranjero y que no son ciudadanos norteamericanos tienen una tasa mucho más alta de no asegurados (38.6%) lo que implica un RR de 5.5 veces más, comparados con los

nacidos en Puerto Rico. Por otra parte, en cuanto al nivel educativo, resulta que es entre aquéllos con algunos estudios universitarios, o grado asociado, donde hay el riesgo mayor de no estar asegurado (10.1%) con un RR de 1.5 veces comparados con los que completaron un bachillerato o tienen estudios graduados. Entre aquellos que tienen 16 años o más, el estatus laboral (ver Tabla 2) está bien asociado con la probabilidad de tener o no tener seguro de salud. Interesantemente, la mayor parte de los no asegurados, son personas que son parte de la fuerza laboral, es decir, que están empleadas o desempleadas. De hecho, la tasa de no asegurados es, también, relativamente más alta entre los que son parte de la fuerza laboral (12.8%) que entre los que están afuera (5.0%). El RR, sin embargo, es más alto para los desempleados, con un riesgo de no tener seguro de 3.2 veces más que los que están fuera de la fuerza laboral. Cuando excluimos a las personas mayores de 64 años del análisis, y se examina la población de acuerdo a la experiencia de trabajo durante los últimos 12 meses, se observa que aquéllos que trabajaron a tiempo completo, tienen una tasa mayor de no asegurados (17.0%) con un RR de 2.1 veces más que los que no trabajaron. Por otra parte, si nos enfocamos en los trabajadores que trabajaron en los últimos 12 meses, encontramos que, en términos numéricos, la gran mayoría de los no asegurados está entre aquéllos que trabajan en empresas privadas, ya sea como empleados o que trabajan por su cuenta. Pero, también en términos de riesgo absoluto, las categorías con un problema más serio de no asegurados, lo son los empleados de empresas privadas con fines de lucro (13.7%); empleados por cuenta propia con empresas incorporadas (16.4%) y empleados por cuenta propia no incorporados (21.5%). Los grupos de trabajadores con menos prevalencia de no asegurados son los empleados del gobierno federal (2.2%) y estatal (3.6%). De hecho, el RR de no tener seguro de salud para los empleados por cuenta propia no incorporados es de 9.8 veces más, que los empleados del gobierno federal.

Finalmente, en términos de industrias, las que tienen las tasas más altas de no asegurados son las siguientes: construcción (23.5%); artes, entretenimiento y comidas (21.1%); otros servicios que no sean administración pública (19.2%); y servicios profesionales, científicos y administrativos (17.7%). La industria con la tasa menor de no asegurados es la de administración pública (3.8%). De hecho, comparados con esta última, los RR son los siguientes: 6.2 veces para construcción; 5.6 veces para artes, entretenimiento y comidas; 5.1 veces para otros servicios que no sean administración pública; y

4.7 veces para servicios profesionales, científicos y administrativos.

En cuanto al ingreso del hogar, ajustado por la inflación y el nivel de pobreza (ver Tabla 3), podemos observar que, la gran mayoría de las personas sin seguro de salud, se concentra en hogares con ingresos menores de \$50,000 anuales. Pero, las tasas más altas de no asegurados se encuentran entre aquellos cuyo hogares devengan de \$25,000 a \$49,999 (9.3%) y aquellos entre \$45,000 y \$74,999 (7.5%). La tasa más baja corresponde al grupo de \$100,000 o más (4.0%). De hecho, los RR de no tener seguro de salud comparados con el grupo de \$100,000 o más son, 2.3 veces para el grupo de \$25,000 a \$49,999 y 1.9 veces para el grupo de \$45,000 y \$74,999. Con respecto al nivel de pobreza, aquellos que están en los grupos de 100% al 149% - (9.5%) y del 150% al 199% -(9.3%) del nivel de pobreza federal son los que tienen un mayor riesgo de no tener seguro de salud. El grupo con menor riesgo es el de 300% o más del nivel de pobreza (5.3%). Comparado con este grupo, los grupos de 100% al 149% y de 150% al 199% del nivel de pobreza, tienen ambos 1.8 veces más probabilidad de no estar asegurados. El análisis anterior demuestra el rol crucial que tiene el perfil socio-económico en el tener, o no tener, un seguro de salud.

Opciones de Política Pública para solucionar el Problema de la Población No Asegurada

La pregunta clave en este asunto es: ¿cuáles son las alternativas de política pública disponibles para eliminar el problema de los no asegurados en Puerto Rico? Entendemos, que hay dos estrategias diferentes que el estado puede asumir. La primera es una de tipo incremental, donde nos enfocamos en darle acceso a seguros de salud al 7.6% de la población no asegurada, de manera gradual. Esta estrategia encaja perfectamente, dentro de los mecanismos provistos por el *Obamacare* para reducir la población no asegurada. Un mecanismo sería expandir la elegibilidad del seguro de Mi Salud, utilizando los fondos adicionales del programa Medicaid de forma tal que, hogares y familias con ingresos anuales hasta, por ejemplo, \$50,000 puedan cubrir su participación en el programa pagando una prima razonable. El otro mecanismo sería, la creación de un Health Insurance Exchange (HIX) para conformar un mercado subsidiado de seguros privados, que brinde la oportunidad a los no asegurados, de comprar cubiertas con primas accesibles a su bolsillo. Sin embargo, aún si estos mecanismos fuesen exitosos, no garantizan el que toda la población no asegurada adquiera un seguro de

salud. Esta estrategia podría llevarnos a una situación muy similar a la del estado de Massachusetts, que es el estado con la tasa de no asegurados más baja, alrededor de un 4%.

La segunda estrategia es una comprensiva y más radical. Esta conlleva la creación de un seguro universal para toda la población independientemente de su edad, estado de salud, ingreso o estatus laboral. Este seguro, podría ser financiado en su totalidad con fondos públicos, o con una combinación de fondos públicos y privados. Habría, una cubierta básica de servicios que el seguro universal cubriría y estaría disponible para toda la población. Una posibilidad sería que el mismo fuera bajo el esquema de un solo pagador (single payer system) donde hay una sola aseguradora que maneja los ingresos y pagos por las reclamaciones de servicios. Bajo este esquema desaparecería el rompecabezas que existe ahora donde la población de 65 años o más está cubierta por Medicare, la población de bajos ingresos por Mi Salud (Medicaid), y los demás, están bajo seguros privados, cada uno con diferentes cubiertas, co-pagos y deducibles. En la alternativa del seguro universal, **toda la población tendría el mismo seguro de salud**. Esta aseguradora podría ser una agencia pública, una corporación pública, o una entidad no gubernamental, pero, sin fines de lucro. En este caso, las aseguradoras privadas de salud sólo existirían para ofrecer cubiertas de servicios no disponibles dentro de la cubierta básica del seguro universal. Otro posible esquema sería uno de múltiples pagadores donde, de manera similar a como funciona Mi Salud ahora, la agencia que maneja los fondos del seguro universal, contrata a las aseguradoras privadas para que administren el seguro para diferentes poblaciones, pero, sin transferirles el riesgo. Esta estrategia es similar a los seguros ya implantados en países como Canadá, Inglaterra, Taiwán y, recientemente, en el estado de Vermont.

Cada una de estas estrategias tiene sus ventajas y desventajas, sus costos y beneficios a corto y largo plazo. De hecho, los partidos políticos del país ya han incorporado algunas de estas estrategias o propuestas similares dentro de sus programas de gobierno dirigidos a atender el problema de los no asegurados. El espacio no es suficiente para entrar a discutir los pros y contras de cada alternativa. Esperamos, en un futuro trabajo entrar en la evaluación de estas estrategias en forma más detallada.

Para concluir, la política pública de esta administración de gobierno, o cualquier otra en el futuro, tiene y debe facilitar el que todos sus

ciudadanos tengan acceso a los servicios de salud necesarios para poder disfrutar de sus otros derechos y libertades. Este acceso podría ser otorgado por un sistema público, privado o dual. Sin embargo, es importante enfatizar que, el fin último no es que todos los ciudadanos tengan acceso a los bienes y servicios de la salud, sino que estén saludables. Para esto es importante reconocer que, en última instancia, los factores más importantes que determinan el estado de salud de una población son los determinantes sociales de la salud que se encuentran fuera del ámbito de los sistemas de salud. Por lo tanto, aún si el acceso a los servicios de salud estuviese totalmente garantizado a través de un seguro universal, puede haber grandes inequidades en

el estado de salud de la población. Esto implica que una estrategia salubrista tiene que también impactar las condiciones y factores sociales, económicos, ambientales, y políticas que influyen sobre la salud física y emocional de las comunidades e individuos. Además, es importante que la población se apodere de su salud, que se eduque y que participe junto con los profesionales de la salud en el proceso de escoger los servicios y tratamientos que va a utilizar. Finalmente, el gobierno tiene el deber de vigilar que esto se cumpla y de garantizar el disfrute del derecho universal que tienen los ciudadanos y las comunidades a buscar un mejor estado de salud y una mayor calidad de vida sin importar el grupo socio-económico al que pertenezcan.

Tabla 1- Población no asegurada clasificada por variables socio-demográficas para el grupo civil no institucionalizado en Puerto Rico 2011				
	Total	No Asegurado	Tasa sin seguro¹	RR²
Población Total	3,680,339	280,641	7.6%	-
Edad				
Menos de 18 años	875,921	34,519	3.9%	5.6
18 to 64	2,245,007	242,193	10.8%	15.4
18 a 24	382,755	41,254	10.8%	15.4
25 a 34	463,723	69,880	15.1%	21.6
35 a 44	478,444	54,164	11.3%	16.1
45 a 54	478,444	44,622	9.3%	13.3
55 a 64	441,641	32,274	7.3%	10.4
65 o mas	559,412	3,929	0.7%	1.0
Género				
Hombre	1,748,161	175,120	10.0%	1.8
Mujer	1,932,178	105,521	5.5%	1.0
Nacionalidad y Ciudadanía Americana				
Nativo	3,566,248	251,174	7.0%	1.0
Extranjero	114,091	29,467	25.8%	3.7
Naturalizado	44,164	3,929	8.9%	1.3
No ciudadano	66,246	25,538	38.6%	5.5
Incapacidad				
Incapacitado	765,511	31,993	4.2%	1.0
No incapacitado	2,914,828	248,648	8.5%	2.0
Educación				
Población 25 años o mas	2,421,001	204,001	8.4%	-
Sin diploma de escuela superior	694,827	50,592	7.3%	1.1
Diploma o GED	641,565	63,036	9.8%	1.4
Algo de Universidad	515,673	52,020	10.1%	1.5
Bachillerato o Más	566,514	38,352	6.8%	1.0
Notas:				
1. Por ciento de la población para cada categoría sin plan médico				
2. =(tasa sin seguro)/(tasa sin seguro más baja para el grupo dentro de la variable)				

Tabla 2- Población no asegurada clasificada por estatus laboral para el grupo civil no institucionalizado en Puerto Rico 2011

Estatus Empleo	Total	No Asegurado	Tasa sin seguro¹	RR²
Población 16 años o más	2,916,772	251,328	8.6%	-
En fuerza laboral	1,353,382	172,662	12.8%	2.6
Empleado	1,102,540	132,701	12.0%	2.4
Desempleado	250,842	39,961	15.9%	3.2
Fuera de la Fuerza Laboral	1,563,390	78,666	5.0%	1.0
Experiencia de Trabajo				
Población de 16 a 64 años	2358,334	247,399	10.5%	-
Tiempo completo, últimos 12 meses	742,875	79,415	10.7%	1.3
Tiempo parcial, últimos 12 meses	431,575	73,478	17.0%	2.1
No trabajó	1,186,242	94,506	8.0%	1.0
Tipo de Trabajador				
Trabajadores 16 años o más	1,102,861	132,708	12.0%	-
Privado fines de lucro	680,465	93,957	13.8%	6.3
Empleado de compañía privada	652,894	89,445	13.7%	6.2
Auto empleo incorporado	27,572	4,512	16.4%	7.5
Privado sin fines de lucro	49,629	4,777	9.6%	4.4
Gobierno local	61,760	3,318	5.4%	2.5
Gobierno estatal	176,458	6,370	3.6%	1.6
Gobierno Federal	24,263	531	2.2%	1.0
Auto empleo no-incorporado	109,183	23,489	21.5%	9.8
Trabajadores de familia sin paga	2,206	133	6.0%	2.7
Industria				
Agricultura, Agropecuarias, Minas	15,440	1,592	10.3%	2.7
Construcción	69,480	16,323	23.5%	6.2
Manufactura	101,463	9,290	9.2%	2.4
Mayoristas	29,777	3,185	10.7%	2.8
Ventas al detal	152,195	20,437	13.4%	3.5
Transportación	39,703	4,114	10.4%	2.7
Informática	22,057	2,654	12.0%	3.2
Finanzas, Seguros, Bienes Raíces	59,554	3,583	6.0%	1.6
Profesional Científico y Gerencia	98,155	17,385	17.7%	4.7
Educación, Salud, y Servicios Sociales	254,761	18,712	7.3%	1.9
Artes, Entretenimiento, Recreación y Comida	92,640	19,508	21.1%	5.6
Administración Pública	105,875	3,981	3.8%	1.0
Otros	62,863	12,076	19.2%	5.1

Notas:

1. Por ciento de la población para cada categoría sin plan médico
2. =(tasa sin seguro)/(tasa sin seguro más baja para el grupo dentro de la variable)

Tabla 3- Población no asegurada clasificada por ingresos para el grupo civil no institucionalizado en Puerto Rico 2011				
Ingreso del Hogar (En dólares 2011)	Total	No Asegurado	Tasa sin seguro¹	RR²
Población Total	3,666,922	279,454	7.6%	-
Menos de \$25,000	1,983,805	142,522	7.2%	1.8
\$25,000 a \$49,999	968,067	90,264	9.3%	2.3
\$50,000 a \$74,999	418,029	31,299	7.5%	1.9
\$75,000 a \$99,999	143,010	9,222	6.4%	1.6
\$100,000 o mas	154,011	6,148	4.0%	1.0
Razón ingreso familiar y nivel de pobreza en últimos 12 meses				
Bajo el 50% nivel pobreza	928,580	62,302	6.7%	1.3
50% a 99%	745,066	59,215	7.9%	1.5
100% a 149%	590,915	55,848	9.5%	1.8
150% a 199%	425,752	39,570	9.3%	1.8
200% a 299%	510,169	38,448	7.5%	1.4
300% o más	473,466	25,258	5.3%	1.0
Notas:				
1. Por ciento de la población para cada categoría sin plan médico				
2. =(tasa sin seguro)/(tasa sin seguro más baja para el grupo dentro de la variable)				

* Departamento de Administración de Servicios de Salud, Escuela Graduada de Salud Pública, RCM, UPR

** Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, RRP, UPR

*** Departamento de Administración de Servicios de Salud, Escuela Graduada de Salud Pública, RCM, UPR

Desigualdades Socio-económicas como determinantes de la salud: apuntes para un debate

Karen J. Ortiz Ortiz MA, MPH*
José F. Colón Burgos, MS**

La salud, más allá que un fin, se puede considerar como un medio para que la humanidad pueda alcanzar sus objetivos de bienestar y tener una vida más provechosa y plena. Igualmente, para cualquier país, lograr que sus ciudadanos disfruten de un buen estado de salud implica tener una sociedad más productiva y con mejor calidad de vida. La *Comisión para el estudio de los Determinantes Sociales de la Salud* (CSDH, sus siglas en inglés) de la *Organización Mundial de la Salud* (WHO, sus siglas en inglés) en su informe sobre los determinantes sociales de la salud en Europa, encontró que los principales determinantes sociales de la desigualdad en salud son: edad temprana, educación, condiciones de trabajo y empleo, bienestar y protección social, pobreza y el sistema de salud (Marmot, 2010).

Desde el aspecto económico, un buen estado de salud aumenta el capital humano, y esto tiene un efecto positivo sobre la productividad individual y las tasas de crecimiento económico (López-Casasnovas, Rivera, & Currais, 2005). Una mejor salud aumenta la productividad laboral mediante la reducción de la incapacidad y número de días perdidos por enfermedad. Según Dahlgren y Whitehead (2007) *“el costo total de enfermedades como por ejemplo mentales, cardiovasculares, de órganos locomotores y accidentes constituyen un gran problema económico y financiero, tanto en términos de capacidad de producción perdida y transferencias financieras incurridas debido a la jubilación temprana y ausencias por causa de la enfermedad”*.

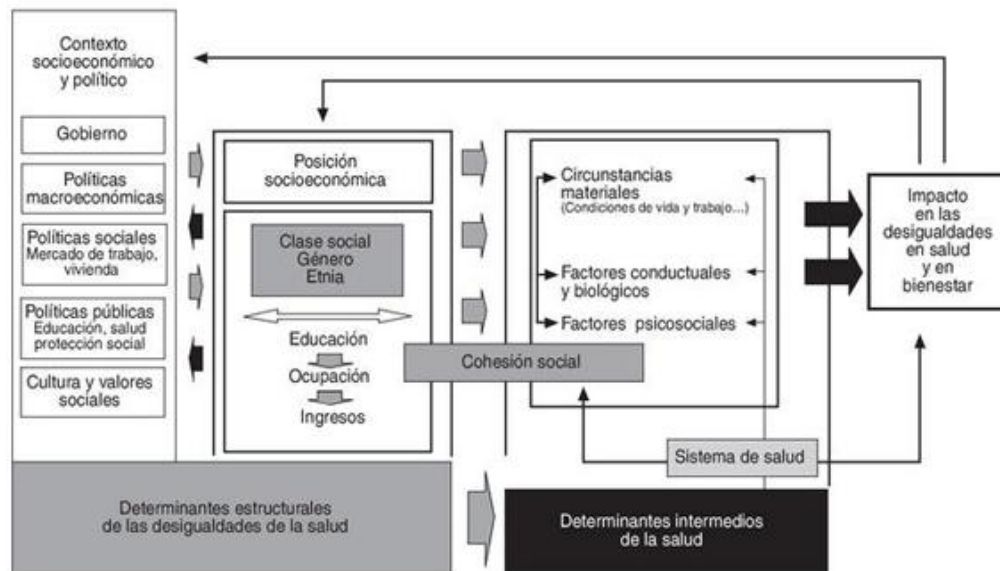
Asimismo, un buen estado de salud ayuda a forjar mejores niveles de educación, aumentando los niveles de escolaridad y rendimiento escolar. Se ha planteado que los recursos utilizados para

tratamientos de salud podrían ser utilizados para otros usos, lo cual constituiría un efecto positivo indirecto de suma importancia (López-Casasnovas, Rivera, & Currais, 2005). Por ende, es indispensable conocer y entender los diferentes determinantes que condicionan el estado de salud de una sociedad, para la implantación de políticas públicas efectivas y para una distribución sustentada e informada de fondos para atajar los diferentes problemas en salud.

Determinantes de la Salud

El debate público sobre la salud usualmente se genera a base del acceso y la calidad de los servicios. No obstante, disponer de servicios de salud no es garantía de un mejor estado de salud ni de una mejor calidad de vida para la sociedad. De hecho, se ha estimado que sólo 10% de las muertes prematuras podrían atribuirse a la falta de acceso adecuado a servicios de salud (Von Bertalanfy, 2006). Sin lugar a dudas, en el campo de la salud se ha desarrollado un sinnúmero de avances y mejoras sin precedentes, en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, pero, muy poco se ha hecho en reconocer e impedir que los factores sociales incidan en la calidad y acceso a un servicio de salud en la población. Por ejemplo, hemos sido testigos de cómo enfermedades letales, como el SIDA, ahora son enfermedades crónicas. Sin embargo, no necesariamente todos estos avances llenan las necesidades colectivas de nuestra sociedad. En cada contexto social, político e histórico, surgen muchos desafíos. Más allá de lograr acceso a servicios de salud de calidad, existen grandes retos en el campo de la salud pública, que tiene por objetivo conseguir la mayor salud posible para el mayor número de personas a través de la aplicación del conocimiento científico (Benach & Muntaner, 2005). Para poder aplicar el conocimiento científico en el estudio de estas barreras, la CSDH (2007) crea un modelo conceptual para demostrar como los diferentes aspectos de una sociedad inciden en la conducta en salud y la distribución de servicios de salud.

Figura 1: Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.



Fuente: Comisión para el estudio de los Determinantes Sociales de la Salud (2007)

La CSDH (2007) crea este modelo (Figura 1) como uno orientado a la acción y con el propósito principal de asistir a la Comisión, en el estudio de las necesidades de cambio en las diferentes áreas de la estructura social para poder intervenir con los determinantes sociales de la salud a través de políticas. Dicho modelo ilustra los niveles de intervención, aclara sus relaciones y sugiere el alcance y los límites de la acción política en cada área. Modelos como éste pueden ser modificados y utilizados para guiar la erradicación de las disparidades en salud en la sociedad puertorriqueña.

Aunque la salud colectiva es vista como un proceso estrechamente vinculado a lo cotidiano, y a las formas de vivir y trabajar, desde la perspectiva del discurso biomédico dominante, los determinantes primordiales que ocasionan las diferencias en la salud están relacionados con factores genéticos o con estilos de vida como el uso de cigarrillo o hábitos alimentarios. Sin embargo, las diferencias en la salud comunitaria no pueden ser explicadas primordialmente por la genética. De la misma manera, ni el tipo de alimentación ni el hábito de fumar de las personas, dependen solamente de una elección personal sino de un complejo de factores económicos, sociales y políticos presentes en una comunidad determinada (Benach & Muntaner, 2005). Entre ellos podemos mencionar, las condiciones laborales; los tipos y características de los empleos; las costumbres y hábitos culturales y alimentarios de los familiares más cercanos; y la existencia o no, de leyes ambientales o de políticas preventivas.

Cuando, ese sinfín de factores interactúa, la salud no es una elección personal y libre.

La salud comunitaria y la salud pública no dependen por tanto sólo de la suma de las elecciones individuales de las personas, sino también, de los múltiples condicionantes y necesidades sociales que configuran la forma de vivir, relacionarse y trabajar de las poblaciones (Benach & Muntaner, 2005). La manera en cómo una sociedad se organiza y se desenvuelve determina, en parte, los patrones de enfermar y morir de sus ciudadanos. De hecho, la gran mayoría de la humanidad no dispone de la opción de elegir libremente una alimentación adecuada o de pertenecer a un ambiente laboral o cotidiano saludable (Benach & Muntaner, 2005).

Efectos de las desigualdades socio-económicas en la salud

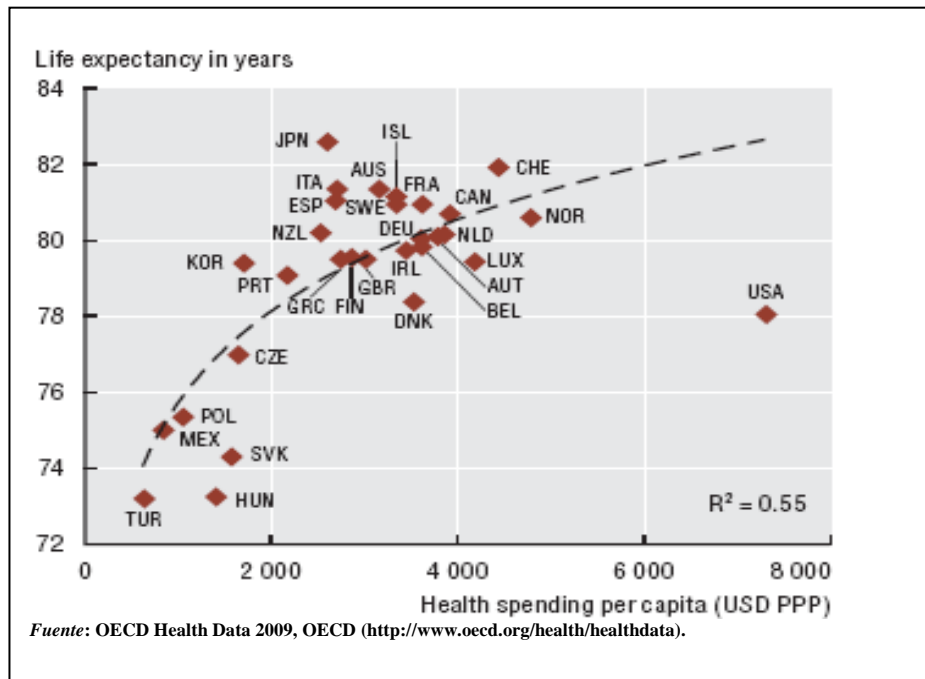
Generalmente se ha reconocido que los habitantes de países con mayor ingreso tienden a disfrutar de un mejor estado de salud y de mejor calidad. Según Marmot (2010) la expectativa de vida está correlacionada al Producto Interno Bruto (PIB) per cápita en países de la región europea que tienen un PIB menor de \$25,000 anuales. Ciertamente, mientras más recursos disponibles tiene una sociedad para poder cubrir las necesidades básicas de sus habitantes, mejor será su estado de salud. Sin embargo, un cúmulo significativo de la literatura en los últimos años ha demostrado la asociación de la desigualdad de ingresos con una variedad de indicadores de salud, tales como la esperanza de vida,

tasa ajustada por edad de mortalidad y causas de muerte (McCord & HP, 1990; Kaplan, Pamuk, W, Cohen, & Balfour, 1996; Krieger & Fee, 1996; Benach & Muntaner, 2005; Wilkinson & Pickett, 2010). Estos estudios han demostrado que cuanto mayor es la brecha económica entre los ricos y los pobres en una determinada zona geográfica, peor el estado de salud de esa población. Por ejemplo, Krieger & Fee (1996) evidenciaron que en Estados Unidos (EEUU), quienes ingresan menos de 5,000 dólares anuales tienen cuatro veces más riesgo de tener un mal estado de salud que quienes ingresan más de 25,000 dólares (Krieger & Fee, 1996). Se ha sugerido que la amplia brecha en ingresos produce menos cohesión social y un mayor estrés psicosocial y, en consecuencia, la mala salud (Von Bertalanfy, 2006). La desigualdad en salud le costó a un país desarrollado como Inglaterra de 31 a 33 billones de libras esterlinas en pérdidas de productividad e impuestos (Marmot, 2010).

Cabe preguntar ¿Porqué países como EEUU a pesar de ser uno de los países más ricos y poderosos en el mundo, con uno de los presupuestos relativamente más altos, desluce si se compara con otros países desarrollados? En efecto, EEUU es el país con mayor gasto en salud per cápita, gastando dos veces y medio el promedio que los países de la *Organización para la Cooperación y el Desarrollo* (OECD, por sus siglas en inglés) (OECD, 2009).

Por ejemplo, la Gráfica 1 muestra la relación entre la esperanza de vida al nacer y el gasto en salud per cápita entre los países de la OECD. Como se observa, el aumento del gasto en salud per cápita generalmente se asocia con mayor esperanza de vida al nacer, aunque ésta relación tiende a ser menos pronunciada en los países con mayor gasto en salud per cápita. Teniendo en cuenta sus niveles de gasto en salud, Japón y España se destacan por tener la esperanza de vida relativamente alta, mientras los EEUU, Dinamarca y Hungría la esperanza de vida relativamente baja (OECD, 2009).

Gráfica 1: Esperanza de vida al nacer y el gasto en salud per cápita, 2007 (o último año disponible)



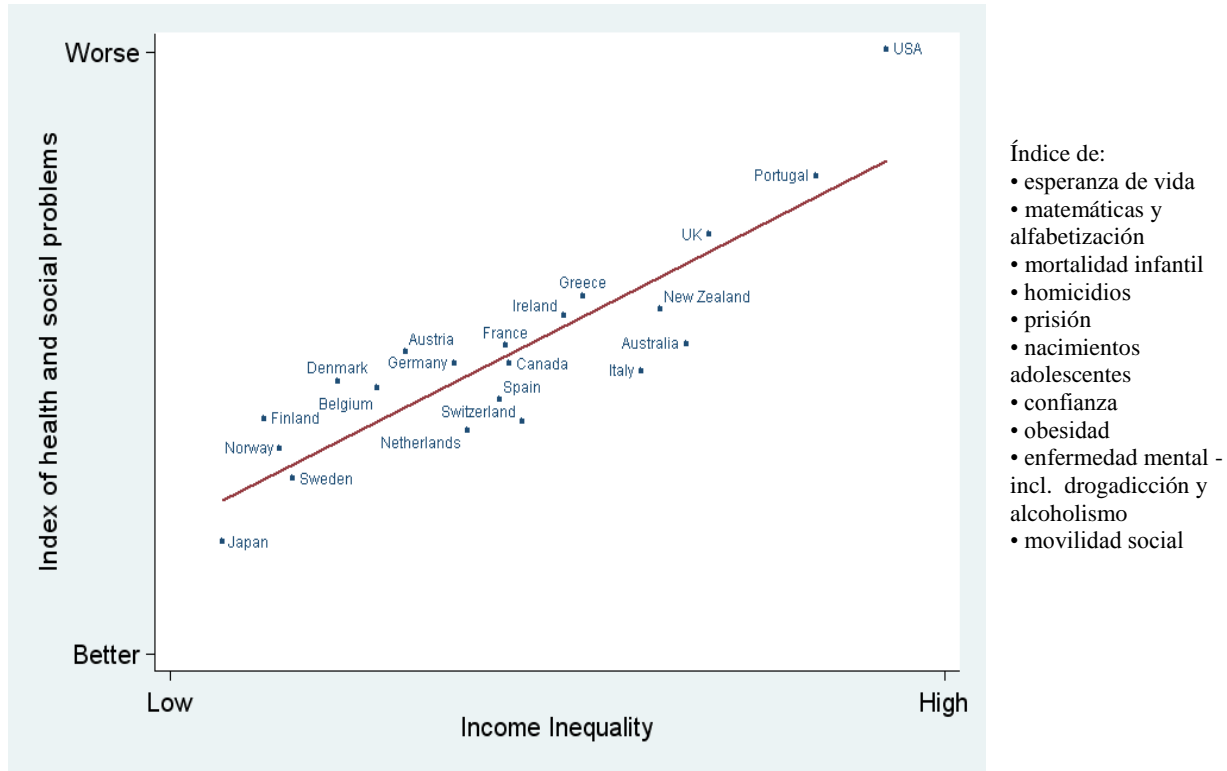
Más aún, estudios demuestran que en países desarrollados no existe una correlación entre el crecimiento económico y el mismo conjunto de problemas de salud y sociales. Wilkinson y Pickett (2010) señalaron que dentro de los países ricos, aquellos más igualitarios tienden a tener un mejor estado de salud. La Gráfica 2 muestra la relación

entre los problemas sociales y de salud y la desigualdad de ingresos entre los países ricos. Si observamos a los EE.UU., el Reino Unido, Portugal y Nueva Zelanda en la parte superior derecha de este gráfico, lucen peor que la de Japón, Suecia o Noruega, en la parte inferior izquierda. El crecimiento económico continuo no parece mejorar la

salud y el bienestar en los países desarrollados (Wilkinson & Pickett, 2010). Por ende, en los países ricos, una brecha menor entre ricos y pobres significa

una población más saludable y con mejor calidad de vida.

Gráfica 2: Relación entre los problemas sociales y de salud y la desigualdad de ingresos entre los países ricos



De hecho, un estudio reveló que era menos probable que los ciudadanos afroamericanos de Harlem, al norte de Manhattan en Nueva York, llegaran a los 65 años que los ciudadanos de un país tan pobre como Bangladesh (McCord & HP, 1990). Además, la investigación mostró que las tasas estandarizadas de mortalidad de los jóvenes negros de Harlem, eran seis veces las del promedio de los jóvenes de EEUU.

El Caso de Puerto Rico

Ciertamente, Puerto Rico dista mucho de ser un país rico y desarrollado. Puerto Rico, enfrenta problemas económicos serios, entre los que destacan: estancamiento en el crecimiento económico, tasas elevadas de desempleo y bajas tasas de participación laboral. Por ende, los niveles de pobreza son sustancialmente altos. Más preocupante aún, economistas han coincidido en que en Puerto Rico, la desigualdad de ingreso es muy significativa (Sotomayor, 1998; Segarra-Alméstica, 2006; Colón-Reyes, 2007).

Al comparar el sector de la salud con el resto de la economía de Puerto Rico, se observa que representó 16.4% del Producto Interno Bruto (PIB) del país para el año fiscal 2003. Según la Organización Panamericana de la Salud (PAHO, sus siglas en ingles) y la Organización Mundial de la Salud (WHO, sus siglas en ingles) (2007) las familia puertorriqueñas dedicaron 17% de sus gastos en servicios de salud y en medicinas en el año 2000. En el 2003 este gasto represento \$6,917 millones en gastos directos al bolsillo del consumidor puertorriqueño. En el 2006 el gasto en salud en Puerto Rico represento 16.7% del PIB (Ramírez, 2006). Según PAHO/WHO (2007) Puerto Rico es uno de los países que más invierte recursos en salud en relación al PIB y tiene resultados en salud bajo los estándares de salud apropiados.

El hecho de que en Puerto Rico los gastos médicos, como porcentaje del PIB, sean similares al de EEUU no indica necesariamente un mejor estado de salud de la población. Aunque es importante

asignar recursos a la salud, existen otros factores que determinan el estado de salud de los puertorriqueños. Por lo tanto, además de impulsar y promover el crecimiento económico, la reducción de la desigualdad es esencial si queremos mejorar nuestra sociedad. Si queremos tener un mejor estado de salud para la población general, es necesario lograr disminuir la desigualdad en Puerto Rico enfocando las agendas para la creación de políticas públicas hacia esta meta.

Comparaciones entre los Coeficientes de Gini de Puerto Rico con el de otros países revelan que la desigualdad en Puerto Rico es relativamente mayor que la de EEUU y que la mayoría de los países de América (Tabla 1). En Puerto Rico la distribución del ingreso por quintiles muestra que 20% de los hogares más pobres recibe 2% del ingreso total anual en Puerto Rico. Mientras, en el otro extremo, 20% de los hogares más ricos recibe 56% del ingreso total anual (U.S. Census Bureau, 2006). En una sociedad con tanta desigualdad, como Puerto Rico, ¿cómo tener vida social más aceptable y tener una mejor salud poblacional? En Puerto Rico, las desigualdades se heredan y convierten en desventajas de oportunidades como en otros países con niveles altos de desigualdad (Colón-Reyes, 2007). Entonces, ¿cómo se posibilita la movilidad social, la idea de que cualquiera, por sus propios méritos, pueda lograr una mejor posición social o económica para sí y para sus familiares?

Tabla 1.
Coeficiente de desigualdad Gini por país y año

País	Índice	Año
Hungría	24.4	1999
Dinamarca	24.7	1997
Canadá	33.1	1998
Jamaica	37.9	2000
Ecuador	43.7	1998
Bolivia	44.7	1999
Estados Unidos	46.4	2006
Costa Rica	46.5	2000
República Dominicana	47.4	1998
Venezuela	49.1	1998
Perú	49.8	2000
Argentina	52.2	2001
Puerto Rico	53.5	2006
México	54.6	2000
Panamá	56.4	2000
Paraguay	56.8	1999
Chile	57.1	2000
Colombia	57.6	1999
Brasil	59.1	1998
Hungría	24.4	1999
Dinamarca	24.7	1997
Canadá	33.1	1998
Jamaica	37.9	2000

Para mejorar la salud de la población es necesario combatir la raíz de la enfermedad y no enfocarse solo en la sintomatología. Un movimiento social para una mayor equidad necesita un sentido de dirección sustentable y una visión de cómo lograr los cambios económicos y sociales necesarios. Wilkinson y Pickett (2010) plantean, que aunque se han sugerido muchas maneras de ayudar a los individuos que enfrentan dificultades particulares, la evidencia presentada sugiere que mientras mayor equidad, se puede atender un mayor espectro de problemas dentro de sociedades complejas. Por ende, para mejorar la vida en comunidad y estimular la movilidad social inter-generacional, es imprescindible transformar la sociedad puertorriqueña en una más equitativa. Las instituciones en las cuales se emplean a las personas, contribuyen a la desigualdad de ingreso. Es en el trabajo donde el valor se genera y se divide entre las distintas gradaciones de los empleados (Colón-Reyes, 2007).

Para poder ofrecer al ser humano la posibilidad de una existencia individual y social más humana, hacen falta reformas fundamentales en el ámbito socioeconómico, en la manera en que se organiza la sociedad, como consume, produce, y sobre todo como trabaja. Se ha establecido que el trabajo es la actividad medular que nos permite la humanización, y la transformación de la naturaleza para satisfacer nuestras necesidades. Además, el trabajo es el organizador de nuestras vidas, del ocio, del nivel de vida, del retiro y de la organización familiar. Tanto en Puerto Rico, como en la mayoría de los países, el trabajo puede ser una fuente de conflicto ya que en la época actual no hay trabajo para todos y éste, en sí mismo, podría convertirse en una fuente de explotación para la mayoría (Colón-Reyes, 2007). En Puerto Rico la tasa de participación laboral apenas alcanza 42.5% y la tasa de desempleo ronda el 16% (Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, Negociado de Estadísticas del Trabajo, 2011). Entonces, ¿qué hacer cuando el sistema económico en el cual vivimos se nutre de la necesidad de empleo de la población para poder mantener unos sueldos que permiten generar más ganancias para unos pocos?

Las relaciones sociales y de cohesión no salen de la nada, tienen que darse en un marco social más igualitario. Por lo tanto, para tener una sociedad más saludable, es indispensable disminuir las desigualdades sociales, conocer, estudiar y entender los determinantes sociales que inciden en la salud de la población; cambiar el discurso patológico de la salud y lograr que el capital social aumente,

reconociendo la salud como un derecho de todo ser humano. Es necesario crear nuevas políticas y estructuras que sustenten, justifiquen e impulsen el desarrollo económico de Puerto Rico como proyecto social.

Referencias

- Benach, J., & Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Barcelona: Editorial El Viejo Topo.
- Colón-Reyes, L. (2007). La tarea inconclusa: Pobreza y desigualdad social en el siglo XXI. (17).
- Comission on Social Determinants of Health (2007). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the CSDH, Draft , Last Paper. Recuperado 13 de diciembre 2011 [HYPERLINK "http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf"](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf)
http://www.who.int/social_determinants/resource/csdh_framework_action_05_07.pdf.
- Dahlgren, G. y Whitehead, M.(2007). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholmo, Institute for Futures Studies. Recuperado en 20 de junio de 2011
- Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, Negociado de Estadísticas del Trabajo, Encuesta de Vivienda. (mayo de 2011). *Estado de empleo de las personas de 16 años de edad y más: años fiscales*. Recuperado en diciembre de 2011, de <http://www.gdb-pur.com>.
- Kaplan, G. A., Pamuk, E. R., W, L. J., Cohen, R. D., & Balfour, J. L. (1996). Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ* , 312 (999).
- Kliksberg, B. (2004). *Más ética, más desarrollo*. Argentina: Temas.
- Krieger, N. (2005). Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J Epidemiol Commun Health* (59), 350-5.
- Krieger, N., & Fee, E. (1996). Measuring Social Inequalities in Health in the United States: A Historical Review, 1900-1950. *Int J Health Services* , 26.
- López-Casasnovas, G., Rivera, B., & Currais, L. (2005). Introduction: The role of health on economic growth. En *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Marmot, M.(2010). Interim first report on social determinants of health and the health divide in the World Health Organization (WHO) European Region- European Social Determinants and Health Divide Review, Oficina Regional de Europa, Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado el 6 de enero de 2012 en [HYPERLINK "http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/124464/E94370.pdf"](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/124464/E94370.pdf)
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/124464/E94370.pdf
- Marmot Review Team (2010). Fair Society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010.London, Marmot Review.
- McCord, C., & HP, F. (1990). Excess Mortality in Harlem. *New Engl. J Med* (322).
- OECD. (2009). *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing .
- Pan American Health Organization/World Health Organization (2007). Health System Profile of Puerto Rico. Washington, D.C.
- Ramírez, R. (2007, abril 9). La Transformación del Sistema de Salud de Puerto Rico. *El Diálogo*.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. New York: Bloomsbury Press.
- Segarra-Alméstica, E. V. (2006). What happened to the distribution of income in Puerto Rico during the last three decades of the XX Century? A statistical point of view. *UIE, UPR* .
- Sotomayor, O. J. (1998). Poverty and Income Inequality in Puerto Rico 1970-1990. *Centro de Investigaciones Sociales* .
- U.S. Census Bureau. (2006). *2006 American Community Survey*. Recuperado el diciembre de 2011, de www.tendenciaspr.com.
- Von Bertalanfy, L. (2006). *General System Theory; Foundations, Development, Applications, revised edition*. New York: George Braziller.

*Estudiante del Doctorado en Análisis de Sistemas de Salud y Gerencia, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

**Estudiante del Doctorado en Determinantes Sociales de la Salud, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

Evaluación de la Reforma de Salud de 1993: Tesis de Maestría de Alexis R. Santos Lozada

Juan A. Lara*

El estudiante Alexis R. Santos Lozada, del Programa de Maestría en Economía, realizó con éxito la defensa de su tesis de Maestría a finales del segundo semestre del año académico 2011-12. Por su pertinencia para el tema de este Boletín, se incluye una selección breve del material de la tesis. El objetivo que se propuso Santos Lozada fue evaluar si la Reforma de Salud implantada en Puerto Rico, hace casi dos décadas, ha logrado o no sus objetivos principales. Como se puede ver a continuación, la conclusión es básicamente negativa.

La Reforma de Salud de Puerto Rico, establecida por la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, lleva más de 18 años desde su aprobación. Se puede establecer entonces que esta Reforma ha llegado a su madurez o está cerca de ella. La coyuntura antes mencionada, la llegada a su madurez, supone el momento perfecto para que la Reforma de Salud de 1993 sea evaluada.

La hipótesis de investigación es que la Reforma de Salud de Puerto Rico de 1993 puede ser clasificada como un fracaso debido a que no se logró ninguno de los objetivos por los que fue propuesta, que eran: a) reducir el gasto de gobierno en el área de salud; b) eliminar el sistema dual de prestación de servicios médico-hospitalarios; y, c) transformar el rol del gobierno de uno de prestador directo de servicios a uno de asegurador y regulador de los servicios de salud.

La metodología utilizada es una combinación del estudio de caso y el análisis comparativo. El estudio de caso provee el espacio para presentar un tema complejo de una manera simple. Se recurre a esta metodología por ser una útil para el tipo de estudio que se quiere realizar, principalmente porque permite desarrollar una discusión organizada y detallada de un tema en particular. Por otro lado, el Análisis Comparativo provee el marco para la evaluación de la Reforma de Salud de Puerto Rico con otras instancias en las que se realizaron Reformas de Salud alrededor del mundo.

Los indicadores que se utilizan para examinar la hipótesis de investigación incluyen pero no se limitan a:

- Presupuestos correspondientes a los años de estudio.
- Series de datos correspondientes a gastos de gobierno en salud.
- Datos sobre las personas cubiertas por la Reforma de Salud y personas elegibles para este beneficio.
- Instalaciones hospitalarias en el país, tanto en el sector público como en el privado.
- Plantilla laboral en el sector de la salud tanto en el sector público como en el privado.

Para evaluar si debido a la Reforma existe mayor acceso a servicios de salud, se tomaron datos del informe Evaluación del Sistema de Salud de Puerto Rico (2005), los cuales son reveladores en este aspecto:

- Al 14% de los diabéticos se les practicó la prueba de fondo de ojo;
- Al 16% de los pacientes diabéticos se les monitoreó para nefropatía, una reducción de las tasas anteriores;
- El 33% de los diabéticos se realizó pruebas de hemoglobina;
- 82% de los diabéticos tienen pobre control del azúcar;
- Una quinta parte del 38% de los diabéticos tenían su colesterol controlado;
- El 54% de la población en riesgo, se había realizado una mamografía;
- Un 47% de las mujeres se realizó la prueba de Papanicolau;
- El 75% de las mujeres visitaron a un médico en el primer trimestre de embarazo;
- El 57% de la población tenía su hipertensión controlada;
- Más del 60% de los asmáticos están siendo manejados con medicamentos inapropiados;
- Solo el 12% de la población se realizó la prueba de la chlamydia, restando un 88% por cubrir.
- Al 37% de los pacientes dados de alta por condiciones cardiacas no se les proveyó bloqueadores Beta;
- 80% de los pacientes cardiacos no tienen en control su colesterol;
- Un 48% de la población no visitó al dentista.

Los autores de este estudio concluyen que prácticamente todos los indicadores de efectividad de cuidado, a excepción de las visitas al médico en el primer trimestre, se encuentran por debajo de los niveles esperados.

Otro aspecto importante del tema es el costo de proveer los servicios. El hecho de que cada ciudadano tenga beneficios de un plan médico debe ponerse en justa perspectiva relacionándolos con los recursos asignados a cada persona. El plan médico financiado por el gobierno asignaba al 2010 menos de \$114 para cada persona anualmente, lo que puede dejar en entredicho la efectividad de este plan médico. Las quejas continuas de los profesionales de la salud, dejan en entredicho que esta asignación sea suficiente para cubrir las necesidades de salud de las personas suscritas al plan de la Reforma.

Sin embargo, a pesar de la baja asignación por asegurado, no hay duda alguna de que el gobierno no ha podido reducir sostenidamente los costos de servicios médico-hospitalarios con la financiación del seguro de salud público. Queda constatado con datos obtenidos de la Oficina del Contralor, la Oficina de Gerencia y Presupuesto y la ASES el que los costos para financiar el seguro de salud no han logrado reemplazar efectivamente los costos de financiación por medio de la AFASS pues no se ha logrado una reducción o control de los costos.

Este fallo no parece ser sólo de Puerto Rico, ya que por regla general, otros países que han puesto en marcha reformas de salud, no han logrado reducir sus costos en el renglón de salud; el único caso que ha logrado una reducción porcentual ha sido Singapur.

Tampoco se ha logrado plenamente el objetivo de sacar al Estado de la provisión directa de servicios médicos. Aunque el proyecto de privatización tenía el fin de privatizar toda instalación adscrita a la AFASS, no se logró tal privatización total. De hecho, solo se llegaron a privatizar treinta y ocho (38). El gobierno ha readquirido instalaciones y aprobó legislación para aumentar su participación en la prestación de servicios médico-hospitalarios y prohibió la venta, cesión o permuta de instalaciones médico-hospitalarias. De las treinta y ocho (38) privatizadas, cuatro (4) fueron readquiridas por el gobierno y una se encuentra en ruinas. En once (11) instancias la privatización sirvió para pasar la carga a erarios municipales. Luego del año 1998 el proyecto de privatización dejó de ser efectivo, pues los datos demuestran una distribución estable de las

instalaciones entre los sectores público y privado; el sector público permanece activo incluso 18 años luego de la aprobación de la Reforma del 1993.

La población servida por la Reforma ha variado, pero siempre ha sido elevada. Los datos demuestran que las personas que se acogen al plan médico financiado por el gobierno (La Reforma) aumentaron de 1993 hasta el 2001. En el 2001, el gobierno realizó una revisión y retiró el beneficio de la tarjeta de salud a cien mil (100,000) beneficiarios, el año 2000 es el máximo, posteriormente el índice de uso se ha mantenido por debajo del número del 2001. Es decir, esta re-evaluación de beneficios trajo consigo el detenimiento del aumento en beneficiarios acogiéndose a la Reforma. Cuando se evalúa el Índice de Uso de la Reforma de Salud, demuestra que el gobierno continúa proveyendo beneficios a una alta tasa de personas elegibles.

Al día de hoy, no se puede decir que la Reforma sea un proceso ya terminado. Se requiere una reforma de salud integral, la cual tiene que surgir de un proceso de diálogo multisectorial de todos los agentes que forman parte del Sector de Salud del País. Se aspira a una Reforma Total del Sistema de Salud de Puerto Rico en la que todas las estructuras gubernamentales trabajen en conjunto para la consecución de las metas y objetivos trazados por los que establecen la política pública. Puerto Rico necesita un Modelo de Salud Integral, donde todos los participantes en el proceso de la salud sean entes activos en la toma de decisiones. Es decir, lo idóneo sería que el sistema se moviera como uno solo, no como entes independientes.

Referencias

- Comisión para evaluar el Sistema de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (2005). *Evaluación del Sistema de Salud de Puerto Rico*. San Juan.
- Fundación Puertorriqueña de la Salud (2001). *Análisis Evaluativo de la Reforma de Salud*. San Juan.

*Catedrático, Departamento de Economía, Universidad de Puerto Rico, Río Piedras.



**Departamento de Economía
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Puerto Rico
Apartado 23345
San Juan PR 00931-3345**

Maestría en Economía

El Programa Graduado de Economía fomenta el estudio de los problemas fundamentales del pensamiento y la metodología económica y ofrece un currículo variado para que el estudiante pueda orientar sus cursos electivos al área de su interés. Se ofrecen cursos en teoría económica; sector público; desarrollo económico; economía monetaria y financiera y econometría y análisis cuantitativo.

Los egresados del Programa ocupan puestos en el gobierno, la banca, compañías de consultoría, centros de investigación, y en universidades, tanto en el área administrativa como docente. Además, otros prosiguen estudios doctorales en los campos de economía y finanzas, entre otros.

El Programa de Maestría en Economía ofrece un número limitado de ayudantías de cátedra que conlleva una exención de matrícula y un estipendio mensual. Además, la Oficina de Asistencia Económica del Recinto de Río Piedras gestiona préstamos federales para estudiantes.

Se aceptan estudiantes para comenzar estudios en ambos semestres académicos. La fecha límite para radicar la solicitud de admisión al Departamento de Economía para la sesión de agosto, es la segunda semana de febrero y para la sesión de enero, es el 15 de octubre.

Facultad del Programa de Economía

Benson Arias, Jaime, Ph.D.
University of Massachusetts, 1992
Catedrático

Dávila García, Juan, M.A.
Universidad de Puerto Rico, 1980
Instructor

De Jesús Collazo, Ida P., M.A.
New School for Social Research, 1979
Catedrática Asociada

Del Valle Caballero, Jaime, Ph.D.
University of Manchester, Inglaterra, 1992
Catedrático

Enchautegui Román, María E., Ph.D.
Florida State University, 1998
Catedrática Asociada

Laborde Rivera, José E., Ph.D.
State University of New York at Stony Brook, 2008
Catedrático Auxiliar

Lara Fontáñez, Juan, Ph.D.
State University of New York at Stony Brook, 1981
Catedrático

Luciano Montalvo, Indira, Ph.D.
Universidad Nacional Autónoma de México, 2001
Catedrática Auxiliar

Quiñones Pérez, Argeo T., M.A.
University of Massachusetts, 1982
Candidato al Ph.D.
Catedrático

Rodríguez Castro, Alicia, M.A.
Stanford University, 1978
Candidata al Ph.D.
Catedrática

Rodríguez Ramos, Carlos A., Ph.D.
Universidad Nacional Autónoma de México, 2001
Catedrático Asociado

Rodríguez Rodríguez, Ernesto L., M.A.
Virginia Polytechnic Institute, 1984
Candidato al Ph.D.
Catedrático Asociado

Segarra Alméstica, Eileen, Ph.D.
University of California at Berkeley, 1998
Catedrática Asociada

Toledo Rodríguez, Wilfredo, Ph.D.
Florida State University, 1990
Catedrático Asociado

Villagómez Escutia, Rafael, Ph.D.
Oklahoma State University, 1985
Catedrático Asociado

Vogel Beckert, Joseph Henry, Ph.D.
Rutgers University, 1987
Catedrático