

Basta ya de parchos en el sector salud

PRIMER INFORME DEL CONSEJO MULTISECTORIAL
DEL SISTEMA DE SALUD DE PUERTO RICO

31 DE OCTUBRE DE 2016



Basta ya de parchos en el sector salud

PRIMER INFORME DEL CONSEJO MULTISECTORIAL
DEL SISTEMA DE SALUD DE PUERTO RICO

El Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico es un organismo adscrito al Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, creado por la Ley 235 del 22 de diciembre de 2015, con la misión de estudiar y analizar de forma continua los modelos de organización existentes, para recomendar al Gobernador y a la Asamblea Legislativa el modelo de provisión de servicios de salud y el modo de financiamiento más adecuado para el funcionamiento del sistema de salud de Puerto Rico. Las expresiones vertidas en este informe responden exclusivamente al Consejo Multisectorial del Sistema de Salud y no necesariamente responden a la opinión de las autoridades del Recinto de Ciencias Médicas.

Este documento puede citarse de la siguiente forma:

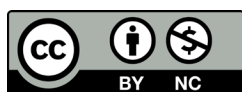
Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico. (2016). Basta ya de parchos en el sector salud: Primer informe. San Juan: Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico.

Copia digital de este documento aparece en el portal electrónico del Consejo Multisectorial (<http://consejomultisectorial.rcm.upr.edu>). Este documento tiene una licencia Creative-Commons Atribución-NoComercial 3.0 Puerto Rico. Se permite su reproducción siempre que se reconozca a su autor (Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico) y siempre que sea sin fines de lucro.

La redacción de este documento estuvo a cargo de Luis A. Avilés Vera, Rafael Torregrosa Ortiz y Roberto Ramírez García a base del contenido aprobado y revisado por el Consejo Multisectorial y sus miembros.

El diseño gráfico estuvo a cargo de Amariyls Irizarry Hernández, Centro para Informática y Tecnología de la Escuela de Medicina, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

La dirección de correo electrónico del Consejo Multisectorial es: consejomultisectorial.rcm@upr.edu



Índice

Prefacio	4
Agradecimientos.....	8
Resumen: Basta ya de parchos en el sector salud	10
Glosario de términos indispensables.....	12
Consejo Multisectorial del Sistema de Salud	14
Mandato legislativo: Ley 235-2015	16
Proceso de preparación de este informe	18
Puerto Rico, siglo 20: Informes en el sector salud.....	21
Cronología de eventos en el sector salud: Estados Unidos y Puerto Rico	23
Antecedentes: 40 años de informes en el sector salud.....	28
Pagador único en Estados Unidos: Iniciativas estatales.....	37
Servicios de salud, derechos humanos y gobernanza	41
Próximos pasos: Lineamientos de política pública.....	49
Referencias.....	52





UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO, RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSITY OF PUERTO RICO, MEDICAL SCIENCES CAMPUS



Decanato de Asuntos Académicos
Office of the Dean for Academic Affairs
Instituto de Bioética Eugenio María de Hostos
Bioethics Institute Eugenio María de Hostos

18 de octubre de 2016

Dr. Rafael Torregrosa, Presidente
Consejo Multisectorial del Sistema de Salud
Recinto de Ciencias Médicas - Universidad de Puerto Rico

Estimado Dr. Torregrosa:

Basta ya de parchos en el sector salud

Felicitó al Consejo Multisectorial, que usted preside, por la publicación de su primer informe con el título *Basta ya de parchos en el sector salud*. El documento evidencia, en su recuento histórico, que, a lo largo de las pasadas cuatro décadas, se han elaborado e implementado múltiples informes, propuestas e iniciativas en el sector salud. No obstante, los resultados alcanzados son insatisfactorios, sobre todo cuando los evaluamos desde el punto de vista de la justicia social. Esto es muy grave, desde la perspectiva ética, porque justicia social debe ser el principio rector tanto del orden político como de la práctica de la salud pública. Una sociedad justa es aquella en la que se garantizan los derechos humanos fundamentales a la totalidad de sus miembros, de tal manera que se pueda tener una vida conforme a las exigencias de la dignidad humana. Dicha garantía debe ser efectiva y no meramente formal.

Colocar el acceso a la salud en el marco de los derechos humanos fundamentales es un acierto de su *Informe*, en plena coherencia con lo promulgado en el número 25 de la *Declaración universal de los derechos humanos*, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948: «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad».

El artículo 25, que acabamos de citar, pone de manifiesto, en mi opinión, que el derecho a la salud no se limita a la asistencia médica. Alimentación y vivienda adecuadas, acceso a agua potable y a educación, entre otros muchos factores, son tanto o más importantes que médicos, fármacos y hospitales. No es posible hablar de salud sin atender, pues, a la calidad de vida y a la equitativa distribución de oportunidades y recursos en la sociedad, tanto en el nivel nacional como en el global.

18 de octubre de 2016
Dr. Rafael Torregrosa, Presidente
Consejo Multisectorial del Sistema de Salud

No entro en la valoración de las propuestas concretas que el Consejo presenta en este informe. Toda proposición específica tendrá que ser valorada en sus méritos, incluyendo su viabilidad de hecho en cada momento histórico. En una sociedad pluralista, encontraremos, sin duda, desacuerdos que tendrán que ser debatidos de manera abierta, razonable y democrática. Precisamente, desde mi punto de vista, el gran valor del Consejo y de su trabajo es que abre el espacio necesario para que dicho debate amplio tenga lugar en nuestro país. La democracia participativa es inviable sin espacios de debate abierto, libre y razonable.

Me parece que los elementos fundamentales e irrenunciables de este *Informe*, que sientan las bases para el debate social sobre salud —y me atrevería a decir que sobre cualquier otro tema de vital importancia para nuestra sociedad— son la participación democrática y la rendición de cuentas. He sostenido en otros foros que el problema ético no plantea, por sí mismo, la limitación del acceso a determinados servicios médicos. Los reclamos de servicios de salud pueden ser prácticamente infinitos. Ninguna sociedad puede dedicar todos sus recursos al sector salud. Lo que es, a mi juicio, moralmente inaceptable es el racionamiento de servicios con criterios ocultos, no pocas veces guiado por criterios estrictamente comerciales. En una sociedad justa y democrática es preciso que las limitaciones en las prestaciones se hagan con criterios transparentes, abiertos a un debate público, en el que quienes estén afectados por una decisión hayan tenido representación de manera efectiva, a través de un proceso en el que sus valores e intereses hayan sido sopesados. Todas las decisiones tienen que ser revisables, con criterios abiertos al escrutinio público. Este elemento de gobernanza democrática me parece irrenunciable y su proclamación es, a mi juicio, una de las aportaciones de valor permanente que se recogen en *Basta ya de parchos*. Para garantizar la efectividad de la participación democrática es preciso que sea posible, también de manera eficaz, pedir cuentas a los responsables de la gestión de los servicios de salud.

Espero que la gestión del Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico rinda frutos de justicia para el futuro de nuestro pueblo, que atraviesa por momentos tan difíciles de su historia.

Atentamente,



Jorge José Ferrer, Th.D., Director
Instituto de Bioética Eugenio María de Hostos
Recinto de Ciencias Médicas – Universidad de Puerto Rico



*Vivimos de crisis en crisis, poniendo **parches** a un dique que estalla por todas las esquinas.*

Miguel Soto-Class (2013)

*La llamada «tarjetita Rosselló», como se le conoció al principio a lo que ahora es Mi Salud, o el Plan de Salud del Gobierno (PSG), enamoró a esa población que no tenía posibilidades de pagar planes médicos privados. La realidad actual demuestra que aquella reforma, y los **parches** que se le han ido poniendo a través de los años, ha colocado a esa población en una desventaja mayor.*

Irene Garzón (2016)



Agradecimientos

Ha sido una intensa tarea de varios meses, de múltiples reuniones de quienes integran el Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico, para establecer el andamiaje reglamentario y para cumplir con el mandato legislativo de producir este Primer Informe.

Agradecemos, en primer lugar, a la institución a la cual estamos adscritos por virtud de Ley, al Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. El Rector del Recinto de Ciencias Médicas, Dr. Noel Aymat-Santana, comprometido con el debate y el desarrollo de nuevas políticas públicas en el sector salud, cumplió diligentemente con el mandato legal de convocar la primera reunión del Consejo Multisectorial y puso a disposición de este Consejo el apoyo administrativo, legal, técnico y pericial de quienes laboran en dicha institución. Extendemos nuestro agradecimiento al equipo de trabajo del Señor Rector, en especial a la Sra. Janet Urbina Luna, secretaria del Rector, por facilitar los procesos relacionados con la debida acreditación de los miembros del Consejo Multisectorial para su cumplimiento con los múltiples requisitos exigidos por Ley; a la Dra. Elba C. Díaz Toro, presidenta del Comité de Política Pública del Recinto de Ciencias Médicas, por facilitar múltiples y diversas tareas para nuestro funcionamiento; al Lcdo. José Feliciano, quien facilitó la creación de nuestro reglamento interno y en múltiples reuniones intervino para aclarar asuntos concernientes al mandato legislativo; y a Francisco Pérez, Director de la Oficina de Sistemas de Información, quien facilitó el proceso de creación de un portal cibernético para publicar el actual el presente informe. De igual forma, agradecemos el apoyo técnico y la asesoría en asuntos específicos del funcionamiento de los sistemas de salud del Director del Departamento de Administración de Servicios de Salud de la Escuela Graduada de Salud Pública, Dr. Heriberto Marín.

Múltiples personas colaboraron con el desarrollo de los trabajo del Consejo Multisectorial. En especial, el Dr. Juan Fernández, profesor retirado de la Escuela de Administración Pública de la Universidad de Puerto Rico y la Dra. Idania Rodríguez, del Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. Sin el apoyo del personal administrativo del Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico y especialmente de la ayudante ejecutiva, Aixa Y. López Cuevas, no hubiese sido posible realizar eficientemente las tareas relacionadas con las reuniones quincenales del Consejo Multisectorial.

Agradecemos la aportación de las siguientes personas a la producción de este informe: Erasto Zayas Núñez, de la Unión General de Trabajadores; Raquel Corchado Sonera, estudiante del Programa de Demografía de la Escuela de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas; Carmen Santos Corrada, Bibliotecaria a cargo de Colecciones Especiales de la Biblioteca Conrado F. Asenjo, Recinto de Ciencias Médicas y a Amarilys Irizarry Hernández, del Centro para Informática y Tecnología de la Escuela de Medicina, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

Por último, nuestro más sólido agradecimiento se dirige a cada uno de los miembros del Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico. Desde que se iniciaron nuestros trabajos, los miembros del Consejo acordaron realizar reuniones quincenales, además de las reuniones extraordinarias, seminarios y reuniones de Comités. Reconocemos que cada reunión del Consejo Multisectorial implica tiempo adicional a la ya recargada tarea de trabajo de los representantes de las agencias gubernamentales, organizaciones profesionales y empresariales, sindicatos y organizaciones comunitarias que integran el Consejo Multisectorial. Evidencia de su compromiso y entusiasmo se encuentra en el hecho de la gran asistencia a cada una de nuestras reuniones y seminarios. Este Informe «Basta ya de parchos en el sector salud» es producto del esfuerzo colectivo de quienes integran el Consejo Multisectorial.



Dr. Rafael Torregrosa Ortiz
Presidente del Consejo Multisectorial



Dr. Víctor Ramos Otero
Vicepresidente del Consejo Multisectorial



Dr. Luis A. Avilés Vera
Secretario del Consejo Multisectorial



Resumen:

Basta ya de parchos en el sector salud

La Ley 235 del 22 de diciembre de 2015 (Ley 235-2015) crea el Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico como cuerpo que estudiará y analizará, de forma continua, los modelos de organización existentes, para recomendar al Gobernador y a la Asamblea Legislativa el modelo de de servicios de salud y el modo de financiamiento más adecuado para el funcionamiento del sistema de salud. La Asamblea Legislativa no asignó presupuesto alguno para el desarrollo de los trabajos de este Consejo.

1. La Ley 235-2015 establece que el análisis a ser realizado por el Consejo Multisectorial deberá regirse por una serie de principios, entre los que se destacan los siguientes: (1) la salud es un derecho humano fundamental; (2) la salud no es un bien de consumo más; (3) se debe aspirar a la universalidad de los servicios de salud; (4) hay que reducir la desigualdad en el sistema de salud; y (5) hay que atender los determinantes sociales de la salud.
2. La realización de los informes del Consejo Multisectorial se hará sobre la base de información pública y accesible. El Consejo examinará las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de organismos dedicados al análisis de política pública, publicaciones académicas y la experiencia documentada de los modelos de organización de sistemas de salud de Estados Unidos y de otros países.
3. Los informes previos de cambios y reformas al sistema de salud de Puerto Rico establecen una clara línea de acción que ha resultado en el modelo de sistema de salud que tenemos hoy. Desde que se ignoró la creación de un Sistema Universal de Salud con Pagador Único (CSSUS, 1974), nuestro sistema incorporó mecanismos y reformas de mercado. Los informes subsiguientes recomendaron variaciones cónsonas con la protección o ampliación del mercado en la provisión y financiación de servicios de salud.

4. La formulación de las recomendaciones del Consejo Multisectorial seguirá los siguientes lineamientos de política pública: (1) es necesario declarar con firmeza «basta ya de parchos en el sector salud» pues el sistema de salud de Puerto Rico requiere de cambios fundamentales; (2) es necesario examinar las iniciativas desarrolladas a nivel estatal en Estados Unidos destinadas a garantizar la universalidad a través de un pagador único; (3) es necesario rechazar recomendaciones cuya implantación sea irreversible, toda decisión de política pública debe evaluarse y de ser necesario, alterarse o revocarse; (4) es necesario implantar una gobernanza democrática en el sistema de salud; y (5) es necesario comisionar un estudio actuarial para evaluar la viabilidad económica de un sistema universal de salud, con el modelo de financiamiento que sea más adecuado. El Consejo Multisectorial no recomendará o avalará ningún modelo de provisión de servicios o modelo de financiamiento hasta tanto no se cuente con los estudios actuariales pertinentes.
5. Sin una gobernanza democrática el sistema de salud continuará siendo rehén de los vaivenes de la política partidista. Los siguientes elementos de gobernanza son esenciales para el desarrollo de un sistema de salud que cumpla con los principios establecidos por la Ley 235-2015: (1) transparencia, para mantener a la ciudadanía informada de las decisiones tomadas y por tomarse; (2) rendición de cuentas, para respaldar o alterar las decisiones tomadas; y (3) participación de la ciudadanía en aquellas decisiones que más les afectan.
6. La salud es un derecho humano y así fue reconocido en Puerto Rico por la Ley 235-2015. Un enfoque basado en el derecho humano a la salud está orientado específicamente a la realización del más alto nivel posible de salud para toda la población. La formulación e implementación de políticas y programas de salud deben guiarse por las normas y principios de derechos humanos que garanticen el acceso, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud. El principio de no discriminación, bajo el enfoque de derechos humanos, requiere un modelo de provisión de servicios y gobernanza participativos que atienda las necesidades específicas de los distintos grupos de raza, sexo, orientación sexual, género, edad, religión, condición económica y nacionalidad de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, adultos mayores y con diversidad funcional. Se hace necesario prestar particular atención a las personas en condición de vulnerabilidad, como son aquellas sin hogar, sin estatus migratorio y quienes viven en zonas distantes de las instalaciones de salud.



Glosario de términos indispensables

Un **SISTEMA DE SALUD UNIVERSAL** es aquel sistema que le garantiza el cuidado de salud necesario a todo residente de un país, independientemente de su situación socioeconómica. Existe una gran diversidad en los sistemas de salud que han alcanzado la universalidad y estos suelen ser variantes de los siguientes tres modelos.

- **SERVICIO NACIONAL DE SALUD:** Este modelo se asocia típicamente a la experiencia del Reino Unido. Bajo un servicios nacional de salud, el sistema de salud es administrado y financiado por el Estado, el cual obtiene la mayor parte de sus recaudos por contribuciones sobre ingresos. Los servicios de salud son ofrecidos en instalaciones propiedad del Estado y quienes trabajan en el sistema reciben su salario de la nómina gubernamental. Toda persona que reside oficialmente en ese territorio recibe servicios de salud sin que medie pago alguno al momento de recibir servicio. En Estados Unidos, el *Veterans Health Administration*, funciona con muchos elementos de un servicio nacional de salud (Ibrahim, 2007)
- **SEGURO NACIONAL DE SALUD:** Este modelo se asocia típicamente a la experiencia de Canadá. Bajo un seguro nacional de salud, existe un único seguro de salud administrado por el Estado, que cubre a toda la población. Los servicios de salud se ofrecen por el sector público y el sector privado, por lo cual el personal del sistema de salud puede pertenecer a cualquiera de los dos sectores. Como existe un solo seguro de salud, se utiliza el término **pagador único**, el cual se explica más adelante. Los seguros de salud privado existen para servicios complementarios que no son cubiertos por el seguro nacional de salud. Países industrializados, como Taiwan y Korea, han adoptado este modelo en décadas recientes. A partir del 1995, el sistema de salud de Israel constituye una variante de este sistema, en el cual el seguro nacional de salud administrado por el Estado, se distribuye entre cuatro planes de salud privados sin fines de lucro, altamente reglamentados y fiscalizados (Sarnak, Mossialos, Wenzl, Osborn, 2016).
- **ACCESO UNIVERSAL BAJO MÚLTIPLES SEGUROS:** Este modelo se asocia típicamente a la experiencia de Alemania. Bajo un sistema universal de

múltiples seguros de salud privados sin fines de lucro —los históricos *sickness funds* o fondos mutuales— están asociados a la industria en la cual se trabaja y son altamente reglamentados por el estado. Quienes son residentes legales están obligados a afiliarse a algunos de estos seguros, los cuales son financiados a través de un por ciento fijo de la nómina del personal de una empresa, de acuerdo al nivel salarial. Existen seguros privados de salud como alternativas a los fondos mutuales, pero estos cubren a alrededor de un 10% de la población.

El término **cobertura universal** se refiere a un sistema que en que cada persona tiene algún seguro médico que le brinde acceso a los servicios de salud. La experiencia de América Latina demuestra que, en ausencia de una efectiva gobernanza (estricta reglamentación y fiscalización del estado) y con la existencia de seguros de salud privados con fines de lucro (a diferencia del sistema de Alemania o Israel), este sistema no necesariamente favorece la equidad en salud (Heredia, Laurell, Feo, et al, 2015). Bajo una cobertura universal se puede garantizar el acceso a pruebas para detectar cáncer de cuello uterino, pero si se obtienen resultados positivos al cáncer, el acceso a tratamiento puede no estar garantizado (Waitzkin, 2014).

El término **pagador único** se acuñó en Estados Unidos para referirse al método que utiliza un seguro nacional de salud para reembolsar a quienes prestan servicios de salud (Liu, 2016). El pagador único reduce los gastos administrativos del sistema de salud, simplifica el sistema de facturación y dificulta la posibilidad de fraude. El pagador único tiene la ventaja de poder negociar con compañías farmacéuticas la compra de medicamentos al por mayor, lo cual redundaría en economías para el sistema. Las economías en estos renglones son tan sustanciales que permiten asegurar a toda la población a un costo que suele ser menor que las de otros sistemas no universales. En Estados Unidos, el programa de Medicare tradicional (no los Medicare-Advantage) tiene muchos elementos de un pagador único. La propuesta de alcanzar la universalidad para Estados Unidos bajo «Medicare for All» —la extensión paulatina de dicho programa al resto de la población— es una forma de alcanzar la universalidad bajo un sistema de pagador único.

El uso de los concepto de **medicina socializada** o **sistema socializado** no es común en la literatura de política pública de salud. Estos términos no aparecen en un importante y abarcador libro de análisis de política pública, el *Oxford Handbook of Public Policy* de alrededor de mil páginas (Moran, Rein, Godwin, 2016). El término **medicina socializada** tiene un carácter peyorativo pues fue popularizado en Estados Unidos como parte de una campaña de descrédito contra los esfuerzos de ampliar programas gubernamentales de salud en el contexto de la Guerra Fría, como lo evidencia el mensaje radial *Ronald Reagan Speaks Out Against Socialized Medicine* (Reagan, 1961). El Consejo Multisectorial se abstendrá de utilizar el término medicina socializada o sistema socializado.



Consejo Multisectorial del Sistema de Salud

En mayo de 2013 por petición de veintiuna organizaciones del sector de la salud, se presentó el Proyecto de la Cámara 1185 para crear una «Comisión Multisectorial para estudiar la viabilidad y organización del Sistema Universal de Salud, con el modo de financiamiento más adecuado, que incluya la evaluación del Pagador Único para Puerto Rico» (Cámara de Representantes, 2013). Luego de dos años y tras múltiples enmiendas, el proyecto se convirtió en la Ley 235-2015, la cual creó el «Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico», adscrito al Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Este Consejo tiene el deber ministerial de estudiar y analizar de forma continua los modelos de provisión de servicios de salud y el modo de financiamiento más adecuado para hacer recomendaciones al Gobernador y a la Asamblea Legislativa.

El proyecto... aspira a que fuera de líneas partidistas y de los intereses económicos, se promueva la completa reestructuración del sistema de salud.
Juan Fernández (2014)

PETICIONARIOS DEL PROYECTO DE LA CÁMARA 1185

- | | | |
|--|--|--|
| • A su Salud, Inc. | • Comité de Derechos Humanos del Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico | • Mesa de Diálogo Martin Luther King |
| • Alianza de Líderes Comunitarios de Puerto Rico | • Comité de Salud Mental del Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico | • Movimiento Amplio de Mujeres |
| • Alianza de Salud para el Pueblo | • Concilio de Iglesias de Puerto Rico | • Movimiento Independentista Nacional Hostosiano |
| • Alianza SEIU de Puerto Rico | • Cumbre Social | • Partido del Pueblo Trabajador |
| • Amnistía Internacional Puerto Rico | • Fundación por Un Mejor País | • Puerto Rico Psychiatric Society |
| • Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico | • Iglesia Metodista de Puerto Rico | • Sindicato Puertorriqueño de Trabajadores |
| • Colegio de Profesionales del Trabajo Social de Puerto Rico | • Instituto de Política Social de la Escuela Graduada de Trabajo Social de la Universidad de Puerto Rico | • Unión General de Trabajadores |
| | | • United Healthcare Workers East/ 1199 SEIU |

La Ley 235-2015 ensaya un modelo de formulación de política pública diferente. Tradicionalmente, desde La Fortaleza se nombran a las personas para integrar una comisión que rinda un informe sobre un asunto específico. Sin embargo, antes de nombrar a cada persona, ya en Fortaleza se conoce de antemano cuál es la posición de dicha persona sobre el asunto en cuestión. Aunque se representen como personas con pericia, objetividad y neutralidad, al Ejecutivo ejercer su poder de nombramiento, los seleccionados responden directamente a él como autoridad nominadora, lo que inevitablemente influye en el proceso de toma de decisiones al interior de la comisión.

La Ley 235-2015 crea un amplio Consejo Multisectorial que está conformado por representantes escogidos por los propios sectores que componen y tienen injerencia en el sistema de salud, quienes tendrán que rendirles cuentas a cada sector. El Consejo Multisectorial establecerá un proceso deliberativo en el cual cada sector representará sus propios intereses para elaborar alternativas de política pública en el sector salud.

Integrantes del Consejo Multisectorial

- Administración de Seguros Salud de Puerto Rico (ASES): Sra. Ángela Ávila
- Alianza de Salud Para el Pueblo: Dr. Luis A. Avilés
- Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico (ACODESE): Lcda. Israelia Pernas
- Colegio de Farmacéuticos de Puerto Rico: Lcda. Milagros Morales-Lozada
- Asociación Farmacias de Comunidad de Puerto Rico: Lcda. Marylis Gavillán Cruz
- Asociación de Hospitales de Puerto Rico: Dr. Jaime Rivera Dueño
- Asociación de Laboratorios Clínicos de Puerto Rico: Sr. José R. Sánchez
- Asociación de Psicología de Puerto Rico: Dr. Pascual Merlos
- Asociación de Salud Primaria de Puerto Rico: Dra. Alicia Suárez
- Colegio de Cirujanos Dentistas de Puerto Rico: Dr. Rafael Torregrosa
- Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico: Dr. Víctor Ramos Otero
- Colegio de Profesionales de Enfermería de Puerto Rico: Dr. José Soto Santiago
- Colegio de Profesionales del Trabajo Social de Puerto Rico: Dra. Marinilda Rivera
- Colegio de Tecnólogos Médicos de Puerto Rico: Sr. Ricardo Santiago
- Comité Amplio para la Búsqueda de la Equidad (CABE): Dra. Carmen Milagros Vélez
- Departamento de Salud de PR: Planif. Eddie Sánchez
- Escuela Graduada de Salud Pública: Dr. Roberto Ramírez
- Movimiento Amplio de Mujeres: Lcda. Alana Trina Feldman Soler y Lcda. Eva Prados
- Sector Sindical en Salud: Sr. Manuel Perfecto
- Sector Comunitario: Sr. Jorge Oyola
- Sector Empresarial: Sr. Ángel Bosch
- Sector de Salud Mental: Dra. Sarah Huertas



Consejo Multisectorial del Sistema de Salud

La exposición de motivos de la Ley 235-2015 reconoce que a pesar de que nuestro sistema de salud es sumamente costoso, resulta ser ineficiente, muy desigual y con muy pobre calidad para algunos; dada su fragmentación, carece de mecanismos que permitan una planificación adecuada y comunicación efectiva entre sus componentes. La formulación e implantación de la política pública para atender estos problemas, según la Ley 235-2015, requiere del elemento de gobernanza, exhibido por los mejores sistemas de salud del mundo. Bajo el concepto de gobernanza se encuentra «quién decide sobre las políticas públicas a ser implantadas en la prestación de los servicios de salud» (Ley 235-2015).

¿Quién debe formular las políticas de salud? En un ejercicio democrático, la política de salud debe ser formulada tomando seriamente en consideración la participación de aquellas personas que más se afectan por dichas políticas, los profesionales de la salud y la ciudadanía en general. El Consejo Multisectorial del Sistema de Salud es una nueva estructura que facilita los procesos de deliberación democrática para hacer realidad una gobernanza democrática y participativa. La Ley 235-2015 establece que «estén representados los grupos y personas de interés en el campo de la salud en Puerto Rico, lejos de influencias de índole económica o político partidista». La Ley 235-2015 provee para que la política pública en salud sea más un producto social que uno burocrático, en el cual típicamente los directamente afectados tienen escasa o ninguna participación.

El Consejo Multisectorial tiene el mandato de:

- Estudiar y analizar de forma continua los modelos de organización de sistemas de salud.
- Recomendar al Gobernador y a la Asamblea Legislativa el modelo de provisión de servicios de salud y el modo de financiamiento más adecuado para el funcionamiento del sistema de salud.
- Rendir un primer informe a los ocho meses de constituido el Consejo Multisectorial.

Esta ley no dejó a la discreción del Consejo Multisectorial los elementos de análisis del modelo organizacional del sistema de salud. El mandato es taxativo en los principios que regirán el análisis.

MANDATO LEGISLATIVO: PRINCIPIOS QUE REGIRÁN EL ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD

1. Derecho humano	Reconocer la salud como un asunto de naturaleza ética, de justicia social y de derechos humanos sobre el ánimo de lucro.
2. Mercancía de consumo	No entender ni prestar la salud como un bien de consumo más.
3. Universalidad	Cubrir las necesidades de salud de todos los habitantes de Puerto Rico de una manera integral, igualitaria y justa.
4. Disminuir la desigualdad	Viabilizar la meta de reducir las desigualdades en la prestación de los servicios de salud a los habitantes de Puerto Rico.
5. Determinantes sociales	Atender las condiciones sociales que determinan y promueven la salud y las previenen la enfermedad.
6. Integración	Integrar diversos niveles de prestación de servicios de salud (prevención y servicios primarios, secundarios y terciarios), así como la integración de los servicios de salud física con los servicios de salud mental.
7. Evitar discriminación	Evitar el discrimen por género, edad, origen, impedimento, ideología o afiliación política, raza, orientación sexual, identidad de género, condición económica, condición de salud y condición social.
8. Fiscalización	Facilitar la fiscalización de una forma participativa y transparente.
9. Información	Garantizar la recopilación de información, la evaluación de la calidad y de los resultados.
10. Combinación (público y privado)	Organizar la prestación de servicios de manera que continúe siendo combinada (tanto pública como privada).
11. Participación	Promover que la ciudadanía asuma responsabilidad social y participe a todos los niveles del sistema.

Fuente: Ley 235-2015. Artículo 2 Sección B.



Proceso de preparación de este informe

Quienes componen el Consejo Multisectorial expresaron su interés de participar en una serie de seminarios sobre diversos aspectos de los sistemas de salud con el propósito de tener un lenguaje común y de profundizar en los elementos de análisis de política pública. A estos fines se organizó una serie de seminarios, cuyos temas aparecen a continuación.

SEMINARIOS DE SISTEMAS DE SALUD

Dra. Idania Rodríguez Instituto de Estadísticas de Puerto Rico	La confiabilidad de las estadísticas de salud de Puerto Rico
Dr. Roberto Ramírez Escuela de Salud Pública, UPR	Salud y gobernanza en el Siglo 21
Ángela Ávila Administración de Seguros de Salud (ASES)	Plan de Salud del Gobierno (PSG): Nuevo modelo de organización de cuidado de salud
Plan. Eddie Sánchez Departamento de Salud	Estadísticas de salud
Dr. Heriberto Marín Centeno Escuela de Salud Pública, UPR	Apuntes sobre aspectos de gobernanza y financiación de sistemas de salud: Experiencias internacionales
Dr. Juan Fernández Escuela de Administración Pública, UPR	Gobernanza, democracia participativa y la Ley 235 del 22 de diciembre de 2015

Para cumplir con el mandato legislativo de estudiar y analizar de forma continua los modelos de sistemas de salud, el Consejo Multisectorial decidió producir informes periódicos sobre diferentes aspectos del sistema de salud, informes sencillos y accesibles a la ciudadanía en general, en lugar de publicar un voluminoso informe cuya audiencia sería un puñado de expertos en el sistema de salud. Como defenderemos más adelante en este informe, el análisis de ciertos aspectos del sistema de salud eventualmente requerirá de producir o comisionar informes altamente técnicos, pero sus hallazgos fundamentales tendrán que ser explicados a la ciudadanía en general y el informe técnico en su totalidad deberá estar disponible para su lectura y escrutinio.

La redacción de este informe tomó como fuente de información las publicaciones ya existentes. Las deliberaciones del Consejo Multisectorial no utilizaron ningún tipo de información privilegiada que no haya estado al alcance de la ciudadanía en general. El Consejo Multisectorial reconoció que existía información suficiente, publicada y disponible, para que sus miembros participaran de manera informada en los procesos de deliberación que les encaminará a presentar recomendaciones concretas sobre el modelo de provisión de servicios de salud y el modo de financiamiento más adecuado para el funcionamiento del sistema de salud de Puerto Rico. La producción de este informe evidencia uno de los principios de gobernanza que explicaremos a continuación, la transparencia en el acceso a la información utilizada como base para tomar decisiones.

El Consejo Multisectorial adoptó el esquema de análisis establecido por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2007) que identifica los siguientes componentes en todo sistema de salud: (1) provisión de servicios, (2) fuerza laboral, (3) sistemas de información, (4) medicinas, tecnologías y productos médicos, (5) financiación y (6) gobernanza. El Consejo formó comités para analizar la situación de cada uno de estos componentes del sistema de salud, con excepción del tercero, pues al momento el Consejo Multisectorial no contaba con personas con la experiencia y pericia necesaria para formar dicho comité.



Fuente: WHO - World Health Organization (2007). Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes - WHO's framework for action. Geneve, World Health Organization. (p.3). Traducción.



Los comités de «Provisión de Servicios de Salud», «Fuerza Laboral» y «Financiamiento» presentaron al resto del Consejo Multisectorial sus preocupaciones fundamentales, su visión de gobernanza y sus recomendaciones para un mejor sistema de salud.

Una fuente fundamental de información para la redacción de este informe fueron los informes de otras comisiones o grupos de trabajo que tuvieron la encomienda de analizar el sistema de salud para hacer recomendaciones al respecto. A continuación resumimos los principales informes de este tipo, comenzando con el informe de 1974 de la Comisión sobre Seguro Universal de Salud. También presentamos las iniciativas de dos estados de Estados Unidos, Vermont y Colorado, ambos guiados por el interés de crear un seguro universal de salud para todo residente de sus respectivos estados. Las lecciones de estos informes son evaluadas a la luz de los criterios exigidos por la Ley 235-2015 para orientar el análisis del sistema de salud, los cuales aparecen resumidos bajo la sección Mandato Legislativo del presente informe.

Dos asuntos fundamentales se destacan en este informe:

- la gobernanza del sistema de salud y
- el enfoque de salud basado en derechos humanos.

Estos conceptos son relativamente recientes en la literatura de análisis de política pública y ameritan la atención del Consejo Multisectorial. Este informe resalta el concepto de gobernanza pues sin una adecuada gobernanza, los informes de cualquier comisión o grupo de trabajo puede ser simplemente ignorados por el Ejecutivo o por el Legislativo sin tener que ofrecer explicaciones al respecto. El reconocimiento de que la salud es un derecho humano —el primer criterio de evaluación de este Consejo en virtud del mandato de ley— ha sido enunciado en informes anteriores. A diferencia de décadas anteriores, hoy se cuenta con criterios específicos para identificar los obstáculos que impiden el verdadero disfrute de este derecho.

Sobre la base de esta información, el Consejo Multisectorial de Salud establece una serie de lineamientos de política pública, una serie de próximos pasos a seguir, que deben guiar el establecimiento de recomendaciones específicas, el modelo de provisión de servicios de salud y el modo de financiamiento más adecuado para el funcionamiento de nuestro sistema de salud.

Puerto Rico, siglo 20: Informes en el sector salud

La salud pública y los servicios de salud en Puerto Rico fueron objeto de estudio bajo el régimen español, el cual documentó trabajos de planificación y organización del cuidado de la salud desde temprano en el siglo 19. Artículos en revistas de salud pública y de medicina de principios del siglo 20 analizaron la situación de salud de la Isla e incluyeron trabajos científicos del Instituto de Medicina Tropical sobre higiene y diversas enfermedades. Entre estos se destacan los trabajos del Dr. Pedro N. Ortiz, sobre administración en la salud pública, y los trabajos del Dr. Manuel Quevedo Báez y el Dr. Ramón Suárez. El Dr. Francisco Del Valle Atilas publicó en 1920 un artículo sobre la salud pública y la política en el Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico, documentando la relevancia de la salud en los asuntos políticos.

El Informe Mountin, del entonces Cirujano General de Estados Unidos Joseph P. Mountin, describe la situación de salud e instalaciones de servicios de salud en Puerto Rico en 1937. Los informes del Dr. John B. Grant y su colaboración con el Dr. Guillermo Arbona en la década de 1950 son particularmente importantes en el desarrollo del sistema de regionalización de los servicios de salud. Destaca en esos informes los tres principios de la filosofía de trabajo de Grant en el campo de la salud: (1) la regionalización debe ser un sistema administrativo racional para la organización e integración de los servicios de salud; (2) la enseñanza de las profesiones de la salud debe ofrecerse en un contexto comunitario; y (3) la planificación y desarrollo de servicios de salud debe ser parte integral del desarrollo de las comunidades. Estos trabajos representan, aún hoy día, los esfuerzos principales por integrar la gobernanza a la salud pública como parte integral del desarrollo del país.

Esto queda constatado en el informe del experimento de regionalización del sistema de salud de la Isla en 1954. Este informe documentó la integración, la descentralización administrativa y las participación de las comunidades como base para la implantación de un modelo de provisión de servicios de salud salubrista. En



1962 se publica el informe *Medical and Hospital Care in Puerto Rico*, mejor conocido como el Informe Arbona-Trussell, sobre el sistema de salud. El estudio limita sus recomendaciones a largo plazo a estrategias de financiamiento. Sin embargo, ya se comenzaba a evidenciar el crecimiento de un sector de servicios de salud paralelo administrado por el sector privado. La presencia de dos sistemas de salud se fue asentando ante la ausencia de una rectoría efectiva por parte del Departamento de Salud y una visión clara del rol que debía ocupar el sector salud en el desarrollo del país.

Estudios llevados a cabo durante las décadas de 1970 y 1980 se limitaron mayormente a atender problemas operacionales de recursos y financiamiento. Faltaban esfuerzos por parte de actores y organizaciones profesionales y académicas para estudiar y promover una visión salubrista que hiciera viable la gestión de una política pública orientada a desarrollar y proteger la productividad del recurso humano.

Estudios adicionales realizados a mediados de la década de 1990, vaticinaron la integración de los sectores de salud gubernamental y privado, como estrategia para reducir los costos de operar dos sistemas paralelos. Los diferentes intereses que operaban en el sector privado fueron efectivos en transformar la visión de siglos de gobernanza fundamentada en la salud pública a una de privatización de su rol social en la salud.

Luego de dos décadas de esta transformación, permanecen grandes desigualdades en acceso a servicios de salud, calidad de cuidado y ha ocurrido un dramático aumento en gasto que ha sido imposible frenar. Los reclamos por parte de la sociedad en general, de pacientes y proveedores y de patronos y empleados reflejan un serio vacío de representación de los interesados en la salud pública del país. Esto se traduce, fundamentalmente, en un problema de gobernanza.

CRONOLOGÍA DE EVENTOS EN EL SECTOR SALUD: Estados Unidos y Puerto Rico



1941-1964 PROSPERIDAD Y EXCLUSIÓN

Construcción de hospitales, crecimiento de seguros de salud privados y exclusión racial y económica.

Estados Unidos

Proyecto Wagner-Murray-Dingell

Seguro de salud mandatorio para todo Estados Unidos, financiado por nómina de empleados.

Ley Hill Burton

Creación y expansión de hospitales.
Creación de los *National Institutes of Health*.

Ley de *Community Mental Health*

Construcción de instalaciones para ofrecer servicios de salud mental

Puerto Rico

1941

1946

1954

1963

Comienza proyecto de regionalización

La región de Bayamón se establece como un proyecto piloto de lo que luego será la regionalización del sistema para toda la isla.

Expansión de instalaciones de salud

Construcción de hospitales públicos, centros de salud y centros de salud mental.

1941-1964
PROSPERIDAD
Y EXCLUSIÓN

1965-1980
PROGRAMAS DE SALUD
SIN EL DERECHO
A LA SALUD

1981-2008
DERECHOS
VS.
MERCADOS

1941-1964
¿UNA NUEVA ETAPA?

1965-1980 PROGRAMAS DE SALUD SIN EL DERECHO A LA SALUD

Creación de programas federales
para poblaciones específicas.

Estados Unidos

Legislación de Medicare y Medicaid

Enmiendas a la ley de Seguro Social para
crear un programa de salud para los mayores
de 65 años y otro para personas bajo la
categoría de bajos ingresos.

Propuesta de sistema universal de salud con pagador único

Public Citizen, organización creada por Ralph
Nader y Sidney Wolfe, presenta esta propuesta.

Puerto Rico

1965

1967-69

1972-74

1974

1976

1979

Fortalecimiento de regionalización

Construcción de centros médicos de
San Juan, Ponce y Mayagüez.

Comisión de Seguro Universal de Salud

Recomienda la adopción de un seguro universal
de salud con pagador único como una
alternativa menos costosa que el sistema de
entonces.

Ley 11: Consejo General de Salud

Se crea un consejo asesor del Secretario
de Salud, nombrado por el Gobernador. Se
establece la política pública de salud de P.R.

Proyecto Democratización de la Medicina

Privatización de administración de hospitales
de área: Yauco, Manatí, Carolina, Guayama.

1941-1964
PROSPERIDAD
Y EXCLUSIÓN

1965-1980
PROGRAMAS DE SALUD
SIN EL DERECHO
A LA SALUD

1981-2008
DERECHOS
VS.
MERCADOS

1941-1964
¿UNA NUEVA ETAPA?

1981-2008 DERECHOS VS MERCADOS

Implantación de múltiples reformas
dentro de la estructura del mercados
de los servicios de salud

Estados Unidos

Presidente Bill Clinton

Intento de una reforma de salud bajo
el modelo del mercado

Puerto Rico

Informe del Consejo General de Salud

Incluye recomendación de venta de hospitales
públicos.

Ley 72

Ley de la Reforma de Salud y creación de ASES.
Transformación del papel del estado, de proveedor
de servicios de salud a financiador de servicios de
salud para la población en niveles de pobreza.

Reglamento para la venta de instalaciones de salud gubernamentales

Reforma de Salud se adopta en San Juan

Con esta región de salud se completa la
adopción del modelo de la Reforma de Salud
en toda la isla (Pérez, 2011).

Comisión 2005

Recomienda realizar proyectos pilotos
para el sistema de ASES

Estudio Vanderbilt

Reconoce problemas de gobernanza
en el sistema de salud

1941-1964
PROSPERIDAD
Y EXCLUSIÓN

1965-1980
PROGRAMAS DE SALUD
SIN EL DERECHO
A LA SALUD

1981-2008
DERECHOS
VS.
MERCADOS

1941-1964
¿UNA NUEVA
ETAPA?

2009-2016 ¿UNA NUEVA ETAPA?

Estados Unidos

Proyectos de Ley en legislaturas estatales para implantar un pagador único

Hawaii, 2009; Minnesota, 2009; Massachusetts, 2010; Montana, 2011; Vermont 2011; New York, 2015.

Presidente Barack Obama

Ley «Patient Protection and Affordability Care Act» (PPACA) impone limitaciones a la industria de seguros de salud. Expande la cobertura de *Medicaid*.

Puerto Rico

2009-15

2010

2011

Ley 194

Se crea el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico para adoptar disposiciones de Ley PPACA.

2015

Ley 235

Se crea el Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico.

2016

Consejo Multisectorial del Sistema de Salud

Presenta su primer informe: «Basta ya de parchos en el sector salud».

1941-1964
PROSPERIDAD
Y EXCLUSIÓN

1965-1980
PROGRAMAS DE SALUD
SIN EL DERECHO
A LA SALUD

1981-2008
DERECHOS
VS.
MERCADOS

1941-1964
¿UNA NUEVA
ETAPA?

Antecedentes: 40 años de informes en el sector salud

La insatisfacción con cualquier pieza de la política social de un país es deseable, pues sirve de motivación para realizar los cambios necesarios. Sin embargo, hay que diferenciar entre la introducción de reformas para mejorar un sistema que a pesar de sus desaciertos cumple su cometido y la urgencia de transformar un modelo de política social, como el sistema de salud de Puerto Rico, que casi bajo cualquier criterio se considera fracasado. A continuación presentaremos algunos elementos importantes de varios informes que aspiraron a reformar o reestructurar este sistema de salud.

Informe de 1974: Comisión sobre Seguro Universal de Salud

Al iniciar la Sesión Legislativa del cuatrienio de 1973-76, la Cámara de Representantes aprobó una resolución conjunta (R.C. de la C. 9, 1973) para crear una Comisión sobre Seguro de Salud Universal (CSSUS). El presidente de la CSSUS fue el Dr. Juan B. Aponte y la secretaria ejecutiva fue la Plan. Annette Ramírez de Arellano.

MANDATO

El mandato de la Comisión consistía en «preparar un plan abarcador para la implantación de un seguro de salud universal» (R.C. de la C. 9, 1973). Para cumplir con este mandato la CSSUS debería planificar una total reestructuración del sistema de salud y no simplemente introducir reformas.

PROCESO DE PREPARACIÓN DEL INFORME

El informe de la CSSUS se fundamentó en una serie de vistas públicas realizadas, en la obtención de información de diversas agencias gubernamentales y en los resultados de un estudio actuarial que la CSSUS comisionó para determinar los costos de implantar un seguro universal de salud en Puerto Rico.

HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

La CSSUS preparó un voluminoso informe en dos tomos en los cuales aparece una abarcadora descripción del sistema de salud (perfil epidemiológico, facilidades hospitalarias, recursos humanos, sistema de financiamiento, etc.). El informe especifica los principios en los que se fundamenta el establecimiento de un seguro universal de salud y detalla minuciosamente la amplia variedad de servicios de salud, preventivos, curativos y de rehabilitación que incluiría dicho plan, garantizado para todo residente de Puerto Rico. Entre sus hallazgos y recomendaciones aparecen las siguientes:

- La creación de un Sistema Universal de Salud Integral requeriría de hacer viable la coordinación de los proveedores de servicios, las instituciones educativas y los intermediarios financieros como si fuesen parte de una única estructura dirigida a garantizar el derecho a la salud (CSSUS, 1974, p.163).
- Se requeriría del establecimiento de un mecanismo de financiamiento único para todo el país (CSSUS, 1974, p.179). En lugar de que diferentes sectores de la población aportaran y disfrutaran de diferentes planes médicos, todo el país aportaría a un único fondo que financiaría todos los servicios de salud.
- Alcanzar la debida eficiencia requeriría de no depender de las fuerzas libres del mercado (CSSUS, 1974, p.4). El costo del Seguro Universal de Salud para 1975 fue estimado en \$630 millones (CSSUS, 1974, p.209) mientras que los costos del sistema de salud sin la adopción del seguro de salud universal rondarían los \$658 millones (CSSUS, 1974, p.215).
- Este sistema no cerraba sus puertas a las compañías privadas de seguros (CSSUS, 1974, p.186), los aseguradores privados podrían existir, pero solamente para cubrir servicios que el Seguro Universal de Salud no cubriese o para realizar tareas administrativas del sistema (CSSUS, 1974, p.166).

«No puede alegarse que la decisión (de adoptar un seguro universal de salud) debe posponerse sobre las bases de que las condiciones económicas del país en el futuro serán más favorables y permitirán bregar mejor con este problema»
CSSUS (1974, p.212)

LECCIONES

La CSSUS entendió que el ideal de la universalidad no podía alcanzarse si se continuaba con estrategias de aumentos graduales (Avilés, 2016). La experiencia reciente de Estados Unidos demuestra que sin cambios fundamentales no se puede alcanzar la universalidad deseada (Blumenthal, Abrams, Nuzum, 2015;



Obama, 2016). El diseño de un nuevo sistema de salud requiere destinar recursos económicos para comisionar estudios actuariales que sirvan de base para estimar los costos de dicho sistema y determinar si es económicamente viable.

Plan Estratégico de 1992: Consejo General de Salud

El Consejo General de Salud (CGS) se creó como un mecanismo asesor a la Secretaría de Salud, en virtud de la Ley de Reforma Integral de los Servicios de Salud en Puerto Rico, Ley Núm. 11 del 23 de junio de 1976 (Ley 11-1976), según enmendada, y promulga la política pública de Salud de Puerto Rico.

MANDATO

La Ley 11-1976 otorgó al CGS la función de asesorar al Secretario de Salud en asuntos de formulación e implantación de políticas públicas; realizar estudios y servir como mecanismo eficaz para la interacción positiva de los componentes principales del sistema de salud. Este organismo se constituyó por 35 miembros a ser nombrados por el Gobernador de Puerto Rico.

PROCESO DE PREPARACIÓN DEL INFORME

El Informe del CGS se fundamentó en una serie de conferencias que se presentaron en agosto de 1991, como parte del Primer Seminario de Planificación Estratégica del Sistema de Salud de Puerto Rico. Este seminario tuvo el propósito de presentarle al país las bases sobre las cuales se desarrollaría este plan estratégico. La audiencia contó con la participación de trescientas personas, que formarían parte de un análisis de la situación de salud del país mediante un proceso Delphi, como un método para elaborar consensos. Se formaron los siguientes comités: (1) Salud Mental, (2) Educación de Profesionales de la Salud, (3) Ética, (4) Estructura Organizacional del Sistema de Salud, (5) Servicios de Salud, (6) Financiamiento, (7) Personas No Aseguradas, (8) Impericia Médica; y (9) Promoción, Prevención y Protección de la Salud, para elaborar preguntas y sostener diálogos pertinentes en las respectivas áreas.

HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

Luego de dieciséis meses de trabajo, el Consejo presentó, en octubre de 1992, sus recomendaciones a los candidatos a la gobernación de Puerto Rico. Estas recomendaciones se presentaron en cuatro áreas principales:

- modelos de provisión de servicios de salud y financiamiento;
- formación de recursos humanos;
- sistema de información y calidad de servicios; y
- desarrollo de una política pública de educación en salud.

LECCIONES

Con la elección de un nuevo gobierno en noviembre de 1992, el Informe del Consejo no recibió consideración alguna, su operación fue descontinuada y no hemos tenido acceso a la documentación de los trabajos que se llevaron a cabo. No obstante, es necesario recalcar el hecho de que fue posible reclutar el apoyo de la diversidad de componentes del sector salud en un esfuerzo de gran magnitud que tuvo como resultado documentar la situación del sistema de salud del país y proponer un camino de acción mediante un proceso formal de planificación.

Informe de 2005: Comisión para evaluar el sistema de salud

La Comisión para Evaluar el Sistema de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (Comisión 2005) se creó por Orden Ejecutiva del Gobernador Acevedo Vilá (OEG, 2005). Nueve de sus once miembros fueron nombrados por el Gobernador, además de la Secretaria de Salud y la Directora de ASES (también nombrados por el Gobernador). Su presidente fue el Dr. Jorge Sánchez.

MANDATO

La Orden Ejecutiva reconoce que luego de más de una década de aprobada la Ley 72 de 1993, Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, también conocida como Ley de la Reforma de Salud, y luego de aprobada una serie de leyes afines, «no se ha realizado una evaluación abarcadora, rigurosa y objetiva



del impacto de la implantación de dichas leyes sobre los servicios de salud del país y sobre las condiciones de salud de los puertorriqueños». La Comisión 2005 se crea «con el propósito de evaluar el Sistema de Salud de Puerto Rico y para estudiar alternativas de ajustes y modificaciones que se estime necesarias al mismo» (OEG, 2005). La Comisión 2005 entendió que su creación se debió a que la reforma del sistema de salud iniciada en el cuatrienio 1993-1996 tuvo una «rápida implantación y no se creó un sistema de evaluación en acción, para tomar medidas correctivas, a medida que se implantaba» (Comisión 2005, p.3).

PROCESO DE PREPARACIÓN DEL INFORME

La Comisión 2005 discutió un marco conceptual y valorativo que guió su investigación evaluativa. Así desarrolló una serie de interrogantes generales, a partir de las cuales cada uno de sus comités generaron sus propias preguntas, relevantes para sus áreas de trabajo. Se formaron los siguientes comités: (1) Salud Mental, (2) Educación de Profesionales de la Salud, (3) Ética, (4) Estructura Organizacional del Sistema de Salud, (5) Servicios de Salud, (6) Financiamiento, (7) Personas No Aseguradas, (8) Impericia Médica y (9) Promoción, Prevención y Protección de la Salud.

La Comisión 2005 realizó una serie de vistas públicas alrededor de la Isla mientras cada Comité desarrollaba sus propias actividades. Luego de múltiples reuniones, cada Comité rindió su informe, estos se revisaron, se integraron y se redactó el Informe Final de la Comisión 2005.

HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

La Comisión produjo un abarcador informe de sobre 300 páginas titulado Hacia el Desarrollo Integral del Sistema de Salud de Puerto Rico: Ciudadanos de Conciencia Salubrista y un Sistema de Salud con Perspectiva Intersectorial, Holística, Emancipadora, Proactiva y a Base del Derecho Humano a la Salud. La Comisión 2005 critica severamente el sistema de salud bajo «La Reforma» en las siguientes palabras:

- «Esta ley [de la Reforma de Salud] intenta hacer valer el derecho a la salud, pero ocurre dentro del marco del neoliberalismo; por lo cual transforma la salud en un bien de consumo y en un bien de inversión. Se aleja la implantación de la ley del derecho humano a la salud. La salud como un bien de consumo convierte a la salud en un objetivo individual, personal; como la compra de cualquier aspecto material de la vida.» (p. 46)

- «Ahora contamos con un tercer sistema seudoprivado para la población indigente» (p.47), que recurre al cuidado dirigido. «Las tendencias del cuidado dirigido tanto en Estados Unidos como en Puerto Rico es favorecer las fuerzas del mercado y las organizaciones con fines de lucro [...] En consecuencia, se sigue aumentando las disparidades en el tipo y calidad de los servicios disponibles para las personas dependiendo de su nivel socioeconómico.» (p.47)
- También reconoce que como consecuencia de la Reforma de Salud, «se ha dejado al estado endeudado, y al Departamento de Salud, con mucha menos capacidad de ser el rector del sistema. Por otro lado, las aseguradoras han asumido el control del proyecto de “reformas”, por lo cual han llevado a cabo funciones de interpretación de política pública en salud.» (p.47)

La Comisión 2005 recomendó a la Junta de ASES que desarrollara dos proyectos pilotos, planificados científicamente, para tener la información necesaria para tomar decisiones sobre cuál variante del actual sistema se debe adoptar en el país.

El modelo actual permanece inalterado, excepto por las siguientes variantes:

- **PROYECTO PILOTO I:** El gobierno reembolsa a los proveedores de servicios de salud, a través de tarifas uniformes, contrata a las aseguradoras privadas para realizar algunas tareas administrativas y de facturación pero asume el 100% del riesgo.
- **PROYECTO PILOTO II:** Las aseguradoras privadas contratan directamente a los proveedores, con la supervisión de ASES. Las aseguradoras asumen el 100% del riesgo y no podrán transferir dicho riesgo a los proveedores.

Con respecto a un sistema de seguro universal de salud, la Comisión 2005 expresó lo siguiente (p.51-52):

- «Como existe un solo pagador, se simplifican los procedimientos administrativos, de facturación y de reembolsos».
- «Las decisiones clínicas están basadas en la ciencia y en la compasión, en vez de la capacidad de pago del consumidor».



- «Los países que tienen este modelo proveen servicios de salud a la mitad del costo de Estados Unidos y Puerto Rico. Puede que existan problemas de insuficiencia de financiamiento pero no de estructura y funcionamiento del sistema.»
- Entre las debilidades de este modelo de seguro universal, la Comisión 2005 señaló que puede crear listas de espera para procedimientos electivos, requiere de una reestructuración del modelo actual y pudiera generar resistencia al cambio por diversos grupos de interés.
- La Comisión 2005 no recomendó este sistema sobre el fundamento de que «Si asumimos que nuestra cultura y política es similar a la norteamericana, entonces sería muy difícil que se adoptasen estrategias de cubrir los no-asegurados por medio de un plan nacional de salud de tipo single payer [pagador único] o de que el financiamiento de esta población sea primariamente por aportaciones de nuestros patronos.» (p.181)

LECCIONES

El abarcador informe de la Comisión 2005 reúne una serie de planteamientos diversos e importantes, pero carece de coherencia al presentar sus recomendaciones. Esto puede ser el resultado de trabajos en comités que no llegan a madurar un proyecto consensuado. La sección de análisis del informe identifica serias críticas al modelo de mercado establecido bajo la Reforma de Salud, al igual que reconoce las ventajas del seguro universal de salud, aunque en sus recomendaciones promueve variantes del sistema de mercado imperante. Es difícil justificar la recomendación de hacer estudios pilotos fundamentados en la filosofía del mercado libre, siguiendo el modelo de salud de Estados Unidos, un modelo que continúa siendo el modelo más caro, más inefectivo e injusto del mundo industrializado (Davis, Stremikis, Squires, Schoen, 2014).

Informe Vanderbilt

Este informe surge a iniciativa del Recinto de Ciencias Médicas en colaboración con el *Center for Better Health* de la Universidad Vanderbilt. Sus resultados aparecen en un summary report de cuarenta y una páginas titulado, *Planning for Health Care Improvement for the People of Puerto Rico*.

PROPÓSITO

El equipo de Vanderbilt realizó un taller en Puerto Rico con el propósito de establecer un plan de acción (blueprint) para una reforma de salud en Puerto Rico (UPR-SPH, 2008, p.6).

PROCESO DE PREPARACIÓN DEL INFORME

Un grupo de sesenta y nueve personas de Puerto Rico y de Estados Unidos participaron de un taller de tres días, del 27 al 29 de marzo de 2008, en San Juan. El taller fue dirigido por el equipo de la Universidad de Vanderbilt y financiado por la Universidad de Puerto Rico, el cual alternó sesiones plenarias con sesiones de grupos pequeños para discutir temas específicos. Quienes participaron intervinieron a través de todo el proceso de discusión para identificar diversos retos y plantear posibles soluciones (UPR-SPH, 2008, p.8).

HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

El Informe Vanderbilt aboga por el establecimiento de un «Nuevo Contrato Social» entre la comunidad de residentes de Puerto Rico, su «gobierno local» y las organizaciones que proveen servicios de salud (UPR-SPH, 2008, p. 46). Entre los principios que guían dicho contrato social se deben encontrar los siguientes:

- «Los servicios de salud deben estar centrados en el paciente, basados en evidencia y sus resultados deben ser medidos en relación a estándares de calidad».
- «En cierta medida, cada individuo es dueño del sistema de salud y por lo tanto debe ser responsable de su propio cuidado de salud y el de sus familias».
- «Los servicios de salud deben ser valorados de forma apropiada por quienes los proveen y quienes los reciben, de forma tal que quienes reciben los servicios paguen lo que justamente les corresponda (pay their fair share)».
- «El rol del gobierno es promover las metas del Contrato Social».

Este informe hace explícito asuntos de financiamiento y asume una postura clara y firme en relación con los fondos bajo el programa *Medicaid*.

- A corto plazo se podría obtener una exención (waiver) como una forma de modificar el actual tope de fondos asignados por *Medicaid* con el objetivo de ensayar alternativas novedosas de provisión de servicios de salud.



- El informe aboga por cambios en el tope de fondos asignados por *Medicaid* para lograr la paridad haciendo que se aplique la misma fórmula que a los 50 estados de Estados Unidos.

SISTEMA DE GOBERNANZA

El Informe Vanderbilt reconoce que «la gobernanza de los recursos en salud es difusa; la responsabilidad y la autoridad no están claramente definidas; el cuidado no está bien coordinado y los procesos no son transparentes». Se sugiere la creación de una junta que asuma las siguientes funciones de gobernanza:

- «Guíe el desarrollo de una visión del sistema de salud de Puerto Rico».
- «Defina las obligaciones y la forma de rendir cuentas de los diferentes componentes para poder alcanzar resultados».
- «Se convierta en la fuente confiable de la información sobre las ejecutorias del sistema de salud».

LECCIONES

El Informe Vanderbilt se limita a operar dentro del marco del sistema de salud de Estados Unidos, por lo cual no conceptualiza la salud como un derecho humano fundamental, ni menciona el concepto de universalidad. Establece alternativas para aumentar el financiamiento en salud, bajo los términos de *Medicaid* y recomienda alternativas para un sistema de efectiva gobernanza en salud.

Pagador único en Estados Unidos: Iniciativas estatales

«Fue algo grande, el esfuerzo más ambicioso en décadas recientes para reorganizar una institución grande y compleja sobre unas bases consistentes con los principios de justicia y eficiencia. Sin embargo, este esfuerzo fue también relativamente modesto, si se compara con los sistemas de salud de otras naciones democráticas...», así describe el sociólogo norteamericano Paul Starr (2013, p. 239) las contradicciones del *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA) sometida por la administración del Presidente Obama en 2010. A pesar de las grandes expectativas, esta ley no ha resuelto el grave problema de acceso a servicios de salud para millones de ciudadanos y residentes legales de Estados Unidos, no ha eliminado las barreras financieras para recibir servicios (aún entre los asegurados) y no ha puesto un freno al aumento en los costos del sistema de salud (Chauffan, 2015). Por esto, diferentes estados han maniobrado el laberinto legal de Estados Unidos para proponer iniciativas de sistemas de salud con pagador único (single-payer) con el propósito de ofrecer un seguro de salud universal dentro del estado (Public Citizen, 2012).

La mayoría de quienes abogan por un sistema de pagador único en Estados Unidos desean emular elementos del sistema de salud de Canadá y proponen una entidad pública o cuasipública que: (1) provea un seguro de salud a quienes residen legalmente en el país para cubrir los servicios médicos y hospitalarios necesarios; y (2) recolecte diversas fuentes de ingresos para conformar un único fondo que reembolsa a hospitales, profesionales, laboratorios y proveedores de medicamentos y equipos médicos, los cuales pueden ser públicos o privados (Oberlander, 2016). Un informe preparado por el General Accounting Office (GAO, 1991), del Congreso de Estados Unidos concluyó que el sistema de Canadá eliminó los costos asociados al mercadeo de compañías de seguro, a la facturación médica y a la obtención de primas y evaluaciones de riesgos actuariales. Estos gastos administrativos per cápita en Canadá representaron una quinta parte de los gastos equivalentes en Estados Unidos. El informe concluyó que algunos elementos del sistema de Canadá deberían recibir una seria consideración, tales como el acceso universal, el sistema de pagos uniformes y los mecanismos de control de gastos.



El sistema de pagador único de Canadá tiene elementos consistentes con el funcionamiento de Medicare, por lo cual entre quienes abogan por un pagador único en Estados Unidos se encuentra un grupo que defiende extender el programa Medicare a toda la población, bajo el lema de *Medicare for all*. Uno de los defensores de *Medicare for All* es el Senador Bernie Sanders (Kotlikoff, 2016).

Pagador único: La experiencia de Vermont

A pesar de las numerosas reformas que por décadas se realizaron en el sistema de salud del estado de Vermont, para la primera década del siglo XXI la situación se hacía insostenible. El aumento en los costos de salud imponía una fuerte presión económica tanto al presupuesto gubernamental, como a los ingresos de los hogares y a los patronos y empresarios. Mientras tanto, el 7% de los residentes no tenía seguro médico y un 15% tenía un seguro médico no adecuado (Hsiao, 2011). Ante esta situación, la legislatura del estado aprobó en el 2010 comisionar un estudio para proveer alternativas para un sistema de cobertura universal con mecanismos de control de costos. El estudio, dirigido por el profesor de economía de la salud de la Universidad Harvard, Willia Hsiao, concluyó que los objetivos de la reforma de salud se podían satisfacer implantando un sistema que retuviera los elementos fundamentales de un pagador único (Hsiao, 2011).

Los autores del estudio diseñaron las bases de un sistema de pagador único de acuerdo con los siguientes elementos:

- El sistema de pagador único consistiría de una alianza público-privada, financiada por impuestos a la nómina del personal de las empresas (payroll taxes) y representaría un ahorro entre 8 y 12% de los costos proyectados al 2015.
- Los beneficios y el financiamiento de los programas de *Medicaid* y *Medicare* permanecerían inalterados, pero ambos programas se unirían al sistema único de administración y pago.

- El sistema de pagador único estaría gobernado por una Junta de Directores independiente, en la cual algunos de los elementos administrativos del programa estarían a cargo del sector privado, a ser seleccionado a través de subastas competitivas.
- Se crearían miles de empleos en el sector salud como resultado de la necesidad de proveer servicios a la población hasta entonces no asegurada. Los costos de los nuevos servicios de salud se obtendrían de los ahorros del sistema de pagador único.

CAMBIO DE RUTA

En diciembre de 2014 el gobernador de Vermont, Peter Shumlin, anunció que abandonaba el desarrollo de un sistema de pagador único. Según expresó, «no es el momento oportuno» (Shumlin, 2014). Shumlin adujo que «los impuestos que se requieren para reemplazar las primas por un seguro de salud públicamente financiado que bien le sirviera a Vermont sería, en una palabra, enormes» (Shumlin, 2014). Quienes criticaron la posición de Shumlin adujeron que el gobernador no abundó en el hecho de que los impuestos citados, en promedio, serían menores que las exorbitantes primas y los costos del bolsillo (out of pocket) que actualmente agravan la situación económica de los hogares y de los patronos (PNHP, 2014). Dos estudios adicionales, realizados en el 2013 y 2014, confirmaron los hallazgos de que el sistema de pagador único economizaría costos estimados en un 1.5% en los primeros tres años y un 1.6% en los primeros cinco años, respectivamente (McDonough, 2015).

LECCIONES DE VERMONT

A pesar de que proyectos de ley de pagador único se han radicado en alrededor de una docena de estados de Estados Unidos, Vermont fue el primer estado en aprobar dicha legislación. Esta experiencia nos enseña lo siguiente:

- La legislación para encaminar el pagador único se dio debido a que el reclamo por este sistema contaba con mucho apoyo popular y ya existía un estudio con credibilidad en el momento en que se dieron las condiciones políticas correctas para su aprobación por la legislatura del estado (Hsiao. Knight, Kappel y Done, 2011).



- La decisión de Shumlin de abandonar el proyecto de pagador único responde a la falta de voluntad política, ante una situación en que personas que aspiran a ser reelectas tienen que considerar las consecuencias políticas de las decisiones gubernamentales (McDonough, 2015).

PAGADOR ÚNICO: EL REFERÉNDUM DE COLORADO

El próximo 8 de noviembre de 2016, los residentes de Colorado votarán para incluir una enmienda a la Constitución del Estado de Colorado para añadir un Artículo XXX para crear una agencia pública —*ColoradoCare*— bajo la supervisión de una Junta de Directores, que financiaría todos los servicios de salud para todo residente del estado. Al enmendar la Constitución, los residentes de Colorado se aseguran que *ColoradoCare* no esté sujeta a los vaivenes de la política partidista.

- *ColoradoCare* tendrá elementos de un pagador único y cubrirá a quienes sean residentes del estado, sin exclusión alguna.
- El estimado de gastos para el año 2019, bajo el actual sistema es de \$31.2 billones (\$24.9 billones en primas y \$6.3 billones en gastos del bolsillo) (Miller, 2015).
- Bajo *ColoradoCare* el estimado de gastos para el año 2019 es de \$26.7 billones (\$24.7 billones en contribuciones y \$2.0 billones en gastos del bolsillo) (Miller, 2015). El pagador único gastaría un 86% de los gastos del actual sistema multipagador.

LECCIONES

La experiencia de Colorado demuestra que los mecanismos democráticos como propuestas de referéndum que eluden la inacción legislativa ofrecen una oportunidad a la ciudadanía de expresar su apoyo o rechazo a medidas específicas. Independientemente del resultado del referéndum del 8 de noviembre de 2016, los residentes del estado de Colorado serán quienes decidan el tipo de sistema de salud que desean tener.

Servicios de salud, derechos humanos y gobernanza

La Organización Mundial de la Salud reconoce la gobernanza como el componente más complejo y más crítico de cualquier sistema de salud, el cual implica la dirección general, la reglamentación y la supervisión de todo el sistema de salud —público y privado— para proteger el interés público (WHO, 2007, p.23). El sistema de gobernanza especifica los mecanismos apropiados para la toma de decisiones y las condiciones bajo las cuales se llevan a cabo, así como los incentivos y penalidades de tomar ciertos tipos de decisiones. Como ilustra el diagrama de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2007), los restantes componentes del sistema de salud, giran en torno a la estructura de gobernanza.



Fuente:
WHO - World Health Organization (2007).
Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes - WHO's framework for action.
Geneve, World Health Organization.
(p.22)

El término gobernanza se ha convertido en una frase de moda y en un difuso concepto atrápalotodo (*catch-all word*), como comenta Cruz Rubio (2001), si no se especifica claramente su contenido, este concepto carece de utilidad. En este documento nos fundamentamos en la perspectiva utilizada por el *Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud* (Greer, Wismar, Figueras, 2016) que más allá de ofrecer una definición, establece los elementos básicos de la gobernanza en salud, entre los que se destacan los siguientes: transparencia, rendición de cuentas y participación.



Elementos de la gobernanza

TRANSPARENCIA

La transparencia es una cualidad de las instituciones que mantienen a la ciudadanía informada sobre las decisiones tomadas y por tomarse y sobre la información y condiciones bajo las cuales se toman dichas decisiones (Greer, Wismar, Figueras, 2016, p.32). El propósito de la transparencia es garantizar la confianza en quien ejecuta una serie de acciones. Existe falta de transparencia en aquellos procesos de negociación de contratos, por ejemplo, que se conducen al margen del escrutinio público. La transparencia requiere del desarrollo de una cultura estadística entre quienes ostentan cargos gubernamentales para que entiendan la necesidad imperiosa de recopilar información, analizarla y hacerla disponible a la ciudadanía sin mayores dilaciones (Avilés, 2014).

RENDICIÓN DE CUENTAS

La práctica de rendir cuentas exige que se informe y se explique a un grupo de personas las acciones que se han tomado y que existan consecuencias para aquellos casos en que las explicaciones no son satisfactorias (Greer, Wismar, Figueras, 2016, p.33). Si existe el mandato adecuado, luego de rendir cuentas, las decisiones podrían alterarse o revocarse. No existe un buen proceso de rendición de cuentas si no existe ninguna consecuencia para quien tome decisiones fallidas.

PARTICIPACIÓN

Uno de los principios básicos de la democracia consiste en la participación de las personas en aquellos procesos de tomar decisiones cuyas consecuencias afectarán sus vidas. Aquí se hace necesario hacer la distinción entre la participación activa y la participación efectiva. La convocatoria a vistas públicas podría tener una excelente participación de la ciudadanía, pero si las decisiones ya están tomadas de antemano esa participación activa no se convierte en una participación efectiva. En todo caso la vista pública debe considerarse como uno de los instrumentos de la participación ciudadana. Sin embargo, no deberá considerarse como el único mecanismo de participación, particularmente cuando la experiencia demuestra que existen otros mecanismos mucho más efectivos para hacer realidad la democracia participativa.

«Es menos probable que ocurran actos de corrupción en los sistemas de salud de aquellas sociedades donde se respeta el estado de derecho, la transparencia y la confianza, y donde el sector público se gobierna por códigos efectivos y fuertes mecanismos para rendir cuentas.»

- William D. Savedoff y Karen Hussmann (2006, p.4). Why are health systems prone to corruption?

El enfoque de salud basado en derechos humanos

El mandato legislativo de la Ley 235-2015 establece en su artículo 2, sección b (1), que para realizar el análisis del modelo organizacional y de financiamiento adecuado para Puerto Rico hay que utilizar como primer principio la afirmación de que «la salud es un derecho humano y se reconoce como política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico que la salud es un asunto de naturaleza, de justicia social y de derechos humanos sobre el ánimo de lucro».

Previos informes del sistema de salud de Puerto Rico reconocen que la salud es un derecho humano, pero no establecen las implicaciones concretas y específicas de tal aseveración. Dado que la relación entre los conceptos de salud y derechos humanos es un asunto que se ha comenzado a examinar en décadas recientes (Gruskin, Mills, Tarantola, 2007), hoy contamos con unos criterios que facilitan identificar las consecuencias del reconocimiento de este derecho. De acuerdo al Comité de las Naciones Unidas sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas, 1966), asegurar las condiciones para garantizar el «más alto nivel posible de salud» requiere lo siguiente:

- **disponibilidad de servicios de salud:**
la existencia de un número suficiente de facilidades para prestar servicios.
- **accesibilidad de servicios de salud:**
la eliminación de barreras geográficas, económicas y de falta de información para recibir un servicio; así como la eliminación de cualquier tipo de discriminación.
- **aceptabilidad:**
el respeto de los principios de la ética médica y el respeto a la diversidad cultural y de género de la población.
- **calidad:**
la provisión de servicios sin dilaciones innecesarias y que observen los estrictos criterios clínicos.



El enfoque de salud basado en derechos humanos también incluye asuntos relacionados con los procesos de participación y los procesos de rendir cuentas (Gruskin, Borgecho, Ferguson, 2010), lo cual implica que este enfoque tiene elementos en común con los principios de gobernanza.

Falta de gobernanza y del derecho a la salud

Los principios de gobernanza y el reconocimiento del derecho a la salud tienen repercusiones concretas que se manifiestan a diario en todos los niveles del sistema de salud. Aquí pasamos a ilustrar algunas de estas situaciones que evidencian la necesidad imperiosa de adoptar nuevos modelos de gobernanza y hacer realidad el derecho a la salud.

FALTA DE PARTICIPACIÓN: REGLAMENTO DE OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

El Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico, el Colegio de Médicos Dentistas de Puerto Rico y la Asociación de Hospitales de Puerto Rico han sostenido el reclamo de que el Reglamento Núm. 91 de la Oficina del Comisionado de Seguros no les permite participar adecuadamente en los procesos de negociación contractual sobre tarifas con las compañías de seguros de salud, a pesar de que la Ley 203-2008 así lo autoriza (Cámara de Representantes, Informe de Resolución Conjunta #19, 2014). Dicho reglamento impone condiciones que hacen inoperante la posibilidad de la negociación contractual. En la medida en que tres sectores diversos del sistema de salud —médicos, dentistas y hospitales— se sienten excluidos de un proceso tan vital como la financiación, se hace evidente que existe un problema de gobernanza en cuanto a la participación de estos sectores en la toma de decisiones. Otros colegios y asociaciones de profesionales han sostenido similares reclamos de falta de participación en procesos contractuales.

FALTA DE PARTICIPACIÓN Y TRANSPARENCIA: *MEDICAID MEDICAL CARE ADVISORY BOARD*

La reglamentación federal exige que cada estado de Estados Unidos tenga una junta denominada *Medicaid Medical Care Advisory Board*, cuya función sea la de asesorar a las autoridades correspondientes sobre los servicios de salud que

recibe la población bajo el programa *Medicaid* (en nuestro caso, el Plan de Salud del Gobierno, MiSalud, anteriormente La Reforma). Por mandato de ley, esta junta debe estar compuesta por: (1) médicos debidamente certificados y otros profesionales de la salud que ofrecen servicios a la población de bajos ingresos; (2) los propios participantes beneficiarios del programa *Medicaid*, uniones obreras y organizaciones de consumidores; y (3) autoridades del Departamento de Salud que no dirijan el programa de *Medicaid*. El informe de Kathleen Sebelius (2013, p.6) Secretaria del Department of Health and Human Services de Estados Unidos, para el President's Task Force on the Status of Puerto Rico, afirmó que este «advisory board» no se había establecido en Puerto Rico. Este hecho demuestra que a pesar de que la reglamentación federal exige mecanismos de participación comunitaria, hasta el 2013 los mismos no se habían adoptado en Puerto Rico. Quienes sean miembros de dicho Advisory Board deben ser escogidos por los propios grupos a ser representados, deben rendirle cuentas a ellos y ser removidos de dicha posición a discreción de sus representados.

FALTA DE RENDICIÓN DE CUENTAS: INFORME DEL SENADO SOBRE SALUD MENTAL

La Comisión de Derechos Civiles, Participación Ciudadana y Economía Social del Senado de Puerto Rico realizó una investigación entre el 2013 y 2014 sobre los servicios de salud mental como consecuencia de la frecuencia de quejas relacionadas con el acceso y la calidad de los servicios de salud mental que reciben los pacientes del Plan de Salud del Gobierno y Medicare Advantage, que utilizan como intermediario a la aseguradora APS Healthcare (Senado de Puerto Rico, 2014). Entre sus hallazgos, la Comisión documentó: (1) limitación de acceso a hospitalizaciones regulares y parciales y a servicios de emergencia; (2) cláusulas contractuales perdidas para la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA); (3) falta de cumplimiento con las métricas de calidad de cuidado y con las expectativas del contrato; y (4) creación de barreras administrativas para que las personas reciban los servicios que necesitan, en el momento en que los necesiten y con el nivel de intensidad necesario para su condición (p. 18-19). Una de las recomendaciones generales del informe aboga por la creación de un monitor que garantice el cumplimiento estricto de las cláusulas contractuales que regulan la administración de los servicios de salud en Puerto Rico. Ello implica que la falta de un mecanismo efectivo para rendir cuentas es en parte responsable por la situación de los servicios de salud mental descrita en el informe.



FALTA DE PARTICIPACIÓN: COMUNIDAD LGBTT

El Departamento de Salud de Puerto Rico realizó una serie de actividades para obtener el sentir de diversos grupos poblacionales, entre los que participó un sector de la comunidad LGBTT (comunidad lésbica, gay, bisexual, transexual y transgénero). Las expresiones de este grupo giraron en torno a la necesidad de: (1) ofrecer servicios de salud culturalmente adecuados; (2) tomar acción sobre las investigaciones que se han llevado a cabo; (3) tener mayor participación en el desarrollo del política pública; y (4) incorporar asuntos pertinentes a la situación de la comunidad LGBTT en el currículo de educación escolar (Ríus Amendáriz y Sánchez Hernández, 2016). En ausencia de mecanismos que provean una activa y efectiva participación comunitaria de este grupo, ninguno de estos justos reclamos podrá llevarse a la práctica de una forma consistente con las exigencias del derecho humano a la salud.

GOBERNANZA Y PERSPECTIVA DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud destaca la importancia de la gobernanza para enfrentar los determinantes sociales de la salud. La Comisión (CDSS, 2009, p.2) afirma:

Para combatir la inequidad sanitaria y las disparidades en las condiciones de vida, hay que atajar las desigualdades, por ejemplo entre hombres y mujeres, en el modo en que está organizada la sociedad. Ello requiere un sólido sector público comprometido, capaz y dotado de suficiente financiación, para lo que no sólo hay que fortalecer las instancias gubernamentales, sino también la gobernanza: hay que dar legitimidad, cabida y apoyo a la sociedad civil, a un sector privado responsable y a los miembros de toda la sociedad, con el fin de intervenir en el interés común y reinvertir en la acción colectiva.

Sin una adecuada gobernanza, no se pueden atender los determinantes sociales de la salud.

Elementos para asegurar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud

1. Todo servicio de salud debe estar centrado en el paciente, siguiendo el concepto y definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la falta de afecciones o enfermedades.
2. Se hace indispensable realizar actividades de prevención, protección y promoción de la salud y adoptar el sentido de integralidad, entendido como la interrelación entre sus diferentes componentes opererando como un solo ente, de tal forma que se incorporen todos los sectores del país, en especial el sector comunitario.
3. La atención primaria en salud debe orientar las actividades del sistema de salud.
4. Los servicios de salud mental deben fortalecerse e integrarse en todos los niveles del sistema de salud, sobre todo a nivel de atención primaria.
5. La provisión de servicios y la formación de la fuerza laboral en salud debe incorporar una perspectiva de equidad de género y garantizar el cuidado apropiado de aquellos grupos poblacionales que tradicionalmente han sido marginados por el propio sistema de salud, tales como usuarios de drogas, población LGBTT e inmigrantes.
6. El sistema debe respetar la autonomía profesional, mantener la coexistencia de los sectores públicos y privados, facilitar la coordinación de servicios y evitar la duplicidad entre dichos sectores.
7. La provisión de servicios de salud debe respetar la autonomía del paciente para seleccionar a su proveedores de preferencia de acuerdo a parámetros de calidad, así como contemplar la utilización de los últimos desarrollos que provee la ciencia basada en evidencia.



8. La provisión de servicios debe tomar en cuenta los determinantes sociales de la salud y adoptar a nivel normativo operacional y clínico la integración de las agencias gubernamentales que los atienden como el Departamento de Educación, Departamento de la Familia, Departamento de Vivienda y otros, así como las organizaciones del tercer sector.
9. Se debe ser conscientes de que la salud es una inversión en la productividad de la fuerza laboral, lo cual influencia directamente la producción de riqueza en el país y por tanto la capacidad de financiamiento del sistema de salud.
10. Se debe incorporar una gobernanza participativa en todo nivel, desde la base a nivel comunitario, hasta en las más altas esferas del poder decisional, y en todo momento, desde la etapa de planificación, hasta la ejecución y posterior evaluación.

Próximos pasos: Lineamientos de política pública

1. BASTA YA DE PARCHOS.

La insatisfacción con el actual sistema de salud es generalizada. La acumulación de deudas en el sector salud ha sido un factor determinante de la crisis fiscal en el país (Agosto Alicea, 2011). Resulta totalmente inaceptable carecer de la voluntad para formular políticas que introducen cambios y variaciones en algunas prácticas pero mantienen los fundamentos del sistema de salud como principios intocables. El sistema de salud requiere de cambios fundamentales, pues promover parchos y remiendos, no tan sólo posponen la solución a los problemas, sino que agrava la crisis existente.

2. ES NECESARIO IMPLANTAR UNA GOBERNANZA DEMOCRÁTICA Y PARTICIPATIVA EN SALUD.

Toda recomendación de política pública que haga cualquier sector en Puerto Rico está condenada a ser ignorada, descarrilada o desvirtuada mientras la gobernanza de salud responda a criterios de política partidista en lugar de responder a procesos de democracia participativa. La construcción de sistemas de salud equitativos y sostenibles requieren de la participación de las personas más afectadas por las consecuencias de las decisiones sobre política pública de salud (WHO, 2012). La Organización Mundial de la Salud reconoce los principios de buena gobernanza como fundamentales para el fortalecimiento de los sistemas de salud (WHO, 2007).

3. ES NECESARIO EXAMINAR LAS INICIATIVAS A NIVEL ESTATAL EN ESTADOS UNIDOS DESTINADAS A LA UNIVERSALIDAD.

A pesar de la gran inversión en salud, el modelo de Estados Unidos resulta inaceptable bajo casi cualquier indicador de salud (Davis, Stremikis, Squires, Schoen, 2014). Más aún, las reformas que aspiran a la cobertura universal, en ausencia de cambios estructurales en el sistema de salud, no han conseguido dicha universalidad (Blumenthal, Abrams, Nuzum, 2015;



Obama, 2016). Diversos estados de Estados Unidos, preocupados por los altos costos del sistema salud al presupuesto estatal y por la población sin seguro de salud, han tomado iniciativas para diseñar un sistema de pagador único con acceso universal. Esto demuestra que es posible navegar las reglamentación federal y considerar este sistema como una alternativa que vale la pena examinar en Puerto Rico.

4. ES NECESARIO EXAMINAR EL DERECHO A LA SALUD CON LOS CRITERIOS DE DISPONIBILIDAD, ACCESIBILIDAD, ACEPTABILIDAD Y CALIDAD.

La formulación e implantación de las políticas de salud debe guiarse por las normas y principios de derechos humanos que garanticen el acceso, disponibilidad y aceptabilidad de servicios de salud de calidad. Además, el enfoque en derechos humanos y su principio de no discriminación requiere un modelo de servicios y gobernanza participativo que atienda las necesidades específicas de las poblaciones de acuerdo a su raza, grupo étnico, sexo, orientación sexual, género, edad, condición económica, religión y nacionalidad de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, envejecidos y con diversidad funcional. Se debe prestar particular atención a personas en condiciones de mayor vulnerabilidad, como son aquellas sin hogar, sin estatus migratorio y que viven en áreas distantes de las facilidades de salud.

5. ES NECESARIO COMISIONAR UN ESTUDIO ACTUARIAL PARA EVALUAR LA VIABILIDAD ECONÓMICA DE UN SISTEMA UNIVERSAL CON EL MODELO DE FINANCIAMIENTO MÁS ADECUADO, SIN EXCLUIR EL SISTEMA DE PAGADOR ÚNICO.

La experiencia de la Comisión sobre un Seguro Universal de Salud en Puerto Rico en 1974 y los informes correspondientes de Vermont y Colorado demostraron que un sistema de pagador único con universalidad resultaban más económicos que los correspondientes sistemas multipagadores vigentes. Para cumplir con el mandato de ley se hace imperativo comisionar un estudio actuarial que determine los costos de un sistema de salud con el modelo de financiamiento más adecuado y eficiente que garantice una serie de servicios de salud específicos para todo residente del país. Una vez se tenga dicha información empírica sobre los costos del sistema, se debe retomar el debate sobre la adopción de un sistema universal de salud con el modelo de financiamiento que sea más adecuado.

6. ES NECESARIO RECHAZAR RECOMENDACIONES CUYA IMPLANTACIÓN SEA IRREVERSIBLE.

A manera de ejemplo, nunca debería repetirse la experiencia histórica que surgió a raíz de la Ley 190-1996, la cual reglamentó el proceso de venta de los hospitales públicos y otras instalaciones de salud. La venta de hospitales públicos fue un proceso que, una vez implantado, se hace muy difícil revertir. Toda decisión de política pública debe evaluarse y de ser necesario, alterarse o revocarse. El Consejo Multisectorial se abstendrá de formular cualquier recomendación de política pública que en la práctica se convierta en una decisión irreversible.



Referencias

- Agosto Alicea J. (2011). Crisis al borde de la quiebra. Bogotá: Formas e Impresos Panamericana.
- Avilés L. (2016). Cuatro décadas de atraso en salud. Revista 80 Grados. Disponible en <http://www.80grados.net/cuatro-decadas-de-atraso-en-salud/>
- Avilés L. (2014). Cultura estadística - 2013. Revista 80 Grados. Disponible en: <http://www.80grados.net/cultura-estadistica-2013/>
- Blumenthal D, Abrams M, Nuzum R. (2015). The Affordable Care Act at 5 years. New England Journal of Medicine. 372(25):2451-2458. Cámara de Representantes de Puerto Rico. (2013). P de la C. 1185.
- Cámara de Representantes de Puerto Rico. (2013, 14 de mayo). P de la C. 1185. Para crear la “Comisión Multisectorial para estudiar la viabilidad y organización del Sistema Universal de Salud, con el modo de financiamiento más adecuado, que incluya la evaluación del Pagador Único para Puerto Rico” como una instrumentalidad gubernamental autónoma del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. San Juan.
- Cámara de Representantes. R.C. de la C. 9. (1973). Resolución Conjunta Número 9 de la Cámara de Representantes del 10 de enero de 1973. Para crear una Comisión sobre Seguro de Salud Universal, establecer su organización, definir sus poderes y funciones y asignar fondos para su funcionamiento. 7ma Asamblea Legislativa, 1a Sesión Ordinaria.
- Cámara de Representantes. Informe Conjunto R.C. de la C. 19. (2014). Informe Conjunto de las Comisiones de Salud y Hacienda en relación a la Resolución Conjunta de la Cámara de Representantes 19. 17ma Asamblea Legislativa, 3ra Sesión Ordinaria.
- CDSS - Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. (2009). Subsanan las desigualdades de salud en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: Informe Final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Buenos Aires: Ediciones Journal S.A.
- Chaufan C. (2015) Why do Americans still need single-payer health care after major health reform? International Journal of Health Services. 45(1):149-60.
- Comisión para Evaluar el Sistema de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. (2005). Hacia el Desarrollo Integral del Sistema de Salud de Puerto Rico: Ciudadanos de Conciencia Salubrista, y un Sistema de Salud con Perspectiva Intersectorial, Holística, Emancipadora Proactiva y a Base del Derecho Humano a la Salud.
- Cruz Rubio CN. (2001) Gobernabilidad y governance democráticas: El confuso y no siempre evidente vínculo conceptual e institucional. Prospectiva 7(19).
- CSSUS – Comisión Sobre Seguro de Salud Universal. (1974). Informe de la Comisión Sobre Seguro de Salud Universal. Legislatura de Puerto Rico.
- Davis K, Stremikis K, Squires D, Schoen C. (2014) Mirror, mirror on the wall: How the performance of the U.S. health care system compares internationally. Washington DC: The Commonwealth Fund.

- Fernández J. (2014, 18 de diciembre). La reestructuración del sistema de salud. El Nuevo Día. Disponible en <http://www.elnuevodia.com/opinion/columnas/lareestructuraciondel-sistemadesalud-columna-10507/>
- GAO - General Accounting Office. (1991). Canadian Health Insurance: Lessons for the United States. Washington DC: United States General Accounting Office.
- Greer SL, Wismar M and Figueras J (editors). (2016). Strengthening health system governance: Better policies, stronger performance. Berkshire and New York: The Open University Press and McGraw Hill Education.
- Gruskin S, Mills EJ, Tarantola D. (2007). History, principles and practice of health and human rights. *The Lancet*. 370(9585):449-455.
- Gruskin S, Bogecho D, Ferguson L. (2010). "Rights-based approaches" to health policies and programs: Articulations, ambiguities and assessment. *Journal of Public Health Policy*. 31(2):129-145.
- Heredia N, Laurell AC, Feo O, Noronha J, González-Guzmán, Torres-Tovar M. (2015). The right to health: What model for Latin America? *The Lancet* 385 (9975): e34–e37.
- Hoffman B. (2012). Health care for some: Rights and rationing in the United States since 1930. Chicago: The University of Chicago Press.
- Hsiao WC (2011). State-Based Single-Payer Health Care — A Solution for the United States? *New England Journal of Medicine*. 364(13):1188-1190.
- Hsiao WC, Knight AG, Kappel S and Done N. (2011) What Other States Can Learn From Vermont's Bold Experiment: Embracing A Single-Payer Health Care Financing System. *Health Affairs*. 30(7):1232-1241.
- Ibrahim SA. (2007). The Veterans Health Administration: A domestic model for a national health care system? *American Journal of Public Health*. 97(12), 2124–2126.
- Kotlikoff L. (2016, February 17) How a Sanders Medicare-For-All Plan Can Be Affordable and Appeal to Republicans. *Forbes*. Disponible en: <http://www.forbes.com/sites/kotlikoff/2016/02/17/how-a-sanders-medicare-for-all-plan-can-be-affordable-and-appeal-to-republicans/#58a6d7af61d4>
- Ley 190 de 1996. Para Reglamentar el Proceso de Privatización de las Instalaciones de Salud Gubernamentales. 5 de septiembre de 1996.
- Ley 235 de 2015. Para crear el «Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico». 12 de diciembre de 2015.
- Liu JL . (2016). Exploring single-payer alternative for health care reform. Doctoral Dissertation, RAND Graduate School of Public Policy.
- Lu JFR, Hsiao WC. (2003) Does universal health insurance make health care unaffordable? Lessons from Taiwan. *Health Affairs*. 22(3): 77–88.
- McDonough, John E. (2015). The Demise of Vermont's Single-Payer Plan. *New England Journal of Medicine*. 372(17):1584-1585.



- Miller, Ivan. (2015). Economic analysis of the ColoradoCare proposal including addendum with 2019 projections. Denver: Colorado Foundation for Universal Health Care.
- Moran M, Rein M, Goodin RE (editors). (2006). The Oxford handbook of public policy. Oxford: Oxford University Press.
- Naciones Unidas. (1966) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York: Oficina de Alto Comisionado de Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Obama B. (2016) United States health care reform progress to date and next steps. JAMA – Journal of the American Medical Association. 316(5):525-532.
- Oberlander J. (2016). The virtues and vices of single payer health care. New England Journal of Medicine. 374:1401-1403.
- OEG (2015). Orden Ejecutiva del Gobernador: OEG-2005-13. Para crear la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Pérez I. [2012]. La salud no tiene precio: Trasfondo, análisis y recomendaciones al sistema de salud de Puerto Rico. San Juan: Editorial Deportiva CAIN.
- PNHP - Physicians for National Health Program. (2014). Single payer in Vermont and the U.S.: Now IS the time. Press release. Disponible en: <http://www.pnhp.org/news/2014/december/single-payer-in-vermont-and-the-us-now-is-the-time>.
- Public Citizen. (2013) A road map to “single-payer”: How states can escape the clutches of the private health insurance system. Washington DC: Public Citizen.
- Reagan R. (1961). Ronald Reagan speaks out against socialized medicine. Disponible en: <http://www.americanrhetoric.com/speeches/ronaldreagansocializedmedicine.htm>
- Ríos Armendáriz, Ana y Sánchez Hernández, Eddy. (2016). Evaluación de los Temas y Fortalezas de la Comunidad: Reporte de Resultados. San Juan: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo.
- Sarnak D, Mossialos E, Wenzl M, Osborn R. (2016). International profiles of health care systems 2015. Washington, DC: The Commonwealth Fund.
- Savedoff WD, Hussmann K. (2006). Why are health systems prone to corruption? En Transparency International, Global Corruption Report 2006. London: Pluto Press.
- Sebelius K. (2013). U.S. Department of Health and Human Services Report to the President’s Task Force on the Status of Puerto Rico. Washington DC: Department of Health and Human Services.
- Senado de Puerto Rico (2014) . Informe Parcial R. del S. 249. Informe de la Comisión de Derechos Civiles, Participación Ciudadana y Economía Social. 17ma Asamblea Legislativa, 4ta Sesión Ordinaria.
- Shumlim, Peter. (2014). Now is not the time to move to a publicly-financed health care system in Vermont. Montpelier: Office of the Governor of the State of Vermont.
- Starr P. (2013). Remedy and reaction: The peculiar American struggle over health care reform. New Haven: Yale University Press.

- Soto-Class M. (2013). Improvisación. Centro para la Nueva Economía. Disponible en: <http://grupocne.org/2013/06/27/improvisacion/>
- UPR-SPH - University of Puerto Rico School of Public Health. (2008). Planning for health care improvement for the people of Puerto Rico: Summary Report. San Juan: University of Puerto Rico School of Public Health.
- Waitzkin H. (2014). Cobertura universal de salud: El extraño romance de The Lancet, MEDICC y Cuba. *Medicina Social* 8(2):111-116.
- WHO - World Health Organization. (2007). Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes - WHO's framework for action. Geneva, World Health Organization.
- WHO - World Health Organization. (2012). Governance for Health in the 21st Century. Geneva, World Health Organization.
- WHO - World Health Organization. (2014). Health Systems Governance for Universal Health Coverage: Action Plan. Geneva: World Health Organization.





«El Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico se suma al esfuerzo por estudiar de manera responsable y sistemática la situación de nuestro sistema de salud y presentar al país, más que propuestas de cambios en financiamiento y cubiertas de servicios —como se ha hecho hasta ahora— un proceso estratégico para lograr las aspiraciones de un sistema de salud de calidad, accesible y equitativo para quienes residen en Puerto Rico, sin exclusión alguna. Ante esto, el Consejo atienden como primera prioridad medular los asuntos de gobernanza en el sistema de salud. La responsabilidad del gobierno con la salud de sus ciudadanos requiere un contrato social que garantice participación plena en las decisiones sobre el sistema de salud al cual aspiramos. En esa sana gobernanza nace la digna representación de cada persona ante el gobierno. Quienes componemos el Consejo tenemos el más sólido compromiso de defender esa aspiración y asistir al gobierno en el cumplimiento de de esa necesaria gobernanza democrática.»

El Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico alienta a la ciudadanía a que participe enviando comentarios, preguntas, dudas y sugerencias a nuestra correo electrónico o a nuestro portal electrónico:

consejomultisectorial@rcm.upr.edu

<http://consejomultisectorial.rcm.upr.edu>

Por favor, identifique la organización profesional o comunitaria a la cual pertenece, o si hace su comentario a nivel personal.
