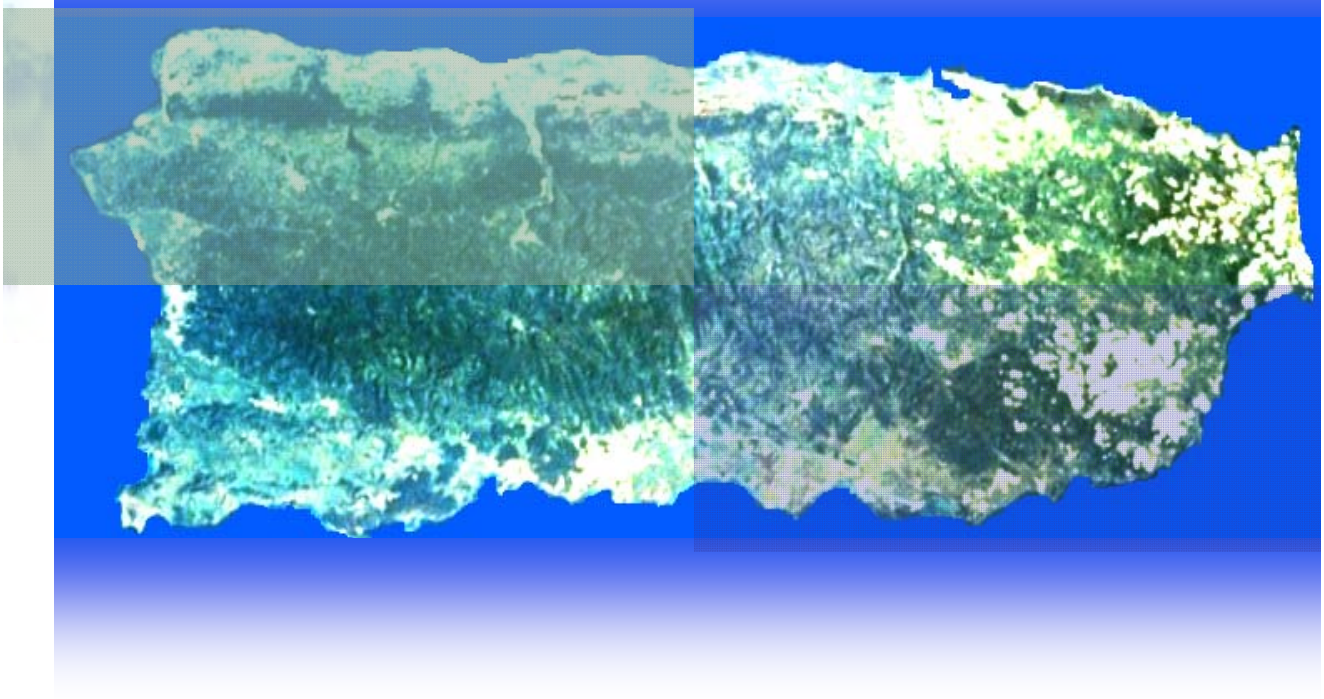
Análisis del Sector Salud Puerto Rico

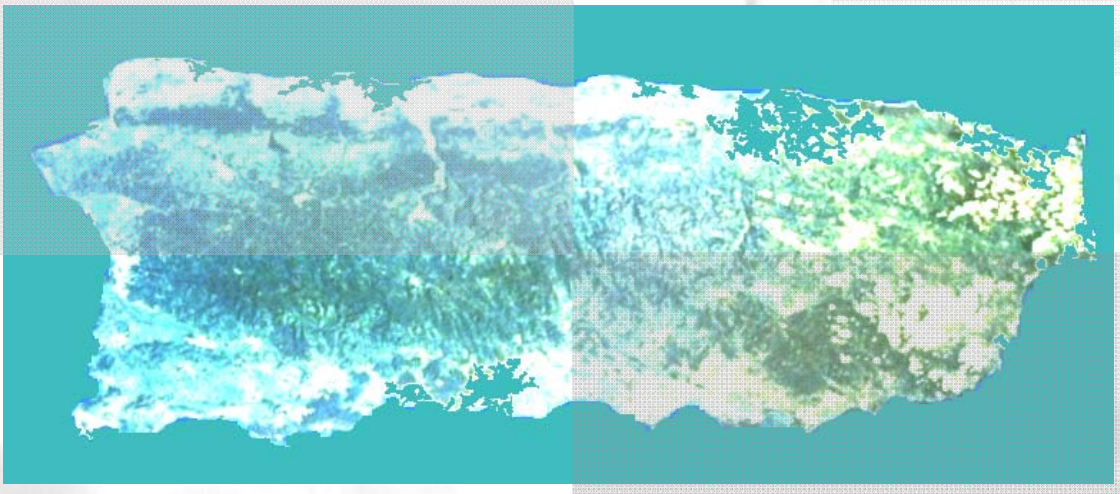


2004

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud

COOPERACIÓN TÉCNICA DE
Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Análisis del Sector Salud Puerto Rico



2004

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud

COOPERACIÓN TÉCNICA DE
Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Coordinador General

Johnny Rullán, MD FACPM

Secretario de Salud

Coordinador Análisis Sectorial

Plan. Dalidia Colón Pieretti

Plan. Lizzette González Pérez

OPS/OMS

Cooperación Técnica

Reconocimientos

La conducción del proceso de formulación de análisis de Sector Salud estuvo a cargo de los siguientes equipos de trabajo:

Coordinador General

Dr. Johnny V. Rullán, Secretario
Departamento de Salud

Coordinadoras Análisis Sectorial

Plan. Dalidia Colón Pieretti
Plan. Lizzette M. González Pérez

Equipo de Apoyo

Edwin Acuña Ulate, Integración de Documentos
Carlos Fuentes Bolaños, Filólogo e Integración de Documentos
José A. Vázquez Román, Apoyo Administrativo e Integración de Documentos
Nixa M. Rosado Santiago, Apoyo Administrativo
Dagmaris Rodríguez, Apoyo Administrativo

Reconocimiento Especial

A la Dra. Rosa Fiol y al equipo de trabajo de la Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo del Departamento de Salud por su apoyo y esfuerzo en la edición y organización del Análisis Sectorial de Salud

Capítulo 1
Análisis de Situación de Salud

Líder de Grupo

Dr. Jesús Irizarry Mora
Asesor del Secretario de Salud,
Departamento de Salud

Integrantes

Ramón E. Barea Echevarría
Director, Oficina de Planificación y Evaluación
Programa de Salud Ambiental
Departamento de Salud

Dr. Luis Bonilla Soto
Profesor, Departamento de Salud Ambiental
Escuela Graduada de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

Margarita Cordero Caraballo
Estadístico,
Administración de Servicios de Seguros de Salud (ASES)

Maritza Cruz Cortés
Epidemióloga, División de Epidemiología
Vigilancia VIH/SIDA
Departamento de Salud

Orville M. Disdier Flores
Epidemiólogo, Centro de Control de Diabetes
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

Raúl Figueroa Rodríguez
Demógrafo, División de Análisis Estadístico
Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo
Departamento de Salud

Yaniré García Guadalupe
Bioestadística, División de Epidemiología
Departamento de Salud

Madeline Martí Morales
Epidemióloga, Servicios de Habilitación
Departamento de Salud

Dra. Naydamar Pérez de Otero
Directora, Servicios de Habilitación
Departamento de Salud

Dr. Enrique Rivera Mass
Asesor y Consultor,
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)
Departamento de Salud

Rosa Rivera Reverón
División de Control de Infecciones
Programa de Salud Correccional
Departamento de Salud

María del Carmen Rullán Marín, MD
Coordinadora Programática,
División de Madres, Niños y Adolescentes
Departamento de Salud

Andrés Torres
Estadístico, Oficina de Planificación
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
Departamento de Salud (ASSMCA)

Migdalia Vázquez González
Directora, División de Análisis Estadístico
Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo
Departamento de Salud

Colaboradores

Cristóbal Cintrón
Gerente, Unidad de Investigación y Evaluación
División de Asuntos Clínicos
Medical Card Systems (MCS)

Dra. Kathleen Crespo Kebler
Profesora, Escuela de Odontología
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

Dra. Ana Luisa Dávila Román
Profesora, Programa Graduado de Demografía
Escuela Graduada de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

Taína de la Torre Feliciano
Coordinadora de la Unidad de Estadísticas
Registro de Cáncer
Departamento de Salud

Nicolás Fernández Cornier
Director, Registro Demográfico
Departamento de Salud

Dra. Nayda Figueroa Vallés
Directora, Registro de Cáncer
Departamento de Salud

Dra. Ana N. López
Profesora, Escuela de Odontología
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

Lillian Torres Aguirre
Directora, Oficina del Censo
Junta de Planificación de Puerto Rico

Dra. Lida Orta Anés
Profesora, Departamento de Salud Ambiental
Escuela Graduada de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

Dra. Cynthia M. Pérez
Profesora, Programa de Bioestadística y Epidemiología
Escuela Graduada de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

Dr. Gilberto Ramos Valencia
Profesor, Programa de Bioestadística y Epidemiología
Escuela Graduada de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

Dra. Judith Rodríguez
Catedrática Asociada Retirada
Escuela Graduada de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

Brenda Santiago González
Supervisora y Administradora
Behavioral Risk Factor Surveillance System
Departamento de Salud

Yolanda Viera
Directora de Programación
Oficina de Informática y Avance Tecnológico
Departamento de Salud

Capítulo 2
Determinantes de Salud

Líder de Grupo

Nixa M. Rosado Santiago
Planificadora, Secretaría Auxiliar de
Planificación y Desarrollo
Departamento de Salud

Integrantes

Dra. Patricia Cano
Directora, Programa Higienización del Medio
Ambiente Físico Inmediato (HAFI)
Programa de Salud Ambiental
Departamento de Salud,

Ramón E, Barea Echevarría
Director, Oficina de Planificación y Evaluación
Programa de Salud Ambiental
Departamento de Salud

Dr. José Núñez López, MD
Representante de la Comunidad,
Psiquiatra Social Comunitario

Dr. Ángel David Cruz
Profesor y Director
Departamento de Geografía
Facultad de Ciencias Sociales
Recinto de Río Piedras
Universidad de Puerto Rico

Ernesto Rodríguez
Profesor y Director
Departamento de Economía
Facultad de Ciencias Sociales,
Recinto de Río Piedras
Universidad de Puerto Rico

Colaboradores

Félix Aponte Ortiz
Catedrático, Escuela Graduada de Planificación
Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras

Dr. Luis Bonilla Soto
Profesor del Departamento de Salud Ambiental
Escuela Graduada de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas,
Universidad de Puerto Rico

Dalidia Colón Pieretti,
Secretaria Auxiliar
Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo
Departamento de Salud

Capítulo 3
Estructura y Organización del Sector Salud

Líder de Grupo

Dra. Wendy Matos Negrón
Directora, Programa de Asistencia Médica
Departamento de Salud

Integrantes

Dra. Aida Gregory
Subsecretaria de Salud
Departamento de Salud

Litz Príncipe Ramírez, MBA
Directora Operacional
Programa de Asistencia Médica
Departamento de Salud

José M. Pérez Díaz, MBA
Actuario Consultor
Administración de Seguros de Salud
(ASES)

Dra. María Isabel Lastra
Corporación Fondo del Seguro del
Estado

Dra. Engracia Trullol
Humana (Seguro de Salud)

Dra. María Rivas
Pharmaceutical Industrial Association
(PIA)

Capítulo 4
Exclusión Social

Líder de Grupo

Zulma Zapata Febus
Planificadora, Secretaría Auxiliar
de Planificación y Desarrollo
Departamento de Salud

Integrantes

Dalidia Colón Pieretti
Secretaria Auxiliar, Secretaría Auxiliar
de Planificación y Desarrollo
Departamento de Salud

Dra. Alba E. de La Cruz
Oficina de Orientación y Servicio a
Ciudadanos Extranjeros en Puerto Rico
Departamento De Estado

Dra. Ana B. Miranda Mercado
Servicios Habilitativos
Departamento de Proyectos Especiales
QIPRO,INC

Nydia Castro
Coordinadora, Programa Protección y
Defensa
Personas con Condiciones Mentales
(PAIMI, por sus siglas en inglés)
Oficina del Procurador de las
Personas con Impedimentos

Elesma Oliveras Sifre, MA
Ayudante Especial del Secretario
Departamento de Salud

Lcda. Sandra V. García
Representante de la Comunidad

José H. Díaz Vázquez
Ayudante Ejecutivo, Oficina Central de
Asuntos del SIDA y Enfermedades
Departamento de Salud
Transmisibles (OCASET)

Ileana Sánchez
Secretaria Auxiliar, Secretaría Auxiliar
de Información, Planificación y
Estadística
Departamento de la Familia

Dra. Irene Meléndez
Consultora, Administración de Servicios
de Salud Mental y Contra la Adicción
(ASSMCA)

Leída Soltero Venegas
Evaluadora, División de Evaluación y
Monitoreo
Secretaría Auxiliar de Planificación y
Desarrollo
Departamento de Salud

Awilda M. Acosta Collazo
Directora, División de Evaluación y
Monitoreo
Secretaría Auxiliar de Planificación y
Desarrollo
Departamento de Salud

Aleyda Siaca Ceballos
Evaluadora, División de Evaluación y
Monitoreo
Secretaría Auxiliar de Planificación y
Desarrollo
Departamento de Salud

Colaboradores

Aixa Díaz
Demógrafo, Oficina de Comunidades Especiales
Oficina de la Gobernadora

Luz E. León
Profesora, Escuela de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

Rafael A. Pérez Medina
Asesor Programático
Secretaría Auxiliar de Promoción de la Salud
Departamento de Salud

Oscar Cruz
Servicios Habilitativos
Departamento de Salud

Dra. María Marta Bustillo
Profesora, Escuela Graduada de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

Dra. Rebecca Ward
Directora, Centro de Ayuda de Víctimas de Violación
Departamento de Salud

Carmen Monge
Coordinadora de la Unidad Inter-agencial
Centro de Ayuda de Victimas de Violación (CAVV)
Departamento de Salud

Argelia García Vidal
Directora Asociada, Tratamiento Adultos
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)

Dr. Javier Parga Miranda
Psicólogo Clínico
Práctica Privada

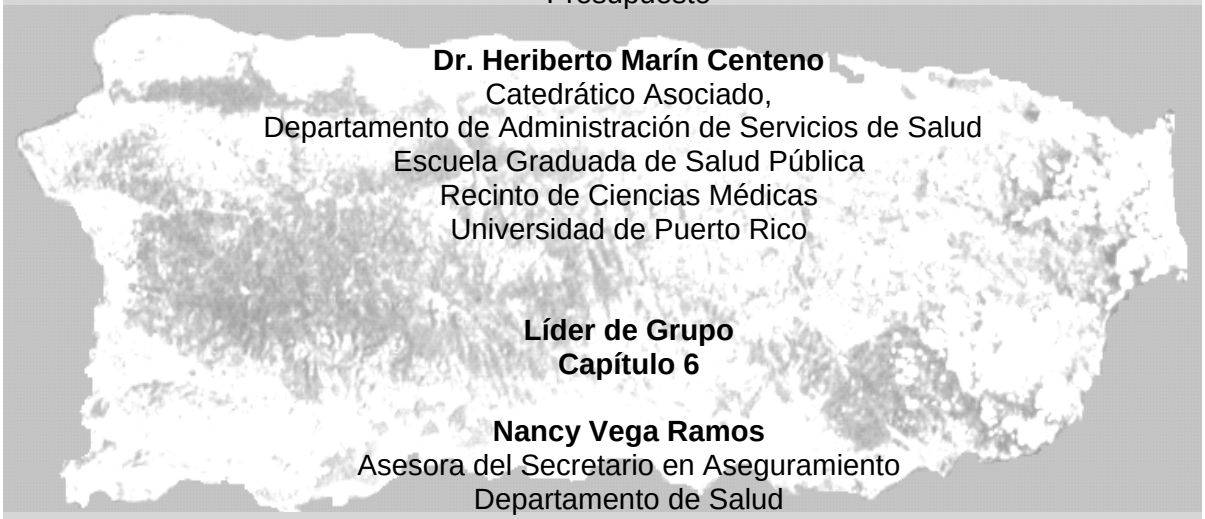
Capítulo 5. Aseguramiento
Capítulo 6. Financiamiento
(Integrantes se repiten en ambos capítulos)

Líderes de Grupo
Capítulo 5

Rosa Soto Velilla, MD, MPH
Directora, Oficina de Recursos Externos
Departamento de Salud de Puerto Rico

Ricardo A. Colón Padilla, CPA
Consultor, Oficina de Gerencia y
Presupuesto

Dr. Heriberto Marín Centeno
Catedrático Asociado,
Departamento de Administración de Servicios de Salud
Escuela Graduada de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico



Líder de Grupo
Capítulo 6

Nancy Vega Ramos
Asesora del Secretario en Aseguramiento
Departamento de Salud

Integrantes

Antonia De Jesús Santos, BBA
Directora, Oficina de Finanzas
Departamento de Salud

José F. Figueroa Morales, MA
Asesor,
Administración de Servicios de Salud
Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)
Departamento Sombrilla de Salud

Rosa M. Hernández Toledo, RPh.
Presidente
MC-21 Corporation

Alexandra Made Almonte, BBA
Ayudante de la Directora de Finanzas
Oficina de Finanzas

Haydeé Ortiz Martínez
Actuario Jefe, División Actuarial de Seguros de Vida y Salud
Oficina del Comisionado de Seguros

Carmen M. Ramírez Nieves, MBA
Directora, Evaluación y Análisis Técnico
Administración de Seguros de Salud (ASES)

Ralph Rivera Gutiérrez, PHD
Catedrático y Director, Departamento de Administración de Servicios de Salud
Escuela Graduada de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas,
Universidad de Puerto Rico

Lcdo. Pedro Pérez
Banco Gubernamental de Fomento

José Rodríguez Bon
Gerente Fiscal
Departamento de Salud

Lcdo. Rafael Santos del Valle
Presidente, First Point Healthcare Group, Inc.

Ebenezer Negrón
Junta de Planificación de Puerto Rico

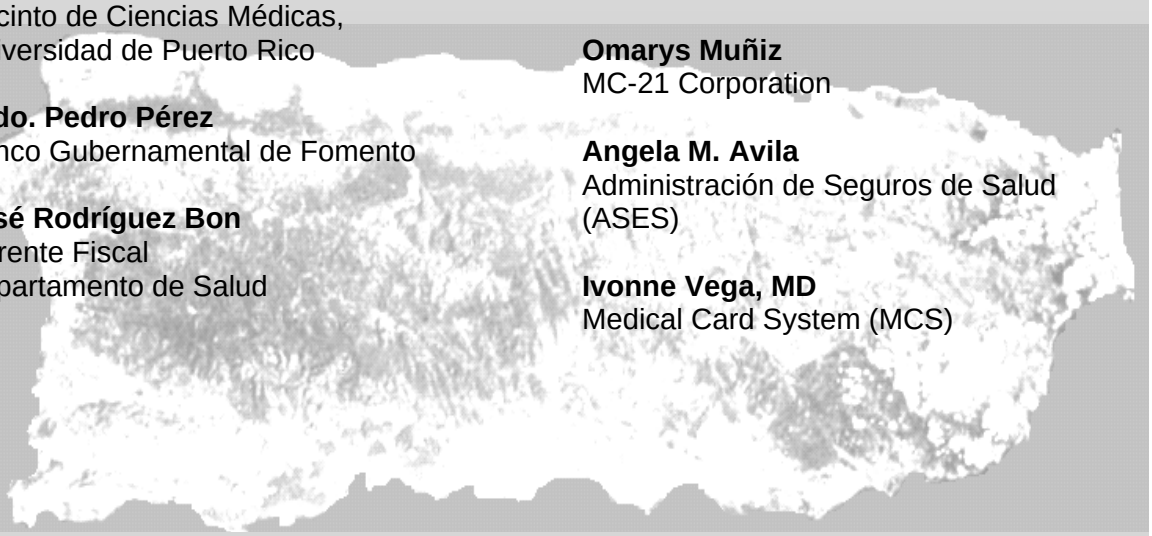
Mirna Torres Laracuente
Oficina del Comisionado de Asuntos Municipales de Puerto Rico (OCAM)

Santos Negrón
Profesor, Asesor, Administración de Servicios de Salud
Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)

Omarys Muñiz
MC-21 Corporation

Angela M. Avila
Administración de Seguros de Salud (ASES)

Ivonne Vega, MD
Medical Card System (MCS)



Capítulo 7
Provisión de Servicios

Líder de Grupo

Lizzette M. González Pérez, MP
Ayudante Especial del Secretario
Departamento de Salud

Integrante

Awilda Acosta
Directora, División de Monitoreo y Evaluación
Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo
Departamento de Salud

Colaboradores

Mirta Fernández
Secretaria Auxiliar, Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud

Magda Bouet
Directora, Oficina para la Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud

Dr. Héctor Mena Franco
Director, Programa de Salud Correccional
Departamento de Salud

María Elena Ortiz
Directora Regional
Oficina Regional de Mayagüez y Aguadilla
Departamento de Salud

Orlando Rosado Alcázar
Estadístico IV, División de Análisis Estadístico
Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo
Departamento de Salud

Dra. Nitza Bladwell
Directora Regional
Oficina Regional de Bayamón
Departamento de Salud

Dra. Iris Casiano
Directora Regional
Oficina Regional de Caguas y Humacao
Departamento de Salud

Dr. Luis León Matheu
Director Regional
Oficina Regional de Metro y Fajardo
Departamento de Salud

Dra. Lugelina Rodríguez
Directora Regional
Oficina Regional de Ponce
Departamento de Salud

TEMAS ESPECIALES

Capítulo 8
Salud Mental

Integrantes

Enrique Rivera Mass, M.D.
Asesor en Tratamiento de Niños y Adolescentes
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)

Nicolás Fernández Cornier, M.S.
Director, Registro Demográfico
Departamento de Salud

Andrés Torres Rivera,
Estadístico, Administración Auxiliar de Planificación
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)

Carmen E. Parrilla Cruz, PhD
Directora, Comisión para la Prevención de Suicidio
Departamento de Salud

Colaboradores

Samira Sánchez Alemán
Técnico de Planificación II
Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo
Departamento de Salud

Glorisa Canino
Catedrática, Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

Dr. Jesús Irizarry Mora
Asesor del Secretario de Salud,
Departamento de Salud

Margarita Cordero
Analista
Administración de Seguros de Salud (ASES)

Nitza Barreto Pérez
Asesor Estadística, Administración Auxiliar de Tratamiento de Niños y Adolescentes
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)

José López
Asesor Estadística, Administración Auxiliar de Tratamiento de Adultos,
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)

Alma Negrón
Coordinador Programático, Administración Auxiliar
de Rehabilitación, Administración de Servicios de Salud
Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)

Capítulo 9
HIV/SIDA

Líder de Grupo

José H. Díaz Vázquez,
Ayudante Ejecutivo, Oficina Central de
Asuntos del SIDA y Enfermedades
Transmisibles (OCASET)
Departamento de Salud

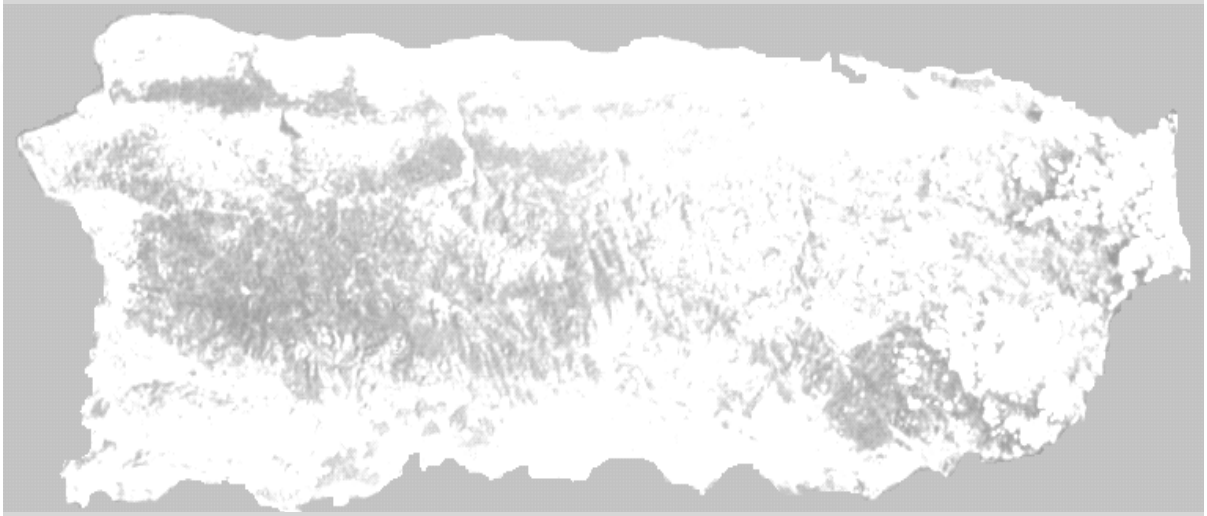


TABLA DE CONTENIDO

	PRÓLOGO	V
	INTRODUCCIÓN	1
	SECCIÓN I: CONTEXTO GENERAL	3
1.0	CAPÍTULO I: ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD	5
1.1	Mortalidad General	5
1.2	Salud Materno Infantil	16
1.3	Áreas de Interés en Salud Materno Infantil	21
1.4	Morbilidad	22
1.5	Enfermedades Transmisibles de Notificación en Puerto Rico	29
1.6	Enfermedades de Transmisión Vectorial	36
1.7	Conductas y Estilos de Vida no Saludables	37
1.8	Salud Correccional	50
1.9	Población Impedidos	54
1.10	Población de Adultos Mayores (60 años o más)	58
2.0	CAPÍTULO 2: DETERMINANTES DE SALUD	69
2.1	Contexto Político	70
2.2	Contexto Social	76
2.3	Contexto Económico	92
2.4	Contexto Ambiental	100
3.0	CAPÍTULO 3: ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y POLÍTICA DEL SECTOR SALUD	117
3.1	Trasfondo Histórico	117
3.2	Descripción Global de Sector Salud	120
3.3	Entidades Gubernamentales del Sector Salud Fuera del Departamento de Salud	141
3.4	Estructura de los Servicios Médico Hospitalarios	145
3.5	Organizaciones de Sub-Sector Privado de Salud	145
3.6	Caracterización Cultural de la Sociedad	147
3.7	Características de Sector y de las Políticas de Salud	148
3.8	Resultado de los Procesos de Reforma del Estado y del Sector Salud como consecuencia de la Privatización de Servicios	149
3.9	Rol de Cooperación Externa	150

4.0	CAPÍTULO 4: EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD……..	151
4.1	Causas de Exclusión Social en Salud……	152
4.2	Descripción de Poblaciones con Exclusión Social en Puerto Rico.....	153
4.3	Adolescentes……..	153
4.4	Inmigrantes……	155
4.5	Población con Impedimentos……	158
4.6	Exclusión Social por Acceso Geográfico……	163
4.7	Personas no Aseguradas……	165
4.8	Menores en Protección del Departamento de la Familia……	167
4.9	Violencia Sexual……	171
4.10	Población con Problemas de Salud Mental……..	175
	SECCIÓN 2: FUNCIONES……	183
5.0	CAPÍTULO 5. ASEGURAMIENTO……	185
5.1	Marco Legal……	185
5.2	Empleados Públicos de Puerto Rico……	189
5.3	Plan de Salud de ELA – Ley 72 de 1993……	190
5.4	"Medicare"……	194
5.5	Póliza "Medigap"……	197
5.6	Tarjetas de Descuentos para Recetas Médicas……	198
5.7	"Medicaid"……	199
5.8	Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP, por sus siglas en inglés)	199
5.9	Asociación de Maestros de Puerto Rico……	199
5.10	Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia de Puerto Rico……	200
5.11	Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) ……	200
5.12	Privado……	203
5.13	Aseguradoras……	203
5.14	Organización de Servicios de Salud (Health Care Plans) ……	204
5.15	"Manager Behavioral Health Organizations" (MBHO) ……	204
5.16	Reglamentación de Cubiertas Mandatorias……	205
5.17	Primas de los Planes Médicos……	211
5.18	Gastos de Planes Médicos……	211
5.19	Asegurados……	212
5.20	No Asegurados……	215
5.21	Utilización y Costos……..	217
6.0	CAPÍTULO 6: FINANCIAMIENTO……	225
6.1	Gasto Agregado del Sector de la Salud……	226

6.2	Gasto Público……	232
6.3	Gasto Privado……	234
6.4	Flujo de Fondos ……	236
6.5	Diagrama de Flujo de Financiamiento ……	240
7.0	CAPÍTULO 7: PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD……	243
7.1	Trasfondo Histórico de la Provisión de Servicios en Puerto Rico……..	243
7.2	Sector Público……	244
7.3	Sector Privado……	246
7.4	Situación Actual (2001-2003) de los Servicios de Salud……...	247
7.5	Oferta y Demanda de Servicios de Salud……	253
7.6	Demanda de Servicios de Salud……	260
7.7	Avances Tecnológicos……	268
7.8	Sistema Integrado de Información de Salud……	270
8.0	CAPÍTULO 8: SALUD MENTAL……	275
8.1	Trasfondo General Evolución y Situación Actual de los Servicios de Salud Mental de Puerto Rico……	275
8.2	Prevalencia de los Servicios de Salud Mental en Puerto Rico……..	284
8.3	La "Reforma" en Salud Mental ……	287
8.4	Suicidios……	290
8.5	Mortalidad……	295
8.6	Prevalencia de los Servicios de Alcohol y Drogas (Substancias) en Puerto Rico…...	299
8.7	Uso de Substancias en los Escolares de Puerto Rico……	304
9.0	CAPÍTULO 9: VIH/SIDA……	319
9.1	Análisis de Situación de Salud……	319
9.2	Determinantes de Salud……	328
9.3	Exclusión Social de la Salud ……..	330
9.4	Coordinación con las Organizaciones de Base Comunitaria (OBC)……	340
9.5	Proceso Bajo el Plan de Salud del ELA……	344
9.6	Financiamiento……	345
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES……..	351
	ANEJOS……..	389
	LISTA DE CUADROS, GRÁFICOS, MAPAS Y ORGANIGRAMAS……	435

PROLOGO

Dimensión Ética del Sector Salud

El informe titulado ***Análisis del Sector Salud en Puerto Rico*** publicado por el Departamento de Salud y producto de la colaboración de un grupo multidisciplinario de trabajo representando al sector gubernamental, a la academia y al sector privado de salud, incluye una variedad de información muy valiosa para entender el panorama de la salud pública puertorriqueña. Los datos estadísticos relacionados con grupos poblacionales específicos, la descripción de las innovaciones e intentos de reforma recientes y la explicación del contexto social en que discurre el sistema de salud, dan buena cuenta de la fenomenología y el cuadro macro de este sector. Esos datos sugieren pistas para investigaciones futuras que deberán realizarse para ver cómo ha evolucionado el nivel de salud del pueblo vis a vis la inversión económica, las políticas de prevención y la organización del sistema de prestaciones de servicios y la aplicación de los hallazgos de la investigación científica habidos en las últimas décadas.

Una limitación probable de dicho informe es que en el mismo no se proveen los parámetros desde los cuales comparar el estado de salud del puertorriqueño al día de hoy (2005) versus el estado de salud antes de la adopción de la llamada "reforma de salud" que se implantó a partir de la década del 1990, y que continúa vigente. Esta limitación impide evaluar la eficacia de las estrategias salubristas, las ventajas costo efectivas (si alguna), y finalmente la calidad y fortalezas éticas de las reformas implantadas.

No obstante, la profusión de datos valiosos incluidos en el informe pueden contextualizarse en términos de la orientación ética a que responde, o pareciera responder, el sistema de salud de PR. Debemos estipular que un sistema de servicios de salud apoyado por el Estado es de hecho una empresa moral. El ethos del Estado se traduce a una serie de medidas y acciones prácticas que en el fondo fortalece el compromiso cívico con una escala de valores éticos (además de valores políticos, económicos y culturales). Desde mucho antes de que se implantara la reforma de la década del 90, la participación del Gobierno de Puerto Rico en la oferta directa de servicios de salud a lo largo de la Isla se justificaba a nombre de la misión de justicia social que por décadas había adoptado el estado político puertorriqueño. La preocupación por el bienestar del pueblo, la promoción de los ideales del bien común a través de servicios de salud (así como los de educación pública) ha sido la característica definitoria del rol ético del Estado a favor de los menos afortunados en recursos económicos y en oportunidades de desarrollo social.

Esta política social, aparte de la nobleza intrínseca del principio ético que la sustenta, atiende también los requerimientos pragmáticos de investir en la calidad de salud del pueblo, pues un pueblo saludable produce más para la economía, economiza gastos en servicios públicos y lo proyecta a niveles de competitividad superior en el horizonte de un mundo que se globaliza a pasos acelerados.

En el pasado, una de las críticas frecuentes del modelo de estado benefactor tiene que ver con el paternalismo implícito en las políticas sociales y en la ética del estado. Aun cuando tal orientación ética pudiera reflejar una práctica paternalista por parte del estado benefactor puertorriqueño, no es menos cierto que la ética social que permea los postulados democráticos a favor de la colectividad política, (y dadas las condiciones sociodemográficas de principios y mitad del siglo XX), hizo necesaria la intervención del poder estatal para que pusiera al servicio del pueblo los recursos, las instituciones del conocimiento científico y la motivación de servicio público desinteresado. No es exagerado aseverar que por varias décadas el estado benefactor que adoptó la sociedad puertorriqueña ha servido como una especie de *hogar público*. Ese hogar público tendió una de red seguridad y de apoyo al pueblo para potenciar a los ciudadanos y a sus instituciones en el logro de los ideales de vida buena y digna que el pueblo

adoptó como aspiración fundamental. Las condiciones económicas y de salubridad pública de las primeras décadas del siglo XX sirvieron de ocasión e inspiración para el liderato político y profesional elaborara una mística de servicio público que hizo de la salud y la educación los puntales de una estrategia de transformación social. Esa mística parece que se perdido. Habrá que esperar para ver si los nuevos modelos de organización privatizada de los servicios de salud permiten una praxis ética generalizada en todos los sectores de proveedores de servicios sanitarios.

La experiencia histórica parece confirmar que es poco probable que haya vida buena si no se disfruta de buena salud física y mental, ideal que desde la Antigüedad se había resumido en el ideal de mente sana en cuerpo sano. La legislación sobre salud, así como las políticas e iniciativas de salud y de higiene pública que el Departamento de Salud ha hecho suyas, revelan una constante faena a favor del pueblo. Mejorar el cuidado médico, promover el acceso justo y equitativo al cuidado de la salud, mejorar los hábitos alimentarios de la población, promover hábitos y estilos saludables de vida, siguen siendo las preocupaciones constantes de la iniciativa pública del estado.

Cada vez más se hace evidente que los sistemas de prestación de servicios de salud constituyen una empresa social de serias connotaciones e implicaciones éticas. Los análisis realizados por la disciplina bioética, han aportado una perspectiva de reflexiones y principios que sirven a modo de brújula moral para valorar la gestión de servicios de salud --tanto al nivel institucional como al nivel de práctica profesional individual.

Esa brújula destaca la importancia de reconocer *la autonomía* del ciudadano-paciente y de los profesionales para tomar decisiones informadas en materia de cuidados de salud. El paciente es una persona autónoma a quien se le reconoce el derecho de participar en la toma de decisiones, de aceptar o rechazar tratamientos, de ofrecer consentimiento informado y a que se respete su dignidad personal independientemente de consideraciones secundarias a su humanidad esencial.

Igualmente, apoyada en el principio de la *beneficencia* la reflexión bioética advierte a todo profesional de la salud que su lealtad primaria debe ser a la persona del paciente. En el escenario clínico esa lealtad implica taxativamente que el mejor interés del paciente debe ser la consideración ética primordial en la toma de decisiones clínicas y de políticas públicas.

Por otro lado, el principio de *no-maleficencia* sugiere de modo taxativo que bajo ninguna circunstancia se justifica hacerle daño al paciente. Ya sea por actos de comisión u omisión, no es éticamente justificable el daño a la persona. En un ambiente social y político de marcado énfasis en el aspecto empresarial y comercial de los servicios de salud, es un hecho que se multiplican las posibilidades de daño al paciente y de actos contrarios a la ética. Cuando el lucro inescrupuloso como motivo comercial se enfrenta al motivo ético del servicio humano, con alguna frecuencia se impone el motivo del lucro.

Estrechamente vinculado a los principios anteriores, la disciplina y reflexión bioética ha promovido la expectativa de que un sistema de servicios de salud con respaldo social responda, sobre todo, al *principio de la justicia*. La justicia distributiva es el principio de macro-ética que permite evaluar el uso éticamente adecuado de los recursos siempre limitados de que dispone la sociedad para ofrecer servicios. Ante un contexto humano de necesidades infinitas y la realidad política de recursos finitos, hay que establecer un sistema de prioridades éticamente válido para la distribución de los recursos.

Los principios arriba enumerados deben ser observados complementariamente con el ideal humano de disponer de *profesionales compasivos* en la atención del enfermo; profesionales

empáticos con el predicamento existencial del desvalido, el solidario y responsable hacia la comunidad que le permite el privilegio de poner sus conocimientos y competencias al servicio de la humanidad. La justicia no es incompatible con la compasión. De hecho, parece poco probable que nos sintamos inclinados hacia el acto justo si no se siente impelido el agente moral por la emoción de la compasión hacia el que sufre. Hay que recordar que la experiencia ética total, incluso en los ambientes clínicos y profesionales, no se agota en el discurso y deliberación racional, sino que también requiere el compromiso afectivo de la persona.

Con relación al informe objeto de este documento, sugerimos realizar un experimento intelectual para guiar la contextualización ética de los datos contenidos en dicho informe. A ese propósito, se podrían plantear cuestiones como las siguientes:

- ¿Debe le Departamento de Salud de Puerto Rico limitarse a la mera conducción del sistema de salud de Puerto Rico?
- ¿Por qué no incorporar la dimensión ética como parte de las funciones regulatorias del Departamento de Salud en la operación y monitoría del sistema de prestación de servicios de salud?
- ¿Cuál es la ética social que anima la conducción del sistema?
- ¿Por qué en adición a la auditoría operacional, fiscal y procesal, no se hace una auditoría bioética constante del sector salud de Puerto Rico?
- Luego de tantos experimentos de reorganizaciones institucionales ¿disfruta la ciudadanía de un sistema *justo* de prestación de servicios de salud?
- Por efecto de las reformas recientes ¿se ha reforzado la capacidad de autodeterminación del ciudadano-paciente para participar en las decisiones del cuidado de salud, o por el contrario se ha disminuido su capacidad para ser interlocutor válido en esas decisiones?
- ¿Se podrá decir convincentemente que las poblaciones socialmente vulnerables (como los niños, los ancianos, las personas con necesidades especiales) han visto que su condición de salud ha mejorado por efecto de los cambios realizados?
- Los profesionales sanitarios que se han hecho cargo de las prestaciones de servicio ¿están satisfechos con los logros obtenidos en el cuidado del pueblo, sobre todo, lo logrado con los ciudadanos médico-indigentes? ¿Permite el sistema actual una práctica ética transparente de las respectivas profesiones de salud que integra el sector de servicios al paciente y a la comunidad?
- ¿Cómo la mercantilización de los servicios sanitarios compara con la sensibilidad y responsabilidad ética que se espera de un sistema de servicios de salud y de los profesionales que lo hacen posible?
- Las cuestiones de género ¿están debidamente atendidas en la manera como se distribuyen los recursos escasos de la sociedad?
- ¿En qué medida se puede sostener que se ha debilitado el protagonismo de las agencias públicas, de la academia universitaria, y el sector privado en el logro de las metas de salud para todos?

Se podrían multiplicar las interrogantes éticas respecto a la manera como se atiende desde la política pública la dimensión ética del sector salud de Puerto Rico.

¿Quo vadis salud? sigue siendo la pregunta que requiere una respuesta ética transparente y convincente.

Leonides Santos y Vargas
Director Instituto de Bioética
Universidad de Puerto Rico

INTRODUCCIÓN

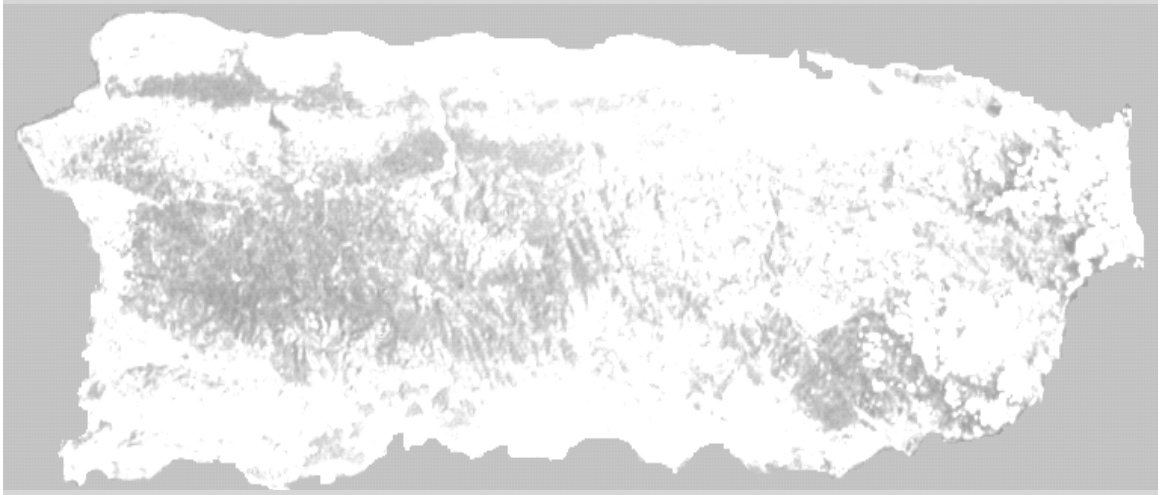
En abril del 2004 el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) inició el proyecto ***Análisis Sectorial de Salud para Puerto Rico*** mediante un acuerdo de colaboración técnica. Con este propósito se seleccionaron ocho áreas temáticas que se consideraron relevantes para Puerto Rico. Entre éstas, el Análisis de Situación de Salud, Determinantes de Salud, Estructura y Organización del Sector Salud, Exclusión Social en Salud, Rectoría, Financiamiento, Aseguramiento y Provisión de Servicios. Se añadieron además, separadamente, los tópicos sobre Salud Mental y VIH-SIDA que por su importancia y relevancia al momento que ameritaban abordarse de manera particular. Se constituyeron ocho grupos de trabajo con representantes de las organizaciones que conforman el sector salud, quienes iniciaron un proceso de recopilación de información para presentar un análisis por cada área temática seleccionada.

El Análisis Sectorial es un proceso colectivo y participativo de producción de conocimiento mediante el cual se busca fortalecer la capacidad de los niveles técnicos y políticos del país para orientar la conducción de un sector, en este caso, el de la salud. Es parte del proceso conducente a la elaboración de planes o conjunto de planes en torno a la situación de un sector de la producción, la distribución o el consumo de bienes o servicios de un país, de los elementos que lo conforman y de las relaciones entre ellos, tomando en cuenta el contexto histórico, político, económico y cultural. El Análisis Sectorial constituye más que un diagnóstico situacional pues conjuga el componente descriptivo con el analítico, y el enfoque retrospectivo con el prospectivo de manera que sienta las bases para la formulación de recomendaciones y políticas de acción.

El Análisis del Sector de la Salud en Puerto Rico sirve para conocer la situación de salud de la población y sus determinantes, así como el desempeño del sistema de servicios de salud. También orienta la identificación y selección de intervenciones prioritarias para la formulación de políticas de salud y de desarrollo de los sistemas de servicios de salud. Los resultados del proceso de análisis sectorial incluyen la identificación de políticas y/o planes, programas, proyectos y/o intervenciones o acciones orientadas a maximizar el impacto del sector en lograr los objetivos o prioridades nacionales de salud.

Este es el primer ejercicio que se conoce en Puerto Rico que haya pretendido mirar de manera integrada, en toda su amplitud y diversidad el sector de la salud, con todos sus actores; que no pretende en forma alguna, menospreciar los trabajos temáticos realizados previamente por diversos estudiosos o entidades del sector, si no por el contrario se ha nutrido de ellos para ampliar y complementar las aproximaciones hechas sobre cada tema. Este importante legado, representa apenas una primera contribución para mejorar y fortalecer la toma de decisiones, la planificación y gerencia en salud. Nos proponemos institucionalizar este proyecto como parte de los procesos de planificación del Departamento de Salud para el beneficio de nuestro pueblo. Todo aquel que formula y administra política pública en el campo de la salud en Puerto Rico encontrará en este documento una valiosa herramienta y caudal de información para la planificación estratégica incluyendo la formulación de políticas, planes, programas y proyectos en salud en Puerto Rico.

Sección I
Contexto General



Análisis del Sector Salud 2004

CAPÍTULO 1
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

Introducción

Puerto Rico ha experimentado una transformación radical en el sistema de salud pública que probablemente tiene pocos precedentes en Latinoamérica en tiempos recientes. La vertiginosidad y alcance de esta transformación, ha trastocado la estructura misma de un sistema de salud regional, que en su momento fue admirado internacionalmente y sirvió de modelo para muchos países en las décadas de los sesenta y los setenta. A la luz de los cambios drásticos efectuados en este sistema en un período tan corto, se plantea la necesidad de examinar detenidamente y desde una perspectiva amplia, la situación de salud actual del país. Paralelamente, se plantea la necesidad de analizar cuáles son los componentes del sector salud en Puerto Rico, y como estos tienen un impacto, afectan o inciden, directa o indirectamente, en el estado de salud de la población. En ese sentido, resulta imperioso iniciar un análisis comprensivo, exhaustivo y a la vez minucioso del sector salud de Puerto Rico, de manera que este sirva de fundamento para la toma de decisiones informadas de la Autoridad Sanitaria del país, y para el establecimiento de un Plan Estratégico Nacional en el Sector Salud.

Este capítulo, titulado "Análisis de Situación de Salud" presenta un cuadro general descriptivo del estado de salud de la población de Puerto Rico respecto a su morbilidad, su mortalidad, la salud mental, los estilos de vida que llevan a una buena salud, y otros temas de interés, como son la salud materno-infantil, la salud oral, la salud ocupacional, la salud en el sistema correccional, la población de personas con impedimentos y la población de adultos mayores. Para llevar a cabo el análisis, se identificó a un grupo de profesionales de la salud del sector gubernamental, de la academia y del sector privado, que fueran peritos en sus respectivos campos o estuviesen desempeñándose en posiciones de liderato en el campo de la salud.

En dos reuniones iniciales, se definieron los temas a trabajar, las variables o indicadores a incluir, se delimitó el período a ser cubierto en el análisis y se estableció un plan de trabajo con fechas, tareas y responsabilidades específicas. Además se repartieron varios documentos, formatos y guías para la elaboración del capítulo y de las secciones individuales, y se hicieron presentaciones por los miembros del grupo de un bosquejo de los posibles contenidos por tema. Posteriormente, se identificaron las fuentes de datos, mayormente fuentes secundarias, para cada uno de los temas a abordarse. También se identificaron otros recursos dentro y fuera del Departamento de Salud que debía formar parte del grupo de trabajo.

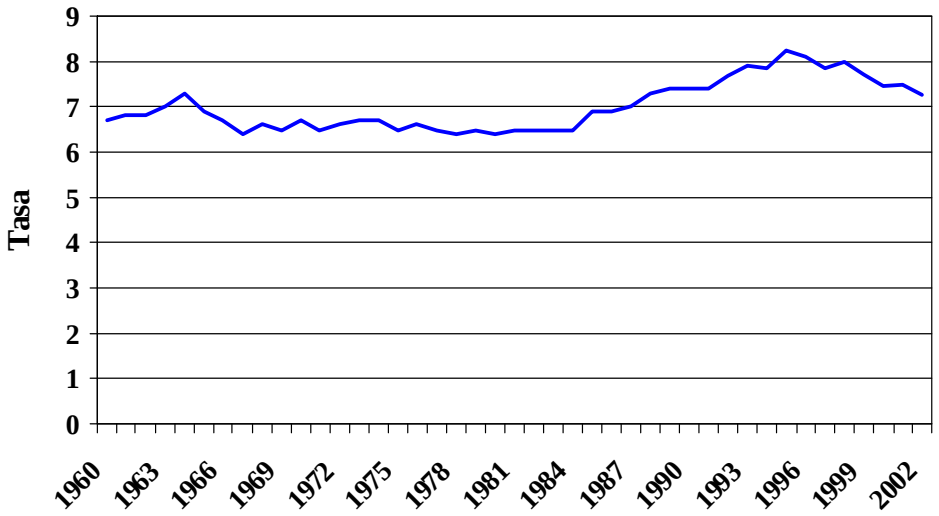
Durante el transcurso del proyecto se celebraron varias reuniones del grupo y cuatro talleres con representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para presentar borradores del capítulo y darle una mirada crítica a su contenido. Durante el Tercer Taller celebrado en agosto del 2004, se hicieron varias recomendaciones por el Grupo Asesor de OPS y miembros de los demás grupos, que fueron en su mayoría incorporadas al capítulo.

1.1 Mortalidad General

Puerto Rico registró una tasa de mortalidad general para el año 2002 de 7.3 defunciones por cada 1,000 habitantes. Esta tasa de mortalidad ha sido la más baja desde 1987, cuando Puerto Rico tuvo una tasa de mortalidad de 7.0 **(Gráfico 1)**. Se ha observado un descenso en la tasa de mortalidad general en Puerto Rico, a pesar de que la Isla tiene una población con una estructura de edad vieja (pirámide poblacional, Capítulo 2). La tasa de mortalidad general sostuvo una tendencia ascendente hasta el año 1995 (8.3 por 1,000 habitantes). A partir de

ese año, el descenso en la mortalidad ha sido bien marcado llegando a 7.3 por cada mil habitantes en el año 2002. Esto equivale a un descenso de un 12% entre el 1995 y el 2002.

Gráfico 1: Tendencia en la Tasa de Mortalidad General, Puerto Rico, 1960-2002



TASAS POR 1,000 HABITANTES

Fuente: Departamento de Salud, Informe de Estadísticas Vitales 1960-2002

Un factor que está contribuyendo a este descenso en la mortalidad en Puerto Rico es la disminución en las muertes por enfermedades del corazón. Durante el mismo período del descenso en la mortalidad general, la tasa de muertes por enfermedades del corazón disminuyó en un 19.9 por ciento, de 162.5 por cada 100,000 habitantes en 1995, a 130.2 en el año 2002. Otra de las causas de muerte que experimentó una reducción considerable en sus tasas fue el SIDA. Las tasas de muertes por SIDA disminuyeron de 38.2 en el 1995 a 16.4 en el 2002, lo que equivale a una disminución del 57 por ciento para ese período. Esta disminución en las tasas de mortalidad en algunas causas de muerte, junto a otros factores, deben ser estudiados con mayor detenimiento al momento de analizar las tendencias en la mortalidad general en Puerto Rico.

La tendencia en las tasas de mortalidad por sexo en Puerto Rico sigue un patrón muy similar. No obstante, las tasas de mortalidad de los hombres siempre son mayores que las de las mujeres **(Cuadro 1).** Esto se refleja de igual forma en la expectativa de vida al nacer, en la que las mujeres viven, en promedio, 8 años más que los hombres. Sin embargo, cuando se observa la tendencia en las tasas de mortalidad por sexo, la diferencia entre las tasas se ha reducido significativamente. Para principios de la década del 90, la diferencia entre las tasas de hombres y mujeres era de más de 3 muertes por cada 1,000 habitantes. Para el año 2002 esta diferencia se redujo a 2.4 por cada 1,000 habitantes. Esto se debe en gran parte a la marcada reducción en las tasas de mortalidad de los hombres a partir de 1995, hasta el 2002 (14.6%), en comparación con la observada entre las mujeres, que tuvieron una reducción de 7.8 por ciento en sus tasas de mortalidad.

Cuadro 1: Tasas de Mortalidad por Sexo, Puerto Rico
1990-2002

Año	Hombres	Tasa	Mujeres	Tasa	Diferencia entre las Tasas
1990	15,334	8.98	10,812	5.94	3.03
1991	15,577	9.06	10,751	5.87	3.20
1992	16,173	9.35	11,233	6.09	3.27
1993	16,793	9.65	11,701	6.29	3.36
1994	16,707	9.53	11,736	6.26	3.27
1995	17,653	10.00	12,543	6.64	3.36
1996	17,334	9.75	12,537	6.58	3.17
1997	16,700	9.32	12,420	6.46	2.86
1998	17,187	9.51	12,803	6.59	2.92
1999	16,544	9.08	12,591	6.42	2.66
2000	16,091	8.76	12,459	6.29	2.46
2001	16,235	8.79	12,559	6.30	2.48
2002	15,845	8.54	12,253	6.12	2.42

Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, Año 2002.

1.1.1 Causas de muerte

Las principales causas de muerte en Puerto Rico para el año 2002 se presentan a continuación:

Cuadro 2: Primeras Quince Causas de Muerte, Puerto Rico, 2002

CAUSAS DE MUERTE 2/	Orden	Número	Por ciento	Tasa 1/
Enfermedades del Corazón	1	5,026	17.9	130.2
Tumores Malignos	2	4,771	17.0	123.6
Diabetes Mellitus	3	2,444	8.7	63.3
Enfermedades Pulmonares Crónicas	4	1,288	4.6	33.4
Enfermedades Hipertensivas	5	1,262	4.5	32.7
Todos los Accidentes	6	1,186	4.2	30.7
Enfermedades Cerebrovasculares	7	1,103	3.9	28.6
Alzheimer	8	985	3.5	25.5
Neumonía e Influenza	9	883	3.1	22.9
Homicidios e Intervención Legal	10	774	2.8	20.1
Nefritis y Nefrosis	11	733	2.6	19.0
Enfermedades del Hígado	12	655	2.3	17.0
Infecciones Virus Inmunodeficiencia Humana	13	632	2.2	16.4
Septicemia	14	610	2.2	15.8
Condiciones originadas en el periodo perinatal	15	319	1.1	8.3

1/ TASA POR 100,000 HABITANTES.

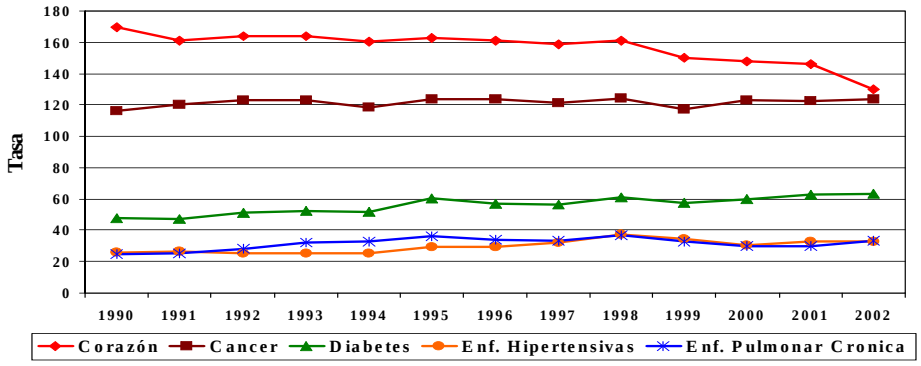
2/ CODIFICACION SEGÚN DÉCIMA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (ICD-10).

Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, Año 2002

Las principales causas de muerte en Puerto Rico no han tenido variaciones significativas en los últimos años. Las enfermedades crónicas son las causas de muerte predominantes en la actualidad. Las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la diabetes, han permanecido como las primeras tres causas de muerte en Puerto Rico por muchos años. Entre las principales causas de muerte, las enfermedades del corazón, aún cuando se mantienen como la primera causa de muerte en la Isla, presentan una marcada tendencia descendente, hasta el punto que solamente superan a los tumores malignos por un uno por ciento, aproximadamente. Este hecho es muy particular dado que en la mayoría de los países desarrollados, las enfermedades del corazón son la principal causa de muerte en la población general.

La representación de las enfermedades infecciosas entre las principales causas de muerte lo son el SIDA y la septicemia. La mortalidad por SIDA se ha reducido grandemente, a medida que se han encontrado nuevas formas de tratar la enfermedad. Ésta se encuentra ahora en la decimotercera posición en la lista de las principales causas de muerte, luego de haber estado entre las primeras diez causas de muerte durante gran parte de la década de los 90. De igual forma, la septicemia ha tenido una disminución considerable en los últimos años. Las muertes por causas externas que se han mantenido entre las primeras quince posiciones son los accidentes y los homicidios. Estas afectan principalmente a la población joven y se ha observado un ligero descenso en los últimos años.

Gráfico 2: Tendencia de las Primeras Cinco Causas de Muerte
Puerto Rico, 1990-2002



TASAS POR 100,000 HABITANTES

Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, Años 1990-2002

1.1.2 Mortalidad por enfermedades crónicas

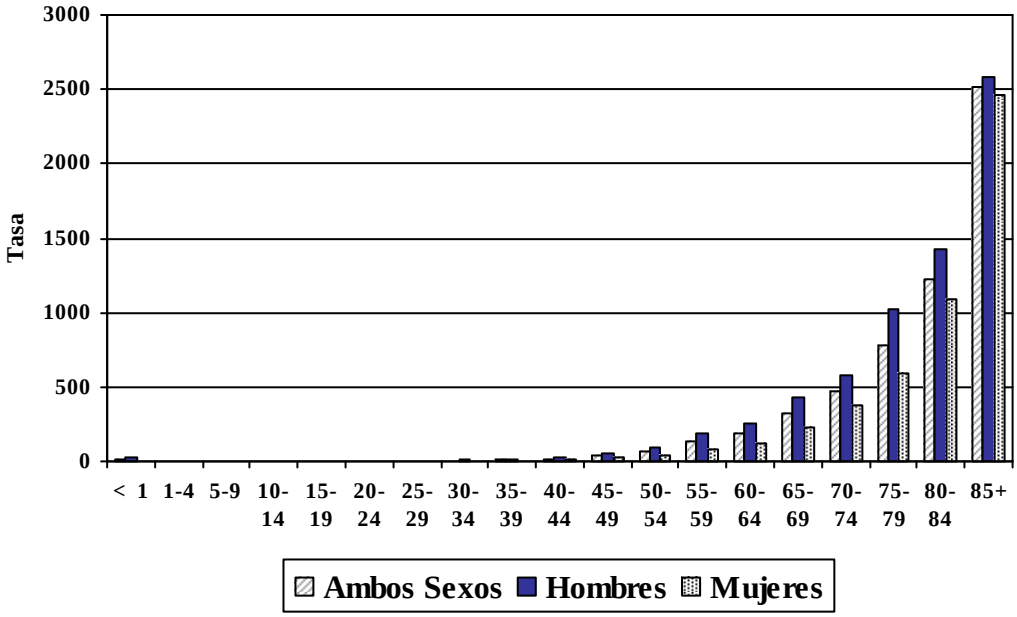
Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en Puerto Rico. De las primeras diez causas de muerte, ocho pertenecen a este grupo de enfermedades. Estas representan cerca de dos terceras partes de las muertes en la Isla. Las enfermedades crónicas más comunes son las enfermedades del corazón, los tumores malignos (cáncer) y la diabetes. Estas tres enfermedades representan casi la mitad de las muertes en Puerto Rico (44%). Las enfermedades del corazón y el cáncer son, por mucho, las principales causas de muerte. Estas constituyen una tercera parte del total de las muertes, por lo que merecen especial atención de las autoridades de salud del país.

1.1.3 Enfermedades del corazón

La tendencia descendente en las enfermedades del corazón, especialmente a partir del 1999 hasta el presente, hace de esta causa de muerte una muy importante de analizar. Las muertes por esta enfermedad se concentran principalmente en las personas de edad avanzada como muestra el Gráfico 3. Si combinamos esta distribución de las muertes de enfermedades del corazón con el envejecimiento de la población, se esperaría que las muertes por esta causa se mantengan o aumenten, como es el caso de los tumores malignos. Al examinar las condiciones de muerte dentro de las enfermedades del corazón se observa una disminución en la mayoría de estas durante el período de 1999 al 2002.

Los infartos agudos del miocardio se redujeron en un 28.3 por ciento, de 1,051 en 1999 a 754 en el año 2002. Las enfermedades cardiopulmonares y enfermedades de la circulación pulmonar se redujeron en un 22 por ciento (de 100 a 78), las cardiomiopatías en un 48 por ciento (de 265 a 138), los trastornos de la conducción y arritmias cardiacas en un 30 por ciento (de 844 a 589), las insuficiencias cardiacas en un 23.5 por ciento (de 886 a 678) y las insuficiencias cardiacas congestivas en un 26 por ciento (de 688 a 508). Como se puede observar, la tendencia en las enfermedades del corazón no se debe a la reducción en una condición específica, sino a la disminución de la mayoría de las condiciones durante este período.

Gráfico 3: Tasas de Mortalidad por Enfermedades del Corazón por Edad y Sexo, Puerto Rico, 2002



Tasas por 100,000 habitantes
Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, Año 2002

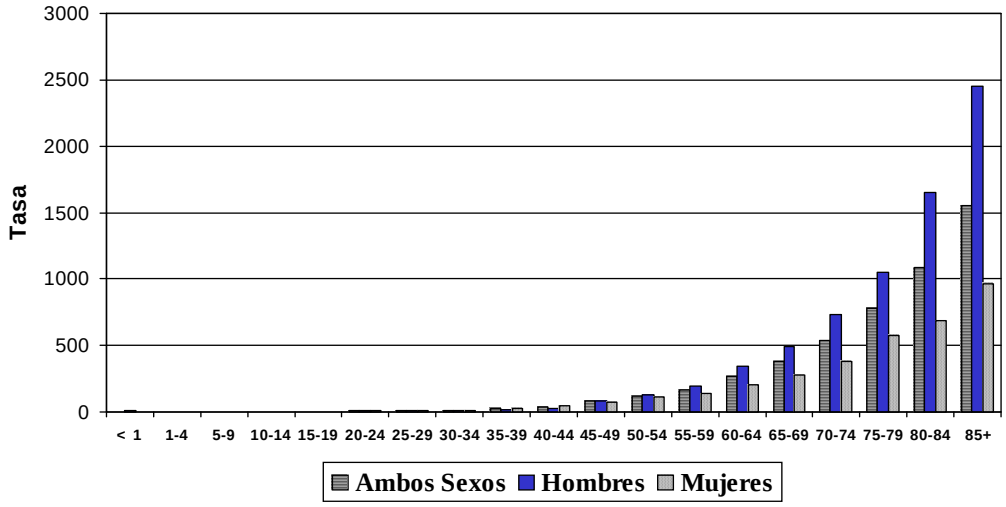
1.1.4 Tumores malignos

Los tumores malignos han mantenido una tendencia estable en los últimos años sin mostrar ningún aumento o disminución considerable en sus tasas **(Gráfico 2).** Estos se están acercando a ser la primera causa de muerte, pero se debe principalmente a la disminución en las enfermedades del corazón. Las muertes por tumores malignos por grupos de edad

demuestran que estos afectan principalmente a las personas mayores de edad, y por tal razón se concentra la mayoría de casos en la medida en que aumenta la edad.

Los tumores malignos de los órganos digestivos son la principal causa de muerte entre estos, con un 32.2 por ciento de las muertes por cáncer para el año 2002. Este por ciento es muy similar al de 1990 cuando reflejaron un 34.2 por ciento del total de muertes. Los tumores malignos de la mama (8.1%), de la próstata (12.4%) y los tumores del tejido linfático, hematopoyéticos y tejidos afines (9.0%), son los tumores que más muertes causaron en el 2002. Los tumores malignos de la mama y los de la próstata, presentan un aumento considerable en comparación a los reportados en 1990, cuando representaban un 6.7 y 9.5 por ciento, respectivamente de las muertes por cáncer.

Gráfico 4: Tasas de Mortalidad de Cáncer por Edad y Sexo
Puerto Rico, 2002



TASAS POR 100,000 HABITANTES

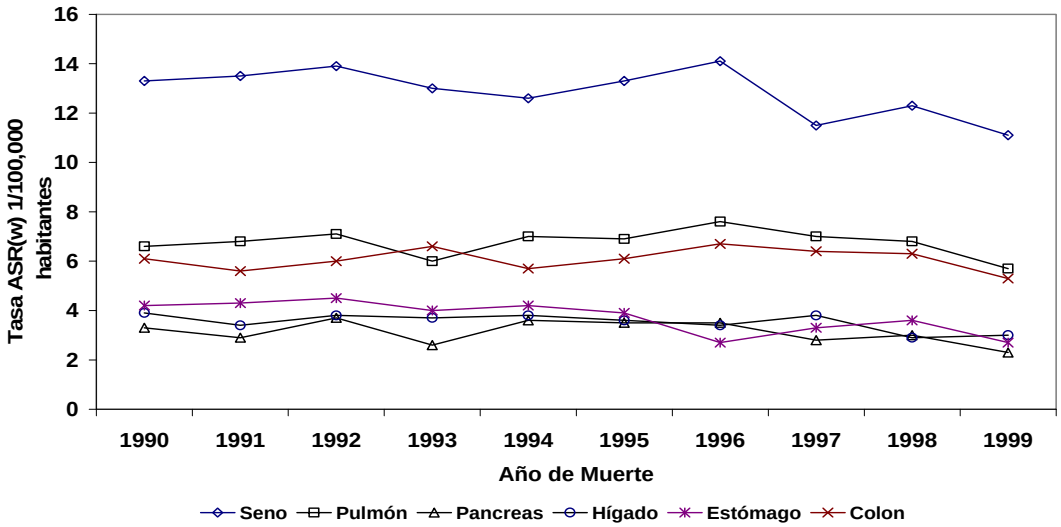
Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales 2002

La tendencia de la incidencia de cáncer en Puerto Rico refleja los cambios socioeconómicos que ha tenido la Isla en la segunda mitad del siglo XX. Estos cambios proporcionan un aumento en la exposición a factores de riesgo que favorecen el desarrollo de ciertos tipos de cáncer y otros que reducen la incidencia de otros tipos de cáncer.

De acuerdo con la incidencia y mortalidad por cáncer, los tipos de más importancia en Puerto Rico son el cáncer de mama, el cáncer de próstata y el cáncer colorrectal **(Gráfico 5).** Entre las mujeres, el cáncer de mama constituye casi la tercera parte del cáncer, seguido por el cáncer colorrectal y el de cuello del útero. Entre los hombres, el cáncer de próstata, el de pulmón y el colorectal son los más importantes. El cáncer del cuello uterino, que fue el más frecuente en Puerto Rico, bajó a la cuarta posición en incidencia para 1999 y ocupa actualmente la décima posición en mortalidad. El cáncer de estómago, el más frecuente entre los hombres y segundo más frecuente entre las mujeres en 1950, ocupa actualmente la quinta posición en frecuencia.

Estas tendencias son un reflejo de lo que ha ocurrido en un país cuyo nivel socioeconómico ha favorecido estilos de vida con cambios importantes en los patrones de reproductividad, dieta y hábitos como el consumo de tabaco y alcohol. Estos cambios han contribuido a la disminución del cáncer invasivo de cuello uterino y el cáncer de estómago (ambos en disminución desde 1950), pero contribuyó al aumento del cáncer de mama y el cáncer de colon (ambos en aumento desde 1950).

Gráfico 5 **Tendencia de la Mortalidad por Cáncer**
Mujeres
Puerto Rico 1990-1999



Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, Años 1990 al 1999

Entre las mujeres, el cáncer de mama se ha mantenido como la primera causa de muerte por cáncer desde el quinquenio 1975-79. El cáncer de mama causa aproximadamente el doble de muertes que los tumores, que ocupan la segunda y tercera posición en mortalidad: pulmón y colorrectal. La mortalidad por cáncer de mama, sin embargo, ha estado disminuyendo durante la segunda mitad de la década del noventa. El cáncer de hígado, el de páncreas y el cáncer de estómago se han alternado las posiciones cuarta a la sexta desde 1990. El cáncer de cuello uterino no constituye actualmente una causa de muerte importante entre las mujeres en Puerto Rico.

Entre los hombres, el cáncer de próstata ha sido el más frecuente desde el quinquenio 1970-74, sobrepasando al cáncer de estómago que ha ocupado la primera posición en incidencia desde el 1950. Actualmente constituye cerca de una tercera parte del cáncer en hombres. Durante la década de los noventa, sin embargo, la primera posición en mortalidad por cáncer ha sido ocupada alternadamente por el cáncer de pulmón y el de próstata. El cáncer de estómago y el cáncer de esófago constituyen todavía causas importantes de muerte por cáncer entre los hombres.

1.1.5 Cáncer de mama

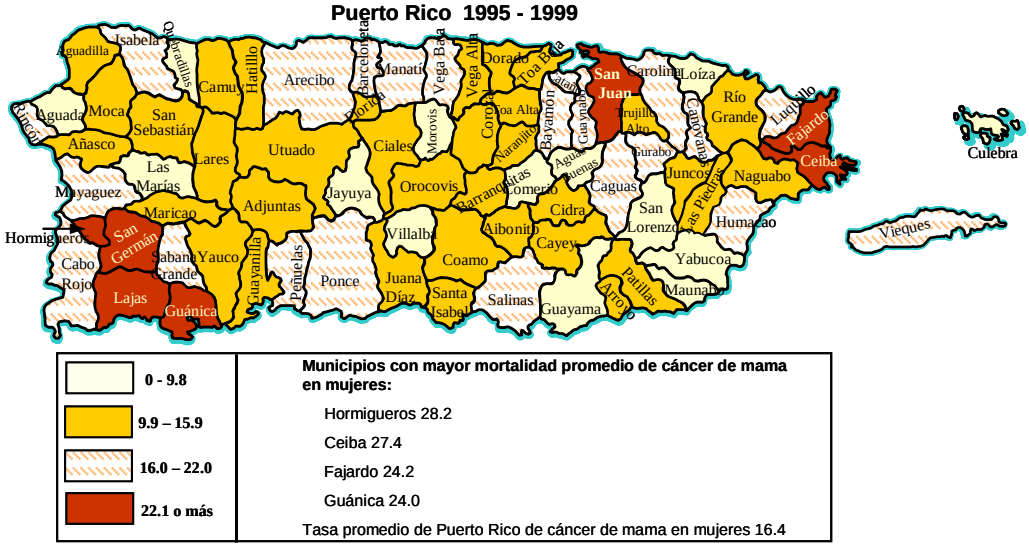
El cáncer de mama es el tumor maligno de mayor incidencia en la mujer en Puerto Rico, constituyendo cerca de una tercera parte del cáncer. Este sobrepasó al cáncer invasivo del cuello uterino en el quinquenio 1970-74, ocupando desde ese momento la primera posición en incidencia. En 1999, la incidencia ajustada por edad a la población estándar del mundo fue de 67.5 por cien mil mujeres. La tasa de mortalidad, sin embargo, ha mostrado una tendencia general a disminuir en la segunda mitad de la década del 90. Estos cambios podrían deberse a

varios factores, entre ellos, la detección temprana con un diagnóstico en estadío más temprano y a un tratamiento más agresivo. La mayor mortalidad por cáncer de mama se presenta en el noreste y el suroeste de la Isla, con una menor mortalidad en los pueblos del interior de la Isla (**Mapa 1)**.

Mapa 1

Mortalidad Promedio de Cáncer de Mama en Mujeres

Puerto Rico 1995 - 1999



0 - 9.8	**Municipios con mayor mortalidad promedio de cáncer de mama en mujeres:**
9.9 – 15.9	Hormigueros 28.2
16.0 – 22.0	Ceiba 27.4
22.1 o más	Fajardo 24.2
	Guánica 24.0
	Tasa promedio de Puerto Rico de cáncer de mama en mujeres 16.4

Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales

1.1.6 Cáncer de próstata

El cáncer de próstata ha sido el cáncer más común en los hombres, ocupando la primera posición en frecuencia desde el inicio de la década de los setenta hasta finales de los ochenta. Posteriormente se observa un aumento progresivo en la incidencia. Sin embargo, este aumento no se refleja en la mortalidad, ya que la misma se ha mantenido relativamente estable durante el mismo periodo. La mortalidad por cáncer de próstata no presenta un patrón definido, pero sugiere ser más alta en la mitad oriental de la Isla **(Mapa 2)** con relación a su distribución en la isla.

Mapa 2

Mortalidad Promedio de Cáncer de Próstata

Puerto Rico 1995 - 1999

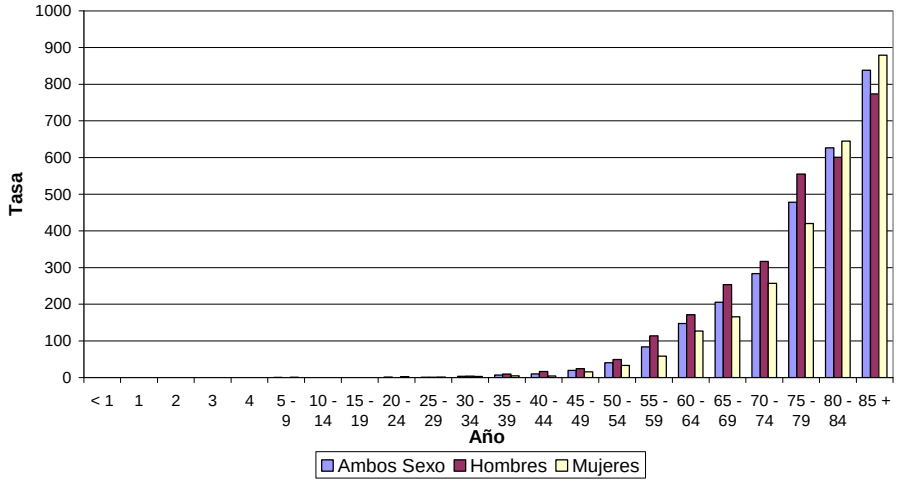
0 – 16.7	**Municipios con mayor mortalidad promedio de cáncer de próstata:**
16.8 – 25.9	Maunabo 61.1
26 – 35	Aibonito 44.2
36 o más	Cayey 42.8
	Loiza 42.3
	Tasa promedio de Puerto Rico de cáncer de próstata 29.0

Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales

1.1.7 Diabetes

Las muertes por diabetes representan cerca del nueve por ciento del total de las muertes en la Isla. Estas muertes han tenido una tendencia fluctuante a partir de 1990, con un aumento en sus tasas en los últimos tres años **(Gráfico 6)**. Las muertes por esta causa aumentan según la edad, siendo el grupo de 85 años y más el que presenta las tasas más altas de mortalidad por diabetes. No existe gran diferencia en las tasas de mortalidad de diabetes por sexo. Los hombres registraron una tasa de 64.2 en el 2002 y para las mujeres esta fue de 62.6.

Gráfico 6 **Tasa de Mortalidad de Diabetes por Edad y Sexo, Puerto Rico 2002**



Fuente: Departamento de Salud, Informe de Estadísticas Vitales

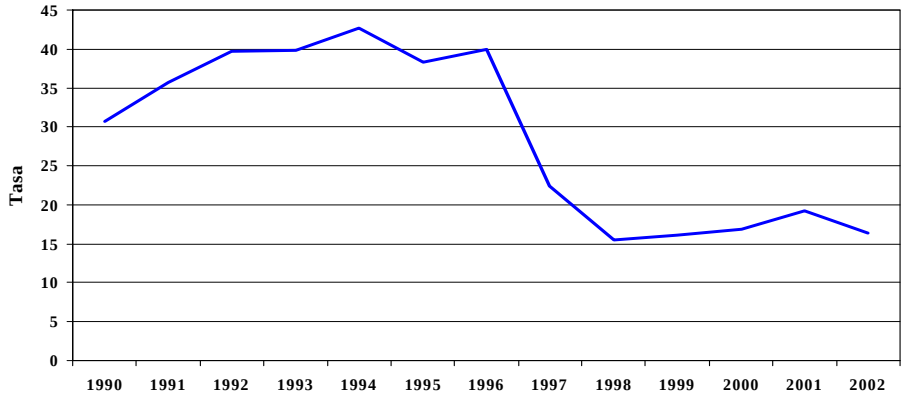
1.1.8 Mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias

Las enfermedades infecciosas y parasitarias no figuran entre las principales cinco causas de muerte en Puerto Rico, aunque la enfermedad pulmonar crónica, que ocupa la cuarta causa de muerte en el 2002, tiene un componente de infección. Estas enfermedades tienen unos niveles muy bajos de mortalidad en general con excepción del SIDA y la septicemia que se encuentran entre las primeras quince causas de muerte en el país.

1.1.9 SIDA

Durante la década de los ochenta, el SIDA fue la enfermedad infecciosa de más alta mortalidad en Puerto Rico. La tasa de mortalidad por SIDA para el año 2002 fue de 16,4 por cada 100.000 habitantes. La mortalidad por esta enfermedad se ha reducido sustancialmente debido en gran medida a los avances en el tratamiento, particularmente los medicamentos antirretrovirales, que han logrado prolongar la vida a los pacientes. La prevención y la educación a la población también han logrado disminuir la cantidad de personas que se contagian por esta enfermedad. La mayor tasa de mortalidad por SIDA se registró en el año 1994, con una tasa de 42,7 por cada 100.000 habitantes, casi tres veces mayor que la tasa actual **(Gráfico 7)**.

Gráfico 7: Tendencia en las Tasas de Mortalidad por SIDA Puerto Rico, 1990-2002

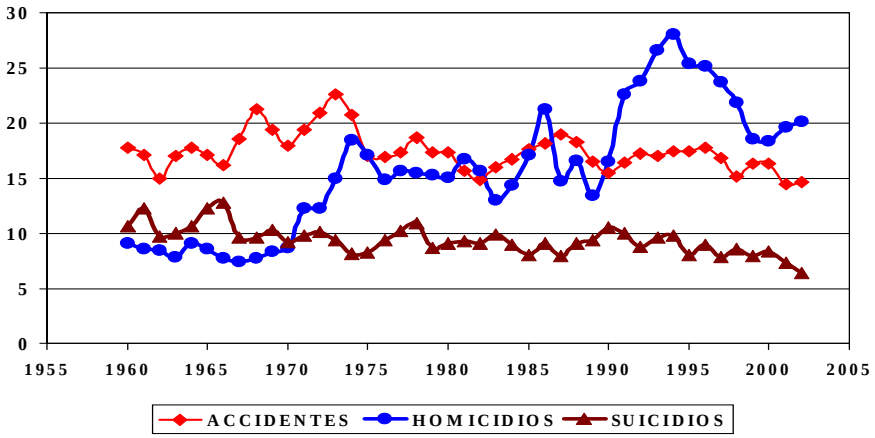


TASAS POR 100,000 HABITANTES
Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales 1990-2002.

1.1.10 Muertes violentas

Las muertes violentas son una de las principales causas de muerte entre la población de adolescentes y adultos jóvenes en Puerto Rico. El Gráfico 8 muestra la tendencia de las muertes violentas desde 1960 hasta el 2002.

Gráfico 8: Tendencia en la Tasas de Mortalidad por Muertes Violentas, Puerto Rico, 1962-2002



TASAS POR 100,000 HABITANTES

Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, 1962-2002

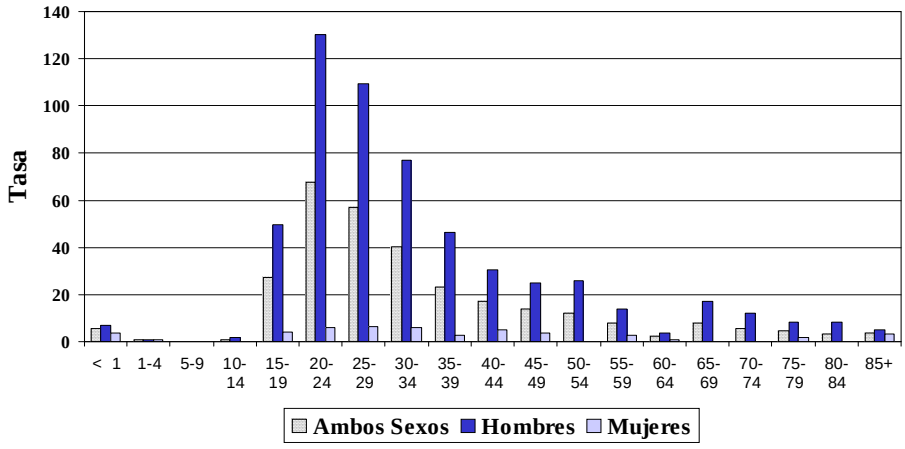
Los homicidios han sido la principal causa de muerte violenta a partir de la década de los 90, en la que llegó a registrar una tasa de 28 por cada 100.000 habitantes en el año 1994 **(Gráfico 8)**. En años recientes, la tasa de homicidio ha disminuido levemente, pero continúa en niveles muy altos en comparación con la mayoría de los países de América. Los accidentes de tránsito

registraron una tasa de 14.6 en el 2002 y se encuentra en los niveles más bajos en los últimos años. De igual forma, se observa una tendencia descendente en los suicidios con una tasa de 6.4 por cada 100,000 habitantes en el 2002, la tasa más baja de los últimos 40 años.

1.1.11 Homicidios

Los homicidios son la causa de muerte violenta predominante en Puerto Rico. La incidencia mayor ocurre entre los hombres (92.8%), entre las edades de 15-39 años **(Gráfico 9)**. Al examinar el comportamiento de los homicidios por edad, vemos que el grupo de 20-24 años es el que tiene la tasa de mortalidad más alta, tanto para los hombres como para las mujeres. A este grupo le sigue el de 25-29, 30-34,15-19 y 35-39 años, el 79 por ciento de las muertes por homicidios ocurren en estos grupos de edad. Los homicidios son la primera causa de muerte en los grupos de edad de 15-19, 20-24, 25-29 y 30-34 años.

Gráfico 9: Tasas de Mortalidad por Homicidios por Edad y Sexo, Puerto Rico, 2002



TASAS POR 100,000 HABITANTES

Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, Año 2002

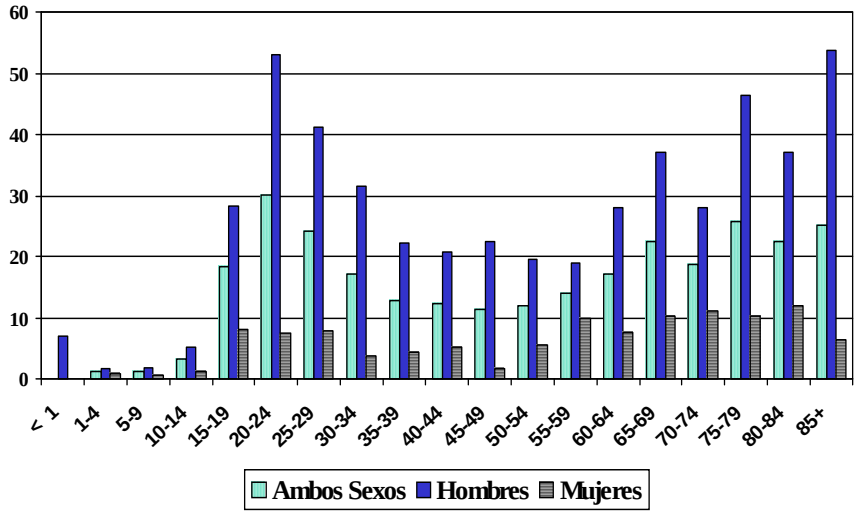
1.1.12 Accidentes de tránsito

Los accidentes de tránsito fueron por un largo periodo la principal causa de muerte violenta, lugar que ahora ocupan los homicidios, sin embargo, las tasas siguen siendo sumamente altas. La tasa de mortalidad por accidentes de tránsito por municipio se distribuye de manera uniforme a través de toda la Isla. Al igual que el resto de las muertes violentas, estas son más altas entre los hombres que entre las mujeres **(Gráfico 10)**.

La distribución por edad de las muertes por accidentes de tránsito refleja que estas son predominantes en la población adulta. El grupo de edad de 20-24 años presenta las tasas más altas de accidentes de tránsito (30,0) y los grupos de 25-29 y 30-34 mantienen tasas altas lo que representa aproximadamente 20 muertes por cada 100.000 habitantes. Entre los grupos de edad de 35 y 59 años las tasas de mortalidad se mantuvieron aproximadamente en 10 por cada 100,000 habitantes, mientras que entre grupos de 60 y 64 años las tasas de mortalidad se mantienen en aproximadamente 20 por cada 100,000 habitantes. Esta distribución evidencia

que los adultos jóvenes y las personas de edad avanzada son los grupos poblacionales más afectados por este tipo de muerte.

Gráfico 10: Tasas de Mortalidad por Accidentes de Tránsito por Edad y Sexo, Puerto Rico, 2002



TASAS POR 100,000 HABITANTES

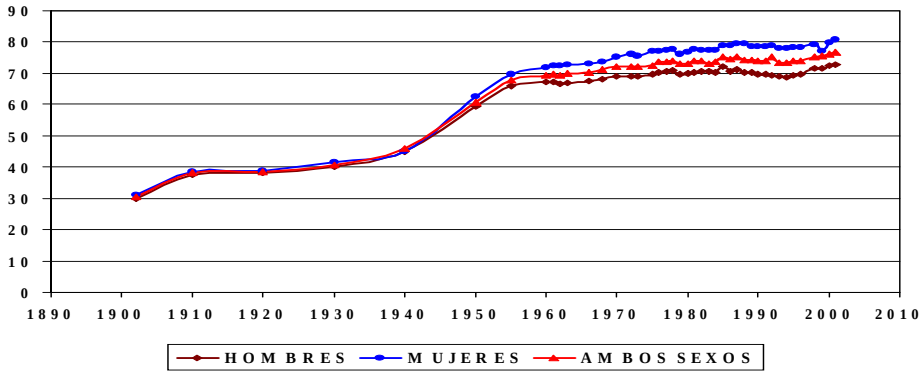
Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, Año 2002.

1.2. Salud Materno Infantil

1.2.1 Esperanza de vida al nacer

La expectativa de vida es uno de los indicadores más utilizados para medir la situación de salud del país. La expectativa o esperanza de vida en Puerto Rico aumentó dramáticamente durante el siglo XX. Para el 1902, la esperanza de vida al nacer era de 30 años para los hombres y 31 años para las mujeres, mientras que para el año 2002, la esperanza de vida al momento de nacer para los hombres es de 73.0 años y 80.9 para la mujer. Como se observa en el Gráfico 11, la mujer siempre ha tenido una expectativa de vida mayor que la del hombre. A través de los años la diferencia entre la expectativa de vida en ambos sexos ha ido aumentando. Es decir, que la población de mujeres adultas mayores es mucho mayor que la de los hombres, y por consiguiente, se proyecta que haya una mayor cantidad de mujeres solas en edades avanzadas.

Gráfico 11: Tendencia en la Esperanza de Vida al Nacer Puerto Rico, 1900-2002

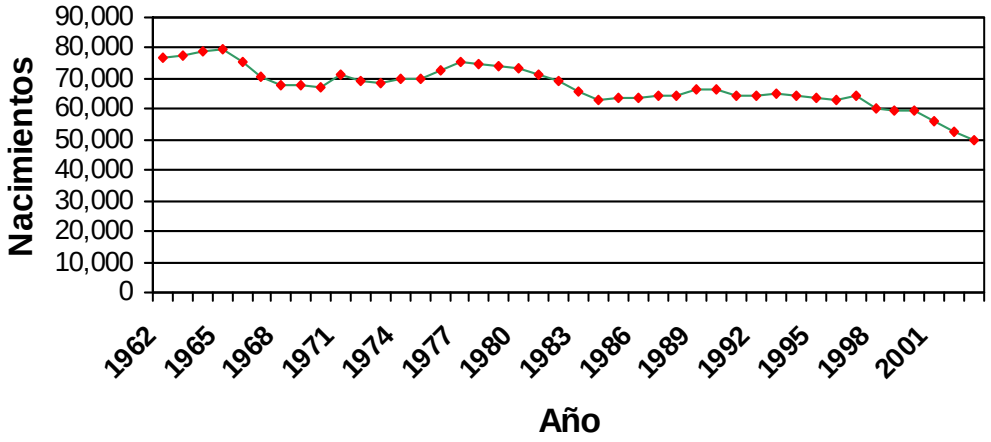


Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, Años 1900-2000.

1.2.2 Nacimientos

La distribución de los nacimientos vivos ocurridos a partir del 1960 hasta el 2003, salvo fluctuaciones entre 1976 al 1980 **(Gráfico 12)**. Esto se confirma a través de la reducción sustancial observada en la Tasa Total de Fecundidad, de un total de 4.5 hijos que tenía la mujer puertorriqueña en 1960 al final de su ciclo reproductivo, a solo 1.8 hijos en el 2002, tasa que se encuentra bajo el nivel de reemplazo de la población (2.1 hijos). Esta reducción se puede atribuir en gran medida al efecto que ha tenido históricamente el uso masivo de métodos contraceptivos en la Isla, particularmente métodos permanentes como la esterilización femenina.

Gráfico 12: Nacimientos Vivos Ocurridos en Puerto Rico, 1960-2003

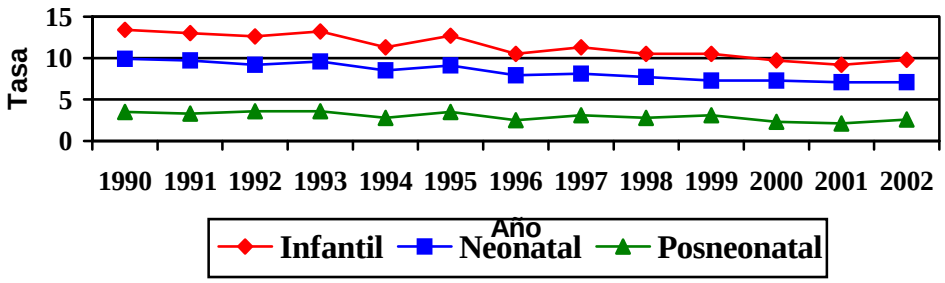


Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, Años 1960-2003.

1.2.3 Mortalidad infantil

Los índices de mortalidad infantil y mortalidad materna son de los principales indicadores del estado de salud de un país. A pesar de mostrar fluctuaciones en los últimos trece años, la tasa de mortalidad infantil en Puerto Rico muestra una tendencia descendente. Esta se ha reducido en un 27 por ciento, de una tasa de 13,4 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos en 1990, a 9,8 en el 2002 **(Gráfico 13)**. Ambos renglones, el de mortalidad neonatal y el de postneonatal han mostrado una disminución. Aproximadamente la mitad de las muertes infantiles ocurren durante el período temprano que comprende los primeros siete días de vida.

Gráfico 13: Tasas de Mortalidad Infantil, Neonatal y Postneonatal, Puerto Rico, 1990-2002



Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, Años 1990-2002

Las tasas promedio de mortalidad neonatal e infantil más bajas para el quinquenio del 1996-2000 se informaron en la Región de Arecibo, mientras que las tasas de mortalidad postneonatal más bajas se fueron informadas en la Región de Fajardo y Mayagüez **(Cuadro 3).**

Utilizando el Modelo de Períodos de Riesgo Perinatal (PPOR) de la Organización Mundial de la Salud ha propulsado la evaluación. Se evaluó la distribución de las muertes infantiles y fetales de acuerdo con la edad al morir y el peso al nacer. Además, se calcularon los excesos de mortalidad de cada categoría lo que permitió identificar las estrategias para mejorar las categorías más afectadas, y de esta manera, reducir las muertes fetales e infantiles. Las categorías evaluadas son: salud materna, cuidado materno durante el embarazo, cuidado del recién nacido y cuidado del infante. Mediante este análisis, se concluyó que la disminución en la tasa de mortalidad infantil se debe mayormente a los avances tecnológicos en las Salas de Intensivo Neonatal, que a una mejoría en el estado de salud de la embarazada y su cuidado prenatal.

Cuadro 3: Mortalidad por Regiones de Salud y Residencia Materna por 1,000 Nacidos Vivos, Puerto Rico, 1996-2000

Región	Mortalidad Infantil	Mortalidad Neonatal	Mortalidad Postneonatal	Mortalidad Fetal	Categorías Prioritarias de Atención PPOR
Arecibo	9.0	5.8	3.2	10.3	Cuidado del Infante
Fajardo	9.3	7.1	2.2	8.2	Salud materna y nacimiento prematuro
Metro	9.9	7.2	2.7	10.1	Salud materna y nacimiento prematuro
Bayamón	10.0	7.2	2.9	11.9	Salud materna y nacimiento prematuro, Cuidado materno
Aguadilla	10.1	7.1	3.0	12.0	Cuidado del recién nacido y cuidado materno
Mayagüez	11.0	8.7	2.3	10.3	Salud materna y nacimiento prematuro
Caguas/ Humacao	11.2	8.3	2.9	11.2	Salud materna y nacimiento prematuro Cuidado materno
Ponce	12.1	9.5	2.7	12.5	Salud materna y nacimiento prematuro y cuidado del recién nacido
Puerto Rico	10.4	7.7	2.8	11.0	Salud materna y nacimiento prematuro

Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, 1990-2000.

Existen diferencias en la mortalidad infantil por municipios. De acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Infantil (SIVEMI), los municipios que registraron una Mortalidad Infantil 25 por ciento más alta (>13) que la registrada para Puerto Rico durante el quinquenio del 1996-2000 (10.4) fueron: Maunabo, Guánica, Yauco, Loíza, Peñuelas, Naguabo, Cataño, Ciales, Guayanilla, Cabo Rojo, Coamo, Gurabo, Santa Isabel y Barranquitas.

Las primeras cinco causas de Mortalidad Infantil en Puerto Rico son: gestación corta y bajo peso, anomalías congénitas, sepsis bacteriana, trastornos respiratorios originados en el período perinatal y síndrome de dificultad respiratoria. Para el 2001, las primeras tres causas de mortalidad neonatal en Puerto Rico fueron: gestación corta y bajo peso, sepsis y trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal. Para ese mismo año, las primeras tres causas de mortalidad postneonatal en Puerto Rico fueron: anomalías congénitas, sepsis y enfermedades del sistema circulatorio.

1.2.4 Bajo peso al nacer

Entre las variables asociadas con la mortalidad infantil, la de mayor relevancia es el bajo peso al nacer. Siete de cada diez muertes (73,4%) infantiles en el 2001 ocurrieron en infantes de bajo peso al nacer. La mitad de todas las muertes infantiles ocurrieron en bebés que pesaron menos de 3 lbs. 4 onzas o 1,5 Kg. al nacer. Alrededor de una de cada diez (10) muertes infantiles se registra en una madre adolescente.

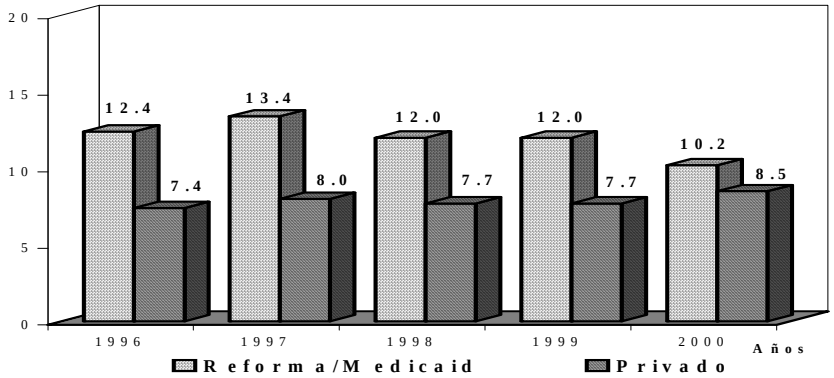
Cuadro 4: Tasa de Mortalidad Infantil por Clasificación de Bajo Peso al Nacer Puerto Rico, 2001

Peso al Nacer	Nacimientos	Muertes	Tasa Mortalidad Infantil por categoría peso
>2.5 Kg.	49,703	137	2,76/1000
1.5-2.5 Kg.	5,536	94	17/1000
< 1.5 Kg.	744	284	381,7/1000

Fuente: Departamento de salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, 2001

La División Madres, Niños y Adolescentes del Departamento de Salud llevó a cabo un estudio caso-control pareado, utilizando un análisis multivariado de regresión logística, con el propósito de identificar las características maternas asociadas al bajo peso al nacer. En este estudio se encontró que los factores que aportaron significativamente, conjuntamente con otras variables del modelo, fueron: preclampsia, aumento en peso menor de 20 libras o mayor de 30 libras, obesidad, sangrado vaginal durante el primer trimestre, menos de ocho visitas prenatales, e intentos suicidas durante el embarazo. Otros factores que llaman la atención en la mortalidad de estos bebés es que nacieron de madres no casadas y son beneficiarias del seguro de salud del Gobierno de Puerto Rico. Las características de los nacimientos y las muertes infantiles varían de acuerdo con la cobertura de salud que poseen las madres y sus infantes **(Gráfico 14)**. Los indicadores son menos favorables para aquellas madres y sus infantes, que por sus ingresos económicos, dependen del gobierno para su cobertura de salud.

Grafico 14: Tasas de Mortalidad Infantil por Plan de Salud del ELA y Plan Privado Puerto Rico, 1996-2000

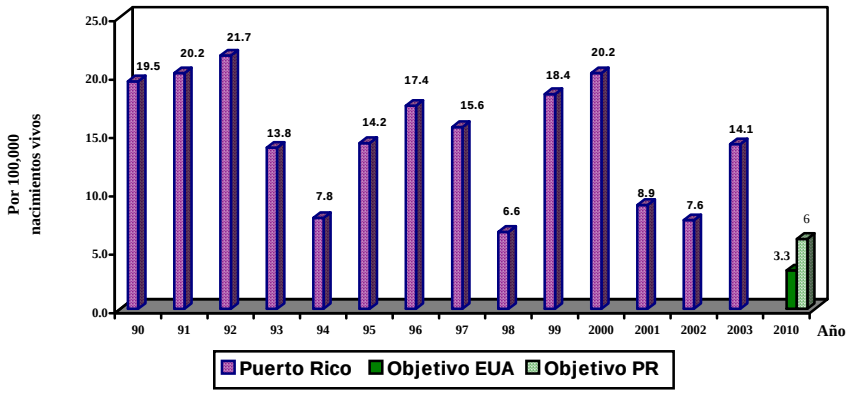


Tasas por 1000 nacidos vivos bajo un Plan Médico.
Fuente: Base de Datos de Mortalidad Infantil, Años: 1996 al 2000, ODSI

1.2.5 Mortalidad materna

La mortalidad materna es un indicador de salud perinatal y sirve para medir la calidad de los servicios de salud prenatales, del parto y del puerperio. La tasa de mortalidad materna en Puerto Rico se caracteriza por oscilaciones, con un promedio de 14.7 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos durante el período de 1990-1998. En el año 2000 la tasa fue 20.2/100,000 **(Gráfico 15)**.

Gráfico 15: Tasas de Mortalidad Materna Puerto Rico, 1990-2003*



Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales
Años 1990-2003

Un análisis de los expedientes de mujeres que fallecieron en el período de enero de 1999 a diciembre del 2001 mientras estaban embarazadas, o en el período de un año a partir de un nacimiento, para determinar si cumplían con criterios de una muerte materna, reflejó un subregistro en las tasas informadas en las Estadísticas Vitales del Departamento de Salud. Este subregistro llegó a ser de casi tres veces para el año 2000, cuando la tasa oficial fue de 20.1/100,000 y el estudio obtuvo una tasa revisada de 57.2/100,000 nacidos vivos.

Las mujeres evaluadas en este estudio tenían las siguientes características: eran mayormente adultas, entre 20-34 años (60%), casadas (45%), con educación menor al cuarto año de escuela superior (65%), amas de casa (51%) y residentes en área rurales (55%). La mayoría de las muertes de estas madres ocurrieron en el hospital. Las principales causas de muerte

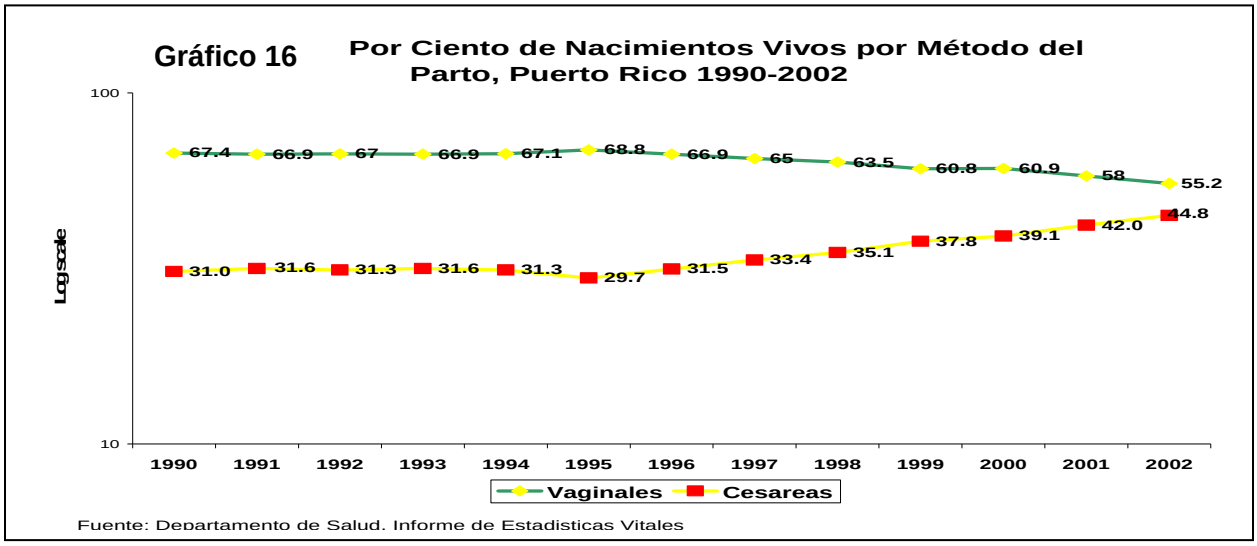
fueron los desórdenes hipertensivos (32%), preclampsia y eclampsia. En segundo lugar se encuentran las muertes tempranas en el embarazo (embarazos ectópicos, abortos espontáneos e inducidos, 11%) y las muertes súbitas (embolias pulmonares y de líquido amniótico, 11%). Un 7 por ciento de las muertes estuvieron asociadas a sangrados. El restante 27 por ciento se clasifican como otras causas, en las que se incluyen infecciones virales, bacterianas y condiciones crónicas de salud.

1.3. Áreas de Interés en Salud Materno Infantil

1.3.1 Cesáreas

Puerto Rico ocupa uno de los primeros lugares en el mundo en cuanto a la tasa de nacimientos por cesárea. Entre las causas para explicar este fenómeno en la Isla se aducen las siguientes: que los médicos prefieren realizar este procedimiento para evitar casos de impericia médica; la programación de partos a conveniencia de los horarios y días de trabajo de los médicos; y una alegada no disponibilidad de médicos en las salas de partos.

El por ciento de nacimientos por esta vía ha aumentado significativamente a partir del 1990 cuando la tasa era 31 por ciento. Esta tendencia ha sido más pronunciada a partir del 1995 **(Gráfico 16)**, cuando comenzó a implantarse la Reforma de Salud en Puerto Rico. A partir de este año, la disparidad en esta tasa entre el sector público y el privado, comenzó a reducirse al aumentar significativamente la cantidad de cesáreas que comenzaron a efectuarse a mujeres que pasaron del servicio de salud público al sector privatizado.



Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales Años 1990-2002

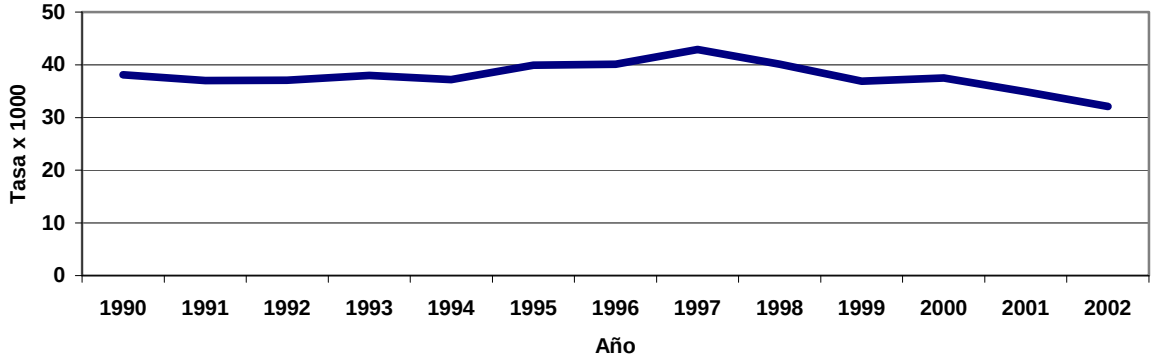
Actualmente esta tasa ha alcanzado la cifra de 47 por ciento, un aumento de 4.5 veces sobre la tasa de 10 por ciento en 1970, y de dos veces sobre la tasa de 24 por ciento en 1980. Organismos internacionales establecen la tasa ideal para nacimientos por cesárea entre 15 y 20 por ciento. Un estudio realizado por el Departamento de Salud no pudo identificar razones médicas que justificaran esta alza. El someter a la embarazada a un procedimiento quirúrgico innecesario, expone a la mujer a los riesgos propios de la anestesia y de una cirugía. Además, esta práctica contribuye a la reducción de la tasa de fecundidad, pues la práctica local es limitar la cantidad de cesáreas a la que la mujer se puede someter, por lo que con mayor frecuencia terminan esterilizándose. Las cesáreas ocurrían más frecuentemente en mujeres entre los

20-34 años, casadas y con una educación mayor de cuarto año. Un 87.4 por ciento de los bebés eran de más de 2.5 Kg. y tenían más de 37 semanas de gestación.

1.3.2 Nacimientos entre las adolescentes

En Puerto Rico se ha hecho difícil estimar los embarazos entre las adolescentes, ya que no se cuenta con un registro confiable de los abortos que se realizan, tanto en las clínicas de terminación de embarazos como en los hospitales y otros lugares donde se practica el aborto. Todas las tasas de nacimientos entre adolescentes en Puerto Rico han disminuido **(Gráfico17)**.

Gráfico 17: Tendencia en las Tasas de Nacimientos de Mujeres Adolecentes (10-19 años), Puerto Rico 1990-2002



Fuente: Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, Años 1990-2002

Se observa que la tasa de nacimientos entre las adolescentes de 15 a 17 años de edad registró una disminución sustancial entre 1997 y el 2002, de 59.9 a 42.6 por cada 1,000 nacidos vivos, respectivamente. En el grupo de 10 a 14 años de edad, la tasa de nacimientos disminuyó de 2.6 en 1996 a 1.7 por mil en el 2002. En total, la tasa se redujo de 42.9 por mil en 1997 para el grupo de 10 a 19 años de edad, a 32.1 en el 2002.

Existe una diferencia en el ingreso al cuidado prenatal de las adolescentes. Sólo un 67 por ciento de estas ingresaron a cuidado prenatal en el primer trimestre de gestación, mientras que en las mujeres adultas se registró un 81.4 por ciento en el 2001 para ese primer trimestre. El por ciento de cesáreas también ha aumentado en las adolescentes, de 28.8 por ciento en 1999 a 35.5 en el 2001, y a 37.4 en el 2002.

1.4. Morbilidad[1]

Al examinar los datos del Estudio Continuo de Salud (ECS) para el año 2002, se observa la siguiente distribución en la prevalencia de las primeras diez condiciones de salud: hipertensión, asma, diabetes, artritis, sinusitis, rinitis alérgica, migraña, miopía y astigmatismo, trastornos de lipoproteínas y enfermedades del sistema circulatorio **(Cuadro 5**).

[1] En esta sección, se presentan datos del Estudio Continuo de Salud (ECS), de reclamaciones sometidas por las aseguradoras en el Plan de Salud del ELA sometidas a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), y de los sistemas de vigilancia epidemiológica para enfermedades transmisibles que lleva la División de Epidemiología del Departamento de Salud.

Cuadro 5: Prevalencia de las Primeras Condiciones (Tasa Cruda por cada 100),Puerto Rico, Año 2002

Condición (ICD-10)	Frecuencia	Tasa
Hipertensión	519,234	13.46
Asma	441,852	11.45
Diabetes mellitus	308,166	7.99
Artritis	293,461	7.60
Sinusitis	272,722	7.07
Rinitis alérgica	192,092	4.98
Migraña	163,320	4.23
Miopía y Astigmatismo	155,011	4.02
Trast. Lipoproteínas	151,007	3.91
Sist. Circulatorio	149,732	3.88
Rinofaringitis Aguda	109,913	2.85
Episodio depresivo	106,246	2.75
Trast. Discos Intervertebrales	98,167	2.54
Hipertiroidismo	95,459	2.47
Caries dental	88,461	2.29
Osteoporosis	84,935	2.20
Gastritis y duodenitis	84,707	2.20
Venas varicosas	84,659	2.19
Obesidad	78,801	2.04
Impedimento visual ambos ojos	77,746	2.01

Fuente: Estudio Continuo de Salud. Departamento de Salud, 2002

Al analizar la distribución de la morbilidad por regiones, se destacan algunas diferencias interesantes desde el punto de vista epidemiológico **(Cuadro 6)**. La hipertensión, la diabetes y los trastornos de lipoproteínas son proporcionalmente más altos en la región de Mayagüez. La proporción de personas que padecen de asma es más alta en la región de Arecibo. La artritis, la sinusitis y la rinitis alérgica son más prevalentes en la región de Bayamón. Los problemas de miopía, astigmatismo y de migraña son más frecuentes entre los habitantes de la región Metro. Hay que señalar que es muy probable que la distribución por edad de cada región esté afectando la distribución de la prevalencia de las condiciones descritas anteriormente, ya que estas no están ajustadas por edad por municipio de residencia.

Cuadro 6: Prevalencia de las Primeras Condiciones por Región de Salud Puerto Rico, Año 2002

	Regiones de Salud					
	Región Metro	**Región Caguas**	**Región Ponce**	**Región Mayagüez**	**Región Arecibo**	**Región Bayamón**
Hipertensión	14.45	12.30	12.71	14.76	12.34	13.30
Asma	11.07	11.34	11.37	11.99	13.11	10.51
Diabetes	9.07	7.57	8.08	10.10	7.44	5.29
Artritis	7.94	6.34	5.62	8.94	7.16	9.04
Sinusitis	8.76	6.01	3.38	3.31	7.37	10.80
Rinitis Alérgica	4.84	5.44	4.11	3.63	4.63	6.79
Migraña	4.78	4.53	2.81	3.94	4.04	4.57
Miopía y Astigmatismo	6.44	2.71	1.87	2.79	0.76	6.41
Trast. Lipoproteínas	3.97	3.98	3.88	4.49	4.08	3.21
Sist. Circulatorio	4.45	3.76	2.46	2.89	4.35	4.56

(Tasa Cruda por cada 100 habitantes)
Fuente: Estudio Continuo de Salud. Departamento de Salud, 2002

1.4.1 Morbilidad en grupos de edad (de 0-17 Años)

Al analizar esta distribución por grupos de edad, el asma es la condición más prevalente entre la población de menores de 17 años y de 18 a 44 años, seguida por la sinusitis. Sin embargo, al examinar tanto el grupo de personas de 45 a 64 como los mayores de 65 años, la hipertensión, la diabetes y la artritis son, consecuentemente, las tres principales condiciones responsables de la morbilidad en estos grupos poblacionales. La hipertensión, la artritis y la diabetes en ese orden, son según los datos del ECS, las condiciones más prevalentes entre la población de adultos mayores de 65 años. Cabe destacar que el Alzheimer u otro tipo de demencias no figuran entre las principales condiciones de salud entre la población mayor de 65 años, a pesar de haber ocupado la octava causa de muerte en el 2002 **(Cuadros 7 al 10)**.

Cuadro 7: Prevalencia de las Primeras Condiciones para Personas de 0-17 Años Puerto Rico, Año 2002

Condición (ICD-10)	Frecuencia	Tasa
Asma	215,842	20.05
Sinusitis	72,797	6.76
Rinofaringitis aguda	65,751	6.11
Rinitis alérgica	55,213	5.13
Caries dental	31,228	2.90
Miopía y Astigmatismo	20,968	1.95
Faringitis aguda	20,656	1.92
Infecciones intestinales	19,715	1.83
Monga	18,909	1.76
Hipoglucemia	16,017	1.49
Obesidad	12,414	1.15
Trast. hipercinéticos	12,171	1.13
Dolor de Cabeza	11,721	1.09
Trast. del intestino	10,258	0.95
Migraña	10,251	0.95

Fuente: Estudio Continuo de Salud. Departamento de Salud, 2002
(Tasa Cruda por cada 100)

1.4.2 Morbilidad en grupos de edad (de 18-44 Años)

Cuadro 8: Prevalencia de las Primeras Condiciones para Personas de 18-44 Años Puerto Rico, 2002

Condición (ICD-10)	Frecuencia	Tasa
Asma	130,309	8.79
Sinusitis	120,542	8.13
Migraña	106,221	7.16
Rinitis alérgica	85,729	5.78
Hipertensión	79,634	5.37
Miopía y Astigmatismo	66,648	4.50
Obesidad	38,977	2.63
Diabetes	36,282	2.45
Episodio depresivo	36,016	2.43
Dolor de Cabeza	34,553	2.33
Gastritis y duodenitis	30,171	2.03
Trast. Discos Intervertebrales	29,435	1.99
Espalda	27,806	1.88
Hipertiroidismo	26,904	1.81
Caries dental	26,869	1.81

Fuente: Estudio Continuo de Salud. Departamento de Salud, 2002
(Tasa Cruda por cada 100)

1.4.3 Morbilidad en grupos de edad (de 45-64 Años)

Cuadro 9: Prevalencia de las Primeras Condiciones para Personas de 45-64 Años Puerto Rico, 2002

Condición (ICD-10)	Frecuencia	Tasa
Hipertensión	240,108	28.23
Diabetes	148,638	17.47
Artritis	115,094	13.53
Trast. Lipoproteínas	72,021	8.47
Asma	63,237	7.43
Sist. Circulatorio	59,911	7.04
Sinusitis	58,319	6.86
Episodio depresivo	56,845	6.68
Trast. Discos Intervertebrales	53,136	6.25
Miopía y Astigmatismo	50,093	5.89
Hipertiroidismo	40,629	4.78
Migraña	39,123	4.60
Impedimento visual ambos ojos	33,701	3.96
Hernia diafragmática	31,967	3.76
Rinitis alérgica	31,938	3.75

Fuente: Estudio Continuo de Salud. Departamento de Salud, 2002
(Tasa Cruda por cada 100,000)

1.4.4 Morbilidad de 65 Años o Más

Cuadro 10: Prevalencia de las Primeras Condiciones para Persona de 65 Años o Más Puerto Rico 2002

Condición (ICD-10)	Frecuencia	Tasa
Hipertensión	195,593	43.54
Artritis	155,065	34.52
Diabetes	119,612	26.63
Sist. Circulatorio	63,754	14.19
Trast. Lipoproteínas	55,131	12.27
Osteoporosis	50,246	11.19
Cataratas	38,724	8.62
Asma	32,464	7.23
Venas varicosas	27,676	6.16
Hipertiroidismo	25,406	5.66
Diverticulitis	24,541	5.46
Gastritis y duodenitis	21,946	4.89
Glaucoma	21,728	4.84
Sinusitis	21,064	4.69
Hernia diafragmática	20,958	4.67

Fuente: Estudio Continuo de Salud
(Tasa Cruda por cada 100,000)

1.4.5 Morbilidad Asociada a Enfermedades Específicas[2]

Los principales diagnósticos mostraron que la hipertensión (19.6%), la diabetes (14%) y el asma (12.9%) concentraban el 46.2 por ciento de las condiciones entre los asegurados del sector público (el Cuadro 11). Al examinar la morbilidad por sexo, se observa una mayor prevalencia de asma (13.2%), diabetes (15.9%), hipertensión (22.1%), ansiedad (5.1%) y depresión (6.5%) en las féminas, mientras que la prevalencia de esquizofrenia (2.1%) es levemente mayor para los varones. No se observan diferencias marcadas en la prevalencia de enfermedades coronarias, eventos cerebrovasculares, fallo cardiaco congestivo y desórdenes de alimentación por género.

[2] La información presentada en esta sección describe la morbilidad asociada a enfermedades no transmisibles específicas (diabetes, asma, hipertensión, enfermedad coronaria, eventos cerebrovasculares, fallo cardiaco congestivo, esquizofrenia, depresión, desorden de ansiedad y algunos desórdenes de alimentación) en la población de asegurados del Plan del ELA de Puerto Rico, durante el periodo comprendido entre los años 2000 y 2003. La estimación de la morbilidad asociada a cada una de estas enfermedades está basada en el análisis de las reclamaciones médicas por servicios a las compañías aseguradoras bajo contrato con la Administración de Seguros de Salud (ASES), utilizando los códigos de la Novena Revisión del Sistema Internacional de Clasificación de Enfermedades (*ICD-9*, por sus siglas en inglés). La utilización de servicios se definió a base de la proporción de asegurados con al menos un servicio entre la población total de asegurados.

Cuadro 11
Prevalencia de enfermedades o condiciones seleccionadas según el sexo por cada cien asegurados, Plan de Salud del ELA, 2000-2003

Enfermedad o Condición	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Asma	1287	12.48	13.19
Diabetes	13.99	11.68	15.92
Hipertensión	19.56	16.52	22.10
Enfermedad Coronaria	4.94	4.92	4.95
Eventos Cerebrovasculares	2.46	2.43	2.48
Fallo Cardiaco Congestivo	0.66	0.68	0.64
Desórdenes de Ansiedad	4.35	3.42	5.13
Depresión	5.95	5.25	6.53
Esquizofrenia	1.67	2.12	1.29
Desórdenes de Alimentación	.01	.01	.02

Fuente: ASES. Departamento de Salud, 2002.

El análisis de la morbilidad por causas específicas, según la edad, indica que la prevalencia de asma es mayor entre la población joven, siendo los menores de 18 años y los jóvenes adultos de 18-24 años, los grupos más afectados **(el Cuadro 12)**. En contraste, la prevalencia de la diabetes, la hipertensión, la enfermedad coronaria, los eventos cerebrovasculares y fallo cardiaco congestivo aumentan marcadamente con la edad. La prevalencia máxima para la diabetes ocurre en el grupo de edad de 55-64 años, mientras que para la hipertensión se presenta en el grupo de 65-74 años. Tanto para la enfermedad coronaria, los eventos cerebrovasculares y el fallo cardiaco congestivo, la prevalencia alcanza su valor máximo en la población de 75 años o más. La frecuencia de los desórdenes mentales, específicamente ansiedad, depresión y esquizofrenia, aumenta con la edad, alcanzando la máxima prevalencia en el grupo de 45-54 años, y disminuyendo hasta después de los 74 años.

Cuadro 12
Prevalencia de enfermedades o condiciones seleccionadas, por cada 100 asegurados, por edad, Plan de Salud del ELA, ASES 2000-2003

Enfermedad o Condición	<18	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>74
Asma	17.46	13.79	9.31	9.51	9.80	9.92	9.86	10.62
Diabetes	2.76	6. 68	7.42	13.50	25.22	36.76	33.89	27.77
Hipertensión	2.53	5.71	8.47	18.64	36.54	50.11	51.87	51.34
Enfermedad Coronaria	0.37	0.69	0.87	2.39	6.34	11.95	18.97	22.72
Eventos Cerebrovasculares	0.27	0.55	0.60	1.17	2.52	4.82	8.09	14.79
Fallo Cardiaco Congestivo	0.09	0.09	0.10	0.26	0.67	1.40	2.13	4.04
Desórdenes de Ansiedad	1.18	5.24	5.46	7.34	8.17	7.05	4.22	3.46
Depresión	1.27	4.69	6.04	10.50	14.05	11.84	5.46	3.76
Esquizofrenia	0.13	0.90	1.56	3.27	4.15	3.68	1.95	1.25
Desórdenes de Alimentación	0.03	0.02	0.01	0.01	0.01	0.00	0.00	0.01

Fuente: Departamento de Salud, Estudio Continuo de Salud 2002.

La morbilidad prevalente en las visitas a oficinas de médicos, se atribuye a desórdenes mentales (esquizofrenia y depresión), hipertensión y enfermedad coronaria, mientras que en las visitas a salas de emergencia la mayor proporción se concentró en aquellos con un diagnóstico de asma **(el Cuadro 13)**. La población de asegurados con enfermedad coronaria y eventos cerebrovasculares experimentó la mayor proporción de admisiones hospitalarias, y la población con diabetes la mayor proporción de servicios por laboratorios**.**

Cuadro 13
Tasa de utilización de servicios según las enfermedades o condiciones seleccionadas, ASES, 2000-2003

Enfermedad o Condición	Visitas a Oficinas de Médicos	Visitas a Salas de Emergencia	Servicios de Laboratorio	Admisiones Hospitalarias
Asma	70.01	45.88	6.33	7.87
Diabetes	76.30	6.95	44.74	5.19
Hipertensión	88.78	14.29	13.57	3.85
Enfermedad coronaria	86.23	10.89	5.82	23.89
Eventos cerebrovasculares	74.43	19.57	11.60	22.57
Fallo cardiaco congestivo	75.77	9.48	6.92	10.64
Desórdenes de ansiedad	72.47	29.62	2.12	1.67
Depresión	96.47	0.98	2.54	4.73
Esquizofrenia	96.77	2.09	1.43	6.36
Desórdenes de alimentación	75.31	11.11	12.76	2.47

Fuente: ASES, 2000-2003 (Tasa por cada 100,000).

1.5. Enfermedades transmisibles de notificación obligatoria en Puerto Rico[3]

En el análisis de morbilidad de las condiciones de notificación obligatoria de mayor frecuencia, observada durante el periodo de estudio (1990-2003), se desglosa a continuación:

Cuadro 14
Enfermedades Transmisibles de Mayor Incidencia en Puerto Rico, 1990-2003

	Tasas por 100.000 habitantes													
Enfermedad	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Entéricas														
Amebiasis	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Campylobacte-riosis	0.3	0.9	1.0	1.0	1.2	1.6	1.5	0.6	0.3	0.6	1.0	1.0	1.0	0.9
*E. coli**	0.3	0.3	0.2	0.7	1.2	1.2	1.2	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1	0.0	0.1
Giardiasis	1.1	14.2	1.0	0.7	0.4	0.7	0.4	0.2	0.3	0.4	0.6	1.0	2.3	9.4
Hepatitis A	4.5	3.9	1.5	2.2	2.4	3.3	7.9	7.3	2.5	11.1	6.7	6.7	6.3	2.6
Salmonelosis	17.0	25.5	18.5	20.3	20.3	21.1	22.2	22.6	24.2	18.9	19.4	25.3	17.1	20.7
Shiguelosis	2.2	3.7	2.3	1.3	1.3	1.6	1.5	1.9	1.8	3.7	1.0	0.5	0.8	0.9
Yersiniosis	0.0	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.3	0.1	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1
Otras Enfermedades Transmisibles														
Conjuntivitis	405.9	436.0	433.4	1,453.2	407.7	311.9	563.7	572.7	373.2	451.4	420.4	360.2	293.1	1,438.0
Gastroenteritis	1,874.2	1,999.8	2,134.8	1,992.2	2,011.1	1,392.6	1,928.1	2,053.3	2,039.1	1,941.6	2,003.6	1,977.2	2,159.5	1,988.2
Leptospirosis	0.1	0.1	0.3	0.3	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.4	0.4
Malaria	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	0.2	0.0	0.1	0.1	0.2	0.0	0.1
Meningitis bacterianas	2.1	1.3	0.4	0.2	0.2	0.9	0.7	0.3	0.6	2.0	0.7	0.6	0.3	0.2
Meningitis otras	3.4	9.9	6.0	2.4	2.5	2.8	3.3	4.6	3.7	0.3	3.4	2.6	1.7	1.8
Síndromes gripales e Influenza	4,102.7	4,835.7	4,994.3	4,793.1	5,173.2	3,515.1	3,770.8	4,408.3	5,020.1	4,516.2	4,666.1	4,667.3	4,544.3	3,828.6

*****Nota: A partir del año 1997, comenzó la notificación de *E. coli,* serotipo *O157:H7* exclusivamente.
Fuente: Departamento de Salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

Entre las enfermedades clasificadas de Categoría II de mayor incidencia durante el período del 1990 al 2003, se encuentran los síndromes gripales e influenza, gastroenteritis y conjuntivitis. Las tasas de morbilidad para estas enfermedades durante el periodo señalado se mantuvieron bajo el nivel esperado, excepto para los años en que hubo brote. Desde el año 1981, en las

3 La notificación de enfermedades infecciosas de parte de los profesionales de salud a los programas pertinentes del Departamento de Salud, se rige por la Ley 81 del 14 de marzo de 1912, que es la ley funcional del actual Departamento de Salud, y la ley 81 del 4 de junio de 1983 que rige la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual en Puerto Rico. El sistema de vigilancia epidemiológica actual recoge, tabula y analiza la información de las enfermedades infecciosas de notificación obligatoria.

Dicha notificación es responsabilidad compartida, tanto por los que atienden directamente al enfermo, como por los que conocen del caso o tienen que ver con los expedientes clínicos y el procesamiento de la información. Las enfermedades de notificación obligatoria se clasifican en las siguientes tres categorías:

1. Categoría I – Este informe una serie de datos sociodemográficos y clínicos entre otros, el cual debe ser realizado en un período no mayor de 5 días laborables.

2. Categoría II- Este informe comprende tres enfermedades: conjuntivitis, gastroenteritis, síndromes gripales e influenza. En esta hoja se recopilan los datos de número de casos por grupo de edad, semana y municipio y se realiza semanalmente.

3. Categoría III - En esta categoría se incluyen las enfermedades de inmediata notificación debido a la gravedad de los síntomas y las implicaciones para la salud pública. Este informe deberá ser realizado vía telefónica o a través de Internet.

Islas del Caribe se presentaron cuatro grandes brotes de conjuntivitis hemorrágica aguda, incluyendo a Puerto Rico. Cabe señalar que durante los años 1993 y 2003 se presentaron brotes de conjuntivitis a nivel de todo Puerto Rico, con una tasa de incidencia de 1,453.20 y 1,437.96, respectivamente. El agente etiológico identificado en ambos brotes fue el virus *Coxsackie A 24* [4].

Las enfermedades entéricas de mayor incidencia informadas durante el período de estudio son salmonelosis, hepatitis A, shiguelosis y giardiasis. Las tasas de mayor morbilidad para enfermedades entéricas, informadas durante el año 2003, fueron las siguientes: salmonelosis 20.7, giardiasis 9.4, hepatitis A, 2.6, shiguelosis y campylobacteriosis, ambas con 0,9 casos por 100.000 habitantes. El Cuadro 14 muestra las tasas de incidencia de dichas condiciones durante el período de estudio.

Las investigaciones relacionadas con brotes causados por alimentos o agua contaminada son realizadas en colaboración con el Instituto de Laboratorio de Salud y el Programa de Salud Ambiental. Se desarrolló un sistema de vigilancia activa para el virus del Nilo (West Nile) para el año 2000. Hasta el año 2004, no se han informado casos de esta condición en humanos, aunque el mismo fue identificado en cuatro animales: dos pájaros y dos caballos, en febrero del 2004.

A partir del año 2003, la División de Epidemiología establece un sistema de vigilancia para Influenza (cambia a Categoría I, con datos de identificación del paciente), el cual incluye el diagnóstico con pruebas de laboratorio para esta condición. Durante este año, se establece una vigilancia epidemiológica activa para el asma en Puerto Rico, así como para el virus sincitial respiratorio.

1.5.1 Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

El sistema de vigilancia de las Enfermedades Transmisibles Sexualmente (ETS) en Puerto Rico está basado en el sistema establecido por el *Centro de Control de Enfermedades* (*CDC* por sus siglas en inglés), en el cual se cuantifican primordialmente las sífilis primaria y secundaria, sífilis latente temprana, sífilis latente tardía, sífilis congénita, clamidia, gonorrea y actualmente sífilis desconocida. Además de estas enfermedades, todos los proveedores de servicios de salud, tanto del sector público como del privado, tienen que informar otras ETS, pero son sólo los casos de sífilis, clamidia y gonorrea que se les realiza la investigación epidemiológica.

En los últimos años hemos podido ver un aumento en la tendencia de la sífilis latente temprana, contrario a la otra sífilis. Este aumento se puede deber a los cambios en definición de casos para este tipo de enfermedad. Esta nueva definición pone como prioridad a las mujeres en edad reproductiva entre 13–35 años de edad. Esta definición también pretende disminuir la cantidad de casos de sífilis congénita, establecido por el Proyecto de Eliminación de Sífilis por recomendación del CDC. En la distribución por género se puede observar que en la sífilis hay mayor cantidad de casos en hombres en los últimos años en comparación con las mujeres. Además se puede decir que el sector público de salud tiende a brindarle mayor cantidad de servicios a personas infectadas que el sector privado, debido a que el tratamiento es menos costoso, y a la existencia de una vigilancia activa en la búsqueda de parejas de estos casos.

La clamidia es la enfermedad transmisible con mayor cantidad de casos en los últimos años en Puerto Rico, con una tasa de 72.1 casos por cada 100,000 habitantes para el 2003. Esta enfermedad, a diferencia de la Sífilis y la Gonorrea, presenta una mayor cantidad de casos en mujeres que en hombres. La gonorrea es una enfermedad que ha mostrado una tendencia en

[4] MMWR, July 23, 2004/Vol. 53/No. 28

descenso, pero esto se puede deber a un subreporte. Se dice que existe un subreporte, ya que en los últimos años se realiza el cultivo *Gem Probe,* y este no permite realizar cultivo en ciertas áreas del cuerpo que pudieran reflejar un aumento en la cantidad de casos.

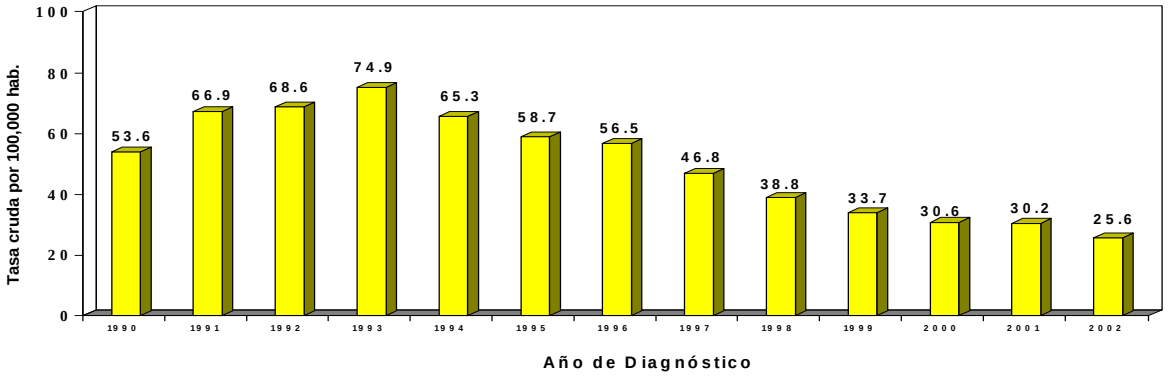
1.5.2 Descripción de la Epidemia del VIH/SIDA

Desde comienzos del 1980, el estudio del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha sido una de las principales prioridades de salud pública en el Departamento de Salud. El Sistema de Vigilancia SIDA, establecido desde 1983, provee información sobre las características demográficas de los individuos diagnosticados con SIDA, así como el conocimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sus modos de transmisión. Los datos obtenidos son analizados con el propósito de proveer la información necesaria, para determinar las estrategias de intervención en la prevención y control del VIH/SIDA en Puerto Rico.

El Caribe tiene una prevalencia de 2.1 adultos por 100,000 habitantes con SIDA, y es la segunda región con el mayor número de casos informados mundialmente. En el año 2002, Puerto Rico ocupó la séptima posición en la incidencia de casos de SIDA informados entre los Estados Unidos y sus territorios.

Durante el período de 1990 a 2002, un total de 28,701 casos acumulados de SIDA fueron informados al Sistema de Vigilancia de SIDA en Puerto Rico. En el año 1993 se observó un aumento significativo de los casos informados, debido al cambio en el criterio para la definición de caso establecida por el CDC en Atlanta. A partir del año 1994, se observa una disminución de un 40.6 por ciento en la tasa cruda de incidencia de casos de SIDA; de 65.4 casos por 100,000 habitantes en 1994 a 24.8 casos por 100,000 habitantes diagnosticados en el año 2001 (**Gráfico 18**). Esta disminución se debe mayormente a los avances en el tratamiento con antirretrovirales (año de comienzo de utilización).

Gráfico 18: Tasas de Incidencia de SIDA, por Año de Diagnóstico, Puerto Rico, 1990-2002

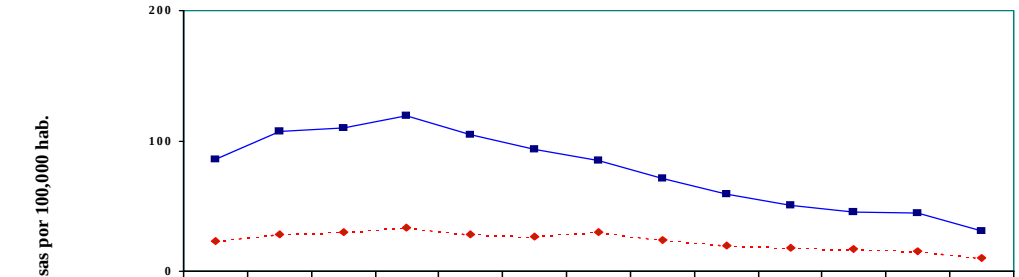


N= 23,795

Fuente: Departamento de Salud, División de Epidemiología, Vigilancia de SIDA, Casos informados hasta el 5/28/2004.

Los hombres son los más afectados por la epidemia, representando el 76.4 por ciento de los casos informados en este período **(Gráfico 19)**. El mayor número de casos se diagnostica en individuos entre las edades de 30 a 39 años de edad (43.4%); esta distribución es similar, tanto para hombres como para mujeres.

Gráfico 19: Tasas de incidencia de SIDA por género y año de diagnóstico, Puerto Rico, 1990-2002



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Femenino	23,3	28,7	29,8	33,2	28,3	26,2	30,3	23,8	19,5	18,1	16,9	15,4	10,7
Masculino	85,8	107,5	110,0	119,4	104,9	93,5	84,7	71,5	59,6	50,6	45,3	44,4	31,0

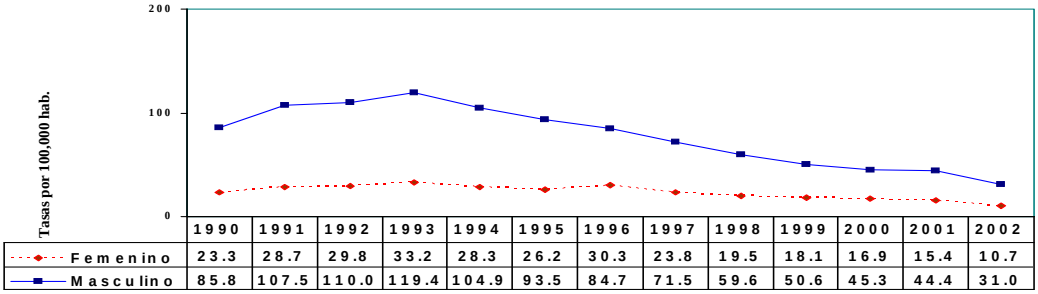
Año de Diagnóstico

N=23,795 (período 1990-2002)

Fuente: Departamento de Salud, División de Epidemiología, Vigilancia de SIDA, Casos reportados hasta el 5/28/2004.

Hasta el 28 de mayo de 2004, se han informado 18,154 defunciones por SIDA, de las cuales 254 fueron informadas durante el 2004. A su vez, se observa una disminución en las defunciones por SIDA a partir del año 1994 **(Gráfico 20)**. Las muertes relacionadas al SIDA constituyó la vigésima tercera causa de muerte en Puerto Rico entre los años 2000 al 2002.

Gráfico 20: Tasas de Mortalidad de SIDA por género y año de diagnóstico, Puerto Rico, 1990-2002



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Femenino	23.3	28.7	29.8	33.2	28.3	26.2	30.3	23.8	19.5	18.1	16.9	15.4	10.7
Masculino	85.8	107.5	110.0	119.4	104.9	93.5	84.7	71.5	59.6	50.6	45.3	44.4	31.0

Año de Diagnóstico

N=15,100 (período 1990-2002)
Fuente: Departamento de Salud, División de Epidemiología, Vigilancia de SIDA
Casos informados hasta el 5/28/2004.

La mayor forma de transmisión del VIH en Puerto Rico es el uso de drogas intravenosas con un 50.2 por ciento de los casos; seguido del contacto heterosexual con un 24.3 por ciento y un 16.6 por ciento de los casos fueron hombres que tuvieron sexo con otro hombre.

Desde el inicio de la epidemia, se ha informado un total de 404 casos de SIDA pediátrico. La transmisión del VIH de la madre al niño fue el modo de exposición informado en un 94.8 por ciento de los casos pediátricos. Durante el año 2003, no se han informado casos de SIDA pediátrico en Puerto Rico. Las estrategias de intervención para la prevención del SIDA pediátrico han sido efectivas en la reducción de la epidemia en esta población, observándose una marcada reducción en los casos diagnosticados a partir del año 1996.

1.5.3 Enfermedades inmunoprevenibles

La vigilancia epidemiológica para enfermedades prevenibles por vacuna muestra una notable disminución en la incidencia de casos de estas, teniendo como período de referencia los años de 1990–2003 **(Cuadro 15)**.

Cuadro 15: Distribución de Casos de Enfermedades Prevenibles por Vacuna 1990–2003

ENFERMEDAD	AÑO DE INCIDENCIA													
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Tétano	4	1	1	2	2	0	2	1	1	2	0	0	3	0
Tosferina	26	57	14	11	3	3	3	2	1	9	2	0	0	1
Paperas	8	13	3	3	2	3	2	7	1	0	0	1`	2	0
Meningitis XH FLU	35	15	8	3	3	3	2	0	2	2	4	1	2	4
Hepatitis B	610	580	393	422	415	689	1,073	843	278	303	313	258	219	143
Hepatitis B Perinatal	N/A	N/A	35	75	108	98	126	117	96	89	95	51	63	17
Sarampión Común	1,817	160	577	356	46*	3	3	0	0	1	3	1	2	0
Sarampión Alemán	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	3	0	0
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Polio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Varicela**	1,332	5,233	8,524	8,240	9,193	5,678	5,942	8,854	4,348	5,019	5,200	2,186	1,141	*

* Incluídos los falsos positivos por método de Clark
Fuente: Departamento de Salud, Programa de Epidemiología, 1990-2003.

El mayor registro de casos de tétano, cuatro, se observó durante el 1990, en donde dos de los casos fallecieron y la mediana de edad para estos era 65 años. En el año 2002, se informaron tres casos, los cuales fallecieron, siendo la mediana de edad 76 años. La incidencia de casos para los otros años en análisis estuvo entre uno a dos casos; manifestándose la mayoría de estos, en personas mayores de 60 años, cuya serie de vacunación para tétano toxoide no había sido completada o no había historial de vacunación.

1.5.4 Tosferina

La mayor incidencia de casos para esta condición se observó entre el 1990 a 1993, en los que el 85 por ciento de los casos fueron de menores de 1 año de edad. Durante el 2003, solo uno cumplió con los criterios para la definición de caso, cuya edad está en los 11 años. Es importante señalar que el cumplimiento con la definición establecida para caso confirmado, propende a descartar otros casos con diagnóstico sospechoso a tosferina.

1.5.5 Sarampión común, paperas y sarampión alemán

Durante los años 1990 a 1993 el sarampión produjo la última gran epidemia, con un total de 2,910 casos confirmados. El pico máximo se registró durante 1990, con una tasa de morbilidad de 51 casos por 100,000 habitantes, y 12 muertes relacionadas con sarampión. El grupo de edad más afectado (62%) durante este período lo fue el de 0–4 años (edad pre-escolar). Esta epidemia afectó predominantemente a aquellos casos no prevenibles por vacuna (< a 1 año), y

a aquellos niños con menores índices de vacunación contra el sarampión. Entre las estrategias llevadas a cabo para el control de esta epidemia, se llevó a cabo una campaña de vacunación masiva contra el sarampión común, impactándose a niños entre las edades de seis meses a seis años de edad. Durante esta campaña, a pesar de que el objetivo era la vacuna de MMR (vacuna trivalente para sarampión común, paperas y sarampión alemán, licenciada en 1971), también se revisó el estatus de vacunación de los niños para las vacunas requeridas en el esquema de vacunación de Puerto Rico, (tarjeta de vacuna); y se les administraron las mismas. A partir de 1990, han sido requeridas dos dósis de MMR para el ingreso escolar.

1.5.6 Difteria y poliomielitis

La difteria y la polio han sido erradicadas en nuestra Isla, siendo el último caso de polio informado en el 1974 y de difteria en el 1976.

1.5.7 Cobertura de vacunación

Las vacunas son el mejor recurso de defensa que pueden tener los niños contra las once enfermedades graves por las cuales se vacuna. En Puerto Rico, al igual que en otros lugares, antes de que se introdujeran las vacunas, la incidencia y la severidad de las infecciones naturales por estas enfermedades eran muy altas y marcadas. Los estudios científicos han demostrado que desde el momento que se comenzó a administrar las vacunas comunes, se ha visto una disminución muy marcada en estas enfermedades. El continuo esfuerzo del Programa de Inmunización en la realización de continuas campañas de vacunación, en donde se ofrecen las vacunas requeridas en el esquema de vacunación vigente en Puerto Rico, y la accesibilidad de estas a través de las distintas clínicas de vacunación en la Isla; han logrado que Puerto Rico sea uno de los países en el Caribe con el mayor porcentaje de cobertura de vacunación, y por ende el de menor incidencia en estas enfermedades.

El Departamento de Salud ha desarrollado un programa de vacunación intenso a través de toda la isla, el cual ha sido reconocido en varias ocasiones por el CDC. Puerto Rico se caracteriza por los excelentes niveles de cobertura, tanto para la población infantil como para la población estudiantil.

La ley faculta al Secretario de Salud a requerir que los niños estén adecuadamente vacunados para ser matriculados sin problema alguno en las instituciones educativas del país. Gracias a dicha ley, los niveles de cobertura para la población estudiantil (que actualmente es de 726,511 estudiantes entre escuelas públicas y colegios privados) fluctúan anualmente entre un 80 y 87 por ciento, lo que significa que 8 de cada 10 estudiantes puertorriqueños tienen sus vacunas al día, asegurándonos así unos estudiantes protegidos inmunológicamente contra once enfermedades prevenibles por vacunas.

En cuanto a la población adulta, el Programa de Vacunación del Departamento de Salud provee las vacunas contra la influenza, pulmonía y tétano/difteria para la población médico indigente y a riesgo. Dado que el estado no puede asumir a la población adulta en su totalidad, entidades del sector privado se unen a las campañas de vacunación con el fin de cubrir a la mayor cantidad de personas. En el 2002 se fundó la Coalición Puertorriqueña para la Vacunación de Adultos con el fin de colaborar en la promoción de la vacunación de adultos. Al presente la meta de la Coalición es alcanzar un 90 por ciento de adultos vacunados para el año 2010.

A partir de mayo de 2001, la vacuna DTaP atravesó una crisis de escasez, lo que provocó que se tuviera que posponer la cuarta (4) dosis con el fin de cubrir la mayor cantidad de niños en su

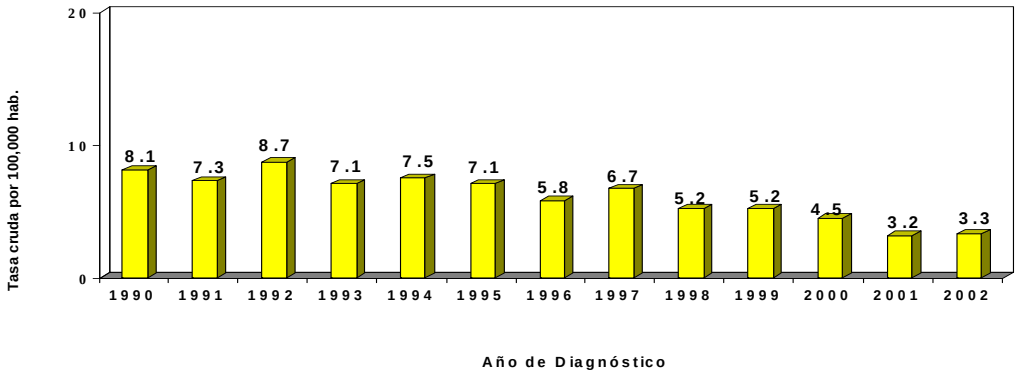
inicio de la serie básica. Esta medida provocó que el porcentaje de cobertura registrara un descenso, de un 94.1 por ciento en el año 2001 a un 31 por ciento en el 2002 para la serie de vacunas de 4DTaP, 3 Polio, 1 MMR, 3 Hib. El CDC utilizó la situación de Puerto Rico para ejemplificarles a las autoridades pertinentes el hecho de que las situaciones de escasez de vacunas, afectan considerablemente las series básicas que se requieren para considerar a un niño vacunado adecuadamente. Los abastos de la vacuna DTaP fueron reestablecidos durante el año 2004, para vacunar a aquellos niños que se vieron afectados por la posposición de la cuarta dosis, actualizando así los niveles de cobertura.

1.5.8 Tuberculosis

El Programa para el Control de la Tuberculosis está adscrito a la Oficina Central de Asuntos del SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (OCASET). Este programa tiene a su cargo establecer la política pública para asegurar el control y la posible erradicación de la tuberculosis (TB) en Puerto Rico.

En Puerto Rico, en los últimos 10 años, se ha observado una disminución de los casos, excepto en los años 1997 y 2002 **(Gráfico 21)**. Esta disminución se ha debido a los esfuerzos en fortalecer el programa de control de la tuberculosis, como la identificación temprana de personas con TB y el inicio de un tratamiento adecuado. En el año 1997, los casos informados aumentaron en 15.8 por ciento, mientras que en el año 2002 el aumento fue de 6.6 por ciento. Para el año 2003, se reportaron 115 casos, lo cual representa un decrecimiento de 11 por ciento. La tasa de incidencia para Puerto Rico para este año fue de 3 por cada 100,000 habitantes.

Gráfico 21: Incidencia de Tuberculosis
Puerto Rico, 1990-2002



Fuente: Departamento de Salud, Programa Control de Tuberculosis.

Esta enfermedad predomina en el género masculino con un 70 por ciento de los casos. El grupo de edad que más es afectado por esta condición es el grupo mayormente trabajador, personas entre los 25 a 44 años. La región más afectada es la Metropolitana la cual incluye los municipios de San Juan, Guaynabo, Trujillo Alto, Carolina, Loíza, Canóvanas y Río Grande. En términos clínicos, la tuberculosis pulmonar es la localización de la enfermedad más común, con casi el 90 por ciento de los casos. Existen una serie de factores de riesgo asociados a la tuberculosis como el uso de drogas, el consumo de alcohol, el ser deambulante y el VIH+, entre otras. A pesar de que el consumo de alcohol y el uso de drogas se han mantenido en un porcentaje alto (20-22%) a través de los años, uno de los factores de riesgo que más preocupa al gobierno es el VIH. Un 24 por ciento de los casos informados en el 2003 era VIH positivo, de los cuales un 41 por ciento se encuentra en las personas entre 25 a 44 años.

La tendencia de los casos de tuberculosis resistente en Puerto Rico ha ido en descenso durante los últimos diez años. El número de casos en los últimos cinco años ha permanecido entre 1 y 2 casos por año.

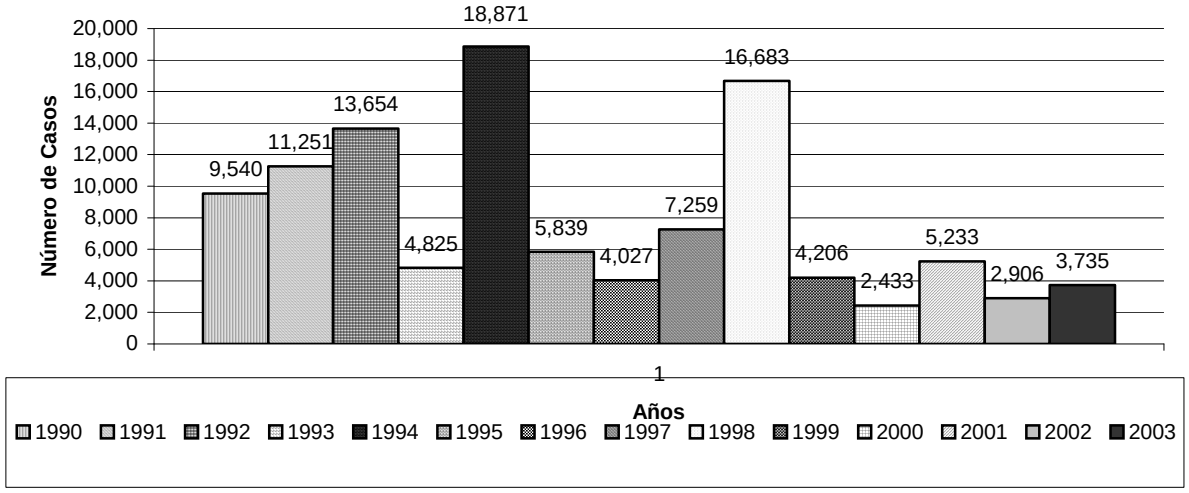
1.6. Enfermedades de transmisión vectorial

1.6.1 Dengue

En el año 1994, se informó un total de 18,871 casos sospechosos de dengue por ser año de epidemia. Los meses de mayor número de casos sospechosos fueron octubre (4,855), noviembre (4,531), diciembre (3,464) y septiembre (2,299), respectivamente **(Gráfico 22)**.

Durante el año 1998 se registró una epidemia en la cual el total de casos sospechosos de dengue aumentó a 16,683. En los meses de mayor precipitación pluvial se presentaron el mayor número de casos: agosto (3,427), septiembre (2,409), noviembre (1,254) y octubre (1,224), respectivamente. El año 2000 fue el que registró el menor número de casos sospechosos por año de los últimos 10 años informados, para un total de 2,433. Para los años 2001, 2002, 2003 y hasta el mes de julio del 2004 (319), los casos sospechosos de dengue se encuentran entre los niveles esperados.

Gráfico 22: Casos Sospechosos de Dengue

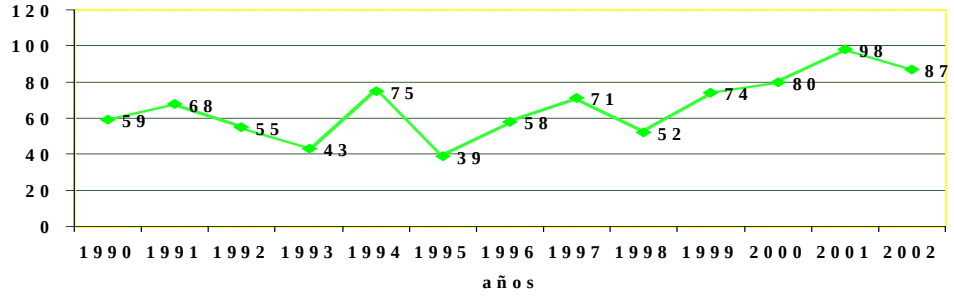


Fuente: Departamento de Salud, Programa de Epidemiología, 1990-2003

1.6.2 Rabia animal

El control de la rabia humana en Puerto Rico se debe principalmente a la efectividad de la vigilancia epidemiológica de la rabia animal. Esto como resultado de las estrategias de prevención por parte del Programa de Salud Ambiental, el cual mantiene un protocolo para la notificación e intervención para los casos de rabia animal confirmados con prueba de laboratorio. De acuerdo con los datos del programa, el número de casos de rabia animal en Puerto Rico ha fluctuado entre 1990 y el año 2002 **(Gráfico 23)**. El número menor de casos se registró en el 1995 (39) y alcanzó su nivel más alto en el 2001 (98).

Gráfico 23
Distribución Casos de Rabia Animal
Puerto Rico, 1990-2002



Fuente: Departamento de Salud, División de Epidemiología

1.7. Conductas y Estilos de Vida No Saludables

En esta sección se presentan datos del Estudio Continuo de Salud (ECS) y del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo (BRFSS, por sus siglas en inglés) para el 2002, y del Proyecto PREHCO DEL 2002-2003 sobre factores de riesgo y estilos de vida no saludables. Estos son el tabaquismo, el consumo de alcohol, obesidad y sobrepeso, nutrición e inactividad física.

1.7.1 Tabaquismo

Según datos del ECS, 29.9 por ciento de la población de Puerto Rico mayores de 17 años ha fumado alguna vez en la vida **(Cuadro 16)**. Un 14.7 por ciento fuma en la actualidad y esa proporción es dos veces mayor en los varones (21.3%) que entre las mujeres (9.6%) **(Cuadros 17 y 18)**. Un 62 por ciento de los fumadores habituales expresa tener intención de dejar de fumar.

Cuadro 16: Distribución de Por cientos de la Población Mayores de 17 Años que Ha Fumado Alguna Vez en la Vida, Puerto Rico, 2002

Ha fumado	Frecuencia	Por ciento
Sí	831,270	29.88
No	1,944,228	69.88
No Determinado	6,908	0.25
Total	278,2406	100

Fuente: Departamento de Salud, Estudio Continuo de Salud, 2002.

Cuadro 17
Distribución de Por Cientos de la Población Mayores de 17 Años que Fumaba al Momento de la Entrevista. Puerto Rico, 2002

Fuma al presente	Frecuencia	Por ciento
Si	408,251	14,67
No	2,363,273	84,94
No Determinado	10,882	0,39
Total	2,782,406	100

Fuente: Departamento de Salud, Estudio Continuo de Salud, 2002.

Cuadro 18
Distribución de Por Cientos de la Población Mayores de 17 Años que Fumaba al Momento de la Entrevista por Género Puerto Rico, 2002

	Fuma al Presente			
Género	**Sí**	**No**	**No Determinado**	**Total**
Masculino	21.31	78.09	0.60	100
Femenino	9.56	90.23	0.21	100

Fuente: Departamento de Salud, Estudio Continuo de Salud, 2002.

1.7.2 Consumo de alcohol

Los datos del ECS reflejan que aproximadamente un 16 por ciento de la población mayor de 17 años consumió 5 tragos o más al menos un día durante el último año **(Cuadro 19)**. Los varones tienden a consumir alcohol en una proporción tres veces y media mayor que las mujeres **(Cuadro 20)**.

Cuadro 19
Distribución de Por Cientos de la Población Mayores de 17 Años que Tomó cinco Tragos o más en un Día Durante los Pasados 12 Meses Puerto Rico, Año 2002

Pasados 12 meses 5 tragos en un día	Frecuencia	Por ciento
Sí	436,468	15.69
No	2,325,120	83.57
No Determinado	20,817	0.75
Total	2,782,406	100

Fuente: Departamento de Salud, Estudio Continuo de Salud, 2002.

Cuadro 20
Distribución de Por Cientos de la Población Mayores de 17 Años que Tomó cinco Tragos o más en un Día Durante los Pasados 12 Meses por Género, Puerto Rico, Año 2002

	Pasados 12 meses 5 tragos en un día			
Género	**Sí**	**No**	**No Determinado**	**Total**
Masculino	25.38	73.73	0.89	100
Femenino	7.16	92.22	0.62	100

Fuente: Departamento de Salud, Estudio Continuo de Salud, 2002.

1.7.3 Nutrición

Cuando se examina la cifra de las personas que mantienen algún régimen de dieta, solo el 19.3 por ciento indica que sí lo hacen, siendo las mujeres las más propensas a cuidar su dieta **(Cuadros 21 y 22)**.

Cuadro 21: Distribución de Por cientos de Población que Mantiene Algún Régimen de Dieta, Puerto Rico, Año 2002

Régimen de Dieta	Frecuencia	Por ciento
Sí	746,029	19.3
No	3,104,101	80.5
No Determinado	8,676	0.2
Total	3,858,806	100

Fuente: Departamento de Salud, Estudio Continuo de Salud, 2002.

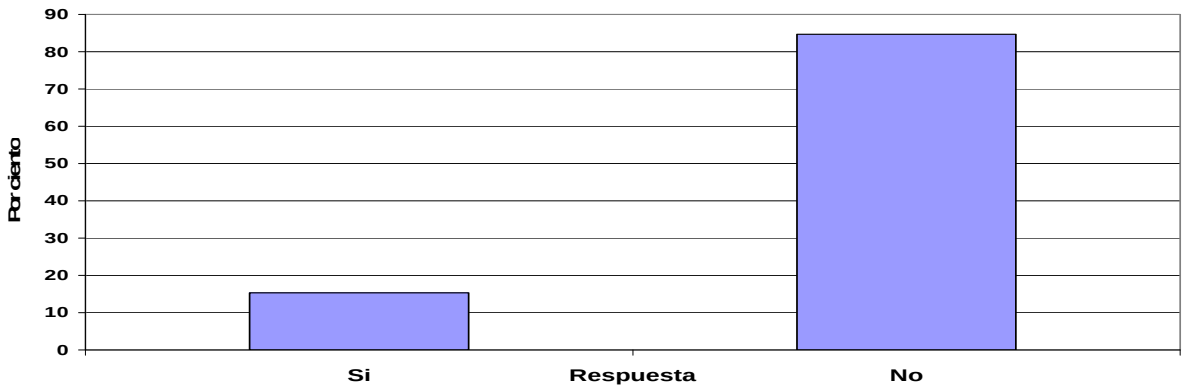
Cuadro 22: Distribución de Por Cientos de Población que Mantiene Algún Régimen de Dieta por Género, Puerto Rico, Año 2002

Género	Dieta			Total
	Sí	No	No Determinado	
Masculino	16.5	83.3	0.2	100
Femenino	22.0	77.8	0.2	100

Fuente: Departamento de Salud, Estudio Continuo de Salud, 2002.

Por otro lado, datos del BRFSS del 2003 revelan que solo un 15,3 por ciento de la población informó consumir cinco (5) porciones o más de frutas y vegetales al día **(Gráfico 24)**.

Gráfico: 24 Por Ciento de la Población que Consumio Cinco Porciones o más de Frutas y Vegetales en un Día, Puerto Rico 2003



Fuente: BRFSS

1.7.4 Obesidad y sobrepeso

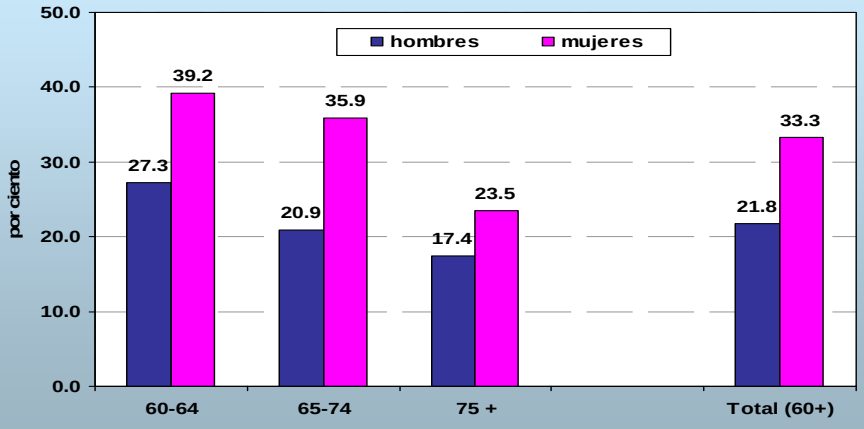
La nueva epidemia del siglo XXI es la obesidad y el sobrepeso. Se estima que esta condición ha reemplazado al cigarrillo como el principal factor contribuyente de mortalidad prevenible. A medida que aumenta su prevalencia, se reduce la expectativa de vida entre las personas obesas o con sobrepeso. Los datos del BRFSS para el año 2002 indican que cerca del 63 por ciento de las personas en Puerto Rico padecen de sobrepeso. Esta cifra se ha mantenido

sobre 60 por ciento en los últimos años. Puerto Rico figura como la tercera jurisdicción entre los territorios y estados de Estados Unidos en ese indicador.

Un Informe del Programa WIC revela que entre los niños de 3 a 5 años matriculados en *Head Start*, el 7.7 por ciento fue catalogado como obeso. Aquellos niños obesos y con sobrepeso, tienen mayor probabilidad de desarrollar problemas ortopédicos, neurológicos, respiratorios y vesiculares, así como padecer de diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia, además de sufrir problemas sicológicos, emocionales y sociales.

El sobrepeso y la obesidad son también factores de riesgo importantes entre la población de adultos mayores. Datos del Proyecto PREHCO para el 2002-2003 indican que un 33 por ciento de la población de mujeres de 60 años o más tenían un Índice de Masa Corporal (BMI) de 30 o más. Treinta y nueve por ciento de las mujeres entre 60 y 64 años tenían un BMI de 30 o más y la cifra para los hombres era 27 por ciento **(Gráfico 25)**.

Gráfico 25 **Por ciento de personas de 60 años o más que presentó un Indice de masa corporal (BMI) de 30 o más, por grupo de edad y género, Puerto Rico: 2002-2003.**



Fuente: Proyecto PREHCO

1.7.5 Actividad física

El ECS también recoge datos de las personas de 17 años o más que mantienen algún régimen de ejercicio. Solo un 16.1 por ciento de los habitantes de la Isla informa alguna actividad física en forma de ejercicio **(Cuadro 23)**. Los hombres tienden a informar que realizan ejercicios en una proporción ligeramente mayor que las mujeres **(Cuadro 24)**.

Cuadro 23
Distribución de Por cientos de Población que Mantiene Algún Régimen de Ejercicio, Puerto Rico, Año 2001

Régimen de Ejercicio	Frecuencia	Por ciento
Sí	621,778	16.1
No	3,228,352	83.7
No Determinado	8,676	0.22
Total	3,858,806	100

Fuente: Departamento de Salud, Estudio Continuo de Salud, 2002.

Cuadro 24
Distribución de Por cientos de Población que Mantiene Algún Régimen de Ejercicio por Género, Puerto Rico, Año 2002

Género	Ejercicio			Total
	Sí	No	No Determinado	
Masculino	17.48	82.29	0.23	100
Femenino	14.85	84.93	0.22	100

Fuente: Departamento de Salud, Estudio Continuo de Salud, 2002.

1.7.6 Salud Oral

Llevan a cabo un análisis de la salud oral de los puertorriqueños resulta una tarea sumamente difícil. Difícil porque durante décadas, los estudios epidemiológicos que se han llevado a cabo en la Isla, han sido esporádicos y no existen estudios longitudinales que permitan tener un cuadro completo y preciso de esta situación. No obstante, es menester resaltar el papel relevante que juega la salud oral en la salud general del individuo y por ende, en su calidad de vida. Correlaciones entre la salud oral y condiciones sistémicas tales como: enfermedades cardiovasculares, diabetes, asma y la propensidad a abortos espontáneos, han sido ampliamente discutidas en la literatura.

Según datos del BRFSS para el 2002, cerca de un 73 por ciento de la población de Puerto Rico visitó al dentista o una clínica dental en el último año previo a la entrevista **(Gráfico 26)**. Al mismo tiempo, un 76.7 por ciento de los entrevistados telefónicamente indicaron haberse hecho una limpieza dental durante el último año **(Gráfico 27)**. Por otro lado, un 21.7 por ciento de la población informó haber perdido seis (6) dientes o más debido a cariado o enfermedad periodontal **(Gráfico 28)**.

Gráfico 26: Por Ciento de Personas que Visitaron al Dentista en el Último Año por Cualquier Motivo, Pueto Rico, 2002

Gráfico 27: Por Ciento de Personas que se Hicieron una Limpieza Dental Durante el Último Año Puerto Rico, 2002

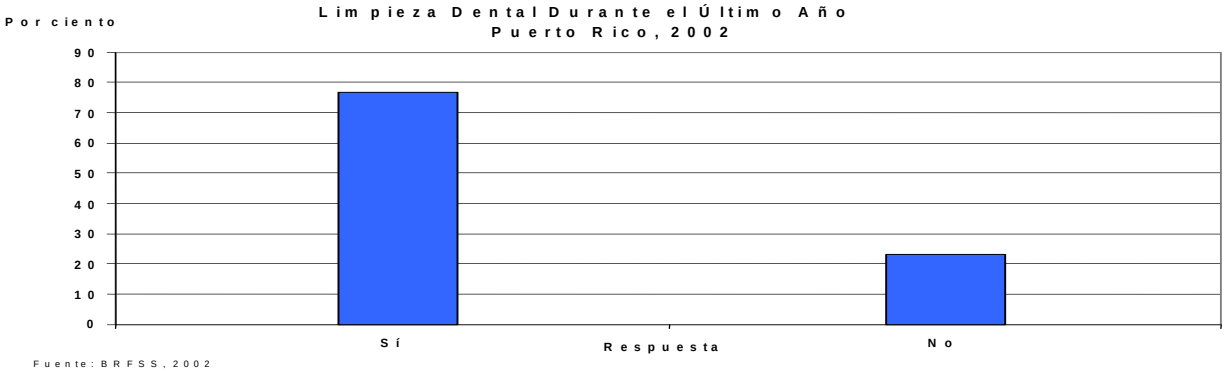
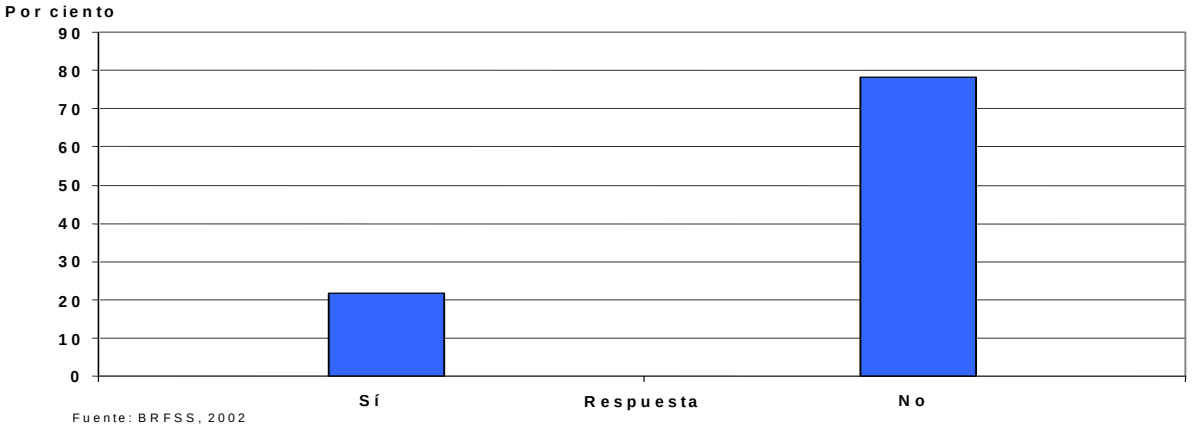


Gráfico 28: Por Ciento de la Población que Han Perdido Seis o Mas Dientes Debido a Enfermedad Periodontal o Cariado Puerto Rico, 2002



Al comparar las estadísticas de condiciones relacionadas con los estilos de vida como lo son el cáncer oral y de faringe, con las estadísticas para estas mismas condiciones en Estados Unidos, estas resultan alarmantes. En Puerto Rico la incidencia de cáncer oral se encuentra entre las más altas al compararlas con las de Estados Unidos. La incidencia de cáncer oral y de faringe en Puerto Rico era de 9.1 por cada 100,000 habitantes en el año 2000. La tasa era de 14.9 para los hombres y 4.3 para las mujeres **(Cuadro 25)**. Otros datos revelan que la incidencia de cáncer oral en hombres puertorriqueños es mayor que la observada en hombres blancos que viven en Estados Unidos. Según Young (1997), durante los años 1988-92, la incidencia por año de cáncer orofaríngeo fue 40 por ciento mayor en hombres puertorriqueños (16.8/100,000); al compararla con los hombres blancos que viven en Connecticut (12/100,000); y 105 por ciento mayor en hombres blancos de descendencia no-hispánica.

Cuadro 25: Tasa de Incidencia de Cáncer por Sexo y Año de Diagnóstico Puerto Rico 1998-2000* **

Lugar Primario	Sexo	1998		1999		2000	
		Tasa	**Cantidad**	**Tasa**	**Cantidad**	**Tasa**	**Cantidad**
Cavidad Oral y Faringe	Hombre	14.7	265	16.4	299	14.9	274
	Mujeres	3.8	74	5	98	4.3	85
Labios	Hombre	0.7	13	0.9	17	0.9	17
	Mujeres	0.2	3	0.2	3	0.1	2
Lengua	Hombre	3.2	58	3.7	67	3.4	63
	Mujeres	0.8	16	1.3	25	1.3	26
Glandulas Salivares	Hombre	0.8	15	0.7	13	1	18
	Mujeres	0.5	10	0.6	11	0.5	10
Piso de la Boca	Hombre	1.3	23	0.8	15	1.4	26
	Mujeres	0.1	2	0.4	7	0.2	4
Encía u otras partes de la Boca	Hombre	3.3	60	3.2	59	2.9	54
	Mujeres	1.2	23	1.5	29	1	20
Nasofaringe	Hombre	0.9	16	0.7	13	0.6	11
	Mujeres	0.3	6	0.3	5	0.1	2
Amígdala	Hombre	1.2	21	2.5	46	1.6	30
	Mujeres	0.2	4	0.4	7	0.5	9
Orofaringe	Hombre	0.4	8	0.8	14	0.7	13

Lugar Primario	Sexo	1998		1999		2000	
		Tasa	**Cantidad**	**Tasa**	**Cantidad**	**Tasa**	**Cantidad**
	Mujeres	0.1	2	0.1	1	0.2	3
Hipofaringe	Hombre	1.9	35	2.1	38	1.6	29
	Mujeres	0.2	3	0.3	6	0.4	7
Otras cavidades bucales y faringe	Hombre	0.9	16	0.9	17	0.7	13
	Mujeres	0.3	5	0.2	4	0.1	2

***Casos Confirmados**

****Tasas por 100,000.**

Fuente: Departamento de Salud, Registro Central de Cáncer de Puerto Rico, Datos preliminares, Agosto 2004.

Estudios realizados en la población de 60 años y mayores en las égidas de Carolina y San Juan, sugieren que existe una necesidad de servicios preventivos con énfasis en la promoción de la salud y servicios restaurativos en este grupo poblacional. Según los resultados de este estudio, el 90 por ciento de las personas en égidas de San Juan visitaron al médico en el pasado año y de estos solo el 40 por ciento informó haber visitado al dentista en el pasado año. De estos encuestados, el 33.9 por ciento visitó al dentista hace cinco (5) años. De aquellos encuestados en las égidas en la región de Carolina, el 80 por ciento informó haber visitado al médico en el último año versus el 30 por ciento haber visitado al dentista en el último año. De las personas encuestadas, el 37 por ciento de aquellos que viven en las égidas de San Juan versus el 33 por ciento de aquellos en las de Carolina, informaron que tenían problemas de masticado.

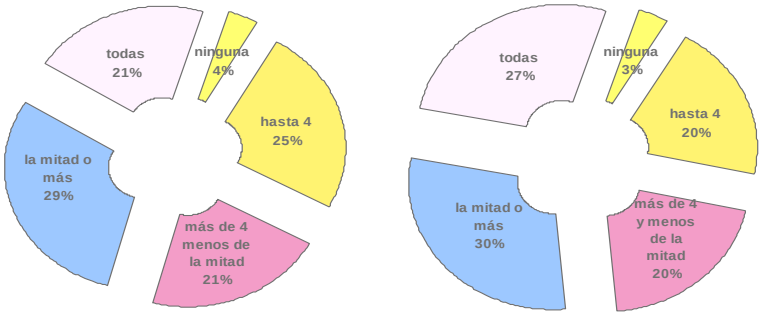
Los resultados de este estudio sugieren que existe una necesidad de servicios preventivos con énfasis en la promoción de la salud y servicios restaurativos. La necesidad de acceso, no simplemente el contar con un plan médico y una cobertura dental, es de vital importancia para esta población. Cabe señalar que en la cobertura dental del Plan de Salud del ELA, no provee para el reemplazo de dientes por dentaduras parciales o completas a esta población, que continúa desinformada en cuanto a su salud oral, cuya problemática va en ascenso.

En la población de escolares de 12 años, se encuentra que el DMFT o índice de dientes ausentes, cariados y obturados es de 3.7, o sea unas 2.5 veces más que el evidenciado en escolares de esa misma edad en Estados Unidos (un 1.4 de DMFT, encontrado en 1990), y uno de los más altos en el Caribe. Como se puede observar, aunque el índice de caries (DMFT) es uno de los índices comúnmente utilizados para determinar la salud oral de la población, no existen estudios comprensivos en la Isla de caries dentales, razón por la cual la prevalencia de estas es desconocida. Es importante señalar que el costo social de esta enfermedad es bien alto. En Estados Unidos, algunos de los estimados del impacto económico en la sociedad para el año 2000 suman $60 billones en costos dentales y $51 millones el costo en horas perdidas de escuela (*U.S. Department of Health and Human Services, 2000*).

No se puede relacionar esta incidencia de caries solamente con el no consumir agua fluoridada, ya que este programa no existe desde los años 80, y en muestras de agua tomadas alrededor de la Isla, estas no contienen flúor en cantidades significativas para tener efecto preventivo en las caries dentales.

Gráfico 29

48: Distribución porcentual de las personas de 60 años según el estado de su dentadura* por género Puerto Rico: 2002-2003.



	hombres	mujeres
tienen dificultad para masticar la comida	20.9	22.8

* número de piezas que faltan Fuente: Proyecto PREHCO

Datos del Proyecto PREHCO para la población de adultos mayores de 60 años revelan que en el grupo de 60 a 64 años, a más de cuarenta por ciento de estos les falta la mayoría o todos los dientes. Esta proporción aumenta rápidamente con la edad y en el grupo de 75 años o más sobrepasa el setenta por ciento. Por otra parte, el 3.4 por ciento de los adultos mayores de 59 años cuentan con todas sus piezas y no se observan diferencias por género. **(Gráfico 29)**. El 60.4 por ciento de las personas mayores tienen puentes, dientes o dentadura postiza y el 93.3 por ciento los usan. Cerca de 22 por ciento tiene dificultad al masticar, proporción que no parece variar ni por edad ni por género.

1.7.7 Salud Ocupacional

La salud ocupacional se define como el mantenimiento de la salud del trabajador. Tiene como objetivo proteger al trabajador de los factores de riesgo, definidos como características físicas y ambientales generadas en el medio ambiente laboral y que aumentan la posibilidad de una lesión o enfermedad. La salud ocupacional parte del principio inalienable de que todas las personas tienen el derecho a disfrutar de un estado de salud balanceado en su medio ambiente laboral.

Los factores de riesgo que preocupan a los profesionales de la salud ocupacional son aquellos de naturaleza química, física, biológica, sico-social y los creados por falta de procesos ergonómicos. Estos factores se definen como:

- Factores de riesgo químicos: se caracterizan como aquellos producidos por la presencia de concentraciones peligrosas de polvo, gases, vapores, humo, atomizados y sustancias químicas tóxicas en el área del trabajo.

- Factores de riesgo físicos: son aquellos producidos por la presencia en el área de trabajo de niveles peligrosos de ruido, vibración, radiación electromagnética o ionizante, demasiada o poca iluminación, extremos de temperatura, superficies para caminar y de trabajo irregulares, maquinaria, equipo y herramientas inseguras o no apropiadas.

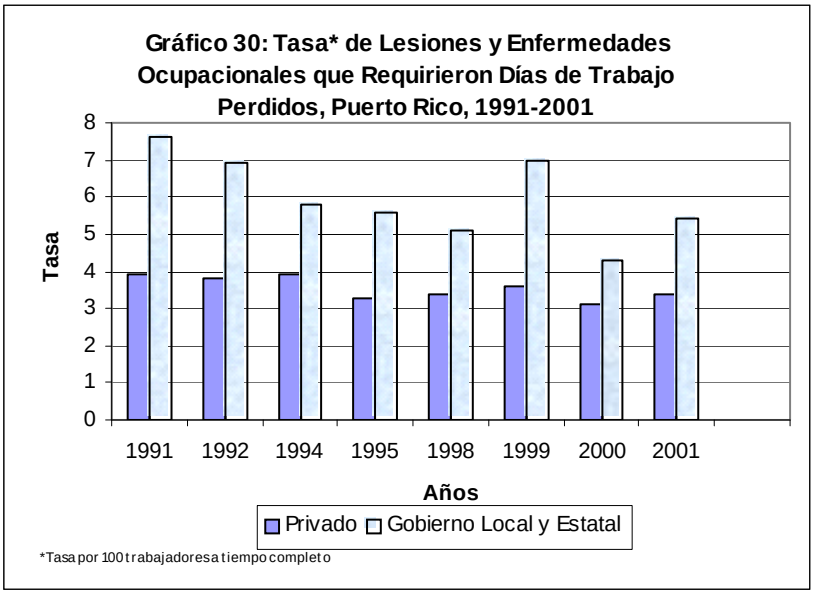
- Factores de riesgo biológicos: son aquellos causados por la presencia en el área de trabajo de virus, bacterias, parásitos, ácaros, hongos u otros organismos o microorganismos. También se incluyen los riesgos causados por toxinas o desechos metabólicos de organismos o microorganismos.

- Factores de riesgo sico-sociales: son aquellos riesgos causados por la presencia en el área de trabajo de condiciones tales como sobrecarga de trabajo, hostigamiento, responsabilidad excesiva por personas o propiedad, conflicto de roles, insatisfacción inseguridad laboral y hostilidad.

- Factores de riesgo por la falta de procesos ergonómicos: son aquellos causados por la falta de armonía entre los requisitos y demandas de las tareas, herramientas, diseño de áreas de trabajo y equipos con la capacidad postural, de fuerza y biomecánica del cuerpo humano.

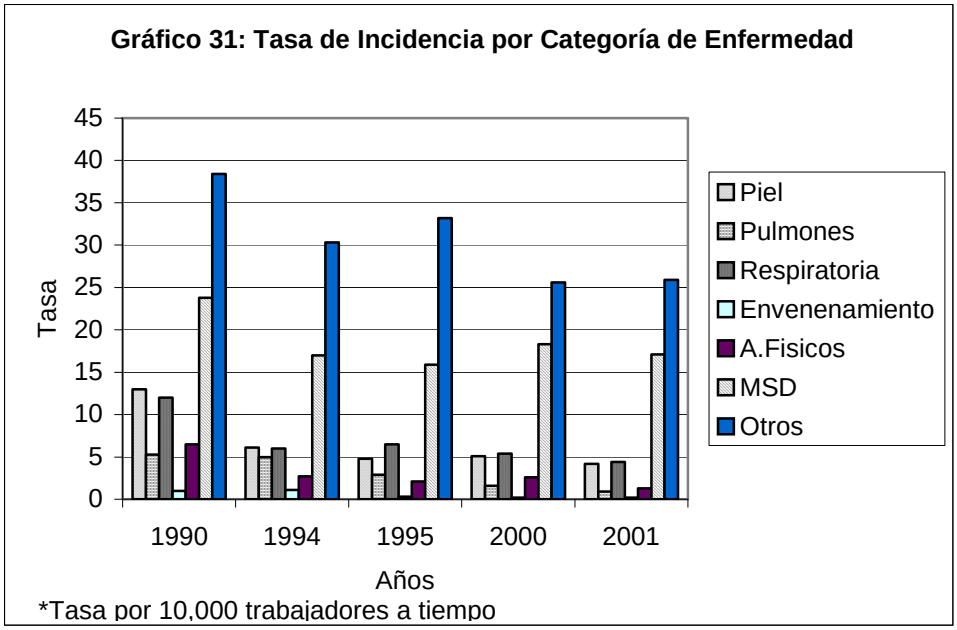
La evaluación de las estadísticas para desarrollar un perfil claro de la situación del estado de salud ocupacional en Puerto Rico es crucial y necesita mejoras en los sistemas de identificación, recopilación y análisis de datos en las entidades gubernamentales previamente mencionadas. En muchos casos, esta evaluación de tendencias se ve limitada por la falta de recopilación anual continua, pobre tecnología y los pocos indicadores que se recopilan de manera uniforme a través de los años.

1.7.7.1 Tendencias de las lesiones ocupacionales en la década de los 90



Fuente: Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, Departamento de Estadísticas del Trabajo/División de Estadísticas de Salud y Seguridad Ocupacional

El porcentaje de las lesiones que requirieron que los empleados se ausentaran de sus trabajos en el sector privado se ha mantenido prácticamente constante **(Gráfico 30)**. En el sector del gobierno municipal y estatal existen fluctuaciones. La tasa más baja en los casos que informaron días perdidos se registró en el año 2000. Esta reducción podría deberse al cambio en la normativa (*OSHA 200 a OSHA 300*) de registrar estos casos.



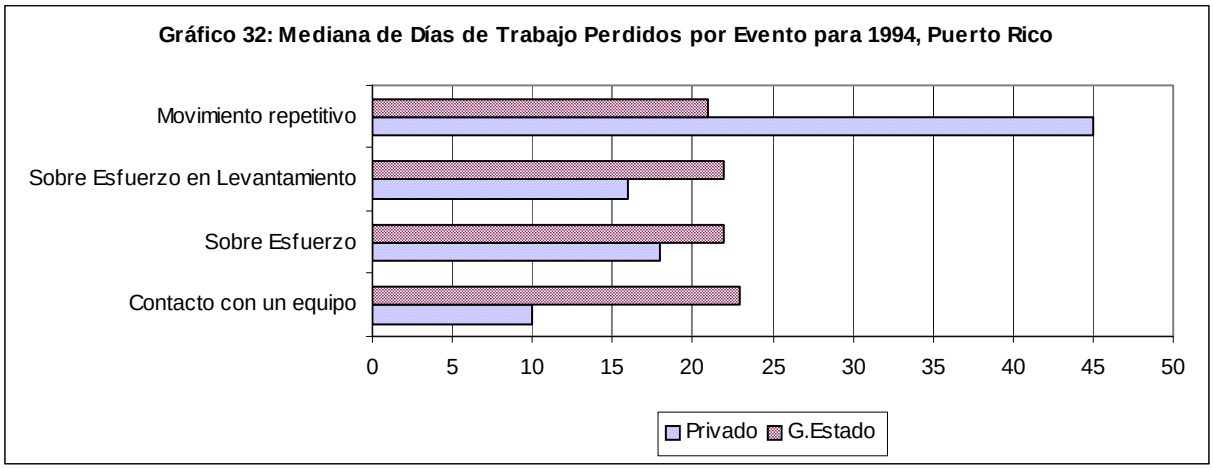
Fuente: Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, Departamento de Estadísticas del Trabajo/División de Estadísticas de Salud y Seguridad Ocupacional, 1990-2001.

La categoría denominada "otros" exhibe la incidencia más alta, aunque se observa una reducción de 39.0 en el 1990 a 25.0 en el 2001 **(Gráfico 31)**.

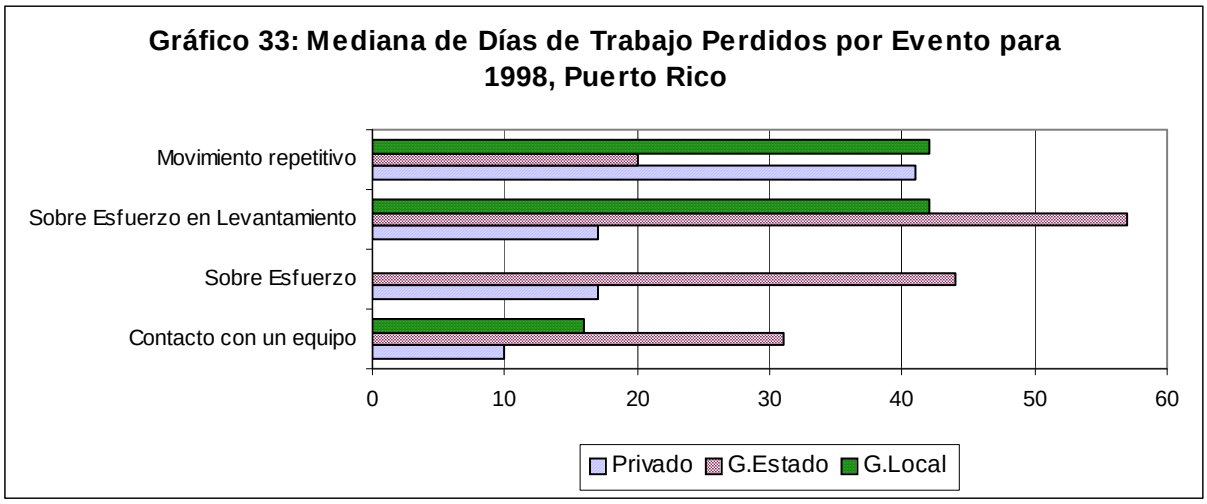
En segundo lugar se identifica la categoría de los desórdenes músculo-esqueléticos (MSD por sus siglas en inglés). Esta categoría se ha mantenido como la de mayor número de casos durante esta última década. Según se observa, la incidencia de estas lesiones bajó significativamente del quinquenio de 1990 (23.8) a 1995 (17.0). Sin embargo, la fluctuación a partir de ese año no ha sido sustancial y se ha mantenido como la causal mayor de lesiones ocupacionales en Puerto Rico.

Los desórdenes músculo-esqueléticos son aquellas heridas o lesiones sufridas en los tejidos del cuerpo producidas por fuerzas externas. Estas lesiones afectan el sistema cardiovascular, el sistema nervioso, y el sistema músculo-esquelético y ocurren gradualmente causado por estrés repetido sobre estos tejidos. Este estrés es la consecuencia de exposición a factores de riesgo tales como repetición, fuerzas extremas, posturas inadecuadas, herramientas y equipo vibratorio, contacto localizado y temperaturas extremas, las cuales son condiciones presentes en nuestro ambiente de trabajo.

Por otro lado, se observa una reducción en el número de casos en las demás categorías (condiciones de piel, respiratorias y pulmonares) a través de la década de los noventa. Aparentemente, las intervenciones de ingeniería para controlar y mitigar la exposición a riesgos químicos están dando resultados. Los riesgos químicos son la causal que normalmente se atribuye a este tipo de lesiones. En los Gráficos 32 al 34 se observan las consecuencias de la alta incidencia de las MDS identificadas en el Gráfico 31.



Fuente: Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, Departamento de Estadísticas del Trabajo/ División de Estadísticas de Salud y Seguridad Ocupacional, 1994.



F

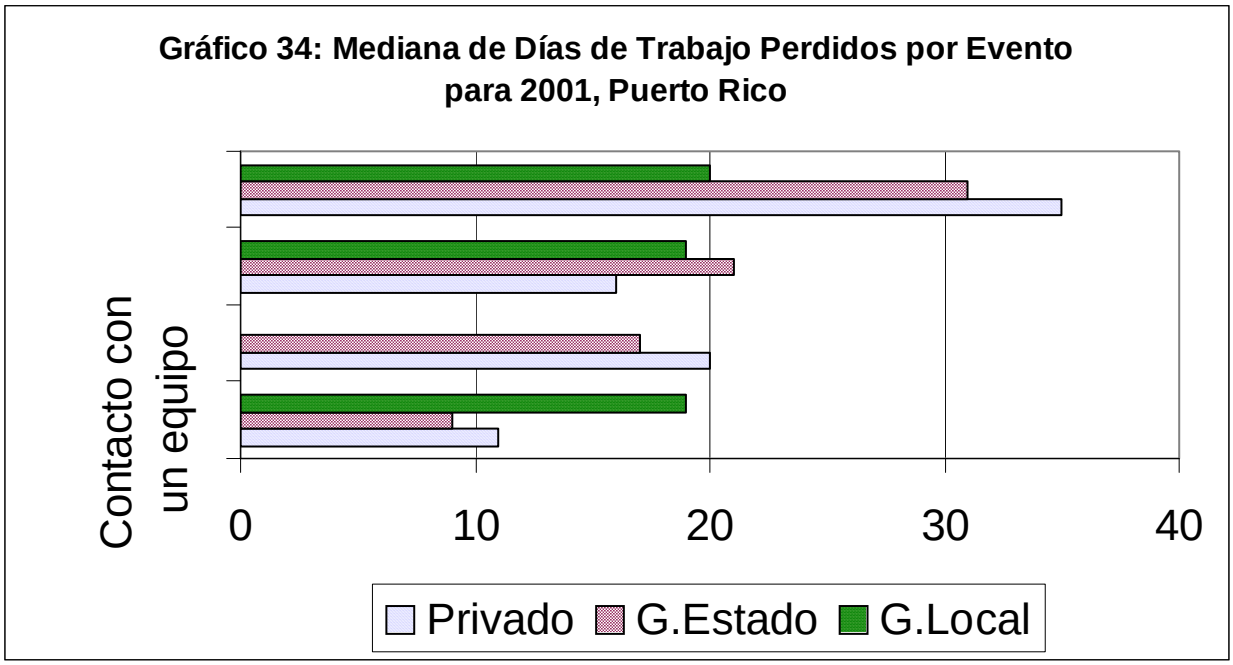
Fuente: Departamento del Trabajo y Recursos Humanos,
Departamento de Estadísticas del Trabajo/
División de Estadísticas de Salud y Seguridad Ocupacional, 1998.

Las lesiones ocupacionales que se relacionan con los factores de riesgo de MSD son clasificadas en el Departamento del Trabajo por eventos tales como movimientos repetitivos, sobre esfuerzo en levantamiento, sobre esfuerzo y contacto con un equipo.

Los informes de días de trabajo perdidos por estas lesiones en el Gráfico 32, indican que en el sector privado, el evento que ha causado la mayor cantidad de días perdidos es el movimiento repetitivo.

En los años 1994 al 2001 este sector informó un promedio de 35 a 45 días de trabajo perdidos. En el gobierno estatal se observan fluctuaciones en los eventos informados como los que causan la mayoría de los días de trabajo perdidos**.**

En 1994, todos los eventos exhibieron una cantidad de días perdidos muy parecida, entre 21 y 23 días. El Gráfico 33 indica que en 1998, sobre esfuerzo en levantamiento fue el evento que más días perdidos informó: 40 días.



Fuente: Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, Departamento de Estadísticas del Trabajo/ División de Estadísticas de Salud y Seguridad Ocupacional, 2001.

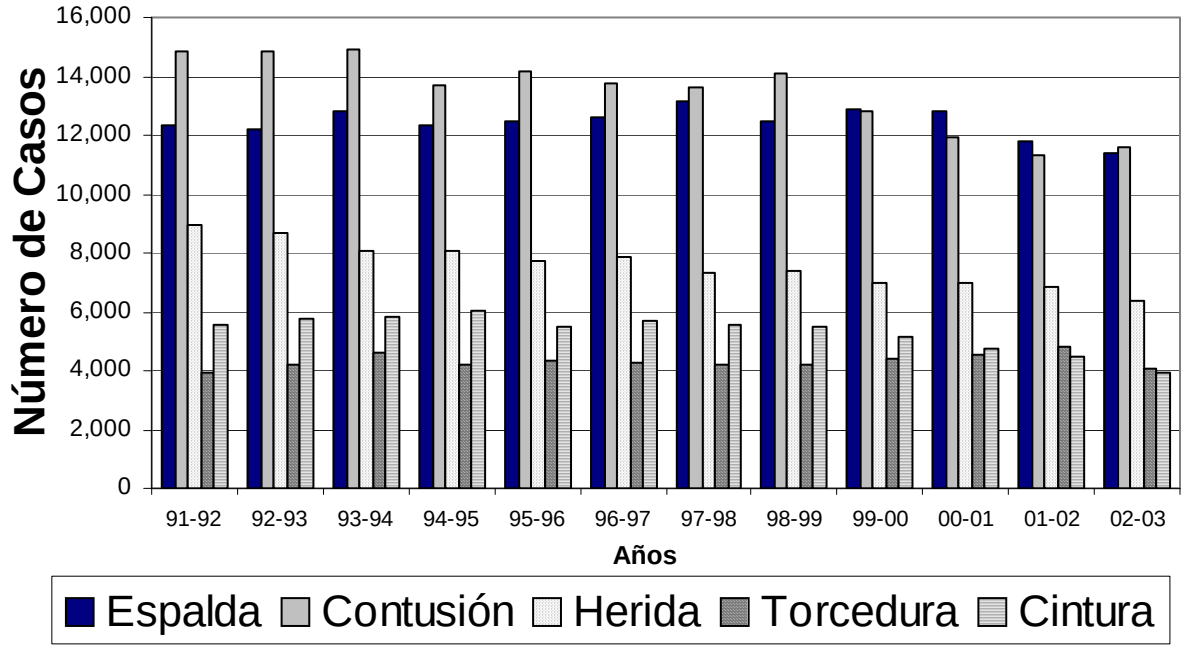
Según se observa en el Gráfico 34, en el 2001 los empleados en el gobierno estatal informaron 31 días de trabajo perdidos debido a movimientos repetitivos.

Al nivel del gobierno local (municipios) los informes de lesiones comienzan en 1998. Los eventos con mayor cantidad de días perdidos este año son los movimientos repetitivos y sobre esfuerzo en levantamiento. En el 2001, el gobierno local informó prácticamente la misma cantidad de días perdidos en todos los eventos (entre19-20 días).

El proceso del manejo de las lesiones ocupacionales en Puerto Rico comienza en el lugar de trabajo, cuando los empleados son atendidos en los dispensarios de las organizaciones o de sus contratistas. La gran mayoría de estas lesiones ocupacionales son informadas a la Corporación del Fondo del Seguro del Estado para determinar su relación con el trabajo y el tratamiento a seguir.

Llama la atención que el Departamento del Trabajo identifica el sobre esfuerzo y sobre esfuerzo en levantamiento como dos de los cuatro tipo de lesiones que más tiempo de trabajo perdido requieren, y el impacto que estos movimientos tienen sobre los músculos de la espalda. El Gráfico 35 identifica la cantidad de casos radicados en el Fondo en los últimos 12 años. Al comparar las estadísticas se observa que los casos que más se informan al Fondo son los concernientes a la espalda y las contusiones. El número de casos de espalda y contusiones que se informan anualmente son de 12,000 a 15,000 casos. La relación entre ambos informes es importante y sugiere un proceso bien intenso de análisis sobre los tipos de tareas que podrían estar causando estas lesiones y evaluar las condiciones en que se llevan a cabo las tareas para prevenir dichas lesiones.

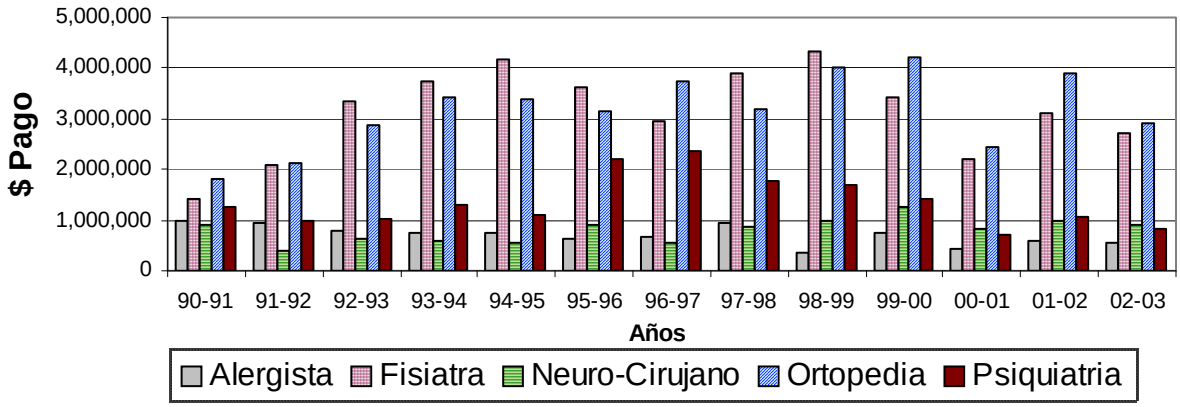
Gráfico 35: Total de Casos Radicados al Fondo por Año 1991-2003, Puerto Rico



Fuente: Corporación del Fondo del Seguro del Estado, Informe Número de Casos Radicados 1991-92 al 2002-03.

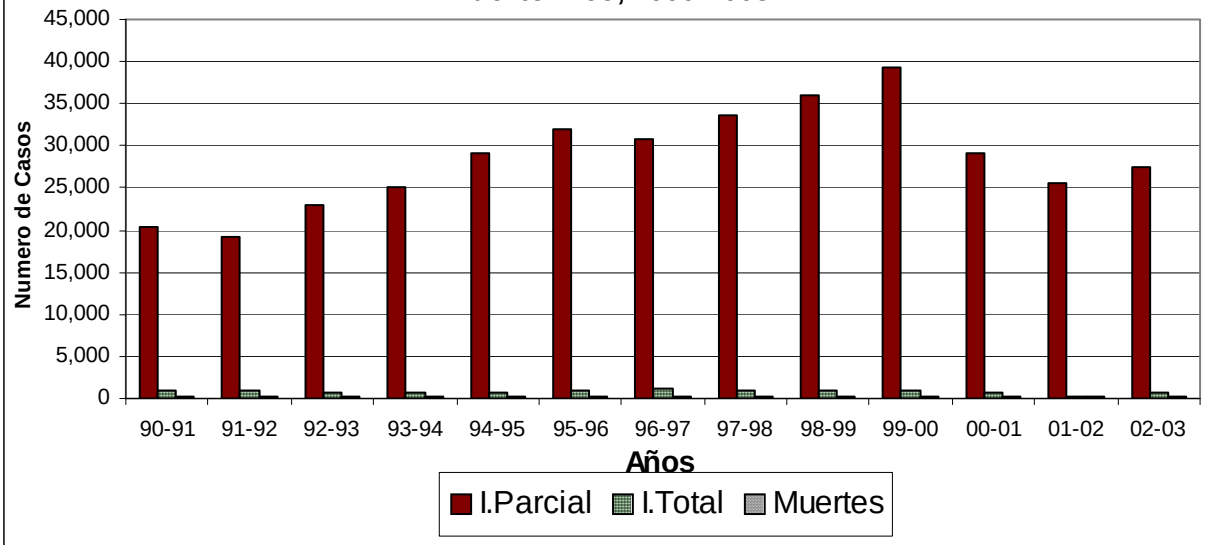
Los pagos a profesionales según se presenta en el Gráfico 36 también apoyan la idea de que la espalda aparenta ser una de las lesiones de mayor preocupación. Al describir los pagos efectuados a los profesionales de la salud a donde el Fondo refiere casos, los Fisiatras y Ortopedas son las especialidades donde se ubican los mayores gastos médicos. Esta tendencia se ha mantenido por los pasados trece años.

Gráfico 36: Pagos de CFSE a Profesionales de la Salud Puerto Rico, 1990-2003



Fuente: Corporación del Fondo del Seguro del Estado, Pagos a Profesionales 1990-2003.

Gráfico 37: Incapacidad Otorgada por Año
Puerto Rico, 1990-2003



Fuente: Corporación del Fondo del Seguro del Estado, Número de Incapacidades 1990-2003.

El número de incapacidades anuales adjudicadas por el Fondo presenta estadísticas alarmantes. Las fluctuaciones observadas no reflejan una tendencia que indique que la cantidad de casos esté desacelerando. **(Gráfico 37)**

1.8. Salud Correcional

1.8.1 Enfermedades transmisibles e infectocontagiosas

El Programa de Servicios de Salud Correccional (PSSC) del Departamento de Salud de Puerto Rico es el único proveedor de cuidados de salud que ofrece servicios médicos a los confinados en Puerto Rico. El PSSC recopila, tabula, analiza e informa a la División de Epidemiología del Departamento de Salud los casos de las enfermedades de notificación obligatoria en sus categorías correspondientes (categorías I, II y III). Según datos del PSSC, la enfermedad entérica de mayor frecuencia informada desde el 1999 al 2002 es la gastroenteritis **(Cuadro 26)**.

Cuadro 26: Enfermedades de Notificación Obligatoria, Programa de Salud Correccional, Puerto Rico, 1999-2002

Enfermedades	1999	2000	2001	2002
Clamidia	142	178	109	112
Conjuntivitis	165	69	165	108
Condiloma	7	4	3	8
Escabiosis	1079	881	607	542
Gastroenteritis	39	18	61	75
Gonorrea	43	53	45	40
Herpes	125	66	33	53
Impetigo	14	24	7	15
Ladilla	9	7	12	1

Enfermedades	1999	2000	2001	2002
Pediculosis	45	42	46	31
Rubella	7	1	2	0
Sífilis primaria	29	29	26	16
Sífilis secundaria	185	212	73	63
Sífilis latente temprana	-	44	23	87
Salmonelosis	1	2	0	0
Verruga genital	13	6	18	11
Varicela	96	27	27	20

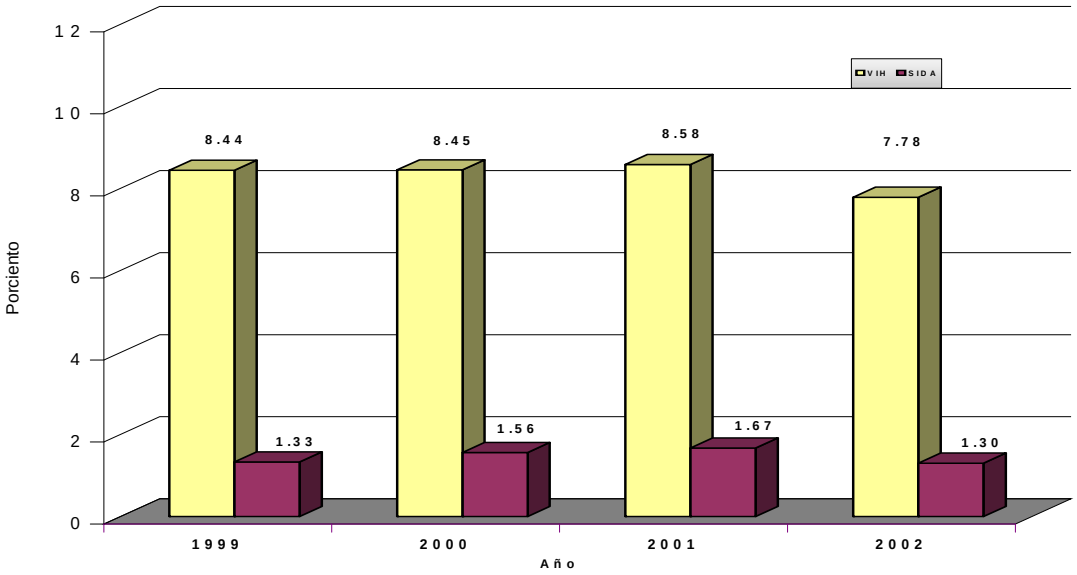
Fuente: PSSC, Control de Infecciones, 1999-2002.

1.8.2 Enfermedades de transmisión sexual

1.8.2.1 SIDA

En el PSSC, la distribución de los casos VIH+ y SIDA por institución correccional y riesgos de comportamiento son indicadores del curso de la epidemia. Esto describe el comportamiento de las personas a riesgo, los efectos de la epidemia en la mortalidad y las tendencias en los patrones de infección. El 80 por ciento de los confinados admitidos en el sistema correccional aceptan realizarse la prueba para detectar el VIH. Durante el año 1999, se informó un total de 164 casos diagnosticados con SIDA, un 1.3 por ciento y 1,125 casos fueron VIH+ o 8.4 por ciento **(Gráfico 38)**. Para el 2000, se informaron 164 casos de SIDA (1.6%) y 1,051 casos VIH+ (8.4). En el 2001, se puede observar un aumento en los casos de SIDA a 183 (1.7%) y 1,052 casos VIH+ (8.6%) y para el 2002 se reportaron 180 casos de SIDA (1.3%) y 1,154 casos VIH+ , o sea, un 7.8 por ciento.

Gráfico 38
Por Ciento VIH +/ SIDA en Confinados
Programa de Salud Correccional 1999-2002



Fuente: PSSC, Control de Infecciones, 1999-2002.

Durante el periodo de 1999 al 2002, se informaron 91 defunciones por SIDA en el sistema correccional **(Cuadro 27)**. Para el año 1999, se informaron 27 muertes por SIDA para un 38 por ciento del total de muertes, 12 casos en el 2000 para un 25 por ciento. En el 2001, se registró un total de 24 casos para un 42.9 por ciento y en el 2002, hubo un total de 18 muertes para un 24.7 por ciento. Estos datos reflejan una disminución en la mortalidad por SIDA en el sistema correccional del país en los últimos años, que coincide con el inicio de la utilización de las nuevas drogas antirretrovirales y los inhibidores de proteasas.

Cuadro 27: Tasa de Mortalidad de Confinados por SIDA, Puerto Rico, 1999 a 2002

Año	Número de Muertes por SIDA	Tasa (%)
1999	27	5,52
2000	12	3,86
2001	24	4,57
2002	18	5,27

Fuente: PSSC, Control de Infecciones, 1999-2002.

1.8.2.2 Sífilis

La tendencia reflejada en el número de casos de sífilis primaria informados ha ido en descenso, de un total de 30 casos informados en el 1999 a 16 casos informados en el 2002. El grupo de edad con el mayor número de casos lo fue el de 20 a 24 años. De igual manera, se observa un descenso en los casos de sífilis secundaria. En el año 2000 hubo un total de 213 casos, reduciéndose a 63 casos en el 2002.

En cuanto a la sífilis latente temprana, se observó un cambio en la tendencia, donde del año 2000 al 2001 disminuyó el informe de casos, de un total de 44 a 23. Sin embargo, para el año 2002 aumentó el número de casos informados a 87. Cabe señalar que el aumento para este año, se puede atribuir al cambio ocurrido en la definición de caso de sífilis sugerido por el CDC al Departamento de Salud.

En cuanto a los casos de sífilis latente tardía, se observa una tendencia lineal entre el año 2000 al 2001, pero para el 2002 esta aumentó a 51 casos informados.

1.8.2.3 Hepatitis

Desde el año 1999 al 2002, se observa un descenso en la incidencia de los casos de hepatitis. Esta disminución en los tres tipos de hepatitis informados ha sido más marcada para el tipo A y B. En el caso de la Hepatitis C, esta experimentó un aumento en el año 2001 a 2,088 casos, sin embargo, llegó a su nivel más bajo en el 2002 para el período reportado **(Cuadro 28)**.

Cuadro 28
Total Casos Nuevos Hepatitis A, B y C en Confinados Programa Salud Correccional, Puerto Rico, 1999-2002

Año	Tipo de Enfermedad		
	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C
1999	125	174	1963
2000	29	19	1710
2001	77	30	2088
2002	19	51	1547

Fuente: PSSC, Control de Infecciones, 1999-2002

1.8.3 Enfermedades inmunoprevenibles

El PSSC realiza un esfuerzo continuo en campañas de vacunación, donde se ofrecen vacunas contra la influenza, neumonía, Tb y hepatitis A y B. Para el periodo de 1999 al 2002, no se han informado casos de tétano ni difteria. Además se observa que los casos de hepatitis A y B han disminuido durante este periodo, ya que los esfuerzos realizados en la investigación epidemiológica llevan al PSSC a educar, vigilar y vacunar a los contactos de estos casos, previniendo dichas enfermedades.

1.8.3.1 Tuberculosis

Desde principios del siglo 20, la mortalidad por tuberculosis ha ido descendiendo en forma continua. Las mejoras en tiempos modernos en renglones tales como condición de vivienda y alimentación, han contribuido a este descenso. Este descenso en mortalidad ha sido acompañado además por un descenso en la incidencia de la enfermedad. La identificación temprana de los casos, los adelantos de la quimioterapia y la terapia observada directa, aceleraron esta tendencia de descenso en los últimos años. Sin embargo, la tuberculosis todavía representa uno de los mayores problemas de salud pública en todo el mundo.

- **Mortalidad por TB en Sistema Correccional**

Desde el año 1999 hasta el 2001, se observó un aumento en la mortalidad por Tb, de un 23 por ciento en 1999, a un 25 por ciento en el 2000, y a un 50 por ciento en el 2001. Para el 2002, se observó un descenso de un 16.7 por ciento.

Cabe señalar que la mayoría de los casos son informados del área de admisiones procedentes de la comunidad general. En estas áreas se realiza el discernimiento para esta condición, y luego de identificados, son referidos a hospitales con cuartos de aislamiento fuera de la institución correccional.

Cuadro 29
Confinados Diagnosticados con TB, por Género y Edad, PSSC, Puerto Rico 1999 a 2002

Fecha de Diagnóstico	Total	Género		Grupos de Edad		
		Masculino	Femenino	20-44	45-54	55+
1999	13	13	0	2	11	0
2000	8	8	0	3	5	0
2001	4	3	1	0	3	1
2002	6	5	1	0	5	1

Fuente: PSSC, Control de Infecciones, 1999-2002

- **Incidencia de tuberculosis**

Se observa que entre los años de 1999 al 2002 la incidencia de tuberculosis tuvo un descenso continuo. **(Cuadro 29)**. Este descenso precedió a la introducción de la Quimioprofilaxis y la Terapia Observada Directa (TOD).

La distribución de la tuberculosis por sexo se ha mantenido sin cambio durante los últimos años. Al igual que en la población general, la incidencia para el sexo masculino es mayor que la del sexo femenino. Para 1999, el 100 por ciento de los casos pertenecían al sexo masculino. Para el 2002 el 75 por ciento de los casos informados pertenecían al sexo masculino y el 25 por ciento al sexo femenino.

Según grupos de edad, la incidencia de tuberculosis incrementa según aumenta la edad (grupo de 45-64 años). Esto coincide con la descripción de la historia natural de la enfermedad y sigue el mismo patrón que en la población no institucionalizada. Desde 1999 al presente, no se han informado casos de tuberculosis resistente a múltiples drogas.

- **Tuberculosis/SIDA**

La nueva definición de caso de SIDA en el1993, ha contribuido al aumento en los casos de tuberculosis. Para 1999, de un total de 13 casos de TB activa, el 77 por ciento (10 casos) eran VIH positivo. En el año 2000, de un total de 8 casos, un 62.5 por ciento era VIH+. En el 2001, las cifras fueron 50 por ciento (2 casos) y para el 2002 un 33.3 por ciento (2 casos) fue VIH positivo, observándose una disminución. La mayoría de los casos de tuberculosis informados en el sistema se detectan en el área de admisiones procedentes de la comunidad general.

1.9. Población con impedimento

1.9.1 Tendencias

Los datos sobre la población con impedimentos por lo general son fragmentados. Esto se debe en parte a la ausencia de uniformidad en la definición del término “impedimento” y las condiciones que se incluyen bajo el mismo. A menudo se incluyen bajo este término condiciones crónicas, como por ejemplo, diabetes, artritis reumatoidea y Alzheimer, entre muchas otras, dado su relación con condiciones de impedimento en sus etapas avanzadas. En general, una condición de impedimento es aquella de duración mayor de un año, la cual requiere visitas al médico y a otros profesionales con mayor frecuencia que las personas que no tienen impedimento. Esta definición no contiene el elemento de funcionabilidad de la persona, por lo cual se ha señalado que requiere ser revisada.

Datos sobre la población con impedimentos en Puerto Rico pueden obtenerse de varias fuentes tales como: el Censo de Población del año 2000, el BRFSS y el ECS. En la forma larga del cuestionario del Censo, realizado en Puerto Rico en el año 2000, se incorporaron dos preguntas sobre impedimento, realizadas solamente a la población civil no institucionalizada de 5 años o más. Una de las preguntas (#16) mide impedimento sensorial y físico, y se realizó a una submuestra de la población de 5 años o más. Una segunda pregunta (#17), realizada solamente a la población de 16 años o más, mide impedimento mental y limitación en actividades del diario vivir, como cuidado propio, salir fuera de la casa y empleabilidad.

Según los datos recopilados por el Censo, un total de 934,674 personas de 5 años o más informaron tener algún impedimento, lo cual representa un 26.8 por ciento de la población total (3,482,047). Al realizar un análisis detallado por grupo de edad, un 6.9 por ciento del grupo de 5 a 15 años informó algún impedimento, informándose una mayor proporción de personas con impedimento mental, seguido del impedimento relacionado con el área sensorial. Para el grupo de 16 a 64 años, se informó un 26.8 por ciento con impedimento, con una mayor proporción de personas con impedimento en el área de empleo, salir fuera de la casa e impedimento físico. El grupo de 18 a 34 años informó un 18.8 por ciento de impedimento. Un 59.1 por ciento de la población de 65 años o más, informó algún impedimento, con una mayor proporción de impedimento físico y salir fuera de la casa **(Cuadro 30)**. Estos datos reflejan una tendencia de un número mayor de personas con impedimento, según aumenta su edad.

Cuadro 30
Proporción de Personas con Algún Impedimento Informado en el Censo 2000, Puerto Rico

Grupo de Edad	Proporción
5-15 años	6.9%
16-64 años	26.8%
65 años o más	59.1%
Total 5 años y mayores	26.8%

Fuente: Censo 2000, Junta de Planificación, 2000.

Un análisis de los datos del Censo de las personas con impedimento, según otras variables sociodemográficas como educación y empleo por género, refleja diferencias entre las personas con algún impedimento y las personas sin impedimento **(Cuadro 31)**. En términos de la preparación académica, las personas con impedimentos entre las edades de 18 y 34 años informaron un porcentaje menor de estudios graduados (15.2%) que las personas sin impedimentos (21.8%). En términos de empleo, un 28.3 por ciento de las personas con impedimento de 21 a 64 años de edad, informaron estar empleadas, mientras que un 46.7 por ciento de las personas sin impedimentos estaban empleadas. Una mayor proporción de hombres con impedimento (34.3%) estaban empleados comparado con las mujeres con impedimento (22.5%). Esto también se refleja en la población sin impedimento, donde los hombres empleados (57.1%) representan una mayor proporción que las mujeres empleadas (37.9%).

Cuadro 31
Proporción de Personas con y sin Impedimento por Variables Sociodemográficas, Puerto Rico 2000

Categoría	Con Impedimento	Sin Impedimento
Estudios graduados	15.2%	21.8%
Hombres	12.3%	19.1%
Mujeres	18.3%	24.1%
Empleado	28.3%	46.7%
Hombres	34.3%	57.1%
Mujeres	22.5%	37.9%

Fuente: Censo 2000

En la encuesta del *BRFSS* realizada en Puerto Rico en el 2001 y el 2002, se le preguntó a los encuestados si tuvieron alguna limitación debido a problemas físicos, mentales o emocionales. Para el año 2001, un 15.6 por ciento de la población indicó tener algún tipo de limitación, mientras que en el 2002 esta proporción fue de un 14.9 por ciento **(Cuadro 32)**. En ambos años, las mujeres informaron más limitaciones (16.6% en el 2001 y 15.8% en el 2002) que los hombres (14.4% en el 2001 y 13.9% en el 2002, respectivamente), debido a algún problema de salud. Tanto para el 2001 como para el 2002, la proporción de personas que informaron limitación en su actividad aumentó con la edad. Un 30 por ciento de las personas de 65 años y mayores indicaron alguna limitación, mientras que para el grupo de 18 a 24 años, la proporción es de menos de un 4 por ciento. Los problemas de salud más comunes informados entre las personas con alguna limitación fueron los problemas de la espalda (18.2%), seguido de los problemas emocionales, depresión y ansiedad (13%).

Cuadro 32
Proporción de Personas que Indicaron Algún Tipo de Limitación por Problemas de Salud por Sexo, Puerto Rico, 2001-2002

Categoría	Proporción de Personas con Limitación	
	Año 2001	Año 2002
Hombres	14.4%	13.9%
Mujeres	16.6%	15.8%
Total	15.6%	14.9%

Fuente: Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), 2001-2002.

Con relación al estado marital, más de un cuarto de los viudos (26% en el 2001 y 28.6% en el 2002) indicaron tener alguna limitación debido a un problema de salud. Proporciones similares se informaron en el grupo de personas retiradas. También se encontró que los encuestados con niveles de ingresos más bajos y de menor educación, tienden a informar altos niveles de impedimento. Más de una cuarta parte de las personas con ingresos anuales menores de diez mil dólares (27.2% en el 2001 y 26.8% en el 2002, respectivamente) informaron tener alguna limitación debido a un problema de salud.

En la encuesta del *BRFSS* también se le preguntó a los encuestados si tenían algún problema de salud que requiriera utilizar equipo especial como una muleta, silla de ruedas, o cama especial. Un total de 6.5 por ciento de los encuestados informaron utilizar este equipo al menos ocasionalmente, con proporciones similares para ambos géneros (6.8% mujeres y 6.1% hombres).

El ECS contiene preguntas sobre impedimento y limitación de actividad. Recientemente (Junio 2004) se presentaron los resultados de un estudio sobre condiciones de salud incapacitantes en Puerto Rico, realizado por estudiantes del laboratorio de comunidad de la Escuela Graduada de Salud Pública, con datos recopilados en el ECS para el año 2001. Se definió impedimento como una limitación de alguna actividad como producto de una condición asociada a deficiencia en el desarrollo, enfermedad crónica, desorden mental, lesión severa o impedimento.

Entre las condiciones incapacitantes estudiadas, las crónicas fueron las de mayor prevalencia (1,897 por cada 10,000 personas) seguida de impedimento (264 por cada 10,000), desórdenes mentales (253 por cada 10,000), condiciones asociadas a deficiencias en el desarrollo (98 por cada 10,000) y lesiones severas (41 por cada 10,000). Entre las enfermedades crónicas, el asma y la diabetes fueron las de mayor prevalencia, mientras que en los impedimentos, el

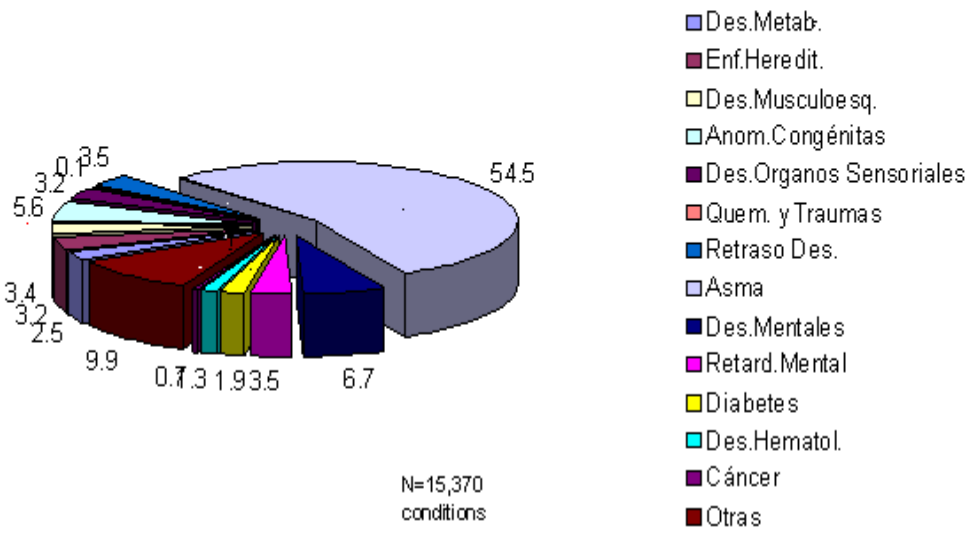
visual se informó con mayor prevalencia, seguido por el impedimento auditivo. Entre los desórdenes mentales, la depresión fue la condición más frecuente.

En el estudio también se determinó el grado de limitación y autopercepción del estado de salud por las condiciones incapacitantes. En las condiciones asociadas a deficiencias en el desarrollo, se encontró que un 49 por ciento de las personas informaron limitación significativa. Un 28 por ciento de estas personas informaron tener un estado de salud regular. Un 43 por ciento de las personas con la condición de depresión informaron limitación significativa y un 47 por ciento informó estar regular en su estado de salud.

En términos de utilización de servicios, un 18 por ciento de las personas que tenía algún desorden mental fueron hospitalizados por depresión, mientras que un 50 por ciento de las personas hospitalizadas que tenían algún impedimento, tenían ceguera como impedimento principal.

En la encuesta PININES (Proyecto de Identificación de Niños con Necesidades Especiales de Salud), se les pregunta a los padres, que solicitan o renuevan los servicios del Plan de Salud del ELA, si tienen algún miembro del grupo familiar menor de 21 años con una condición física, de desarrollo, de conducta o emocional, de más de un año de duración, que requiera visitas al médico o a otros profesionales de la salud, en mayor frecuencia que el resto de los niños de su edad. Más de la mitad de los niños elegibles al Plan del ELA informó tener asma como condición (54.5%), seguido de desórdenes mentales (6.7%), anomalías congénitas (5.6%) y retardación mental (3.5%). **(Gráfico 39)**.

Gráfico 39: Distribución Porcentual de las Condiciones Especiales de Salud en los Miembros de Familias Elegibles a la Reforma, PININES, Enero a Marzo de 2004



Fuente: Encuesta PININES, enero a marzo de 2004.

Datos del Departamento de Educación indican que se registró un total de 77,932 niños con algún tipo de impedimento entre las edades de 3 a 21 años. Más de la mitad de estos tuvieron como impedimento principal los problemas específicos de aprendizaje (52.8%), seguido de los problemas de habla y lenguaje (21.8%), retardo mental (14.3%), problemas crónicos de salud

(4.2%) e impedimentos múltiples (1.6%). Estas estadísticas reflejan un número alto de estudiantes que informan algún impedimento a nivel del sistema de educación pública del país.

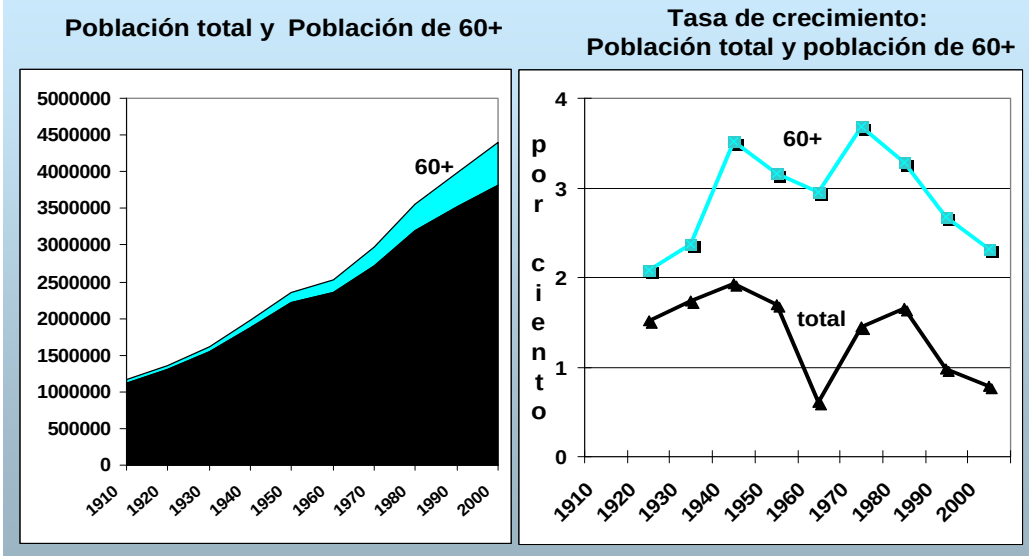
1.10 Población de adultos mayores (60 años en adelante)

La población de adultos mayores, comúnmente conocida como los "viejos", se define para propósitos de este análisis como las personas de 60 años o más. Para 1910, este grupo de edad representaba el 4 por ciento de la población de la Isla. Para 1950, el 6.1 de la población pertenecía a la cohorte de adultos mayores. No obstante, en el transcurso de cincuenta años, la proporción de personas mayores de 60 años incrementó dos veces y media, constituyendo el 15.4 por ciento de la población en el año 2000. Se espera que para el año 2020, uno de cada cinco habitantes del archipiélago de Puerto Rico se encuentre entre estos grupos de edad.

Según se observa en el Gráfico 40, la tasa de crecimiento de la población de adultos mayores de 60 años, ha sido consecuentemente más alta que la de la población total desde la década de 1920. El margen de diferencia en el ritmo de crecimiento en el año 2000 era de aproximadamente de 1.5 por ciento. Esto no solo representa un aumento relativo de esta población sino que el volumen de personas en estos grupos de edad también ha aumentado, debido en parte al aumento en la expectativa de vida de los puertorriqueños durante el siglo pasado.

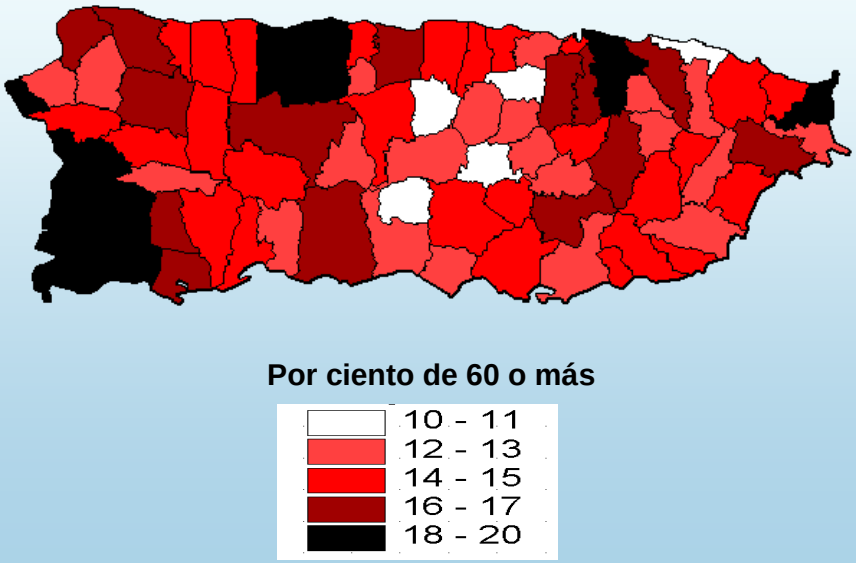
Según se observa en el mapa 3 que existen pequeños conglomerados de este grupo poblacional, particularmente en el área suroeste de la Isla, en municipios costeros como Cabo Rojo, Mayagüez, Lajas, en el Norte como Arecibo y San Juan, en el Este (Fajardo), y en el Centro de la Isla como Caguas, Cayey, Utuado, San Sebastián, entre otros.

Gráfico 40: : Población y Tasa de Crecimiento para la Población de 60 años y más, Puerto Rico 1910-2000



Fuente: Proyecto PREHCO

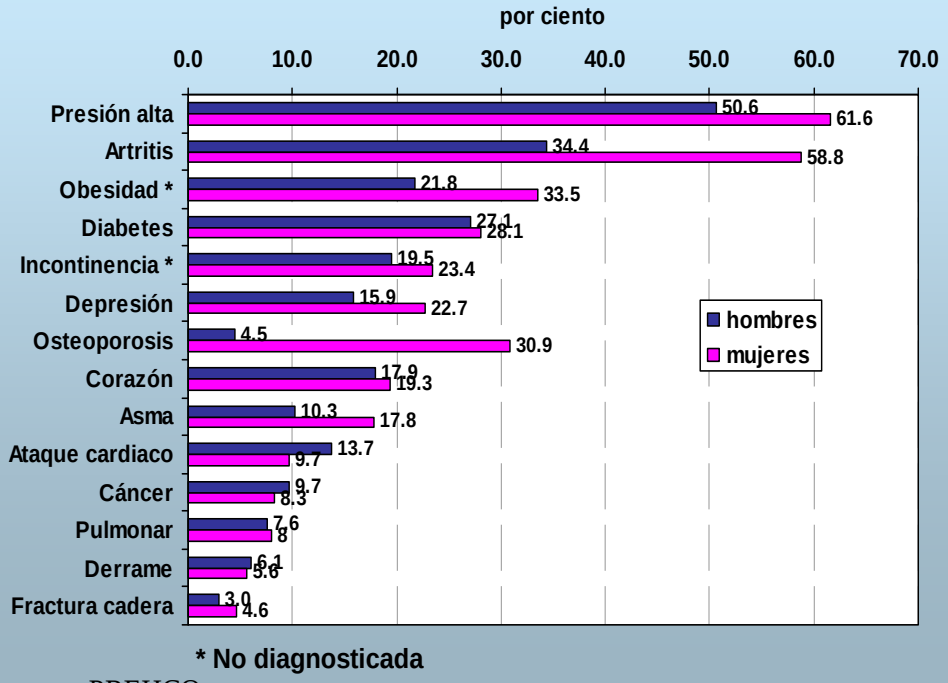
Mapa 3: Por ciento de la población de 60 años o más por municipios Puerto Rico, 2000



Fuente: Proyecto PREHCO, 2000.

Cuando se examina la morbilidad de la población de adultos mayores, se destacan algunas condiciones que no son las más altas en prevalencia entre la población general. Según datos del Proyecto PREHCO, la hipertensión, la artritis, la obesidad, la diabetes, la incontinencia y la depresión son las seis condiciones diagnosticadas de mayor prevalencia entre los adultos mayores para el 2002-2003 **(Gráfico 41)**. La prevalencia era mayor para las hembras que para los varones en todas estas condiciones. Es interesante observar que la artritis y la obesidad representan la segunda y tercera condición de mayor prevalencia, y la incontinencia y la depresión la quinta y sexta condición de mayor prevalencia en este grupo poblacional, respectivamente.

Gráfico 41: Por ciento de personas de 60 años o más que indicó haber sido diagnosticado con diferentes condiciones por género. Puerto Rico: 2002-2003.



Fuente: Proyecto PREHCO

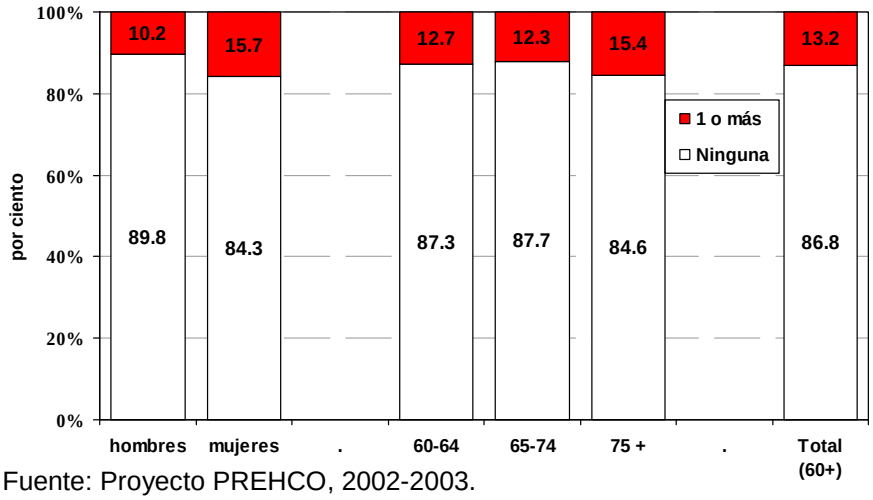
1.10.1 Estado funcional

Los gráficos a continuación presentan información sobre el estado funcional de la población de adultos mayores, basada en los datos del Proyecto PREHCO. Para esta sección del estudio, el 12.5 por ciento de los entrevistados necesitaron un informante sustituto para responder a la entrevista. Las personas que no necesitaron informantes sustitutos respondieron a una serie de preguntas en las que se indagaba si por razones de salud, tenían dificultades para llevar a cabo diversas actividades de la vida. Estas actividades se dividieron en las actividades *básicas* de la vida diaria y las actividades *instrumentales*. Las actividades *básicas* comprendían comer, vestirse y desvestirse, usar el inodoro, caminar de un lado a otro de un cuarto, acostarse y levantarse de la cama, y darse un baño o ducharse. Las actividades *instrumentales* incluidas fueron usar el teléfono, usar un medio de transportación, comprar alimentos o ropa, preparar las comidas, hacer las tareas del hogar, tomar las medicinas y manejar el dinero.

El 86,8 por ciento de las personas de 60 años o más no tiene limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria enumeradas anteriormente (Gráfico 42). Esta proporción disminuye ligeramente con la edad y es un poco mayor en las mujeres. De otra parte, una proporción mayor expresó tener dificultades, por razones de salud, para llevar a cabo las actividades instrumentales de la vida diaria especificadas previamente. El 19.8 por ciento de los hombres y 30.9 por ciento de las mujeres, admitieron tener dificultades en al menos una de las actividades instrumentales de la vida. (Gráfico 43). La proporción de personas con alguna limitación en el grupo de edad mayor, 75 años o más, duplica la del grupo de 60 a 64 años. Al unir ambas actividades, las básicas y las instrumentales, se observa que el 22,9 por ciento de los hombres y 34,1 por ciento de las mujeres de 60 años o más y que no necesitaron la ayuda de un

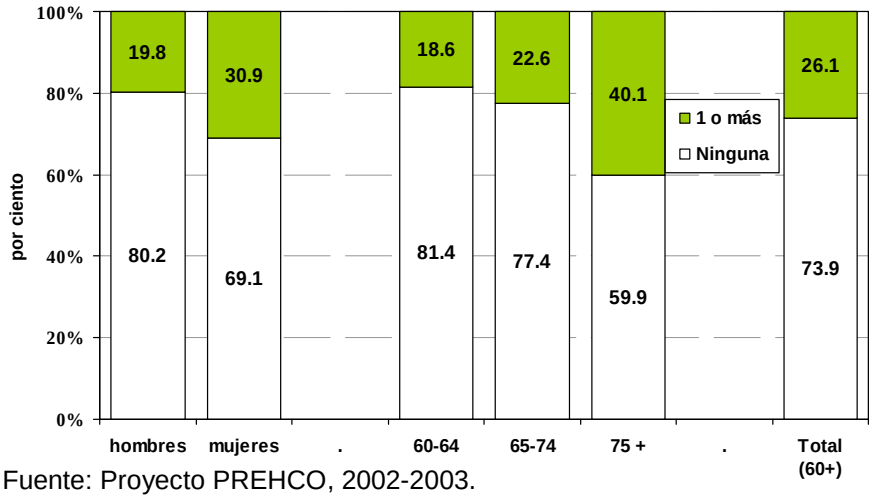
informante para responder la entrevista, tienen alguna limitación para llevar a cabo alguna de estas actividades. La proporción de personas con al menos una limitación aumenta con la edad.

Gráfico 42
Por Ciento de las Personas de 60 Años o Más con Alguna Limitación en las Actividades Básicas de la Vida Diaria por Género y por Grupos de Edad
Puerto Rico: 2002-2003



Fuente: Proyecto PREHCO, 2002-2003.

Gráfico 43
Por Ciento de las Personas de 60 Años o Más con Alguna Limitación en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria por Género y Grupos de Edad
Puerto Rico: 2002-2003



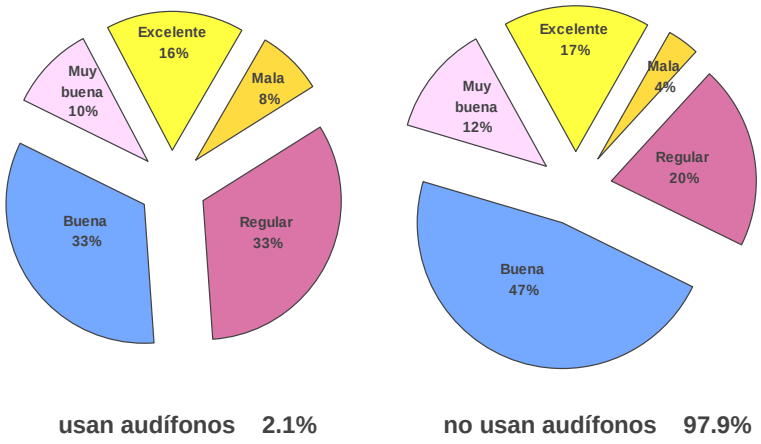
Fuente: Proyecto PREHCO, 2002-2003.

10.2 Audición y visión

Aproximadamente cerca de 1.6 por ciento de los adultos de edad mayor tienen deficiencias auditivas y dos por ciento hacen uso de audífonos o aparatos para poder escuchar satisfactoriamente. El 75.8 por ciento de las personas que no usan audífonos expresaron que su audición era buena, muy buena o excelente **(Gráfico 44)**. Entre los que utilizaban audífonos, el 59.5 por ciento evaluó su audición de manera semejante. La audición parece empeorar con la edad, en particular entre los mayores, ya que el 34.0 por ciento de los mayores de 74 años manifestaron que su audición era regular o mala comparado con cerca del veinte por ciento de los menores de 75 años **(Gráfico 45)**. Sin embargo, no se observan diferencias importantes por género.

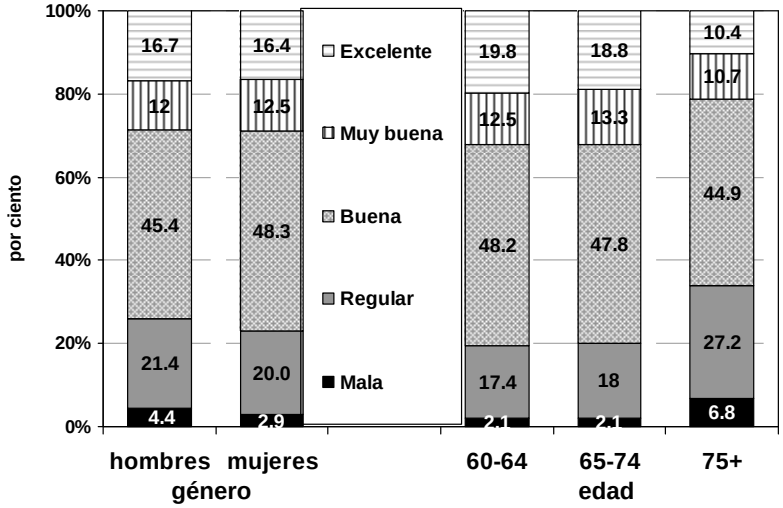
Aproximadamente 1.8 por ciento de las personas de 60 años o más son ciegos o ciegas. La proporción de personas que se valen de espejuelos o lentes y que describieron su visión como buena, muy buena o excelente es mayor que la de aquellas que no las portan **(Gráfico 46)**. Aunque en la auto evaluación de la visión no se observan diferencias importantes por sexo, la proporción de las personas que se refirieron a esta como al menos buena desciende según aumenta la edad.

Gráfico 44: **Distribución porcentual de las personas de 60 años según su percepción de su audición y uso de audífonos Puerto Rico: 2002-2003.**



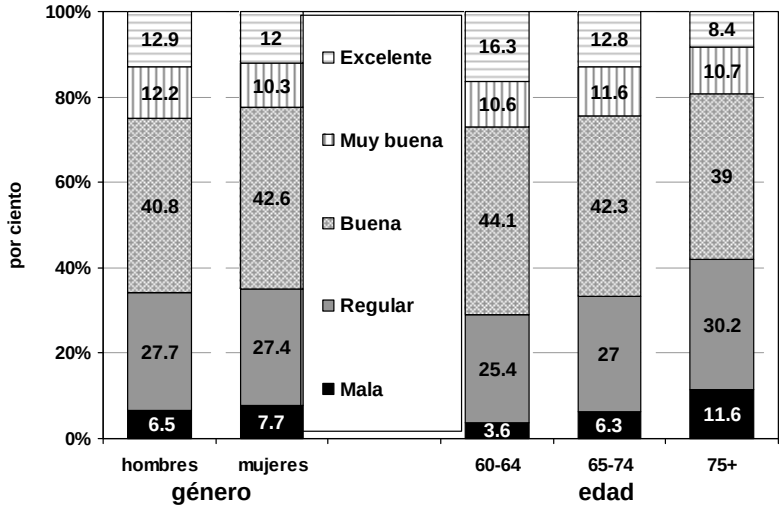
Fuente: Proyecto PREHCO

Gráfico 45
Distribución Porcentual de las Personas de 60 Años Según su Percepción de su Audición por Género y Grupos de Edad
Puerto Rico: 2002-2003



Fuente: Proyecto PREHCO, 2002-2003.

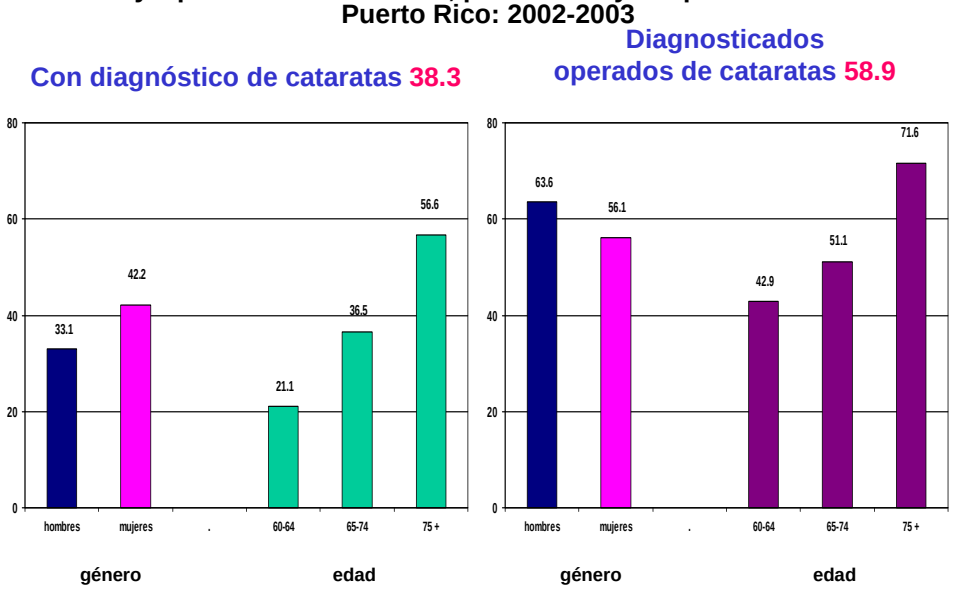
Gráfico 46
Distribución Porcentual de las Personas de 60 Años Según su Percepción de su Visión por Género y Grupos de Edad
Puerto Rico: 2002-2003



Fuente: Proyecto PREHCO, 2002-2003.

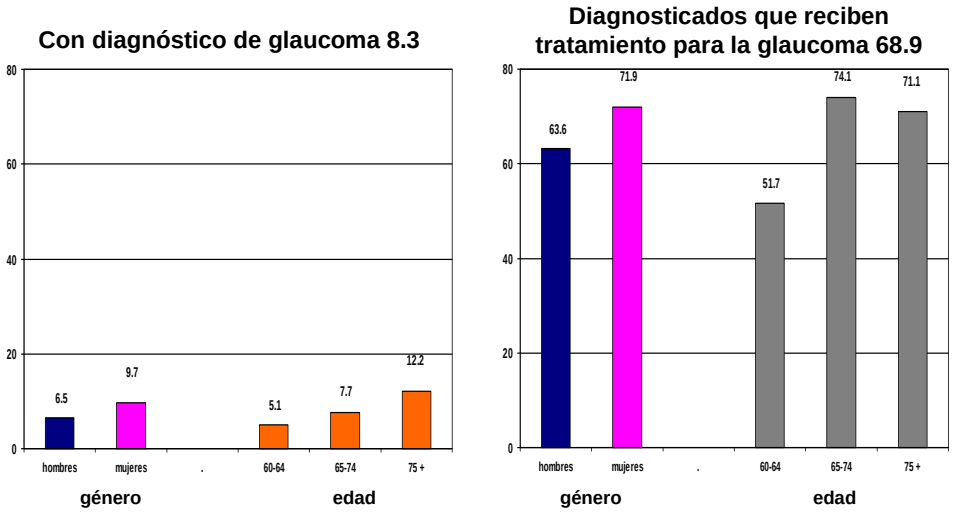
La proporción de personas diagnosticadas con cataratas aumenta marcadamente con la edad y es mayor en las mujeres **(Gráfico 47)**. Sin embargo, la proporción de hombres que han sido operados es mayor. El glaucoma parece afectar menos a los adultos mayores ya que a una proporción menor le ha sido diagnosticado **(Gráfico 48)**. Este padecimiento también se incrementa con la edad y se observa más en las mujeres. Más mujeres que hombres reciben tratamiento para la enfermedad.

Gráfico 47
Por Ciento de Personas de 60 Años o más con Diagnóstico de Cataratas y Operados de Cataratas, por Género y Grupos de Edad
Puerto Rico: 2002-2003



Fuente: Proyecto PREHCO, 2002-2003.

Gráfico 48: Por Ciento de Personas de 60 Años o más con Diagnóstico de Glaucoma y Tratamiento para la Glaucoma, por Género y Grupos de Edad, Puerto Rico: 2002-2003



Fuente: Proyecto PREHCO, 2002-2003.

Bibliografía

Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, Universidad Central del Caribe. Programa de Evaluación de Necesidades de Abuso de Sustancias de Puerto Rico, "2002 Household Survey", Puerto Rico: 2003.

Alegría, M. McGuire, T., Vera Canino, G., Matías., and Calderón, J. "Changes in access to Mental Health Care for the Poor and the Non-poor with Managed Care: Results from the Health Reform in Puerto Rico". American Journal of Public Health 91 (2001): 1421-1434.

Anderson F.N., Miniño A.M., Hoyert D.L., Rosenberg H.;M. "Comparability of Cause of Death between ICD-9 and ICD-10: Preliminary Estimates". National Vital Statistics Reports, 49 (2). Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics (2001): 1-32.

Arriaga, Eduardo E. "Los Años de Vida Perdidos: Su utilización para Medir el Nivel y Cambio de la Mortalidad " Notas de Población No. 63. Vol. XXIV (1996): 8-38.

Canino, Glorissa. "The Prevalence of Specific Psychiatric Disorders and Mental Health Utilization Among Children in Puerto Rico". Archives of General Psychiatry Vol. 61 (2003): 85-93.

Departamento de Salud, División de Epidemiología. Behavioral Risk Factor Surveillance System - Disability Module. San Juan: 2001-2002.

Departamento de Comercio de los Estados Unidos, Negociado del Censo, Censo de Población y Vivienda de Puerto Rico, 1910-2000.

Departamento de Educación, Secretaría Auxiliar de Servicios Educativos Integrales para Personas con Impedimentos. Desglose de matrícula servida por impedimentos de 3 a 21 años: Conteo Anual de Estudiantes con Impedimentos Realizado a Diciembre 2003. San Juan: 2003.

Departamento de Salud, División de Epidemiología. Enfermedades de Notificación Obligatoria en Puerto Rico. Puerto Rico: Boletín Epidemiológico, Febrero 1992.

Departamento de Salud, Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas (RCM) de la Universidad de Puerto Rico (UPR). Estudio Continuo de Salud para los Municipios de Puerto Rico. Puerto Rico: 2001.

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

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

Departamento de Salud, , SAPPS, DMNA, Estudio Descriptivo de Cesáreas en Puerto Rico 1990-1998, Análisis Certificados de Nacimientos. Puerto Rico: 2000.

Departamento de Salud, SAPPS, DMNA, Estudio Descriptivo de Expedientes Obstétricos de Nacimientos por Cesárea en Puerto Rico 1999, Análisis Certificados de Nacimientos. Puerto Rico: 2000.

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

Departamento de Salud, SAPPS, DMNA, Indicadores del Estado de Salud Materno-Infantil por Municipios, 1998-2002. Puerto Rico: 2002

Departamento de Salud. Informe Análisis de Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública Ejercidas por el Departamento de Salud de PuertoRico. Puerto Rico: Diciembre, 2001.

Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar de Planificación, Evaluación, Estadísticas y Sistemas de Información (SAPEESI) Informe Anual de Estadísticas Vitales de Puerto Rico. Puerto Rico: 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002.

Departamento de Salud, SAPEESI. Informe Estadístico de Facilidades Hospitalarias en Puerto Rico, 1998-2001.

Departamento de Salud, SAPEESI. Informe Estadístico de los Profesionales de la Salud en Puerto Rico, 1995-98. Puerto Rico:1998

Departamento de Salud de Puerto Rico, SAPEESI y la Oficina de Salud de las Minorías, DHHS, USA. Informe Puerto Rico: Gente Saludable 2010, Junio 2002.

Departamento de Salud; División de Epidemiología. Notificación de Enfermedades Infecciosas 1987. Puerto Rico: Boletín Epidemiológico: Agosto 1986.

Departamento de Salud, SAPPS, DMNA, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Infantil de Puerto Rico por Cohorte de Defunción 1993-1997. Puerto Rico: Noviembre 2000.

Departamento de Salud, SAPPS, DMNA, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Infantil de Puerto Rico por Cohorte de Defunción 1996-2000. Puerto Rico: Septiembre, 2003.

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

Elías-Boneta A., Crespo-Kebler K., Gierbolini C.C., Toro-Vizcarrondo C.E., & Psoter W. Dental caries prevalence of twelve year olds in Puerto Rico; *Community Dental* Health, 20, (2003): 171-176.

Fernández M., Elías A., Crespo K., Toro C. "Estado de la Salud Oral de la Población de 60 años y Mayores en el Área de Carolina y Égidas de San Juan, P.R".; Presentación en Segunda Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. San Juan: septiembre, 2004

Gobierno de Puerto Rico. "Datos Generales sobre Puerto Rico"; Internet *www.gobierno.pr/http://www.prfaa.com/esp/Historia.asp/*http://www.geocities.com/The Tropics/9472/historia.html / *http://hme.coqui.net/audiovis/pr-es.html*.

Institute of Medicine. America's Health Care Safety Net. Intact but Endangered. National Academy Press, 180-200.

Journal of Correctional Health Care 10(3). “Prison Health Services: An Overview”. (2003): 287-301

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

McNeil J.M. Americans with Disabilities 1994–95. **Current Populations Report** P7061:3-6. August 1997.

Miniño A.M., Smith B.L. Deaths: Preliminary Data for 2000. National Vital Statistics Reports; 49(12) 1-40. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics, 2001.

Mokdad A.H., Marks J.S., Stroup D.F., Gerberding J.L. Actual Causes of Death in the United States 2000. JAMA (2004); 291 (10): 1238-1245

National Council of La Raza, KIDS Count 2004. Nuestros Niños Cuentan., Puerto Rico: Libro de Datos, 2004.

National Institute on Disability and Rehabilitation Research. **Trends in Disability Prevalence and Their Causes: Proceedings of the Fourth National Disability Statistics and Policy Forum,** May 16, **1997. Washington, DC**. San Francisco, CA: The Disability Statistics Rehabilitation Research and Training Center, 1998.

Organización Panamericana de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud 2003. Washington D.C.: 2003.

Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Edición 2002-Vol. I, Washington: 2003.

Programa de Servicios de Salud Correccional, Oficina de Control de Infecciones, Informe Anual de Enfermedades de Notificación Obligatoria. San Juan: 1999, 2000, 2001, 2002.

Programa de Servicios de Salud Correccional, Oficina de Estadísticas. Informe Estadístico Anual de Condiciones Infecciosas. San Juan: 1999, 2000, 2001, 2002.

Ramírez, R. Muñoz, C., Rodríguez, W., Velázquez M.E., Figueroa, I.A., & Henríquez, M.A. Coordinating Health Care Reform with the U.S. Territories and Possessions; The Case of Puerto Rico: Final Report Instituto de Administración de Política de Salud de Puerto Rico, Inc., Health Care Financing Administration, Office of Research and Demostrations Grant No. 18-C-902402-01, 1996.

Ramírez R., Parés L.A., Bruno H.F., Oquendo I., Camacho D., García-Palmieri M.R., & Morales J.R. Análisis Evaluativo de la Reforma de Salud de Puerto Rico. Informe de la Fundación Puertorriqueña para la Salud. Puerto Rico: 2001.

Ramos, G. y Varela-Flores, R. Estudio Características Maternas Asociadas al Bajo Peso al Nacer, Escuela Graduada de Salud Pública, RCM, UPR. San Juan: 2000.

Recinto de Ciencias Médicas, UPR. Escuela Graduada de Salud Pública, Departamento de Bioestadísticas y Epidemiología. Prevalencia e Impacto de Condiciones de Salud Discapacitantes en la Población de Puerto Rico para el Año 2001.

Scopp, T.S. "The Relationship between the 1990 Census and Census 2000 Industry and Occupation Classification Systems." Technical Paper #65. U.S. Census Bureau: 2003.

U.S. DHHS. CDC., "Acute Hemorrhagic Conjunctivitis Outbreak Caused by Coxsackievirus A24-Puerto Rico". Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 53/No. 28. July 23, 2004:632

U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), Center for Diseases Control and Prevention (CDC). Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Data. Atlanta, Georgia: 1997, 2001, 2002.

U.S. DHHS. CDC. Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Questionnaire. Atlanta, Georgia: 1997, 2001, 2002.

U.S. DHHS. CDC. Epidemiology and Prevention of Vaccine Preventable Diseases. 6th Edition. Atlanta, Georgia: 2000.

U.S. DHHS. CDC. Health-Related Quality of Life and Activity Limitation—Eight States, 1995. **Morbidity and Mortality Weekly Report** 47. Georgia, Atlanta (1998):134-140

U.S. DHHS. CDC.: Behavioral Risk Factor Surveillance System – At a Glance. Health Risks in the United States Atlanta. Georgia. Retrieved on April 28, 2004 from www.cdc.gov/nccdpho/aag/aag brfss.htm

US DHHS. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy People 2010.

U.S. DHHS. CDC., "Tetanus- Puerto Rico". Morbidity and Mortality Weekly Report Vol. 51/No. 28, (July 19, 2002): page 613.

US Senate. Special Commitee on Aging.1988.

World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: 2002

CAPÍTULO 2
DETERMINANTES DE SALUD

Introducción

La salud pública es una de las áreas de mayor interés público. Esta es un indicador de los distintos niveles de desarrollo de un país. En el análisis de los distintos factores que inciden sobre la salud se han identificado los determinantes externos e internos a la situación de salud o relativos al desempeño del sistema de servicios de salud. Ambos condicionan e impactan el estado de salud de la población. Entre los determinantes más importantes se encuentran los políticos, económicos, sociales y ambientales.

Dentro del **contexto social** se presentan los procesos demográficos de Puerto Rico durante el siglo XX, indicadores relacionados con educación, empleo, vivienda, índices de mortalidad y los niveles de pobreza.

En el **contexto político** se presenta el nivel de soberanía de Puerto Rico como un factor critico en la gestión y desarrollo de modelos para atender la situación de salud de la población. Se presenta el sistema de gobierno enmarcando los aspectos jurídico administrativo y de organización política de Puerto Rico. Además, se contempla la relación entre gobernabilidad y el sistema de salud pública. Finalmente se incluyen las prioridades del gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico para combatir la pobreza y las leyes que han sido promulgadas para que se garanticen los derechos de los distintos sectores de la población que son más vulnerables por las características particulares que les caracteriza.

En el **contexto económico** se presenta una descripción general de los rasgos más distintivos del sistema económico de Puerto Rico enmarcado en la relación política con Estados Unidos. Se incluye además, las tendencias de la economía en los últimos 10 años enfatizando en los Indicadores de desempeño y una descripción del mercado de empleo en Puerto Rico. Finalmente, se presenta la visión del futuro para el país y su impacto en la salud de Puerto Rico.

En el **contexto ambiental** se presentan algunas reflexiones que apuntan a establecer la relación y el impacto generado por la actividad del hombre en su medio ambiente y sus consecuencias en la salud de la población.

En este contexto se presenta el medio ambiente como un factor crítico que impacta la salud de la población. Se considera el ambiente como un elemento de primer orden para garantizar el bienestar individual y colectivo, lo que exige una conciencia medio ambiental, fundamentada en una responsabilidad compartida. La actividad económica que se ha generado ha provocado un desarrollismo desmedido que ha impactado importantes recursos en el país resultado en contaminación de las aguas superficiales, la impermeabilización del suelo impactando las fuentes de agua subterránea, contaminación de aire por los tóxicos de las emanaciones industriales y contaminación de ruido, entre otros.

2.1 Contexto Político

2.1.1 Trasfondo Histórico

Como resultado de la guerra Hispanoamericana Estados Unidos tomo posesión militar de Puerto Rico el 25 de julio de 1898. El 10 de diciembre de 1898 España cedió a Puerto Rico a los Estados Unidos (EU) bajo el Tratado de Paris. Este Tratado en su Artículo IX estableció que en lo sucesivo "…los derechos civiles y la condición política de los habitantes del territorio aquí cedidos a los Estados Unidos se determinará por el Congreso…" Esta disposición estableció claramente los poderes plenarios del Congreso para promulgar todas las leyes y reglamentos necesarios con relación al territorio o cualquier propiedad perteneciente a los EU a tenor con el Articulo 4, Sección 3, Cláusula 2 de la Constitución de los Estados Unidos. De este modo se dejó claro en lo sucesivo que el Congreso ejercería sobre Puerto Rico sus poderes plenarios. En el ejercicio de ese poder Estados Unidos aprobó dos leyes orgánicas mediante las cuales se fueron sentando las bases de gobernabilidad. La ley Foraker constituyó la primera ley de gobierno civil en la que los puertorriqueños no tenían participación en la toma de decisiones y el poder radicaba fundamentalmente en el Congreso. En el 1917 se aprueba la Ley Jones a través de la cual se extendió la ciudadanía norteamericana y se estipularon los derechos de los habitantes, sin derecho a representación en el Congreso.

En el derecho internacional Puerto Rico es considerado parte de los Estados Unidos, sin embargo para efectos del derecho doméstico no está incluido como parte de los Estados Unidos en la Constitución Federal. Con la excepción de las garantías de derechos civiles las disposiciones de la Constitución Federal no aplican directamente a Puerto Rico. La Ley Núm. 600 de 1950 y la Ley Núm. 447 de 1952, aprobadas ambas por el Congreso y el Presidente de Estados Unidos y ambas alusivas a "la naturaleza de pacto" establecieron las condiciones que habría de regir la nueva relación.

Mediante la aprobación de la Ley 600, el Congreso aprobó legislación para que el pueblo de Puerto Rico organizara un gobierno fundamentado en una constitución propia pero requiriendo el consentimiento de Presidente y del Congreso de Estados Unidos. Bajo la organización política existente en ese momento se convocó a una asamblea constituyente, se redactó una constitución ratificada por el pueblo en referéndum y aprobada con enmiendas por el gobierno de EU. En el 1952 se constituyó lo que hoy se conoce como nuestro cuerpo de estado político el **Estado Libre Asociado de Puerto Rico**, concediendo una autonomía administrativa en los asuntos internos al pueblo de Puerto Rico.

La Constitución del Estado Libre Asociado recoge las normas fundamentales de derecho público y dispone la ordenación del gobierno interno de Puerto Rico. El Estatuto de Relaciones Federales estableció las áreas de asociación, vinculación o unión permanente entre Puerto Rico y Estados Unidos. Este estatuto constituye una reiteración textual de las disposiciones subsistentes del Acta Orgánica anterior (ley Jones) sobre diversos aspectos de relación. Las principales conciernen la ciudadanía común, la defensa común, el comercio común y la moneda común.

El Estado Libre Asociado de Puerto Rico es una entidad política con rasgos autonómicos, que posee un ámbito limitado de gobierno propio, una esfera de poderes gubernamentales y de autoridad pública que le es privativa.

En este contexto el gobierno federal impacta el ámbito político del país y la política fiscal de Puerto Rico mediante la aplicabilidad de leyes y programas aunque las condiciones de aplicabilidad las determina el Congreso.

El gobierno federal controla la aduana y la inmigración; el comercio interestatal entre Puerto Rico, los cincuenta estados y otros territorios estadounidenses y las licencias de las estaciones de radio y televisión. Además, regula las instituciones financieras, las compañías de telecomunicaciones y los transportes aéreos y marítimos compartidos, entre otros.

El presidente de los EU nomina, con la confirmación del Senado de los EU, siete jueces activos, tres jueces de más alto rango y tres magistrados para servir en el Tribunal de Distrito de EU para el Distrito de Puerto Rico. Las decisiones que éstos tomen están sujetas a apelación en el sistema federal de tribunales de EU por medio del Primer Circuito del Tribunal de Apelaciones de EU y directamente en el Tribunal Supremo de EU. Las decisiones del Tribunal Supremo de Puerto Rico pueden ser apeladas directamente en el Tribunal Supremo de EU.

2.1.2 Estructura de Gobierno

La Constitución de Puerto Rico establece una sistema de gobierno republicano, dividido en tres ramas: la legislativa, la ejecutiva y la judicial. Cada una tiene la misma importancia, y está igualmente subordinada al poder soberano del pueblo.

La rama legislativa consiste en una Asamblea Legislativa bicameral con un Senado de 27 miembros y una Cámara de Representantes de 51 miembros. Una disposición constitucional requiere que el total de miembros en la Asamblea se amplíe, si es necesario, para aumentar la representación minoritaria, cuando un partido controla más de dos tercios de los asientos.

El Comisionado Residente, único delegado del país en el Congreso de los Estados Unidos, solo tiene derecho a voz sin voto por lo que tiene poderes limitados como miembro de la Cámara de Representantes de los Estados Unidos. La autoridad ejecutiva es otorgada al gobernador. El país está dividido en 78 municipios, cada uno administrado por un alcalde y una asamblea municipal. Todas las posiciones son electivas, con votaciones celebradas cada cuatro años. Los candidatos electos toman posesión en enero del año siguiente a la votación. Para poder votar, se requiere ciudadanía de los Estados Unidos, residencia, y 18 años de edad en adelante. Generalmente, el número de votantes excede el 80% del electorado.

El gobernador tiene poder de nombramiento sobre las posiciones dentro de la rama ejecutiva y la corporación pública, bajo una estructura altamente centralizada. El secretario de estado quien actúa como un gobernador interino en ausencia del ejecutivo debe ser confirmado por una mayoría de votos de ambas cámaras de la Asamblea Legislativa. Otras nominaciones jerárquicas requieren confirmación sólo del Senado.

La constitución otorga el poder judicial a la Corte Suprema de Puerto Rico y a cortes menores, según lo establecido por ley. Los miembros de la rama judicial son nombrados por el gobernador, y confirmados por el Senado. Las decisiones sometidas por la corte municipal, de distrito o superior pueden ser apeladas hasta que lleguen a la Corte Suprema del Estado Libre Asociado, compuesta por siete juzgados. Los jueces municipales sirven por períodos fijos, mientras que los de la Corte Suprema sirven hasta jubilarse. El sistema de cortes es administrado por el jefe de justicia de la Corte Suprema.

2.1.3 Sistema de Salud de Puerto Rico

Las instituciones públicas del sector salud de Puerto Rico forman parte del Departamento Sobrilla de Salud. Este Departamento está compuesto por: el Departamento de Salud, que tiene una función normativa y fiscalizadora de la prestación de servicios de salud; la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, que emite certificados de registro para la fabricación, distribución y despacho de sustancias controladas y otorga las licencias tanto para las instituciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de adictos a drogas y alcohol, como para los hogares sustitutos para enfermos mentales; la Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico, entidad operacional y administrativa de apoyo a los servicios de sala de emergencia, los hospitales Universitario y Pediátrico: la Corporación del Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe, cuyo propósito es proporcionar los tratamientos más avanzados a los pacientes, cardiovasculares de Puerto Rico y de las islas del Caribe, así como fomentar la enseñanza, la investigación y el desarrollo de los profesionales de la salud en esta área de especialización; y el Programa de Salud Correccional, que tiene la misión de prevenir, restaurar y mantener la salud física, dental y mental de la población sentenciada bajo la custodia de la Administración de Corrección.

Con la Reforma de Salud de 1993, se crea la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) como una corporación pública con personalidad jurídica independiente. Esta entidad es responsable de negociar y contratar seguros de salud de calidad para sus asegurados, particularmente para los médico indigentes; también debe establecer mecanismos de control dirigidos a evitar un alza injustificada en los costos de los servicios de salud y en las primas de los seguros.

El Sistema de Salud Público en Puerto Rico se inicia con la creación del Departamento de Salud como organismo público rector de la salud en virtud de la Ley Núm. 81 del 14 de marzo de 1912. Adquirió rango constitucional en el Artículo IV, Secciones V y VI de la Constitución del Estado Libre Asociado (ELA) en el 1952. A partir de esta fecha el sistema de salud, comenzó su crecimiento y desarrollo, consolidando los servicios de salud a la población médico indigente de Puerto Rico.

Esta consolidación se da con la regionalización de los servicios de salud en las que se reestructuran los servicios utilizando como criterio la distribución de la población. A este propósito la Isla fue dividida en siete (7) regiones de salud. Mediante este sistema se buscaba la equidad y el acceso a los servicios de salud. Como parte de la regionalización de los servicios de salud se desarrollan las unidades de salud pública que junto a los hospitales municipales constituyen el nivel primario de salud. Se desarrolló el concepto de áreas de salud, como concepto de servicios secundarios a nivel de hospitales.

Para finales de los años 60's y principio de los 70's se construyeron los hospitales regionales. A mediados de los años 80 se implantaron modificaciones a la política pública consistentes en la descentralización presupuestaria de la AFASS hacia las regiones. Se destacó la creación de los centros de salud familiar con un enfoque de medicina de familia y preventiva a nivel comunitario. Se promovió y se logró la descentralización en el presupuesto a nivel primario.

Posteriormente se impulsan dos importantes proyectos, uno sobre la privatización colectiva de ciertos servicios de salud a través de contratos de administración y el segundo, a la integración de los servicios primarios de salud existentes en los centros de diagnósticos y tratamiento y el nivel secundario conocido como hospitales de área.

Se crean centros de servicios terciarios y supraterciarios mediante la creación de la Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM). Este tuvo como objetivo la consolidación de servicios básicos de emergencia, laboratorios, rayos X, salas de operaciones de los hospitales que conformaron dichos centros.

Se promovió la construcción de los hospitales regionales a nivel terciario. Los primeros impulsos hacia la privatización de servicios fue la contratación de servicios privados como medio para agilizar la administración de los servicios dentro del marco de la regionalización. Se comienza a visualizar la necesidad de atemperar la tecnología a servicios más especializados creándose la Oficina Central de Asuntos del SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual e iniciándose la planificación y construcción del Centro Cardiovascular de Puerto Rico y el Caribe.

A partir del 1993, se comienza otra reforma del sector salud basada en tres proyectos que requirieron la eliminación de la AFASS, brazo operacional del Departamento de Salud: la privatización de los servicios, la venta de las facilidades de salud y la Implantación del Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Finalmente el desarrollo de una política pública para la promoción y prevención de enfermedades y protección de la salud como parte del reenfoque de la política de salud enmarcada en el rol rector del Departamento de Salud.

2.1.4 Prioridades del Estado

Como resultado de las prioridades más recientes establecidas por el gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico se desarrollaron mecanismos legales para combatir la corrupción de funcionarios públicos; se desarrolló un programa agresivo para apoyar el mejoramiento de las comunidades pobres, se inició un estudio exhaustivo para la búsqueda de alternativas para el desarrollo de la economía basada en nuevos incentivos industriales para atraer el establecimiento de industrias a Puerto Rico. Como parte de las medidas sociales de mayor impacto el desarrollo de un programa de vivienda asequible para las personas de bajos ingresos.

En el área de salud se iniciaron procesos evaluativos del Plan de Salud para mejorar el acceso a los servicios y la ampliación de servicios a nivel de los municipios. Se estableció como prioridad ofrecer mayores oportunidades educativas y desarrollar sistemas de apoyo a poblaciones vulnerables: mujeres, jefas de familia, jóvenes, niños y retirados. Entre otras prioridades, el fortalecimiento de la rama judicial mediante enmiendas a la Ley.

En el área de infraestructura, se planteó como prioridad la renovación de la infraestructura mediante la organización de sistemas efectivos de transportación, el manejo de desperdicios sólidos, generación y distribución de energía eléctrica y servicios de agua potable.

Por último, una política de respaldo a la recreación y al deporte, a la promoción de la cultura, así como el diseño e implantación de un plan para el renacer de la isla municipio de Vieques.

2.1.5 La Lucha Contra la Pobreza

Las trasformaciones económicas ocurridas en Puerto Rico en las últimas décadas han producido beneficios sociales y económicos de los cuales no han participado por igual todos los sectores del país. Cientos de miles de puertorriqueños viven en condiciones de pobreza: carentes de infraestructura básica y condiciones ambientales inaceptables. Por otra parte el estado de vivienda es deficiente, altos índices de conducta delictiva, violencia doméstica,

maltrato y abuso de menores y ancianos y el uso y abuso de sustancias controladas, entre otros. Estas condiciones de vida están presentes en bolsillos de pobreza, áreas urbanas, barriadas aisladas, sectores rurales y en muchas familias que viven en residenciales públicos.

De acuerdo con el censo de población de 1990, la población bajo niveles de pobreza representa un 58.9 por ciento de un total de 3.5 millones de habitantes. Para el año 2000 representó un 48.2 por ciento de un total de 3.8 millones habitantes lo que refleja una disminución de 10 puntos con relación al Censo del 1990.

La lucha contra la pobreza siempre ha sido una prioridad del gobierno de Puerto Rico a través del desarrollo de programas en las áreas de vivienda, educación, salud e infraestructura de servicios básicos (comunicaciones, pluvial, alcantarillado sanitario disposición de desperdicios sólidos). Estos programas han estado dirigidos principalmente a mejorar las condiciones de vida de las comunidades y ampliar las oportunidades de mejoramiento social de las personas con bajos niveles de ingreso.

A partir del 1968, las personas o familias de escasos recursos económicos pueden accesar múltiples servicios de índole económico o social a través del Departamento de la Familia antes conocido como Departamento de Servicios Sociales[5]. Actualmente el Departamento de la Familia consta de cuatro (4) componentes: el Secretariado, la Administración de Familias y Niños (ADFAN), la Administración de Desarrollo Socioeconómico de la Familia (ADSEF) y la Administración para el Sustento de Menores (ASUME). La mayoría de los fondos destinados a que las familias puedan lograr su autosuficiencia económica son administrados a través de ADFAN. Esta administración tiene como misión facilitar las oportunidades de desarrollo de las personas en desventaja social y económica para que las familias en Puerto Rico logren la autosuficiencia, la integración al sistema social de manera productiva, además de la buena convivencia familiar y comunitaria.

ADFAN cuenta con múltiples programas entre los que se encuentran los siguientes:

- Asistencia Nutricional para Personas con Ingresos Limitados
- Ayuda Temporal para Familias Necesitadas
- Oportunidades de Empleo a Participantes del PAN
- Rehabilitación Económica y Social de las Familias
- Distribución de Alimentos
- Subsidio de Energía y Crisis de Energía
- Ayuda de Emergencia en Situaciones de Desastre

Para cada uno de estos programas las personas tienen que cumplir con ciertos requisitos de elegibilidad financieros y no financieros. Muchos de estos requisitos son estipulados por el gobierno federal como condición para que Puerto Rico pueda continuar siendo recipiente de fondos federales.

Desde la aprobación de la Reforma de Bienestar Social (1996) en Estados Unidos, cada uno de los programas que proveen ayuda económica para sufragar alimentos y otras necesidades básicas, han tenido que añadir aspectos relacionados con la promoción y preparación para el empleo. Aquellas personas aptas para entrar al mercado de empleo deben ser referidas a programas dentro y fuera del Departamento de Familia para recibir servicios de apoyo como cuido de niños, manejo de casos, adiestramiento técnico o vocacional, adiestramiento en el

[5] Ley Núm. 5 de 6 de abril de 1993, conocida como Ley de Reorganización de la Rama Ejecutiva, se aprobó el 28 de julio de 1995 el Plan de Reorganización Número I, para redenominar y reorganizar el Departamento de Servicios Sociales como Departamento de la Familia, Ley Núm. 171 de 30 de junio de 1968, según enmendada.

empleo, ubicación y seguimiento en el empleo, entre otros. Cada uno de estos servicios sirve como base para que las personas puedan obtener un empleo seguro y digno que les permita salir de la dependencia gubernamental garantizando la seguridad e integridad de todos los que componen el núcleo familiar.

Entre las iniciativas más recientes se crea la Oficina del Desarrollo Integral de las Comunidades Especiales de Puerto Rico mediante la Ley núm. 1 del 1ro de marzo de 2001, según enmendada. Está oficina está adscrita a la oficina del Gobernador. Cuenta con un Consejo Asesor el cual lo componen el Gobernador, quien lo preside, el Coordinador General de la oficina, el Comisionado de Asuntos Municipales, los Secretarios de los Departamentos de Vivienda, Familia, Salud, Educación, Trabajo y Recursos Humanos, Recreación y Deportes, Departamento de Transportación y Obras Públicas, la Junta de Planificación de Puerto Rico, la Administración de Reglamentos y Permisos, la Junta de Calidad Ambiental, la Autoridad de Energía Eléctrica, la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados, la Autoridad para el Financiamiento de la Infraestructura de Puerto Rico, el Superintendente de la Policía, un profesional del área de protección ambiental , una representación de la Federación de Alcaldes de Puerto Rico, un legislador municipal por cada uno de los partidos políticos y cuatro (4) representantes del interés público residentes de las comunidades especiales. Está compuesta por la Oficina Central en San Juan y 14 regiones operacionales: San Juan, Carolina, Fajardo, Humacao, Caguas, Guayama, Ponce, San Germán, Aguadilla/Mayagüez, Isabela, Arecibo, Morovis, Toa Alta y Bayamón.

Uno de los aspectos más fundamentales en este esfuerzo es la promoción para el apoderamiento de las comunidades a través de proyectos de autogestión. Un total de 686 comunidades especiales han sido identificadas y se han organizado mediante cuatro categorías de organización comunitaria: juntas activas incorporadas, juntas activas no incorporadas, comités timón y no existentes. Como apoyo a las comunidades se creó una Alianza de Líderes Comunitarios, con cuatro organizaciones de alianza a nivel regional constituidas y funcionales en los municipios de Humacao, Morovis, Arecibo y Aguadilla.

Mediante la coordinación con agencias públicas y privadas se desarrollaron proyectos dirigidos a mejorar la infraestructura, la vivienda y las condiciones de vida de los residentes. Como parte de este esfuerzo se otorgaron subsidios, aportaciones y préstamos hipotecarios y personales a quienes necesitaban adquirir, reconstruir, rehabilitar, reparar o mejorar sus hogares, entre otros.

2.1.6 Reformas del Estado

Como parte del fenómeno de la globalización a nivel mundial, en Puerto Rico, al comienzo de la década de los noventa se iniciaron una serie de procesos de reforma que implicaron cambios en algunos sectores de servicio gubernamental mediante la privatización de servicios. Estos cambios estuvieron dirigidos a provocar modificaciones estructurales y de funcionamiento. Entre las privatizaciones de mayor impacto fue la venta de la Telefónica, la privatización del servicio de provisión de agua y la reforma del sistema de salud. Entre otras reformas más recientes se propuso una reforma judicial como parte del proceso de garantizar el estado de derecho en Puerto Rico, la legislatura aprobó varias leyes y enmiendas con el propósito de establecer normas jurídicas y procesales. Algunas de las grandes aportaciones son: la creación de un Instituto de Capacitación y Desarrollo del Pensamiento Jurídico adscrito al Departamento de Justicia y la aprobación de la Ley Orgánica del Departamento de Justicia.

Con la creación de este Instituto se pretende proveer a los profesionales del Derecho, un programa de educación continua que haga posible que dichos profesionales participen de

experiencias que les permitan mantenerse actualizados en el desarrollo normativo y técnico del derecho.

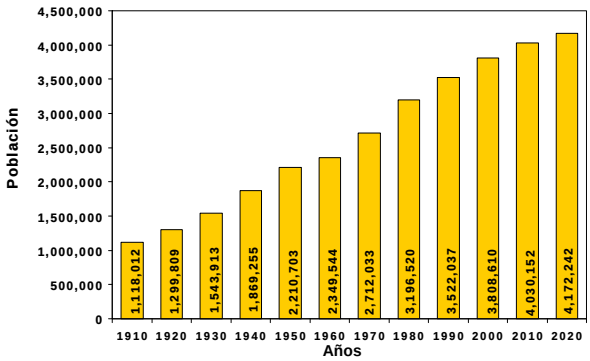
Dicha ley establece las funciones y deberes del Departamento de Justicia y demás funcionarios y empleados del Departamento. A su vez, crea aquellas oficinas indispensables para cumplir su función constitucional y establece las funciones de Fiscales y Procuradores.

Además, se efectuaron enmiendas sustanciales a la Ley Electoral de Puerto Rico mediante la aprobación de la Ley # 115 del 25 de abril de 2003, entre las cuales está la creación de un Fondo Voluntario para el Financiamiento de Campañas Electorales. Con la creación del Fondo se establece como límite la cantidad de $11,000,000 como máximo de aportación a una campaña electoral para los partidos políticos.

2.1.7 Marco Jurídico de Garantías de Derechos a los Ciudadanos

Puerto Rico cuenta con un marco jurídico legal amplio de protección social dirigido a proteger las poblaciones con mayor vulnerabilidad en el país. El mismo combina leyes estatales y federales que tienen como propósito garantizar la planificación prestación y accesibilidad de servicios de diversa índole que propenda su seguridad y bienestar. Las Oficinas que atienden estas poblaciones en su mayoría han sido elevadas a procuradurías con sus respectivas cartas de derecho y con facultades para investigar, fiscalizar y con poder cuasi judicial para implantar política pública en el mejor interés de estas poblaciones. Entre estas: las Personas de Edad Avanzada, Personas con Impedimentos, Mujeres, Menores de edad, y los Pacientes del Plan de Salud de Reforma. Existe además en carácter de Consejo, el Consejo Asesor sobre Asuntos de la Juventud adscrito al poder ejecutivo. (**Anejo 2.1)**

Gráfico 1
Población Total de Puerto Rico
Años: 1910 - 2020



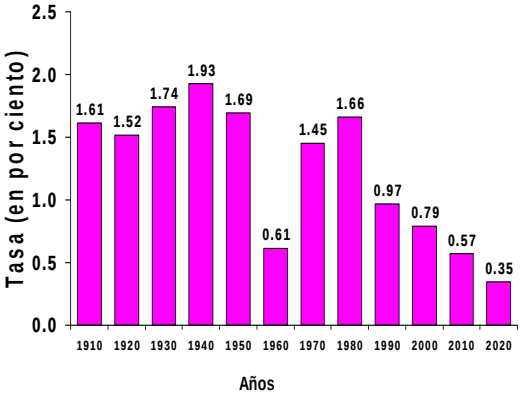
Nota:Años 1990-2000-Censo de Población; Años 2010-2020- proyecciones de población
Fuente: Negociado del Censo Federal, Censo de Población de Puerto Rico: 1990 (CPH – 2 – 53) y 2000; y Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

2.2 Contexto Social

2.2.1 Población

La población de Puerto Rico aumentó aproximadamente 2.7 millones de habitantes desde el primer censo poblacional del siglo XX en el año 1910 hasta el último censo en el año 2000 **(Gráfico 1)**. Según el censo de 1910 la población de la isla fue 1,118,012 de habitantes. Para el censo de 1960 esta población se duplicó alcanzando una población de 2,349,544 habitantes. Se estima que va a tomar años antes de que la población se vuelva a duplicar debido al descenso en la tasa de crecimiento que experimentó Puerto Rico a partir del año

Gráfico 2
Tasa de Crecimiento Anual de la Población Total de Puerto Rico Años: 1910 - 2020

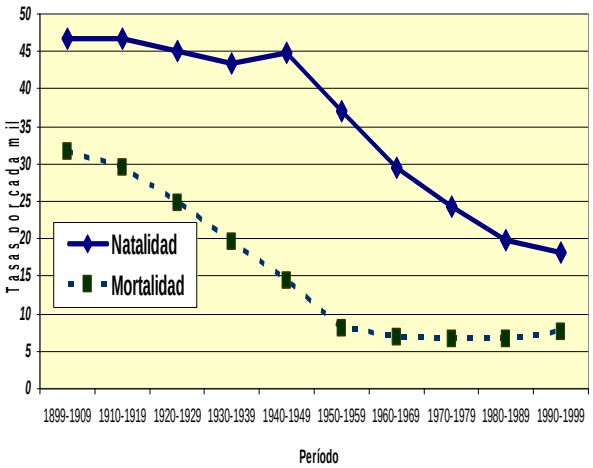


Nota: Años 1990-2000-Censo de Población; Años 2010-2020- proyecciones de población.
Fuente: Negociado del Censo Federal, Censo de Población de Puerto Rico: 1990 (CPH – 2 – 53) y 2000; y Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

1980 **(Gráfico 2)**. En la década del 50, ocurrió en la isla una emigración masiva principalmente a los Estados Unidos que tuvo como efecto reducir el crecimiento población que llevaba la isla. Esto se observa en la tasa de crecimiento del periodo que es la más baja del pasado siglo (0.61). En el año 2000, la tasa de crecimiento anual se redujo a 0.79 y se estima que para el año 2010 la tasa de crecimiento anual sea aproximadamente 0.57, menor que la que tuvo Puerto Rico como efecto de la emigración en la década del 50. Esta reducción a diferencia a la ocurrida a mediados del pasado siglo se debe principalmente a la rápida reducción en los niveles de fecundidad de la isla.

Gráfico 3

Modelo de Transición Demográfica

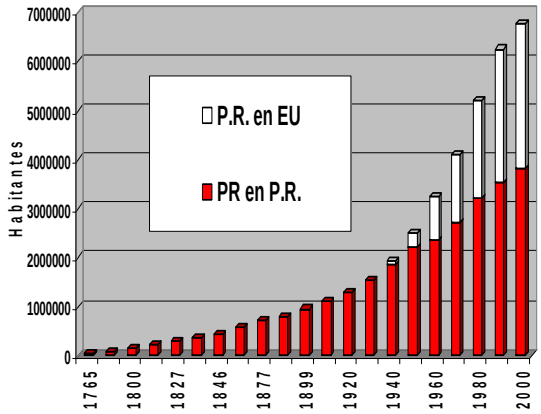


Fuente: Negociado del Censo Federal, Censo de Población de Puerto Rico: 1990 y 2000; y Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

Puerto Rico se encuentra en una etapa similar en lo que se conoce como la transición demográfica tradicional, que ha ocurrido en otros países principalmente los europeos. En esta etapa, la natalidad y mortalidad se encuentran en niveles bajos y deben seguir reduciéndose. La isla había reducido los niveles de mortalidad rápidamente y para el año 1950 la mortalidad se encontraba en niveles similares a los actuales. La natalidad siguió el patrón de la transición demográfica y comenzó a reducirse rápidamente más tarde en el siglo pasado **(Gráfico 3)**. Estos procesos son los que han determinado que la isla tenga una estructura de edad mayor.

Población de Puerto Rico y Puertorriqueños en Estados Unidos

Gráfico 4



Fuente: Negociado del Censo Federal, Censo de Población de Puerto Rico: 1990 ; yJunta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

Si se compara la población de Puerto Rico y la de los puertorriqueños en EU, se observa como el proceso de emigración masiva experimentado entre los años cuarenta y sesenta no se ha vuelto a repetir, a pesar de que los procesos de emigración continúan. Un fenómeno reciente en los procesos de migración de Puerto Rico es la inmigración de residentes de islas caribeñas vecinas, y más reciente aún, inmigración de residentes del continente sudamericano **(Gráfico 4)**.

Cuando se clasifica a la población según su lugar de nacimiento no se observan cambios durante la década. No obstante, nueve de cada diez personas nació en la isla.

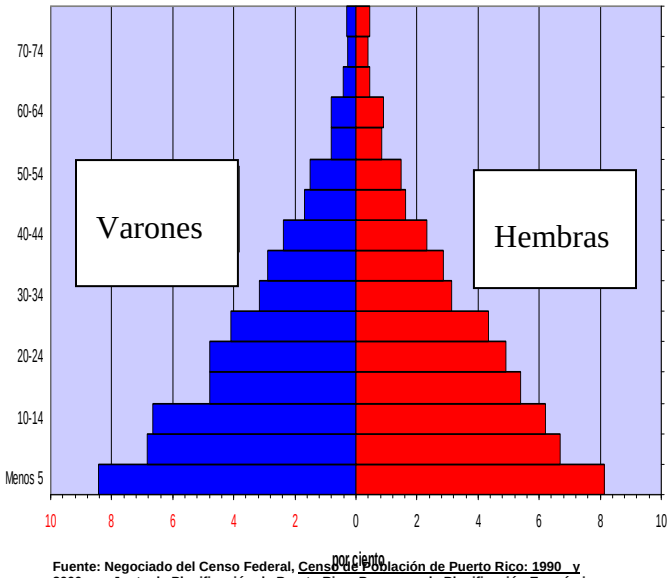
El porcentaje de la población nacida en Estados Unidos se mantuvo en 6 por ciento y la proporción de personas nacidas en el extranjero aumentó levemente de 2.3 a 2.9 por ciento según el censo de 2000. En términos absolutos la población extranjera aumentó de 79,804 a 109,581 personas donde el 42.2 por ciento eran ciudadanos naturalizados, siendo menor para el año 1990, lo que representó 45.5 por ciento del total. Para el año 2000, los dos grupos más grandes de inmigrantes provenían de República Dominicana con 61,455 personas y Cuba con 19,021 personas. Estos representaron el 73.4 por ciento de todos los extranjeros en la isla

para el año 2000. La mayoría de los inmigrantes reside en la región metropolitana (81.2 por ciento).

La estructura poblacional por edad y género en Puerto Rico es indicativa de los cambios poblacionales durante este último siglo. La misma se ha ido transformando de una estructura de edad joven a una de edad avanzada. En el 1910 se observa una estructura poblacional joven con unas tasas de natalidad altas y una expectativa de vida baja (**Gráfico 5**). En el 1960 se reflejó una estructura de edad joven con una expectativa de vida más alta y se observa el efecto de una emigración principalmente de una población de adultos masculina. En el 2000 se observa una población con una estructura de edad más madura, en la que se ha reducido grandemente los niveles de natalidad y con una expectativa de vida bastante más alta.

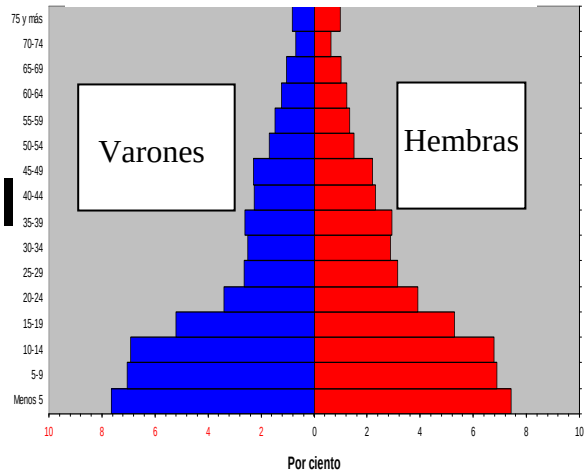
Gráfico 5

Población por edad y sexo: Puerto Rico 1910



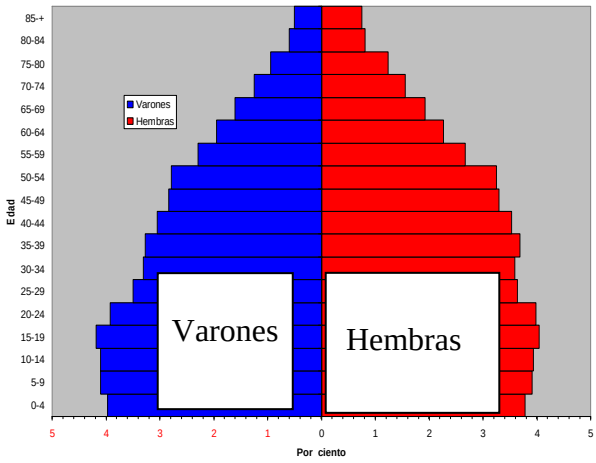
Fuente: Negociado del Censo Federal, Censo de Población de Puerto Rico: 1990 y 2000; y Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

Gráfico 5A: Población por Edad y Sexo Puerto Rico 1960



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

Gráfico 5B: Población por Edad y Sexo, Puerto Rico 2000

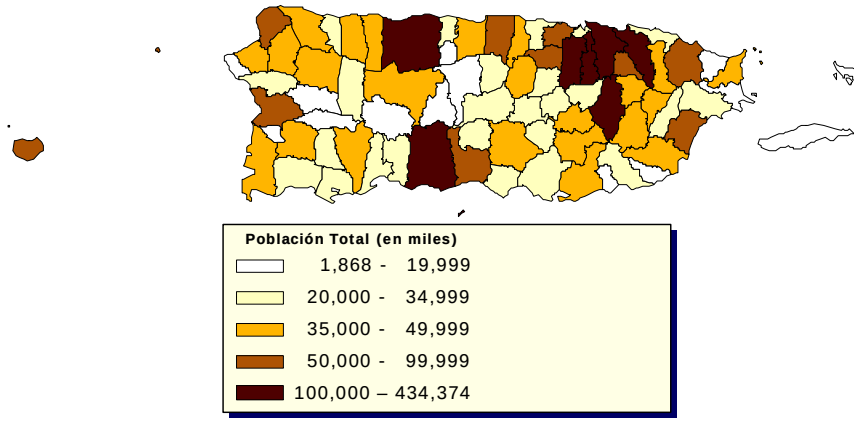


Fuente: Negociado del Censo Federal, Censo de Población de Puerto Rico: 1990 y 2000; y Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

A medida que ocurría una transformación económica en la isla, a partir de los cincuenta, se inició un proceso de redistribución poblacional interna. Este proceso comenzó con una emigración de la ruralía hacia los principales centros urbanos, particularmente hacia San Juan. Más recientemente se ha iniciado una contracorriente de migración interna, cuyo movimiento ya trasciende los suburbios, extendiéndose hacia las zonas más rurales aunque dentro de la esfera de influencia de la infraestructura vial.

Puerto Rico se caracteriza por ser uno de los países más densamente poblados en el mundo con una densidad poblacional de 1,112.1 personas por milla cuadrada para el año 2000. Un alto por ciento de la población se concentra principalmente en la Región Metropolitana de San Juan.

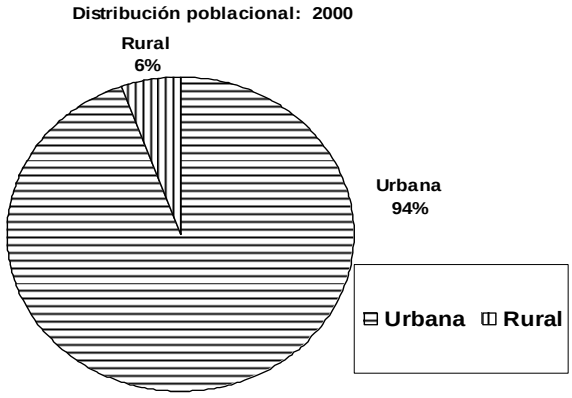
Mapa 1
Distribución Poblacional por Municipio
Puerto Rico: Censo 2000



Fuente: Negociado del Censo federal, Censo de Población de Puerto Rico: 2000; y Junta de Planificación, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

Entre el 1990 y el 2000 la población urbana aumentó de 71.2 a 94 por ciento. Es importante señalar que este aumento refleja el cambio en la definición de población urbana del último censo de población, por lo que las cifras de otros años no son comparables. Independientemente de las definiciones, el carácter plenamente urbano de la población de Puerto Rico es evidente. La población urbana representa un 94 por ciento y la rural un 6 por ciento.

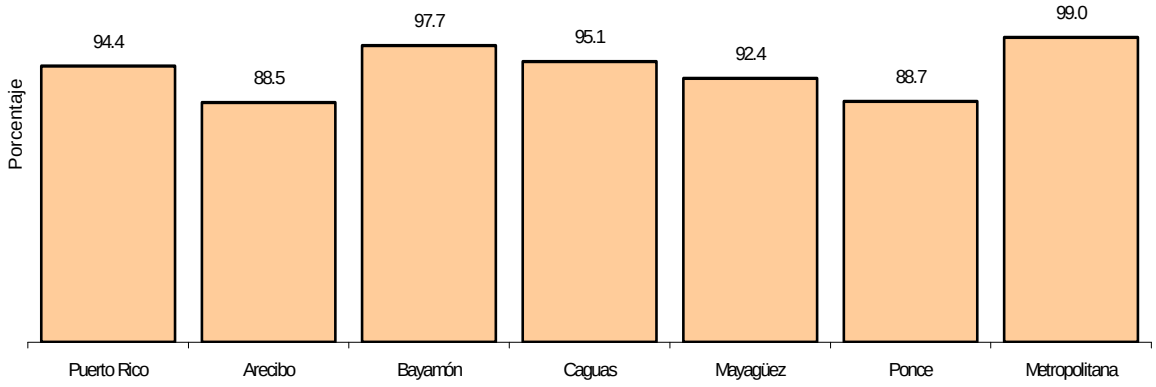
Gráfico 6



Fuente: Negociado del Censo federal, Censo de Población de Puerto Rico: 2000; y Junta de Planificación, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

Con un porcentaje tan alto de población urbana no se identifican diferencias significativas entre las regiones. El porcentaje urbano fluctúa entre 99.0% en la región Metropolitana y aproximadamente 89% en la región de Arecibo (88.5 por ciento) y Ponce con 88.7 por ciento **(Gráfico 7)**.

Gráfico 7. Distribución Porcentual de la Población Urbana por Regiones de Salud, Puerto Rico, 2000

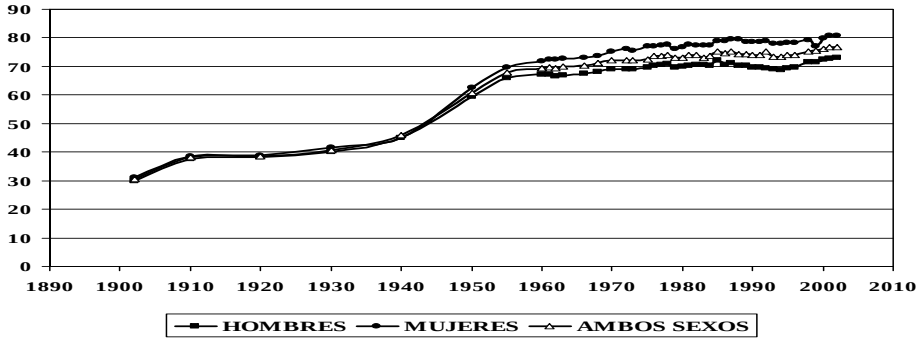


Fuente: Universidad de Puerto Rico, Escuela Graduada de Salud Pública, Departamento de Bioestadística y Epidemiología. Perfil sociodemográfico y análisis de morbilidad asociada a causas selectas en Puerto Rico, 2002.

Asociada a la transformación demográfica de Puerto Rico, como consecuencia, entre otras, por la mejoría en la salubridad pública y privada y la calidad de los servicios de salud en Puerto Rico, ha habido un aumento dramático en la expectativa de vida en el país, según lo demuestra el gráfico 8. La esperanza de vida al nacer en Puerto Rico aumentó significativamente durante el siglo XX. Para el 1902 la esperanza de vida al nacer era de 30 años para los hombres y 31 años para las mujeres, mientras que para el año 2002 la esperanza de vida al momento de nacer para los hombres es de 72.02 años y 80.9 años para las mujeres.

Como se observa, las mujeres demuestran una expectativa de vida más elevada de aproximadamente ocho años de diferencia que la de los hombres, pero con el pasar de los años, la diferencia entre ambas expectativas ha ido aumentando. Entre las posibles razones a las que se puede atribuir está diferencia se encuentra el hecho de que el varón está expuesto durante su vida a múltiples factores de riesgo, como condiciones de trabajo, hábitos de fumar y beber y una alta incidencia de muertes en accidentes, entre otros. En el caso de la mujer la misma se tiende a cuidarse más visitando al médico con más regularidad que los hombres, lo que en cierta medida puede prevenir o atender a tiempo alguna condición de salud.

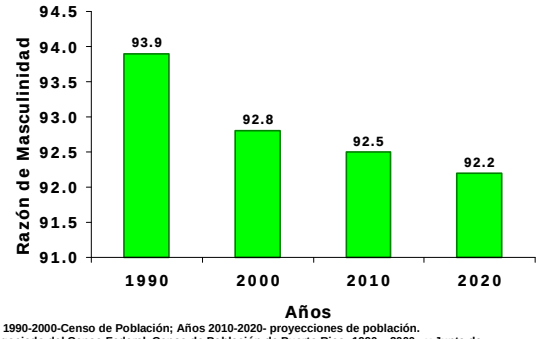
Gráfico 8 - ESPERANZA DE VIDA AL NACER
PUERTO RICO: 1902 - 2002



* TASAS POR 1,000 HABITANTES RATES PER 1,000 POPULATION
FUENTE: DEPARTAMENTO DE SALUD, SECRETARIA AUXILIAR DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO, DIVISIÓN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO, SAN JUAN, PUERTO RICO
SOURCE: DEPARTMENT OF HEALTH, AUXILIARY SECRETARIAT FOR PLANNING AND DEVELOPMENT, DIVISION OF STATISTICAL ANALYSIS, SAN JUAN, PUERTO RICO

De los 3.8 millones de habitantes, 1,975,033 son mujeres lo que constituye un 51.9 por ciento de toda la población en la Isla. La razón de masculinidad de la población total de Puerto Rico es de 93 hombres por cada cien mujeres. A partir del año 1950 comienza a experimentarse un desbalance más o menos continuo en el tamaño de la población masculina y la femenina del país. Sin embargo, entre los años de 1990 a 2000 la disminución en la razón de masculinidad fue relativamente pequeña. Esta se redujo de 93.9 a 92.8 hombres por cada cien mujeres, (**Gráfico 9**).

Gráfico 9
Razón de Masculinidad de la Población
Años : 1990 - 2020

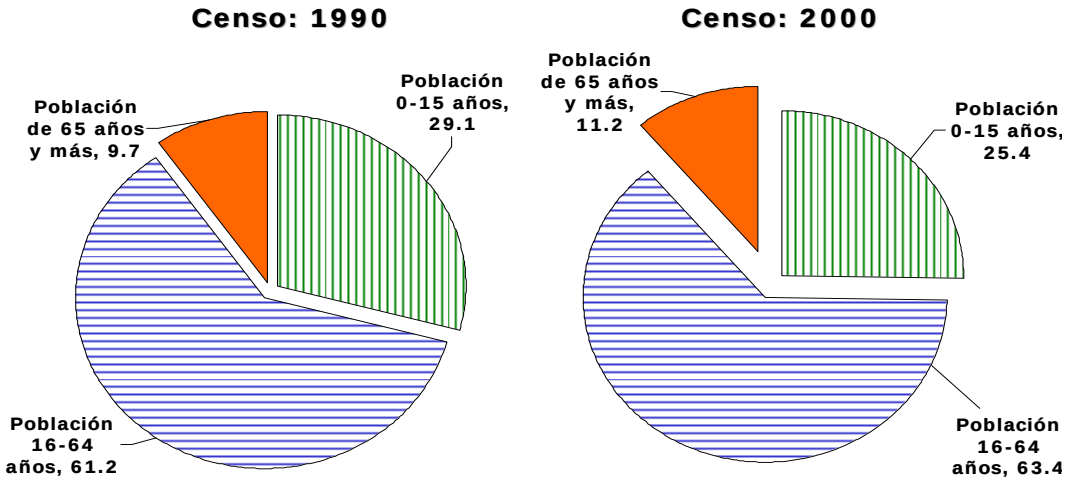


Nota:Años 1990-2000-Censo de Población; Años 2010-2020- proyecciones de población.
Fuente: Negociado del Censo Federal, Censo de Población de Puerto Rico: 1990 – 2000; y Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

En los menores de 15 años de edad, predomina el sexo masculino, la razón fue de 104.9 varones por cada 100 mujeres. Esto compara con la razón de masculinidad en el ámbito mundial. En casi todas las partes del mundo nacen alrededor de 105 varones por cada 100 mujeres. El exceso de hombres al nacer es normalmente contrabalanceado por una mayor mortalidad masculina que comienza desde el mismo momento del nacimiento y se extiende a través de la vida. Como resultado de estas dos tendencias contrarias, en la población se observa un exceso de hombres en las edades jóvenes que va reduciéndose progresivamente con la edad. Para la población con edades de 15 a 64 y 65 años y más, la razón de masculinidad fue de 92.3 y 74.9 hombres por cada 100 mujeres, respectivamente. En la población de Puerto Rico predominan las personas de sexo femenino. Sin embargo, la diferencia entre los sexos ocurre mayormente entre los grupos poblacionales de más edad.

Como resultado de los descensos en los niveles de la fecundidad de las mujeres en Puerto Rico (1.9 hijos tenidos por mujer en el año 2000) la proporción de la población menor de 15 años de edad muestra una reducción significativa de 29.1 en 1990 a 25.4 por ciento (967,387) en el año 2000. Se espera que esta proporción disminuya a 21.2 por ciento en el año 2010. Por otro lado, los grupos de población de más edad (65 y más) siguen experimentando incrementos en sus porcentajes poblacionales a través de loa años, tendencia que se vincula a cambios en las variables demográficas de natalidad, mortalidad y migración. Por ejemplo, los niveles de fecundidad de la mujer puertorriqueña han ido en descenso al igual que los niveles de mortalidad de la población en general. Además, los movimientos migratorios entre Puerto Rico y el exterior, particularmente personas jóvenes que emigran al extranjero en búsqueda de nuevas oportunidades y de personas adultas que regresan a la isla para pasar sus últimos años de vida han traído consigo cambios en la estructura de edad de la población. Por otro lado, los avances en la medicina, cambios en los hábitos alimentarios y estilos de vida son también reflejo de esta tendencia. Para el año 2000, la población de 65 años o más es de 425,137 lo que representa un 11.2 por ciento en contraste con 9.7 por ciento en 1990, lo que refleja un aumento de 84,000 personas, (**Gráfico 10**).

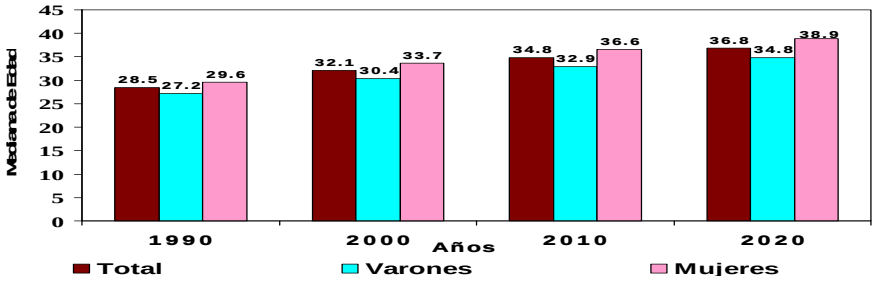
Gráfico 10
Población por Amplios Grupos de Edad
Años Censales: 1990 y 2000



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

Como indicadores del envejecimiento de la población se puede utilizar la mediana de edad y el porcentaje de la población de 65 años o más. En el 1980 la mediana de edad para ambos sexos fue de 24.4 años; esta mediana aumentó a 28.5 años en el 1990 y alcanzó 32.1 años en el 2000, (**Gráfico 11).**

Gráfico 11
Mediana de Edad de la Población por Sexo
Puerto Rico, Años: 1990 - 2020

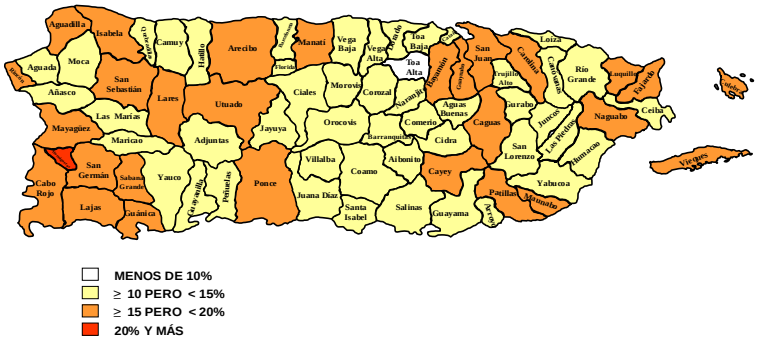


Nota: Años 1990-2000-Censo de Población; Años 1990-2020- proyecciones de población
Fuente: Negociado del Censo Federal, Census de Población de Puerto Rico: 1990 – 2000 y Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

El Censo de Puerto Rico, presenta que en el 2000 hay 320,485 hogares con al menos una persona de 65 años o más, en comparación a 260,132 en el 1990. La edad promedio de la población es de 32.1 años, con un incremento de 3.7 años a la informada en 1990. En el **mapa 2** se observa la distribución de la población envejeciente por los distintos municipios.

Mapa 2

POR CIENTO DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS POR MUNICIPIO
PUERTO RICO, 2000



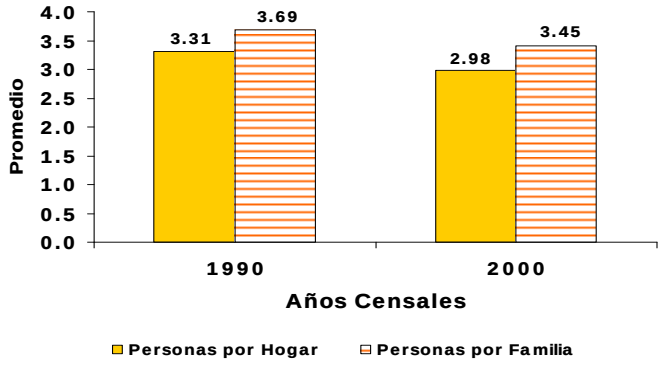
Fuente: Negociado del Censo Federal, Censo de Población de Puerto Rico 2000; y Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

2.2.2 Hogares y Estado Marital

Para el año 2000 el número de hogares en Puerto Rico alcanzó un total de 1,261,816. Esto representó un aumento de 204,459 hogares sobre la cifra de 1,057,357 observada en el 1990, lo que representa un aumento del 19.3 por ciento durante la década. En el 2000 el 79.9 por ciento (1,008,555) de la población estaba constituida por hogares de familia y un 20.1 por ciento (253,261) son hogares no familiares, de los cuales, 9 de cada 10 están constituidos por personas que viven solas. El crecimiento de los hogares no familiares fue mucho mayor (51.3 por ciento) que el de los hogares de familia (13.3 por ciento).

Durante la década de 1990-2000 se observó una disminución en el tamaño promedio del hogar de 3.31 a 2.98 personas **(Gráfico 12**). El tamaño de los hogares de familia también disminuyó de 3.69 a 3.45 personas por hogar. Cerca del 90 por ciento de las personas residiendo en hogares eran el jefe, el cónyuge o el hijo del jefe. Menos del 2 por ciento de las personas residiendo en hogares no estaban emparentados con el jefe del hogar, mientras que cerca del 4 por ciento eran nietos. Esto refleja que la mayoría de los hogares son nucleares y personas viviendo solas. El mayor cambio es la reducción, tanto absoluta como relativa en el número de personas que son hijos del jefe del hogar. En el año 2000, hubo 44,587 hijos menos que en el 1990, disminuyendo de 42.4 por ciento a 38.1 por ciento. Los hogares donde reside sola una persona de 65 años y más aumentaron de 66,187en el 1990 a 92,673 en el 2000, lo que representa un cambio de 40.0 por ciento.

Gráfico 12
Promedio de Personas por Hogar y por Familia en Puerto Rico
Años Censales: 1990 - 2000

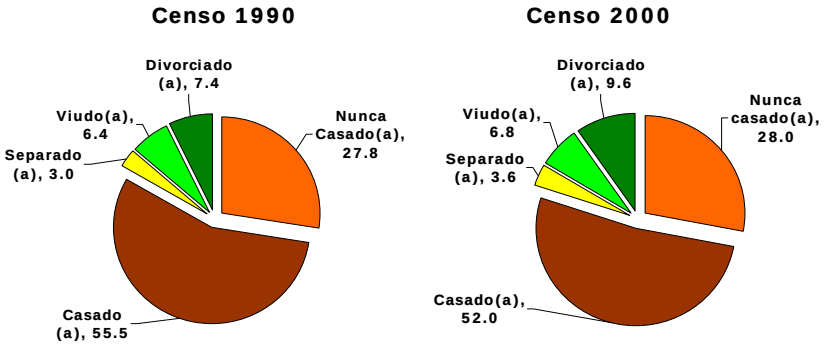


Fuente: Negociado del Censo federal, Censo de Población de Puerto Rico: 1990 – 2000; y Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

El porcentaje de la población que nunca se casó constituyó cerca del 28 por ciento. Hubo un aumento en los viudos (de 6.4 a 6.8 por ciento) y en los divorciados de 7.3 a 9.6 por ciento. **(Gráfico 13)** En el año 2000, el 10.4 por ciento de las mujeres eran viudas y el 11.5 por ciento eran divorciadas, cifras más altas que las de los hombres (2.8 por ciento eran viudos y 7.4 por ciento eran divorciados).

Aproximadamente una tercera parte de los hombres (31 por ciento) nunca se había casado comparado con 24.8 por ciento de las mujeres.

Gráfico 13
Distribución de la población de 15 años y más por estado marital
Puerto Rico:1990 y 2000

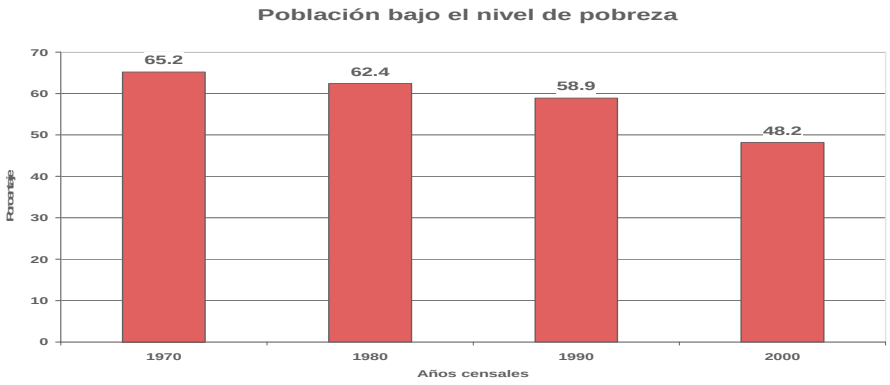


Fuente: Negociado del Censo Federal, Censo de Población de Puerto Rico: 1990 y 2000; y Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

2.2.3 Niveles de Pobreza

Los niveles de pobreza en Puerto Rico están definidos por el Censo de los Estados Unidos. Según los criterios del Censo, los niveles de pobreza en Puerto Rico han estado disminuyendo de 65.2 en 1970 a 62.4 en el 1980, 58.9 en el 1990 y 48.2 en el 2000 (**Gráfico 14**).

Gráfico 14



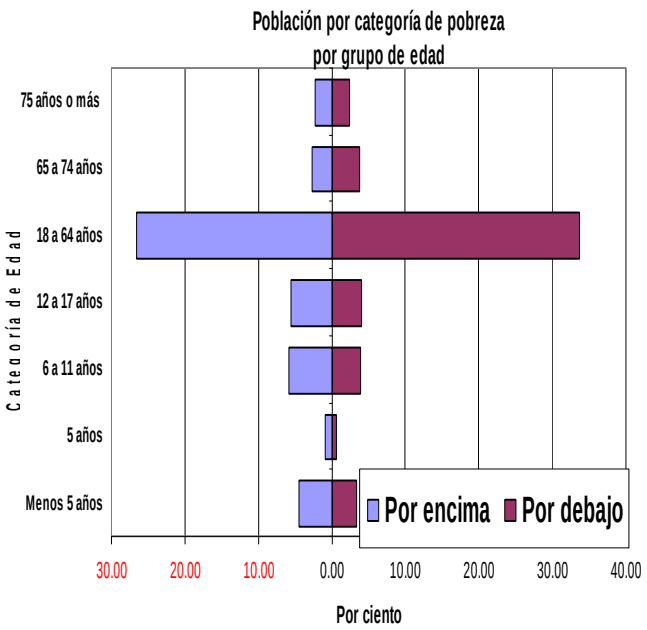
Fuente: Negociado del Censo Federal, Censo de Población de Puerto Rico: 1990 y 2000; y Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

Esta última década ha representado la disminución más dramática en el porcentaje de población por debajo de los niveles de pobreza ya que disminuyó de 58.9 por ciento a 48.2 por

ciento, unos diez puntos porcentuales. El número de personas se redujo de 2,057,377 a 1,818,687 entre los años 1990 y 2000.

Si examinamos el porcentaje de población por debajo y por encima del nivel de pobreza por diferentes categorías de edad, **(Gráfico 15)** se observa que existen más personas bajo el nivel de pobreza desde el nacimiento hasta los 17 años (66.8 en 1990 y 58.4 en el 2000), comparada por cada categoría de edad considerada. De los 18 años en adelante se observa una mejoría en los niveles de pobreza hasta la categoría de 75 años o más, que refleja una equidad entre los que están por debajo y por encima del nivel de pobreza.

Gráfico 15



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

Del total de la población bajo el nivel de pobreza los varones representan un 46.7 por ciento. De un total de 1,818,687 personas, las mujeres representan un 53.3 por ciento de la población. Cabe destacar que hay cambios importantes en el patrón por edad. El mayor descenso, tanto en términos absolutos como relativos, se observó en la población de 65 años o más, tanto para los hombres como para las mujeres, aunque para los primeros fue mayor que para estas últimas. Esto llevó a que por primera vez se observe que la población vieja tiene tasas de pobreza más bajas que las de la población adulta en edades laborales y niños. Entre 1990 y 2000 la pobreza entre los viejos disminuyó de 57.5 por ciento a 44.0 por ciento, una disminución absoluta de 13.5 por ciento y un 23.5 por ciento de cambio entre ambos años.

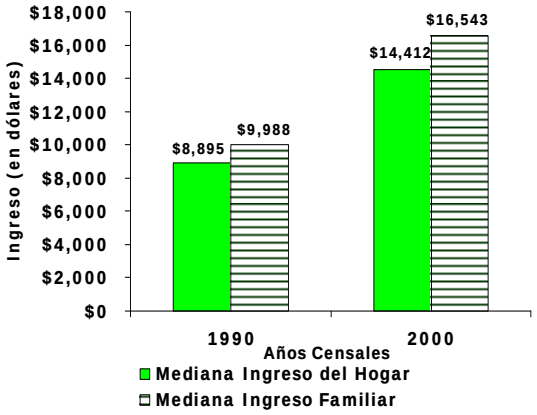
Cuando se examinan los grupos de edad más detalladamente para la población total se observan otros cambios importantes. En el 1990 en las edades adultas hay una tendencia curvilineal (en forma de *U*). En los adultos en edades laborales las tasas de pobreza descienden a medida que aumenta la edad, encontrándose las tasas más bajas entre las edades de 45 a 64 años. Estas aumentan un poco en los grupos de edad de los viejos (65-74 años y $\geq$ 75 años). En el año 2000 el grupo de edad 45-54 años exhibía las tasa más baja (40.3 por ciento) para Puerto Rico, seguido del grupo de 65 a 74 años de edad con 41.0 por ciento.

Por otro lado, al comienzo del Siglo 21 en Puerto Rico se identificaron 686 Comunidades Especiales, donde habitan más de un millón de puertorriqueños en condiciones económicas y sociales inadecuadas. Según un perfil socioeconómico desarrollado de esta población señala que de un total de 454,524 personas encuestadas que componen 164,364 unidades de vivienda presentaban problemas tales como: problemas de vivienda (27.8 por ciento no poseen título de propiedad), falta de infraestructura básica (pluvial, sanitaria, electricidad), problemas sociales (desempleo 28.9 por ciento), deserción escolar (46.1 de la población de 25 años o más no han completado el 4to año de escuela superior), tasa de analfabetismo de 6.6 por ciento, donde más de la mitad de los casos se encuentra entre las personas de 60 años o más; el 37.7 por ciento de los hogares reciben ingresos menores de $500.00 mensuales.

2.2.4 Mediana de Ingreso Anual del Hogar

La reducción en la tasa de pobreza refleja el aumento en el ingreso por hogar durante la década de 1990-2000. Por otro lado, la mediana de ingreso anual por hogar aumentó sustancialmente de $8,895 a $14,412 anuales. Para hacer una comparación de estos datos de ingreso es necesario tomar en consideración el nivel de inflación durante este período y ajustar la mediana de ingreso anual de 1989 por la inflación entre 1989 y 1999, para que sea comparable con la mediana de ingreso de 1999.

Gráfico 16
Mediana de Ingreso del Hogar y de la Familia en Puerto Rico
Años Censales: 1990 - 2000



Fuente: Negociado del Censo federal, Censo de Población de Puerto Rico: 1990 – 2000; y Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

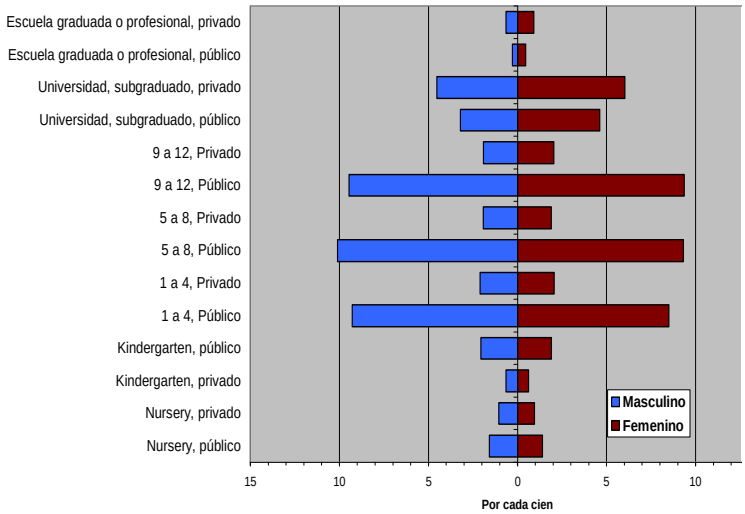
Se encuentran grandes diferencias en el nivel de ingreso anual entre las regiones, aunque para el 1999 fueron menos marcadas que en el 1989. La Región Metropolitana tuvo el nivel de ingreso anual más alto ($18,324) en el 1999, casi 50% más alto que las regiones con los niveles bajos de ingreso anual. Estas regiones fueron las de Arecibo, Mayagüez y Ponce, con un ingreso anual un poco mayor de $12,000. El mayor aumento en el ingreso anual ocurrió en las regiones de Arecibo y Ponce y se debe destacar que después de ajustar por la inflación, la mediana de ingreso anual de Mayagüez aumentó levemente.

2.2.5 Educación

La constitución de Puerto Rico consagra el derecho de toda persona a una educación que propenda al pleno desarrollo de su personalidad y al fortalecimiento de sus derechos y libertades fundamentales. La misma le ordena al gobierno el establecimiento y sostenimiento de un sistema de educación pública primario y secundario, libre de costo y de carácter no sectario para todos los niños y jóvenes del país sin distinción por religión, raza, origen étnico, sexo o condición física o mental. Este mandato constitucional se implanta a través del Departamento de Educación.

Gráfico 17

Matrícula escolar por género: 2000



Fuente: Negociado del Censo federal, Censo de Población de Puerto Rico: 1990 – 2000; y Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

La matrícula escolar en Puerto Rico, por género refleja ciertas desigualdades en las categorías de grados escolares. Al principio, en los grados más bajos, la matrícula masculina excede levemente la femenina, hasta los grados de 9 a 12, principalmente en las escuelas privadas. De aquí, hasta los niveles universitarios, comienzan a acentuarse las diferencias siendo mayor la del género femenino.

Por otro lado, cabe mencionar la deserción escolar, la cual tiene impactos sociales a corto y largo plazo. Como indicador de la deserción escolar en la adolescencia se puede utilizar la cifra de adolescentes que no asistían a la escuela y no se han graduado de escuela superior. Según los datos disponibles, las bajas en escuelas públicas se han reducido de 3,600 en 1997-1998 a 2,554 en 1999-2000 (último año disponible); esto representa un aumento de 0.58 por ciento del total de matricula al 0.42 por ciento. La incapacidad del sistema educativo para retener a éstos jóvenes que abandonan la escuela a edades tempranas o que sencillamente nunca asistieron a una escuela, pone en peligro la calidad de vida, no solo de estos sino de todo el pueblo. A corto plazo, los jóvenes entre 15 a 18 años representan el grupo de alta vulnerabilidad para la actividad delictiva. A largo plazo, representa una población rezagada académicamente y sin destrezas, con un potencial para convertirse en una población marginada económicamente. Por otro lado, en la medida en que la población femenina continúe educándose a niveles cada vez más altos, las diferencias entre los géneros se acentuará, con las consecuencias socioeconómicas que esto conlleva. Existe además una población que no está en nuestras escuelas, pero requiere atención especial. Datos del Censo de 2000 reflejan que la isla tenía 10.4 por ciento de analfabetismo, (227,185 personas), lo que es alto comparado con muchos países cercanos. Esto genera otros problemas sociales como la falta de oportunidades de empleo, pobreza y otras características asociadas.

El nivel de escolaridad de la población de 25 años y más continuó aumentando durante la década del noventa. En el año 2000 tres de cada cinco personas había completado la escuela superior y una de cada cuatro (25.4 por ciento) había completado algún grado universitario (grado asociado o bachillerato) y otro 12.2 por ciento había asistido a la universidad sin completarla. Los datos anteriores se refieren a la población adulta, que en su gran mayoría ha completado su educación. Al analizar el nivel de escolaridad para la población de 16 a 19 años se observa un aumento en la asistencia a la escuela de 65.5 por ciento a 78.3 por ciento, que incluye tanto los que todavía están asistiendo a la escuela superior cómo aquellos que ya se graduaron y están cursando estudios universitarios.

2.2.6 Participación Laboral

La característica más sobresaliente del mercado de empleo en Puerto Rico es la baja tasa de participación de los hombres. Esto se observa desde la década de los 50 que continuó su tendencia descendente hasta el 1990. En el 2000, sin embargo, vuelve a mostrar la misma tendencia. El grupo trabajador se compone de 56.1 por ciento de hombres y 43.9 por ciento de mujeres, lo que significa un incremento para las últimas décadas de 2.6 puntos porcentuales, si se compara con 20.4 por ciento registrado en el 1990.

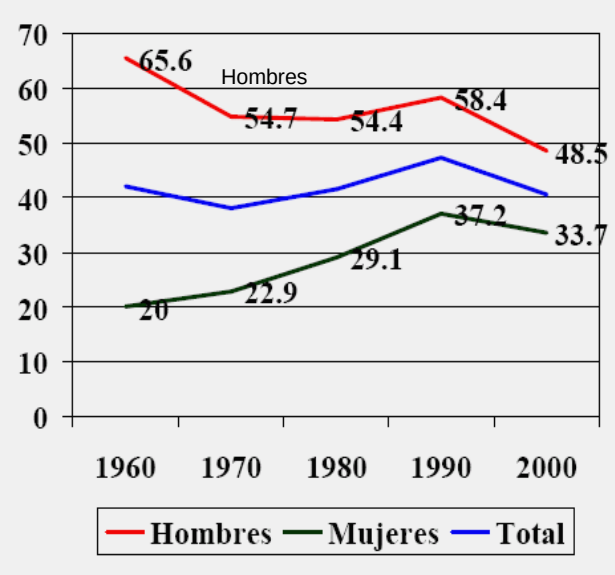
En el caso de las mujeres se observa un aumento en las tasas de participación entre las mujeres más jóvenes. La tasa de participación de la población total se redujo de 47.3 por ciento a 40.7 por ciento.

La reducción es mayor en el caso de los hombres (de 58.4 por ciento a 48.5 por ciento) que en las mujeres (37.2 por ciento a 33.7 por ciento), (**Gráfico 18**).
La región Metropolitana tiene tasas de participación más altas que las otras regiones para ambos sexos.

El nivel de desempleo se ha mantenido consistentemente alto. Aunque las tasas de desempleo del Censo son más altas que las que se obtienen a través de la encuesta del grupo trabajador, permiten hacer comparaciones entre grupos. En ambos censos, una de cada cinco personas en la fuerza de trabajo estaba desempleada. Las mujeres tienen un desempleo un poco más alto que el de los hombres. Las variaciones entre las regiones son sustanciales. La región de Ponce, que tiene el desempleo más alto (27.0 por ciento), es el doble de la región Metropolitana que tiene el desempleo más bajo (14.2 por ciento).

La estructura ocupacional es en general muy similar en el 1990 y el 2000. Cabe señalar la reducción ocurrida en las ocupaciones relacionadas con la producción (de 19.9 por ciento en el 1990 a 15.2 por ciento en el 2000), refleja la pérdida de empleos en la manufactura por un 2.2 por ciento en comparación con los años 1990 y 2000. Se observa que más de la mitad de las personas están empleadas en dos grandes categorías ocupacionales: una la comprendida por ocupaciones gerenciales, profesionales y relacionadas y la otra son las ocupaciones de ventas y trabajo de oficina. Las ocupaciones de agricultura, pesca y silvicultura apenas alcanzan 1 por ciento **(Gráfico 19).** En la Región Metropolitana se observa una mayor concentración de ocupaciones gerenciales y de oficina. Las regiones de Arecibo y Mayagüez tienen la proporción más alta de ocupaciones en la producción.

Gráfico 18: Participación Laboral de la Población por Sexo Puerto Rico, Años: 1960 - 2000

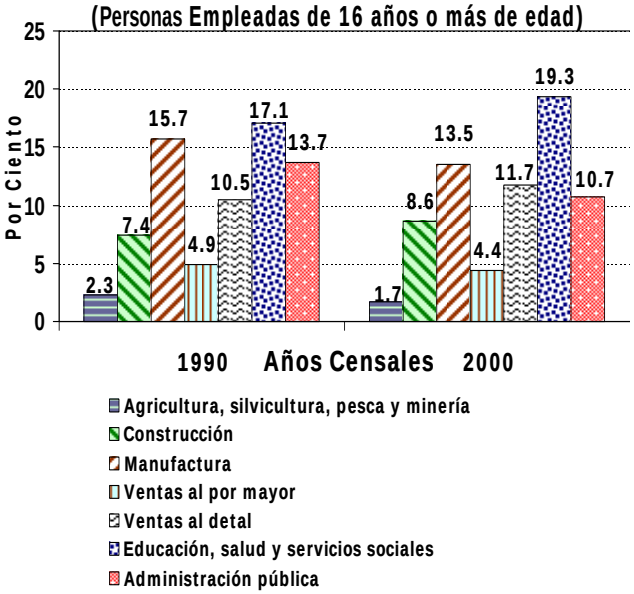


Fuente: Negociado del Censo Federal, Censo de Población de Puerto Rico: 1990 y 2000; y Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

Gráfico 19

Población por Amplios Grupos de Industria

(Personas Empleadas de 16 años o más de edad)

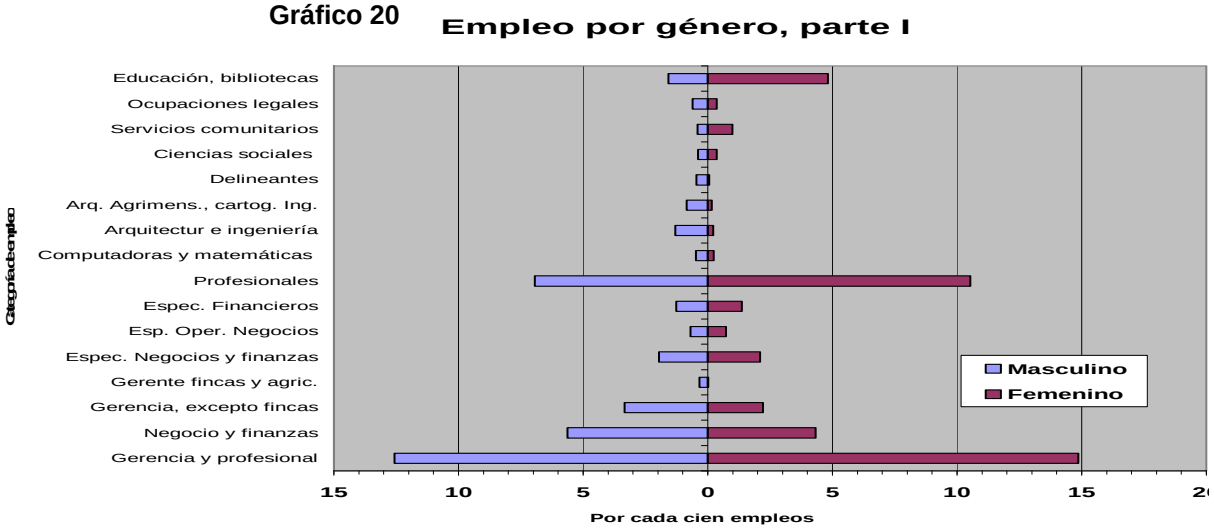


Fuente: Negociado del Censo federal, Censo de Población y Vivienda de Puerto Rico, Años Censales 1990 – 2000; y Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

2.2.7 Empleo por Género

Existen diferencias significativas entre los empleos disponibles por género. Algunos tradicionalmente han estado asociados con el género masculino y otros con el femenino. Existe una preponderancia en el empleo femenino en las áreas de gerencia, profesionales, educación y bibliotecas, mientras que en los empleos masculinos se encuentra en las áreas de negocios, finanzas, gerencia y el área de computadoras, arquitectura e ingeniería **(Gráfico 20).**

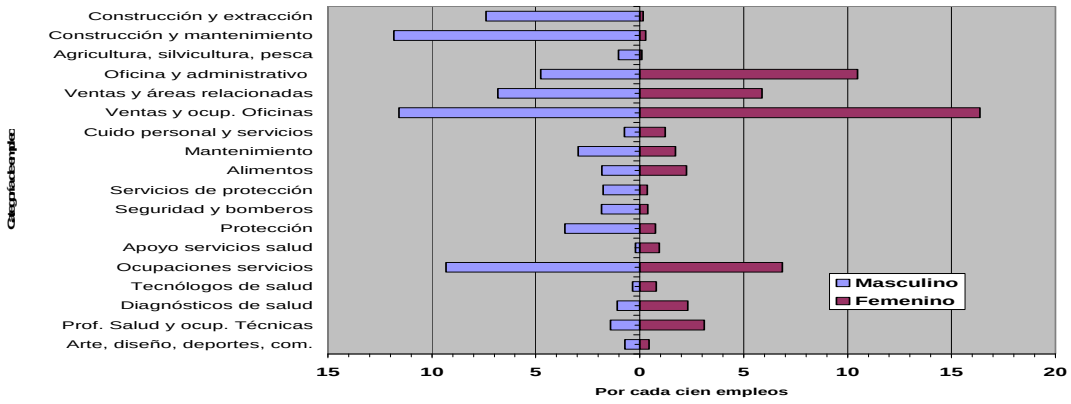
Gráfico 20 **Empleo por género, parte I**



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

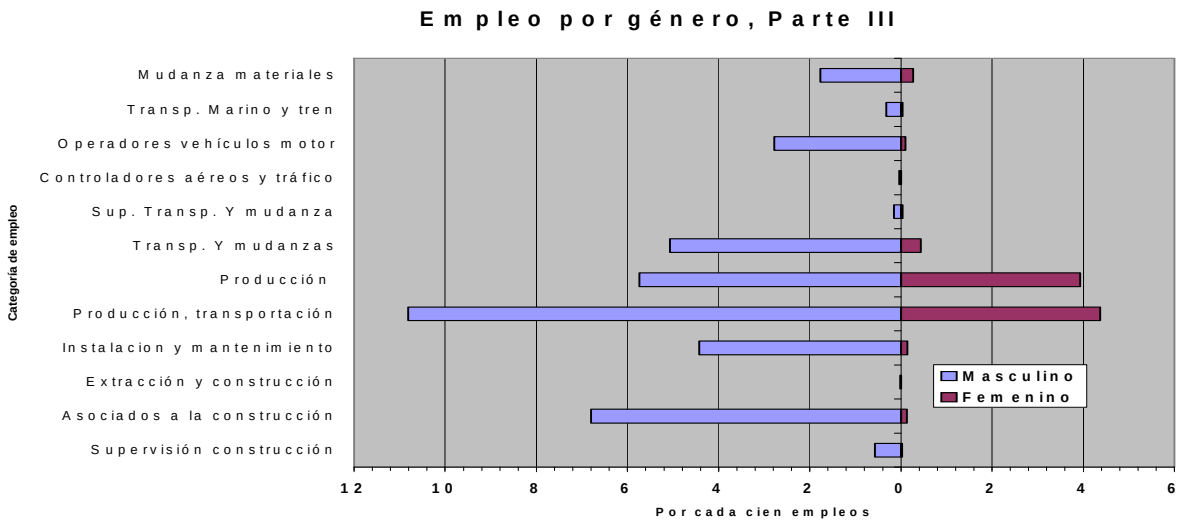
La preponderancia femenina se observa en el área de ventas, oficinas, posiciones administrativas y servicios de salud. La masculina se observa en las áreas de construcción y mantenimiento, ventas, oficinas y ocupaciones de servicios **(Gráfico 21).**

Gráfico 21 **Empleo por género, parte II**



Además, se observa una preponderancia masculina en todas las áreas de empleo principalmente las de mudanza, operadores de vehículos de motor, producción y transportación, instalaciones, mantenimiento y empleos asociados a la construcción. En general, según estas gráficas se observa la incursión de la mujer en las áreas administrativas y gerenciales, servicios profesionales, educación, y otras áreas que generalmente requiere mayores niveles de educación (**Gráfico 22).**

Gráfico 22



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

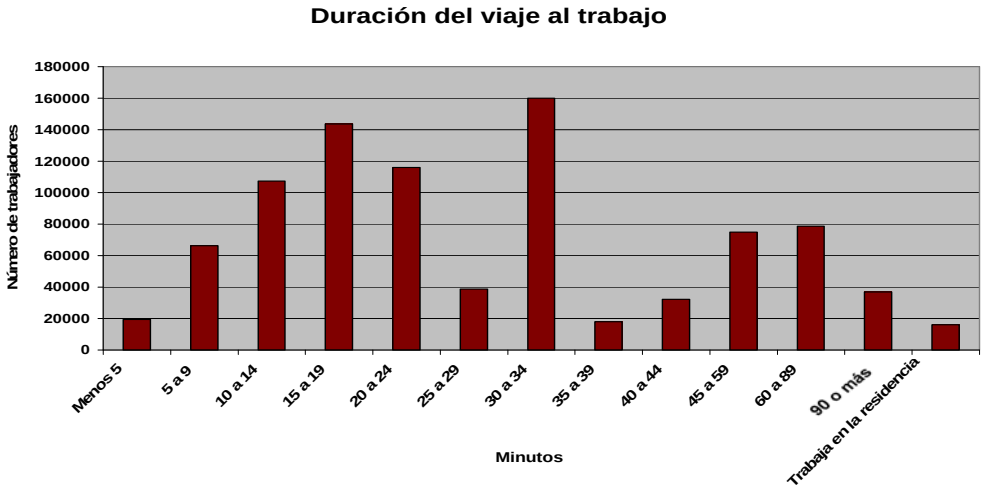
2.2.8 El Viaje al Trabajo

El volumen de tráfico vehicular, particularmente en la zona metropolitana limita la circulación rápida, lo que representa para la población un número significativo de horas productivas perdidas. Uno de los aspectos más traumáticos relacionados con el trabajo y que mayor estrés causa es el viaje al trabajo. En Puerto Rico, eso se traduce en una lucha bidiurna—por la mañana y por la tarde—para llegar y regresar del trabajo. Aunque en el pasado el famoso tapón, o congestión vehicular, era bastante predecible en cuanto a magnitud y dirección del flujo por la mañana y por la tarde, cada vez más esta congestión vehicular se hace impredecible tanto en términos de la dirección del flujo como en términos de la duración y las horas de la ocurrencia del mismo. El mismo empeora o mejora durante diferentes épocas del año. Por ejemplo, durante el período escolar el mismo se agrava ya que los padres tienen que dejar a sus hijos en la escuela en ruta hacia sus trabajos. Por la tarde, la congestión comienza antes de la salida oficial del trabajo ya que muchos padres salen a buscar a sus hijos a la escuela, período de salida que puede fluctuar de 1 a 4 de la tarde. Durante los veranos y las navidades, el mismo se reduce debido a la gran cantidad de trabajadores que se acogen al tiempo de vacaciones, vacaciones escolares y una reducción en la matricula de verano en las universidades. Sin embargo, esto tiende a aumentar la congestión a horas inesperadas del día, principalmente en las cercanías a los centros comerciales principales.

Los valores más altos de acuerdo al censo se reflejan en los periodos de 30 a 34 minutos y de 15 a 19 minutos. Unos 500,000 trabajadores tarda media hora o más en llegar a sus trabajos. La inmensa mayoría de estos viajan sólo en su automóvil privado, lo que constituye un rendimiento sumamente bajo de la energía. La existencia, y conciencia de utilizar un sistema de transportación en masa más efectivamente cuando esté disponible, como sería el tren urbano, redundaría en una mejor calidad de vida para el usuario, un ahorro energético para el país y una mejoría en la calidad del aire.

En el año 2000 apenas el 5.3 por ciento de los trabajadores utilizó un medio de transportación pública para movilizarse hacia su lugar de trabajo, lo que representa una reducción comparado con el año 1990 cuando hubo 10.3 por ciento (**Gráfico 23).**

Gráfico 23

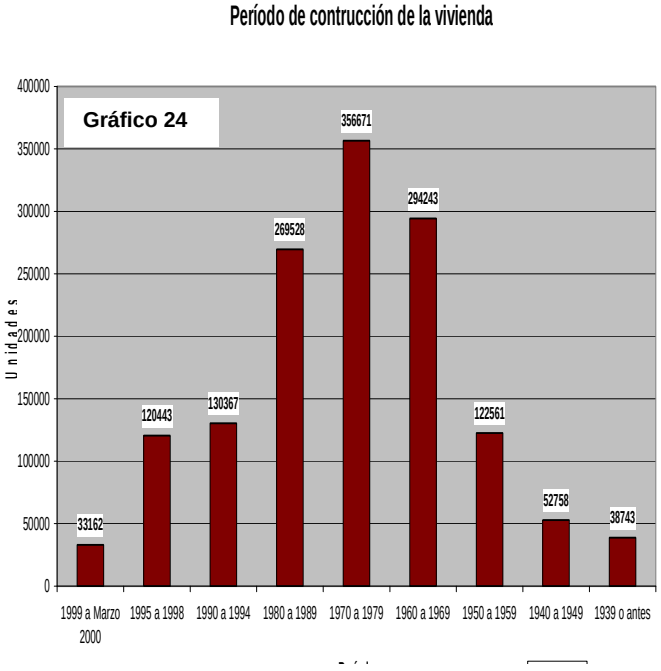


Aunque el proceso de adaptación de un sistema que ofrece una libertad total de movimiento, como es el automóvil, a uno más restringido en estos términos, es incuestionable que el país tiene que comenzar a promover un cambio en el uso de los medios de transportación.

2.2.9 El Estado de la Vivienda

El inventario total de vivienda ascendió de 1,188,985 en 1990 a 1,418,476 en el 2000, lo que representa un cambio de 19.3 por ciento con un ligero aumento en la proporción de vivienda ocupada. Un 85 por ciento de la vivienda en Puerto Rico ha sido construida a partir del 1960, según el Censo de Población (**Gráfico 24).**

El período de construcción del mayor número de unidades de vivienda fue la década del sesenta con unas 356,000 unidades, seguido por la del sesenta con 294,000 y la del ochenta con 269,000 unidades. Las características en la construcción de las mismas ha variado desde los procesos de construcción en masa de unidades unifamiliares con solares de 300 metros, a la construcción de sofisticadas viviendas de exclusivas residencias en urbanizaciones cerradas,



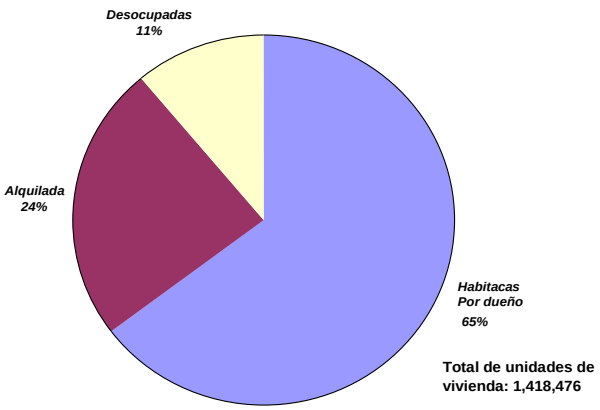
Fuente: Negociado del Censo Federal, Censo de Población de Puerto Rico: 1990 y 2000; y Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo.

apartamentos en edificios multipisos hasta los “walkups” en complejos que ofrecen una gran variedad de facilidades deportivas y recreativas.

Finalmente, un 65 por ciento de la vivienda en Puerto Rico está ocupadas por sus dueños, un 24 por ciento está alquilada y un 11 por ciento está desocupada (**Gráfico 25**). La continua construcción de viviendas de alto costo deja de lado y sin atender las demandas reales de familias cuyos ingresos nunca alcanzarán para adquirir las nuevas viviendas que lanzan al mercado. Entre los grupos con mayor necesidad de vivienda se encuentra la población deambulante. Se ha identificado un total de 7,071 personas que deambulan en las calles de Puerto Rico, según el conteo realizado en mayo de 2003 por la Comisión para la Implantación de la Política Pública para las Personas Deambulantes.

Gráfico 25

Status de la vivienda: 2000



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

2.3 Contexto Económico

2.3.1 La Economía de Puerto Rico

El desarrollo económico de un país tiene efectos importantes sobre las diferentes variables que definen la calidad de vida de su población. Una de esas variables es la salud de sus habitantes. Un mayor nivel de salud no sólo permite que, en términos generales, la población pueda ser más productiva sino que también pueda disfrutar a mayor plenitud de los bienes y servicios a su disposición.

Los efectos del proceso de desarrollo económico sobre la salud se reflejan fundamentalmente de varias maneras. Entre estas, el que ocurre a través de la oferta y la demanda por servicios de cuidado de salud. El sistema de salud de un país se constituye a base de los arreglos institucionales necesarios que permiten que la demanda por servicios de cuidado de salud sea atendida a base de la oferta de recursos disponibles a corto y a largo plazo.

La economía en Puerto Rico ha experimentado transformaciones estructurales importantes en su proceso de modernización a partir de la década de 1940. El proceso de industrialización de la economía ha provocado el desplazamiento de la agricultura como el principal sector de la economía tanto en valor añadido como en el número de empleos generados. El proceso de industrialización se puede examinar a base de tres períodos 1948-1963, 1963-1975, 1975 en adelante.

Durante las primeras tres décadas del presente siglo, la economía de Puerto Rico estuvo dominada por el sector de la agricultura. En particular, este período marca la hegemonía de los hacendados de la caña de azúcar controlados por el capital ausentista norteamericano. Una característica fundamental de la economía de Puerto Rico en este período es la concentración de tierras (poseídas ó controladas) en poder de las corporaciones azucareras norteamericanas. La cantidad de tierras en fincas de 500 cuerdas ó mas, por ejemplo, representaban el 33.7 por ciento de toda la tierra. El área de tierra cultivada casi se duplicó entre 1899 y 1930 con la

siembra de nuevos cañaverales, aunque el área total de tierra en fincas se había reducido entre 1920 y 1930 un 2.1 por ciento.

El Proyecto de Operación Manos a la Obra a finales de la década de los 40 cambió dramáticamente el perfil de la economía puertorriqueña. Basándose en un modelo de inversión por invitación, el proceso de industrialización convirtió al sector de la manufactura en el principal sector de la economía, con un valor añadido equivalente al 21.9 por ciento del Producto Nacional Bruto (PNB) para el año 1960, 25.4 por ciento en el 1970 y 48.1 por ciento en el 1980. En términos de empleos generados el sector de la agricultura apenas mantuvo su liderato durante la década del 60. En el 1970, la agricultura había de ser el mayor patrono en la economía de Puerto Rico. La proporción del empleo que aportaba este sector se redujo de 36.2 por ciento en 1950 a 22.8 por ciento en 1960 y a 9.9 por ciento en 1970. Durante las últimas tres décadas del Siglo XX, la tendencia de reducción se mantuvo, y en 1999, solo había 27,000 personas empleadas formalmente en el sector agrícola, lo que representó el 2.4 por ciento del empleo total. Contrario a la manufactura que reflejó altas y bajas hasta lograr un aumento de 13.9 por ciento en el 1999, el cual aportó en ese mismo año el 44.1 del Producto Interno Bruto (PIB). Por consiguiente, el sector que más producción genera (manufactura) no es el que más empleos crea; mientras uno de los sectores que más empleos posee (Gobierno) no es el que más producción o ingreso genera.
(Cuadro 1 y Gráfico 26)

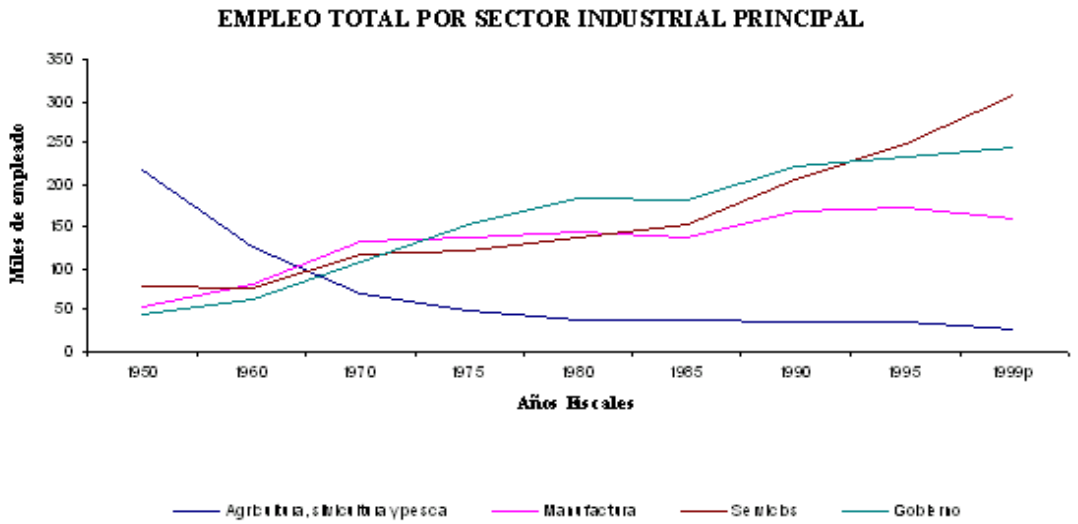
Cuadro 1
Empleo por Sector Industrial
1950 - 1999

Sectores	**1950**	**%**	**1960**	**%**	**1970**	**%**	**1980**	**%**	**1990**	**%**	**1999**	**%**
Agricultura	216	36.2	124	22.8	68	9.9	38	5.0	36	3.7	27	2.4
Manufactura	106	17.8	91	16.8	132	19.2	143	19.0	168	17.4	159	13.9
Construcción	27	4.5	45	8.3	76	11.1	44	5.8	55	5.7	78	6.8
Comercio	90	15.1	97	17.9	128	18.7	138	18.3	185	19.2	229	20.0
Finanzas, Seguros y Bienes Raíces	3	0.5	6	1.1	13	1.9	21	2.8	30	3.1	43	3.7
Servicios	77	12.9	75	13.8	116	16.9	135	17.9	206	21.4	306	26.7
Gobierno	45	7.6	62	11.4	106	15.5	184	24.4	222	23.1	246	21.4
Transportación	23	3.9	27	5.0	27	3.9	25	3.3	28	2.9	28	2.4
Otros misceláneos *	9	1.5	16	2.9	20	2.9	25	3.3	33	3.4	31	2.7
Total	596	100	543	100	686	100	753	100	963	100	1147	100

Fuente: Informe Económico al Gobernador, 1977, 1989 y 1999, Junta de Planificación de Puerto Rico.

* Incluye los sectores de comunicaciones, otros servicios públicos y minería.
Nota técnica: Datos basados en la Encuesta de Vivienda del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos de Puerto Rico.

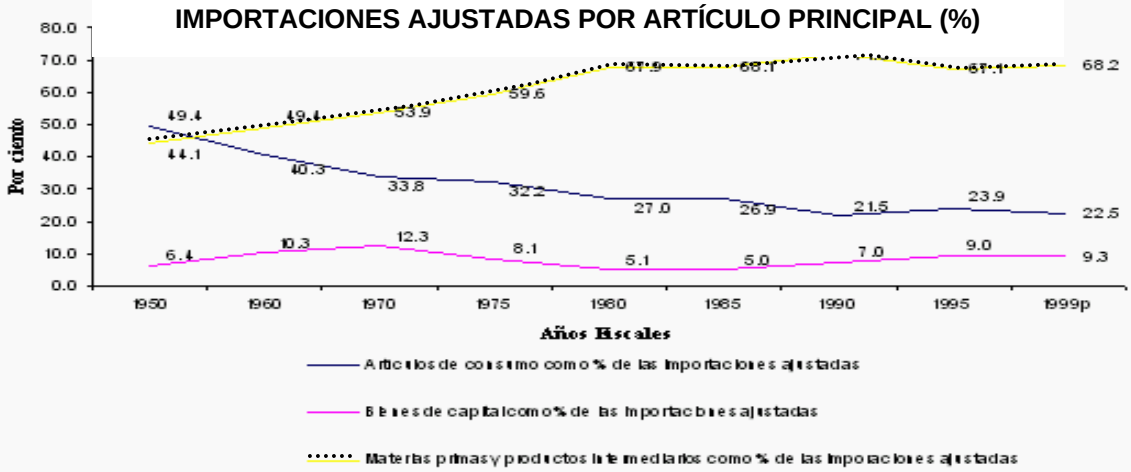
Gráfico 26



Fuente: Irizarry Mora, Edwin: Análisis Sectorial de la Economía de Puerto Rico durante S.XX. Departamento de Economía, Recinto Universitario de Mayagüez. 2002

Este proceso orientado a la exportación de mercancías permitió que el capital norteamericano dominara los sectores de la producción de textiles, ropa, productos de cuero, tabaco, papel y químicos. La mayoría de las empresas importaban la materia prima, la procesaban y exportaban el producto final a los Estados Unidos. Para el período entre 1948 y 1963 el coeficiente de importación de Puerto Rico permaneció cerca del 50% mientras el coeficiente de exportación subió de 27.4 por ciento a entre 36 y 38 por ciento para los años 1960-63.

Gráfico 27
IMPORTACIONES AJUSTADAS POR ARTÍCULO PRINCIPAL (%)



Fuente: Irizarry Mora, Edwin: Análisis Sectorial de la Economía de Puerto Rico durante S. XX. Departamento de Economía, Recinto Universitario de Mayagüez, 2002.

El impulso del sector de la manufactura provocó desplazamientos importantes de la población a las zonas urbanas y la actividad agrícola se redujo drásticamente. Estos desplazamientos poblacionales provocaron a su vez, la urbanización de la zona metropolitana de San Juan alrededor de los nuevos centros de empleos.

Para principios de la década de los 60, la estrategia de desarrollo de Puerto Rico se ve amenazada por una serie de factores que obligaron al Gobierno a tomar medidas para

establecer cambios de política pública importante. Entre estos factores podemos mencionar las alzas en salario que el mismo proceso de industrialización estaba generando unidos a los salarios mínimos más altos impuestos por el gobierno federal, los costos de la transportación marítima y la terminación para muchas empresas de su período de la exención contributiva, etc. Las circunstancias propiciaron el auge en la economía local del sector de industria pesada. Las leyes de incentivos industriales, la Proclama Presidencial 3663 eximiendo a Puerto Rico de las cuotas de importación de petróleo extranjero, y la promoción de la sección 931 del Código de Asuntos Internos Federal, favorecieron el establecimiento de las industrias petroleras, las cuales se convirtieron en el eje del nuevo desarrollo industrial.

Entre otras plantas se establecieron en Puerto Rico una subsidiaria de la Phillips Petroleum, una refinería de la Sun Oil, una planta de la Pittsburg Plate Glass Industries (PPG), una expansión de la Commonwealth Oil Refinning Company (CORCO), una planta de la Union Carbide y otra de la Caribbean Gulf Refining. Estas empresas, que hacían uso intensivo del capital, eran menos vulnerables al alza en los costos salariales porque con la mayor utilización del capital aumentaba la productividad de los trabajadores a la misma vez que los costos de manos de obra representaban una proporción menor de los costos totales de producción. Para el 1958, las industrias petroquímicas representaban el 27 por ciento de la inversión total en la manufactura. La expansión de los sectores de petroquímica, farmacéutica y electrónica significó la integración de Puerto Rico a una dinámica internacional de producción y mercadeo en que la Isla desempeñaba el rol de productor de productos intermedios para ser exportados a los Estados Unidos. Este rol se desempeñó sin que las nuevas industrias generasen eslabonamientos significativos con la economía local.

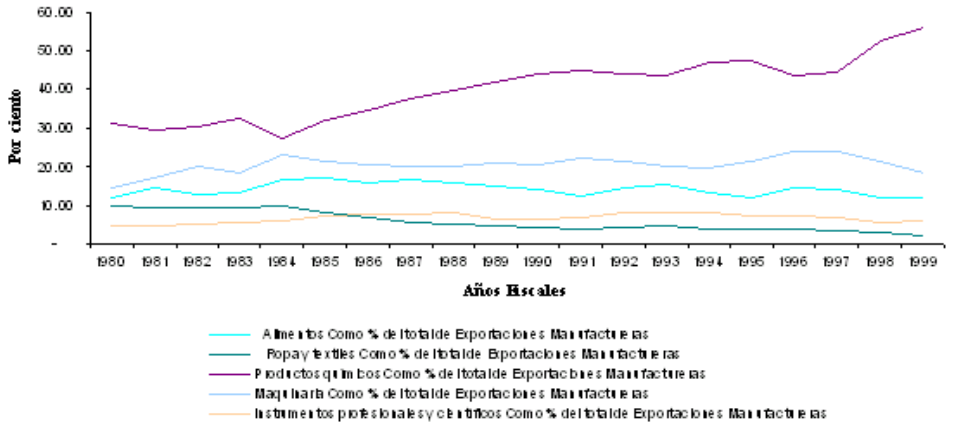
La eliminación de las cuotas especiales de Puerto Rico de importación de petróleo por el Presidente Nixon en 1973, el embargo de petróleo de la OPEP, provocaron la crisis de la industria de refinamiento de petróleo. La reestructuración económica que se da como resultado de esta crisis, convierte al sector de las farmacéuticas y las empresas de alta tecnología en el eje del sector de la manufactura.

Para el año 1983, los activos de las farmacéuticas representaban el 33.3% del total de activos de la manufactura, con un total de 62 corporaciones**. (Gráfico 28)**

A pesar de los cambios en la economía mundial, la economía globalizada y los bloques comerciales que manifiestan el proceso paralelo de la regionalización económica, el sector de la manufactura sigue siendo el líder en la economía puertorriqueña.

En la década de los noventa la economía de Puerto Rico experimenta tasas de crecimiento moderadas y que reflejan entre otros, el aumento dramático que ocurre en la inversión pública. Paralelamente ocurre un aumento en los niveles de empleo en el país, especialmente en las áreas de construcción y servicios.

Gráfico 28
EXPORTACIONES POR TIPO DE PRODUCTO COMO PORCIENTO DEL TOTAL DE EXPORTACIONES MANUFACTURERAS



Fuente: Irizarry Mora, Edwin: Análisis Sectorial de la Economía de Puerto Rico durante S. XX. Departamento de Economía, Recinto Universitario de Mayagüez, 2002.

Bajo el desarrollo de estos modelos, la economía de Puerto Rico creció durante dos décadas de manera consistente, con un ritmo anual promedio en exceso del 6 por ciento. Se anticipaba entonces que Puerto Rico podría alcanzar los niveles de ingreso de los Estados Unidos antes de finalizar el siglo (Thurow, 1993). Era un Puerto Rico que parecía iniciarse en la riqueza. Sin embargo, con el pasar de los años el proceso expansionista que permitía el crecimiento acelerado comienza a sentir los efectos de la desaceleración. Esto debido en parte a que muchos de los programas de crecimiento habían llegado a su límite y los gestores que administraban los programas de desarrollo no encontraban estrategias dinámicas que permitieran aumentar la productividad, eficiencia y nuevas rutas de desarrollo y crecimiento. La explicación dada por el Gobierno a esta situación argumentaba que debido a los cambios en el contexto internacional a Puerto Rico se le hacía difícil competir.

Según la Junta de Planificación de Puerto Rico "...la tendencia del comercio internacional hacia la reducción de las barreras arancelarias conjuntamente con una mayor competencia por parte de las nuevas y viejas economías exportadoras, exigen cambios profundos en la orientación del proceso de desarrollo y del comercio internacional de Puerto Rico" (Junta de Planificación, 1994).

Por otra parte, el agotamiento es en función de la propia estrategia de desarrollo que se ha implantado en Puerto Rico. Según James Dietz: "Los problemas que plagan la economía hoy día son los mismos que la han perseguido desde el 1947: el desempleo; la migración; la falta de capital, tecnología y empresarios locales; la increíble e innecesaria fragilidad de los eslabonamientos inter industriales; y, peor aún y quizás lo más fundamental, la falta de una actitud positiva hacia la posibilidad de construir una economía puertorriqueña propia en lugar de una economía que no es más que una extensión de la norteamericana y, por ende, importante para decidir su propio destino" (Dietz, 1986).

El proceso de desarrollo de Puerto Rico ha tenido resultados contradictorios: aumentos en los niveles de ingreso de la población, altas tasas de desempleo, la modernización del país, sobre el 50 por ciento de las familias bajo el nivel de pobreza, aumento significativo en las

transferencias federales, cambios mínimos en la distribución del ingreso, comunidades marginadas, un aparato estatal relativamente grande, reducción significativa en la capacidad recaudadora del fisco, problemas ambientales, criminalidad, entre otros.

2.3.2 La Salud

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

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

Los gastos en servicios de salud reflejan la demanda por servicios de cuidados de salud de los consumidores. Esta demanda es una demanda derivada en el sentido de que depende en gran medida de la asimetría de información entre pacientes y proveedores de servicios (la oferta crea su propia demanda). Los gastos en servicios de salud también reflejan la percepción de los consumidores de que dichos servicios aumentan su expectativa de vida.

Cuadro 2
GASTOS DE CONSUMO PERSONAL TOTAL, EN SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICINAS Y SU PROPORCIÓN
(En millones de dólares – 1950-2000)

Años	Total de Gastos de Consumo Persona	Servicios Médicos y Medicinas 1/	Proporción
1950	662.5	21.0	3.2
1960	1,397.5	58.0	4.2
1970	3,746.5	191.1	5.1
1980	10,755.9	725.5	6.7
1990	19,827.2	2,146.2	10.8
2000	37,638.8	6,395.1	17.0
1/ incluye el gasto en servicios funerarios			
Fuente: Informe Económico al Gobernador, 1996-2000.			

En el 1950 las familias puertorriqueñas dedicaban un 3.2 por ciento de sus gastos de consumo personal a los servicios médicos y medicinas. Esta proporción se incrementó a 4.2 por ciento en 1960, 5.1 por ciento en 1970, 6.7 por ciento en 1980 y 10.8 por ciento en 1990, hasta alcanzar un 17.0 por ciento en el 2000, **(Cuadro 2).**

Por su parte, el Gobierno de Puerto Rico también ha dedicado una cantidad mayor de recursos presupuestarios para la conservación de la salud. En el año fiscal 1950 el presupuesto destinado al área de la salud fue de $15.1 millones, nivel que se incrementó a $521.9 millones para el año fiscal 1990, lo que representa un crecimiento de 3, 356.29 por ciento.

A pesar de este incremento en los gastos de consumo en servicios de salud tanto de las personas como del gobierno, al comenzar la década del 1990 gran parte de la población no disponía de servicios médicos adecuados (Informe Económico al Gobernador, 1996). Esto se atribuye a que existía una alta proporción de familias con ingresos bajo el nivel de pobreza, y estas no podían utilizar los servicios médicos del sector privado, dependiendo así de los limitados servicios que ofrecía el gobierno.

De acuerdo al Censo de Población del 1991, el 55.3 por ciento de las familias se encontraban bajo el nivel de pobreza en el año 1989. Dicha proporción era aún mayor en algunos municipios como Adjuntas, Barranquitas, Ciales, Comerio, Guánica, Jayuya, Lares, Las Marías, Maricao, Maunabo, Morovis, Orocovis, Patillas, Utuado, Vieques y Villalba **(Cuadro 3).**

Cuadro 3

Municipios de Puerto Rico con los niveles más altos de pobreza y la proporción de familias bajo el nivel de pobreza (año 1989)

Municipios	Por ciento de familias bajo el nivel de pobreza
Adjuntas	79.2
Orocovis	75.1
Lares	74.1
Comerío	73.7
Jayuya	73.5
Guánica	72.8
Utuado	72.8
Villalba	72.3
Maricao	71.8
Barranquitas	71.7
Patillas	71.5
Maunabo	71.2
Morovis	70.9
Las Marías	70.3
Vieques	70.2
Ciales	70.1

Fuente: Informe Económico al Gobernador, 1996

El Departamento de Salud tenía la responsabilidad de proveer servicios de cuidado de salud a la población médico indigente. Factores adversos como un presupuesto reducido, los aumentos en los costos de alta y avanzada tecnología, el incremento en los costos de los servicios y efectos médicos, la burocracia y la centralización del gobierno habían impedido que el Departamento de Salud proveyera los servicios de calidad a la población de bajos recursos económicos.

El alto porcentaje de familias bajo el nivel de pobreza estuvo acompañado, durante las últimas décadas, por un alto ritmo de crecimiento en los costos por servicios médicos.
Entre el 1980-1992 el ingreso personal per capita creció a un ritmo promedio de 2.1 por ciento anual, mientras que el índice implícito de precios de servicios médicos manifestó un alza promedio anual de 5.9 por ciento. Esta tasa de crecimiento sobrepasó, a su vez, el crecimiento promedio del índice de precios implícito de los gastos de consumo personal, el cual mostró un incremento promedio anual de 3.2 por ciento durante esos años.

En el 1990 el Departamento de Salud contaba con 1,000 médicos para proveerle servicios de salud a 1.8 millones de personas en Puerto Rico. Por el contrario, existían 7,000 médicos para ofrecerle servicios privados al restante 1.7 millones de personas (la otra mitad de la población), que poseían algún tipo de seguro médico. En este 1.7 millones de personas, el 1.2 millones tenía seguro privado; 0.3 millones tenían Medicare Parte A y B; y 0.2 millones eran empleados públicos con parte de la prima pagada por el gobierno central.

De los 1.8 millones de personas que no tenían seguro médico, cerca de 0.9 millones participaban del programa Medicaid federal y unos 0.3 millones participaban del estatal. Los restantes 0.6 millones constituían una población flotante no asegurada. Es de aquí que se deduzca que la mayor parte de los beneficiarios de los servicios de salud públicos eran médico indigentes.

Para la implementación del seguro de salud el Gobierno de Puerto Rico ha estado asignando fondos de su presupuesto general. Antes de la reforma, por ejemplo, en el 1990, el presupuesto del gobierno central dedicado a la conservación de la salud ascendía a $521.9 millones.

En el 1993-94, para la implementación de la reforma se consignó en el presupuesto la cantidad de $19.0 millones, cifra que se ha ido incrementando a medida que el plan se ha extendido a través de toda la isla. En el 1994-95 el monto total del financiamiento del proyecto de la tarjeta de salud alcanzó, los $82.3 millones **(Cuadro 4).**

Cuadro 4

Fuentes de Financiamiento de la Tarjeta de Salud: 1995 (En miles de dólares - Año Fiscal)	
Aportación del Gobierno de Puerto Rico	66,406.6
Transferencia de la Administración de Facilidades de Salud	15,750.0
Transferencia de Municipios	36.3
Obligaciones asumidas bajo arrendamiento de capital	61
Aportación de la Fundación Robert Good	7.3
Total	82,261.2

Fuente: Informe Económico al Gobernador, 1996

En el tercer año de vigencia de la reforma de salud, los recursos asignados para la implantación y operación de este proyecto aumentaron en forma significativa. El Plan de Salud del Estado Libre Asociado (ELA) de Puerto Rico ha desarrollado a través de diferentes regiones de la isla gracias al aumento en la aportación de fondos de asignación legislativa tanto del Gobierno de Puerto Rico como de otras fuentes. (**Cuadro 5).**

Esto le ha permitido a Administración de Servicios de Salud (ASES) contratar cubiertas con las aseguradoras Cruz Azul de Puerto Rico, Seguros de Servicios de Salud (SSS) y la Corporación de Médicos Americana (PCA, por sus siglas en inglés), para ofrecer servicios médicos hospitalarios a las personas que se han acogido a este seguro. La Cruz Azul quedó excluida de esta contratación y MCS entró a ofrecer servicios.

Cuadro 5

Fuentes de Financiamiento de la Tarjeta de Salud: 1996	
(En miles de dólares - Año Fiscal)	
Balance Inifical	1,076.1
Aportaciones del Gobierno de Puerto Rico	228,405.8
Asignaciones legislativas Fondo General	84,911.6
Resolución conjunta 318	85,494.2
Resolución conjunta 3457	58,000.0
Aportaciones patronal pública	151.3
Intereses	734.6
Créditos bancarios	665.4
Municipios	317.3
Total	231,350.5
Fuente: Informe Económico al Gobernador, 1996	

El establecimiento de la tarjeta de salud ha afectado tanto la actividad económica del país como su medición. Los desembolsos en servicios de salud que anteriormente procedían del gobierno, gradualmente se han ido convirtiendo en gastos del sector privado. Además, a medida que ha ido aumentando el número de personas que anteriormente no utilizaban los servicios de salud, por no disponer los recursos económicos, el gasto ha aumentado.

Antes de la reforma las transacciones de servicios de salud se contabilizaban de una forma diferente. El gobierno central ofrecía los servicios de salud a la ciudadanía a través de las agencias correspondientes (AFASS y Departamento de Salud). Todos estos servicios se consideraban como gastos de consumo del gobierno central y de los municipios. Pero con el Plan de Salud estos gastos se consideran parte del sector privado. El gobierno paga a la compañía asegurada una prima para que asegure a las personas acogidas en el Plan de Salud, los usuarios reciben la tarjeta y acuden a recibir servicios médicos y medicinas. En este caso, el tratamiento que se da en las cuentas sociales consiste en considerar el pago de la prima como pago de transferencia a las personas, que pasa a formar parte del ingreso personal. Como consecuencia los gastos de consumo de las personas se incrementan por concepto de servicios médicos, dentistas, laboratorios, medicinas y otros gastos relacionados.

Según se ha ido implementando en el Plan de Salud se ha ido reduciendo el gasto de consumo del gobierno y aumentando el ingreso y los gastos de consumo personal. Sin embargo los gastos de consumo personal han tenido un aumento mayor que la reducción que se ha experimentado en el gasto de consumo de gobierno, esto debido a que hay un número de personas que antes no utilizaban el servicio de salud público y a que en la cubierta hay servicios de salud que están siendo utilizando por un mayor número de personas y con mayor frecuencia.

2.4 Contexto Ambiental

2.4.1 El Medio Ambiente: Factores ambientales que afectan la Salud

Como todo país isleño con una extensión territorial limitada y en crecimiento acelerado, Puerto Rico enfrenta grandes y diversos problemas ambientales. La Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, aprobada en el 1952, reconoce la facultad de la Asamblea Legislativa para aprobar leyes para la protección de la vida, la salud y el bienestar público. Esta dispone, además, que "será política pública del Estado la más eficaz conservación de sus recursos naturales, así como el mayor desarrollo y aprovechamiento de los mismos para el beneficio general de la comunidad". Estos mandatos constitucionales establecen un deber ineludible y continuo del Estado que prevalece sobre todo precepto estatutario que se le oponga.

Desde principios de la década de los años setenta, del siglo pasado, los países comenzaron a plantearse la necesidad de transformar el modo de explotación de los recursos naturales, para dar paso al concepto denominado *desarrollo sostenible.* Este concepto se define como un desarrollo que permite que las presentes generaciones satisfagan sus necesidades sin afectar la capacidad de las generaciones futuras a satisfacer sus propias necesidades. El desarrollo sostenible es un concepto amplio que abarca todas las facetas de la vida humana. La puesta en práctica de modelos de desarrollo sostenible requerirá cambios de vasto alcance de la política tanto nacional como mundial. A esos efectos existe el Programa 21 o Agenda 21 de la Organización de las Naciones Unidas, el cual es un plan de acción muy amplio en todas las áreas relacionadas con el desarrollo sostenible del planeta. El mismo fue presentado a todos los gobiernos del mundo en la "Cumbre para la Tierra", celebrada en Río de Janeiro, Brasil en junio de 1992.

Puerto Rico ha estado vinculado a este proceso mundial como observador, con muy poca proyección. Hemos participado en las reuniones preparatorias para las cumbres como miembro asociado de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (conocida como CEPAL) o como parte de la delegación estadounidense para la Cumbre de Río + 5. Debido a esta situación, Puerto Rico ha quedado excluido de los trabajos que se han llevado a cabo en las distintas comisiones regionales y mundiales. Esta exclusión limita el intercambio de información y de ideas entre la comunidad mundial y nuestra Isla. Es imperativo que Puerto Rico se mueva al campo mundial de forma consecuente y activa.

Por tal razón, Puerto Rico solicitó, en la Cumbre Mundial de Desarrollo Sostenible de Johannesburgo celebrada en el 2002, ser incluido como invitado y observador en el grupo de los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo. Dicha solicitud fue aprobada por las Naciones Unidas a principios del año 2003.

Puerto Rico, así como todos los países del mundo, está en una encrucijada histórica o se continua aumentando los niveles de contaminación y la degradación ambiental, o llevamos a cabo el profundo cambio cultural de movernos hacia un desarrollo sustentable, lo que aseguraría nuestra supervivencia como país caribeño.

2.4.1.1 Contaminación del Agua

Puerto Rico tiene 102 cuencas hidrográficas las cuales se componen de 5,394.2 millas de ríos y 3,844 acres de estuarios (desembocaduras de ríos). Hay un total de 18 lagos (embalses) con un área superficial de 7,387 acres, y 20 lagunas con un área de 4,768 acres. El litoral costero se compone de 549.9 millas y hay aproximadamente 22,971 acres de humedales de agua salada y 79,096 acres de humedales de agua dulce.

La calidad de las aguas en Puerto Rico varía desde condiciones excelentes en las zonas montañosas o de bosques, a condiciones en ríos, embalses y acuíferos que no cumplen con los estándares de calidad de la Junta de Calidad Ambiental (JCA) y la Agencia de Protección Ambiental Federal (EPA por sus siglas en inglés).

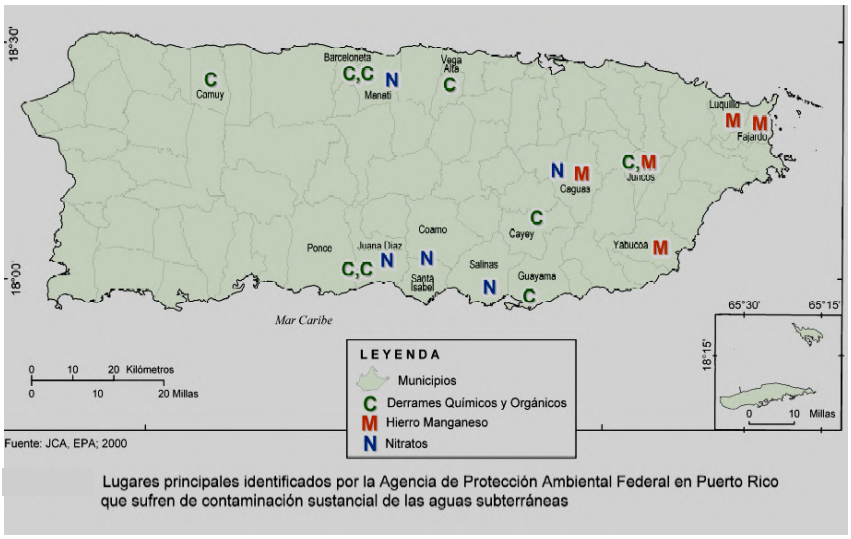
Las aguas superficiales en Puerto Rico, incluyendo los ríos, embalses y lagos, son de calidad generalmente pobre debido a descargas sanitarias, agrícolas e industriales. La JCA y la EPA estimaron recientemente que aproximadamente el 40% de los cuerpos de agua no cumplen con los estándares de calidad de agua para el medioambiente (JCA, 2003). Los estudios del "United States Geological Survey" (USGS) y la JCA a través de la Isla demuestran que los contaminantes principales en las aguas superficiales de la Isla incluyen bacterias de origen fecal, nutrientes, y compuestos orgánicos volátiles (USGS, 2002). Estos contaminantes

provienen de plantas de tratamiento, actividades agrícolas, pozos sépticos y descargas domésticas.

Las aguas subterráneas en Puerto Rico son generalmente de mejor calidad que las aguas superficiales, en parte por la protección parcial que ofrecen los acuíferos donde residen. Las aguas subterráneas en el acuífero profundo de la costa norte son de calidad excelente, y se utilizan principalmente para la industria farmacéutica en Manatí, Barceloneta y Arecibo.

Si embargo, varios sectores del acuífero llano de la costa norte y del acuífero aluvial de la costa sur, sufren de contaminación química debido a derrames, vertederos antiguos y descargas industriales.

Mapa 3



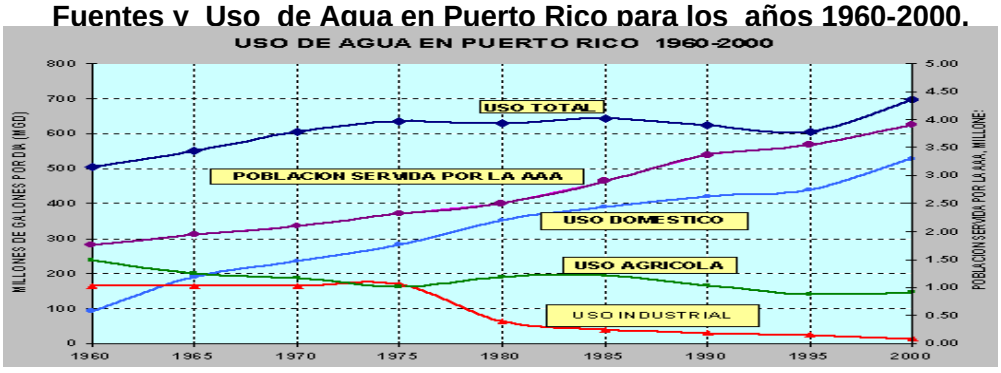
Lugares principales identificados por la Agencia de Protección Ambiental Federal en Puerto Rico que sufren de contaminación sustancial de las aguas subterráneas

Se han identificado aproximadamente 19 lugares **(Mapa 3)** en la Isla donde existe contaminación severa de los acuíferos, impidiendo que se puedan utilizar las aguas de estas zonas para consumo humano.

El **Gráfico 29 y** el **Cuadro 6** resumen las diversas fuentes y uso de abastos de agua para los años 1960-2000.

Gráfico 29

Fuentes y Uso de Agua en Puerto Rico para los años 1960-2000.



Fuente: Programa Plan de Aguas de DRN, 1960-2000.

Cuadro 6

Fuentes y Uso de Agua en Puerto Rico para los años 1987 y 2000

Descripción		Millones de galones/día (mgd) 1987	Millones de galones/día (mgd) 2000	% de cambio
Fuente	Agua Superficial	423	529	25%
Agua	subterránea	175	170	-2.8%
	Total	**598**	**699**	16.9%
Uso	Doméstico, comercial	396	539	36%
	Industrial	31	13	-58.1%
	Térmico eléctrico	6	--	--
	Agricultura	165	147	-10.9%
	Total	**598**	**699**	16.9%
Suministro público	de la superficie	307	--	--
	Del suelo	84	--	--
	Total	**391**	--	--

Fuentes: USGS Sumario Nacional de Agua, 1987 y Programa Plan de Aguas de DRN

Aunque Puerto Rico cuenta con recursos de agua abundantes, el manejo de los mismos hasta el presente ha sido deficiente e inadecuado, afectando su calidad y disponibilidad. Esto ha resultado en que sectores y comunidades enteras sufran de falta de abastos de agua adecuados.

Las comunidades y grupos socialmente en desventaja han sido impactados más severamente que los sectores de mayores ingresos económicos. En los casos en que la calidad del agua en los ríos o acuíferos ha sido comprometida por contaminación, aunque los sistemas de la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados (AAA) cumplen con los requisitos federales de agua potable, las instalaciones que purifican el agua tienen que limitar la producción o ejercer controles adicionales. Esto disminuye la cantidad de agua que las unidades producen, afectando el servicio de agua potable.

El recurso de agua se ve afectado por el uso de terrenos en Puerto Rico tanto como en su conservación, manejo y uso eficiente. En las cuencas hidrológicas, la urbanización de los terrenos, la remoción de la flora y la corteza terrestre, y prácticas inadecuadas de cultivo, contribuyen a alterar los procesos hidrológicos.

En Puerto Rico la agencia que tiene la responsabilidad legal de velar porque los cuerpos de agua mantengan la calidad necesaria para lograr los usos designados en la reglamentación es la Junta de Calidad Ambiental (JCA). Los usos designados establecidos en el Reglamento de Estándares de Calidad de Agua (RECA) son: Recreación de Contacto Primario; Recreación de Contacto Secundario; Preservación de Especies Deseables (Vida Acuática) y Fuente Cruda de Agua Potable. Por esto, y para cumplir con los requisitos establecidos en la Ley Federal de Agua Limpia, la JCA, cada dos (2) años, realiza una evaluación a los distintos cuerpos de agua de Puerto Rico para determinar si los mismos cumplen con los estándares de calidad de agua aplicables.

2.4.1.2 Desperdicios sólidos

En Puerto Rico el manejo de los residuos sólidos municipales causó crisis durante las década del 70 cuando tanto el gobierno como la ciudadanía en general reconocer su posible impacto adverso al ambiente. Típicamente el manejo consistía en disponer de los desperdicios en forma indiscriminada en basureros ("open dumps"), en incineradores sin controles de emisiones atmosférica o hasta depositándolos en alta mar. Esta acción se realizaba fuera de la vista de la ciudadanía en "terrenos de poca productividad"como se presumía que eran los sumideros o los humedales de la Isla, entre otros.

La promulgación en 1976 de la Ley de Conservación y Recuperación de Recursos ***Resource "Conservation and Recovery Act-Rcra"*** por el Congreso de los Estados Unidos impuso restricciones a la ubicación de rellenos sanitarios provocando el cierre de muchos vertederos. En Puerto Rico esta significó el cierre de 34 vertederos dejando únicamente 29 vertederos en operación. Esto, junto a la gran oposición a la incineración, creó nuevas oportunidades para el mercadeo de materiales potencialmente reciclables contenidos en el flujo de los desperdicios.

Aunque la disposición en sistemas de relleno sanitario continúa siendo el principal método de disposición, la tendencia en el mercado ha sido enfatizar el reuso, reciclaje y el tratamiento termal de los residuos como método alterno de desvío de los residuos a sistemas de relleno sanitario.

El gobierno de Puerto Rico creó la Autoridad de Desperdicios Sólidos (ADS) en 1978 con el propósito expreso de proteger y mejorar las condiciones del medio ambiente y para afrontar la creciente demanda por mayores y mejores controles y facilidades para el manejo de desperdicios sólidos.

El elemento en común entre los estatutos para estos dos desperdicios especiales es que se establece un cargo de manejo y disposición o "Depósito de Protección Ambiental"que viabiliza económicamente la recolección, almacenaje, transportación, procesamiento y reutilización de residuos que antes representaban un riesgo al ambiente y a la salud pública.

2.4.1.3 Contaminación del Aire

La calidad de aire en Puerto Rico cumple con los parámetros de calidad de aire. Aunque existe un área de no logro (PM10) para materia particulada en Cuenca (Guaynabo, Cataño y Bayamón), en la actualidad ésta presenta cumplimiento con el estándar de 24 horas de concentración (150 ug/m y de 50 ug/m para un año). Por otro lado, en el 1996 se estableció la estrategia de cargos por toneladas de emisión para aquellas fuentes (Industrias petroquímicas, fuentes de energía eléctrica) que contienen puntos de emisiones que generan 100 ó más contaminantes al año clasificadas como fuentes mayores de contaminación con el fin de minimizar las emisiones emitidas. Esto ha obligado a las fuentes a considerar diferentes tipos de escenarios de operación, revisión de sus procesos y cambiar al uso de combustibles más limpios para evitar el pago por tonelada de emisión.

Actualmente (2002) la Junta de Calidad de Ambiental cuenta con 30 estaciones de muestreo en las cuales se miden más de dos parámetros a la vez. Un ejemplo de esto es que en la estación ubicada en la Avenida Baldorioty se miden cuatro parámetros, situación que no ocurría antes del 1998.

Un factor determinante que contribuye a la contaminación del aire es el uso de vehículos de motor. En el 1950, en la Isla habían aproximadamente 26 vehículos por cada 1,000

habitantes, cifra que aumentó a 371 vehículos por cada 1,000 habitantes en el 1990 y 617 vehículos por cada 1,000 habitantes en el 1999 Esto representa un 66 por ciento de aumento en comparación con el año 1990. La dependencia en el automóvil tiene una repercusión en el aumento en la contaminación por las emisiones de gases de vehículos de motor.

En Puerto Rico existe una gran variedad de ecosistemas terrestres y acuáticos no-marinos de gran importancia y valor ecológico que dependen para su supervivencia de la disponibilidad de agua fresca. Estos ecosistemas incluyen las reservas de bosques, y las montañas.

Por otro lado, no debemos pasar por alto la contaminación de aire en lugares cerrados como son los edificios, ocasionando daños a la salud humana a corto y largo plazo, pudiendo ser esta contaminación interna más crítica que la externa. En los últimos años, los científicos han encontrado que el aire en los hogares y edificios puede estar más contaminado que en el exterior, aún en las ciudades más desarrolladas. Otros estudios indican que las personas pasan el 90% de su tiempo en los interiores (EPA). Los Laboratorios Lawrence Berkely indican que el riesgo que se tiene al respirar en los interiores puede compararse, en algunos casos, al riesgo de individuos que trabajan con químicos y radiación en lugares industriales (indoor.so3). El informe de la Organización Mundial de la Salud de 1984 establece que más del 30% de edificios nuevos y remodelados están sujetos a quejas relacionadas con la Calidad de Aire en Interiores (CAI) (EPA, 1994b). El Síndrome de Edificios Enfermos (SEE) y las Enfermedades Relacionadas al Edificio (ERE) se asocian con problemas de salud agudos o inmediatos.

En el estudio realizado por el 3er Congreso Regional de AIDIS para Norteamérica y el Caribe para desarrollar un modelo propuesto para estudiar la Calidad de Aire de Interiores y el Síndrome de Edificios Enfermos en Puerto Rico presentaron los siguientes resultados:

- El estudio afirma que en Puerto Rico han ocurrido incidentes relacionados al Síndrome de Edificios Enfermos (SEE) y Calidad de Aire en Interiores (CAI), que ha realizado muchas inspecciones tanto en lugares de trabajo industriales como en no industriales.

- En todos los casos se vio afectado el sistema respiratorio con diagnósticos como asma, rinofaringitis, sinusitis, dificultad respiratoria además de síntomas como mareos, nauseas, dolores de cabeza, irritación de piel, ojos y membranas.

- Los expedientes analizados en Fondo del Seguro del Estado (FSE) y Tribunal de San Juan indican que en Puerto Rico se han presentado incidentes, demandas y efectos a la salud de las personas en sus lugares de trabajo.

- Todos los expedientes revisados son de casos individuales.

- Alta incidencia en el sexo femenino: 90% en los casos de tribunales y del FSE una relación de 2:1

- El promedio de las demandas por concepto de Daños y Perjuicios por Contaminación de CAI, por individuo, es de $325,732.00 dólares.

- En todas las demandas hubo negligencia por parte de las compañías que suplían servicios de mantenimiento o fumigación o del patrono.

- Tanto en los casos del tribunal como del FSE todos los individuos requirieron tratamiento médico, algunos requirieron descanso y otros se les atribuyó incapacidad de 5 a 100% de las funciones fisiológicas generales.

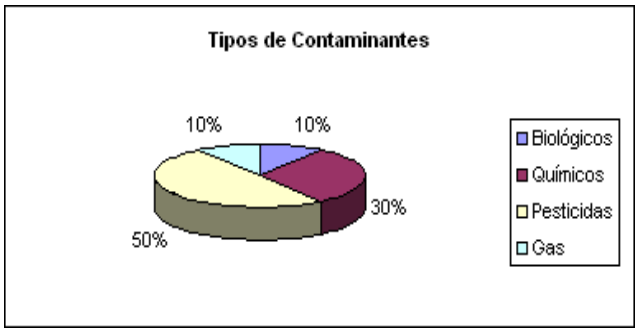
- Alta incidencia de los sucesos en el sector público: 38 casos del FSE (66 por ciento), 5 casos del Tribunal Superior (50 por ciento). Entre las agencias del sector público se destacan: Departamento de Educación (diversas escuelas), Municipio de San Juan, la Universidad de Puerto Rico, Los Centros Judiciales, el Departamento de Trabajo.

Los **cuadros 7 al 9** muestran los resultados de los contaminantes y sector patronal involucrado, tanto del Tribunal de San Juan como en la Agencia del Fondo del Seguro del Estado.

Cuadro 7: Tipos de Contaminantes

Contaminante	*No. Casos*	*%*
Biológicos	1	10
Químicos	3	30
Pesticidas	5	50
Gas	1	10
Físicos:Iluminación, Ruido		

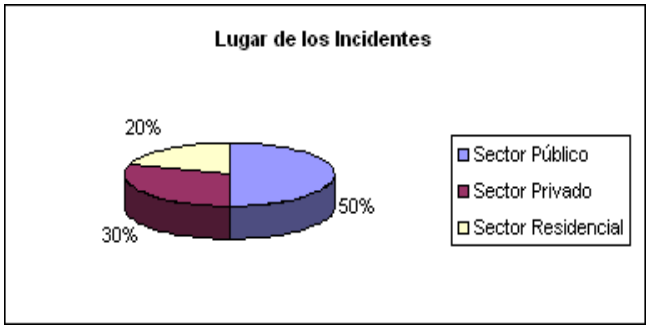
Fuente: Muestra del Tribunal Superior de San Juan



Cuadro 8: Lugar de los Incidentes

Contaminante	*No. Casos*	*%*
Sector Público	5	50
Sector Privado	3	30
Sector Residencial	2	20
Físicos:Iluminación, Ruido		

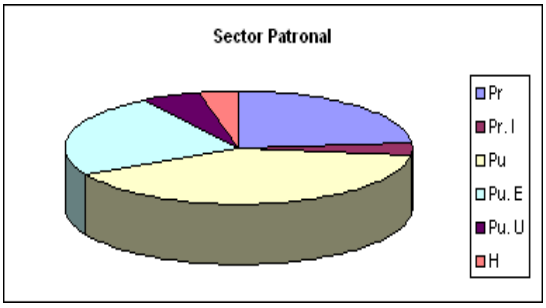
Fuente: Muestra del Tribunal Superior de San Juan



Cuadro 9: Sector Patronal

Sector Patronal	*Siglas*	*Total*	*%*
Privado	Pr	13	23.64
Privado Industrial	Pr. I	2	3.64
Público	Pu	22	40.00
Público Escuela	Pu. E	13	23.64
Público UPR	Pu. U	3	5.45
Hospital	H	2	3.64
Total de Casos		55	100.01

Fuente: FSE, Región San Juan



Otra situación a considerar es la contaminación del aire en los planteles escolares. La misma es un problema que afecta el desempeño de toda la comunidad escolar. El asma es una condición presente en los maestros y estudiantes, que se empeora cuando la escuela está expuesta a las emanaciones de gases. Alrededor de un 60% de estas sustancias contaminantes son emitidas al aire exponiendo así a la población a enfermedades y otros problemas (Estudios Técnicos, Inc. 2001). Entre las sustancias tóxicas que podrían afectar el área de las escuelas se encuentran el dióxido de azufre y los óxidos nitrosos provenientes de la quema del combustible fósil como la gasolina y el diesel.

Otras fuentes de contaminación que afectan las escuelas provienen de los sistemas de alcantarillado sanitario. Los principales olores objetables en alcantarillados son las aminas, el armoniaco, sulfato e hidrógeno, escatol y mercaptanos. Cada uno tiene un olor peculiar (Velázquez, 2001). También se han detectado formaldehídos, acetonas, parafinas y aromáticos, ácido carboxílico, ésteres y sustancias terpenoides. Entre los aromáticos simples se encuentra el benceno y el tolueno, los cuales se atribuyen a vertidos de origen comercial e industrial (Velázquez, 2001). Algunas fuentes de contaminación que se atribuyen a las emanaciones de gases que afectan las escuelas con los vehículos de motor, áreas industriales y los comercios que emiten sustancias tóxicas al ambiente, trabajos de fumigación y sellado de techos, entre otras.

Algunos problemas que estas sustancias pueden causar a la comunidad escolar son condiciones como conjuntivitis, bronquitis, pérdida del olfato y pérdida del gusto. El sulfuro de hidrógeno es un gas tóxico para los seres humanos y puede causar la muerte. Además puede causar ceguera temporal en concentraciones de 50 ppm (Velázquez, 2001).

2.4.1.4 La Deforestación

La deforestación constituye en la actualidad una de las más visibles catástrofes naturales, en términos generales se refleja en función de: la tala de árboles para uso industrial; la limpieza de la maleza (desbrozo) con fines agrícolas; y la que tiene como finalidad el desarrollo de proyectos industriales, mineros o de construcción de viviendas.

Las causas de la deforestación en un alto porcentaje, están vinculadas estrechamente a las demandas de la población, al crecimiento demográfico y al uso del uso de la tierra en forma indiscriminada. Los efectos provocados por la deforestación son los siguientes: contribución en un 25% con el calentamiento global, aumento del nivel del mar, enfermedades de la piel, pérdida de cultivos, disminución de la biodiversidad, extinción de especies animales y vegetales, aumento en el grado de erosión, aumento en la sedimentación de los embalses, cambios en las cuencas hidrográficas con las consecuentes inundaciones y sequías y desertificación.

Aún cuando Puerto Rico experimentó un intenso proceso de deforestación a finales del siglo XIX y en las primeras décadas del siglo XX llevó a que sólo el 6% del nuestro territorio retuviera una cubierta boscosa. Posteriormente ocurrió un cambio sustancial en la proporción entre terrenos deforestados y aquellos que tenían capa vegetativa. En 1990, el 32 por ciento del territorio de la Isla estaba cubierto de áreas de bosque. Sin embargo, datos del año 2000 reflejan una reducción de 2 por ciento en la cubierta boscosa de la Isla. Esta reducción porcentual en comparación al año anterior, se debe a las presiones de desarrollo tanto sobre las áreas colindantes a los bosques como sobre las porciones sensitivas en las cuencas hidrográficas.

Desde 1998, Puerto Rico cuenta con unas guías de reforestación para las cuencas hidrográficas de la Isla dirigidas a que se reduzca la erosión de los suelos y la consecuente sedimentación de los cuerpos de agua superficiales y el aumento de la recarga de los acuíferos. Por último, el Departamento de Recursos Naturales y Ambientales está implantando un Plan de Acción para el manejo y conservación de dos de las cuencas hidrográficas que son fuente del recurso agua para las áreas en la Isla de mayor densidad poblacional.

2.4.1.5 Contaminación por Uso de Fuentes Termoeléctricas

En los inicios del siglo XIX, Puerto Rico presentaba un perfil de dependencia sustancial en la utilización del petróleo crudo como fuente primaria de generación de energía, representando aproximadamente un 81 por ciento de la misma. Asimismo, la utilización de gas natural

presenta un 17%, siendo el restante 2 por ciento proveniente de las plantas hidroeléctricas. En conformidad, se espera que la instalación de una planta de carbón en la Isla provea un 12 por ciento de los requerimientos energéticos en Puerto Rico.

Como resultado de la utilización a gran escala del petróleo y sus derivados para la generación de energía, surge la problemática ambiental y de salud pública del aumento en emisiones a la atmósfera de lo que técnicamente se denomina “gases de invernadero”. Los mismos son los causantes del calentamiento global en la medida en que sus concentraciones sean lo suficientemente elevadas como para que naturalmente no puedan ser asimilados por los componentes bióticos y abióticos existentes. Del mismo modo, los cambios climáticos asociados al aumento de las concentraciones de gases de invernadero impactan los ecosistemas naturales, los sectores socioeconómicos y la salud de los seres humanos.

La Administración de Asuntos de Energía, agencia adscrita al Departamento de Recursos Naturales y Ambientales, tiene la responsabilidad de planificar integralmente la utilización de los recursos energéticos considerando el desarrollo social, la economía del País y la protección del medio ambiente. En virtud de tal encomienda, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico analiza el consumo de energía en todos los sectores con el fin de determinar el impacto de tal actividad sobre nuestro medio ambiente.

2.4.1.6 Contaminación por Ruido

El ruido constituye uno de los principales problemas del medio ambiente. Sin embargo, por regla general, las acciones destinadas a reducir el ruido ambiental han sido menos prioritarias que las destinadas a combatir otros tipos de contaminación, por ejemplo, la contaminación del aire, del agua y del terreno.

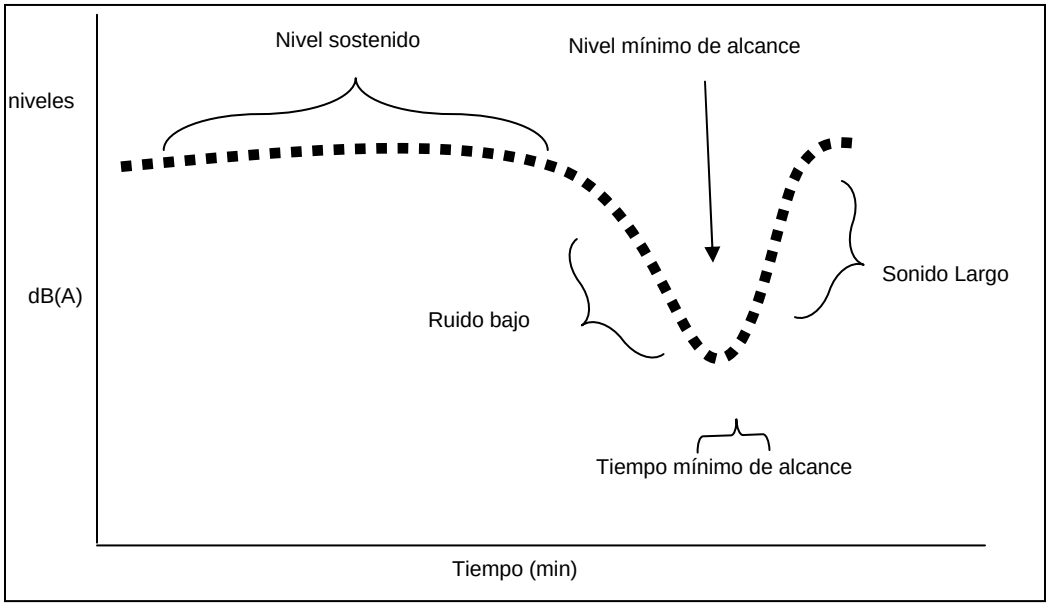
El ruido representa una agresión física con efectos nocivos para la salud, el medio ambiente y una intromisión en el ámbito privado de la persona afectada lo cual impide gozar en libertad de su domicilio y del medio ambiente. Tanto la Declaración Universal de los Derechos Humanos como la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico contienen preceptos que son aplicables a estas situaciones. La Sección 7 del Artículo 11 de nuestra Constitución estipula, entre otras cosas, el derecho al disfrute de la propiedad el cual se ve seriamente afectado por la presencia de ruidos excesivos e innecesarios.

El área de Control de Ruido de la Junta de Calidad Ambiental realizó el primer estudio de ruido ambiental urbano en San Juan para determinar los niveles de ruidos en ambientes exteriores durante periodos de 24 horas y eventualmente realizar modelos matemáticos para estimar el porciento de la población que está expuesta a dichos niveles de ruido en las zonas urbanas y rurales del país.

En los **gráficos 30 y 31** se presentan los resultados del estudio comparado con un modelo.

Gráfico 30

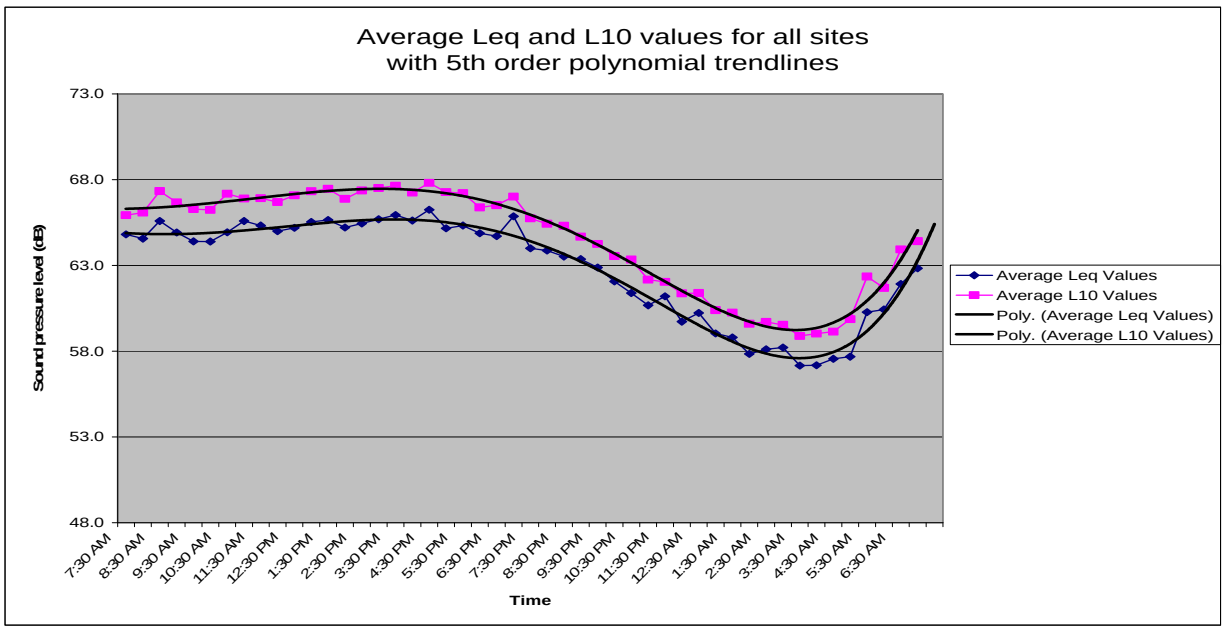
Modelo de veinticuatro horas de los niveles de ruido



Fuente: Junta de Calidad Ambiental, Área de Control de Ruidos y la Oficina de Querellas, *Study of the 24 Hours Enviromental Noise Level Behavior in San Juan,* Puerto Rico

Gráfico 31

Nivel de Ruido en San Juan Expuestos en los 24 Lugares Monitoreados



Fuente: Junta de Calidad Ambiental, Área de Control de Ruidos y la Oficina de Querellas, *Study of the 24 Hours Enviromental Noise Level Behavior in San Juan,* Puerto Rico

2.4.2 Salud Pública Ambiental de Puerto Rico: Factores de Riesgo que Afectan la Salud Humana

2.4.2.1 Dengue

El dengue es una enfermedad viral causada por un grupo de cuatro (4) virus (DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4). Se transmite al hombre por la picada de un mosquito infectado. En Puerto Rico el principal vector del dengue, es el Aedes aegypti.

Los cuatro (4) serotipos producen enfermedades caracterizada por fiebre intensa, dolor de cabeza, mialgia, artralgia, náusea y vómito. Cada serotipo de virus produce inmunidad específica para toda la vida.

En Puerto Rico, el Dengue es endémico y responde a patrones estacionales de ocurrencia. La ocurrencia mínima ocurre desde marzo a junio y el pico de transmisión mayor corresponde, principalmente a los meses de septiembre a noviembre. Por tal razón, las personas que viven en zonas de Dengue endémico, la estación del año, es una consideración muy importante, que hay que tomar en cuenta, en donde, observamos los patrones de incidencia con los picos de transmisión más altos en la época de lluvia.

El Programa de Dengue en Puerto Rico trabaja en coordinación con el Centro para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). Dicha alianza interagencial, nos ha permitido realizar análisis conjunto de tendencia, programas de adiestramientos de educación continua al personal de salud, a la comunidad médica y educadores en salud.

Las epidemias de mayor impacto ocurrieron en 1994 con 18,871 casos sospechosos de Dengue, este año de epidemia informó 10 muertes y la epidemia del año 1998 (16,683) casos sospechosos de dengue informó 19 muertes relacionadas.

En enero de 1998, se detectó en Puerto Rico el Dengue tipo 3, por tal razón, hay una tendencia continua de aumento en la incidencia de la enfermedad, ya que este serotipo, no había estado presente en las América en los últimos 20 años. Desde el año 1999 hasta el año 2000, 2001, 2002, el Dengue tipo 3 ha sido el serotipo predominante en Puerto Rico. Actualmente los

serotipos predominante son el DEN-3 con leve predominancia sobre el DEN-2. El DEN-1 no está circulando en Puerto Rico desde el año 2000. Y el DEN-4 no está circulando en Puerto Rico desde el año 1999.

Las muertes fatales por Dengue hemorrágico son las siguientes: Año 2001 – registró 6 muertes; Año 2002 – registró 1 muerte; Año 2003 – registró 2 muertes; Año 2004, en lo que va del año hasta el mes de agosto se informaron tres (3) muertes. Y casos de Dengue hemorrágico se informaron diez (10) casos.

2.4.2.2 Alimentos: Higiene en los Establecimientos que Preparan y Sirven Alimentos

Puerto Rico cuenta con 25,958 establecimientos que preparan y sirven alimentos los cuales deben ser inspeccionados cada seis meses para cumplir con nuestra misión de lograr que éstos cumplan con los requisitos sanitarios mínimos y manejen los alimentos en forma adecuada.

Para cumplir con esta responsabilidad, surge la Ley 81 de 1912, según enmendada, así como otras leyes específicas como la Ley 72 de Alimentos y Drogas y el Reglamento General de Salud Ambiental #6090 del 4 de febrero de 2000 en el cual se adopta el Código de Alimento. El Código de Alimento son las recomendaciones de Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos para ser adoptadas por los gobiernos federales, estatales y locales.

La División de Higiene en los Establecimientos que Preparan y Sirven Alimentos (HEPSA) tiene la responsabilidad de vigilar la seguridad del manejo de los alimentos en los establecimientos tales como restaurantes, cafeterías, “delicatessens”, ventas ambulantes, instituciones y otros establecimientos que sirven alimentos.
.
Nuestras áreas prioritarias de intervención incluyen además de la inspección sanitaria, reinspecciones para verificar el cumplimiento de las deficiencias sanitarias señaladas. Además, el Código de Alimento exige entre otras cosas, que en cada establecimiento haya una persona con conocimiento en seguridad de alimentos. En dichos adiestramientos, se da énfasis en la prevención y control en la transmisión de enfermedades alimentarías. Por otra parte el empleado tiene el deber de informar si padece alguna de las siguientes enfermedades transmitidas por alimentos: *Shigella* spp., *Escherichia coli* productor de toxina Shiga, *Salmonella* Typhi y Hepatitis A.

Con el propósito de reducir al máximo las enfermedades alimentarias se desarrollan campañas de seguridad en alimentos al consumidor, al personal de salud, al personal de otras agencias, a instituciones y a los comerciantes. Ésto a través del boletín educativo trimestral Segurali, con campañas educativas y proclamando el mes de septiembre como el Mes de la Seguridad en Alimentos. Durante el mes de septiembre se lleva a cabo la campaña ¡Combata a BAC! (BAC= bacteria) en unión a otras agencias que componen el Consorcio para la Educación en Seguridad en Alimentos. Con toda esta labor se logra un impacto en la salud pública llevando el mensaje para reducir las enfermedades a toda la ciudadanía y clientela.

2.4.2.3 Fábricas de Alimentos, Reposterías, Almacenes y Transportes de Carnes:

- **La Adulteración de Alimentos**

La Ley 72 del 26 de abril de 1940, conocida como la Ley de Alimentos, Drogas y Cosméticos define la adulteración en los alimentos. Asimismo, contamos con la Ley 170 del 12 de mayo de 1988 y Ley 101 del 26 de mayo de 1999 y el Reglamento General de Salud Ambiental #6090

del 4 de febrero de 2000. Este reglamento adopta por referencia varias partes del Código de Regulaciones Federales, (CFR por sus siglas en inglés). Este reglamento reúne las reglas permanentes y generales de las agencias y dependencias del gobierno federal que han sido publicadas en el Registro Federal. La meta de la División es lograr que todos los establecimientos públicos dedicados a la manufactura, procesamiento, manejo, empaque, almacenaje y transportación de alimentos destinados para la venta y consumo estén en condiciones óptimas, con el fin de garantizar la calidad de los alimentos y productos de éstos y evitar brotes de enfermedades alimentarias.

Para cumplir con dicha meta se inspecciona al menos 1 vez al año las fábricas de alimento. También se inspeccionan para llevar a cabo las investigaciones correspondientes a las querellas recibidas en el Programa. La División colabora con varias agencias federales y estatales en el recogido voluntario y aquellos solicitados por las agencias regulatorias.

Para evitar la transmisión de enfermedades se toman muestras de alimento, incluyendo agua embotellada, máquinas dispensadoras de agua y plantas de hielo. Dichas muestras son analizadas para bacteriología y química de alimento. La meta de la División es el evitar los brotes de enfermedades alimentarias que pudieran impactar la salud pública.

- **Higiene de Leche**

Para garantizar la pasteurización de la leche, se realizan pruebas técnicas del funcionamiento de los diferentes sistemas de pasteurización. Todas las áreas en leche son controladas por temperatura del producto, vigilancia de la toma de muestra para que estén dentro de norma y no utilicen fármacos en el procesamiento de la leche. Estas medidas ayudan al control de envenenamiento por leche y productos lácteos. Esto se hace en unión a la supervisión que realiza la Oficina para la Reglamentación de la Industria Lechera logrando que el abasto de leche en Puerto Rico sea uno de calidad y cumpla con los requisitos para mantener la certificación Grado “A”. Dicha certificación permite que nuestra leche se pueda comercializar interestatalmente.

La División Higiene de Leche del Programa de Salud Ambiental forma parte del comercio interestatal de leche Grado “A”, conjuntamente con los cincuenta estados, territorios y jurisdicciones de Estados Unidos. Nuestra reglamentación esta basada en las disposiciones de la Ordenanza de Leche Pasteurizada de Estados Unidos (PMO, por sus siglas en inglés). Por otra parte, para mantener la certificación Grado “A” somos evaluados cada dos años por la Administración Federal de Fármacos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) en el área de vaquerías, plantas pasteurizadoras y envases de leche.

En coordinación con Agricultura Federal se lleva a cabo además una vigilancia de brucelosis y la tuberculosis bovina. Un gran logro es que Puerto Rico está declarado libre de brucelosis desde 1989 y libre de tuberculosis desde 1999.

2.4.2.4 Agua Potable

El Departamento de Salud para hacer cumplir las disposiciones de las leyes federales y estatales para garantizar la calidad del agua potable lleva a cabo encuestas sanitarias e inspecciones en los sistemas públicos de agua potable. Mediante este proceso se asegura que el diseño y construcción de facilidades de tratamiento cumplan con los requisitos establecidos. Entre otros, evalúa y determina el cumplimiento del muestreo requerido a los dueños de los sistemas con los estándares establecidos para los contaminantes regulados en agua potable, lleva a cabo las acciones de ejecución correspondientes para llevar los sistemas a cumplimiento, imposición de multas u otras sanciones que establezcan los reglamentos, entre

otros. La reglamentación de agua potable tiene el propósito de que el sistema provea agua potable segura para consumo humano, a través del establecimiento de niveles máximos de contaminantes (NMC) y/o técnicas de tratamiento (estándares de calidad). Los contaminantes regulados se dividen en los siguientes grupos: microbiológicos, químicos, radiológicos, físicos y técnicas de tratamiento. Actualmente hay sobre 90 contaminantes regulados en agua potable.

La División de Agua Potable como medida preventiva de enfermedades que pueden ser transmitidas a través del recurso agua, interviene en diferentes áreas de prioridad. Con este propósito se mantiene un programa de vigilancia el cual comprende la realización de encuestas e inspecciones, revisión de planos de sistemas de agua potable previa a su construcción y muestreo de vigilancia.

Mediante el muestreo de vigilancia realizado por este Departamento, así como también el muestreo de cumplimiento requerido al sistema, se ofrece mayor atención a aquellos contaminantes que potencialmente tienen un efecto agudo a la salud, como lo son los contaminantes bacteriológicos y los nitratos.

Durante los pasados años el por ciento anual de muestras positivas para bacteriología correspondiente al muestreo de cumplimiento se ha mantenido en un 2%, esto representa un 98% de cumplimiento. Cabe señalar, que el último brote que se tiene registrado en Puerto Rico relacionado a agua potable data del 1991, por lo que se evidencia que el programa de vigilancia que lleva a cabo la División de Agua Potable del Departamento de Salud ha resultado efectivo.

2.4.2.5 Salud Radiológica

La División de Salud Radiológica del Programa de Salud Ambiental tiene como meta el velar porque la población de Puerto Rico no se vea afectada por la exposición innecesaria a la radiación observando que se cumplan las normas mínimas de protección radiológica en facilidades públicas y privadas velando de esta forma por el bienestar de la seguridad y la salud pública.

La División de Salud Radiológica realiza sus funciones de acuerdo a las estipulaciones del Reglamento para el Control de la Radiación en Puerto Rico Num. 1 promulgado en virtud de las disposiciones de la Ley Num. 79 del 24 de junio de 1965 según enmendada.

Para cumplir con este propósito, la División de Salud Radiológica lleva a cabo inspecciones radiológicas en todas las facilidades que poseen y/o utilizan fuentes de radiación ionizante tanto en el área médica, industrial y educativa

2.4.2.6 Ingeniería Sanitaria: El Impacto en la Salud Pública

Todo proyecto de desarrollo urbanístico (comercial o residencial) está sujeto a la revisión de los planos de construcción y se evaluaran fundamentalmente en la accesibilidad de agua potable y la disposición de las aguas usadas. Con estos dos parámetros se previenen las enfermedades por contaminación de las aguas de albañal que afecten la salud pública.

Bibliografía

Cruz, Ángel David. Universidad de Puerto Rico, Departamento de Geografía, Facultad de Ciencias Sociales. Perfil Sociodemográfico de Puerto Rico. Río Piedras: 2004.

Departamento de Recursos Naturales del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Plan Integral de Uso de Agua en Puerto Rico. San Juan: 1996.

Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Programa de Salud Ambiental. Descripción de los Factores de Riesgo que Afectan la Salud Pública. Puerto Rico: 2004.

Estudios Técnicos, Inc. Puerto Rico en Ruta hacia el Desarrollo Inteligente: Recomendaciones para Detener el Desparrame Urbano en el Área Metropolitana de San Juan y Carolina. Puerto Rico: noviembre, 2001.

Irizarry Mora, Edwin. "Análisis Sectorial de la Economía de Puerto Rico Durante el Siglo XX ". Recinto Universitario de Mayagüez: Departamento de Economía, 2002

Junta de Calidad Ambiental, Área de Control de Ruidos y la Oficina de Querellas. Study of the 24 Hour Environmental Noise Level Behavior in San Juan. Puerto Rico: 2004

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

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

Oficina de la Gobernadora. Proyecto Puertorriqueño para el Siglo 21: Programa de Gobierno. 2001-2004. San Juan: 2001.

Ramos de Santiago Carmen. El Gobierno de Puerto Rico. (Capítulo V). Río Piedras: Editorial de la Universidad de Puerto Rico, 1990.

Rodríguez Ernesto. Universidad de Puerto Rico, Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales. Descripción de la Economía de Puerto Rico. Río Piedras: 2004

Tercer Congreso Regional de AIDIS para Norteamérica y el Caribe, Prevención del Ambiente y Control de la Contaminación: Eslabones Indispensables para las América. Modelo Propuesto para estudiar la Calidad de Aire de Interiores y el Síndrome de Edificios Enfermos en Puerto Rico. Puerto Rico: 1994

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

Vázquez Calzado, José Luis. La Población de Puerto Rico y su Trayectoria Histórica. San Juan: Raga Offset Printing Services, 1988.

Velázquez Velázquez, M. El Problema de las Emanaciones de Gases en las Escuelas Públicas de Las Piedras, su Efecto en la Salud, Aprendizaje, Conducta y Ambiente Instruccional. San Juan: Universidad Metropolitana, 2001.

Capítulo 3
Estructura Organizacional y Políticas del Sector Salud

Introducción

Este capítulo presenta una visión del sector de la salud y su relación con otros sectores que atienden las necesidades particulares de salud de la población en Puerto Rico. A través del mismo se podrán reconocer las diversas organizaciones que amparadas por ley, llevan a cabo acciones que contribuyen al mejoramiento de la salud.

El sector salud se define como aquel que *abarca todas las acciones que contribuyen al mejoramiento de la salud, incluyendo las actividades económicas y productivas relacionadas con la salud.*[6] Agrupa actividades de prevención, protección, promoción y prestación de servicios dirigidas a satisfacer las necesidades de salud de la población mediante el desarrollo de profesionales, el financiamiento, planificación, evaluación y la formulación de política pública.

3.1 Trasfondo Histórico

El Departamento de Salud (conocido originalmente como Departamento de Sanidad), surge en virtud de la Ley Núm. 81 del 14 de marzo de 1912, según enmendada y adquiere rango constitucional a través del Artículo IV, Sección V, VI de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, el 25 de Julio de 1952.

Las secciones 5 y 6 del Art. IV de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico autorizaron al Gobernador a nombrar Secretarios y establecieron un Departamento de Salud. La Ley Núm. 6 del 24 de julio de 1952 en su Artículo 2 sustituye el título de "Comisionado de Salud" por "Secretario de Salud".

Dicha Constitución adopta en su Sección 20, la Carta de Derechos Humanos, deber del pueblo y del gobierno que lee como sigue:

> "*Sección 20. Derechos humanos reconocidos; deber del pueblo y del gobierno.*
>
> *El Estado Libre Asociado reconoce, además, la existencia de los siguientes derechos humanos:*
>
> *El derecho de toda persona recibir gratuitamente la instrucción primaria y secundaria.*
>
> *El derecho de toda persona a obtener trabajo.*
>
> *El derecho de toda persona a disfrutar de un nivel de vida adecuado que asegure para sí y para su familia la salud, el bienestar y especialmente la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.*
>
> *El derecho de toda persona a la protección social en el desempleo, la enfermedad, la vejez o la incapacidad física.*
>
> *El derecho de toda mujer en estado grávido o en época de lactancia y el derecho de todo niño, a recibir cuidados y ayudas especiales.*

[6] Guía para el análisis del Sector Salud en Puerto Rico, Capítulo 1, Organización Panamericana de la Salud, 2004

Los derechos consignados en esta sección están íntimamente vinculados al desarrollo progresivo de la economía del Estado Libre Asociado y precisan, para su plena efectividad, suficiencia de recursos y un desenvolvimiento agrario e industrial que no ha alcanzado la comunidad puertorriqueña.

En su deber de propiciar la libertad integral del ciudadano, el pueblo y el gobierno de Puerto Rico se esforzarán por promover la mayor expansión posible de su sistema productivo, asegurar la más justa distribución de sus resultados económicos, y lograr el mejor entendimiento entre la iniciativa individual y la cooperación colectiva.

El Poder Ejecutivo y el Poder Judicial tendrán presente este deber y considerarán las leyes que tiendan a cumplirlo en la manera más favorable posible".

A tono con lo estipulado en la Constitución y en armonía con la situación de salud de la población, el gobierno de Puerto Rico estableció en 1952 el Departamento de Salud; iniciando así programas educativos para la formación de profesionales en el campo de la salud y estructuras para facilitar la prestación de servicios dirigidos a erradicar las enfermedades infecciosas y parasitarias que afectaban la población.

Durante las décadas de los 50 y 60 hubo una efervescencia en el desarrollo e implantación de proyectos dirigidos a mejorar la salud pública. Grupos de profesionales, centraban sus servicios de orientación y atención en los niveles comunitarios y en lugares donde se concentraba la población, como en los planteles escolares y centros de trabajo. Las condiciones más frecuentes que afectaban la población estaban estrechamente asociadas a la difícil situación económica por la que atravesaba el país.

La visión del Departamento de Salud fue amplia e integradora. Sus programas estaban dirigidos a ofrecer atención a poblaciones con condiciones especiales y utilizaban los escasos recursos disponibles para llevar mensajes y terapias dirigidos a mejorar el estado de salud de la población. Entre otras actividades, se realizaban intervenciones dirigidas a incorporar prácticas deseables de salud al diario vivir, desarrollar destrezas en manejo de alimentos, mejorar la nutrición, mejorar el nivel de higiene en la casa y comunidad; al igual que actividades dirigidas a erradicar y controlar vectores, desparasitar la población afectada, mejorar la salud oral, proveer inmunizaciones y servicios de alimentos para los grupos frágiles, zapatos para que los niños y niñas pudieran ir a la escuela, purgantes y enjuagues para eliminar piojos, parásitos y otras infecciones que afectaban la población. Se ofrecían charlas sobre manejo de alimentos y prevención de parásitos, prevención de condiciones mediante la atención temprana, cuidado adecuado durante el embarazo, la lactancia y el cuido del recién nacido.

En coordinación con otras agencias, el Departamento de Salud se aseguró que las necesidades básicas de salud de la población estuvieran atendidas. El gobierno central participaba activamente en la oferta de oportunidades sociales y económicas a la población estimulando el empleo y auto empleo, evento que favorecía el aumento del poder adquisitivo y por ende el acceso a más información y mejores servicios de salud. La población del Estado Libre Asociado de Puerto Rico se acercó a la década de los 70 con un cuadro alentador en materia de salud. Como resultado de las gestiones de dos décadas enfocadas en el mejoramiento de la salud pública, se aumentó el nivel de inmunización en la población, se disminuyó la mortalidad materno-infantil, se redujo la prevalencia de enfermedades infecciosas y se logró mayor acceso a los servicios de salud. A partir de la década de los ´70, se inicia uno de los eventos que marca la evolución del sistema de prestación de servicios de salud en Puerto Rico, con la adopción de una nueva configuración del sistema que propone la descentralización de los servicios, distribuyendo la Isla por regiones geográficas de salud. El proyecto, gestado e iniciado bajo el liderato del Secretario de Salud del momento, Dr. Guillermo

Arbona, sirvió de modelo para otros sistemas de servicios de salud en países de Europa, Centro y Sur América.

El nuevo sistema de regionalización, estableció cuatro niveles de prestación de servicios; a saber, primario, secundario, terciario y supra terciario. Con el objetivo de hacer un uso óptimo de los recursos disponibles, este sistema estimuló la creación de equipos multidisciplinarios a nivel local o municipal para atender la necesidad de servicios de salud preventivos y primarios de la población. Ubicó los servicios secundarios en las áreas de tratamiento, siendo éste poco más complejo que los primarios e incluyendo servicios especializados y pruebas diagnósticas complejas. Los servicios terciarios, fueron establecidos a nivel regional, con la misión de ofrecer principalmente aquellos tratamientos complejos e intervenciones quirúrgicas. Los servicios supra terciarios se ubicaron principalmente en los hospitales ubicados en Centro Médico con la intención de mantener estos recursos para los casos realmente complejos.

El sistema de regionalización de servicios de salud trajo grandes cambios para la población no sólo por mejorar el acceso; sino por el acceso a más y mejores proveedores de servicios, especialistas en las condiciones que aquejaban la población. A principios de la década del noventa, se inicia un proyecto de reforma de salud. Este proyecto, se plantea fundamentalmente, proveer mayor acceso a servicios de salud mediante la privatización de los servicios existentes, la venta de las facilidades del estado y la contratación de aseguradoras para administrar una cubierta de beneficios. Progresivamente, la “Reforma de Salud” fue implantándose región por región y al cabo de 7 años cubría toda la Isla.

La reforma de salud incluye una amplia cubierta de beneficios que permite al beneficiario accesar servicios preventivos, diagnósticos y de tratamiento para cubiertas de salud física, mental, dental y terapéutica. Esta iniciativa, se propuso ampliar los criterios de elegibilidad del sistema existente y permitió que entraran como participantes del sistema de salud una cantidad de beneficiarios que sobrepasó por mucho las expectativas iniciales del proyecto. Se cubrió sobre el 60% de la población, sin requerir aportación alguna de parte de los beneficiarios.

Como resultado directo de la venta de facilidades y la privatización de los servicios, el gobierno quedó con un sistema de salud pública muy limitado para la prestación de servicios directos. Se quedó primordialmente con un rol rector en la salud pública y de fiscalización monitoreo y regulación en distintos ámbitos de salud.

Pasados 10 años, la reforma de salud se convierte en el plan de salud del estado para personas médico indigentes a un costo que excede los 1.3 billones de dólares anuales. El gobierno tiene establecida contratación con varias aseguradoras y organizaciones privadas para que éstas a su vez, administren las cubiertas de beneficios mediante el uso de redes de proveedores que acuerdan rendir servicios de salud en un ambiente de cuidado coordinado.

3.1.1 Procesos de Reforma del Estado y del Sector Salud

El sector salud en Puerto Rico, por la relación político económica que tiene la Isla con los Estados Unidos, mantiene y refleja un ritmo de cambio a tono con las tendencias propuestas por el gobierno norteamericano.

Esta relación de eventos no pretende ser exhaustiva, sino mencionar los principales momentos en la historia de la evolución del sistema de salud en Puerto Rico.

Cuadro 1: Evolución del sistema de salud en Puerto Rico

Fase	Inicio	Final	Eventos Simbólicos	Movimientos sociales y Momentos del Proceso
Formulación	1912	1952	Se establece el Departamento de Salud y la organización de políticas de atención primaria	Economía limitada, guerras, era de depresión
Centralización	1950	1970	Se inician programas y servicios dirigidos a mejorar la salud de la población y a combatir las enfermedades parasitarias e infecciosas.	Movimiento económico manos a la obra, adopción de la Constitución del E. L. A.
Descentralización	1970	1990	Se promulga y adopta el plan de regionalización de servicios de salud, dividiendo la Isla en regiones geográficas, para mejorar el acceso a los servicios de salud según la complejidad del servicio mismo. Se establecen cuatro niveles de prestación de servicios: primario, secundario, terciario y supra terciario.	Crecimiento económico sostenido, aumento ingreso per cápita, mayor acceso a servicios
Privatización	1993	2000	Se inicia la reforma de salud con la privatización de los servicios y la venta de las facilidades gubernamentales. Se amplia el nivel de pobreza ampliando los criterios de elegibilidad cubriendo 50% de la población en el plan de salud del estado	Se inician los movimientos de reforma de salud en los Estados Unidos y cobra auge en Puerto Rico el sistema de cuidado coordinado
Integración	2001	Presente	Se establecen nuevos acuerdos financieros y medidas de ejecutoria; contratando servicios de administración de salud mental y farmacia fuera de los acuerdos con las aseguradoras	La prestación de servicios de salud da más énfasis a la medicina poblacional que a la tradicional medicina curativa

3.2 Descripción Global del Sector Salud

El estado actual de la organización de los servicios del sector salud se caracteriza por las siguientes condiciones:

- diversas agencias del gobierno administrando los seguros de servicios salud
- duplicidad y multiplicidad de los servicios
- falta de coordinación en la prestación de los servicios
- disloque en la administración del sistema
- falta de datos para demostrar que el sistema actual conocido como reforma de salud es costo efectivo

El sistema se percibe como uno desarticulado, con una pobre comunicación e integración interagencial. Cada una de las organizaciones que lo conforman mantiene una estructura independiente que sostiene sus acciones, planes de trabajo, presupuesto e infraestructura. Las iniciativas que se han propuesto para disminuir el patrón de actividad individual y estimular la integración con el fin de coordinar acciones concretas hacia un fin común, no han prosperado debido a la complejidad y dificultad que implican los cambios requeridos.

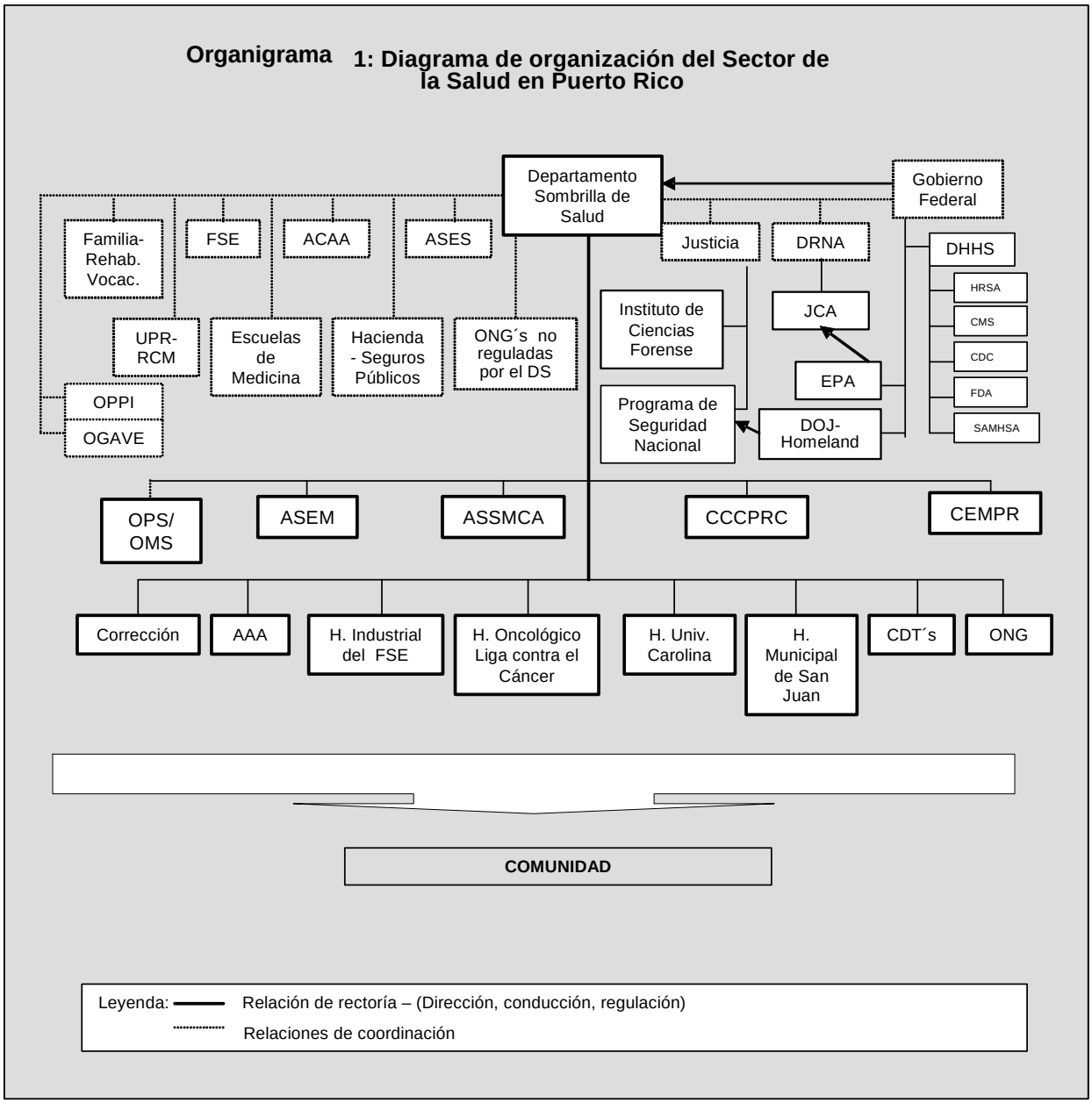
La fragmentación del sector salud se manifiesta directamente como:

- Falta de una planificación estratégica e integrada
- Pobre evaluación de los sistemas de servicios de salud
- Negociación independiente de contratos y compras evitando los ahorros que representa la economía de escala
- Ausencia o limitado control centralizado del sector
- Múltiples facilidades proveyendo servicios similares en un mismo sector
- Mala distribución de las instituciones afectando la capacidad de ocupación y uso óptimo de los recursos
- Duplicidad de servicios y gastos innecesarios por la falta de comunicación y de coordinación de servicios
- Recursos mal distribuidos para satisfacer los servicios necesarios

Cada una de las organizaciones que se incluyen bajo el **organigrama 1: Diagrama de organización del Sector de la Salud en Puerto Rico**, ofrecen o administran recursos dirigidos a proveer servicios de salud a la población. El sistema actual responde predominantemente a una estructura vertical cuya función rectora surge del gobierno estatal, y sus representantes administradores son nombrados por el gobernador de turno y certificados por la legislatura. Sin embargo entre éstas, existen Agencias que juegan un papel importante en algunas de las fases de la prestación de servicios de salud pero en ninguna manera son reguladas por el Departamento de Salud pese a que sus funciones y acciones pudieran ser determinantes de las condiciones de salud de la población. Agencias como ASES, Fondo del Seguro del Estado, ACAA, la Oficina de Seguros Públicos, entre otras, que se describen más adelante, tal vez deberían estar reglamentadas por el Departamento de Salud en aquellas funciones inherentes a la prestación o protección de garantías de servicios de salud.

La estructura general del sector de la salud en Puerto Rico presenta al Departamento sombrilla de Salud, como la autoridad sanitaria nacional o entidad rectora y las dependencias que se indican con una línea continua son aquellas que o forman parte de la sombrilla de Salud o sus funciones están de alguna forma reguladas, dirigidas o coordinadas por el Departamento de Salud. Con líneas entrecortadas se reflejan las entidades estatales (públicas y privadas), y federales con las que se coordinan múltiples actividades y funciones de salud. Entre estas últimas, que se concentran casi en su totalidad bajo el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HSS por sus siglas en inglés), se incluyen el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA por sus siglas en inglés), la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés), y la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA por sus siglas en inglés) entre otras, cuyos programas regulan la administración de los recursos humanos y fiscales que obtenemos del gobierno federal para prestar servicios en el país. La Ciudad Capital de San Juan, es el único municipio de Puerto Rico que administra individualmente servicios de salud de manera autónoma, aunque está también regulado por el Departamento de Salud.

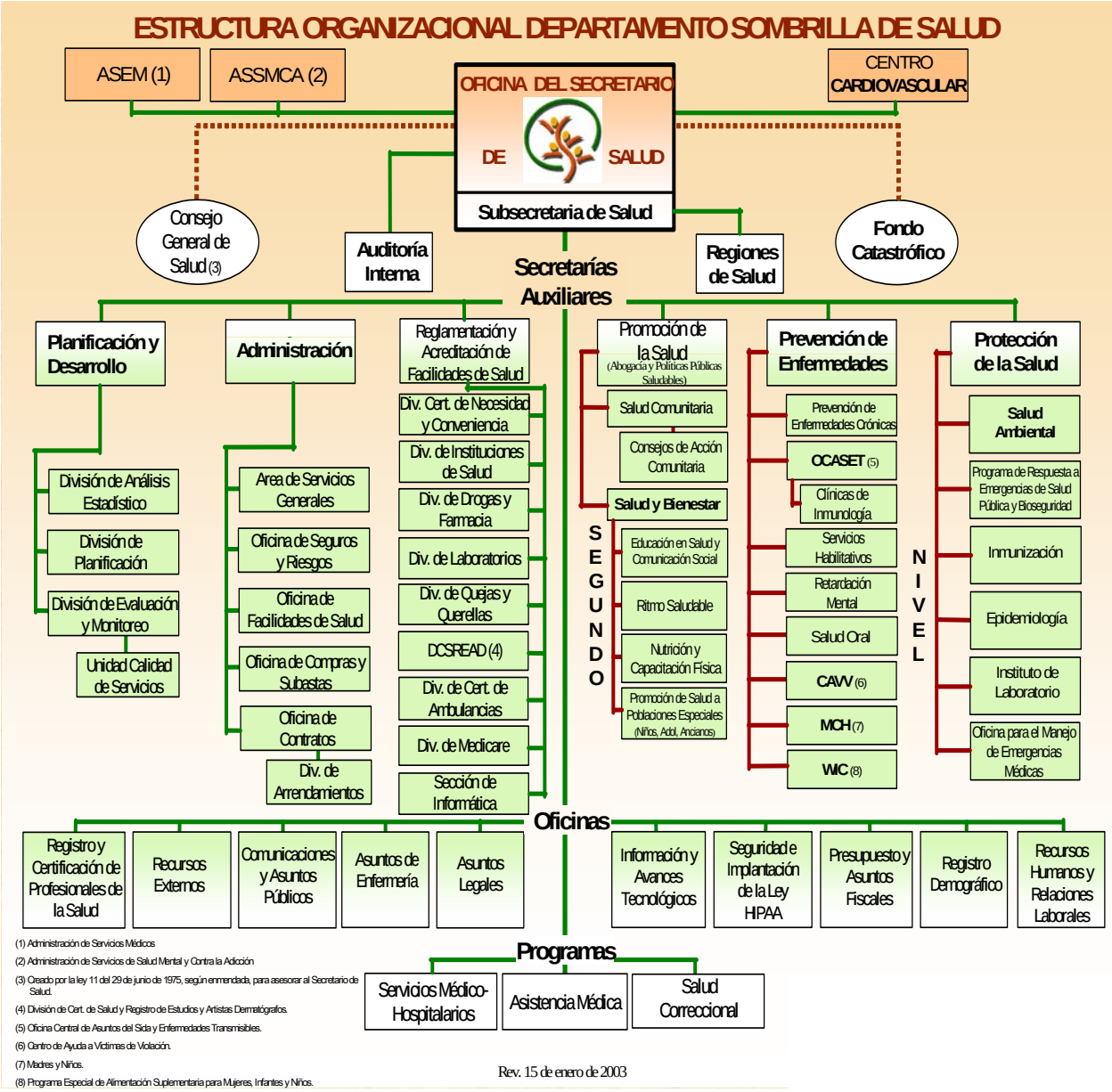
Organigrama 1: Diagrama de organización del Sector de la Salud en Puerto Rico



3.2.1 Descripción del Departamento Sombrilla de Salud

La Orden Administrativa 179 del 15 de enero de 2003, es el más reciente intento por reorganizar el Departamento de Salud con el propósito de reducir la estructura organizacional, mejorar la articulación de funciones afines, reducir la duplicidad de funciones, facilitar la coordinación de actividades, establecer líneas de supervisión y delimitar marcos de acción o intervención. A esos fines el Departamento quedó estructurado de la siguiente forma:

Organigrama 2



3.2.1[a] Misión del Departamento de Salud

La misión del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico es propiciar y conservar la salud de la población como un estado o condición de bienestar físico, emocional y social, que permita al ser humano el pleno disfrute de la vida y contribuir al esfuerzo productivo y creador de la sociedad.

3.2.1[b] Visión del Departamento de Salud

Estimular la integración del Sistema de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico con el fin de mejorar el acceso a los servicios necesarios, ampliar y mejorar la calidad del servicio y las respuestas a las necesidades de cuidado de salud de la población; incluyendo la participación de los sectores públicos y privados.

El Departamento de Salud será un ente normativo, regulador y fiscalizador, exento de matices político partidistas. Se cimienta en el principio de que el ser humano es el eje central y razón de ser de su quehacer institucional y su política pública.

El Departamento de Salud aspira a implantar un sistema de servicios de salud accesible tanto física como económicamente y de forma integral. Debe inspirar confianza, ser eficiente, efectivo, ágil y sensible, que respete la dignidad del individuo. La nueva visión está dirigida a transformar la calidad de los servicios en unos de excelencia, mediante el reclutamiento, retención y la capacitación de los recursos humanos necesarios, basado en el principio de mérito, donde el profesional de la salud exhibirá y desarrollará reconocidas competencias. Garantizará el acceso uniforme a los servicios de salud. De igual modo promoverá que la población asuma la responsabilidad de su salud y la de los otros.

3.2.1[c] Objetivos y Metas que Guían el Departamento de Salud

- Mejorar el acceso a los servicios de salud para todos los Puertorriqueños mediante esfuerzos públicos y privados que estén enfocados a mejorar la salud de la población y su comunidad.
- Mejorar el estado de salud de la población mediante la prevención de enfermedades, la promoción y la protección de la salud para aumentar los años de vida saludable de la población de Puerto Rico.
- Eliminar las desigualdades de salud entre los habitantes de Puerto Rico mediante un sistema de servicios de salud de alta calidad, accesible efectivo y eficiente.
- Proveer acceso a los servicios preventivos a toda la población de Puerto Rico.
- Eliminar la duplicidad de prestación de servicios en el sistema y en las agencias del gobierno para mejorar la calidad del cuidado de salud.
- Facilitar la planificación de los servicios de salud para asegurar la flexibilidad al adaptar iniciativas y soluciones a los problemas y cambios en el ambiente de la salud.
- Dar prioridad a la distribución de los escasos recursos a enfermedades y situaciones de salud significativas en Puerto Rico utilizando efectiva y eficientemente los recursos existentes y tomando en consideración cuando y donde buscar nuevos recursos.

3.2.2 Descripción de las Unidades del Departamento de Salud

3.2.3 Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud

La Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud se crea mediante la Orden Administrativa número 179 del 15 de enero de 2003 como parte de una reorganización de las estructuras administrativas del Departamento de Salud. La Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud es el organismo oficial con la responsabilidad de forjar el desarrollo de una política pública e infraestructura de servicios en promoción de la salud. La promoción de la salud se entiende como el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de ese modo, mejorar su estado de salud. En principio, la promoción de la salud abarca toda la población en el contexto de su vida cotidiana; para ello es fundamental que exista una participación comunitaria efectiva en la definición de los problemas, en la toma de decisiones y en las medidas emprendidas para modificar y mejorar los factores determinantes de la salud.

Dentro de este nuevo enfoque las comunidades juegan un papel de vital importancia en la medida que se aumenta la capacidad organizativa de éstas para actuar sobre los problemas salud que les afectan. Dentro de ese contexto la misión de la Secretaría Auxiliar para la Promoción de la Salud se define como: “El organismo gubernamental con la responsabilidad de

promover el desarrollo e implantación de ambientes y estilos de vida saludables, fortaleciendo las habilidades y capacidades de los individuos en sus comunidades a través de programas innovadores y políticas públicas basadas en las necesidades de salud del pueblo y en la participación intersectorial". La Secretaría está compuesta por las siguientes divisiones:

3.2.3.1 División de Salud Comunitaria

Tiene como meta reenfocar la estrategia de promoción de la salud y la prevención de enfermedades incorporando los conceptos de apoderamiento, participación ciudadana y autogestión. Una de las metas de la División es establecer Comités de Salud Comunitaria en cada municipio o comunidad especial con el objetivo de convertir a los individuos de observadores pasivos y recipientes de servicios a entes activos y participantes en el proceso de transformación de los procesos de salud y de las estrategias para lograr un estilo de vida más saludable. Asume la encomienda de facilitar estrategias para que individuos, organizaciones, agencias gubernamentales y otros líderes trabajen juntos en el proceso de mejorar la calidad de vida y de las condiciones de salud en las comunidades y municipios de Puerto Rico; en particular las comunidades especiales.

3.2.3.2 Programa de Salud y Bienestar

Basado en el modelo de bienestar pleno, este programa les provee a los ciudadanos información individualizada sobre sus posibles riesgos a desarrollar algún tipo de enfermedad. Desde el punto de vista comunitario, este programa busca organizar las comunidades y sus residentes en asuntos relacionados a la promoción de la salud. Su meta principal es lograr que los residentes identifiquen sus necesidades de salud, establezcan sus prioridades y articulen, con la ayuda de coordinadores regionales de salud comunitaria, un plan de acción comunitaria que los conduzca a una respuesta efectiva a las necesidades de salud que afectan a su comunidad. De esta forma se desarrollan Comités de Salud Comunitaria.

3.2.3.3 Programa de Control de Tabaquismo

El Programa de Control de Tabaquismo tiene la responsabilidad primaria de prevenir la iniciación en el uso de productos derivados del tabaco, promover ambientes libres de humo, políticas sobre control de tabaco y el desarrollo de acuerdos y alianzas con agencias privadas y organizaciones comunitarias.

3.2.3.4 Programa Ritmo Saludable

Este programa es una versión del Programa de Salud y Bienestar, pero dirigido a empleados del Departamento de Salud y otras agencias de gobierno. El Programa busca medir los factores de riesgo a enfermedades crónicas no transmisibles, entiéndase presión arterial elevada, altos niveles de colesterol, glucosa y obesidad, entre otras condiciones y factores de riesgo. Además, provee oportunidades de aprendizaje para el manejo y tratamiento de cuatro factores de riesgo importantes: nutrición pobre, falta de capacidad física, tabaquismo y manejo inadecuado del estrés.

3.2.3.5 Consejo de Acción Comunitaria en los Residenciales Públicos

Esta Oficina tiene como objetivo, coordinar en conjunto con otras agencias públicas y privadas, servicios gubernamentales, clínicas multifásicas de salud, actividades educativas y recreativas que fomenten el desarrollo de estilos de vida saludables y la calidad de vida de los residentes en los Residenciales Públicos de Puerto Rico.

3.2.3.6 División de Educación en Salud y Comunicación Social

La División de Educación en Salud y Comunicación Social consolida y busca el desarrollo, planificación, implantación y evaluación de estrategias para la promoción de la salud y el mercadeo social de ideas relacionadas a la salud de los individuos en sus comunidades. Tiene a su cargo la capacitación de profesionales de la salud, proveedores de servicios y comunidades en general.

3.2.4 Secretaria Auxiliar para la Protección de la Salud

La Secretaria Auxiliar para la Protección de la Salud se crea mediante la Orden Administrativa número 179 de enero de 2003 como parte de una reorganización de las estructuras administrativas del Departamento de Salud. La misión de la Secretaria es proteger la salud y el bienestar de la población de Puerto Rico a través de un programa multidisciplinario de investigación, vigilancia, intervención y comunicación. Su visión es la excelencia en la detección, investigación y reducción de riesgos a la salud.

Los programas que componen la Secretarias son las siguientes: Salud Ambiental, Vacunación, Instituto de Laboratorio, Preparación en Salud Publica y Bioseguridad, Epidemiología y Manejo de Emergencia.

3.2.4.1 Vacunación

La misión de vacunación es proteger la Salud y asegurar una calidad de vida plena a la población Puertorriqueña, a través de un programa de vacunación. Las metas establecidas son vacunar a su debido tiempo la población médico indigente a través de los proveedores de servicios de vacunación del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Promover la vacunación en la población Adulta de Puerto Rico y facilitarles el servicio a través de los proveedores del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. El objetivo general en Vacunación es obtener niveles óptimos de vacunación para toda la población Puertorriqueña.

3.2.4.2 Instituto de Laboratorio

El Programa de Servicios de Análisis de Laboratorio del Departamento de Salud se inicia en junio de 1986 por Orden Ejecutiva número 19. Los componentes del Programa son: Unidad Administrativa Central, Laboratorios Clínicos y Sanitarios del Nivel Central, Laboratorios Satélites Sanitarios en Ponce, Mayagüez y Arecibo, Laboratorios Clínicos en Ponce y Mayagüez, el Laboratorio de Toxicología de Alcohol a nivel Central, los cuales ofrecen un marco de garantía de calidad requerido por EPA, FDA, CDC y un programa de calidad interno, la Oficina de Certificación para Laboratorios Sanitarios en la Isla y el Servicio de Proficiencia para Laboratorios Clínicos. El Laboratorio de Salud Pública del Nivel Central brinda los servicios clínicos de bacteriología general, inmunología, hematología, rabia, tuberculosis y parasitología, certificados por CDC y directamente relacionados a ese centro. El Laboratorio de Rabia es el único para Puerto Rico e Islas Vírgenes. El Laboratorio de Toxicología de Alcohol brinda sus servicios a la Policía de Puerto Rico, a los Tribunales de Justicia, Departamento de Justicia y a la Administración de Compensación y Accidentes Automovilísticos. El componente sanitario del Laboratorio de Salud Pública incluye: Química y Microbiología para Agua Potable, Química y Microbiología para leche y Química y Microbiología para alimentos.

La Oficina para la Certificación de Laboratorios Sanitarios se establece en 1986 a instancias de la Agencia de Protección Ambiental (EPA, por sus siglas en inglés) y por delegación de esta agencia sus Oficiales Certificadores (aprobados y certificados por EPA) certifican los

laboratorios para Agua Potable de la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados (AAA) y otros en la Isla. Lleva a cabo el Programa de Proficiencia del Departamento de Salud que mide la calidad de los servicios ofrecidos por los laboratorios clínicos de Puerto Rico, públicos, a través de muestras desconocidas enviadas regularmente durante el año natural a todos los laboratorios que cubren toda la gama de análisis clínicos.

3.2.4.3 Salud Ambiental

La Ley Número 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, confiere al Departamento de Salud facultad para establecer diferentes áreas programáticas dirigidas a proteger la salud pública. Esta facultad da origen al Programa de Salud Ambiental.

El enfoque del programa en la actualidad va dirigido a lograr una mayor participación de la comunidad para que pueda identificar riesgos a su salud y colaborar en la solución de los problemas ambientales en su entorno y dotarla de los conocimientos básicos necesarios para proteger y mantener su salud.

El Programa de Salud Ambiental se compone de la siguientes divisiones: Agua Potable, Ingeniería Sanitaria, Salud Radiológica, Higiene de Establecimientos que Preparan y Sirven Alimentos, Higiene en Fábricas de Alimentos, Reposterías, Almacenes y Transporte de Carnes (FARATC), Higienización del Ambiente Físico Inmediato (HAFI), Venenos Comerciales, Zoonosis, Área de Permisos y Cumplimiento. En adición, cuenta con una unidad administrativa que incluye compras, preintervención fiscal de comprobantes de pago, cuentas a pagar, facturación y cobro y asuntos de personal. El Área de Permisos incluye la expedición de licencias sanitarias, permisos, certificaciones y endosos. El Área de Cumplimiento incluye la radicación de querellas en la División de Vistas Administrativas y la evaluación de Solicitudes de Variación y/o Exención.

Actualmente, las actividades del Programa se desarrollan en tres niveles, a saber; el Nivel Central, que ejerce las funciones normativas, de asesoramiento técnico, evaluativo y de adiestramiento; el Nivel Regional que ejerce la función administrativa y es responsable de implantar y de velar que se sigan las normas y procedimientos establecidos por el Nivel Central y el Nivel Local que lleva a cabo las operaciones de campo, tales como inspecciones, reinspecciones, toma de muestras de agua, alimentos, procedimientos de embargo y decomiso.

3.2.4.4 Manejo de Emergencia

En cumplimiento de la Ley Núm. 211 del 2 de agosto de 1999, y a tenor con la Orden Ejecutiva OE 1993 23 y 4974 E del 25 de junio de 2001 se crea Oficina para el Manejo de Emergencias del Departamento de Salud conocida por sus siglas como OMEDS. Dicha entidad se estableció para apoyar el esfuerzo estatal dentro de su función orgánica con los recursos y capacidades que le sean requeridas por la Agencia Estatal para el Manejo de Emergencias.

Entre sus funciones principales de la Oficina de Manejo de Emergencias figuran las siguientes:

- Desarrollar aquellas actividades que pueden eliminar o reducir las probabilidades de que ocurra un desastre. Además, aquellas que puedan reducir los efectos de desastres inevitables.
- Desarrollar actividades que sirvan para desplegar las capacidades necesarias para enfrentar eventos de emergencia. Estas actividades incluyen la dirección y control de la emergencia, avisos y advertencias para prevenir mayores efectos, planes de acción para enfrentar las situaciones de emergencia y otras operaciones similares. Tiene

especial énfasis en el desalojo de edificios como parte de las medidas de seguridad, la administración del Centro de Operaciones de Emergencias (COE), y el estimado de daños.

- Restauración de los sistemas a la normalidad a corto plazo o largo plazo. A corto plazo; los servicios y necesidades básicas. A largo plazo; corregir las deficiencias para evitar o reducir los efectos de futuras eventualidades. Pueden ser medidas de infraestructura o de servicios/adiestramientos.

3.2.5 Secretaría Auxiliar para la Prevención de Enfermedades

La Secretaría Auxiliar de Prevención desarrolla las actividades necesarias para la identificación de los factores de riesgo a la salud de los individuos e implantará las medidas o programas necesarios para la reducción o eliminación de dichos factores. Las intervenciones de estos programas son de naturaleza más clínica e individualizadas no obstante, constituirán una estrategia de prevención primaria vital para el mejoramiento de nuestras comunidades y poblaciones especiales. Esta Secretaría se compone de los siguientes programas:

3.2.5.1 División Madres, Niños y Adolescentes

Provee dirección y supervisa a nivel isla todos los esfuerzos relacionados con mejorar la salud y el bienestar de la población de mujeres en edad reproductiva, los infantes, los niños/as y los adolescentes en Puerto Rico. La División tiene como meta a largo plazo el reducir la mortalidad infantil, pediátrica y materna. Como entidad administra los fondos de Titulo V tiene la responsabilidad de: fortalecer los servicios de salud que se le proveen a esta población de manera que se garantice que reciba los servicios requeridos de acuerdo a su edad y condición especial de salud; proveer el liderazgo en la realización del estudio de necesidades de este grupo poblacional y en el desarrollo de un plan de acción dirigido a solucionar las mismas y el monitoreo y evaluación de las estrategias dirigidas a la población de madres, niños adolescentes y sus familias. La División provee servicios directos, servicios facilitadores, servicios de base poblacional, servicios de infraestructura. Las siguientes actividades se asignan y desarrollarán dentro de esta División:

Proyecto "Healthy Start": Este proyecto dirige sus esfuerzos a disminuir la mortalidad infantil en la isla. Su principal estrategia es la de manejo de casos/ coordinación de servicios mediante un Programa de Visitas al Hogar. Este proyecto tiene como propósito atender las necesidades de salud y sociales que presenten mujeres embarazadas, infantes y sus familias a través de la isla. Entre sus servicios están la orientación, consejería, apoyo y referidos intra e ínter agénciales de acuerdo a las necesidades identificadas durante las visitas. El proyecto ofrece servicios a adolescentes embarazadas, mujeres con embarazos en alto riesgo para bebés de bajo peso o nacimientos prematuros, familias en las que exista o se sospeche que hay maltrato, negligencia, abuso de drogas o alcohol en el hogar, bebés sobrevivientes de intensivo neonatal e infantes con necesidades especiales de salud.

Proyecto de Servicios Integrales de Salud al Adolescentes (SISA): El Proyecto SISA atiende las necesidades de la población de adolescentes. Promueve el modelo del Desarrollo de la Juventud en Comunidades como herramienta de trabajo para disminuir los comportamientos de riesgo relacionados con la tasa de nacimientos vivos, las lesiones no intencionales, y otras situaciones que inciden en la salud y bienestar de este grupo poblacional. El proyecto fomenta el desarrollo psicosocial saludable a través de sus cinco componentes: a) Comunidad, b) Escuela, c) Currículo, d) Política Pública, y d) Investigación-Evaluación.

Proyecto Educativo sobre Abstinencia Sexual para Adolescentes (PRAEP): La Propuesta Educativa sobre Abstinencia Sexual para Adolescentes (PRAEP) tiene como propósito el

disminuir las consecuencias de riesgo de la actividad sexual entre los/las adolescentes de Puerto Rico como lo son: los embarazos, las infecciones de transmisión sexual, el aborto y la deserción escolar secundaria al embarazo. La Propuesta trabaja en colaboración con el Departamento de Educación: la implantación del currículo educativo "El sexo puede esperar" y un programa educativo motivacional con pares voluntarios (Grupos AMORES). A través del Departamento de Salud se desarrollan las siguientes: ofrecer talleres a madres y padres "Hablemos de sexualidad con nuestros hijos e hijas", establecer programas regionales de acercamiento a las comunidades en apoyo a los objetivos del Proyecto, desarrollar e implementar un programa para la prevención de la deserción escolar de los/las adolescentes secundaria al embarazo y evaluar los logros de la Propuesta.

Sección de Monitoreo de Objetivos de Título V: Esta sección tiene como responsabilidad proveer apoyo epidemiológico y técnico a la División para monitorear todos los indicadores de ejecución, de resultado, de salud y de desarrollo para la propuesta de Título V. Esta sección esta encargada del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVEMI).

3.2.5.2 División de Salud Preventiva (DSP)

Esta división tiene como misión guiar a la población puertorriqueña hacia el logro de salud y bienestar pleno mediante la prevención o reducción de una serie de factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles. Estas son aquellas enfermedades que se van desarrollando poco a poco a través de los años y que no se contagian de una persona a otra como puede ser el caso del virus del SIDA, la tuberculosis, la hepatitis, la influenza, entre muchas.

La División de Salud Preventiva agrupa las siguientes áreas de servicio y actividades:

- Salud Ocupacional
- Prevención de Cáncer
- Compañeras (prevención y detección temprana de cáncer de mamas y cervix)
- Geriatría y Coordinación de Servicios a personas afectadas con la Enfermedad de Alzheimer;
- Control y Manejo de la Diabetes
- Salud Cardiovascular

3.2.5.3 Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles (OCASET)

OCASET tiene como función principal el contener y documentar el avance de las enfermedades trasmisibles en Puerto Rico. Desarrolla actividades de alcance comunitario cuya meta es impactar mediante intervención primaria y secundaria, clínica y educativa, a los grupos de la comunidad considerados de alto riesgo o que ya están infectados. Ofrece servicios clínicos y preventivos a la comunidad para prevenir la infección con VIH y otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en Puerto Rico.

La Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles se creó mediante la orden administrativa Núm. 39 del 21 de mayo de l990 del Secretario de Salud. Previo a la creación de la OCASET, existía la División de Epidemiología del Departamento de Salud, el Centro Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual (CLETS) que se instituyó en l980 y la Comisión Interagencial del Gobernador para el SIDA. Esta Comisión fue creada el 4 de septiembre de l986, por Orden Ejecutiva-Boletín Administrativo Núm. 4,4747-E, como respuesta inicial a un problema de salud que necesitaba atención inmediata.

Programa Control de la Tuberculosis (PCTB): Su misión es Proveer los servicios de salud necesarios para el diagnostico y tratamiento de la tuberculosis a los pacientes, sospechosos y sus contactos. El PCTB establece las normas y procedimientos apropiados para el manejo de la tuberculosis en PR y cuenta con 8 funciones básicas dirigidas a asegurar el cumplimiento de su misión, las cuales son; función normativa, educativa, evaluativa, diagnóstica - tratamiento, consultiva, registro de casos, compra y distribución de medicamentos y materiales. Ofrece además asesoramiento profesional sobre el manejo de TB, coordina y planifica adiestramiento y actividades educativas.

Para cumplir con su misión el Programa Control de la Tuberculosis supervisa el funcionamiento de nueve clínicas localizadas a través de las regiones de salud, unidas algunas de ellas a las clínicas de inmunología. En estas clínicas se ofrece servicios diagnósticos, terapéuticos, seguimiento de casos, vigilancia epidemiológica e investigación de contactos de pacientes o sospechosos de TB.

A través del personal de campo de cada clínica, el PCTB brinda seguimiento a los pacientes, sospechosos y a los contactos de casos activos, bajo la herramienta esencial de Terapia Observada Directa (TOD). El personal de campo realiza actividades de prevención entre grupos de alto riesgo, investigación de contactos, vigilancia epidemiológica en hospitales, laboratorios, centros de reforma y médicos privados.

Debido a que la TB es una enfermedad que afecta a personas de todas las edades, sexo, razas y nivel socio-económico, los servicios son ofrecidos a todo el que lo solicite.

El *Programa de Prevención ETS/VIH/SIDA*, tiene como misión promover a través de las prácticas seguras, la prevención y detección de la infección con el VIH/SIDA y las demás enfermedades de transmisión sexual en Puerto Rico. Provee además servicios utilizando un enfoque biosicosocial para desarrollar, implantar, evaluar y coordinar todas las actividades y esfuerzos dirigidos a la prevención primara y secundaria de estas enfermedades. Los esfuerzos del Programa de Prevención están dirigidos a alcanzar a la comunidad en general, y en especial a los grupos con conductas de alto riesgo, a través de estrategias de prevención.

El Programa ETS/VIH/SIDA está constituido por las siguientes divisiones y proyectos:

- Trabajo de Alcance Comunitario
- Manejo de Caso Preventivo
- Educación en Salud
- Enlace Comunitario
- Grupo de Planificación Comunitaria (GPC)
- Técnicos en Epidemiología
- Proyecto de Infertilidad Causada por Clamidia
- Eliminación de Sífilis (EPSI)
- Servicios Especializados en Intervención Temprana al VIH (SEIT)
- Reducción del VIH Perinatal
- Evaluación, Investigación y Control de Calidad

Centro Regionales de Inmunología- Ofrecen servicios médicos y de apoyo sicosocial a personas infectadas con VIH/SIDA y a sus familiares, a pacientes con enfermedades sexualmente transmisibles y a pacientes con tuberculosis y sus contactos.

Servicios Comprensivos para Familias con VIH/SIDA (antes SIDA Pediátrico) tiene la misión de garantizar los servicios de manejo de casos y un cuidado médico integral a todos los niños(as) infectados o afectados por el VIH/SIDA y a sus familiares, además del desarrollo de actividades

preventivas y educativas del SIDA Pediátrico para toda la comunidad especialmente a las mujeres embarazadas.

Proyectos Especiales es responsable de fomentar y mantener el enlace entre OCASET y aquellas organizaciones de la comunidad que ofrecen servicios directos a personas infectadas y/o afectados por la condición de VIH/SIDA. *A*dministra los recursos y desarrolla las actividades inherentes a las propuestas de Ryan White Título II, HOPWA y fondos legislativos designados para cuidado diurno y refugio para deambulantes.

3.2.5.4 División de Servicios de Habilitación

Esta división persigue propiciar, desarrollar e implementar estrategias que contribuyan a la habilitación / rehabilitación de los infantes / niños de 0-21 años de edad con impedimentos y sus familias. Los infantes/ niños con impedimentos y sus familias tienen el derecho de recibir servicios en forma efectiva y a tiempo, acorde a sus necesidades de manera que, se optimice su capacidad funcional, mejorando su calidad de vida y las de sus familias. Entre las actividades y proyectos dirigidos a lograr esta misión son las siguientes:

Proyecto de Niños con Necesidades Especiales promueve la prestación de servicios coordinados, multidisciplinarios, centrados en la familia y con participación de la comunidad para lograr el acceso a servicios de salud de calidad para los niños con necesidades especiales de salud entre 0 a 21 años de edad elegible y sus familias.

Proyecto de Intervención Temprana- Con su nuevo nombre “Avanzando Juntos” dirige sus esfuerzos a aumentar las oportunidades para el máximo desarrollo del potencial de los infantes / niños de 0 – 36 meses de edad con retraso en el desarrollo y sus familias, por medio de un sistema de servicios coordinados, multidisciplinarios, centrados en la familia y con base comunitaria, de acuerdo a los estándares del estado y requisitos de ley.

Campaña de Ácido Fólico y Sistema de Vigilancia de Defectos Congénitos- dirige sus esfuerzos a reducir la incidencia de casos de Defectos del Tubo Neural Prevenibles mediante la promoción y educación de la suplementación de la vitamina Ácido Fólico entre las mujeres en edad reproductiva de 10 a 50 años de edad; y desarrolla un sistema de vigilancia de Defectos Congénitos en Puerto Rico.

Proyecto Hogar Médico- tiene como meta a través de la educación y la promoción del concepto promover estrategias exitosas de cuidado médico, establecer redes de apoyo agenciales y alianzas para mejorar la calidad de los servicios primarios a niños con necesidades especiales de salud aplicando los siete elementos de Hogar Médico en las prácticas clínicas: un cuidado accesible, centrado en la familia, continuo, abarcador, coordinado y sensible y culturalmente sensitivo.

Proyecto de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal- desarrolla e implementa cernimientos auditivos neonatal universal a nivel isla.

Proyecto de Rótulos Removibles- tiene como meta proveer certificaciones a toda persona con limitación para la ambulación y que sea elegible para facilitar el acceso un estacionamiento reservado para estos fines.

Programa de Retardación Mental- responde directamente al Secretario de Salud, y ejerce toda aquella autonomía administrativa, que le haya sido delegada por el Secretario, con el propósito de la implantación efectiva del Plan de Base Comunitario y las estipulaciones que rigen el caso

de United States of America v. Commonwealth of Puerto Rico, Civil No. 99-1435(JGG) Dentro de su marco de acción tendrá las siguientes responsabilidades, entre otras:

- Planificará y evaluará los servicios habilitativos que se presten a la clientela del Programa.
- Revisará las normas y procedimientos a tenor con los cambios en la prestación de servicios habilitativos y el Plan de Base Comunitaria.
- Desarrollará adiestramientos para los empleados y funcionarios Programa de Retardación Mental.
- Establecerá normas y procedimientos relacionados a los servicios habilitativos y bajo el Plan de Base Comunitaria que se ofrecen a la clientela del Programa de Retardación Mental.

3.2.5.5 División de Salud Oral

La misión de esta oficina es garantizar que la población puertorriqueña reciba servicios de salud oral preventivos y curativos de calidad. En adición se ofrecen servicios que complementan los incluidos en la cubierta dental de la Reforma.

Proyecto de Odontología Preventiva: El Proyecto de Odontología Preventiva tiene como misión llevar el mensaje de prevención de enfermedades y condiciones de la cavidad oral y estructuras relacionadas a la población de Puerto Rico con el objetivo de reducir la incidencia de las mismas. Este Proyecto complementa los servicios curativos que se ofrecen a través de la cubierta dental de la Reforma de Salud, concientizando a la población impactada en aquellos conceptos de salud oral preventiva que han de ayudar a reducir la incidencia de enfermedades de la cavidad oral y estructuras relacionadas. En adición se orienta a la población en general de los servicios de salud oral que se ofrecen en la cubierta dental de la Reforma, enfatizando en los preventivos.

El Proyecto dirige sus esfuerzos a la población de infantes, niños, adolescentes y embarazadas con actividades educativas las cuales incluyen: visitas a escuelas públicas y privadas, campamentos de verano, residenciales públicos, adiestramientos a profesionales y diseño y distribución de material educativo.

3.2.5.6 Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV)

Entre sus funciones y responsabilidades están las siguientes: Asistir a las/os supervivientes de agresiones sexuales o actos de violación sexual, con la prestación o coordinación de servicios médicos y psicosociales inmediatos. Interceder con los servicios de agencias de gobierno y comunitarias en apoyo a las/os supervivientes. Educar a la comunidad en general y a profesionales para evitar la revictimización y promover la prevención de las agresiones sexuales. Adiestrar a ciudadanos y a profesionales en torno a la identificación de las características asociadas a las dinámicas de abuso, su manejo y prevención. Mantener una Biblioteca al servicio del público. Promover la comunicación entre agencias para la coordinación y evaluación de servicios.

3.2.5.7 Programa de Alimentación Suplementaria Para Madres, Infantes y Niños (W.I.C.)

El Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres Embarazadas, Lactantes, Posparto, Infantes y Niños de 1 á 5 años, mejor conocido como Programa WIC (por sus siglas en inglés), es un programa médico-nutricional.

Su principal objetivo es proveer educación en nutrición, en lactancia y alimentos suplementarios a una población que está a riesgo médico-nutricional, durante un período crítico de crecimiento y desarrollo. Algunos de estos riesgos médico-nutricionales son: la anemia, el bajo peso, los infantes prematuros, problemas gastrointestinales y otros.

Los servicios se proveen en 102 Clínicas WIC en la isla. En cada pueblo hay por lo menos una Clínica WIC disponible incluyendo Vieques y Culebra.

3.2.6 Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS)

Esta Secretaría Auxiliar fue creada con el propósito de agrupar toda la fase normativa en las áreas de licenciamiento y certificación de facilidades y servicios de salud se establezcan en forma ordenada y estén licenciadas de acuerdo a las leyes y reglamentos vigentes. Entre sus responsabilidades está otorgar Certificados de Necesidad y Conveniencia para establecer instituciones y servicios de salud en Puerto Rico, el licenciar las facilidades que se dedican a la manufactura y distribución de medicamentos, la regulación de la operación de laboratorios clínicos, anatómicos, banco de sangre, centros de plasmaféresis y sueroféresis, la inspección para certificar aquellas facilidades de salud participantes de los Programas de “Health Insurance Benefit” (Medicare) y “Clinical Laboratory Improvement Amendment” (CLIA); la inspección de ambulancias estatales, municipales y privadas, la inspección y licenciamiento de los estudios de tatuaje, el mantenimiento del Registro de Artistas Dermatógrafos, la autorización para expedir Certificados de Salud, y la Administración de la Carta de Derechos del Paciente en lo que respecta a beneficios del plan no reforma. También se realizan investigaciones de querellas relacionadas con los servicios de salud. Tiene adscrita la Junta de Bioequivalencia de Medicamentos, que tiene la función de educar al consumidor sobre el uso, accesibilidad y beneficios de los medicamentos bioequivalentes.

La estructura Organizacional de la Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud, (SARAFS) está constituida por las siguientes Divisiones y Oficinas:

3.2.6.1 Oficina de la Secretaria Auxiliar

Es la responsable de la regulación, licenciamiento, acreditación y fiscalización de la calidad de los servicios de salud y el funcionamiento de todas las facilidades de salud en Puerto Rico.

3.2.6.2 Oficina de Administración

La Oficina de Administración tiene el compromiso de ofrecer apoyo a la Oficina del Secretario Auxiliar y las diferentes Divisiones en la coordinación de las áreas de Presupuesto, Recaudos, Cuentas a Pagar, Cuentas por Cobrar, Compras, Recursos Humanos, Servicios Generales y de la aplicación de los procedimientos, leyes, circulares y reglamentos del Departamento de Salud y del Departamento de Hacienda relacionados a los procesos de facturación y cobro.

3.2.6.3 Oficina de Sistemas de Información

Esta Oficina mantiene y coordina los sistemas de información de la Secretaría Auxiliar, y recopilación de estadísticas sobre las instituciones y servicios de salud licenciados y certificados brinda apoyo técnico relativo a los Sistemas de Información de la Secretaría.

3.2.6.4 División de Certificados de Necesidad y Conveniencia (CNC)

Responsable de expedir Certificados de Necesidad y Conveniencia (CNC), a toda persona que proyecte operar, adquirir, construir una facilidad de salud y ofrecer o desarrollar un nuevo servicio de salud, dentro del Estado Libre Asociado y refiere para imponer sanciones a los violadores de la Ley.

3.2.6.5 Área de Vistas Administrativas

Esta Oficina es la responsable de celebrar vistas administrativas en los casos de solicitudes de CNC y de querellas contra facilidades de salud para recomendar al secretario la acción a seguir.

3.2.6.6 División de Drogas y Farmacias

Es responsable de inspeccionar los establecimientos dedicados a la manufactura, producción, envase, almacenaje, venta, y distribución de drogas, medicinas, productos farmacéuticos y productos químicos e investigar querellas de acuerdo a las leyes y reglamentos aplicables.

3.2.6.7 División de Instituciones de Salud

Su propósito principal es inspeccionar instalaciones de salud en Puerto Rico, tanto públicas como privadas, e investigación de querellas de acuerdo a las leyes y reglamentos aplicables.

3.2.6.8 División de Laboratorios

Esta División la responsable de inspeccionar los laboratorios clínicos, laboratorio de histopatológica, laboratorios de patología anatómica y bancos de sangre en Puerto Rico e investigar querellas de acuerdo a las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables.

3.2.6.9 División de Medicare

Esta División, mediante acuerdo con el Gobierno Federal, inspecciona y recomienda la certificación de proveedores y suplidores participantes en el programa de Medicare, conforme las disposiciones del “Titulo 18 del Acta del Seguro Social Sec. 1801 al 1841, según enmendada y 42 CFR Cap. IV”.

3.2.6.10 División de Certificación de Ambulancias

La División de Certificación de Ambulancias tiene la función de inspeccionar todas las ambulancias que estén autorizadas por la Comisión de Servicio Público a ofrecer servicio en Puerto Rico. También certifica que dichas ambulancias cuentan con el equipo médico, los materiales, suministros y fármacos; así como un personal debidamente licenciado y capacitado para ejercer como Técnicos de Emergencias Medicas.

3.2.6.11 División de Certificados de Salud y Registro de Artistas Dermatógrafos

Responsable de orientar, asesorar, recibir y evaluar todas las solicitudes para la Autorización para Expedir Certificados de Salud y regular la práctica de hacer tatuajes y perforaciones corporales en Puerto Rico.

3.2.7 Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo

Esta Secretaría sirve de instrumento institucional para dar apoyo a los distintos niveles gerenciales del Departamento de Salud en la aplicación que facilite la toma de decisiones y permita el cumplimiento de la misión de la Agencia en forma eficaz y productiva. Esto se propiciará mediante múltiples esfuerzos dirigidos a:

- Sistematizar el proceso de planificación
- Desarrollar y analizar las estadísticas relacionadas a la salud
- Determinar necesidades, prioridades, estrategias
- Formular planes de acción a corto y largo plazo
- Evaluar programas, estrategias y acciones
- Monitorear la calidad de los servicios de salud

Con la aprobación del Secretario de Salud, la Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, formulará el Plan de Desarrollo Estratégico del Departamento de Salud. Este será la guía operacional para generar decisiones óptimas que propendan a una mayor eficiencia y efectividad en las gestiones que realiza el Departamento de Salud.

Esta Secretaría Auxiliar propiciará el funcionamiento eficaz y productivo de las diversas dependencias para lograr las metas y objetivos trazados y el cumplimiento de la misión del Departamento de Salud. Consta de tres (3) divisiones; a saber:

- División de Planificación
- División de Análisis Estadístico
- División de Evaluación y Monitoreo
- División de Sistemas de Información Geográfica
- División de Análisis de Sistemas y Situación de Salud

Estas divisiones o componentes tienen las siguientes funciones:

3.2.7.1 División de Planificación

Es responsable de asesorar a las distintas secretarías auxiliares, oficinas y programas en la aplicación del proceso de planificación en sus respectivos desempeños operacionales. La planificación estratégica del Departamento de Salud será una responsabilidad de todos, para la cual la División ejercerá un rol coordinador y asesor. Para lograr esto institucionaliza, fomenta y coordina el proceso de planificación sistemática en interacción con las agencias y entidades públicas y privadas del sector de la salud.

3.2.7.2 División de Análisis Estadístico

Este componente provee, a través de los diferentes datos que se recogen en el Departamento de Salud, el análisis estadístico necesario para fundamentar el establecimiento de las condiciones de morbilidad y mortalidad de la población, el establecimiento de política pública sobre salud, el desarrollo de investigaciones científicas y facilitar el proceso de toma de decisiones en la planificación e implantación de los servicios de salud a la población.

3.2.7.3 División de Sistemas de Información Geográfica (SIG)

La División de Sistemas de Información Geográfica será un instrumento de información de salud en forma geoespacial útil para la toma de decisiones. Entre las funciones de mayor relevancia está el de desarrollar un sistema redundante al plan establecido por el área de

epidemiología, bioseguridad y emergencias. Además, ampliar los niveles de información y análisis epidemiológico obteniendo la información geo-referenciada.

3.2.7.4 División Análisis de Sistemas y Situación de Salud

La División Análisis de Sistemas y Situación de Salud realizará análisis comprensivo e integrado del estado de salud de la población con relación a las políticas de salud pública, la estructura y organización de los componentes del sector salud.

3.2.7.5 División de Evaluación y Monitoreo

Este componente será uno de apoyo en el monitoreo y medición de los programas mediante la identificación de indicadores de desempeño que faciliten la evaluación de los programas y servicios del Departamento de Salud. Prepara informes evaluativos de la agencia, incluyendo recomendaciones de acciones correctivas.

3.2.8 Secretaría Auxiliar de Administración

La Secretaría Auxiliar de Administración quedará integrada por aquellas unidades existentes y las que sea necesario crear para cumplir eficientemente con las funciones en las áreas de administración y gerencia. Esta Secretaría tendrá a su cargo los siguientes componentes:

3.2.8.1 Oficina de Compras y Subastas

La Oficina de Compras y Subastas tendrá entre otras pero no limitadas, todos los asuntos relacionados con la adquisición de bienes y/o servicios necesarios.

3.2.8.2 Área de Servicios Generales

Entre sus funciones principales se encuentra asesorar al Secretario Auxiliar en la planificación y coordinación de las funciones administrativas del Departamento y colabora en la preparación de estrategias gerenciales.

3.2.8.3 Oficina de Facilidades de Salud

La Oficina es responsable de desarrollar los planes de acción necesarios para mantener en buen estado las facilidades físicas del Departamento y recomendar las acciones que correspondan para cubrir cualquier necesidad de planta física que se presente.

3.2.8.4 División de Arrendamiento de Facilidades

La Unidad de Arrendamiento de Facilidades se adscribe a la Oficina de Contratos y será responsable de llevar a cabo las acciones necesarias para dar u obtener en arrendamiento las facilidades físicas del Departamento o aquellas que el Departamento necesite.

3.2.8.5 Oficina de Contratos

La Oficina de Contratos es responsable de proveer a la agencia de un mecanismo alterno para que ésta pueda garantizar la prestación de servicios que no puedan rendirse mediante puestos. Gestiona la contratación de servicios profesionales y consultivos o de cualquier otra forma establece acuerdos con organismos públicos y privados para ofrecer servicios administrativos y técnicos que permitan agilizar las operaciones del Departamento a través de las Divisiones de Trámites, Seguimiento y Archivo y de Documentos Fiscales.

3.2.8.6 Oficina de Seguros y Riesgos

Esta unidad es responsable de mantener al día todas las pólizas de seguros necesarias para cubrir cualquier daño y/o reclamación que surja como resultado de las operaciones del Departamento y/o causadas por algún fenómeno de la naturaleza. Además, trabajará en coordinación con la Oficina de Asesores Legales, la negociación de las pólizas de seguros necesarias.

3.2.9 Oficina de Presupuesto y Asuntos Fiscales

La Oficina del Gerente Fiscal y Presupuesto pertenecen al Programa de Dirección y Administración del Departamento de Salud. La Oficina del Gerente Fiscal es responsable de planificar y supervisar todas las actividades de la gerencia financiera, presupuestaria y monitoreo fiscal de los Programas u operaciones del Departamento de Salud. Tiene la responsabilidad de formular el presupuesto anual de ingresos y gastos del Departamento de Salud, considerando los recursos estatales, federales, fondos y asignaciones especiales, asignaciones para mejoras permanentes y otros recursos provenientes de diversas fuentes u origen.

3.2.10 Oficina de Comunicaciones y Asuntos Públicos

La Oficina de Comunicaciones y Asuntos Públicos se compone de un equipo multidisciplinario de profesionales destacado en las áreas de prensa, relaciones públicas, medios, publicidad y servicios al ciudadano. Esta Oficina con sus variadas funciones aporta en gran medida para que el Departamento de Salud cumpla con el objetivo de mantener informada a la ciudadanía puertorriqueña sobre las actividades que desarrolla y sobre asuntos que afectan la salud de la comunidad en general.

3.2.11 Oficina de Recursos Externos

La Oficina de Recursos Externos, adscrita a la Oficina del Secretario de Salud, es la responsable de coordinar las actividades necesarias para la administración, presupuesto, contabilidad y manejo de efectivo en caja de los programas subvencionados con fondos federales. Entre sus funciones está identificar aportaciones federales, préstamos y propuestas disponibles que puedan ayudar al Departamento de Salud, coordinar la solicitud y supervisar el proceso de solicitud, así como llevar un registro de todas las propuestas federales del Departamento.

3.2.12 Oficina de Recursos Humanos y Relaciones Laborales

La oficina funciona como un Administrador Individual dentro del Sistema de Personal del Servicio Público de Puerto Rico. Tiene la responsabilidad de administrar las leyes, reglamentos, órdenes administrativas y procedimientos en armonía con las leyes y reglamentos aplicables. La oficina tiene la responsabilidad de administrar y fiscalizar todos los aspectos relacionados con la administración de recursos humanos y relaciones laborales.

3.2.13 Oficina Central del Registro Demográfico

El Registro Demográfico es responsable de recopilar a través de sus certificados y documentos vitales, entre otros, datos sociales, demográficos, epidemiológicos y médico-clínicos sobre la población puertorriqueña. Estos datos reflejan el estado de salud, la calidad de vida, y el status socioeconómico de la población. Además, sirven de base para la investigación científica, la preparación de informes, la toma de decisiones y el establecimiento de política pública.

3.2.14 Oficina de Registro y Certificación de los Profesionales de la Salud

La Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud responde a las necesidades de proteger el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud, con el fin de asegurar que se brinde salud a la vida de todos los residentes de Puerto Rico. Bajo esta Oficina se agrupan todas las Juntas Examinadoras de profesionales de la salud reglamentadas. Se provee a las distintas Juntas de los servicios administrativos necesarios para el buen funcionamiento de éstas. Además, se custodia los expedientes de todos los profesionales de la salud.

3.2.15 Oficina de Informática y Avances Tecnológicos (OIAT)

La función principal de la Oficina es el procesamiento electrónico y la custodia de toda la información que se genera en el Departamento de Salud, a través de sus diferentes programas. Para llevar a cabo esta labor, coordina, supervisa y dirige la producción de los sistemas electrónicos que se producen en la Agencia. Entre sus funciones principales se encuentra, entre otras, procesar electrónicamente los datos que se producen en los diferentes niveles y convertirlos en información que pueda ser utilizada por la Gerencia y otras Agencias para la planificación, dirección y evaluación de las operaciones.

3.2.16 Oficina de Asuntos de Enfermería

Tiene como propósito, la coordinación de todo lo referente a los servicios de enfermería que se presten a la población. Asesora al Secretario de Salud en la planificación, organización, implantación y evaluación de servicios de enfermería comprensivos y de calidad a los consumidores de los servicios de salud, al menor costo posible, en los niveles de prestación de servicios primarios, secundarios y terciarios para garantizar el bienestar físico, mental, social y espiritual del individuo. Además, asesora al Secretario de Salud en la legislación que afecte la prestación de los servicios de enfermería.

3.2.17 Oficina de Asuntos Legales

Esta Oficina tiene a su cargo todos los asuntos relacionados al asesoramiento legal al Secretario de Salud y al Departamento de Salud. A ésta responderán todos los abogados contratados y / o reclutados por el Departamento de Salud que ejerzan funciones como tal. Representará al Departamento en cualquier acción legal que sea incoada en los tribunales o en cualquier agencia administrativa excepto en lo que concierne a la litigación pues esta tarea le corresponde al Departamento de Justicia. El Director tendrá a su cargo, entre otros asuntos, el asesoramiento legal y la administración de dicha oficina, la coordinación de las funciones del personal, la coordinación de las funciones de todos los abogados en las distintas oficinas del Departamento de Salud, ASEM, ASSMCA y Centro Cardiovascular del Caribe y Puerto Rico.

3.2.18 Oficina de Auditoría Interna (OAI)

Se estableció con el objetivo primario de realizar una evaluación interna, continua e independiente de las operaciones fiscales y administrativas de todos los componentes y programas del Departamento de Salud. Sirve como un instrumento de la gerencia para evaluar la efectividad de los programas existentes y la eficiencia y corrección con que éstos son administrados. Tiene plena autoridad para examinar las diferentes áreas del DS y sus componentes operacionales en cualquier momento, con acceso a todos los documentos, propiedad y personal. Estos poderes fueron conferidos desde su creación, no obstante, se afianzan aún más mediante la Carta Constitucional aprobada por la Secretaria de Salud el 17 de agosto de 1997.

3.2.19 Oficina de Seguridad e Implantación de la Ley HIPAA

La Ley 170 del 21 de agosto de 1996 fue aprobada por el Congreso de los Estados Unidos de América. La Orden Administrativa 179 del 15 de enero de 2003 crea la Oficina de Seguridad e Implantación de la Ley HIPAA. Este Componente estará a cargo de:

- Mejorar la portabilidad y la continuidad de la cubierta de los seguros de salud.
- Combatir la pérdida, fraude y abuso en seguros y servicios de salud.
- Mejorar la eficiencia y efectividad de los sistemas de prestación de servicios de salud mediante la creación y puesta en vigor de ciertos estándares.
- Reestablecer la confianza de los individuos en el sistema de salud.

3.2.20 Programa de Asistencia Médica (PAM)

El Programa de Asistencia Médica del Estado Libre Asociado es la agencia única del estado que administra la certificación y el pago por servicios de salud a las personas médico indigentes. Mediante el uso de mecanismos en ley que permiten la administración de los fondos, el PAM delega en una corporación pública, la Administración de Seguros de Salud (ASES) la contratación de aseguradoras para la administración de la cubierta de beneficios y la prestación de algunos servicios de salud.

El Programa de Asistencia Médica a su vez, facilitará la administración de los dineros de aquellos diferentes programas que proveen servicios a la población médico indigente y a aquellos en desventaja socio-económica que no tienen plan de salud. El Departamento de Salud reconoce el Programa de Asistencia Médica como la estructura organizacional que facilita administrar los dineros de aquellos diferentes programas que proveen servicios a la población médico indigente y a aquellos en desventaja socio-económica que no tienen plan de salud. El Programa Asistencia Médica, se conoce generalmente por su nombre en inglés, MEDICAID. Este fue creado bajo el título XIX de la ley de Seguridad Social, P.L. 89-97 del 1ro de Julio de 1965 e implantado en Puerto Rico y en toda la nación Americana.

3.2.21 Programa de Servicios de Salud Correccional

El Programa de Servicios de Salud Correccional ofrece servicios de salud a la población penal que se encuentra bajo la custodia de la Administración de Corrección en las instituciones penales y en el Hospital Psiquiátrico Correccional. Se rige por el Plan de Cuidado Médico y Salud Mental aprobado por el Tribunal Federal el 2 de enero del 1990 para la demanda de clase Morales Feliciano vs. el Gobierno de Puerto Rico. Ofrece los servicios de salud considerando que el confinado pierde el derecho a la libertad pero está protegido por las disposiciones constitucionales y el Estado tiene la responsabilidad de cuidar su salud.

Los servicios que ofrece el Programa están basados en los objetivos del Plan de Cuidado Médico y de Salud Mental. Estos están dirigidos a ofrecer un servicio integrado al confinado con acceso al área médica a través de cinco servicios:

(1) Servicio de Admisiones el cual se inicia cuando es ingresado a uno de los cuatro centros de ingreso (Bayamón, Ponce, Vega Alta y Guerrero). Se realiza un Cernimiento en los primeros siete días de ingresado que consiste de historial médico completo, determinación de necesidades de salud mental y Cernimiento de salud oral. (2) Servicio Ambulatorio donde se ofrecen clínicas ambulatorias a través de un sistema de citas para atender condiciones crónicas y “Sick Call”.

3.2.22 Programa de Servicios Médicos Hospitalarios

Este Programa será responsable de la administración de aquellas instalaciones de salud públicas del Departamento de Salud que continúen prestando servicios medico-hospitalarios a nivel primario, secundario y terciario en aquellas instalaciones hospitalarias que pertenezcan al Departamento de Salud. Atienden y provee servicios clínicos directos a la población. Incluye las siguientes áreas:

Servicios Primarios: Coordina los esfuerzos para el ofrecimiento de servicios directos bajo los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) que pertenecen al Departamento de Salud, a Organizaciones sin fines de lucro y a los municipios.

Servicios Hospitalarios: Coordina los servicios de los hospitales que están bajo la jurisdicción del Departamento de Salud y las instalaciones donde presta servicios el Programa de Salud Correccional.

3.2.23 Administración de Salud Mental y Servicios contra la Adicción (ASSMCA)

La Administración es la agencia responsable de llevar a cabo los programas del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, a través de programas para la prevención, atención, mitigación y solución de los problemas de la salud mental de la adicción o la dependencia a sustancias narcóticas, estimulantes y deprimentes, incluyendo el alcohol, a los fines de promover, conservar y restaurar la salud biosicosocial del pueblo de Puerto Rico. ASSMCA esta facultado por ley para establecer y coordinar programas para la educación y orientación de la comunidad, al igual que para él diagnostico, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por condiciones mentales y adicciones.

Esta administración, licencia, supervisa y mantiene un registro público de todas las instituciones, organizaciones y facilidades, tanto públicas como privadas, dedicadas a proveer servicios para la prevención o el tratamiento de desordenes mentales, adicción a drogas y alcoholismo. Entre sus obligaciones esta formular e implementar los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación que sean necesarios y establecer controles de calidad a los mismos. Como parte de sus funciones, establece, administra y opera facilidades e instituciones para proveer el tratamiento especializado no medicado dirigido a las personas con desordenes mentales, adicción o dependencia a sustancias.

3.2.24 Corporación Centro Cardiovascular del Caribe

Es el organismo responsable de formular o ejecutar la política pública en relación con la planificación, organización, operación y administración de los servicios cardiovasculares a ser rendidos en Puerto Rico.

3.2.25 Administración de Servicios Médicos (ASEM)

Organismo compuesto por varias organizaciones localizadas en la zona metropolitana de San Juan que forma parte del Centro Médico. Es responsable por ofrecer la atención terciaria y supraterciaria de la población, especialmente aquella que requieren las personas que acuden a su Sala de Emergencia, por ser esta la más equipada para atender situaciones de alta complejidad de servicios. Incluye los siguientes proveedores: Hospital Industrial, Universitario de Adultos, Universitario Pediátrico, Hospital de Trauma, Sala de Emergencia y Laboratorio a nivel central para servir las necesidades de los servicios que se requieren en el complejo de hospitales que allí operan.

El gobierno del Estado Libre Asociado cuenta con otras organizaciones que en Ley fueron creadas para proveer protección y servicios de salud a diversos grupos en la población. A pesar de esto, aunque operan de forma independiente, la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), la Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico, la Corporación del Centro Cardiovascular de Puerto Rico y el Caribe, y el Consejo General de Salud se encuentran bajo la estructura administrativa general de organización del Departamento de Salud de conformidad con la Orden Administrativa 179.

3.2.26 Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico (CEMPR)

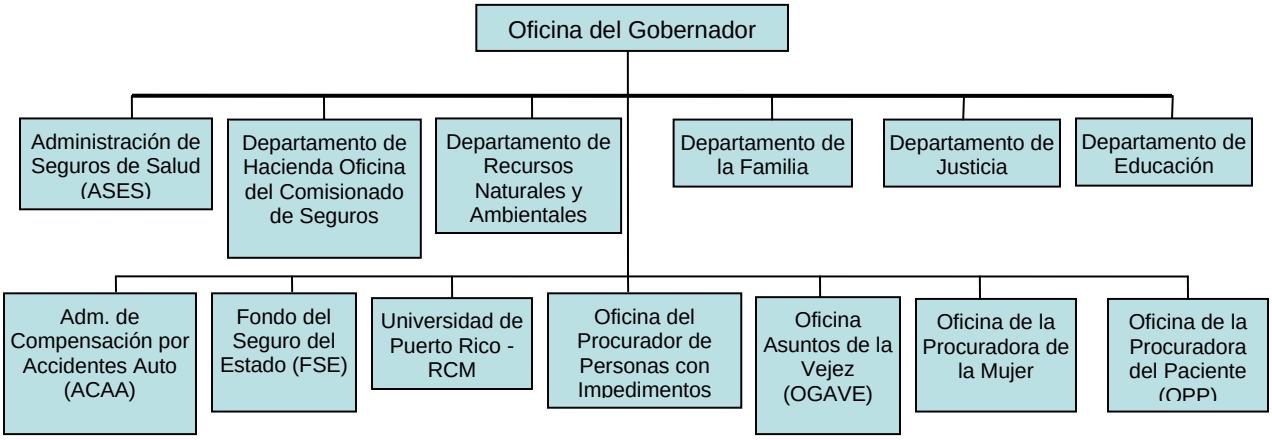
El Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico fue creado en la década de los ´70 mediante el Plan Nixon con el propósito de brindar los primeros auxilios y controlar posibles complicaciones, a fin de conservar la vida de los pacientes durante el traslado de éstos a una sala de emergencia. A finales del 2004 el Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico, fue adscrito a la sombrilla del Departamento de Salud. El CEMPR es responsable de administrar el presupuesto generado principalmente por impuestos al uso del teléfono por la población (llamadas al 9-1-1), con el objetivo de ofrecer servicios de emergencias medicas a través de toda la Isla. Además de recursos humanos y equipo para realizar la tarea, tiene a su cargo un sistema de comunicación que permite la interconexión con todas las agencias que ofrecen servicios de emergencia tales como: Departamento de la Familia, Departamento de los Bomberos, Departamento de la Policía, Departamento de Salud, entre otros.

3.3 Entidades Gubernamentales del Sector Salud Fuera del Departamento de Salud

Entre las organizaciones gubernamentales que quedan fuera de la jurisdicción del Departamento de Salud (Figura 3) y que ofrecen servicios relacionados a la salud están los Departamentos de la Familia y su Administración de Rehabilitación Vocacional [7], el Departamento de Justicia, Departamento de Educación, los Hospitales de Carolina, el Hospital Municipal de San Juan, el Hospital Oncológico y la Liga contra el Cáncer, el Hospital Industrial del Fondo del Seguro del Estado (FSE); la Administración de Compensación por Accidentes de Automóvil (ACAA) y la Universidad de Puerto Rico. Además existen al menos cuatro procuradurías u oficinas del Gobernador que atienden asuntos relacionados con la salud y seguridad de los ciudadanos. Ésta son, la Oficina del Procurador de Personas con Impedimentos, la Procuradora del Paciente, la Procuradora de las Mujeres y la Oficina para Asuntos de la Vejez. Solo las agencias que prestan servicios médicos a pacientes, están reguladas por el Departamento de Salud, como son los hospitales, incluyendo los correccionales, los CDT´s, los servicios de algunas organizaciones de base comunitaria, y la calidad de las aguas de la AAA. Con relación a las otras entidades que no forman parte de la sombrilla de Salud, el Departamento de Salud mantiene relaciones de coordinación, apoyo, intercambio, y sobre algunas ejerce más influencia que otras, dependiendo del momento y la situación con que se trate.

[7] El Programa de Rehabilitación Vocacional se estableció en Puerto Rico el 16 de agosto de 1936, bajo el Departamento de Instrucción Pública. El 30 de junio de 1968 pasó a ser parte del Departamento de Servicios Sociales, por virtud de la Ley Número 171. A partir del 28 de julio de 1995, mediante el Plan de Reorganización Número 1 se convirtió en la Administración de Rehabilitación Vocacional del **Departamento de la Familia**. Actualmente la Administración opera bajo la Ley de Rehabilitación de Puerto Rico, Número 414 del 13 de mayo de 1947, según enmendada y la Ley de Rehabilitación 93-112, según enmendada. Es un programa gubernamental con fondos estatales y federales.

Organigrama 3: Entidades gubernamentales estatales que participan en el Sector Salud



3.3.1 Administración de Seguros de Salud (ASES)

La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico se creó por la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993 y fue enmendada por la Ley Núm. 1 de 8 de enero de 1994. Es responsable de negociar y contratar seguros de salud para los ciudadanos que cualifican para el plan del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (Reforma de Salud) de acuerdo a la Ley Núm. 72, según enmendada. Además, fiscalizar y evaluar los servicios que ofrecen las compañías aseguradoras contratadas para garantizar el cumplimiento, calidad y que sean costo efectivos.

3.3.2 Administración de Compensación por Accidentes Automovilísticos (ACAA)

La Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA), administra un seguro de servicios de salud y compensaciones, único en su clase, creado en Puerto Rico para beneficiar a las víctimas de accidentes de tránsito y a sus dependientes. En casos de accidentes de tránsito, el seguro de ACAA provee a las víctimas los siguientes beneficios: servicios médico-hospitalarios, compensación por pérdida de ingresos por incapacidad, por desmembramiento, por pérdida de la vista, y compensación a los dependientes de víctimas que mueran como consecuencia de un accidente de tránsito. Este seguro compulsorio - que cubre a toda la población de Puerto Rico contra los efectos de accidentes de tránsito - entró en vigor en 1970 en virtud de la Ley Núm.138 del 26 de junio de 1968. Desde entonces, por más de 25 años, la ACAA ha cumplido con su misión de servir las necesidades de las víctimas y dependientes de tales accidentes.

3.3.3 Administración del Fondo del Seguro del Estado (FSE)

El Fondo del Seguro del Estado se convirtió en una corporación pública al aprobarse la Ley Núm. 83 del 29 de octubre de 1992. Entre las múltiples funciones y poderes conferidos a este organismo están las siguientes: a) Establecer el seguro obrero mediante la imposición de primas a todo patrono. b) Poder de contratación de servicios médicos en clínicas y hospitales, así como de materiales y suministros. c) Poder de reasegurar riesgos para salvaguardar la solvencia económica. d) Deber de suministrar tratamiento médico y servicios de rehabilitación, con miras a devolver al trabajador o empleado al mercado de trabajo lo más rápido posible. e) Deber de establecer y pagar compensaciones. f) Deber de ser el asegurador universal de todos los accidentes y enfermedades ocupacionales.

3.3.4 Departamento de la Familia

Bajo la Ley Núm. 5 de 6 de abril de 1993, conocida como Ley de Reorganización de la Rama Ejecutiva, se aprobó el 28 de julio de 1995 el Plan de Reorganización Número 1, para redenominar y reorganizar el Departamento de Servicios Sociales como Departamento de la Familia, Ley Núm. 171 de 30 de junio de 1968, según enmendada. Facilitar la autogestión y la autosuficiencia de las personas, familias y comunidades para promover su fortalecimiento con sensibilidad, respeto a sus necesidades, así como sus aspiraciones de desarrollo y paz. Comprende las agencias ASUME, ADFAN, ADSEF, ACUDEN, CIRIO

3.3.5 Departamento de Educación

El Artículo IV, Sección 6 de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico; la Ley Orgánica del Departamento de Educación Pública de Puerto Rico, Ley Núm. 149 del 15 de julio de 1999, que deroga las Leyes 68 de 28 de agosto de 1990, la Ley Núm. 18 de 16 de junio de 1993, y el Artículo 23 de la Ley Núm. 230 de 12 de mayo de 1942. La RC 3 de 28 de agosto de 1995, adscribe la Oficina para el Mejoramiento de las Escuelas Públicas al Departamento de Educación y la Ley Núm. 51 de 7 de junio de 1996, que crea la Secretaría Auxiliar de Servicios Educativos Integrales para Personas con Impedimentos. Garantizar una educación gratuita y no sectaria que desarrolle las capacidades y talentos de todos los estudiantes para que sean ciudadanos productivos, independientes, aprendices de por vida, respetuosos de la ley y del ambiente, y capaces de contribuir al bienestar común.

3.3.6 Departamento de Recursos Naturales y Ambientales

El Plan de Reorganización Núm. 4 de 9 de diciembre de 1993, redenomina el Departamento de Recursos Naturales como Departamento de Recursos Naturales y Ambientales creado por la Ley 23 de 20 de junio de 1972. Proteger, conservar y administrar los recursos naturales y ambientales del País de forma balanceada para garantizar a las próximas generaciones su disfrute y estimular una mejor calidad de vida.

3.3.7 Departamento de Hacienda: Oficina del Comisionado de Seguros

Por disposición de la Ley UN 64 del 19 de junio de 1959, el cargo de Comisionado de Seguros fue adscrito al Departamento de Hacienda. Dicha ley dispone también que el Comisionado será nombrado por el Secretario de Hacienda, con la aprobación del Gobernador y será directamente responsable al Secretario. Esta enmienda al Código mantuvo en el Comisionado de Seguros, como debe ser, la autoridad y responsabilidad por la reglamentación de la industria de seguros. No obstante, aunque hace a dicho funcionario directamente responsable al Secretario de Hacienda, no estable claramente la función que corresponde a este último en su relación con el Comisionado de Seguros. En esta ley se aclara dicha relación.

La ley Núm. 113 del 2 de junio de 1976, conocida como la “Ley de Organizaciones de Servicios de Salud”, faculta al Comisionado de Seguros para fiscalizar y supervisar las instituciones, hospitales y asociaciones que ofrecen servicios médicos hospitalarios a cambio de cantidades prefijadas.

3.3.8 Departamento de Justicia

El Departamento de Justicia es la organización gubernamental que tiene la responsabilidad de hacer cumplir las leyes aplicables en Puerto Rico. Es la agencia de la Rama Ejecutiva responsable de representar al Estado en los casos criminales y civiles. Creado por el Artículo

IV, Sección 6 de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus funciones y organización están enmarcadas en el Código Político, 3 L.P.R.A. secs. 71 y Ss. y otras leyes especiales que asignan funciones, poderes y facultades al Secretario de Justicia.

Las funciones principales del Departamento de Justicia son las siguientes:

- Asesorar en asuntos legales a la Gobernadora, a la Asamblea Legislativa, a los municipios y a los jefes de organismos gubernamentales.
- Representar al Estado Libre Asociado, a sus agencias y sus municipios en toda litigación civil y criminal ante cualquier Tribunal, funcionario o junta.
- Investigar y procesar ante los tribunales a los imputados de delito.
- Investigar y procesar las querellas contra menores de edad que han cometido faltas así como los casos de maltrato de menores.
- Representar el interés público en los casos de relaciones de familia.
- Mantenerse vigilante contra prácticas indeseables del comercio en violación a la Ley Antimonopolística.
- Administrar el Registro de la Propiedad.
- Mantener un sistema mecanizado de procesamiento de información sobre Justicia Criminal.
- Promover las medidas necesarias para mejorar la seguridad pública y combatir la violación a las leyes y la criminalidad.

3.3.9 Oficina de la Procuradora del Paciente (OPP)

Ley Núm. 11 del 11 de abril de 2001, crea la Oficina y el cargo del Procurador del Paciente Beneficiario de la Reforma de Salud y la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000, conocida como "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente". Garantizar a los pacientes beneficiarios de la Reforma de Salud el cumplimiento de los preceptos contenidos en la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente".

3.3.10 Oficina de la Procuradora de las Mujeres (OPM)

La Oficina de la Procuradora de las Mujeres fue creada por la Ley Núm. 20 del 11 de abril de 2001, Ley de la Oficina de la Procuradora de las Mujeres, entidad jurídica independiente y separada de cualquier otra agencia o entidad pública. Fortalecer y hacer cumplir las políticas públicas que garanticen los derechos humanos de las mujeres, que promuevan la equidad y que eliminen todas las manifestaciones de discrimen y violencia hacia las mujeres.

3.3.11 Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos (OPPI)

Ley Núm. 2 del 27 de septiembre de 1985, según enmendada, por la Ley Núm. 298 del 30 de agosto de 1999 y la Ley Núm. 9 del 5 de enero de 2002 que crea la Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos. Garantizar la protección rápida, efectiva y eficiente de los derechos de las personas con impedimentos para que alcancen una integración plena en todos los ámbitos de nuestra sociedad.

3.3.12 Oficina para los Asuntos de la Vejez (OGAVE)

La Ley Núm. 68 del 11 de julio de 1988 creó la Oficina para los Asuntos de la Vejez, Oficina del Gobernador para garantizar los derechos a una vida y digna de la Población de Edad Avanzada. La Oficina para los Asuntos de la Vejez tiene como misión: “Lograr la excelencia en

la calidad de vida de las personas de edad avanzada en Puerto Rico, protegiendo su seguridad física, mental y social".

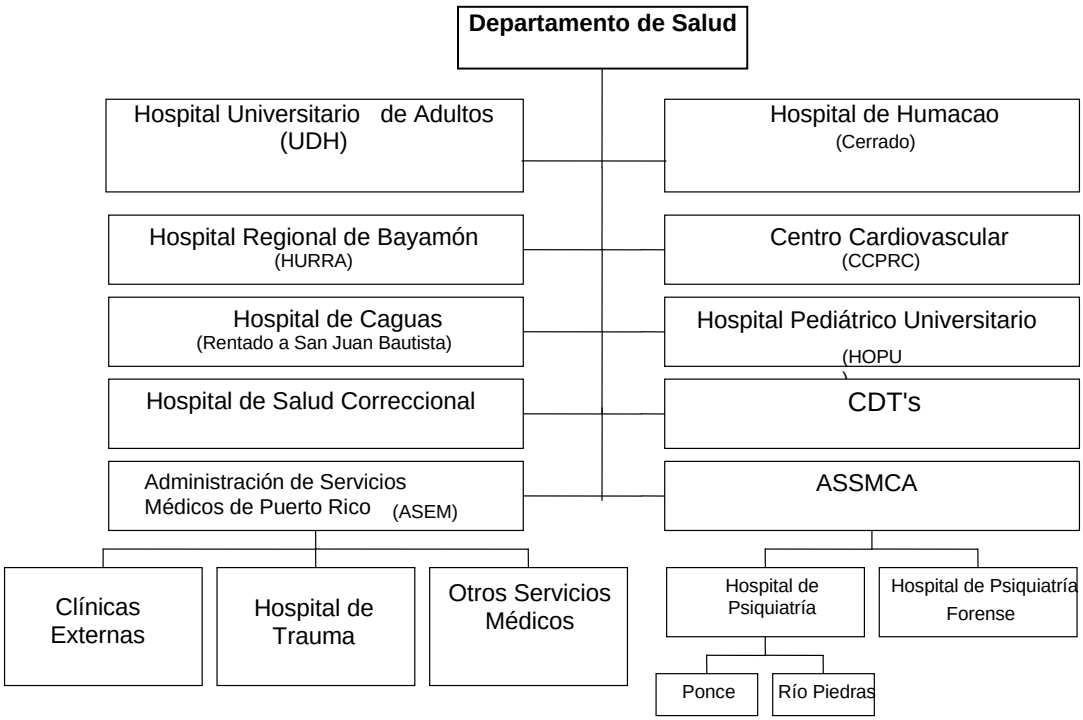
3.3.13 Universidad de Puerto Rico/Recinto de Ciencias Médicas

El Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico (UPR), es el tercer recinto de mayor tamaño de la UPR. Tiene la encomienda de enseñar, investigar y proveer servicios en las ciencias de la salud. Dichas actividades son llevadas a cabo por las Escuelas de Medicina, Odontología, Salud Pública, Farmacia, Enfermería y el Colegio de Profesiones Relacionadas a la Salud.

3.4 Estructura de los servicios médico hospitalarios

En la actualidad, quedan como facilidades gubernamentales el Hospital Universitario de Adultos y el Hospital Pediátrico, el Hospital Regional de Bayamón, el Hospital de Salud Correccional, la Administración de Servicios Médicos con sus servicios de Clínicas Externas, Hospital de Trauma y otros servicios ancilares, el Centro Cardiovascular de Puerto Rico y el Caribe, 34 Centros de Diagnóstico y Tratamiento (de los casi 100 que había antes de la privatización y venta); Hospitales de Psiquiatría General y Forense **(Organigrama 4).**

Organigrama 4: Estructura Actual de Servicios Clínicos del Gobierno



3.5 Organizaciones Sub-Sector Privado de Salud

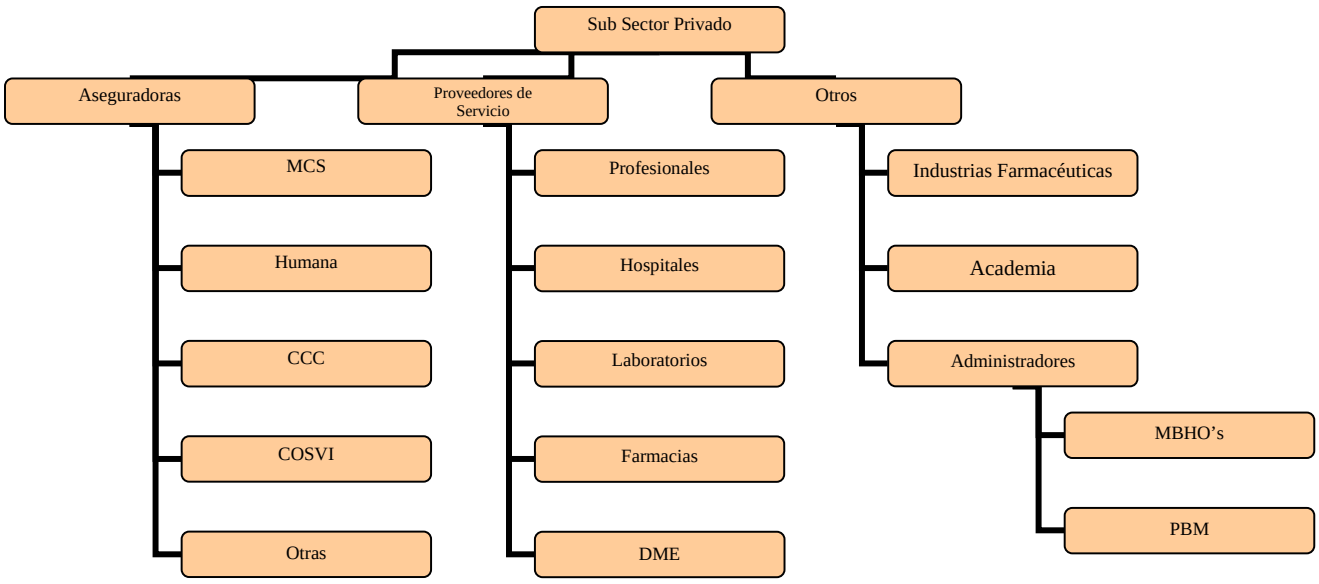
Las organizaciones que componen el sub-sector privado de salud se dividen en tres grandes sectores: las aseguradoras, los proveedores de servicios, las universidades y academias que participan en la formación de profesionales y los representantes de la industria relacionada con la salud. (**Figura 5**)

Existen infinidad de proveedores en el sub sector privado no gubernamental que inciden en la actividad de servicios de salud.

3.5.1 Aseguradoras

En el sector de los seguros la Oficina del Comisionado de Seguros ha autorizado 132 entidades (116 extranjeras y 16 locales) a ofrecer servicios de seguros de salud y vida. Las aseguradoras domésticas la mayor suscripción de primas con un total de $1,655,520 versus $148,508 de las extranjeras. Así mismo existen 12 organizaciones de servicios de salud con $1,113,092 dólares en primas suscritas.

Organigrama 5: Entidades del Sub-Sector Privado de Salud



3.5.2 Proveedores de Servicios

En el área de provisión de servicios de acuerdo al último Registro de Profesionales de la Salud, en Puerto Rico existen 45,895 profesionales certificado, el 75 por ciento de éstos, trabaja en el sector privado; de los 69 hospitales 13 son públicos y 56 privados. Existen 771 laboratorios clínicos licenciados en todo Puerto Rico y 1,104 farmacias.

3.5.3 Sector Industrial

De acuerdo al Registro de Fábricas de Medicamentos para los años 2002-2003 preparado por SARAFS en Puerto Rico existen 68 fábricas de medicamentos distribuidas en las seis regiones de salud. De los primero 15 productos de mayor exportación en Puerto Rico, 13 son medicamentos y equipo médico fabricado en el país. Entre las compañías que tienen sus plantas de manufactura en Puerto Rico se encuentran más de 10 de las principales farmacéuticas del mundo, varias compañías que fabrican productos para administración de medicamentos y sueros y otras que producen marcapasos y baterías para los mismos, entre otros.

3.5.4 Las academias

En Puerto Rico existen cuatro centros de enseñanza especializadas en Salud. Éstos son: el Recinto de Ciencias Médicas y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico del sector público, en el sector privado, la Universidad Central del Caribe, localizada en facilidades del Departamento de Salud, la Escuela San Juan Bautista en Caguas (sin acreditación) y la Escuela de Medicina de Ponce. Entre éstas instituciones y el resto de los programas de las otras universidades del país, anualmente se gradúan cerca de 3,734 profesionales[8].

3.6 Caracterización Cultural de la Sociedad

La Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico garantiza el derecho de toda persona a disfrutar de un nivel de vida adecuado que asegure para si y para su familia la salud, el bienestar y especialmente la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

Desde la década de los 50 el sistema de servicios de salud en Puerto Rico se ha visto como un estado benefactor. Éste se caracteriza por sus medidas para ampliar los criterios de elegibilidad a la población y dar cubierta médica sin pago alguno a casi la mitad de la población.

El sistema actual de salud interviene para proveer los servicios cuando la capacidad de la familia para atender las necesidades de salud de sus miembros se agota o no existe. A pesar de los esfuerzos del estado para que la persona asuma responsabilidad por su salud y haga el mejor uso de los servicios disponibles, hoy día existen aún dos sistemas paralelos que limitan el acceso pleno a los más necesitados de la población.

El sistema de cuidado coordinado, que requiere de los beneficiario accesar los servicios de salud a través de una red dirigida por el médico primario, hace que el acceso a los servicios se torne difícil para la población desventajaza. En el sistema actual el médico primario recibe un pago estipulado por sus pacientes a cambio de asumir riesgo por los servicios que ofrece. Esta dualidad de roles, pendiente a controlar costos para tener remuneración, hace que la fórmula se incline, si no hacia el racionamiento del servicio, a la dificultad de acceso a proveedores especializados.

3.6.1 Descripción General

En los últimos 50 años la economía de Puerto Rico pasó de ser una principalmente agrícola, a una de manufactura y últimamente hacia una de servicios. Grandes esfuerzos gubernamentales, como el proyecto que se conoce como *Manos a la Obra*, procuraron la entrada a la Isla de empresas norteamericanas que generaron mucha actividad en la manufactura, desarrollando una actividad económica y social sin precedentes. El impacto en la población resultó ser un aumento inmediato en el ingreso per cápita, mayor acceso a bienes y servicios, mayor educación formal y mejoría en los indicadores de salud.

3.6.2 Valores y Principios Filosóficos de los Ciudadanos

El sector salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico se rige por la misión, la visión y los valores asociados al estado óptimo deseado, según se han mencionado anteriormente. Para los puertorriqueños de hoy día, la salud es un derecho que se debe accesar libremente, sin

[8] Puerto Rico en Cifras 2003, Banco Gubernamental de Fomento, Estado Libre Asociado de Puerto Rico, pag. 38

menosprecio de la condición social o económica de la persona, especialmente para aquellos que se encuentran en las poblaciones más frágiles y en desventaja como son las mujeres, los niños y los ancianos.

Para el sector salud, nos unen valores y principios filosóficos que moldean las iniciativas, proyectos y acciones dirigidas a garantizar que la población tenga acceso pleno a servicios que le ayuden a lograr ese estado óptimo de bienestar que aspiran.

Grafico 1: Valores y Principios del Sector Salud

3.7 Características del Sector y de las políticas de salud

El sector salud en Puerto Rico esta compuesto por los sectores antes mencionados y además los grupos de base comunitaria que por muchos años ocupan un rol importante en la prestación de servicios de salud. En algunos renglones, financiados por el gobierno federal, este regula la utilización y administración de los recursos que financia de acuerdo a los estándares del programa de donde provienen los mismos. En otros renglones, organismos no asociados al Departamento de Salud, como es el Comisionado de Seguros respecto a las compañías aseguradoras y la Comisión de Servicio Público en el caso de las ambulancias, regulan una parte del funcionamiento o administración de estos recursos.

Cada organismo público que participa en el sector de la salud se crea mediante una Ley u Orden Ejecutiva que pocas veces aglutina esfuerzos y funciones de otras entidades existentes, abonando con ello a la fragmentación y duplicidad de funciones en el sector. Pocas leyes o normativas se atreven a imponer controles y regulaciones al sector privado y para las que existen regulaciones, no se disponen recursos para fiscalizarlos.

En Puerto Rico hace falta de una política común que guíe el trabajo y esfuerzo de todos los grupos que representan el sector. El Departamento de Salud ha comprometido y guiado sus esfuerzos en aumentar el cumplimento con las funciones esenciales de la salud publica,

aspecto que quedó desmantelado y maltrecho con la privatización de los servicios de salud gubernamentales. Es importante, continuar con la compilación de información, el desarrollo de planes integrales y la divulgación de información de forma tal que se logre la publicación de un documento común que guíe las acciones del sector salud en los años venideros.

Los sistemas de protección social están amparados por la constitución y tienen que evolucionar para lograr el establecimiento de políticas dirigidas a fortalecer el auto cuidado, facilitar el acceso a los servicios y garantizar calidad en el cuidado que recibe la población.

3.7.1 Formulación de Investigación y Publicaciones Científicas

La salud como tema de investigación científica ha estado limitada al interés generado por situaciones de salud emergentes que han obligado a la realización de investigaciones, ya sea para formulación de política pública e intervenciones directas mediante provisión de servicios y/o desarrollo de campañas preventivas y de promoción de salud. En segundo lugar la disponibilidad de fondos federales para investigación, moviliza algunos sectores de la comunidad a llevar a cabo investigaciones tales como lo es el sector académico, la comunidad y el Departamento de Salud. El Centro para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), facilita el desarrollo de investigaciones científicas con el Departamento de Salud.

La promoción de la investigación científica como una actividad integrada a las funciones del Departamento de Salud se da en función de necesidades emergentes - no existe un centro dedicado a la investigación propiamente.

La implantación de la Reforma de Salud, afectó la disponibilidad de datos relacionados a las facilidades hospitalarias privatizadas. A esta fecha, se ha comenzado a recabar alguna de esta información. A través, de la Ley 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada. Las instituciones del sector salud están obligadas a rendir anualmente un informe estadístico como parte de la otorgación de licencia para operar sus facilidades.

El Departamento de Salud, genera un número significativo de datos de salud, referente a nacimientos, muertes matrimonios, divorcios, profesionales de la salud, facilidades hospitalarias, morbilidad, sistemas de vigilancia, entre otros, sin embargo, tiene un manejo limitado del mismo.

Actualmente, el Departamento de Salud trabaja con el diseño y la implantación de un repositorio de datos de salud (***DATAWAREHOUSE***) para proveer al sector salud con un sistema sofisticado de captura de eventos que incluirá datos e información adecuada y confiable que permita la planificación estratégica y la medición de los resultados de salud. A un costo que sobrepasa los 3 billones de dólares, el Estado Libre Asociado deberá fortalecer sus iniciativas para acelerar la implantación de los sistemas que permitan la recolección y análisis de los datos del sector.

3.8 Resultado de los procesos de reforma del estado y del sector salud como consecuencia de la privatización de servicios

- Múltiples instituciones autónomas sin coordinación integrada
- Variedad de Hospitales Generales compitiendo entre sí por pacientes y reembolsos de las aseguradoras
- Estancamiento en los Hospitales Universitario de Adultos y Pediátrico por el gran volumen de casos
- Limitación de servicios en el Hospital de Trauma, mientras que las necesidades de servicio aumentan cada año

- Duplicidad o multiplicidad de servicios a lo largo de todos los niveles del sistema de prestación de servicios
- Múltiples facilidades donde se lleva a cabo cirugía ambulatoria
- Servicios de emergencia en varias facilidades con recursos humanos y fiscales separados compitiendo entre sí; dependiendo de grupos de apoyo para ofrecer los servicios
- Duplicidad de servicios del Centro Pediátrico y Hospital Pediátrico dentro de las mismas facilidades
- Desintegración en la facultad medular para la preparación de profesionales de la salud y la prestación de servicios
- Servicios de Neurocirugía Endovascular limitados
- Servicios de Rehabilitación Física y Vocacional fraccionados
- Servicios Psiquiátricos, tanto de hospitalización como de programa parcial diurno y ambulatorio intensivo en facilidades distantes
- Falta de servicios psiquiátricos transicionales de rehabilitación para pacientes de cuidado prolongado
- Confinados son removidos de las facilidades correccionales a Centro Médico representando un riesgo a la ciudadanía incluso en situaciones donde no ameritan los servicios
- Falta de Servicios de Psiquiatría integrados en los hospitales generales y especializados
- Necesidad de los servicios de telemedicina para toda la Isla, actualmente funcionando en Vieques de manera limitada
- Diversas Agencias del Gobierno manejan los Servicios de Salud
- Falta de coordinación en la prestación de los servicios

3.9 Rol de Cooperación Externa

El Departamento de Salud mantiene relaciones de cooperación e intercambio de información con diversas organizaciones dentro y fuera de Puerto Rico. Entidades como el Centro para el Control de Enfermedades (CDC), la Administración de Recursos Humanos de Salud (HRSA), el Instituto de Medicina de las Academias Nacionales, la Organización Panamericana y Mundial de la Salud, el Instituto Nacional de Estadísticas de Salud de Estados Unidos, las Escuelas de Medicina y Salud Pública en el país, así como sectores de la industria farmacéutica y tecnológica constituyen importantes fuentes de colaboración, financiamiento, divulgación y promoción de las actividades en pro del mejoramiento de la salud de nuestra población. El personal del Departamento participa y expone en Congresos Internacionales a través de todo el mundo.

Nuestro más cercano colaborador de exposición Internacional en los últimos cuatro años lo ha sido sin duda la Organización Panamericana de la Salud, asistiéndonos en la conducción de proyectos como la Medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública, la implantación y desarrollo del Sistema de Información Georeferenciada, el desarrollo y exposición de Proyectos como CARMEN, Salud te Recomienda y Muévete Puerto Rico, y este Análisis Sectorial de Salud.

De igual forma el CDC ha sido instrumental en el establecimiento y fortalecimiento de programas de epidemiología y Bioseguridad, entre otros, así como en el desarrollo de actividades de adiestramiento y capacitación del personal de servicios médicos en funciones de primera respuesta.

CAPITULO 4
EXCLUSION SOCIAL EN SALUD

Introducción

En Puerto Rico la exclusión social en salud no se da por la ausencia de servicios de salud sino por limitaciones en el acceso a los servicios de salud de algunas poblaciones a los servicios existentes. Esto ocurre por características específicas de la población o por barreras existentes en esas poblaciones. Los inmigrantes y la población no asegurada tienen servicios de emergencia en caso de necesitarlos, pero no tienen acceso a otros servicios de salud porque por su condición no cualifican a la tarjeta del Plan de Salud del ELA.

La *exclusión social en salud* se define como la negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada. Esta negación puede medirse de la siguiente manera:

- En cuanto a cantidad:

  Exclusión social total, incluye todas las necesidades de salud.
  Exclusión social parcial, incluye algunas necesidades de salud.

- En cuanto a tiempo**:**

  Exclusión social temporal y exclusión social permanente.

El fenómeno de exclusión social en salud tiene lugar en la interfase que se produce entre las necesidades -percibidas y no percibidas- de salud de las personas y la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a esas necesidades. Si las necesidades de salud son por bienes públicos o meritorios, la principal función del sistema de salud es incentivar el consumo y garantizar el financiamiento y la disponibilidad de estos bienes, de modo que la comunidad obtenga el nivel de consumo óptimo de ellos desde el punto de vista social. Mientras que si las necesidades de salud son por bienes asegurables, la función principal del sistema de salud es garantizar su financiamiento y disponibilidad y proveer información que oriente la demanda por estos bienes.

El *acceso* a los servicios de salud es la capacidad del individuo o sociedad de entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud. Para que el acceso se produzca se deben dar dos condiciones:

- El individuo que tiene la necesidad de salud debe poseer los medios para entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de su necesidad.

- Los mecanismos de satisfacción deben ser capaces de proveer el bien o servicio de salud requerido. Para que esto ocurra, deben operar tres procesos:

  - Producción- proceso de elaboración del bien o servicio de salud.

  - Entrega- proceso de transferencia del bien o servicio de salud desde el productor al proveedor.

  - Disponibilidad- proceso mediante el cual el bien o servicio de salud es puesto efectivamente al alcance del individuo con la necesidad de salud.

Fallas en alguno de estos tres procesos constituyen causas importantes y frecuentes de exclusión social en salud.

A partir de estas definiciones se desprende que existen diversos grados de exclusión social en salud representados por situaciones en las que el individuo:

- No accede a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades más básicas de salud.
- No accede a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud en condiciones adecuadas de oportunidad y calidad.
- No accede a los mecanismos de protección financiera contra los riesgos de enfermar y las consecuencias de estar enfermo.

4.1 Causas de Exclusión Social en Salud

Una característica importante de la exclusión social en salud es que se trata de un fenómeno *multicausal*, cuyas causas se encuentran tanto dentro como fuera del sector salud. Se ha demostrado que existe una relación entre la exclusión social en salud y las siguientes variables:

- Pobreza
- Desigualdad entre grupos raciales
- Discriminación racial
- Desempleo, subempleo y empleo informal
- Insuficiencia de la red de servicios que otorga el Estado
- Debilitamiento de la red de protección social tradicional sin un reemplazo adecuado
- Bajo gasto en salud
- Fallas en la estructura de los sistemas de protección de salud.

Otro aspecto relevante de la exclusión social en salud es su *heterogeneidad*, ya que este fenómeno presenta grandes variaciones entre países y/o en un mismo país. Ambas características, la multicausalidad y la heterogeneidad, plantean desafíos metodológicos para la medición de la exclusión social en salud.

Las principales causas de exclusión social en salud se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Déficit de infraestructura adecuada.
- Fallas en la producción, entrega y disponibilidad de los bienes o servicios de salud.
- Barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud.
- Problemas relacionados con la calidad de los servicios de salud.

4.1.1 Poblaciones Excluidas del Sector Salud en Puerto Rico

Las siguientes poblaciones han sido identificadas como excluidas dentro del sector salud en Puerto Rico:

- Adolescentes
- Inmigrantes
- Personas con impedimentos
- Acceso Geográfico
- No asegurados
- Menores en protección del Departamento de la Familia

- Población mayor de 65 años
- Población con retardación mental
- Personas que han sufrido experiencias de violencia sexual
- Personas con condiciones de salud mental
- Personas con VIH/SIDA

4.2 Descripción de Poblaciones con Exclusión Social en Salud

4.3 Adolescentes

En términos puramente médicos, los adolescentes son un subgrupo dentro de la población pediátrica relativamente sana (1). En los Estados Unidos, se ha estimado que uno de cada cinco adolescentes padece de al menos un serio problema de salud; 5-10% tiene enfermedades crónicas tales como asma, enfermedades del corazón, problemas de visión y pérdida de audición y 20-50% otras condiciones menos severas como el acné, dismenorrea y ginecomastía entre otras (2). Sin embargo, los comportamientos y las actividades típicas de este grupo los coloca en riesgo sustancial para el deterioro de la salud de estos. Estos comportamientos pueden perjudicar el desarrollo de los adolescentes, sus futuras oportunidades y ocasionarles hasta la muerte.

La morbilidad de este grupo está relacionada con el abuso de alcohol y drogas, lesiones y violencia, pobre nutrición, ausencia de actividad física, conductas sexuales de alto riesgo, y el fumar, entre otras (3). El uso y/o abuso de alcohol y otras sustancias ilícitas contribuyen indirectamente a las causas de mortalidad más frecuentes en la adolescencia como lo son accidentes y homicidios. En los adolescentes de 10 a 14 años, las primeras dos causas de muerte son los accidentes y los tumores mientras que entre los 15 a 19 años son los accidentes y los homicidios. Además aumenta la vulnerabilidad, ya típica del adolescente de incurrir en conductas de alto riesgo tales como: accidentes automovilísticos y actividad sexual precoz, con sus consecuencias de enfermedades de transmisión sexual y embarazo. Esto sumado al alto porcentaje de deserción escolar y a los problemas adaptativos asociados con la transición entre la niñez y la adultez de esta población, los cuales dan como resultado un cuadro de gran preocupación para la sociedad puertorriqueña actual.

Según el censo de Puerto Rico se define como adolescentes a los niños y jóvenes entre las edades de 10 a 19 años. (17% de la población)

Según el censo del 2000, se calculó un total de 619.236 adolescentes en Puerto Rico de los cuales 49.339 estaban bajo el Plan de Salud del ELA para el año 2002.

Según la Consulta Juvenil V del 2000-2002, que representa resultados ponderados de aproximadamente 426,038 estudiantes entre el quinto y el duodécimo grado de las escuelas privadas y públicas de Puerto Rico, reveló que:

- Para los adolescentes de 5to a 6to grado- las sustancias más utilizadas alguna vez en sus vidas son: alcohol con 34,4%, cigarrillo con 6,1% y otras drogas con 3,1% incluyendo inhalantes con 2,7%.
- Para los adolescentes de 7mo a 9no grado- el alcohol con 43,6% y el cigarrillo con 15,5%, mientras que el 6,8% indicó haber utilizado drogas ilícitas.
- Para los adolescentes de 10mo a 12mo grado- el uso de alcohol en 76,2% y el de cigarrillos en 40,4%. El 20,6% indicó haber utilizado otra droga ilícita, siendo la marihuana en 18,9% y las drogas de diseño con 3,8% las más utilizadas.(3)

4.3.1 Características de Exclusión

Actualmente**,** muchos adolescentes no accesan los servicios de salud existentes por diferentes razones:

Confidencialidad
Uno de los mayores obstáculos para acceder al servicio es la preocupación sobre la confidencialidad. Los aspectos legales de los menores así como los requisitos de consentimiento de los padres antes de recibir servicios de salud deterioran la posible confidencialidad que pueda surgir en la relación médico-paciente adolescente. (2) (Exclusión parcial y temporera).

Consideraciones económicas
Pocos adolescentes tienen los recursos financieros para pagar por los servicios médicos que necesitan por lo que dependen de los padres en este aspecto para el pago por los servicios que necesitan (3). Aunque algunos estados permiten a los adolescentes a cualificar para Medicaid a base de su ingreso (solos), la mayoría de los estados consideran el ingreso familiar para determinar elegibilidad por lo que necesitan la asistencia de los padres**. (**Exclusión total y permanente).

Escasez de profesionales
La escasez de los recursos con entrenamiento en Medicina del Adolescente contribuye a la exclusión social en salud de los adolescentes ya que los proveedores de salud tienen menor formación que la necesaria para atender los problemas de salud de esta población. Se ha estimado que la evaluación integral inicial de un adolescente requiere 30 a 45 minutos para atender todos los temas relevantes a esta población concernientes con su desarrollo biológico, psicológico y social. (Exclusión parcial y temporera).

Ausencia o pobre utilización del seguro de Salud
Los adolescentes son un grupo que se caracteriza por usualmente estar no asegurado o poseer seguros de salud deficientes o de cobertura pobre. En Puerto Rico se estima que 95% de la población adolescente tiene seguro de salud el 41% de estos están acogidos al Plan de Salud del ELA. Además, hay una pobre utilización de los servicios en aquellos adolescentes que tienen plan de salud; se estima que solo una tercera parte utiliza éstos (2.5) (Exclusión parcial y temporera).

Discrepancias en criterio de edad: Otra de las dificultades al momento de la prestación de servicios de salud a este grupo reside en que la edad cronológica que se considera como adolescente vs. adulto varía de ley en ley (Exclusión parcial y permanente).

- El Código Civil de Puerto Rico, establece que la mayoría de edad se alcanza a los veintiún (21) años cumplidos.
- La Ley HIPAA de 1996 establece que los padres son representantes de los menores no emancipados y pueden tener acceso a su información de salud.
- Ley de Donación de Sangre establece que menores de 16 y 17 años podrán donar sangre con el consentimiento previo del padre, madre, tutor o encargado legal mientras de 18 años en adelante podrán ser donantes sin que tenga que cumplir con el requisito previo de los llamados legalmente a consentir.
- Ley 67 del 7 de agosto de 1993 establece que todo menor de 18 años adicto a drogas podrá recibir tratamiento y rehabilitación, facultando al Administrador de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, (ASSMCA) del poder

decisivo, siempre y cuando se haya notificado al padre, madre o tutor y este (a) se hubiera negado.

- Ley 81 del 4 de junio de 1983 de Enfermedades Sexualmente Transmisibles establece como menor de edad los veintiún años aunque reconoce la capacidad del menor para consentir irrespectivo de la edad a los exámenes y tratamientos de enfermedades de transmisión sexual
- Ley 408 del 2 de octubre de 2000 de Salud Mental de Puerto Rico, establece como adulto toda persona de dieciocho años de edad o aunque reconoce que cualquier menor que tenga mas de 14 años puede solicitar y recibir servicios ambulatorios de psicoterapia sin el consentimiento de los padres.
- Ley 27 del 22 de julio de 1993 de Mujeres Embarazadas establece que toda mujer menor de edad no emancipada o mentalmente incapacitada que esté embarazada podrá recibir cuidados y servicios de salud pre y post natales sin que tenga que cumplir con el requisito del previo consentimiento de las personas llamadas legalmente a consentir por dicha menor.
- Ley de Donaciones y Trasplantes establece que cualquier persona de 18 años o más y en pleno disfrute de sus capacidades puede realizar una donación en vida o cadavérica.

4.3.1 Estrategias

Se han establecido ciertas estrategias para mitigar algunas de las razones de exclusión de los adolescentes del sistema de salud existente en Puerto Rico. Entre estas se encuentra la Orden Administrativa Núm. 158 del 13 de septiembre de 2000, mediante la cual el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico, exige entre los requisitos vigentes para la renovación de la licencia profesional durante el año fiscal 2004-2005 cuatro horas contacto en el tema de Salud Integral del Adolescente como requisito de educación continua para los siguientes profesionales de la salud: Enfermeros/as, Patólogos/as del Habla-Lenguaje, Audiólogos/as y Terapistas del Habla-Lenguaje, Sicólogos/as, Médicos Generalistas, Médicos de Familia, Médicos Internistas, Obstetras/Ginecólogos, Pediatras y Psiquiatras.

4.4 Inmigrantes

La inmigración hoy día se ha convertido en uno de los problemas centrales del debate público en la mayoría de las sociedades desarrolladas inclusive en Puerto Rico. El abandonar el país de origen es una hazaña que requiere coraje o desesperación. Como resultado, conlleva una serie de problemas económicos, sociales, culturales y aún afectivos. Los flujos migratorios se han incrementado acelerado de manera sustancial en los últimos veinte años y todo indica que esta tendencia continuará en el corto, medio y largo plazo. En la actualidad, la gente que vive fuera de su tierra natal un año o más constituye el .05 de la población puertorriqueña. En Puerto Rico la población inmigrante se compone de 185.218 residentes permanentes del total de 3.808.610, según el Censo del 2000. Basándonos en investigaciones y estudios realizados, la cantidad de inmigrantes está subestimada en aproximadamente un 27 por ciento. El 90 por ciento de los inmigrantes reside en el área metropolitana.

Inmigrantes se refiere a la población identificada como residentes permanentes extranjeros[9] en Puerto Rico. Según el Censo de Población del año 2000 el total de inmigrantes en Puerto Rico

[9] Inmigrante (Residente permanente) Toda persona que deja un país para establecerse permanentemente en otro, se le otorga el derecho de residir indefinidamente en Estados Unidos o Puerto Rico. Hace del país su domicilio principal, son considerados bajo la ley como extranjero. Tienen que

es 185,218 personas. De acuerdo con distintas entidades que trabajan con esta población se estima que esta podría ascender a 225,000 personas. Un 85 por ciento corresponde a inmigrantes de la República Dominicana, a estos le siguen nacionales de Cuba, Colombia y Méjico, entre otros. La población de residentes extranjeros irregulares se estima entre 100,000 a 120,000 personas en Puerto Rico. Un 90 por ciento de toda la población extranjera reside en el área metropolitana. De acuerdo con la Oficina da del Censo de Población de Estados Unidos[10], en 1990 hubo subconteo de algunos segmentos de población, especialmente las minorías étnicas. Distintos grupos de trabajo se dieron a la tarea de evaluar el censo de 1990 en aquellas áreas geográficas o comunidades étnicas de los Estados Unidos, en las que se suponía que había existido un subconteo. En Puerto Rico, Jorge Duany, Luisa Hernández y César A. Rey, llevaron a cabo un estudio para estimar el subconteo de dominicanos en Puerto Rico, el estudio, llevado a cabo en el Barrio el Gandul en Santurce, concluyó que no se había enumerado un 34 por ciento de las viviendas ocupadas en los bloques escogidos en la muestra, y que la tasa de omisión censal alcanzaba un 27 por ciento del total.

La investigación demostró que una elevada proporción de los individuos omitidos en el censo eran trabajadores inmigrantes de República Dominicana (44%) de los cuales el 38 por ciento eran trabajadores informales. A primera vista, el subconteo censal en el Barrio Gandul podría atribuirse al encubrimiento de información por parte de la población, debido a la fuerte presencia de emigrantes indocumentados, integrantes de la llamada economía informal.

4.4.1 Características de la Exclusión

En el análisis se ha definido la exclusión social como parcial y temporal. Parcial debido a que existe un grupo muy reducido de población de inmigrantes que recibe servicios de salud, pero la gran mayoría de esta no recibe los servicios del Plan de Salud del Estado Libre y Asociado de Puerto Rico (conocido como la reforma). La mayor parte de los inmigrantes no buscaron el servicio de la reforma por ende, cuando se implantó la reforma no se contó con esa población de inmigrantes. Por otro lado, se puede definir como temporera ya que cuando los inmigrantes cumplen con los requisitos federales de la ley de 1996, estos se hacen ciudadanos americanos y pueden acudir a solicitar el servicio del Plan de Salud del ELA.

4.4.2 Ley de 1996

La ley de 1996 se conoce como la de Reforma de Inmigración Ilegal y Responsabilidad del Inmigrante de 1996. La Ley pública 104-208; incluye restricciones y limita los beneficios públicos para extranjeros. Para que un extranjero o inmigrante pueda ser elegible a recibir los beneficios del Seguro de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (Reforma de Salud) debe reunir los criterios de elegibilidad establecido en la Reforma *"Welfare"*. Los requisitos de evaluación de ingresos y recursos deben estar sobre el 125 por ciento considerando el nivel de pobreza federal. La gran mayoría de la población de inmigrantes no cualifica para recibir estos beneficios; ya que se encuentran por encima del límite de ingresos requeridos por la reforma de salud, según la guía de Pobreza 2004, del Departamento de Seguridad de los Estados Unidos[11].

El Programa de Asistencia Médica (Medicaid) Estatal y Federal del Departamento de Salud, certifica a una persona total o parcialmente como médico indigentes de acuerdo con unos

---

cumplir con el requisito de examen médico y las vacunas requeridas por el Departamento de Salud de los Estados Unidos.

[10] Estudios Sociológicos, enero-abril de 1998.

[11] 2004 Poverty Guidelines, Minimum Income Requirement for Use in Completing Form I-864 of U.S. Department of Homeland Security, Bureau of Citizenship and Immigration Services.

parámetros requeridos. Uno de estos es que la persona resida en el área de la implementación del Plan de Seguro de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. La reglamentación del Programa de Asistencia Médica y el Plan de Salud de Puerto Rico, expresa que todo extranjero con residencia legal y permanente, si está casado con un ciudadano norteamericano y es residente por tres años; y, si la persona es soltera, o está casada con un extranjero y es residente por 5 años cualifica para recibir los servicios del Plan de Salud del ELA o de asistencia medica siempre y cuando cumpla con los parámetros requeridos. Los extranjeros indocumentados no cualifican por encontrarse de manera irregular en el país. En casos de emergencia médica, conforme a las leyes de inmigración, tienen que ser atendidos aun en centros privados de salud. La población médico indigente puede recibir los servicios en forma gratuita.

En Puerto Rico no se cuenta con datos estadísticos oficiales reales de todos los programas que existen que representen el número de residentes inmigrantes legales, ni cuántos de ellos participan de los beneficios que ofrece el gobierno de Puerto Rico. Por esta limitación, se realizó una búsqueda de servicios de salud ofrecidos a la población de inmigrantes en el Departamento de Salud y se identificó la existencia del Proyecto de Transmisión Perinatal del VIH[12] que ofrece servicios de cuidado prenatal a mujeres indocumentadas embarazadas VIH positivo, que por su condición de salud están excluidas de tener un seguro de salud. Según la experiencia de este Proyecto estas mujeres no pueden obtener la residencia por su condición de salud y tampoco un empleo. En actividades de alcance comunitario donde les ofrecen educación preventiva han encontrado mujeres indocumentadas en prostíbulos exponiéndose a enfermedades de transmisión sexual. Los centros regionales de este Proyecto ofrecen tratamiento a estas mujeres para reducir la transmisión del VIH de madre a feto, pero existe la limitación de que ellas necesitan otros servicios de salud, los cuales, al no tener un seguro de salud, no pueden utilizarlos. Para el año 2001, el Proyecto en colaboración con la agencia ASPIRA ofreció actividades educativas de promoción, ferias de salud, talleres de sexualidad de enfermedades sexualmente transmisibles y actividades de alcance comunitario a 222 mujeres indocumentadas.

4.4.3 Acceso a Asistencia Médica para Inmigrantes

La constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, delega en el Departamento de Salud la función de vigilar por la salud de la población en general. Con la implementación de la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993 (Plan de Salud del ELA) se dio inicio a la transformación de la forma en que la población beneficiaria de dicho Plan tiene acceso y recibe los servicios de salud, pero no fue contada la población de residentes legales extranjeros.

Antes del Plan de Salud del ELA, el Departamento de Salud era proveedor directo de los Servicios de Salud, los inmigrantes no se encontraban con la dificultad establecida en el requisito de la Ley 1996 (Ley de Reforma de Inmigración Ilegal y Responsabilidad del Inmigrante).

4.4.4 Exclusión Social en Salud de Inmigrantes

Siendo la salud un derecho humano y universal, la disponibilidad de servicio no se debe limitar al hecho de que una persona sea o no inmigrante y que cumpla con los requisitos de elegibilidad Asistencia Médica. De acuerdo a las disposiciones el gobierno federal provee unos estándares para sufragar con sus fondos los servicios médicos a los inmigrantes. Los estados, territorios y jurisdicciones de Estados Unidos que interesen están en libertad de establecer

[12] Situación a referir para tomar en consideración de poblaciones que tienen exclusión en el sector de salud. 8 de junio de 2004.

condiciones y criterios flexibles para ofrecer los servicios. Sin embargo, no recibirán el pareo de fondos del gobierno federal y tendrán que entrar las cubiertas de salud con sus propios fondos.

Según un reportaje de un periódico local[13], aproximadamente un 12 por ciento de la población de Puerto Rico, carece de un seguro de salud. Los mismos quedan excluidos ya sea por que no cualifican para la tarjeta del Plan de Salud del ELA por que no cuentan con el dinero para pagar una cubierta privada. La cifra de personas inmigrantes que no poseen seguro un seguro de salud es de 15,000 personas, lo que se cree está subestimada.

4.4.5 Estrategias

El Departamento de Salud se encuentra coordinando el desarrollo de un Estudio de Necesidad de Salud de la población dominicana residente en Puerto Rico por se este el grupo de inmigrantes más numeroso en el país. Este estudio tiene como propósito determinar las necesidades de cuidado de salud de la población para el desarrollo de una política pública de salud. En una primera fase y utilizando la técnica de grupos focales se exploró en forma preliminar las necesidades de salud de esta población. Este tipo de estudio resulta ser un instrumento útil para conocer la percepción de los entrevistados sobre los servicios de salud que reciben, sus necesidades (como condiciones de salud), barreras de acceso y características de los dominicanos. De los resultados obtenidos en este estudio, el Departamento de Salud realizará un estudio de necesidades de salud más específico y amplio de esta población.

La Oficina de Orientación y Servicios a Ciudadanos Extranjeros en Puerto Rico (OOSCEPR) adscrita al Departamento de Estado y creada en 1998 en el municipio de San Juan y en 2001 a nivel estatal, se dedica a ofrecer asistencia a los inmigrantes día y noche ofreciendo cursos de ciudadanía sobre la historia y la forma de gobierno de Estados Unidos. En esos cursos se les explica a los asistentes sus derechos como inmigrantes y los servicios que puede recibir. Con el propósito de crear un perfil socioeconómico y dada la escasez de datos estadísticos sobre inmigrantes, la OOSCEPR recoge información sobre la nacionalidad, lugar de residencia, acceso a seguro de salud, tarjeta de seguro de salud, ingreso y el conocimiento del orden público, entre otras informaciones.

Los inmigrantes en Puerto Rico y los dominicanos en particular están restrigidos a los beneficios del Plan de Salud del ELA por las leyes de Inmigración. Estas leyes son de intervención del gobierno federal.

4.5 Población con Impedimento

La población con impedimento en Puerto Rico es probablemente una de las poblaciones que mayores problemas confronta en el acceso a servicios de salud. Ello responde a las necesidades variadas de condiciones que no están contenidas en la mayoría de las coberturas de salud. Otro factor importante es la falta de información estadística que nos permita cuantificar tanto la población como las condiciones de salud que confrontan los mismos. La Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos (OPPI) es la oficina designada en Puerto Rico, para trabajar con la población de personas con impedimentos físicos, mentales y sensoriales. A solicitud de esta Oficina 40 organizaciones entre públicas y privadas informaron sobre la exclusión social en salud que confronta la población con impedimento. (**Anejos 4.1 y 4.2**)

Toda persona que como consecuencia o resultado de un defecto congénito, una enfermedad, deficiencia en su desarrollo, accidente o por cualquier otra razón haya quedado privada de una

[13] Liz Arelis Cruz Maisonave, 400 mil sin plan médico, El Vocero, 10 de abril de 2003.

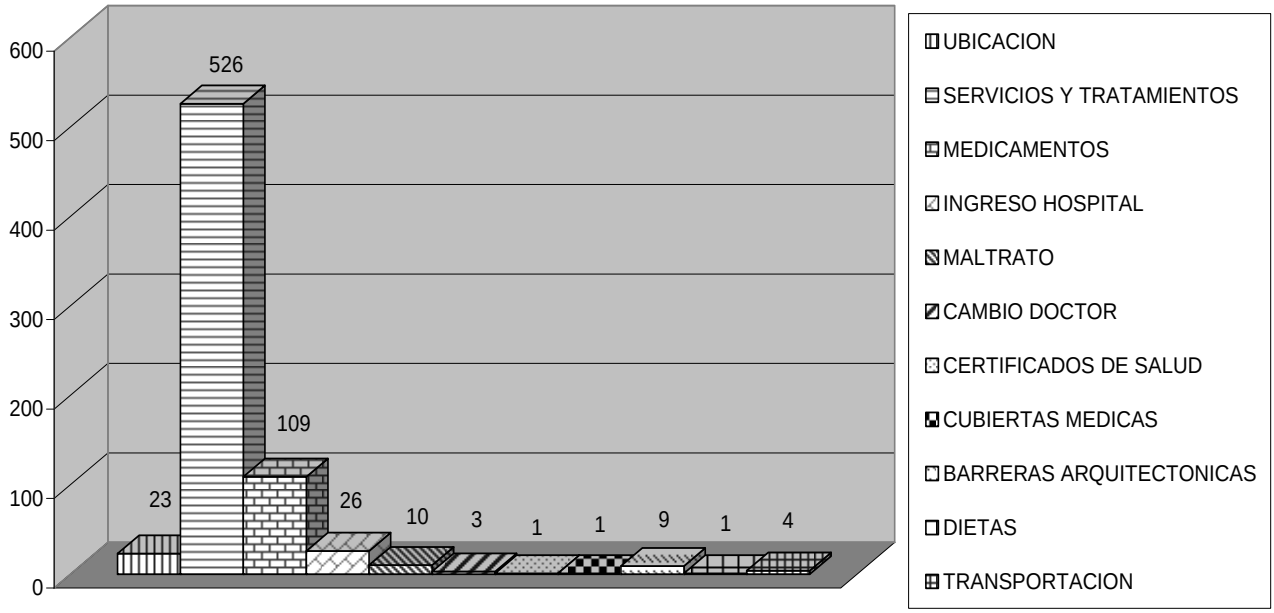
o más de sus funciones básicas, tales como movilidad, comunicación, cuidado propio, auto dirección, tolerancia al trabajo en términos de vida propia o de su capacidad para ser empleado o que dichas funciones básicas hayan quedado afectadas limitando el funcionamiento de dicha persona, y toda persona que conforme las definiciones de cualesquiera otras leyes locales o federales vigentes sea identificada como una con impedimentos físicos, mentales o con limitaciones en su desarrollo.

Se llevó a cabo una investigación para obtener datos relacionados con la clientela atendida sobre el acceso a los servicios de salud por el periodo 1999-2004. Los datos obtenidos de los últimos 5 años sobre asuntos relacionados con la exclusión en salud de esa población fueron provistos por los 4 programas que administra OPPI en San Juan y en sus oficinas regionales en Oeste- Aguada, Norte Arecibo, Este Humacao y Sur Ponce .

Mediante el análisis de las querellas presentadas ante la Oficina del Procurador se levantó información que nos permite establecer las limitaciones y las barreras de acceso de este grupo.

El **Gráfico 1** contiene información sobre el número de querellas presentadas. El mayor número de las querellas (526) está relacionado con servicios y tratamiento. Dentro de esta área, se identificaron entre otros, problemas con las citas, acceso a servicios de terapias del habla, evaluaciones médicas, psicológicas, oftalmológicas, neurológicas y reevaluaciones. Además,se encontraron problemas relacionados a servicios y tratamiento tales como: tratamiento quirúrgico, el pago para tratamientos, referidos para exámenes y referidos para especialista.

Grafíca I: Ilustración sobre las querellas recibidas durante los años fiscales 1999-2004 sobre los Servicios de Salud



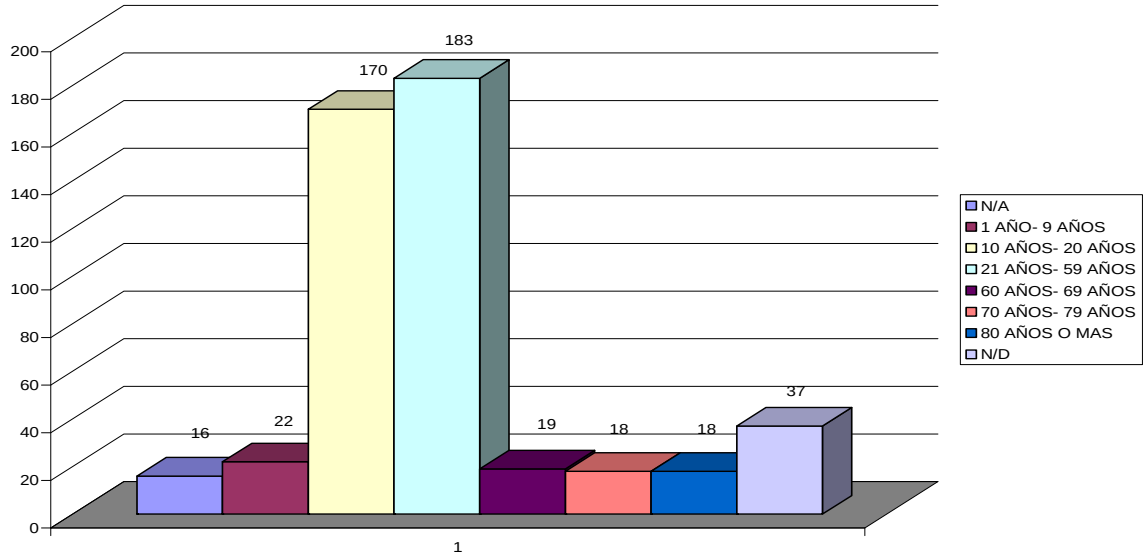
Fuente: Oficina del Procurador de las Personas con Impedimento (OPPI), 2004.

El segundo número mayor de querellas (109) está relacionado con los medicamentos.
Dentro de este, se identificaron como mayores dificultades, el acceder a cambio en los medicamentos recetados por los proveedores de servicios, negación de medicamentos originales por proveedores y problemas para obtener preautorizaciones. Otras de las peticiones

que requirió la intervención de esta Oficina fue la relacionada con ubicación en hogares de cuidado y en instituciones de salud mental. Además, se encontró que en el ingreso a hospitales hay problemas de admisión, problemas en el alta e investigaciones de negligencia en accidentes. También fue requerida la intervención en el área de maltrato, específicamente en restricciones, maltrato verbal, hacinamiento, intoxicación, así como problemas en las cubiertas sobre días de hospitalización, cambios en la cubierta y acceso a la Tarjeta de Salud. Respecto al problema de transportación, fue relacionado con los servicios de ambulancia y la dificultad en conseguir transportación para obtener servicios de salud.

El **Gráfico 2** contiene las edades de las personas atendidas durante los años fiscales correspondientes 1999- 2004. Las personas entre las edades de 21-59 años, (183) querellas) fue la población que más solicitó la intervención para acceder a servicios de salud.

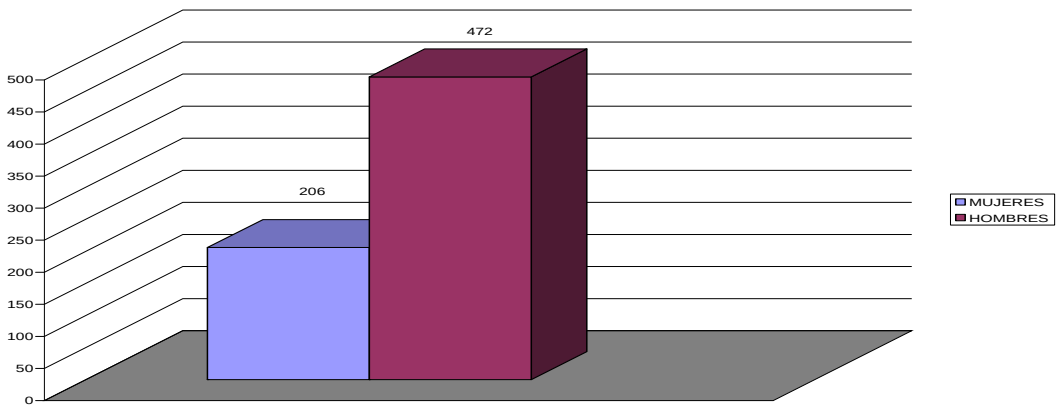
Grafica II: Ilustración sobre las edades de las personas que sometieron querellas sobre los Servicios de Salud durante los años fiscales 1999-2004



Fuente: Oficina del Procurador de las Personas con Impedimento (OPPI), 2004.

EL **Gráfico 3** contiene el número, por género, que más ha solicitado nuestra intervención, siendo los hombres (472 querellas) la población que más ha sometido querellas a la (OPPI).

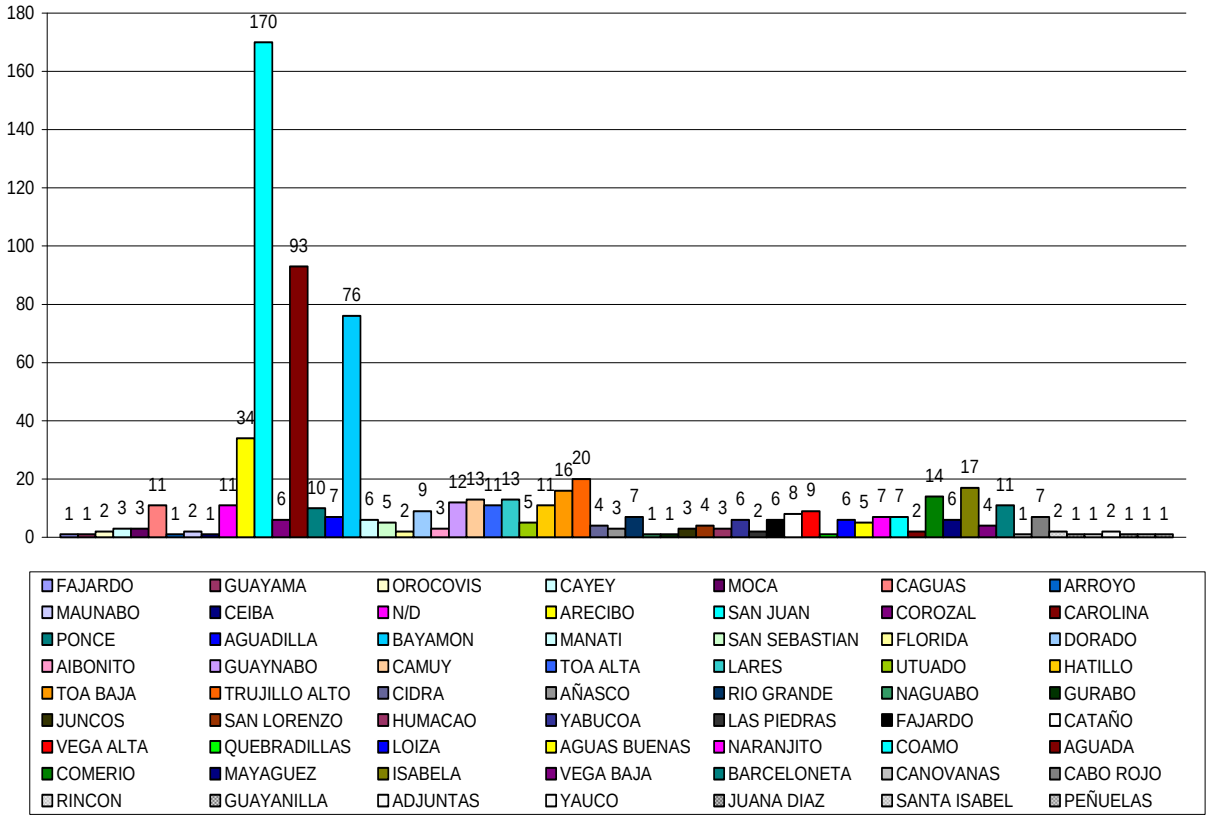
Grafica III: Ilustración de Genero de las personas que radicaron querellas durante los años fiscales 1999-2004 sobre los Servicios de Salud



Fuente: Oficina del Procurador de las Personas con Impedimento (OPPI), 2004.

El **Gráfico 4** contiene los municipios donde residen las personas que solicitaron nuestra intervención. El municipio de San Juan refleja el mayor número de solicitantes, con un total de 170 casos. Le siguen los municipios de Carolina con 93 y Bayamón con 76 intervenciones.

Grafica IV:Ilustración de los municipios donde residen las personas que radicaron querellas durante los años fiscales 1999-2004 sobre los Servicios de Salud



Fuente: Oficina del Procurador de las Personas con Impedimento (OPPI), 2004.

4.5.1 Características de Exclusión

- La población de 18 a 21 años es una población con necesidades particulares para la cual hay ausencia de opciones residenciales. La población de Salud Mental por ser una población con necesidades especiales también confronta dificultad en obtener servicios residenciales**.**

- Los servicios de salud mental para personas con impedimentos son limitados y al ser otorgadas las citas médicas muy distantes unas de otras, hace que los servicios de salud mental no estén totalmente accesibles a esta población.

- No existen servicios de consejería y salud mental para los familiares que cuidan de sus hijos con impedimentos severos, a pesar del desgaste físico y emocional por los que estos pasan diariamente.

- Los pacientes se enfrentan constantemente con la negación por parte del personal médico primario para:(1) otorgarles referidos a médicos especialistas, oftalmólogos, optómetras y otros profesionales de la salud; (2) barreras al solicitar recetas de medicamentos de consumo diario y (3) barreras en la prestación de servicios dentales. Cuando solicitan la cita tienen que esperar largos periodos para que se la concedan.

- Las personas con impedimento se encuentran con la situación de cambios frecuentes en los procesos para obtener los servicios. En ocasiones han sido afectadas por el cambio de proveedores de servicio sin previa notificación, ocasionando serios problemas con la planificación de citas. La ausencia de servicios de transportación accesibles es otro factor que hace más difícil la programación y la obtención del servicio. Además existe desconocimiento sobre condiciones nuevas que impactan a las personas con impedimentos, lo cual limita el tratamiento que puedan recibir.

- Negación de servicios de seguimiento en tiempos razonables para el cuidado correcto de la salud que garantice una mejor calidad de vida.

- Los medicamentos y algunos análisis de laboratorio especializados y los tratamientos son muy costosos y no están cubiertos por los planes médicos. Existe inaccesibilidad de servicios de laboratorios especializados para condiciones de cáncer, VIH, Hepatitis y otros. No existe el control de los medicamentos de mantenimiento a pacientes o faltan medicamentos por el plan de reforma de salud.

- No existen programas de ayuda para familias que tienen personas con impedimento en su propio hogar. Los materiales como pañales y los servicios médicos en el hogar son difíciles de conseguir y muy costosos. No existen opciones de servicios en estas áreas.

- La adquisición de equipo asistido es otra situación difícil para esta población ya que no cuentan con los recursos económicos para comprar el equipo médico que necesitan. El proceso para adquirir estos equipos a través del gobierno es lento y cuando llega el equipo está obsoleto o ya no sirve.

- En los centros donde se ofrecen servicios médicos se han encontrado barreras arquitectónicas que dificultan el acceso a las personas con impedimentos.

- Los medios de transportación accesibles para esta población impedida presentan grandes dificultades lo que resulta muchas veces en cancelaciones de citas médicas por no llegar el paciente impedido a tiempo a la misma.

- Ausencia de servicios médicos en el hogar para personas que tienen problemas de movilidad que imposibilita llegar a las oficinas médicas, hospitales y a Centros de Diagnóstico y Tratamiento, tales como envejecientes y cuadrapléjicos. Muchas veces se les da de baja a este servicio sin previa autorización.

- Los servicios de amas de llaves imponen unos horarios y tareas fijas que no están satisfaciendo las necesidades de los consumidores encamados que requieren de los servicios de asistencia personal para garantizar su independencia. En Puerto Rico este tipo de servicio no está cubierto por ningún Plan de Salud.

- Los materiales educativos relacionados con la salud no se están proveyendo en formatos alternos. Esto limita grandemente el acceso a la población con impedimentos visuales.

- Falta de servicios comprensivos para la población de mujeres deambulantes con impedimento.

- La falta de intérpretes de lenguaje de señas limita grandemente el acceso de la población sorda a servicios de salud de emergencia.

- Falta de fondos para proveer equipos de rehabilitación, habilitación o tratamiento integral a personas con impedimentos incluyendo prótesis y reemplazos. Negación a costear algunos equipos médicos tales como: máquina de terapia respiratoria, concentradores de oxígeno, tanques de oxígeno, entre otros. Además, hay escasez de tratamiento terapéutico rehabilitativo a largo plazo (terapia física, ocupacional, del habla y otras) para esa población. La falta de materiales y equipos en salas de emergencias médicas para pacientes médico-indigentes es otra barrera que encuentran los pacientes con impedimento.

- Negación de terapias clínicas o terapias directa a niños menores de 3 años incluyendo terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.

- La ausencia de un fondo común para sufragar los gastos que requieren el desembolso de forma ágil por parte de las agencias concernidas cuando las alternativas y/o servicios no están disponibles en el sector público.

- La falta de materiales y equipos en salas de emergencias médicas para pacientes médico-indigentes

4.6 Exclusión Social por Acceso Geográfico

La exclusión social por acceso geográfico se define como aquellas barreras de acceso a los servicios de salud por la localización de las comunidades en lugares poco accesibles o remotos. Como factores agravantes están la falta de accesos viales adecuados, la falta de transporte público con rutas, comunidades aisladas, las características físicas del área, la localización de las facilidades de salud, la distancia desde las comunidades a las facilidades y el número de facilidades en relación con el total de la población.

Tomando en consideración el factor de localización, se identificaron y se seleccionaron los municipios más próximos al lado norte y sur de la Cordillera Central. Entre estos: Las Marías, Maricao, Lares, Utuado, Adjuntas, Jayuya, Ciales, Morovis, Orocovis, Villalba, Barranquitas Comerío Corozal y Naranjito. Cidra y Cayey quedaron excluidos aún cuando están próximos, pero se considera que están físicamente más distantes del área central de la Cordillera y ubicados mas hacia la Sierra de Cayey y con mejores accesos viales.

Mapa 1

Municipios Seleccionados para Análisis de Exclusión por Acceso Geográfico

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo (SAPD) 2004.

Estos municipios cuentan con facilidades de servicio de salud limitados, sin acceso a servicios para tratamientos e intervenciones especializadas, cirugías y salas de parto. Por otra parte, los servicios están generalmente ubicados en las áreas urbanas y/o centro del pueblo al igual que los demás servicios de salud que se ofrecen por el sector privado.

Hemos evaluado las rutas de transporte autorizadas por la Comisión de Servicio Público para estos municipios. Se observa que las rutas principales y la proporción de rutas están directamente relacionadas con las áreas del pueblo o centro urbano y barrios que cuentan con una alta concentración de población. A mayor distancia del pueblo y más cercano al área de la Cordillera, menos rutas de transporte público.

Entre otras características se observa lo siguiente:

- El área tiene un total de 336.452 habitantes con un 85% de su población clasificada como rural.
- En esta área la Oficina de Comunidades Especiales ha identificado un total de 136 comunidades, lo que representa un 20% del total de las comunidades especiales identificadas para Puerto Rico. Utuado, Naranjito y Morovis tienen el 39% del total de las comunidades especiales en esta área.
- El municipio de Morovis tiene ocho arrabales ubicados en el área urbana.
- Los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) generalmente ubican en el centro del pueblo al igual que los servicios médicos del Plan de Salud del Estado Libre Asociado.
- El área en su totalidad cuenta con aproximadamente cincuenta y un IPA's que ofrecen servicios de salud.
- Todos los municipios cuentan con servicios de Sala de Emergencia 24/7.
- Solo hay un hospital en el área que cubre estos municipios en el Municipio de Lares, (Castañer).
- Todos los municipios cuentan con un Centro de Diagnóstico y Tratamiento

- 51% del total de la población tiene el Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Los municipios de Utuado y Morovis son los municipios con mayor número de participantes del Plan de Salud.
- El número de rutas de transporte público autorizadas en esta área varían en relación a las áreas de mayor concentración poblacional del Municipio. Las áreas urbanas están bien servidas y las de áreas más distantes están más limitadas.

4.6.1 Características de Exclusión

Las limitaciones de acceso a servicios de salud por localización geográfica constituyen un criterio de exclusión social. En la evaluación de este criterio, el aspecto fundamental es la distancia desde los puntos de residencia en comunidades, en relación con los servicios de salud.

Los municipios aledaños localizados o ubicados en la cordillera central, cuentan con barrios que se caracterizan por estar ubicados en áreas de topografía accidentada con altos grados de pendiente.

Los centros de servicios de salud se ubican en las áreas urbanas tanto en el nivel primario y secundario. En estas comunidades no existen rutas de transportación pública por lo que los residentes trasbordan con vecinos para llegar a áreas de ruta de transporte.

4.7 Personas no Aseguradas

El sistema económico prevaleciente en Puerto Rico hace necesario para sus ciudadanos el tener un seguro médico para lograr acceder servicios de salud y minimizar muchas de las barreras de acceso que genera el sistema mismo de salud. Entre los grupos de exclusión social del sector salud de Puerto Rico se encuentran las personas no aseguradas.

El modelo de cuidado coordinado implantado, conocido en Puerto Rico a fines del Plan de Salud del ELA, no provee servicios de salud a un grupo de personas indigentes no aseguradas. La privatización de las instalaciones públicas de salud en el nivel primario cerró la puerta de entrada al sistema de salud a las personas que no pueden comprar un seguro médico, ni cualifican para el seguro médico del gobierno de Puerto Rico. La implantación de la Reforma de Salud en 1993 crea la necesidad de identificar a estas personas y determinar el impacto económico y de salud pública que tiene su atención.

Finalmente en julio e 2004 el Departamento de Salud recibió el informe final encomendado a Ernst & Young con la caracterización de la población sin cubierta de seguro médico y alternativas para proveerles cobertura. Actualmente este estudio está bajo evaluación.

El grupo de exclusión social de las personas no aseguradas incluye a personas que por razones económicas o sociales no pueden obtener un seguro médico, y a las personas que se encuentran temporalmente sin un seguro médico debido a barreras en los trámites, mudanzas voluntarias o forzadas por circunstancias fuera de su control, desempleo u otras razones. Estas personas no aseguradas pierden la capacidad para acceder servicios de salud y de satisfacer adecuadamente sus necesidades.

4.7.1 Características de Exclusión

Las estadísticas de la población no asegurada, varía. La misma se estima entre un 7 y un 12% de la población.

En Puerto Rico, la experiencia de los proveedores públicos y privados permite estimar que alrededor de un 7 por ciento de la población del país no está asegurada. Esta situación se da pese a los esfuerzos del gobierno por proveer un seguro médico a una porción alta de la población que les permita el acceso a servicios médicos, sean preventivos o curativos.

Durante los años 1996 a 2000, el Departamento de Salud de Puerto Rico realizó el estudio conocido como el *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico). La muestra del estudio publicado en 2002 incluyó 13,686 entrevistas telefónicas durante el periodo mencionado. Se incluyó una pregunta sobre si las personas tenían o no un seguro de salud: un once por ciento afirmaron no tener un seguro de salud.

El resumen de una propuesta preparada en conjunto por el Departamento de Salud de Puerto Rico y el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, incluyó datos significativos de fuentes secundarias sobre las personas no aseguradas. Una revisión de datos de 2001, sobre la población no asegurada que recibió servicios en las salas de emergencia de tres de los principales hospitales terciarios públicos, indicó que en el Centro Médico de Puerto Rico la cantidad de personas sin seguro fluctuó entre un doce y un quince porciento; en el Hospital Regional de Bayamón la proporción fue de cerca de un treinta y dos por ciento (32%) y en el Hospital de la Universidad de Puerto Rico en Carolina la proporción fluctuó entre 32 y 35 por ciento. La atención prestada a estas personas sin seguro médico representó un costo para estas instituciones de aproximadamente $19.5 millones durante ese año.

Ese mismo resumen de propuesta menciona que los datos del Programa de Comunidades Especiales indican que entre un 15 y un 20 por ciento de la población que reside en estas 720 comunidades no tiene seguro médico. Este programa identifica comunidades con necesidades de carácter social, económico y de infraestructura que son generalmente comunidades pobres.

Según, la Asociación de Salud Primaria de Puerto Rico, entidad que reúne a los centros de salud primaria que reciben fondos del gobierno de Estados Unidos para atender a personas de escasos recursos económicos y con problemas de acceso a servicios de salud, los centros de salud primaria atendieron en el 2003 a 67,541 personas sin seguro médico, o se el 16.7% de todos sus usuarios. Este grupo de no asegurados ha representado en los años 2000 a 2003 entre un 14 y un 17 por ciento de un total de usuarios de los servicios de los centros de salud que fluctúa alrededor de las cuatrocientos mil (400,000) personas al año.

El proyecto colaborativo para el Estudio continuo de salud para los municipios de Puerto Rico que publica el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y el Departamento de Bioestadísticas y Epidemiología de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas, recogió datos en 2001 y 2002 sobre las personas no aseguradas en el país. En 2002 la población no asegurada se calculó en 271,171 personas. Esta cifra representa el 7.0% de la población general, al utilizar como base el estimado de población de Puerto Rico para el 2002 del Negociado del Censo de Estados Unidos que es de 3,858,806 personas.

Entre los grupos o bolsillos de población sin seguro médico en Puerto Rico podemos identificar los siguientes:

- Inmigrantes ilegales que residen en Puerto Rico.
- Residentes extranjeros que no cualifican para recibir beneficios públicos.

- Personas con ingresos sobre el límite permitido para cualificar para el Plan de Salud del ELA pero no suficientes para comprar un seguro médico (ejemplos: trabajadores/as a tiempo parcial y trabajadores/as por cuenta propia, pensionados/as).
- Personas con seguros médicos de cubierta limitada (ejemplo: no cubren vacunas, límites en pruebas de cernimiento o en tratamientos, no cubren enfermedades catastróficas).
- Personas sin hogar.
- Personas incapacitadas y mayores de edad que no tienen ayuda para tramitar el seguro médico del gobierno.
- Víctimas de violencia doméstica que son beneficiarias de la Reforma de Salud pero al abandonar sus hogares y moverse a una región diferente pierden el acceso a los servicios de salud primaria y preventiva.
- Personas desempleadas que no pueden acogerse a los beneficios de ley, por no poder pagar la prima del seguro médico que ofrecía el patrono al momento de ser cesanteadas.
- Personas que cualifican para el Plan de Salud del ELA pero no han completado el trámite para el seguro.
- Visitantes cuyos seguros médicos no cubren servicios en Puerto Rico.
- Personas que por diversas razones no reciben los servicios contratados a los proveedores primarios seleccionados bajo el Plan de Salud del ELA.
- Personas mayores de 65 años de edad que no tienen Medicare o no pueden pagar la Parte B de Medicare que les da acceso a servicios médicos ambulatorios (grupos profesionales como maestros y policías, que en su momento decidieron no cotizar para el Seguro Social, hoy representan un grupo con limitaciones de cubierta en sus planes médicos y dependen económicamente de pensiones relativamente bajas ya que los salarios sobre los cuales cotizaron para el retiro eran bajos en comparación con el costo de vida actual).

4.7.2 Características de la Población

El Estudio continuo de salud para los municipios de Puerto Rico presenta un perfil sociodemográfico de las personas no aseguradas en Puerto Rico. Las personas de 20 a 24 años componen el sector con mayor representación entre las personas no aseguradas con un quince por ciento (14.92%). Más de la mitad (53.52%) de las personas mayores de 25 años y que no tienen seguro médico sólo tienen un nivel de escolaridad de duodécimo grado. Resulta interesante mencionar que la mayoría de las personas no aseguradas de 17 años o más sí trabajan y mayormente en la empresa privada (39.33%) o tienen negocio propio (16.62%).

Estas personas no aseguradas perciben su salud como excelente (32.22%), muy buena (14.20%) o buena (32.11%). Esta puede ser la razón por la cual la mayoría (87.68%) no visitó al médico en las últimas cuatro semanas previas al estudio. De las personas que sí visitaron a un médico, la mayoría visitó a un generalista (48.61%) o a un pediatra (32.17%). Resulta alarmante el hallazgo de que sólo un cinco por ciento (4.83%) de las personas no aseguradas visitaron al dentista en las últimas cuatro semanas previas al estudio. Las hospitalizaciones fueron pocas, ya que sólo el 2.5% de la población no asegurada estuvo hospitalizada en los últimos doce meses previos al estudio y de estas hospitalizaciones, una quinta parte 20.1% fueron por partos espontáneos 9.31% o cesárea 10.79%.

4.8 Menores en Protección del Departamento de la Familia

Los menores en protección bajo la responsabilidad del Departamento de la Familia ha requerido promulgar leyes que viabilicen la integridad física y emocional de esta población.

A los efectos de definir la población objeto de estudio utilizaremos las definiciones contenidas en la Ley Núm. 177 del 1 de agosto de 2003. Capítulo 1, Artículo 2. (**Anejo 4.4**).

"Menor" es toda persona que no haya cumplido los dieciocho años de edad.

"Maltrato" significa todo acto u omisión intencional en el que incurre el padre, la madre o persona responsable tal naturaleza que ocasione o ponga a un menor o una menor en riesgo de sufrir daño o perjuicio a su salud e integridad física, mental y/o emocional, incluyendo abuso sexual, según es definido en esta Ley.

"Casos de Protección" significa aquellas situaciones de maltrato, maltrato institucional, negligencia y/o negligencia institucional a menores, según estos términos están definidos en esta Ley, fundamentadas por una investigación.

"Custodia" significa, además de la que tiene el padre y la madre en virtud del ejercicio de la patria potestad, la otorgada por un Tribunal competente.

"Hogar de Crianza" significa lugar que se dedique al cuidado sustituto de no más de seis (6) niños/as provenientes de otros hogares o familias durante las veinticuatro horas del día, en forma temporera. Es aquel hogar que ha sido objeto de estudio, certificación o licenciamiento y está bajo la supervisión del Departamento.

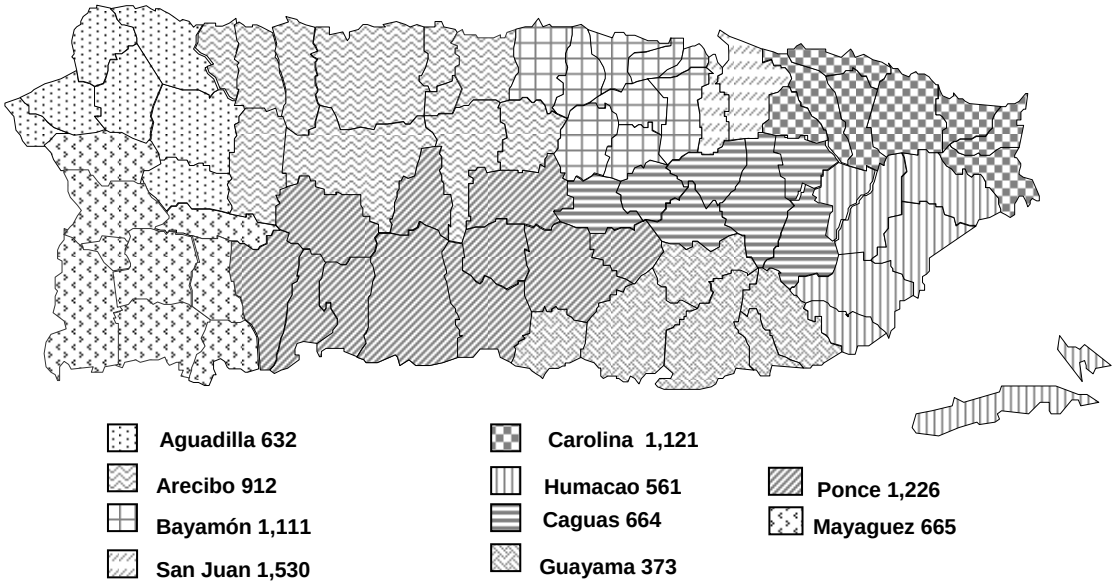
"Remoción" significa la acción que lleva a cabo el Departamento previa autorización del Tribunal, para obtener la custodia de un menor o una menor cuya estabilidad y seguridad está amenazada y se requiere su protección.

4.8.1 Perfil de la Población

En la actualidad de los 20,302 casos de protección de niños hay 8,795 menores que han sido removidos de sus familias biológicas y se encuentran bajo la custodia del Departamento de La Familia ubicados en hogares de crianza/ sustitutos.[2]

Los hogares de crianza hogares crianza /sustitutos surgen como una respuesta del Estado ante la responsabilidad que tiene de garantizar la salud, seguridad y el bienestar de los y las menores que son víctimas de alguna modalidad de maltrato. El hogar de crianza/sustituto debe cumplir con las mismas funciones que tiene la familia de origen, entre estas velar por la salud física y mental de los menores.

Mapa 2 Menores en custodia por regiones
Departamento de la Familia



Fuente: Departamento de la Familia, Secretaría Auxiliar de Planificación e Informática.

La experiencia del personal de la Administración de Familias y Niños (ADFAN), señala que los trámites para obtener los servicios del Plan de Salud del ELA los niños y las niñas en custodia del Departamento, puede demorar alrededor de treinta días. Esto se traduce en que si un menor o una menor es removida de un hogar sustituto a otro y este cambio conlleva el cambio de región, el o la menor estará alrededor de treinta días sin la tarjeta del Plan de Salud del ELA, por ende sin servicios de salud. De los menores en custodia del Departamento de la Familia, unos 7.889 reciben servicios con la cubierta del Plan de Salud del ELA. A pesar de las provisiones tomadas para asegurar que las necesidades de salud de los menores en protección del Departamento de la Familia estén cubiertos, es un área que requiere atención. A esta fecha, mediante una evaluación del gobierno federal y un estudio llevado a cabo por el Departamento de Justicia, podemos identificar las necesidades de servicios de esta población. En el "Child and Family Service Review"[4] efectuado a la Administración de Familias y Niños (ADFAN) conducida por el gobierno federal, durante el año 2003, se estableció que Puerto Rico debe ser más consistente en cubrir las necesidades de salud física y mental de los niños y las niñas en custodia del Departamento y con los que permanecen en el hogar biológico.

En el aspecto de la salud física de los/las menores se encontró que en el 25% de los casos necesita ser mejorada. Los casos analizados se desglosan:

- 14% no recibieron cuidado y tratamiento preventivo adecuado de salud.
- 8% no recibió tratamiento para identificar las necesidades médicas y mentales.
- 3% no recibió exámenes médicos para casos que incluían abuso físico.

Los evaluadores señalaron que la Administración de Familias y Niños es generalmente efectiva en coordinar la evaluación y detección de las necesidades físicas de los menores. Estos pudieron corroborar que los menores en hogares de crianza/ sustitutos generalmente reciben evaluaciones iniciales y exámenes físicos anuales que incluyen exámenes de visión y dental.

En relación a la salud mental de los menores, los examinadores indicaron que en el 44% de los casos debe ser mejorado. En los casos de menores en hogares/crianza sustitutos, el área

reflejó la necesidad de mejoramiento en un 39%, mientras que en los casos de menores maltratados que permanecen en sus hogares biológicos la necesidad de mejoramiento alcanzó 50%. Al desglosar el 44% de los casos, se encontró que al:

- 22% no se le proveyó una evaluación mental a pesar de estar recomendada.
- 19% no recibió servicios para trabajar con necesidades mentales identificadas.
- 3% no recibió una evaluación mental en el tiempo requerido.

Los examinadores también señalaron varios retos relacionados con el área de la salud mental, entre los que se encuentran:

- Asegurar mejor calidad de los servicios de salud existentes, reduciendo el prescribir medicamentos sin terapia simultánea.
- Aumentar los servicios para niños y jóvenes que han experimentado trauma, depresión y pérdidas.
- Reducir las listas de espera para recibir servicios psicológicos y psiquiátricos son muy largas.
- Asegurar los servicios psiquiátricos de emergencia a través del Plan de la Reforma de Salud.

Por otro lado el estudio, *"Procedimientos en la Cortes de Puerto Rico en los casos de Abuso de Menores bajo el Programa de Mejoramiento de las Cortes"*: [5] plantea otros posibles factores que abonan a los señalamientos de la evaluación:

- En el 86% de las vistas de privación de custodia de menores se discutió las necesidades de salud de estos de manera superficial.
- En el 90% de las vistas de privación de custodia se discutió las necesidades de evaluación médica y psicológica de los menores de manera superficial.

Otro factor que incide negativamente en el acceso de los hogares crianza/sustitutos a los servicios médicos es la falta de servicios especializados a través de los distintos pueblos de la Isla. Esto obliga a que menores con condiciones especiales deban viajar de un pueblo a otro, siendo en ocasiones extensas las distancias, para recibir servicios. Como ejemplo de esta situación son los servicios para menores con el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), hay tres albergues a través de toda la isla que ofrecen servicio. Estos albergues están localizados en Aibonito, Mayagüez y Ponce lo que deja al área norte y este de la Isla desprovistas de este servicio.

Los menores en custodia del Departamento, con problemas específicos de salud física, son ubicados en dos albergues localizados en San Juan y Manatí. Este problema lo enfrentan además, los menores con problemas de retardo mental y autismo, ya que sólo se pueden albergar en dos hogares localizados en Bayamón y Guayama; mientras que los que tienen problemas específicos de salud mental, se ubican en los hogares ubicados en Guaynabo y Juncos.

Durante el periodo de abril de 2003 a marzo de 2004, el Departamento de la Familia invirtió $2,717,904.00 en instituciones que albergan menores removidos de su hogar biológico que sufren de condiciones especiales de salud. El Departamento pagó $1,323,912.00 por concepto de subvenciones especiales a familias que albergan menores con condiciones de salud para cubrir los gastos médicos de estos. Sin embargo, a pesar de esta inversión todavía los menores no están recibiendo los cuidados de salud que requieren.

4.8.2 Estrategias

El Departamento de la Familia establece como parte de sus estrategias para la atención del maltrato de menores:

- Apoyo y fortalecimiento de las familias para evitar la revictimización de los menores a través de una efectiva intervención con las familias que permita conservar los vínculos familiares y comunitarios, cuando ello no perjudique a los menores.
- Coordinar los esfuerzos interagenciales que garanticen responsabilidades y obligaciones específicas para las agencias de gobierno.
- Propicia estrategias de prevención con la participación de sectores privados y de organizaciones gubernamentales.
- Implanta nuevos procedimientos para la atención de situaciones de maltrato institucional.

Tomando como norte las estrategias para la atención a los/las menores el Departamento ha iniciado diferentes esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios:

- Creación y desarrollo de la unidad de Asesoramiento y Apoyo sobre Violencia en las Familias y la elaboración de la orden Administrativa número 03-001 “Para establecer la política pública sobre la atención a familias donde se identifique, alegue o sospeche la existencia de Violencia Doméstica y Maltrato a Menores. Se reconoció a través de la ley 177 la relación entre la violencia y el maltrato.
- Se ha duplicado el número total de Trabajadores/as Sociales asignado al Programa Protección Social a Menores.
- Se retomó el Programa de Emergencias Sociales (PES) logrando a su vez la atención de las emergencias en un periodo de 24 horas.
- Ofrecimiento de servicios de albergue de emergencia, en las facilidades de Mi Casita Feliz en Carolina, a menores removidos del hogar por el Programa de Emergencias Sociales. Acuerdo de colaboración con el Departamento de Salud y privatizadora en la Región de Carolina.
- Se establecieron hogares terapéuticos para la atención de menores con problemas de salud mental. Este servicio reduce el número de menores con necesidades especiales que se ubicaban en el exterior.
- Se estableció coordinación con AMSSCA para ofrecer servicios de intervención primaria, a jóvenes con disturbios emocionales severos residentes en Gurabo y (Lloren’s Torres) Santurce.

- Reconociendo la necesidad de establecer mecanismos que faciliten la prestación de servicios se presentó al Departamento de Salud una propuesta de tarjeta universal para los niños/as.
- La ADFAN preparó un Plan de Mejoramiento encaminado a garantizar la calidad de los servicios que se le ofrecen a los menores y sus familias.

4.9 Violencia Sexual

La violencia sexual representa un acto de agresión contra una persona. Afecta a todos los grupos de población y genero.

La violencia sexual se define como: “Todo acto sexual, tentativa, insinuaciones sexuales no deseadas, mediante coacción (intimidación psíquica, amenazas de daño físico o bajo los

efectos de estupefacientes) o fuerza física, independientemente de la relación con la víctima, en cualquier ámbito incluidos el hogar y el trabajo.

4.9.1 Datos Estadísticos

En el Centro de Ayuda a Víctimas de Violación durante el Año Fiscal 2003-2004 se informó 342 casos nuevos en los Centros ubicados alrededor de toda la Isla.

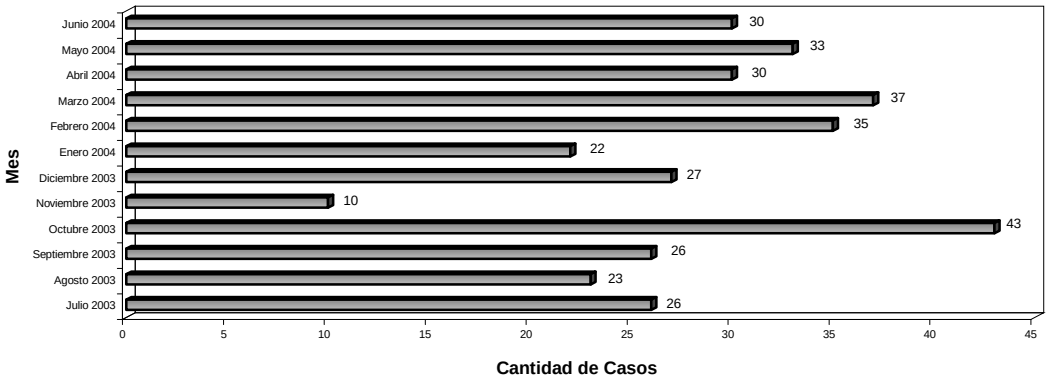
Cuadro 1: Casos Nuevos por Región del Centro de Ayuda a Víctimas de Violación Año Fiscal 2003-2004

Región	Número de Casos	Porciento	Porciento Acumulado
Arecibo	65	19.0	19.0
Caguas	76	22.2	41.2
Fajardo	12	3.5	44.7
Mayaguez	33	9.6	54.4
Ponce	55	16.1	70.5
San Juan	101	29.5	100
Total	**342**	**100**	

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Promoción y Protección de la Salud Centro de Ayuda a Víctimas de Violación ,(CAAV) Año Fiscal 2003-2004.

El mayor número de casos se registró en San Juan, Caguas y Arecibo, lo que representa aproximadamente un 71% del total de casos informados.

Gráfico 5: Incidencia Mensual de Casos Nuevos, Año Fiscal 2003-2004



Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Promoción y Protección de la Salud Centro de Ayuda a Víctimas de Violación, (CAAV).

La incidencia de estos casos fue mayor en los meses de octubre de 2003, febrero y marzo de 2004.

4.9.2 Características de Exclusión

Las barreras en este caso son principalmente consecuencias de la estigmatización de la victima por las instituciones y personas que ofrecen los servicios. Por otra parte el impacto de la experiencia en las víctimas, lo que limita la búsqueda de servicios.

a. Barreras que dificultan el acceso a los servicios

1) Desde la perspectiva de la víctima:

- Dificultad para reconocer que es víctima de agresión sexual, y que lo que le ocurre es inadecuado (VD).
- Verguenza y humillación por lo que le ha sucedido.
- No identificar, no conocer las opciones existentes.
- Temor a ser juzgada.
- Miedo a que no tomen sus planteamientos como válidos.
- Miedo a decirlo por su seguridad y la de sus seres queridos.
- Querer proteger a la persona agresora.
- Temor a quedar desprotegida.
- Minimizar el impacto que tiene en su vida la agresión.
- Pensar que todo va a cambiar con el tiempo.
- Desarrollo de psicopatología severa (depresión mayor, intentos suicidas, ansiedad, PTSD, trastornos disociativos de la personalidad).

2) Actitud de los profesionales:

- Pensar que no les corresponde intervenir, ni referir para servicios especializados.
- Falta de conciencia sobre la severidad del problema, los costos sociales y psicológicos del abuso.
- No saber cómo intervenir y no buscar ayuda alterna
- Sentirse impotente o inadecuado(a) para contribuir a solucionar la situación.
- Pensar que la víctima debe haber provocado la agresión.
- Sentir frustración o molestia porque la víctima no se decide a romper con la persona agresora.
- Dificultad para manejar sus propios sentimientos ante la agresión.

b. Necesidades especiales que limitan la búsqueda de ayuda:

- Víctima varón: los varones también son agredidos sexualmente aunque no en la misma proporción que las mujeres.
- Agresiones sexuales entre personas del mismo género: las agresiones sexuales por personas del mismo género pueden ocurrir por situaciones de violencia doméstica o por agresiones de un extraño. Cuando la persona que agrede es la pareja, buscar ayuda pone en evidencia la existencia de una relación, la cual es posible que no se haya divulgado abiertamente. Igualmente los afectos para con la persona agresora crean confusión y resistencia para la búsqueda de ayuda.
- Personas con impedimentos del desarrollo o impedimentos físicos: las agresiones sexuales hacia las personas con impedimentos tienden a ocurrir por familiares, conocidos y en una tercera parte por proveedores de servicios. Estas personas confrontan limitaciones en su capacidad para desempeñarse óptimamente por sí solos; esto les hace depender de otras personas para poder

defenderse. Luego de la agresión, se sienten vulnerables y temen confiar. Dependen de personas de confianza para la búsqueda de ayuda

- Envejecientes: Las reacciones de los envejecientes a ciertas conductas sexuales pueden ser especialmente perturbadoras debido a su edad. La pérdida de audición y visión hacen a la persona envejeciente más vulnerable a no percibir la entrada de un extraño y a experimentar mayor temor. Los temores que pueden impedir la búsqueda de ayuda son: la pérdida de independencia, cuando la persona es independiente. Pueden experimentar temor porque piensen que lo que les ocurrió se debe a las limitaciones auditivas, visuales u otras.
- Inmigrantes: las personas inmigrantes son particularmente vulnerables y tienen temor de informar si han sido víctimas de agresión. Los agresores asumen que las personas indocumentadas no van a querellarse a las autoridades por temor a ser deportadas. Las inmigrantes víctimas de violencia sexual y / o doméstica tienen derecho a recibir servicios médicos, orientación legal y apoyo 3. Estrategias (Análisis crítico) - Alianzas, Proyectos, difusión pública psicosocial.

4.9.3 Estrategias

El Centro de Ayuda a Víctimas de Violación es la entidad responsable de ofrecer los primeros servicios de ayuda y de canalizar adecuadamente a las personas a los diferentes servicios.

El Centro ha tomado las siguientes medidas:

Mantener alianzas intersectoriales e interagenciales para la prevención y manejo de Violencia Sexual. (Ej. Comisión para la Erradicación de la Violencia Doméstica, Violencia Sexual y el Acoso - CNEV (Oficina de la Procuradora de las Mujeres), Grupo Interdisciplinario contra el maltrato y el abuso sexual (Universidad Carlos Albizu), Coordinadora Paz para la mujer (Coalición Nacional contra la Violencia Doméstica y la Violencia Sexual), Junta Multisectorial Ley 177, Comité Timón Prevención de Embarazos en Adolescentes, Comisión Nacional para el Desarrollo de Política Pública de Violencia Doméstica).

Equipo Interagencial CAVV – Isla integrado por representantes de 30 Hospitales, Unidades de Delitos Sexuales de la Policía, Programa de Emergencias Sociales, Departamento de la Familia, Departamento de Justicia, Administración de Tribunales, Instituto de Ciencias Forenses, ASES, Aseguradoras, ASSMCA, Departamento de Educación, Oficina de la Procuradora de las Mujeres, Comisión para los Asuntos de la Mujer de Cámara y Senado, Vet Center, con violencia sexual Fondo del Seguro del Estado, Coordinadora Paz para la Mujer, entre otros. Se reúne trimestralmente para educación, discutir logros, dificultades y alternativas en la prevención e intervención.

Promover el Modelo de Enfermería Forense en Agresión sexual SANE, para facilitar la recopilación de evidencia forense de víctimas. A través de este modelo se puede contar con profesionales de enfermería especializados en realizar evaluaciones forenses en casos de agresión sexual con el rol de:

- completar examen físico comprensivo y recolección de evidencia física.
- documentar hallazgos físicos en el formulario médico-forense.
- asegurarse que la víctima reciba el tratamiento médico apropiado al momento de la emergencia y para el seguimiento y facilita los referidos correspondientes.
- testificar en corte como perito experto, de ser citada (o).

FORSSA – Proyecto especial para la monitoría a hospitales con Sala de Emergencia que atienden a sobrevivientes de Agresión Sexual.
Promoción del Mes de Abril – Mes de Prevención de Violencia Sexual con actividades especiales e impacto a la población a través de los medios de comunicación radio, prensa y televisión.

Adiestramiento especializado Ej. Trabajadores Sociales Escolares de las 10 regiones del Departamento de Educación.

Acuerdo para el pago de evaluaciones forenses en casos donde víctima no se querella a la policía.

4.10 Población con Problemas de Salud Mental

Según la Ley Núm. 408 de Salud Mental de Puerto Rico aprobada el 2 de octubre de 2000.
"Trastorno Mental significa la alteración del funcionamiento personal de origen químico, físico, biológico o sico-biosocial, de manifestación aguda o de curso crónico, en que se afectan de un modo significativo la percepción sensorial, el talento o estado fundamental del ánimo, el juicio o capacidad para interpretar objetivamente la realidad, así como la habilidad para enfrentarse satisfactoriamente y con un mínimo de estrés, a las exigencias de la vida cotidiana, tales como la convivencia familiar, el comportamiento social y el trabajo.

"Enfermedad mental severa" significa los trastornos mentales severos en adultos, según especificado en la Ley Pública 102-321, según enmendada, conocida como "Substance Abuse and Mental Health Services Administration Organization Act".

El fenómeno de la exclusión es sumamente notable en el área de los servicios de salud mental, incluyendo el manejo de las adicciones. Del estimado de 225,470 adultos y 59,125 menores con trastornos mentales severos en Puerto Rico, el 65.6% y 72.5%, respectivamente no recibe servicios de salud mental.[14] Del estimado de 123,133 personas con dependencia al alcohol, 90% no recibió tratamiento, 31.4% de los cuales tienen un diagnóstico dual de salud mental. Del estimado de 74,289 personas con dependencia a las drogas, el 72.7% no recibió tratamiento.[15] Estos datos demuestran la exclusión de esta población de los sistemas de salud.

Entre las formas de exclusión social que tradicionalmente se han identificado podemos encontrar todas las relacionadas con el estigma y el rechazo al que históricamente se han enfrentado las personas que viven con un trastorno mental o adictivo. Entre las nuevas formas de exclusión encontraremos ya más relacionadas con los recientes cambios en las estructuras de prestación de servicios. El grado de exclusión es agravado en estas poblaciones, que, por sus condiciones, encuentran dificultad en asumir responsabilidad de buscar tratamiento, lo cual es requerido por el sistema existente. El impacto social de esta exclusión se manifiesta en las altas tasas de violencia, criminalidad, deambulancia, suicidio, y mortalidad. Resulta en una baja productividad de un sector significativo de nuestra sociedad, ausentismo y problemas interpersonales en el escenario laboral. Tiene un efecto devastador en las relaciones interpersonales y el desempeño de los roles en la institución familiar, así como en la calidad de vida de las personas afectadas y su entorno. En esta sección se examinan las formas de

[14] Kessler, Ron (SAMHSA) y Alegria et al, Censo de 2000, 2001 para adultos y Canino, G. et al, 2003.

[15] Colon, H. y Asociados, Estudio de las Necesidades de Tratamiento de Abuso de Sustancias de Puerto Rico, 2002.

exclusión social que afectan a las personas que viven con trastornos mentales o adictivos a la vez que se ofrecen recomendaciones para aminorar su exclusión.

4.10.1 Población Excluida

Los siguientes son los sectores poblacionales que entendemos reflejan una mayor exclusión social en lo referente a los servicios para trastornos mentales y adictivos.

Deambulantes - Exclusión parcial: Las personas que deambulan por las calles de nuestro país enfrentan una exclusión parcial de los servicios de salud mental y tratamiento de adicciones. En parte esto se debe a la ausencia de servicios accesibles y adaptados a las necesidades múltiples de este sector y a la tendencia de criminalizar la deambulancia por la sociedad. También la exclusión es causada en parte por las características propias de muchos deambulantes entre las cuales se encuentran rechazo a los sistemas tradicionales debido a experiencias negativas en el pasado, temor de enfrentar consecuencias legales por conducta delictiva previa, y las limitaciones de tomar decisiones o actuar en su propio beneficio debido a sus condiciones. Cabe señalar que aquellos deambulantes que presentan problemas severos de salud física, tales como úlceras, problemas endocrinológicos y otros, confrontan serias dificultades para ser atendidos en facilidades de salud por estar complicada su condición en muchas ocasiones por trastornos mentales o adictivos. En adición, estos pacientes tienen problemas en acceder servicios de salud mental debido a las complicaciones físicas. Aún cuando se atienda al paciente en sala de emergencia, no existen sistemas o acuerdos colaborativos para garantizar la continuidad en la atención de las múltiples condiciones del deambulante.

Pacientes con desórdenes duales – Exclusión parcial: El sector poblacional de personas que han sido diagnosticadas con trastornos mentales y desórdenes adictivos enfrentan barreras de acceso tanto en los servicios de salud mental como tratamiento de abuso de sustancias y una ausencia de servicios adecuados y balanceados que atiendan ambas condiciones de forma coherente e integrada. El sistema establece un diagnóstico prioritario al cual atiende de forma primaria mientras que la segunda condición o no se atiende en absoluto, o se le relega a otro plano de servicios menores, infrecuentes o desorganizados. Ante la presencia de una condición física en el cuadro clínico de esta población, se complica más aún la posibilidad de acceder servicio alguno o de encontrar un servicio apropiado para atender a la persona como ente integral.

Sector médico-indigente – Exclusión parcial: Con el advenimiento de la Reforma de Salud, y el cierre de los centros públicos de salud mental y de tratamiento de abuso de sustancias, el sector médico indigente enfrentó dificultades en obtener servicios para sus trastornos mentales y/o adictivos. Esto se debe a múltiples factores: el enfoque del Plan de Salud del ELA en la salud física sin una política pública clara sobre los servicios de salud mental y tratamiento de las adicciones; las limitaciones en la cubierta de los seguros de salud para la salud mental y racionamiento de dichos servicios para garantizar solvencia económica y ganancias de los proveedores; la falta de experiencia y sensibilidad de la mayoría de los profesionales del sector privado en la atención de esta población previamente atendida casi exclusivamente por el Gobierno; la concentración de los servicios privados primordialmente en áreas urbanas dejando desprovisto a un sector significativo de poblaciones elegibles y necesitadas, entre otros factores.

Población confinada – Exclusión parcial: Se estima que el 80% de los confinados padece de problemas de salud mental y/o adicción a sustancias, con un estimado de 50% con diagnóstico dual. El perfil también señala que la mayoría proviene de bajo nivel socio-económico, baja escolaridad, victimización en su infancia, y/o otros problemas sociales, afectando su capacidad

de recuperación sin la provisión de servicios integrados, intensivos y continuados. Dadas las restricciones propias del confinamiento, es común que los servicios ocurran de acuerdo con lo que permita la custodia y la disponibilidad de cada institución. Por razones de seguridad y la naturaleza del sistema correccional, los confinados son trasladados frecuentemente entre las instituciones penales, interrumpiendo la continuidad de todos los servicios de tratamiento de salud mental. El Programa de Salud Correccional tiene a cargo la provisión de estos servicios en el sistema correccional. Los recursos económicos y humanos del Programa limitan el acceso a confinados a servicios de salud mental en general, y particularmente de tratamiento de adicciones, siendo la metadona el único tratamiento disponible a una población limitada en una sola institución al presente. En adición, el sistema correccional carece de planes de transición y acuerdos colaborativos con servicios de la comunidad para confinados con problemas de salud mental o adicciones que hayan completado su sentencia. Esto resulta en la interrupción de su tratamiento al regreso a la comunidad y recaídas frecuentes en el uso de sustancias, a menudo acompañado con reincidencia delictiva y el retorno al sistema correccional.

Mujeres embarazadas o con hijos dependientes – **Exclusión parcial**: Las mujeres embarazadas o con hijos dependientes con condiciones de salud mental y/o adicciones resultan ser un sector poblacional de alta prioridad debido al impacto secundario en sus hijos. Son limitadas las estructuras de servicios para esta población, la mayoría de las cuales se encuentran solamente en áreas urbanas de la isla y sin facilidades o programas que permitan mantener a la madre en tratamiento junto a sus hijos. En la Isla se cuenta con pocas estructuras de servicios de tratamiento de mujeres en general, y aún menos que resulten sensibles a las necesidades de las mujeres embarazadas. El estigma dirigido a la población en general con condiciones de salud mental y/o adicciones está acentuado en el caso de la mujer en general, y en particular hacia las embarazadas y las madres. Los sistemas públicos y privados carecen de acuerdos colaborativos interagenciales para atender a las mujeres con condiciones de salud mental y adicciones y de servicios enfocados en la unidad familiar. Frecuentemente, el Departamento de la Familia le remueve los hijos a las mujeres en tratamiento de salud mental o adicción por lo cual es el sistema el que promueve la desintegración de la familia de aquellas pacientes que acuden con interés en rehabilitarse. Esto constituye una barrera de acceso para este sector que teme, con mucha razón, perder la custodia de sus hijos.

Niños y adolescentes – Exclusión parcial: Históricamente se ha excluido a esta población que depende de sus padres para acceder los servicios de salud mental y tratamiento de adicciones. Otra barrera es que el tratamiento efectivo requiere de la participación activa de la familia. Hay un número extremadamente limitado de profesionales de salud mental y adicción en Puerto Rico cuya especialidad es la provisión de servicios a esta población, generalmente concentrados en el área metropolitana y otras áreas urbanas, y pocos servicios públicos o privados para atender sus necesidades.

Envejecientes – Exclusión parcial: El envejecimiento muchas veces viene acompañado con trastornos mentales relacionados con cambios naturales en el cerebro y el sistema nervioso central, y otros que suelen ser relacionados con la vejez (el deterioro físico, la soledad, abandono, maltrato y falta de estímulos intelectuales y sociales). La presente estructura de servicios contempla el envejecimiento como un proceso físico natural y descansa en que el sistema de servicios de salud física sea el único que sirve a esta población, relegando a un segundo plano problemas de salud mental y las adicciones. En este sector, se estima que el 51% (25.219) de los que padecen de un trastorno psiquiátrico no recibe tratamiento.[16] En adición, hay problemas de alcoholismo y adicción a sustancias recetadas, muchas veces no

[16] Regier et al, 1988 y el Comité Especial del Senado de los Estados Unidos.

detectados por los profesionales de la salud. Las estructuras existentes de salud mental y tratamiento de abuso de sustancias en la isla atienden a este sector en conjunto con otros adultos, pero carecen, en su mayoría, de servicios especializados para este sector.

4.10.2 Razones de Exclusión

Ausencia de una visión salubrista ampliamente aceptada: Aún cuando no cabe duda que los trastornos mentales y los adictivos son prioridades de salud pública para el sector de profesionales de la salud que los atiende, la percepción general en la población, y por ende en muchos sectores de poder social, es que estas condiciones son voluntarias y controlables por la persona y, en el caso de las adicciones, asociadas con conducta criminal. A su vez, esta visión se refleja en el desarrollo de estrategias primordialmente médicas dirigidas a controlar a la persona y no necesariamente a manejar su condición. En lo concerniente a los trastornos adictivos, es claro que la visión de ilegalidad se refleja en un amplio número de intervenciones de tipo punitivo en comparación con los de tipo terapéutico. En relación a los trastornos mentales, muchas intervenciones de los sistemas y los proveedores están enfocadas en la custodia del paciente versus su rehabilitación. Esto afecta también las asignaciones presupuestarias del país, con cantidades mucho mayores asignadas a la interdicción con personas con adicciones y a la custodia de personas con enfermedades mentales. Las asignaciones para prevención y tratamiento históricamente han sido mínimas.

Estigma: Los mitos relacionados con la salud mental y la adicción y los prejuicios que han existido por siglos, resultan en atribuir características negativas a las personas con trastornos mentales y adictivos tales como la vagancia, la peligrosidad, la violencia y otras. A la vez, es claro que este estigma afecta el desarrollo de servicios apropiados, su prioridad en la política pública establecida, y la asignación de recursos para atender a este sector. Cuanto más agudo y severo es el cuadro de la condición, mayor es el rechazo, la ausencia de apoyo familiar y social y menor es la prioridad que asigna los sistemas de servicios y sus profesionales a este sector.

Limitado poder social: El sector poblacional de las personas con trastornos mentales y adictivos serios poseen poca fuerza social para influenciar cambios en las estructuras de servicios, y carecen de organización sectorial. En muchas ocasiones, dependen de sus familiares, amistades y otras personas para velar por su bienestar y para expresar sus preocupaciones, quejas y reclamos de mejores servicios. Es importante considerar que en lo concerniente a los desórdenes adictivos, existe el temor y la preocupación de que la ilegalidad de muchas conductas adictivas pueda resultar en el procesamiento criminal del paciente. Todos estos aspectos limitan el poder social y resultan en una menor atención y una baja prioridad en la prestación de servicios.

Prioridades de salud: Tradicionalmente los servicios de salud física reciben mayor atención que los de salud mental dado que se considera prioritaria la mortalidad y morbilidad asociadas a estos primeros. Usualmente y erróneamente no se asocian los conceptos de “mortalidad” y “morbilidad” con las condiciones de salud mental y adicción. Por ende, dificulta cuantificar el impacto que tiene la presencia de un trastorno mental o adictivo en el bienestar individual, familiar y social. Dado este cuadro, al momento de priorizar, las condiciones físicas reciben mayor atención que aquellas relacionadas con la salud mental, incluyendo las adicciones.

Falta de continuidad en enfoques innovadores: Regularmente las diversas estructuras de servicios que sirven a personas con trastornos mentales o adictivos implementan intervenciones noveles que pudieran resultar altamente efectivas. Sin embargo, al darse cambios en las estructuras políticas u organizacionales de provisión de servicios, o al reducir las fuentes de financiamiento, ocurre con frecuencia que se eliminan o sustituyen programas e

intervenciones. No se contempla la efectividad y los logros de tales enfoques ni se basa la decisión en datos científicos. La no continuidad de servicios es indiscutiblemente un serio factor que a su vez afecta la calidad y consistencia de los servicios efectivos a la clientela.

Limitación del servicio por consideraciones económicas: El limitado número de recursos y las características del sistema de seguros de salud que ofrecen cubierta de salud mental son elementos que se reflejan en el costo para acceder un servicio. A su vez, lo costoso de algunos tratamientos ha conllevado una limitación en el número de personas que pueden obtener el servicio o la duración de este. Ese costo por tanto limita el acceso y por ende afecta a ciertos sectores poblacionales entre los cuales frecuentemente se encuentran personas con mayores necesidades de servicio y menor capacidad económica.

4.10.3 Estrategias

Como consecuencia de la implantación de la Reforma de Salud en Puerto Rico, hubo una reducción en los servicios de salud mental y tratamiento de adicciones (aproximadamente un tercio en tratamiento de sustancias de 1998 al 2002[17]). La estrategia del Gobierno ha sido la de ampliar la gama de servicios provistos y el número de proveedores para aumentar el número de pacientes atendidos. Se ha dado énfasis a la prevención, fomentando la colaboración con las organizaciones de base comunitaria y la integración de programas modelos de base científica en las intervenciones con poblaciones de alto riesgo de desarrollar problemas de salud mental y adicciones, primordialmente en las escuelas del país. En el área de tratamiento de adicciones, la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), bajo el Departamento de Salud, ha enfatizado el mejoramiento de los Centros de Metadona para lograr su acreditación nacional, aumentando su capacidad en más de 63%, extendiendo las horas de servicios, e incluyendo dos unidades móviles para mayor acceso a usuarios de drogas intravenosas en lugares de alta incidencia del área metropolitana de San Juan.

Otra estrategia del sector público ha sido la separación de servicios para niños y adolescentes de los servicios de adultos, creando una Administración Auxiliar de Tratamiento de Niños y Adolescentes. Se han ampliado los servicios de emergencia psiquiátrica para niños y adolescentes con la creación de dos salas nuevas en Bayamón y Mayagüez. En el área de salud mental, la estrategia ha sido la ampliación de servicios por medio de la apertura de centros de salud mental públicos en Mayagüez y proyectado para Arecibo y la creación de servicios integrados de salud mental para niños y adolescentes en Bayamón. Otra estrategia del sector público ha sido acceder fondos federales para servicios a deambulantes, creando un programa integrado de tratamiento de salud mental y adicciones para esta población especial con vivienda transicional y servicios de apoyo en el municipio de Bayamón.

Las dos compañías privadas contratadas por la Reforma también han ampliado el número de proveedores, como estrategia, para incrementar el número de pacientes de salud mental atendidos (66,539 o 4.6% de los asegurados, en 1998 a 136,927, o 9% de los asegurados, en 2003). A pesar de un intento de ampliar la gama de servicios provistos a los pacientes por medio de clínicas multidisciplinarios, la gran mayoría de los servicios de salud mental y tratamiento de adicciones bajo la Reforma se ofrecen por profesionales de la salud mental en sus oficinas privadas a muy corto plazo sin la continuidad de servicios requerida por estos pacientes.

[17] Colon, H. y Asociados, Estudio de Necesidades de Tratamiento de Abuso de Sustancias, 2002.

Bibliografía

Administración de Seguros de Salud. "Conoce los Beneficios y Servicios que te Ofrecemos". *Folleto informativo- ASES, 2 octubre 2001.*

Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción y Universidad Central del Caribe, Centro de Estudios en Adicción. Estudio de las Necesidades de Tratamiento de Abuso de Sustancias de Puerto Rico, Encuesta de Vivienda, 2002. Puerto Rico: Enero, 2003.

Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA). "El uso de Sustancias en los Escolares Puertorriqueños, Consulta Juvenil V, 2002-03 ": marzo 2003

American College of Obstetrician and Gynecologists, ACOG Statement of Policy. Confidentiality in Adolescent Health Care. Washington, DC.:1988.

Autoridad de Carreteras del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Mapa de Carreteras del Área de Municipios Seleccionados. San Juan: 2004.

Comisión de Servicio Público. Lista de Rutas de Transportación Pública Autorizadas para Municipios Seleccionados al Norte y Sur de la Cordillera Central, 2004.

Cruz Maisonave Liz Arelis*. "400 Mil sin Plan Médico". Periódico El Vocero*, 10 de abril de 2003

Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. División de Análisis Estadístico. Inventario de Facilidades de Salud en Municipios Seleccionados. San Juan: 2004.

Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, Escuela Graduada de Salud Pública, Departamento de Bioestadísticas y Epidemiología. Estudio Continuo de Salud para los Municipios de Puerto Rico, año 2002. Río Piedras: 2004.

Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System: Results from 1996-2000. Puerto Rico: 2002.

Gigliotty Julio. "Onerosa la Reforma para los Extranjeros Legales". *El Nuevo Día*, 6 de septiembre de 2001: 41

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

Kessler, Ron (SAMHSA) y Alegria et al, Censo de 2000, 2001 para adultos y Canino, G. et al, 2003.

Lasalle, Beatriz Graduate School of Social Work. Assessment of Court Proceedings in Puerto Rico Related with Child Abuse and Neglect Under Court Improvement Program, Río Piedras Campus, University of Puerto Rico, June 2003: 64 –68

Ley Núm 088 del 24 de Mayo de 2000. Proyecto del Senado 2443 Para enmendar la Ley de la Administración de Seguros de Salud de 1993 con el fin de extender la Implantación de la Reforma de Salud al Municipio de San Juan.

Ley Núm. 177 del 1 de agosto de 2003. "Ley para el Bienestar y Protección Integral de la Niñez".

López Cotto, Enrique. “Aplicación de Sistemas de Información Comparativo de las Evaluaciones de las Necesidades de las Familias que Sirven de Hogares de Crianza vs. Las Familias Biológicas de la Región de Humacao”. Tesis. Escuela Graduada de Trabajo Social, Universidad de Puerto Rico, mayo de 2003: 35

Oficina de la Gobernadora del Estado libre Asociado de Puerto Rico, Oficina de Comunidades Especiales. Estudio Socio Económico de las Comunidades Especiales de Puerto Rico. San Juan: 2002.

Oficina de la Gobernadora del Estado libre Asociado de Puerto Rico, Oficina de Comunidades Especiales. Inventario de Arrabales Urbanos Espontáneos de Puerto. San Juan: 2002.

Oficina de la Gobernadora del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Oficina de Comunidades Especiales. Lista de Comunidades Especiales. San Juan: 2003.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. La Salud en las Américas, Vol ll ,Perfil de Salud Puerto Rico 2001. *Publicación Científica y Técnica Núm. 587*, ed. 2002.

Regier et al, 1988 y el Comité Especial del Senado de los Estados Unidos.

Sosa Pascual Omaya. “En Remojo Extender la Reforma de Salud a Residentes Foráneos”. *El Nuevo Día*, *31 de mayo 2003*

“Supporting Research that Improves Health Care for Children and Adolescents”. http://www.ahcpr.gov/research/childbrf.htm, 5/13/2004.

U.S. Census Bureau. Population Estimates Program. American. FactFinder: 2003

US Department of Health and Human Services. HHS News Health Care Costs and Financing, 26 de mayo 1999. http:///www.ahrq.gov/research/aug98/ra2.htm, 5/13/2004.
Vazquez, Mario A. Emigración sin Confusión. Editorial Norma, 1999.

Sección II
Funciones

Análisis Sectorial de Salud 2004

CAPÍTULO 5
ASEGURAMIENTO

Introducción

Este capítulo examinará detenidamente la industria de seguros de salud de Puerto Rico uno de los componentes principales de los servicios de salud considerado por los expertos como uno de los más complejos y abarcadores. Esta industria, por estar reglamentada por leyes federales y estatales, requiere de un estudio profundo y objetivo. Se describirá además, el alcance de cobertura de servicios en los diferentes modelos de aseguramiento. Finalmente se identificará, el por ciento de población cubierta y los no asegurados y se presentará un perfil por modelo de salud y un perfil socio económico.

5.1 Marco Legal

Es en el 1899 se inicia formalmente la reglamentación de la industria de seguros en Puerto Rico. El negocio de seguros se rigió por los códigos en vigor, especialmente el Código de Comercio, el Código Civil y el Código Político.

El 11 de noviembre de 1899, durante el período de ocupación de las tropas norteamericanas que siguió a la Guerra Hispanoamericana el Cuartel General expidió la Orden General Núm. 178, que creaba la Junta de Comisionados de Seguros y Fianzas. Este organismo estaba integrado por: el Tesorero de Puerto Rico, el Procurador General y el Procurador de Estados Unidos. El mismo tenía autoridad para efectuar exámenes a las compañías de seguros y finanzas establecidas en Puerto Rico. La orden incluía también reglamentar la autorización de las compañías para hacer negocios y fijaba los requisitos para la garantía de los asegurados.

La Ley Foraker aprobada en el 1901, estableció un gobierno civil en Puerto Rico y creó la primera Asamblea Legislativa, la cual, el 31 de enero de 1901 aprobó legislación para convalidar la Orden General Núm. 94. En los años de 1904 y 1912 se enmendaron los códigos vigentes para amoldar el negocio de seguros a las necesidades del momento histórico.

El 16 de julio de 1921 se aprobó la Ley Núm. 66 que creaba la Ley de Seguros de Puerto Rico. Este estatuto estableció en el Departamento de Hacienda un Negociado de Seguros. El Tesorero de Puerto Rico era el Superintendente de Seguros Ex-Oficio. Dicho Negociado estuvo a cargo de un funcionario y de una oficinista.

La Ley Núm. 85 del 14 de mayo de 1928 creó por primera vez la Oficina del Superintendente de Seguros como un organismo independiente y bajo la jurisdicción de la Oficina del Gobernador.

La Ley Núm. 85 establecía el Sistema de Seguro de Compensaciones a Obreros ofreciendo el negocio de las compañías de seguros, al gobierno y a los propios aseguradores.

El 11 de abril de 1929 se enmendó la sección 4 de la Ley de Seguros incorporándose en dicha sección lo dispuesto en la sección 7 de la Ley Núm. 85 que creaba la Oficina del Superintendente de Seguros como organismo independiente. Se autorizó al Superintendente a fiscalizar, reglamentar y dirigir todos los negocios de seguros en el país. Se estableció en esta Oficina una División Actuarial para la construcción y fijación de tipos de primas de seguros de compensaciones a obreros. La transformación de una oficina limitada a funciones

administrativas a un departamento público fiscalizador significó un cambio profundo tanto para el Estado como para la industria de seguros de la época.

A pesar de la aprobación de esta ley, la Legislatura no le asignó los fondos necesarios para la operación de la misma. El presupuesto era limitado comparado con las tareas que se le delegaba. La industria de seguros continuó creciendo y expandiendo sin contar con una estructura organizativa que la apoyara.

Posteriormente, el Congreso de los Estados Unidos aprueba la Ley Pública Núm. 15 fundamentada en tres criterios principales:

- El aumento en el volumen de los negocios de seguros y al capital invertido en la misma.
- La falta de control y fiscalización adecuada por parte del gobierno estatal.
- La falta de protección al asegurado.

Esta ley disponía que todo negocio de seguro estuviera sujeto a reglamentación y fiscalización por el gobierno federal a menos que los gobiernos estatales reglamentaran los negocios de seguros bajo su jurisdicción.

En este contexto se aprueba en Puerto Rico la Ley Núm. 218 del 15 de mayo de 1948. A través de esta ley se le otorga al Superintendente de Seguros la responsabilidad de aprobar los tipos de prima de toda clase de seguros desarrollados por las compañías registradas en el país con excepción de los seguros de vida y marítimo. A pesar de que la responsabilidad recaía en la Oficina de la Superintendecia la Oficina operaba con el mismo equipo y mobiliario que obtuvo cuando fue creada en el 1928 y carecía además del personal técnico necesario.

Para principios de la década de 1950 había conciencia de la necesidad de legislar un nuevo Código de Seguros. El código básico puesto en vigor en el 1921 fue enmendado en innumerables ocasiones para adecuarlo a la realidad, por lo que se planteaba la necesidad de crear un nuevo código de seguros. Esta idea se originó en la Superintendencia de Seguros en el año 1950.

En agosto del 1952 se le encomendó la redacción de un anteproyecto de ley al Lcdo. Robert D. Williams, asesor del Departamento de Seguros del estado de Washington, considerado una autoridad en la materia. El Lcdo. Williams tenía amplia experiencia en la preparación de anteproyectos de ley de códigos de seguro en los estados de Washington, Kentucky, Arizona y Michigan.

Para el desarrollo del mismo se consideraron además las recomendaciones de la Asociación de Comisionados (NAIC por sus siglas en inglés)**,** de las asociaciones de negocios de seguros, ejecutivos de compañías de seguros y técnicos, agentes generales, corredores, ajustadores y abogados especializados en el campo de leyes de seguros en Estados Unidos y Puerto Rico. También se consideró la legislación prevaleciente sobre seguros en Estados Unidos, en varios países latinoamericanos, en Filipinas y en Canadá.

El nuevo Código propuesto ofrecía tratamiento especializado a las compañías del país, creando así las bases para su desarrollo, como eventualmente ocurrió. Luego de someter el anteproyecto a los rigurosos procesos de vistas, ponencias e interrogatorios de la comisiones de Cámara y Senado se aprobó el Código de Seguros de Puerto Rico, mediante la Ley Núm. 77, del 19 de junio de 1957. A partir del 1 de enero de 1958 el derecho de seguros en Puerto Rico emanó del Código de Seguros y el Código Civil le sirve como derecho supletorio.

Posteriormente, por disposición de la Ley 64 del 19 de junio de 1959, el cargo de Comisionado de Seguros fue adscrito al Departamento de Hacienda. Dicha ley dispone también que el Comisionado sea nombrado por el Secretario de Hacienda, con la aprobación del Gobernador y responderá directamente al Secretario. Esta enmienda al Código conservó la autoridad y responsabilidad por la reglamentación de la industria de seguros en el Comisionado de Seguros.

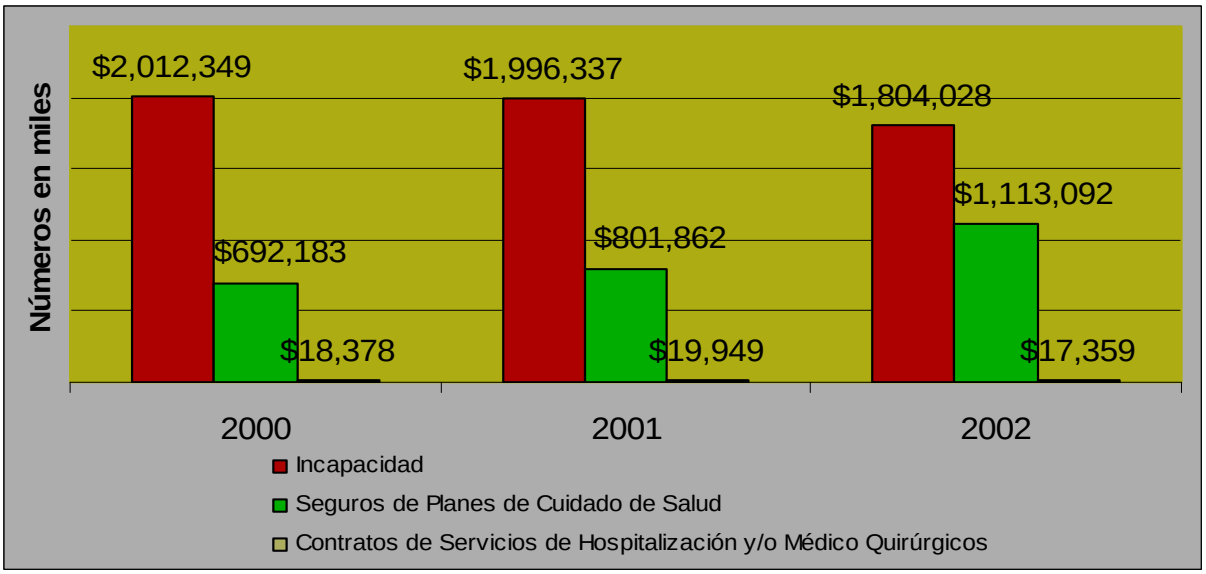
El 2 de junio de 1976 se aprobó la Ley Núm. 113, conocida como la "Ley de Organizaciones de Servicios de Salud", la misma faculta al Comisionado de Seguros para fiscalizar y supervisar las instituciones, hospitales y asociaciones que ofrecen servicios médicos hospitalarios a cambio de cantidades prefijadas.

Como puede observarse el negocio de seguros de vida y salud en Puerto Rico representa aproximadamente $3,503 millones en primas suscritas para el año 2002 (**Anejo I**) de los cuales $2,934 millones son primas suscritas en Seguros de Salud (*Health Insurance*). Los seguros de salud se subdividen en:

- Incapacidad (*Disability),* negocio suscrito por Aseguradoras Domésticas y Extranjeras
- Seguros de Planes de Cuidado de Salud (*Health Care Plans*), negocio suscrito por Organizaciones de Servicios de Salud
- Contratos de Servicios de Hospitalización y Médico Quirúrgicos (*Hospital and Medical Services Contracts),* negocio suscrito por Asociaciones de Servicios Médicos y Hospitalarios con fines no pecuniarios

Durante el 2002 se suscribieron en total aproximadamente más de $2,900 millones. El siguiente gráfico muestra las primas suscritas para cada tipo de seguro del 2000 al 2002.

Gráfico 1
Industria de Seguros de Salud- Puerto Rico Primas Suscritas en Seguros de Accidente, Salud y Vida



Fuente: Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, 2000-2002

El total de primas suscritas no representa el total de planes médicos por dos razones:

- En el reglón de los seguros de incapacidad, los aseguradores domésticos como extranjeros suscriben pólizas de incapacidad a largo o corto plazo, como pólizas de indemnización. Estos cubren servicios médicos por indemnización por alguna condición de salud. Para propósito de análisis nos limitaremos a las cubiertas de planes médicos.
- Por otra parte, es importante señalar que no todas las cubiertas de planes médicos se suscriben por organizaciones reglamentadas por la Oficina del Comisionado de Seguros (OCS), por lo que no están obligadas a informar a esta Oficina.

Toda organización de seguros reglamentada por ley está obligada a rendir Informes Anuales. Los informes tienen que someterse a la Asociación de Comisionados (por sus siglas en ingles NAIC)[18], y a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico (OCS). Una de las limitaciones encontradas en este proceso es que los informes que se presentan tienen diferentes formatos y la información que se recoge no tiene uniformidad. Esto plantea limitaciones metodológicas, para llevar a cabo otros tipos de análisis, como por ejemplo, comparar datos segregados por tipo de red, arreglos financieros u otras variables.

Para poder analizar la totalidad de la población bajo planes médicos, en primas de seguros de salud, o el gasto en pago de beneficios, seria necesario tener un agregado de información de las siguientes entidades:

- Negocio suscrito en aseguradoras y organizaciones de servicios de salud
- Cubiertas administradas por la compañía “Managed Behavioral Health Organization (MBHO)
- Beneficios pagados por patronos auto asegurados
- Administradores de Beneficios (Third *Party Administrator – TPA*)
- Negocio de la Asociación de Maestros de Puerto Rico
- Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia de Puerto Rico

Otra forma alterna para conocer la población asegurada o cubierta, es describiendo aquellas leyes o estatutos que los hacen elegible a algún plan o condición por la cual tiene un plan. Estas poblaciones son:

- Empleados Públicos
- Población médico indigente
- Medicare
- Empleado privado
- Veteranos

Para simplificar el análisis de este capítulo, se muestra en el siguiente cuadro las diferentes poblaciones según el tipo de organización que las administra o que están cubiertas por planes médicos, con la reglamentación que le aplica.

18 NAIC - National Association of Insurance Commisioner

Cuadro 1
Reglamentación por Poblaciones con Planes Médicos y Organizaciones que la Administran

Poblaciones	**Reglamentación**
Empleados Públicos	Ley 95 del 1963
Médicos Indigentes	Medicaid/SCHIP/Ley 72 de 1993, plan de salud del ELA
Seguros Privados -	ERISA//Leyes Estatales
Población de 65 anos o mas	Medicare – CMS
Patronos Auto Asegurados	ERISA
Veteranos	Reglamentación Federal
Organizaciones	
Aseguradoras y Organizaciones de Servicios de Salud	Código de Seguros
Managed Behavior Health Organization (MBHO)	No están reglamentados en Puerto Rico como Asegurador.
Administradores de Beneficios (*Third Party Administrator – TPA*)	No están reglamentados en Puerto Rico
Asociación de Maestros de Puerto Rico y la Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia de Puerto Rico	Excepción en el Código de Seguros

Fuente: Integrantes Grupo de Trabajo, Capítulo 5, Aseguramiento, Análisis del sector Salud de Puerto Rico,2004.

5.2 Empleados Públicos de Puerto Rico

La Ley 95 del 29 de junio de 1963, conocida como la **Ley de Beneficios para los Empleados Públicos**, establece un plan de beneficios médico-quirúrgico, de hospitalización y beneficios suplementarios para los funcionarios y empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, determina la aportación gubernamental al costo del seguro de los empleados y autoriza la deducción y retención de los sueldos del remanente del costo del seguro.

5.2.1 Aspectos sobresalientes de la Ley

Entre los aspectos más sobresaliente de la Ley encontramos lo siguiente:

- Permite al Secretario de Hacienda contratar con dos o más aseguradores que ofrezcan planes de beneficios de salud, con el asesoramiento del Comisionado de Seguros, el Secretario de Salud, Oficina Central de Administración de Personal, y un funcionario o socio de la Asociación de Empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, si dicha asociación no administra un plan médico.

- Cada contrato deberá ser por un término no menor de un año, pero podrá hacerse automáticamente renovable de término a término.

- Permite, no las obliga, que los empleados de corporaciones publicas se acojan a los planes seleccionados por el Secretario de Hacienda.

- El Secretario de Hacienda podrá aprobar los siguientes tipos de planes:

  Plan de beneficios de servicios- un plan que ofrezca cubrir bajo uno o más niveles o alternativas de beneficios a todos los empleados elegibles y bajo el cual se hagan

pagos a un asegurador que funcione bajo contrato con médicos, hospitales u otros proveedores de servicios de salud

Plan de beneficios por indemnización – un plan que ofrezca cubrir bajo uno o mas niveles o alternativas de beneficios a todos los empleados elegibles y bajo el cual un asegurador se compromete a pagar cierta suma de dinero, no en exceso de los gastos reales incurridos.

Planes de organizaciones de empleados – Planes que ofrezcan beneficios que estén auspiciados o suscritos, y sean administrados por organizaciones de empleados y que estén asequibles únicamente a personas (y a miembros de sus familias) que son miembros de la organización.

El Secretario de Hacienda, formaliza el contrato para la prestación de servicios de los maestros que sean miembros de la Asociación de Maestros de Puerto Rico, que estén acogidos al Programa de Servicios Medico-Hospitalario que opera esta.

- Se encomienda al Secretario de Salud la vigilancia de la prestación de servicios por las entidades contratadas.

- El Secretario de Salud y el Comisionado de Seguros mantendrán estadísticas adecuadas que reflejen los costos del funcionamiento de los diversos planes.

- Con el propósito de aumentar las aportaciones gubernamentales vigentes, la Ley Núm. 172 de 31 de julio de 2003 enmienda el inciso (a) de la Sección 8 de la Ley Núm. 95 del 29 de junio de 1963, para que lea como sigue:

  La aportación patronal del Gobierno para beneficios de salud para empleados cubiertos por los planes de beneficios de salud bajo este capítulo será fijada en el Presupuesto General de Gastos, y no será menor de cinco (5) dólares mensuales en el caso de los municipios ni de sesenta (60) dólares mensuales para los empleados cubiertos por convenio colectivo al amparo de la Ley Núm. 45 de 14 de febrero de 1998, según enmendada, ni de ochenta (80) dólares mensuales en las demás dependencias del gobierno y de cien (100) dólares para los pensionados del Sistema de Retiro del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y los pensionados del Sistema de Retiro para Maestros, pero no excederá la totalidad de la tarifa que le corresponda pagar a cualquier empleado.

5.3 Plan de Salud de Estado Libre Asociado (ELA) de Puerto Rico – Ley 72 de 1993

El Plan de Salud del ELA está amparado en la Ley 72 aprobada el 7 de septiembre de 1993, Sección: Salud y Sanidad, Parte IX. Seguros de Salud (24 LEPRA. § 7001)

En el 1993 y como parte de la reforma del sistema de salud en Puerto Rico, se establece esta ley para crear la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). La misma se organiza como una corporación cuasi - pública con plena autonomía para desarrollar las funciones que la ley le encomienda. La ASES tendrá la responsabilidad de implantar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores, un sistema de seguros de salud que eventualmente les brinde a todos los residentes de la Isla acceso a cuidados médico hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera.

Entre las funciones y propósitos de ASES se encuentran:

- Implantar planes de servicios médico-hospitalarios basados en seguros de salud.
- Negociar y contratar con aseguradores públicos y privados cubiertas de seguros médico-hospitalarios, definidas en la Ley.
- Organizar alianzas o conglomerados de beneficiarios con el fin de representarlos en la negociación y contratación de sus seguros de salud.
- Representar a entidades públicas, alianzas y conglomerados privados que lo interesen y así lo soliciten

La Junta de Directores de ASES está compuesta por siete miembros. Tres de ellos serán miembros natos y cuatro serán nombrados por el Gobernador de Puerto Rico con el consejo y consentimiento del Senado. Los Secretarios de Salud y de Hacienda y el Comisionado de Seguros serán los tres miembros natos de la Junta de Directores.

Todos los residentes de Puerto Rico podrán ser beneficiarios de los seguros de salud que se establecen por la implantación de esta Ley, siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos, según corresponda:

El Departamento de Salud identificará y certificará las personas elegibles a los servicios conforme con su nivel de ingreso y elegibilidad para recibir beneficios de salud estatales y federales. Se dispone, que las personas elegibles a recibir beneficios de salud federales obtendrán sus servicios, según la legislación o reglamentación federal aplicable (Medicaid y SCHIP), teniendo, además, derecho a los servicios de salud estatales disponibles y adecuados para su condición que no estén cubiertos bajo los beneficios de salud federales.

5.3.1 Los miembros de la Policía de Puerto Rico, sus cónyuges e hijos

Este beneficio se mantendrá vigente cuando el miembro de la Policía de Puerto Rico falleciere por cualquier circunstancia, mientras el cónyuge supérstite permanezca en estado de viudez y los hijos sean menores de veintiún años de edad o aquellos mayores hasta veinticinco años de edad, que se encuentren cursando estudios postsecundarios.

El financiamiento de la ASES y el plan de seguros de salud se sufragarán de la siguiente manera:

- Resolución Conjunta del Presupuesto General de Gastos del Gobierno del ELA
- Asignación presupuestaria de los gobiernos municipales, de acuerdo a tabla (**Anejo II**). El Centro de Recaudaciones de Ingresos Municipales (CRIM), retendrá dicha cantidad de los fondos ordinarios pendiente de remesar a los municipios y los remitirá a la ASES.
- Las asignaciones adicionales no comprometidas que reciba el gobierno del Programa de Asistencia Médica (Medicaid) y otros fondos federales aplicables.
- Ingresos de aportaciones de patronos y empleados individuales por concepto de primas.

5.3.2 Cubiertas y beneficios mínimos

- No habrá exclusiones por condiciones preexistentes ni periodos de espera.
- La cubierta comprenderá: servicios ambulatorios, hospitalizaciones, salud dental, salud mental, laboratorios, rayos X, medicamentos despachados en farmacias participantes.
- Cada participante tendrá a su alcance los exámenes de laboratorios e inmunización apropiados para su edad, sexo y condición física.
- Servicios hospitalarios disponibles 24 horas.

- Servicios preventivos; vacunación de niños y adolescentes hasta los 18 años, vacunación contra la influenza y pulmonía a personas mayores de 65 años y niños y adultos con enfermedades de alto riesgo, visitas al médico primario para examen general una vez al año, exámenes de cernimiento para cáncer ginecológico, de mama y de próstata, sigmoideoscopia en adultos mayores de 50 años a riesgo de cáncer de colon.
- Evaluación y tratamiento de beneficiarios con enfermedades conocidas.

5.3.3 Modelo de prestación de servicios

- El paciente escogerá, entre los proveedores del plan, su médico primario.
- Los médicos primarios tendrán la responsabilidad del manejo ambulatorio del beneficiario bajo su cuidado, y serán los únicos autorizados a referir al asegurado a los especialistas o subespecialistas.
- El cuidado primario estar fortalecido por grupos de proveedores primarios, entre otros médicos generales, optómetras, internistas, médicos de familia, pediatras, ginecólogos-obstetras, psiquiatras, dentistas y servicios de radiología y farmacia.
- El cuidado de emergencia será de alta prioridad.
- Los modelos que se implanten tendrán medidas estrictas de control de utilización.
- Todos los modelos estarán reforzados por un sistema de educación en salud, prevención, con énfasis en estilo de vida, SIDA, drogadicción y salud de la madre y el niño.
- La promoción de la salud será responsabilidad del Departamento de Salud.
- El asegurador proveerá en cada región todos los servicios secundarios y terciarios, pero solo aquellos no provistos por el Estado.
- Los gobiernos municipales que operen facilidades así como los Centros de Salud Comunitarios, estarán sujetos a contratación de aquellos planes que haya contratado ASES.

El Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico contrata y negocia las cubiertas de beneficios de salud física, salud mental, salud oral y farmacia para la población medico-indigente y otros grupos según permitido por ley, con organizaciones debidamente organizadas conocidas como aseguradoras, organizaciones de salud mental (MBHO's) y administradores de farmacia (PBM).

Actualmente se ofrece el Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico a la población que así cualifica en ocho (8) regiones en la isla de Puerto Rico. Las organizaciones actualmente contratadas y vigentes (2002-2005) para administrar la cubierta de beneficios en las diversas regiones son:

Cubierta de Salud Física

- Humana Health Plan of Puerto Rico (Humana), tiene a su cargo las regiones Este y Sureste;
- HMO Medical Card Systems (MCS) tiene a su cargo las regiones Noreste, Oeste y San Juan;
- Triple S tiene a su cargo las regiones Norte, Metro Norte y Suroeste.

Cubierta de Salud Mental

- APS Healthcare of Puerto Rico Inc. tiene a su cargo las regiones Norte, Metro Norte, San Juan, Este y Noreste
- FHC Health Systems (FHC), tiene a su cargo las regiones Sureste, Oeste, y Suroeste.

Cubierta de Farmacia

- La cubierta de farmacia es administrada para todas las regiones y compañías aseguradoras de salud física y salud mental por MC-21, Corp. quien funge como el administrador único del beneficio de farmacia, "Pharmacy Benefit Manager" (PBM por sus siglas en inglés).

5.3.4 Servicios Médico Hospitalarios

El modelo de prestación de servicios médico-hospitalarios, contratados con las aseguradoras se provee a través de las asociaciones de prácticas independientes (IPA's por sus siglas en inglés) con un médico primario que es seleccionado por el beneficiario. El IPA provee al médico primario apoyo con una red amplia de proveedores para prestar los servicios de especialistas, hospitales y otros profesionales aliados a la salud que son participantes del programa.

El Plan de Salud del Estado Libre Asociado provee diversas opciones para acceder servicios o sistemas definidos por el arreglo financiero entre los proveedores, la organización contratante y la ASES. Algunas variantes en los modelos de prestación de servicios son las siguientes: Organizaciones de Cuidado de Salud (OCS) y su red de proveedores basados en las diversas alternativas: "Staff Model", "Sole Primary Care Provider", "Primary Provider Group", "Independent Practice Association"(IPAs) y "Physician-Hospital Organization" (PHO).

Cada organización contratada compensa sus proveedores mediante un sistema de pago capitado y/o a base de una tarifa negociada por servicio. Las organizaciones contratadas son responsables de proveer la cubierta de beneficios a cambio de una cantidad mensual por beneficiario (pmpm) que reciben de la ASES. Cada proveedor participante del Plan de Salud tiene que ser también un proveedor para el sector de negocio privado de la aseguradora. La aseguradora tiene que informar y evidenciar las obligaciones de todos los proveedores participantes, procesar las reclamaciones y generar los pagos por servicios prestados.

Los servicios contratados con las aseguradoras para el año fiscal (julio 2003 a junio 2004) contienen beneficios en la cubierta básica, cubierta especial, farmacia, salud oral y servicios preventivos. La cubierta de salud mental se ofrece por organizaciones especializadas que contratan directamente con ASES. Actualmente la prestación de los servicios preventivos primarios se realiza por las aseguradoras mediante la utilización del Plan Universal de Educación en Salud preparado por ASES y apoyado en la política pública del Departamento de Salud

5.3.5 Modelo Contratación Directa

En cumplimiento con su obligación de contratar servicios de calidad y costo efectivos a los ciudadanos cubiertos bajo la Ley Núm. 72, se inició un proyecto Demostrativo de Contratación Directa el 1ro. de julio de 2003 en la Región Sureste, abarcando los Municipios de Maunabo, Patillas, Arroyo, Guayama y Salinas. Estos municipios cubren cerca de 23.000 beneficiarios bajo el grupo Alianza de Médicos del Sureste (AMSE). En marzo del 2003 se incorporaron 9.300 beneficiarios del Municipio de Carolina, en la Región Noreste. La ASES actuó en cumplimiento con la encomienda establecida en la Ley Núm. 105 firmada el 19 de julio de 2002.

La contratación directa se basa en un contrato exclusivo entre el Gobierno y el proveedor para ofrecer a los beneficiarios los servicios cubiertos por el Plan de Salud del Estado Libre Asociado, ya bien a través de su red o de la red de proveedores del administrador independiente. El administrador independiente ("Third Party Administrador" o TPA por sus siglas en inglés) es una firma independiente que ofrece servicios administrativos y de pago de reclamaciones entre otros.

La ASES contrató a la Cooperativa de Seguros de Vida (COSVI) como TPA. Las funciones específicas del TPA consisten en:

- Crear la estructura de sistemas de información para cumplir con los requisitos de ASES.
- Orientar y distribuir de tarjetas a los beneficiarios.
- Establecer oficinas para atender los servicios a los beneficiarios.
- Coordinar los esfuerzos con diferentes entidades gubernamentales, tales como la Oficina de la Procuradora del Paciente, Oficinas de Asistencia Médica, Departamento de Educación y Municipios.
- Administrar los beneficios bajo la Cubierta Especial.
- Evaluar la utilización de servicios.
- Mantener el Programa de Fraude y Abuso.
- Contratar proveedores y facilidades médicas para la cubierta especial y red de apoyo.
- Adjudicar reclamaciones.

5.4 Medicare

En 1965, la Ley de Seguro Social crea a Medicare y Medicaid. Medicare es responsabilidad de la Administración de Seguro Social (*Social Security Administration SSA*) y los programas de Medicaid estatales estarían administrados por Servicio Social y de Rehabilitación (*Social and Rehabilitation Service -SRS*) Ambas agencias eran parte del Departamento de Salud, Educación y Bienestar (*Department of Health, Education, and Welfare - HEW*). En 1977 se crea *Health Care Financing Administration* (HCFA) bajo HEW y en 20O1 HCFA se cambia el nombre a *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS).

CMS es la agencia federal que administra el programa de Medicare quien ofrece servicios a más de 40 millones de norteamericanos en EU. En Puerto Rico los asegurados bajo este beneficio son 368,000 (año 2000) con unos beneficios pagados de $1,454 millones en el año fiscal 2001 **(Anejo III)**.

Medicare es el programa de seguros de salud para:

- Personas de 65 años o más
- Personas con menos de 65 años y son incapacitadas
- Personas que padecen de enfermedad renal en etapa final (ESRD, por sus siglas en inglés)

5.4.1 Plan Original Medicare

El Plan Original Medicare es un plan de "pago por servicio". Significa que, por lo general, se le cobra una tarifa por cada servicio o suministro de salud recibido. Este plan, administrado por el gobierno federal, está disponible en todo el país. Un plan de pago por visita le permite al paciente ir a cualquier médico, proveedor u hospital que acepte Medicare y que esté aceptando

nuevos pacientes de Medicare. El paciente debe pagar el deducible. Medicare paga la parte correspondiente de la cantidad aprobada por y el paciente paga su parte (coaseguro). El Plan Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico).

- Puede atenderse con cualquier médico, especialista, hospital u otra instalación médica que acepte Medicare y que en ese momento esté aceptando nuevos pacientes de Medicare.
- Generalmente se cobra una tarifa cada vez que recibe un servicio.
- La Parte A de Medicare, paga por todos los servicios cubiertos por la Parte A mencionados en Anejo IV.
- Con una prima mensual de la Parte B ($58.70 en el 2003), recibirá todos los servicios cubiertos por la Parte B mencionados en Anejo IV.
- Se paga una cantidad fija por los servicios de salud (deducible) antes de que Medicare pague su parte. Luego, Medicare paga la parte que le corresponde.
- Después de haber recibido un servicio de salud, recibirá por correo un resumen de Medicare. Este resumen o aviso es enviado por la compañía que hace la facturación para Medicare. El resumen muestra la cantidad que se le puede facturar.

La Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) contribuye a pagar lo siguiente:

- Atención como paciente interno en un hospital,
- Atención en un centro especializado de enfermería,
- Cuidado de hospicio,
- Algunos cuidados de salud en el hogar

La Parte B de Medicare (Seguro Médico) contribuye a pagar:

- Servicios de un médico,
- Atención en un hospital como paciente ambulatorio, y
- Algunos servicios médicos que Medicare Parte A no cubre (como cuidado de salud en el hogar incluyendo equipo médico duradero).

Medicare Parte B contribuye a pagar estos servicios y suministros cubiertos cuando sean necesarios por razones médicas.

Será elegible automáticamente para la Parte B si:

- Es elegible para la Parte A de Medicare libre de prima, o
- Si es un ciudadano estadounidense o un residente permanente de 65 años o más, antes de cumplir 65 años debe decidir si se inscribe o no en la Parte B de Medicare. Si ya recibe beneficios de Seguro Social, Medicare lo inscribirá en la Parte B automáticamente. Al escoger la Parte B de Medicare se paga la prima correspondiente a la Parte B de $58.70 mensuales (para el 2003). Las tarifas pueden cambiar cada año. Para algunas personas esta cantidad podrá ser mayor si no eligieron la Parte B de Medicare cuando cumplieron 65 años y fueron elegibles por primera vez. Si no se inscribió en la Parte B cuando fue elegible por primera vez, podrá inscribirse durante 2 períodos de inscripción.

Existen dos planes o productos de seguros de salud bajo Medicare. Los planes administrados por Medicare y los Medicare + Opción.

5.4.2 Planes de Salud Administrados Medicare

- **Planes de Salud Administrados Medicare**. En la mayoría de estos planes, solo puede atenderse con médicos, especialistas u hospitales de la lista del plan, también conocida como la "red" del plan. También el paciente, tendrá que elegir un médico de cuidado primario y necesitará referencia para ver a un especialista.
- **Planes Privados de Pago por Servicio Medicare** En estos planes el paciente puede atenderse con cualquier médico u hospital que acepte las condiciones de pago del plan. La compañía privada, en vez del programa Medicare, es la que decide cuánto pagará por un servicio y cuánto le corresponde pagar al beneficiario. Puede que obtenga beneficios adicionales como cobertura de medicinas recetadas o días adicionales de hospitalización.
- **Planes de Organizaciones de Proveedores Preferidos Medicare (PPO, por sus siglas en inglés)**. En la mayoría de estos planes, el beneficiario debe atenderse con médicos, especialistas y hospitales de la "red" del plan. Puede atenderse con médicos, especialista y hospitales que no están en la lista del plan, pero a un mayor costo. No necesita ser referido para ver a un especialista. Podría obtener beneficios adicionales como cobertura de medicamentos recetados.
- **Planes Especializados Medicare** - Estos planes brindan cuidado específico para algunas personas.

El proveedor de los servicios cubiertos, como un hospital o agencia de salud en el hogar, envía una reclamación a su Intermediario fiscal o a su intermediario regional de la salud en el hogar.

El director médico del intermediario fiscal o la empresa de seguros Medicare reglamentarán la forma en que se revisen las reclamaciones en su área. Estas reglas también se utilizarán para decidir si se paga o no una reclamación. Las reglamentaciones locales deben ser consistentes, científicas y cumplir con las directivas de Medicare. Además, las reglamentaciones locales no pueden estar en desacuerdo con las determinaciones nacionales de cobertura. Sin embargo, pueden ser distintas de una zona a otra. Estas reglamentaciones son conocidas como "Políticas Locales de Revisión Médica" (LMRP, por sus siglas en inglés).

El Plan Original Medicare es el pagador secundario. Las tarifas o asignación es un acuerdo entre Medicare, los médicos, otros proveedores de servicios, equipo y suministros de salud (como silla de ruedas, oxígeno, abrazaderas y suministros de ostomía) y farmacias. Los médicos, proveedores, suministradores y farmacias que están de acuerdo en aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago total. El paciente paga el coaseguro (generalmente el 20% de la cantidad aprobada) y el deducible.

Para la mayoría de los servicios hay un límite en la cantidad que el médico o proveedor puede cobrar por encima de la cantidad aprobada por Medicare. La cantidad máxima que el médico o proveedor puede cobrar por encima de la cantidad cubierta por Medicare, si no acepta la asignación, se llama "cargo límite" y es un 15% más de la cantidad aprobada por Medicare. El cargo límite solo aplica a ciertos servicios y no se aplica a equipos o suministros.

La administración de Medicare en Puerto Rico esta a cargo de las siguientes agencias gubernamentales y empresas privadas:

Administración de Seguro Social

- Expide la tarjeta de Medicare y duplicados,
- Provee información sobre elegibilidad al Programa,

- Distribuye el Manual de Medicare,
- Hace correcciones al expediente del beneficiario.

Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico – Intermediario Fiscal para Puerto Rico e Islas Vírgenes

- Administra el pago de reclamaciones y servicios de hospitales, hospital psiquiátrico, cuidado de enfermería (SNF),
- Administra servicios cubiertos en la Parte B prestado en un hospital o SNF por conceptos de sala de emergencia, laboratorios clínicos, rayos x, cirugía ambulatoria y clínicas externas,
- Administra servicios en facilidades de diálisis renal, centros federales cualificados, facilidades de rehabilitación física y centros de salud mental de la comunidad.

Triple S, Inc.

- Administra el pago de reclamaciones de servicios médicos,
- Administra servicios ambulatorios, laboratorios clínicos, rayos x y ambulancias.

United Government Services, LLC

- Administra el pago de reclamaciones de Hospicios y Agencias de Salud en el Hogar.

Palmetto GBA

- Administra el pago de reclamaciones de equipo duradero, aparatos de prótesis y Ortopédicos, medicamentos para tratamiento de cáncer y drogas inmunosupresoras

5.4.3 Planes Medicare + Opción

El Congreso de los Estados Unidos creó el programa Medicare + Opción para brindarle más opciones, y a veces, beneficios adicionales al dejar que compañías privadas ofrezcan beneficios Medicare. Sus opciones pueden incluir:

- Continuar en el programa Medicare,
- Tener derechos y protecciones de Medicare,
- Recibir todos sus servicios regulares cubiertos por Medicare.

Es posible que también pueda recibir beneficios adicionales, como medicinas recetadas o días adicionales en el hospital, para lo cual debe tener la Parte A y B para inscribirse en el Plan Medicare + Opción.

Los Planes Medicare + Opción están disponibles en muchas partes de Estados Unidos. En Puerto Rico existen dos compañías que ofrecen este Plan Medicare y Mucho Más (MMM) y "Preferred Medicare Choice" (PMC). PMC entró en vigencia el 1 de agosto de 2004. Medicare paga a estos planes privados una cantidad fija cada mes por sus servicios de salud. A cambio, el Plan Medicare + Opción administra la cobertura de salud de los beneficiarios de Medicare.

5.5 Póliza Medigap

Medigap es una póliza de seguro de salud ofrecida por una compañía de seguros privada para cubrir beneficios que no están incluidos en el Plan Original de Medicare) Existen diez planes Medigap estandarizados de la "A" a la "J". Cada uno de los planes, de la A a la J, tiene un conjunto distinto de beneficios. El Plan A cubre sólo los beneficios básicos. Estos beneficios básicos están incluidos en todos los planes de la A a la J. El Plan J ofrece la mayor cantidad

de beneficios. En Puerto Rico se conocen como pólizas complementarias o suplementarias de Medicare.

Al adquirir una póliza Medigap, se paga una prima mensual a la compañía de seguros. Esta prima es diferente a la prima de la Parte B de Medicare que también se debe pagar. Mientras que pague la prima, la póliza tendrá una renovación garantizada, lo que significa que se renovará automáticamente cada año. Las pólizas Medigap solo ayudarán a pagar los gastos de salud, siempre que esté inscrito en el Plan Original de Medicare. No se puede adquirir una póliza Medigap si está en el Plan Medicare + Opción.

Ninguna póliza Medigap cubrirá todas las faltas del Plan Original de Medicare y podrá ayudar a:

- Reducir los gastos directos del su bolsillo de asegurado, y
- Obtener más cobertura de seguro de salud.

Lo que no cubre la póliza Medigap

- Cuidado a largo plazo,
- Cuidado de la vista o dental,
- Audífonos,
- Enfermeras privadas,
- Cobertura ilimitada de medicinas recetadas.

Las pólizas Medigap pagará la mayoría, o todos los gastos de coaseguro del Plan Original de Medicare y el copago como paciente ambulatorio. Estas pólizas también podrán pagar los deducibles del Plan Original de Medicare.

Beneficios básicos de los planes Medigap de la A a la J:

- El coaseguro de la Parte A de Medicare de 61 a 90 días ($210 por día para el 2003) y de 91 a 150 días ($420 por día para el 2003) de estadía en hospital,
- El costo de 365 días adicionales de atención de hospital de por vida, después que usa todos los beneficios de hospital de Medicare,
- El coaseguro o copago de la Parte B de Medicare después que cumple con pagar el deducible anual de $100 (para el 2003), y
- Las primeras 3 pintas de sangre o igual cantidad de glóbulos rojos empaquetados por año, a menos que esta sangre sea reemplazada.

5.6 Tarjetas de Descuentos para Recetas Médicas

En Puerto Rico el programa MEDIMED provee un subsidio para la compra de las medicinas recetadas a participantes de Medicare de escasos recursos. Es una tarjeta de débito que provee un beneficio económico de $600.00 anuales por participante, y se transfieren trimestralmente en cantidades de $150.00 para que el beneficiario pueda comprar medicinas.

Cualifican los participantes de Medicare que carecen de seguro de medicinas y cuyos ingresos no sobrepasen el 120 por ciento del nivel de pobreza federal, el cual es $931 al mes para un individuo o $1,249 al mes para una pareja.

Los fondos provienen por la Ley de Reforma de Medicare del Departamento de Salud Federal, adoptada en diciembre del 2003, los cuales suman $33.5 millones. La intención de la ley es proveer una ayuda limitada hasta que comience el Seguro de Medicare para Medicamentos Parte D. Se espera que el mismo comience a partir del 1 de enero del 2006.

5.7 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto estatal y federal que ayuda a pagar los costos médicos para ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían de estado a estado. Las personas con Medicaid pueden recibir cobertura, de ciertos servicios que no cubre Medicare por ejemplo, el cuidado en un asilo de ancianos, cuidado en el hogar y medicinas recetadas para pacientes ambulatorios.

En Puerto Rico, el programa es administrado a través de la oficina de Asistencia médica en el Departamento de Salud, que a su vez delega en ASES la contratación de estos servicios para esta población.

5.8 Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP, por sus siglas en inglés)

El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños, administrado por Asistencia Medica en el Departamento de Salud ofrece un seguro de salud gratis o de bajo costo para niños no asegurados menores de 19 años. Estos sirven para ayudar a niños que no tienen seguro y cuyas familias ganan más del límite para cualificar para Medicaid, pero no lo suficiente para pagar un seguro privado.

5.9 Asociación de Maestros de Puerto Rico

La Asociación de Maestros de Puerto Rico (AMPR) es una organización sin fines de lucro, organizada en el 1911, de profesionales de la educación. Sus fuentes principales de ingresos son las cuotas mensuales que paga cada asociado principalmente a través de descuentos de nóminas del Departamento de Educación y una aportación patronal para el Programa de Servicios de Salud a socios. Los servicios que presta la Asociación con respecto a su Programa de Servicios de Salud, se rinden principalmente en el Hospital del Maestro.

El Programa de Servicios de Salud de la AMPR se organizó para sus socios y familiares, no es comercial y presta sus servicios estrictamente a sus socios y familiares. La entidad no está bajo la jurisdicción del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, ni es una entidad de alcance estatal ni municipal. Los beneficios del Programa están contenidos en el Reglamento del Programa de Servicios de Salud, así como sus exclusiones, limitaciones y restricciones. El Programa ofrece los siguientes servicios:

- Servicios de consultorios médicos
- Servicios de hospitalización
- Servicios de maternidad
- Servicios de consultas y emergencias
- Servicios de hospitalización y emergencia en el extranjero
- Pruebas diagnósticas especializadas
- Cubierta de cáncer
- Servicios médico quirúrgicos cardiovasculares
- Servicios de salud mental
- Cubierta dental
- Nutrición y dietética
- Cubierta de medicamentos
- Orientación telefónica de servicios de salud

Prestan sus servicios primarios y secundarios en el Centro de Diagnóstico y Tratamiento localizado en el Hospital del Maestro, en los Centros de Mayagüez y Ponce.

Serán participantes del Programa:

- Los maestros asociados y sus familiares,
- Los socios empleados y sus familiares
  - Empleados permanentes de la AMPR, de la Cooperativa de Ahorro y Crédito de la AMPR y del Hospital del Maestro,
- Personal no docente del sistema educativo publico y privado y sus familiares

5.10 Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia de Puerto Rico

El plan de socios de la Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia de Puerto Rico fue establecido en el año 1883. Este plan a cambio de una cuota ofrece una cubierta individual de servicios de salud.

Ofrece beneficios de:

- Servicios de hospitalización,
- Servicios médicos durante periodos de hospitalización
- Servicios médicos en forma ambulatoria
- Clínicas externas, con servicios de generalistas, especialistas y subespecialistas
- Descuentos en la compra de medicamentos en la farmacia del Hospital Auxilio Mutuo
- Cubierta ampliada (major medical) de beneficio máximo vitalicio de $250,000, con gastos de emergencia en cualquier parte del mundo.
- Cubierta de maternidad
- Cubierta dental

Para ser candidatos al plan deben tener los siguientes requisitos:

- No mayor de 50 años al momento de radicar la solicitud
- Someterse aun examen médico, que conlleva una cuota
- La Comisión de Socios de la Junta de Síndicos de la Institución será la autoridad final para determinar la aceptación o rechazo.

5.11 Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)

La elegibilidad para recibir los beneficios de VA depende de las circunstancias individuales. La elegibilidad para la obtención de la mayoría de los beneficios brindados por la VA se basa sobre el hecho de que el veterano debe haber obtenido la baja del servicio militar activo en condiciones honorables. Servicio activo significa dedicación a tiempo completo como miembro del Ejército, la Marina, la Fuerza Aérea, la Infantería de Marina, el Servicio de Guardacostas o como oficial en comisión en el Servicio de Salud Pública, la Administración de Servicios de Medio Ambiente o la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica. Las mujeres y hombres veteranos que hayan desempeñado tareas similares obtendrán los mismos beneficios. Las bajas honorables y generales cualifican al veterano para la obtención de la mayoría de los beneficios. Los veteranos que se encuentran en prisión y bajo libertad condicional pueden ser elegibles para ciertos beneficios. No se ofrecen beneficios a ningún veterano o dependiente de veterano que tenga una orden de captura pendiente.

Para la mayoría de los veteranos, el ingreso al sistema de atención de la salud de comienza con la presentación de la solicitud de inscripción. Sin embargo, no es necesaria la inscripción de los veteranos bajo las siguientes condiciones:

- Que padecen una discapacidad relacionada a la prestación del servicio calificada al 50% o mayor;
- Que desean obtener atención médica por una discapacidad que debe haber sido determinada por la fuerza militar como incurrida o agravada en combate pero que aún no se encuentra cualificada como tal por la Administración de Veteranos durante un período de 12 meses posterior a la baja del servicio, o
- Que desean obtener atención médica solamente para una discapacidad relacionada a la prestación de servicio. No obstante, con el objeto de establecer una mejor planificación de los recursos para la atención de la salud, se recomienda la inscripción de todos los veteranos comprendidos en las tres categorías descritas anteriormente.

La Administración de Veteranos también requiere la comparación de la información de la evaluación financiera del veterano con un límite de ingresos establecido basado sobre consideraciones geográficas. Si el ingreso del veterano se encuentra por debajo del límite de ingresos establecido para su lugar de residencia, este veterano es elegible para una reducción del 80 por ciento en las tarifas de copago por hospitalización. La Administración de Veteranos podrá comparar la información sobre los ingresos con la información obtenida del Seguro Social y del Servicio de Rentas Internas (IRS).

5.11.1 Programas de Atención de Salud

- Servicios con Copagos

  Cualifican para este Programa los veteranos no relacionados al servicio y los veteranos no compensables al cero por ciento relacionados al servicio, cuyos ingresos se encuentren por encima del monto establecido en Estados Unidos para la evaluación de medios de subsistencia, deben acordar abonar copagos para recibir atención. Si el veterano no consiente en pagar dichos copagos, no será elegible para los beneficios de atención de la VA. Los veteranos cuyos ingresos hayan sido determinados por encima del límite de subsistencia y por debajo del índice geográfico de la VA, son responsables de pagar el 20% del deducible de Medicare por los primeros 90 días de internación hospitalaria durante cualquier período de 365 días. Por cada período adicional de 90 días de atención hospitalaria, se les cobrará el 10 por ciento del deducible de Medicare. Además, al paciente se le cobrará un cargo de $2 diarios por la atención hospitalaria. A los veteranos no relacionados al servicio y los veteranos no-compensables al cero por ciento relacionados al servicio cuyos ingresos se encuentren por encima del monto establecido geográficamente, se les cobrará el total del deducible de Medicare por los primeros 90 días de atención durante cualquier período de 365 días. Por cada período adicional de 90 días de atención hospitalaria, se les cobrará la mitad del deducible de Medicare y $10 por día. Con determinadas excepciones, un veterano debe consentir en abonar los co-pagos para recibir beneficios extendidos de atención. Se aplicará un sistema de co-pagos de tres niveles para la atención de pacientes ambulatorios. El co-pago es de $15 por una visita clínica y $50 para algunas visitas ambulatorias, aunque hay algunos servicios para los cuales no se requiere abonar el co-pago.

- Visitas Ambulatorias sin Co-pagos

  Las visitas de pacientes ambulatorios a los cuales no se les impondrán copagos son los siguientes: iniciativas de salud de la VA anunciadas públicamente (Vg., ferias de salud) o una consulta ambulatoria que consista únicamente en un examen preventivo y/o inmunizaciones, como por ejemplo vacunas contra influenza, contra la neumonía, prueba de hipertensión, examen de hepatitis C, revisión por consumo de tabaco y alcohol, examen de hiperlipidemia, exámenes de cáncer de mama, cáncer cervical,

cáncer colorrectal por medio de prueba de restos de sangre en materia fecal y educación sobre los riesgos y beneficios del examen de cáncer de próstata. Los servicios de laboratorio, radiología simple y electrocardiogramas están exentos de copagos.

- Facturación a las Compañías de Seguros

  VA está autorizada a recuperar cargos razonables de los costos devengados por la atención y servicios médicos brindados a los veteranos no relacionados al servicio y a los veteranos relacionados al servicio por la atención de condiciones médicas no relacionadas al servicio. El dinero proveniente de esta recaudación es utilizado para mantener y mejorar el sistema de atención a la salud para los veteranos. Generalmente, la Administración de Veteranos no puede facturarle a Medicare por los servicios médicos prestados a los veteranos, pero sin embargo VA puede facturar al seguro de salud suplementario de Medicare por la atención y servicios médicos que están cubiertos por el seguro suplementario pero no cubiertos por Medicare. A todos los veteranos que soliciten atención médica de la VA se les requerirá proveer la información correspondiente a su cobertura de seguro de salud, incluyendo aquella cobertura brindada por el seguro de su cónyuge. Aún cuando los veteranos no son responsables de pagar ningún saldo pendiente de la reclamación de seguro de la VA que no sea pagado o cubierto por su seguro de salud, aquellos veteranos cuyos ingresos se encuentren por encima del límite nacional del nivel de subsistencia establecido por la evaluación financiera son responsables de los copagos de VA que son requeridos por ley federal.

    - Terapia de readaptación
    - Tratamiento contra la dependencia del alcohol y las drogas
    - Servicios y dispositivos de asistencia para veteranos ciegos
    - Tratamiento odontológico ambulatorio

  El tratamiento dental ambulatorio brindado por la VA incluye los exámenes y el rango completo de prácticas de diagnóstico, cirugía bucal, restauración y prevención.

5.11.2 Servicios de Farmacia para Pacientes Ambulatorios

Se les cobrará un copago de $7 por el suministro de medicamentos por cada período de 30 días o período menor. Para eliminar la carga financiera de aquellos veteranos que necesitan una gran cantidad de medicamentos, existe una cantidad tope de copago máximo anual para los veteranos inscritos en los Grupos Prioritarios del 2 al 6. Los veteranos no abonan copagos por los medicamentos suministrados durante el resto del año calendario cuyo tope anual ya ha sido pagado. Para el año calendario 2004 el tope fue de $840.

- Atención en asilo y domiciliaria
- Gastos de transporte de los beneficiarios
- Ciertos veteranos pueden tener derecho al pago o reintegro del costo de los gastos de transporte relacionados a la atención médica proporcionada por la VA.

- Atención médica para dependientes y sobrevivientes

  El Programa Civil de Salud y Medicina de VA (CHAMPVA - *Civilian Health and Medical Program of the Department of Veterans Affairs*), provee reintegros para la mayoría de los gastos médicos –hospitalización, consulta ambulatoria, salud mental, prescripción de

medicinas, cuidado de enfermeras calificadas y equipamiento médico permanente. Para ser elegible para el programa CHAMPVA, el individuo no puede ser elegible para el programa TRICARE (Programa de Asistencia Médica para Dependientes Civiles del Departamento de Defensa).

- Gastos de transporte de los beneficiarios

  Ciertos veteranos pueden tener derecho al pago o reintegro del costo de los gastos de transporte relacionados a la atención médica proporcionada por la VA.

- Atención médica de emergencia en dependencias no pertenecientes a la VA

  El VA puede reintegrar o pagar la atención médica para veteranos inscritos ofrecida en dependencias médicas que no pertenezcan al VA únicamente en casos de emergencia médica cuando las instalaciones del VA u otras dependencias federales no estuvieran disponibles o accesibles.

5.12 Privado

Los planes médicos privados, que se ofrecen a la población en general y en su mayoría a los patronos para sus empleados, están reglamentados por leyes estatales y federales. Toda la reglamentación estatal y federal aplicable se resume en la sección de Reglamentación de Cubiertas Mandatarias, de este Capitulo.

ERISA es la ley federal que regula los planes de beneficios a empleados principalmente pensiones y planes médicos tanto para planes asegurados tarifados como planes auto asegurados.(ASO) Como norma general las leyes federales ocupan el campo y están sobre toda ley estatal que regule los planes de beneficios a empleados (doctrina de *preemption*). La sección 514 (b)(2)(A) de ERISA que establece las cláusulas de Preemption exime del P*reemption* a las leyes estatales ya que reglamentan en Puerto Rico el negocio de seguros. Esta excepción se conoce como *Saving Clause.* La sección 514(b)(2) también contiene una disposición de que los planes de beneficios a los empleados no se deben considerar como negocio de seguros (deemer clause).

El aparente conflicto entre ambas cláusulas (saving clause y deemer clause) se ha ido definiendo en los tribunales de la Corte Federal y la Corte Suprema de los Estados Unidos. Como resultado, la doctrina que prevalece es que los planes auto asegurados (ASO) no se consideran planes de seguros y que los planes asegurados-tarifados están sujetos a la legislación estatal de beneficios legislados.

Bajo este escenario legal, y con esta distinción entre los planes auto asegurados y tarifados, los patronos tienen una ventaja en establecer planes ASO. Como los estados están legislando agresivamente mayores y costosos beneficios, y Puerto Rico no es la excepción, los patronos ven más viable el tener planes ASO. Como resultado, las reglamentaciones estatales no les aplican.

5.13 Aseguradoras

El asegurador conforme al Código de Seguros de Puerto Rico, (Artículo 1.030) es la persona o grupo que se dedique a la contratación de seguros según se define en la sección 105 del código. El grupo, organización o persona dedicada al negocio de otorgar contratos de seguros, es un “asegurador”. Para efectos de este análisis, nos limitaremos a las organizaciones que

suscribe negocio de seguros de incapacidad y vida. Son estas las empresas, como parte del negocio de incapacidad, que suscriben los planes médicos.

En Puerto Rico, las aseguradoras se dividen en las categorías de nativas y extranjeras. En el anejo III, tenemos un desglose de las Aseguradoras y Organizaciones de Servicios de Salud para el 2003.

5.14 Organizaciones de Servicios de Salud (*Health Care Plans*)

Las organizaciones de servicios de salud son asociaciones con fines no pecuniarios autorizada por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico a proveer servicios de hospitalización y médico-quirúrgicos, a tenor con la Ley Núm.152 de 9 de mayo de 1942, según enmendada. Dicha ley permitió que dichas asociaciones pudiesen establecer, mantener y operar cualquier plan de servicios de hospitalización y/o médico-quirúrgicos en virtud del cual se proveyera atención de hospital y servicios médicos por hospitales y médicos que tuviesen contrato con la asociación para tales propósitos. Se dispuso, entre otros extremos, que las juntas de directores de tales asociaciones deberían estar compuestas por grupos iguales en representación de sus médicos y hospitales asociados y personas de la comunidad que fueran suscriptoras de estas.

La primera asociación organizada al amparo de la Ley Núm. 152 fue La Cruz Azul de Puerto Rico, entidad que se incorporó el 21 de abril de 1943, con el propósito de proveer a sus asociados servicios médicos y de hospital cuando fuere necesario, previa solicitud voluntaria de tales asociados. Asimismo, el 16 de junio de 1984, fue organizada la segunda asociación con fines no pecuniarios al amparo de la Ley Núm. 152: “Delta Dental Plan of Puerto Rico”.

5.15 Managed Behavioral Health Organizations (MBHO)

Esta es una entidad u organización que administra y provee servicios de salud mental basado en un sistema de cuidado coordinado. Establece red de proveedores para servicios de salud mental.

Se compone de:

- Clínicas o centros interdisciplinarios, (“Staff Models Clinics”). Las mismas son establecidas por el propio MBHO.
- Proveedores independientes:
  - Oficinas de Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores Sociales, etc.
- Hospitales, centros o facilidades públicas y privadas

Los servicios que ofrecen son:

- Cernimiento, evaluación y tratamiento de servicios de salud mental por profesionales en salud mental a individuos, parejas, familias y grupos.
- servicios siquiátricos y sicológicos ambulatorios y de abuso de sustancias.
- Servicios de hospitalización parcial
- Servicios de desintoxificación para beneficiarios intoxicados con drogas o sustancias
- Clínicas de medicamentos de larga duración
- -Servicios de ambulancia a pacientes cuando es médicamente necesario.
- Servicios de salas de estabilización de 23 horas.
- Servicios de hospitalización siquiátrica

- Servicios de desintoxificación, tratamiento de forma ambulatoria y hospitalización.
- Servicios de educación y prevención en colaboración con el Departamento de Salud, ASSMCA y ASES
- Servicios intensivos ambulatorios, de salud mental y abuso de sustancias.
- Servicios de emergencia e intervención en crisis 24 horas, los siete días de la semana.
- Cobertura de farmacia y acceso a prescripción de medicamentos en no más de 24 horas.
- Laboratorios clínicos relacionados al área de salud mental y abuso de sustancias cuando sea médicamente necesario.
- Servicios en el hogar según determinado por el MBHO.
- "*Call Center*" para cernimiento inicial y seguimiento las 24 horas al día.
- Programa de manejo de casos para coordinar servicios y brindar seguimiento.
- Programa de revisión y utilización.
- Programa de credencialización de proveedores.
- Programa de mejoramiento continúo de la calidad.
- Servicios administrativos que incluyen:
- Procesamientos de reclamaciones y encuentros.
    - Facturación y cobros.
    - Pago de nómina, etc.
    - Sistema de Manejo de Información Mecanizado (MIS).

- Los MBHO's FHC Health System y APS - administra el pago de reclamaciones de hospicios y agencias de salud en el hogar

Los MBHO's tienen todo el riesgo de la cubierta de servicios contratados incluyendo medicamentos para el Plan de Salud del ELA. . Los proveedores independientes de la red son contratados a base de tarifas por visita (*fee for service*), en el caso específico de los Psiquiatras los costos por medicamentos no están incluidos y permanecen bajo la responsabilidad del MBHO. También administran negocio de carteras de negocio de asegurados y organizaciones de servicios de salud sin asumir riesgos generalmente.

5.16 Reglamentación de Cubiertas Mandatorias

5.16.1 Leyes Estatales

- **Ley 248 de 15 de agosto 1999**

Esta ley estipula que todo contrato de salud que provea beneficios por maternidad incluya definiciones y los periodos mínimos de 48 horas de estadía dentro de las facilidades hospitalarias para madre y niño si el parto es natural y de 96 horas sí requirió cesárea. De requerirse un tiempo mayor no se deberá requerir del proveedor o del paciente una certificación o documentación adicional o cualquier actuación contraria a los intereses económicos de sus asegurados o proveedores.

- **Ley 148 del 9 de agosto de 2002, "Enmienda a la Carta de Derechos del Paciente**".

Esta Ley se enmienda e incluye la definición de médicos podiátras, optómetras y sicólogos clínicos como "profesionales de la salud" y requiere entre otras cosas que todo plan de salud le permita al paciente el libre acceso a escoger los servicios y tratamientos de dichos profesionales.

- **Ley 251 del 31 de agosto de 2000, "Ley de hijos de Crianza".**

Esta ley enmienda el Artículo 16.330 y añade el inciso (6) al Artículo 19.150 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", a fin de establecer que en ningún convenio mediante el cual se provea un plan de servicios de cuidado de salud, podrá excluir a los hijos(as) de crianza de la cubierta de la unidad familiar del asegurado principal y requiere entre otras cosas la definición del término hijos de crianza.

- **Ley 194 de 25 de agosto de 2000 conocida como Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente**

El Artículo 5 a requiere que el paciente tenga acceso al listado y localización de facilidades y profesionales participantes del plan (red de proveedores)

El Articulo 6 requiere que la red sea suficiente para garantizar que todos los servicios cubiertos sean accesibles y en proximidad geográfica a las residencias y lugares de trabajo de los trabajadores. Requiere además acceso a servicios de emergencia las 24 horas los 7 días de la semana. Debe proveerse acceso directo y rápido de especialistas a pacientes con condiciones o necesidades especiales de cuidado médico o de salud de su selección entre la red.

Artículo 7 requiere que el plan de salud contenga una disposición en el contrato de que en caso de que termine el plan o se cancele el mismo se debe notificar de dicha terminación o cancelación con 30 días calendarios de anticipación a la fecha de efectividad de la cancelación o terminación.

Se requiere además sujeto a requisito del pago de prima correspondiente que el plan provea un periodo de transición cuando el plan termina para garantizar la continuidad de los servicios. en casos en que el paciente se encuentre hospitalizado al momento de la terminación del plan, en caso de que una paciente se encuentre en el segundo trimestre de embarazo a la fecha de terminación del plan y en caso de que el paciente sea diagnosticado con una condición terminal antes de la fecha de terminación del plan.

El artículo 8 requiere acceso a beneficios de servicios de emergencia, sin período de espera, sin autorización previa e independientemente de que el proveedor sea o no proveedor participante. De recibir los servicios de un proveedor no participante el paciente no será responsable de un pago por servicios que exceda la cantidad que hubiese pagado con uno participante.

El plan de salud compensará al proveedor no participante que ofrezca los servicios de emergencia y este vendrá obligado a aceptar dicha compensación.

Articulo 9 requiere que el plan contenga una disposición que establezca que en el caso de pacientes con una condición que amenace su vida y no exista un tratamiento efectivo, cuando sea elegible para participar en estudio de tratamiento clínico la aseguradora costee los gastos médicos rutinarios del paciente

Artículo 12 requiere que el plan tenga disponible procedimientos sencillos, justos y eficientes para resolver diferencias con el plan. Debe tener disponible mecanismos apelativos internos.

- **Ley 309 del 25 de diciembre de 2002 (enmienda a Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente)**

Dispone que el paciente que finalice su relación médico-paciente tenga el derecho a recibir copia de su récord médico en un período que no excederá los cinco días laborables, mediante el pago de un costo razonable el cual no excederá de setenta y cinco ($.75) centavos por página hasta un máximo de veinticinco (25) dólares por récord médico.

- **Ley 311 del 19 de diciembre de 2003 (Cernimiento Auditivo Neonatal Universal)**

Requiere que todo plan de salud debe proveer cubierta para el cernimiento auditivo inicial del recién nacido y para cualquier otra evaluación audiológica dentro del seguimiento relacionado al cernimiento auditivo inicial. Los beneficios de la Prueba de Cernimiento Auditivo Universal a recién nacidos, así como el cuidado de seguimiento deberán estar sujetos a los mismos deducibles y copagos aplicables a otros servicios médicos.

- **Ley 349 del 2 de septiembre de 2000 (Carta de Derechos de las Personas Portadoras del Virus VIH en Puerto Rico)**

Esta ley requiere que las personas portadoras del virus VIH/SIDA reciban un tratamiento idóneo, sin restricción alguna garantizando su mejor calidad de vida.

- **Ley 383 del 6 de septiembre de 2000**

Esta ley establece que los aseguradores, organizaciones de servicios de salud y organizaciones sin fines de Lucro, no pueden favorecer o instruir a sus clientes o asegurados a que contacte de manera exclusiva un sistema de emergencias médicas distinto al sistema 9-1-1. Además, no pueden requerir una preautorización para contactar el sistema 9-1-1 en casos de emergencias médicas. No se podrá prohibir que asegurados o clientes contacten el sistema 9-1-1 para casos que no constituyan una emergencia médica.

Se prohíbe utilizar lenguaje falso o engañoso en materiales destinados a sus asegurados o clientes.

- **Ley 408 del 2 de octubre de 2000 (Ley de Salud Mental de Puerto Rico)**

Esta ley establece que no existirá distinción entre un trastorno mental y cualquier otra condición médica en términos de acceso a servicios que la persona necesite. Dicho acceso deberá ser a tono con las subespecializaciones por etapa de vida, género, trastorno, edad y nivel de cuidado, a tenor con el diagnóstico, severidad de síntomas y signos en el momento.

Todo proveedor debe brindar los servicios dentro de los primeros 5 días naturales de la solicitud de servicio, siempre que no sea una emergencia psiquiátrica.

- **Ley Núm. 296 del 1 de septiembre de 2000, conocida como “Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico”**

Dicha ley establece, entre otras cosas, que todo director escuela pública y privada, incluyendo centros de cuido diurno y de centros de Head Start, deben exigir una evaluación médica con evidencia de las pruebas de cernimiento requeridas de acuerdo con la edad del niño, según los estándares vigentes. Los servicios requeridos para cumplir con las disposiciones de esta Ley serán incluidos en la tarjeta de salud, así como para los seguros privados prepagados. Los

mismos serán ofrecidos a los estudiantes sin costo alguno más allá de la prima previamente establecida.

5.16.2 Leyes Federales

- **"Women's Health & Cancer Act" del 1998 aprobada el 21 de octubre de 1998**

Esta ley requiere que los planes de salud cubran cirugía reconstructiva del seno luego de una masectomía si estos proveen cubierta médica de cáncer. El plan debe cumplir específicamente con lo siguiente:

- Reconstrucción del seno en el cual se practicó la masectomía.
- Cirugía y reconstrucción del seno para producir apariencia simétrica.
- Prótesis y complicaciones físicas que surjan de todas las etapas de masectomía incluyendo linfoedemas.

Dichos beneficios serán provistos mediante consulta entre paciente y el médico que la atiende.

- **Ley de Discriminación en caso de Embarazo.**

La Sección 701 del Titulo VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964, según enmendada el 31 de octubre de 1978 (Section 701, Title VII of Civil Rights Act 1964) conocida como Ley de Discriminación en caso de Embarazo, requiere, entre otras cosas, que el embarazo, nacimiento o condiciones médicas relacionadas sean tratadas del mismo modo que cualquier otra condición médica. Como resultado de ello, los planes de salud grupales provistos totalmente o en parte por un patrono deben otorgar cubierta para el embarazo, nacimiento y condiciones médicas relacionadas. Además, los cónyuges de los empleados deben tener disponibles las mismas cubiertas de salud que las trabajadoras.

- "**Mental Health Parity Act" de 1996**

Esta ley establece, entre otras cosas, que los contratos que proveen beneficios de condición mental no pueden establecer un límite máximo de por vida o un límite anual que sea inferior a los límites para beneficios médicos quirúrgicos.

- **"Comprehensive Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986"(C.O.B.R.A.)**

Esta ley en general dispone que todo patrono que tenga más de 20 empleados bajo un plan de salud, tendrá la obligación de ofrecer a los dependientes de los empleados la oportunidad de beneficiarse de una extensión de la cubierta del seguro cuando ocurre algún evento que ponga fin a su protección, como en caso de divorcio o separación del cónyuge, muerte del asegurado o terminación del empleo. Se requiere a los patronos que establezcan un procedimiento administrativo para notificar a los beneficiarios del plan cada vez que ocurra un evento que motive la aplicación de la ley. Una vez se cumple con el requisito de notificación el empleado o beneficiario tiene un máximo de 60 días para decidir si continúa acogido al plan. El empleado y sus beneficiarios podrán continuar recibiendo las misma cubierta que tenían pagando el costo total de la cubierta por un periodo determinado. El asegurador puede agregar a ese costo un 2% por gastos administrativos por lo que la prima generalmente es hasta un 102% de la prima que se hubiese cobrado si la persona fuese elegible para la cubierta grupal.

La extensión de cubierta que garantiza COBRA es sólo de 36 meses, excepto en casos de: terminación de empleo (no en caso de muerte) y por reducción de horas de trabajo. En estos casos de excepción la cubierta será de 18 meses.

- **Ley de Discriminación de Edad en el Empleo. (The Age Discrimination in Employment Act of 1967)**

Esta Ley requiere a los patronos que otorgue la misma cobertura de gastos médicos a los trabajadores de 65 años o más y a sus dependientes que la que se otorga a los trabajadores más jóvenes y sus dependientes. Todos los empleados activos, independientemente de la edad, deben ser elegibles para la misma cubierta de gastos médicos y no pueden exigir un pago adicional al que pagan los empleados más jóvenes.

- **Ley "American with Disabilities Act" (ADA)**

Esta ley prohíbe la discriminación contra personas con impedimentos físicos o mentales incluyendo el HIV/SIDA. La ley exige que los empleados incapacitados de ciertos patronos tengan el mismo acceso a las cubiertas de salud que están disponibles para los demás empleados.

- **"Employee Retirement Income Security Act of 1974"(ERISA)**

ERISA requiere a los patronos que auspician planes de salud cuenten con un documento escrito del plan, una descripción resumida del plan, que presenten un informe anual a la Oficina de Servicios de Impuestos Internos (IRS) y establezcan un procedimiento adecuado para la resolución de querellas del plan. El documento escrito debe nombrar uno o más fiduciarios que son responsables de controlar y administrar la operación del plan

ERISA también contiene disposiciones para establecer los requisitos mínimos que deben contener los planes de jubilación de los empleados auspiciados por un patrono.

5.16.3 Cartas Circulares y Normativas emitidas por la Oficina del Comisionado de Seguros relacionadas a Seguros de Salud

- **Carta Normativa N-VA-10-90-97 del 24 de noviembre de 1997 (The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) [HR3103 PL104-91])**

La Carta Normativa requiere que todo asegurador y organización de servicios de salud cumpla con las disposiciones de la Ley Federal HIPAA. en cuanto a periodos de espera y condiciones preexistentes. Se establece que si una persona ha estado asegurada bajo un plan de cuidado de salud grupal por dieciocho meses o más tiene derecho a acogerse a un seguro de salud individual sin que se le aplique un periodo de espera ni la cláusula de condiciones preexistentes.

- **Carta Normativa N-VA-12-111-99 del 20 de diciembre de 1999 (Discriminación Ilegal contra Asegurados o Suscriptores que Seleccionan Habitaciones Privadas durante Períodos de Hospitalización**)

Establece que los proveedores de servicios médicos no pueden cobrar a pacientes recluidos en habitaciones privadas cantidades distintas a aquellas que tendrían derecho a cobrar si dichos pacientes estuviesen recluidos en habitaciones semi-privadas, salvo en el caso de diferencias en el costo de la habitación.

- **Cláusula de Coordinación de Beneficios de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros, (NAIC por sus siglas en inglés)**

Esta cláusula está concebida para evitar que un integrante de un grupo asegurado que se encuentra también asegurado bajo más de una póliza grupal de seguros médicos reciba beneficios superiores al monto de gastos médicos que realmente incurrió. Contiene las reglas de responsabilidad de pago a seguir de los planes de cuidado de salud cuando el asegurado tiene más de una cubierta.

5.16.4 Código de Seguros de Puerto Rico

El Código de Seguros de Puerto Rico requiere que los planes de cuidado de salud contengan las siguientes disposiciones:

- **Límite de Tiempo para Ciertas Defensas**

Establece que luego de tres años de estar en vigor el plan, ninguna declaración falsa (excepto una fraudulenta) se utilizará para denegar reclamaciones o anular el contrato.

- **Periodo de Gracia**

Requiere que se otorgue un periodo de treinta días adicionales para el pago de prima luego de vencida la fecha del pago. En este periodo el contrato permanece en vigor.

- **Reinstalación**

Requiere que si la prima de renovación no se pagare dentro del tiempo concedido al asegurado para su pago, la siguiente aceptación de una prima por el asegurador o por un agente autorizado rehabilitará la póliza.

Las cubiertas legisladas por el ELA de Puerto Rico no impactan a todos los planes médicos, dado que ni la cubierta de Medicare y Veteranos, ni las cubiertas de planes privados auto asegurados quedan bajo la legislación estatal. Estos grupos representan un 30 por ciento de la población. Los pagadores finalmente de los planes que se afectan con estas legislaciones son el mismo gobierno del ELA de Puerto Rico, que provee los seguros a la población medico indigente y empleados públicos (52%) y el restante de los planes privados (17 %). De manera que es una porción pequeña la que queda sujeta a las cubiertas mandatarias estatales y terminan impactados a los pequeños patronos que ofrecen o facilitan este beneficio a sus trabajadores o la población que compra su plan.

Esta puede ser una explicación para el aumento de la población no asegurada de 7% en 2002 y 8,3% en el 2003, así como el incremento en costos de los planes subsidiados por el Gobierno.

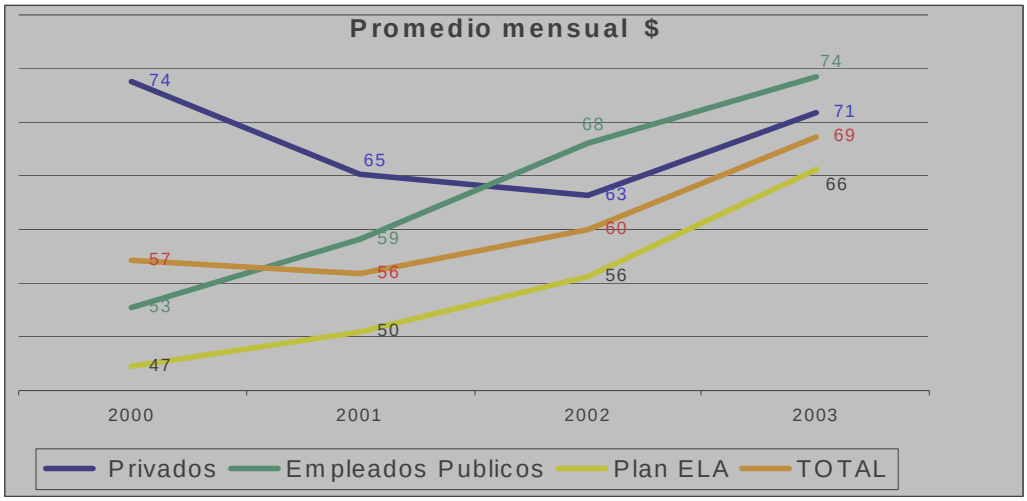
La imposición de las cubiertas mandatorias legisladas en el último año puede ser una razón para que los patronos busquen disminuir los beneficios que dan a sus empleados o ir eliminando el beneficio de planes médicos. También una tendencia en la Industria de Seguros de Salud, es que los patronos de grandes empresas se mueven a planes autoasegurados.

5.17 Primas de los Planes Médicos

Las primas que se pagan en los distintos planes médicos, se conoce solo aquella entidad que somete informe a la Oficina del Comisionado de Seguros. Esto es para las aseguradoras y organizaciones de servicios de salud, y se presenta para los últimos tres años en el Gráfico 2.

Las primas más bajas las presenta el plan de Salud del ELA, pero en estas primas no se reflejan las primas pagadas por la cubierta mental. Estas primas, alrededor de $5.00 mensuales adicionales, totalizarían unos $79 mensuales por asegurado. Son las primas de los empleados públicos las más altas debido a la manera que se adjudica este negocio, donde el Departamento de Hacienda adjudica a varias aseguradoras y organizaciones de servicio de salud el poder ofrecer a los empalados públicos sus pólizas. Este proceso no asegura a la compañía que asume el riesgo el número de suscriptores que los seleccionara y por lo tanto, no se toma ventaja de conseguir primas bajas por un gran volumen, el concepto de dispersión de riesgo no se aprovecha en este negocio.

Gráfico 2.
Primas Mensuales Promedio por Tipo de Negocio 2000 - 2003
Aseguradoras y Organizaciones de Servicios de Salud



1) Negocio suscrito e informado a través de la Oficina de Comisionado de Seguros
Fuente: Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Oficina del Comisionado de Seguros,2000-2003

5.18 Gastos en Planes Médicos

El gasto en el cuidado de la salud en Puerto Rico a través de planes médicos es sobre $5.3 billones para el año 2003 según nuestros estimados. En el siguiente cuadro se muestra un resumen de cada población u organización, según la información disponible, del gasto en beneficios o reclamaciones pagadas. (**Cuadro 2**)

Cuadro 2
Beneficios Pagados Por poblaciones con Planes Médicos y Organizaciones que lo Administran, Puerto Rico 2003

Poblaciones /Organizaciones	Seguros Públicos	Plan de Salud ELA	Privado	Medicare	Veteranos	Total
Aseguradoras	$90.5	$434.8	$807.5			$1,332.7
Health Care Plans	$295.2	$689.4	$165.0			$1,149.6
MBHO		$78.0				$78.0
AMPR	$26.9					$26.9
Auxilio Mutuo			$11.3			$11.3
TPA's			$455.6	$2,044.9	$295.3	$2,795.8
TOTAL	$412.5	$1,202.2	$1,439.4	$2,044.9	$295.3	$5,394.3

Fuente: Aseguradoras y Health Care Plans *(*ver anejo III)
MBHO – No disponibles datos que administren en el sector privado
TPA's Privado - Datos de la Nota 18 de Informe Anual al Comisionado de Seguros, no esta completo.
Auxilio Mutuo y Asociación de Maestros de Puerto Rico – datos provistos por la misma entidad.

5.19 Asegurados

Según los datos de la Oficina del Comisionado de Seguros en Puerto Rico (OCS), el número de asegurados por planes de cuidado de Salud en 2003 era de 3,154,582 asegurados. (**Anejo IV**). Este número de asegurados, refleja duplicidad en el total de los asegurados, ya que una persona puede estar asegurada en varias aseguradoras u organizaciones y la manera en que se recopila la informaron no permite excluir uno del otro.

Existen además muchas empresas en Puerto Rico que ofrecen a sus empleados o socios cubiertas de seguros de salud que no se reflejan en los datos de la OCS. Aquellos patronos que utilizan la modalidad de auto seguro, tales como la Asociación de Maestros de Puerto Rico y la Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia de Puerto Rico, las cuales están fuera del alcance reglamentario de la OCS, según establecido Artículo 1.07 del Código de Seguros, por lo que no están incluidos en la cifra de 3.1 millones de asegurados. (**Cuadro 3**)

Cuadro 3
Asegurados por poblaciones con Planes Médicos y Organizaciones que lo Administran, Puerto Rico 2003

ASEGURADOS [1] Poblaciones/ Organizaciones	Seguros Públicos	Plan de Salud ELA	Privado	Medicare	Veteranos	Total
Aseguradoras	75,603	627,273	810,799			1,513,675
Health Care Plans	357,399	922,649	134,398			1.414.446
MBHO(2)						0
AMPR	43,705					43,705
Auxilio Mutuo			21,416			21,416
Auto asegurados			469.884[3]	560.725	143.730	1.173.609
	476,707	1,549,922	1.436.497	560.725	143.730	4.166.851

Notas:
No se considera en este informe los asegurados (226,461) bajo Asociación de Servicios Médicos y Hospitalario con Fines no pecuniarios del Anejo IV, por ser una cubierta suplementaria y sabemos de antemano que esta duplicado
(1) El total de asegurados en este cuadro no representa personas únicas, porque un individuo puede estar asegurado bajo varios planes médicos y por lo tanto estará duplicado en el total.
(2)Los MBHO administran la cubierta mental de la población asegurada bajo Plan de Salud ELA, por lo que no se considera para no duplicar los números
(3) Basado en $455 millones de beneficios pagados en Auto asegurados, y un gasto promedio mensual de $80.80 se estima los asegurados, Anejo V.

En el siguiente gráfico (**Gráfico 3),** se muestra las poblaciones con planes médicos con la proporción que representan del total de la población (3.879 millones)(19) . Basado en las reglamentaciones y los datos disponibles, se puede establecer donde existe traslapo de elegibilidad, estas son:

a. Para Medicaid (Plan de ELA) y Medicare, el 5% de la población, tiene ambos planes. A este grupo de conocen como *dual elegible* según los parámetros federales.
b. Dentro del grupo de los empleados públicos, existe una población de 65 años de aproximadamente 32.000 asegurados con cubierta suplementaria y que representa un 1 por ciento de la población total.
c. Aunque los empleados públicos pueden escoger el Plan de ELA, los números que se presentan incluyen a estos en el plan de ELA y excluido en el grupo de empleados públicos.
d. Podemos estimar, basado en que un 8.3 por ciento de la población (20) , que existe otro 9.8 por ciento con más de una cubierta que deben ser:
    - Población Medicare que tiene planes suplementarios en la parte privada, no tenemos los estimados de esta información.
    - Asegurados bajo planes privados con Veteranos, qu etampoco tenemos esimados

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

20 Según informe preliminar del BRFSS de 2003.

Gráfico 3
Distribución porcentual de la población de Puerto Rico por tipo de plan médico 2003

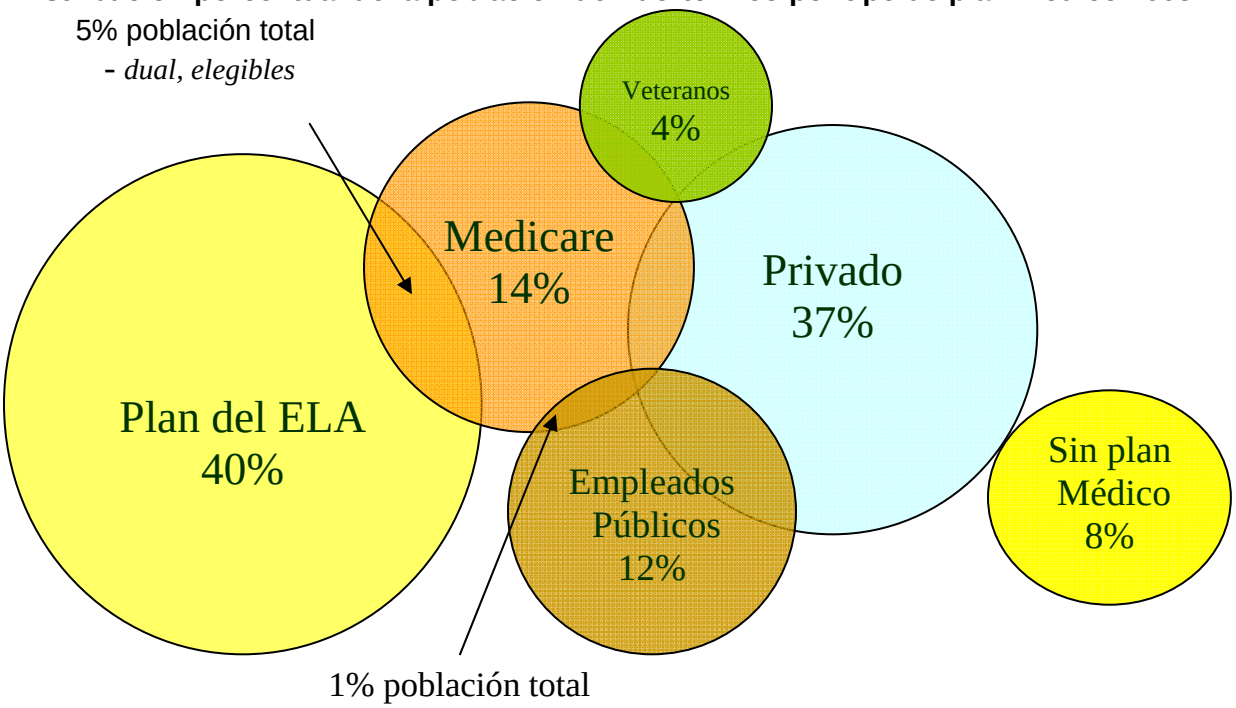
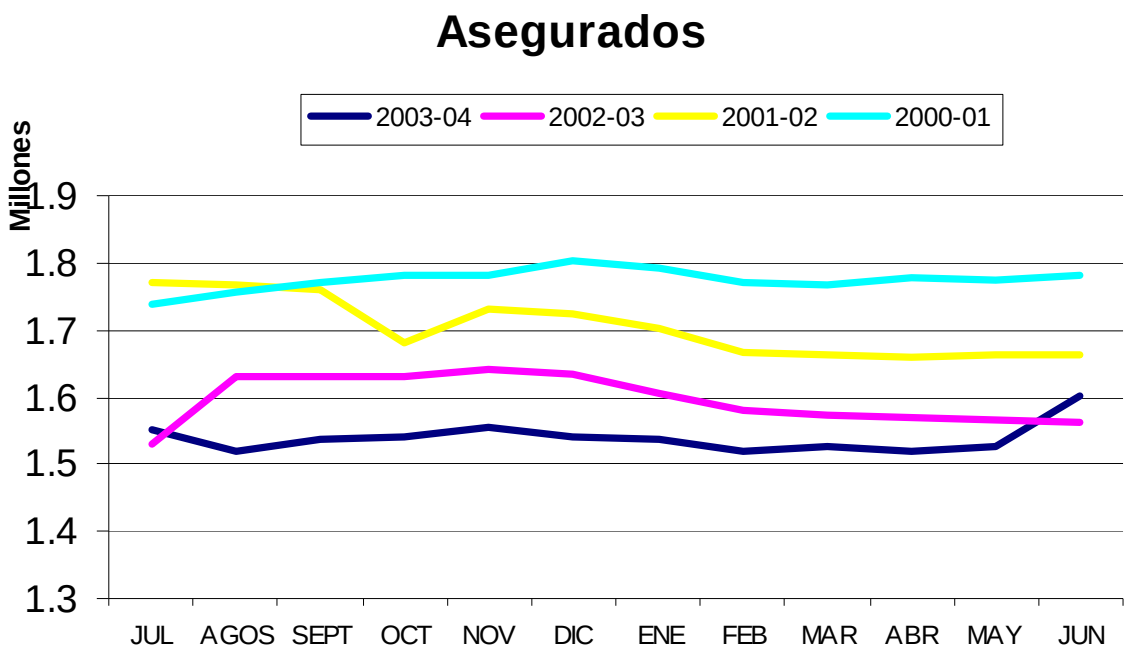


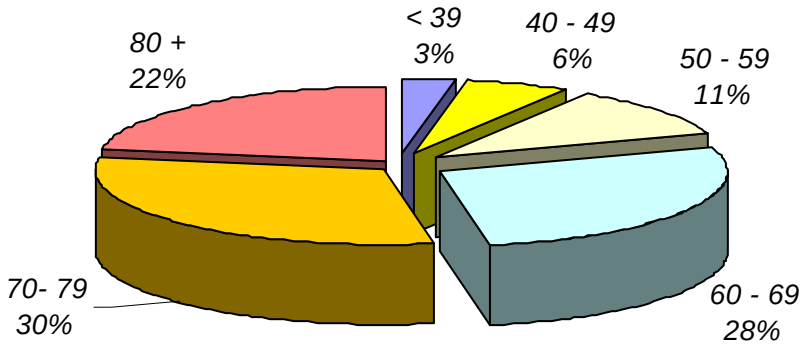
Gráfico 4. Asegurados por año fiscal
Plan Salud del ELA, 2000-01-2003-2004



Fuente: Administración de Seguros de Salud (ASES), 2000-2001-2003-2004.

Gráfico 5

Distribucion de Asegurados por Grupos de Edad
Parte A y Parte B Medicare 2002



Fuente: Medicare, 2002.

5.20 No Asegurados

De acuerdo al Estudio Continuo de Salud para los municipios de Puerto Rico, en el 2002, un 7 por ciento de la población no tenía seguro, alrededor de 271,000 habitantes. Esta información se confirma con datos del BRFSS (21) en el que este por ciento es similar, con una tendencia descenderte desde el 1996, donde existían niveles de 13.6 por ciento.(**Cuadro 4**) Para Estados Unidos, la población no asegurada (22) es de un 15.2 por ciento con una tendencia ascendente en los últimos años.

El Cuadro 5 presenta la diferencia por edad y sexo la población sin planes médicos, en la que se observa que la población masculina (9.5%) y joven (9.2 % de 18 a 34 años) es la población con menos planes de salud.

Cuadro 4

Distribución de Personas con Seguros de Salud
Puerto Rico, 2002

	%
Si	92.8
No	7.0
No determinado	0.2

Fuente: Departamento de Salud, Estudio Continuo de Salud para los Municipios de Puerto Rico, 2002.

21.Behavioral Risk Factor Surveillance System
22 Fuente: U.S. Census Bureau Current Population Survey, 2003 Annual Social and Economic Supplement. http://ferret.bls.census.gov/macro/032003/health/h06_000.htm

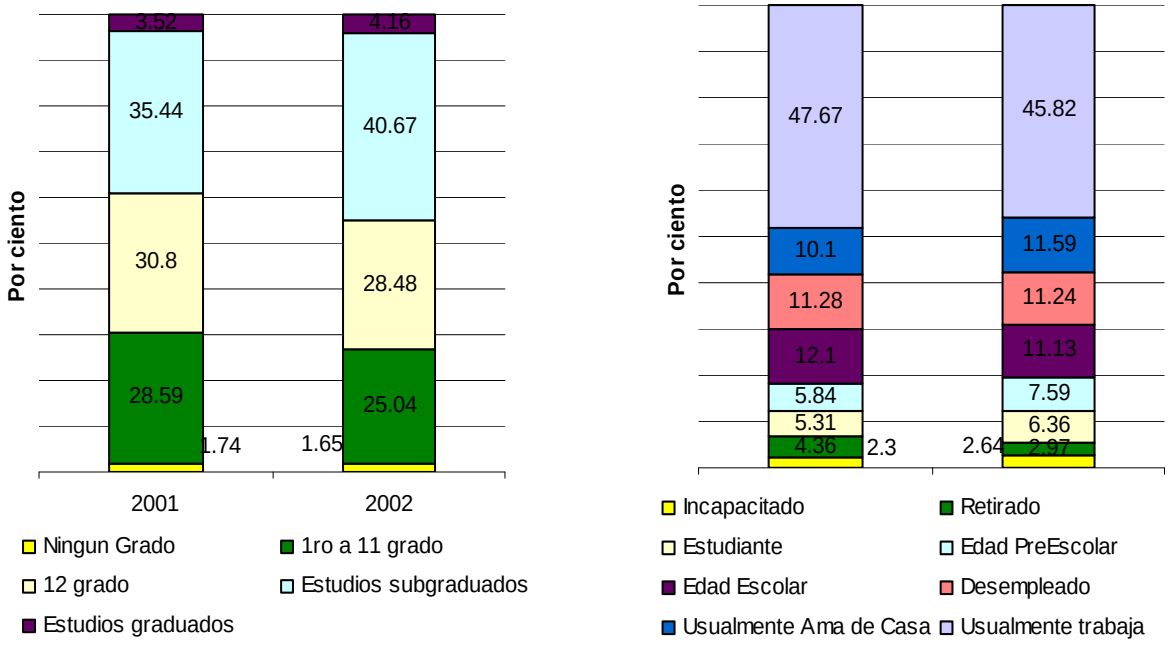
Cuadro 5

No Asegurados por Grupo de Edad
Puerto Rico 1996 - 2002

	Total	M	F	18 - 34	35 - 49	50 - 64	65 +
1996	13,6	14,2	13,1	20,1	12,3	10,1	2,9
1997	10,3	11,8	8,9	14,3	10,7	8,5	1,5
1998	11,0	13,1	9,1	15,6	11,6	7,6	1,7
1999	11,7	13,5	10,0	17,6	11,0	7,1	3,0
2000	9,0	0,9	7,4	11,9	9,1	7,9	2,3
2001	8,5	11,7	5,7	11,4	8,5	6,8	4,0
2002	7,0	9,5	4,7	9,2	6,3	7,1	1,3

Fuente: Departamento de Salud, BRRFS, 1996--2002

Grafico 6
Distribución de la Población sin Planes Médicos por Nivel de Escolaridad y Ocupación, Puerto Rico 2001 y 2002



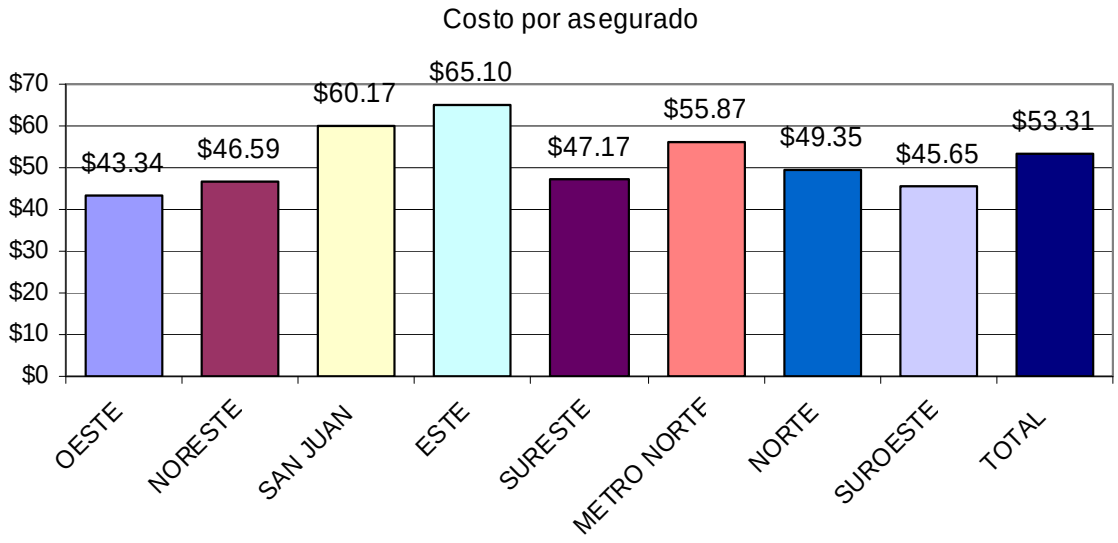
Fuente: Departamento de Salud, Estudio Continuo de Salud, 2001 – 2002.

La identificación de la población no asegurada es importante para el desarrollo de estrategias para facilitar el acceso a servicios de salud. La población no asegurada se caracteriza por altos niveles de escolaridad (40.67 por ciento tiene estudios subgraduados) y el 45.8 por ciento de estos por lo general está empleado. Estos datos podrían sugerir que este segmento de la población no cuenta con suficientes ingresos para la adquisición de cubiertas de seguros de salud. El costo de un plan privado individual es mayor en costo a uno grupal.

Si analizamos el costo por asegurado el mismo varía dentro de las regiones de salud. El mismo fluctúa entre $65.10 en la región Este y $43.34 en la región Oeste. (**Gráfico 7**). La distribución porcentual de los beneficios pagados al 2003 reflejan que el gasto mayor del Plan de Salud de ELA es el de hospitalización, farmacia y servicios médico quirúrgico (**Gráfico 8**).

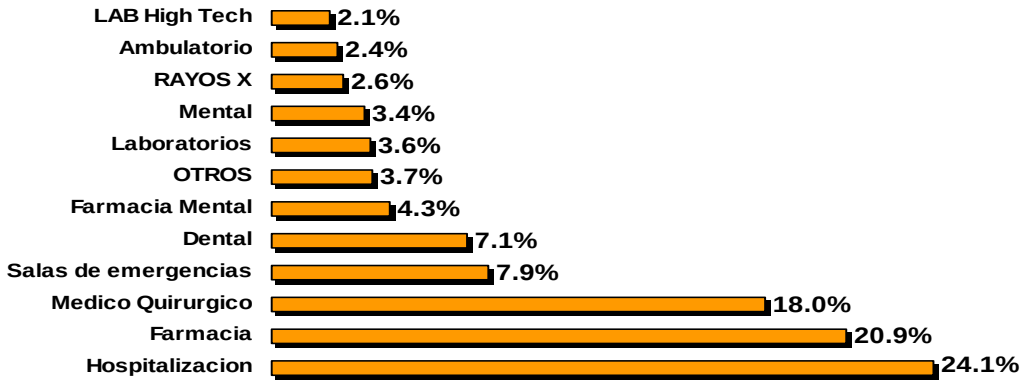
5.21 Utilización y Costos

Gráfico 7
Beneficios Pagados por Asegurado Mensual 2003
Plan de Salud ELA*



***** No incluye costo por salud mental
Fuente: Administración de Seguros de Salud (ASES), 2003.

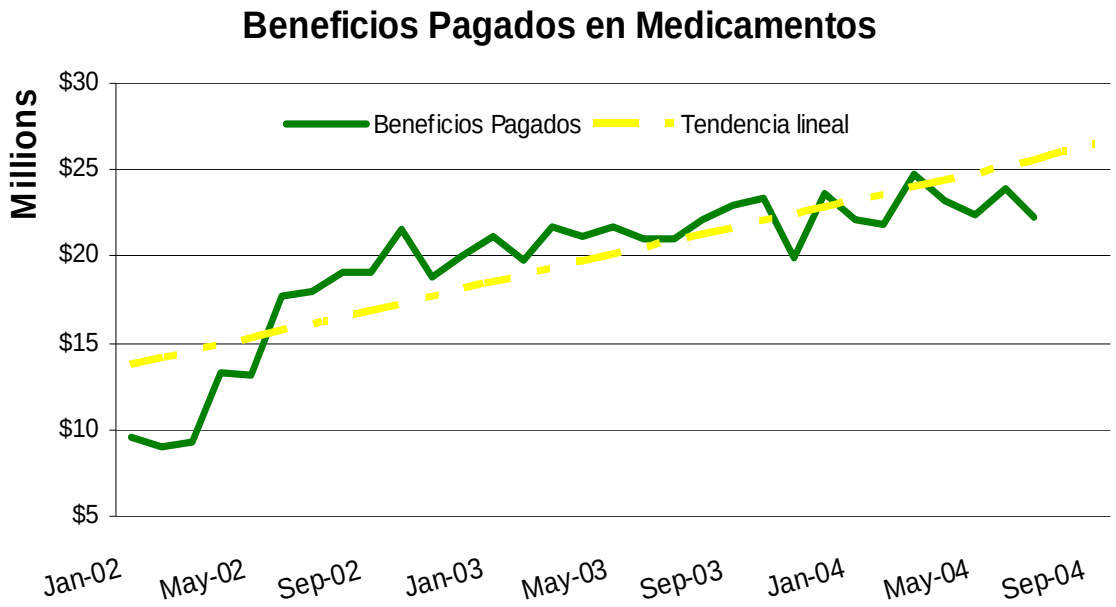
Gráfico 8
Distribución porcentual de los Beneficios Pagados 2003
Plan de Salud ELA



Fuente: Administración de Servicios de Salud (ASES), 2003.

El gasto en medicamentos para el año fiscal 2003 – 2004 fue de $271.2 millones para un promedio mensual de $22.6 millones y un crecimiento anual de 10.8%. El **Gráfico 9** muestra la tendencia para los últimos 30 meses.

Gráfico 9
Beneficio de Medicamentos 2002 - 2004
Plan de Salud ELA



Fuente: Administración de Servicios de Salud (ASES),2002-2004.

El gasto total en medicamentos para el Plan de Salud del ELA por miembro por mes (pmpm) es $2.58 para la cubierta de mental y $12.91 para la cubierta física durante el año fiscal 2003-2004, para un agregado de $14.74. La utilización de los medicamentos, definida como por ciento de pacientes elegibles, es de un 23.7 por ciento, siendo en mental de 3.5 por ciento y en físico de 18.9 por ciento. Los cuadros 6 y 7 muestran otros datos de utilización y costos de la cubierta de medicamentos.

Cuadro 6
Plan Salud de ELA
Gastos en medicamentos, 2003-2004

2003-2004		Cambio anual
Por ciento Utilización	23.7%	6.0%
Costo Ingrediente	$22.17	10.0%
Costo por Utilizador	$62.27	8.9%
Costo PMPM	$14.74	15.6%

Fuente: Administración de Servicios de Salud (ASES), 2003-2004.

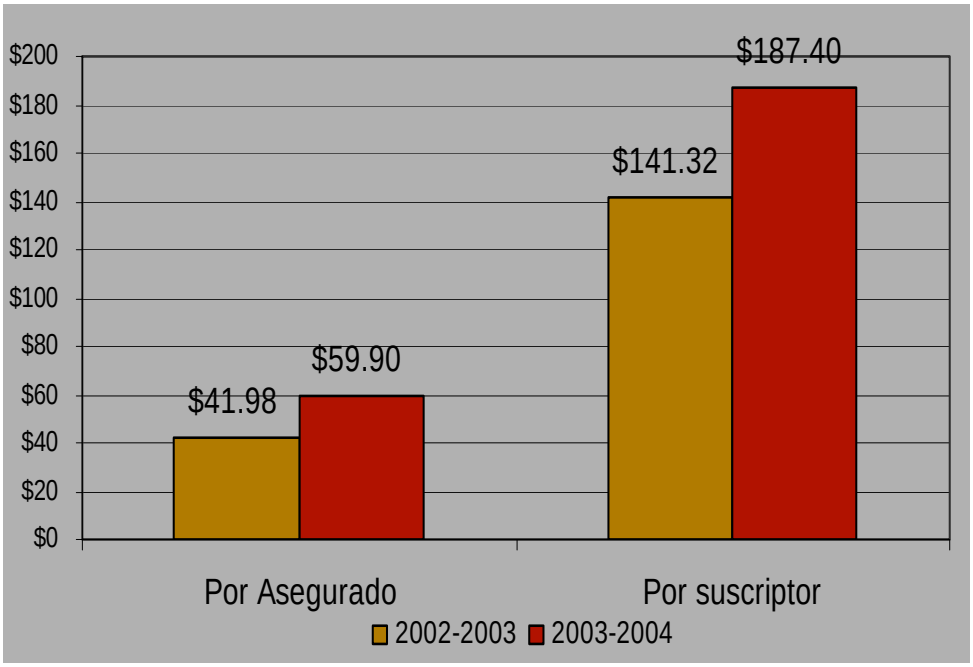
Cuadro 7
Por ciento de Recetas y costo promedio de recetas por tipo de cubierta
Plan de Salud de ELA de Puerto Rico Año 2003 - 2004

Por ciento de Recetas	**Mental**	**Físico**	**Total**
Marca	16.6%	19.8%	19.3%
Bioequivalente	83.4%	80.2%	80.7%
Costo promedio por receta			
Marca	$120.58	$83.31	$88.43
Bioequivalente	$11.99	$9.78	$10.15
Total	**$30.05**	**$24.37**	**$25.28**

Fuente: Administración de Servicios de Salud (ASES), 2003-2004.

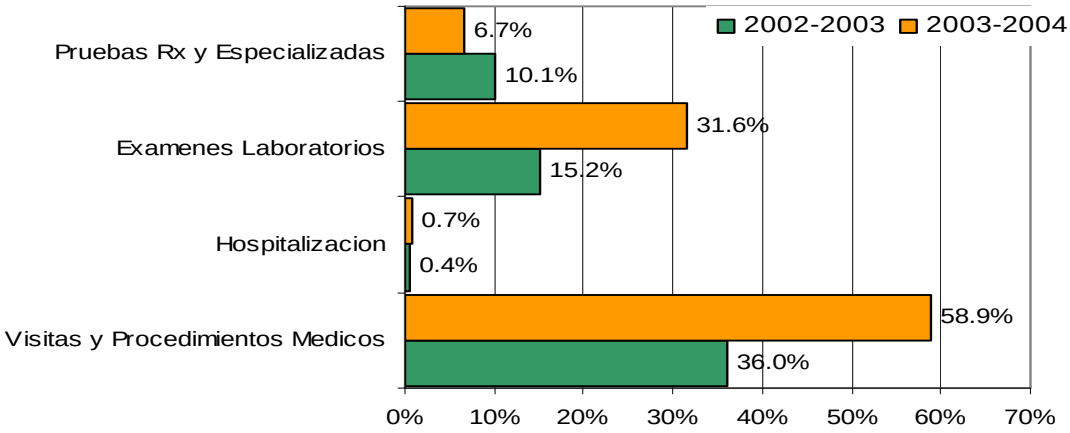
El siguiente gráfico muestra los beneficios pagados en las pólizas de los empleados públicos. La diferencia porcentual (42%) de un año a otros es sustancial, cuando no ha habido cambios sustanciales en las cubiertas.

Gráfico 10
Beneficios Pagados Promedio Mensual a Empleados Públicos
Años 2002 - 2004



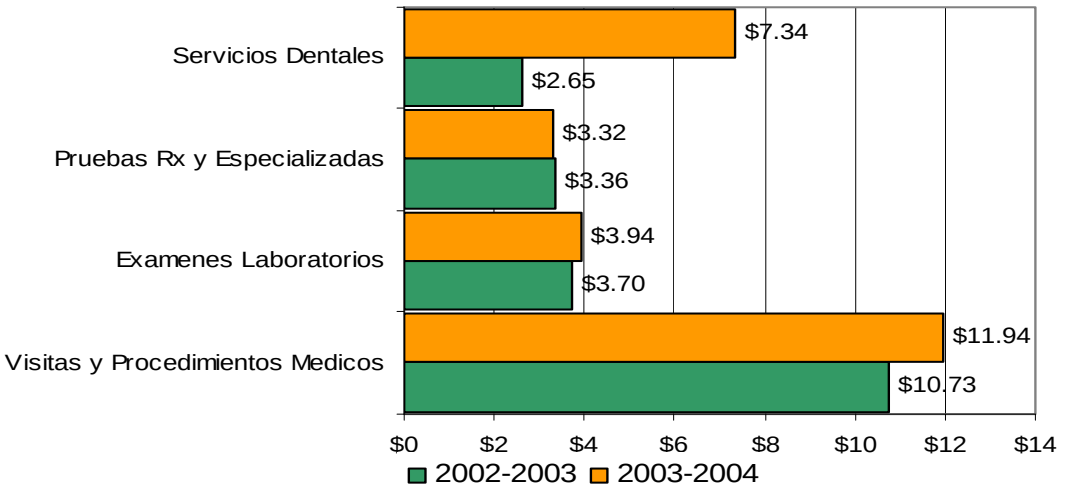
Fuente: Informes, Comité asesor de Seguros Públicos, 2002-2004.

Gráfico 11
Distribución de Beneficios Pagados por Tipo de Servicios a Empleados Públicos
Años 2002 - 2004



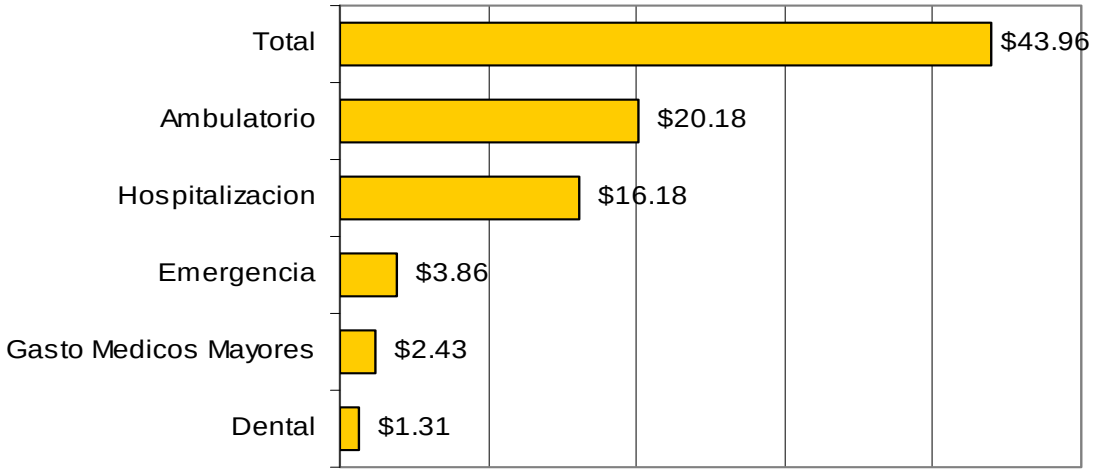
Fuente: Informes, Comité asesor de Seguros Públicos, 2002-2004.

Gráfico 12
Beneficios Pagados Promedio Mensual por Tipo de Servicios a Empleados Públicos
Años 2002 - 2004



Fuente: Informes, Comité asesor de Seguros Públicos, 2002-2004.

Gráfico 13
Beneficios Pagados Promedio Mensual por Tipo de Servicios
Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia de Puerto Rico 2003



Fuente: Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia de Puerto Rico 2003.

La Industria de Seguros de Salud en Puerto Rico es muy reglamentada y por lo tanto compleja. Pero es esencial conocer la misma para conocer su gran impacto en el Sistema de Salud. Teniendo tanta diversidad en la manera que una persona puede tener planes médicos y cubiertas de seguros, requiere de análisis riguroso para conocer el acceso a los distintos servicios de salud que tiene la población. Ejemplo de ello es que no todos los planes médicos en Puerto Rico están obligados beneficios para condiciones de salud mental. Por lo tanto, la prestación de este servicio se dará de manera distinta y el Estado tiene que buscar la manera de ofrecer acceso a quien no tiene la cubierta de mental.

Tampoco existe estándares para la recopilación de datos, y por lo tanto no se tiene datos comparativos. Es recomendable seguir recopilando información, y crear las bases de datos similares a través de todos los que ofrecen servicios.

Bibliografía

Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). "Informe preliminar sobre población medicare que tienen planes suplementarios en la parte privada de planes médicos". 2003.

Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico Estudio Continuo de Salud para los Municipios de Puerto Rico, año 2002. Río Piedras: 2004.

Informe Anual del Comisionado de Seguros, Oficina del Comisionado de Seguros "Primas Mensuales Promedio por tipo de Negocio"; Aseguradoras y Organizaciones de Servicios de Salud, 2000–2003.

Hospital Auxilio Mutuo. Información de datos de Gastos en Planes Médicos sobre el cuidado de la Salud en Puerto Rico. 2003.

Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Oficina del Censo. "Distribución porcentual de la población de Puerto Rico por Tipo de Plan Médico". Estimado de la población al 1 de julio del 2003.

Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. "Industria de Seguros de Salud- Puerto Rico Primas Suscritas en Seguros de Accidente, Salud y Vida". (2000-2002).

U.S. Census Bureau. Population Survey, Annual Social and Economic Supplement. 2003

Leyes Estatales

Ley del 21 de octubre de 1998, "Women's Health & Cancer Act del 1998".

Ley del 31 de octubre de 1978 de los Derechos Civiles de 1964, según enmendada, Sección 701 del Titulo VII de la (Section 701, Title VII of Civil Rights Act 1964) conocida como Ley de Discriminación en caso de Embarazo.

Ley 64 del 19 de junio de 1959, Ley para establecer que el cargo de Comisionado de Seguros este adscrito al Departamento de Hacienda y sea nombrado por el Secretario de Hacienda.

Ley Núm. 66 de16 de julio de 1921, según enmendada "Ley de Seguros de Puerto Rico".

Ley 72 de 7 de septiembre de 1993, "Ley de la Administración de Seguros de Salud".

Ley Núm. 77 del 19 de junio de 1957, "Código de Seguros de Puerto Rico" .

Ley Núm. 85 del 14 de mayo de 1928, "Ley para crear por primera vez la Oficina del Superintendente de Seguros como un organismo independiente y bajo la jurisdicción de la Oficina del Gobernador".

Ley Núm. 95 de 29 de junio de 1963, "Ley de Beneficios para los Empleados Públicos".

Ley Núm. 113 de 2 de junio de 1976 "Ley de Organizaciones de Servicios de Salud",

Ley 148 del 9 de agosto de 2002, "Enmienda a la Carta de Derechos del Paciente".

Ley Núm.152 de 9 de mayo de 1942, según enmendada, “Ley de Organizaciones de Servicios de Salud (*Health Care Plans).*

Ley Núm. 172 de 31 de julio de 2003, “Ley para enmendar el inciso (a) de la Sección 8 de la Ley Núm. 95 del 29 de junio de 1963.

Ley 194 de 25 de agosto de 2000, “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente” .

Ley Núm. 218 del 15 de mayo de 1948, “Ley para otorgar al Superintendente de Seguros la responsabilidad de aprobar los tipos de prima de toda clase de seguros”.

Ley 248 de 15 de agosto 1999, “Reglamentación de Cubiertas Mandatarias”.

Ley 251 del 31 de agosto de 2000, “Ley de Hijos de Crianza”.

Ley Núm. 296 del 1 de septiembre de 2000, conocida como “Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico”.

Ley 309 del 25 de diciembre de 2002, “Ley para enmendar la “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente”.

Ley 311 del 19 de diciembre de 2003,”Cernimiento Auditivo Neonatal Universal “

Ley 349 del 2 de septiembre de 2000, “Carta de Derechos de las Personas Portadoras del Virus VIH en Puerto Rico“.

Ley 383 del 6 de septiembre de 2000, **“**Ley para prohibir a planes de salud, organizaciones sin fines de lucro que ofrezcan servicios de salud”.

Ley 408 del 2 de octubre de 2000, “Ley de Salud Mental de Puerto Rico“.

Ley de Seguro Social del 1965, crea a “Medicare y Medicaid.”

Leyes Federales

Ley del 26 de Septiembre de 1996 “Mental Health Parity Act”.

Comprehensive Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986 (C.O.B.R.A.).

Ley del 1967, “Discriminación de Edad en el Empleo”. (The Age Discrimination in Employment Act of 1967) *(Pub. L. 90-202).*

Ley del 1990, “American with Disabilities Act (ADA)”.

Ley del 1974, “Employee Retirement Income Security Act (ERISA)”.

Carta Normativa N-AV-10-90-97 del 24 de noviembre de 1997 “The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996“ (HIPAA) [HR3103 PL104-91]).

Carta Normativa N-AV-12-111-99 del 20 de diciembre de 1999 “Discriminación Ilegal contra Asegurados o Suscriptores que Seleccionan Habitaciones Privadas durante Períodos de Hospitalización“.

CAPÍTULO 6
FINANCIAMIENTO

Introducción

El propósito principal de este capítulo es describir y analizar el financiamiento y los gastos del sistema de servicios de salud de Puerto Rico durante el periodo entre el 1999-2003. Los objetivos específicos son los siguientes:

- Elaborar un esquema de flujo financiero del sector salud, identificando los agentes financieros, proveedores y servicios prestados.
- Evaluar las tendencias de las fuentes de financiamiento.
- Desglosar los gastos del sector salud entre público y privado y contrastarlos con el marco macro económico del país.
- Analizar la composición del gasto en el sector de salud en términos de su uso.
- Comparar las políticas sobre financiamiento de las instituciones con lo que los datos revelan.

Para cumplir con estos objetivos se ha organizado el capítulo en dos secciones principales. En la primera sección se analiza el gasto agregado en salud. En esta sección se mencionan aspectos sobresalientes del gasto privado y el gasto público. En la segunda sección se presenta en términos generales un diagrama del flujo de financiamiento del sector de salud (diagrama al final del capítulo). Igualmente se describe en detalle algunos de los flujos más importantes.

La Organización Panamericana de la Salud define las Cuentas Nacionales en Salud como: "*una herramienta que sigue el flujo de los fondos a través del sistema de salud, desde sus fuentes, a través de los agentes financieros, hacia los proveedores y las funciones*". Intenta determinar quién paga por la atención de salud, cuánto gastan y en qué tipo de servicios de salud y funciones. En Puerto Rico no existen cuentas nacionales en salud. El presente capítulo tiene como objetivo sentar las bases para la creación de este sistema de cuentas y ofrecer estimados razonables de los valores de estas cuentas.

Para proveer una descripción del flujo de fondos en el sistema de Salud se han identificado los siguientes elementos principales:

- Fuentes de financiamiento u origen de fondos
- Agentes Financieros: reciben los recursos de las fuentes y tienen la capacidad de orientar, gestionar, negociar y asignar recursos para la provisión de servicios.
- Proveedores: hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, etc.

El flujo de fondos entre las fuentes y los agentes ocurre mediante diferentes mecanismos de financiamiento. Entre estos: el financiamiento público, el pago de primas de seguro público o privado y las tarifas o cuotas que pagan los usuarios. Por otro lado, el flujo de fondos entre los agentes y los proveedores ocurre mediante diferentes mecanismos de pago. Entre estos están, los presupuestos, honorarios por servicios y capitación.

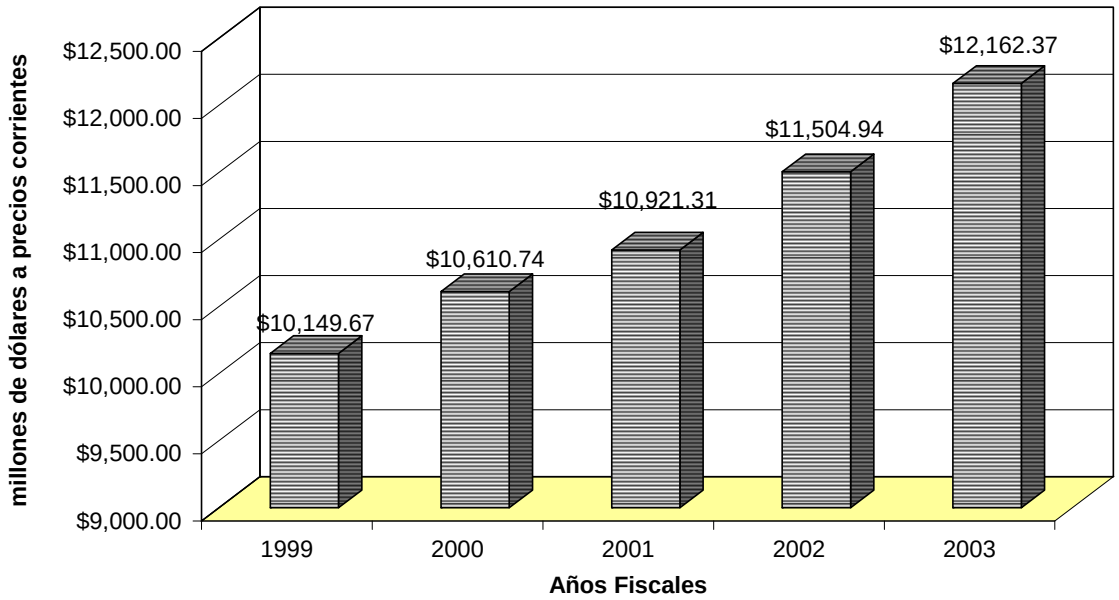
El análisis de los mecanismos de financiamiento y los mecanismos de pago tiene especial importancia ya que cada uno implica unos incentivos explícitos o implícitos y conlleva unos riesgos financieros particulares.

En Puerto Rico el sistema de salud es administrado mediante una combinación de funciones del gobierno, la empresa privada y el ciudadano. En el caso del gobierno, por ejemplo, vemos que lleva a cabo simultáneamente funciones de fuente de financiamiento, de agente y de proveedor de servicios. El ciudadano, por otro lado, es fuente y agente en aquellas instancias donde realiza un pago directo al proveedor. A pesar de los múltiples roles que puedan tener los diferentes componentes del sistema de salud y la complejidad del sistema, el análisis se enfocará en las funciones que lleven a cabo en determinado momento.

6.1 Gasto Agregado del Sector de la Salud

Durante el periodo del año 1999 al 2003, el gasto en el sector de la salud en Puerto Rico creció de $10.1 a $12.2 billones de dólares a precios corrientes (**Gráfico 1**).

Gráfico 1
Estimado del Gasto Total en el Sector de la Salud en Puerto Rico: 1999 a 2003

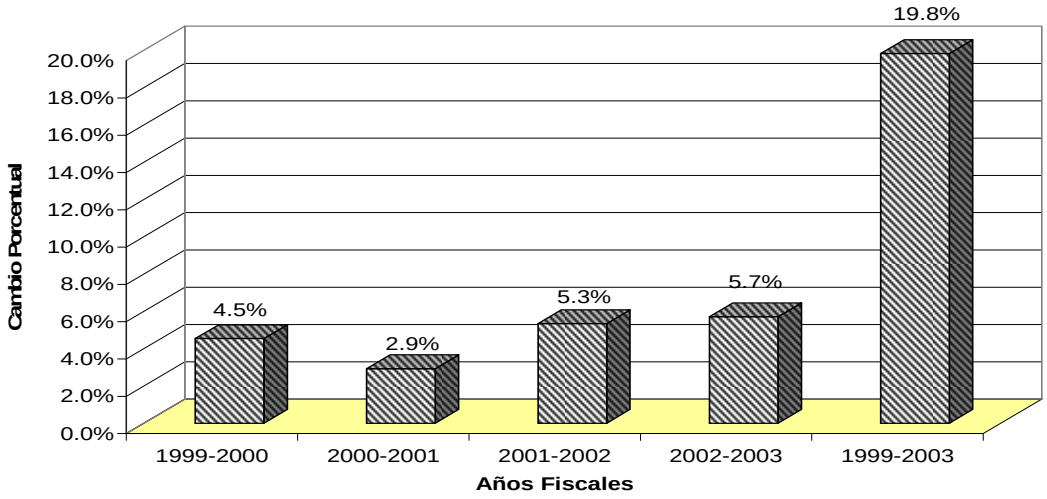


Fuentes: Junta de Planificación de Puerto Rico, 1999-2003,
Oficina de Gerencia y Presupuesto, 1999-2003
Oficina del Comisionado de Asuntos Municipales, 1999-2003
Administración de Seguros de Salud, 1999-2003
United States Department of Health and Human Services, 1999-2003

Este crecimiento en los gastos del sector de la salud es producto de dos componentes: crecimiento real en la cantidad de recursos consumidos por el sector, y el crecimiento o

la inflación de los precios de dichos recursos. Esto representa un crecimiento acumulado de 20% en gastos de salud para el periodo en total (**Gráfico 2**).

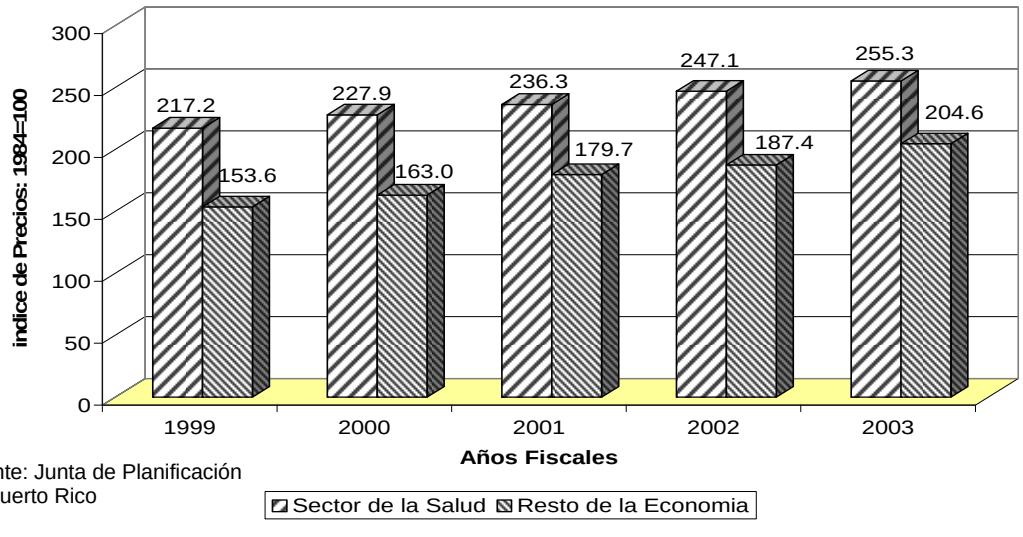
Gráfico 2
Cambio Porcentual en el Gasto Total del Sector de la Salud en Puerto Rico
1999 a 2003



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

Por lo tanto, para aquilatar el crecimiento real del sector es importante deflacionar los gastos. A este propósito se utilizó el índice de precios para los servicios médicos con base en el año 1984 (**Gráfico 3**).

Gráfico 3
Indice de Precios del Sector de la Salud y del Resto de la Economía de Puerto Rico

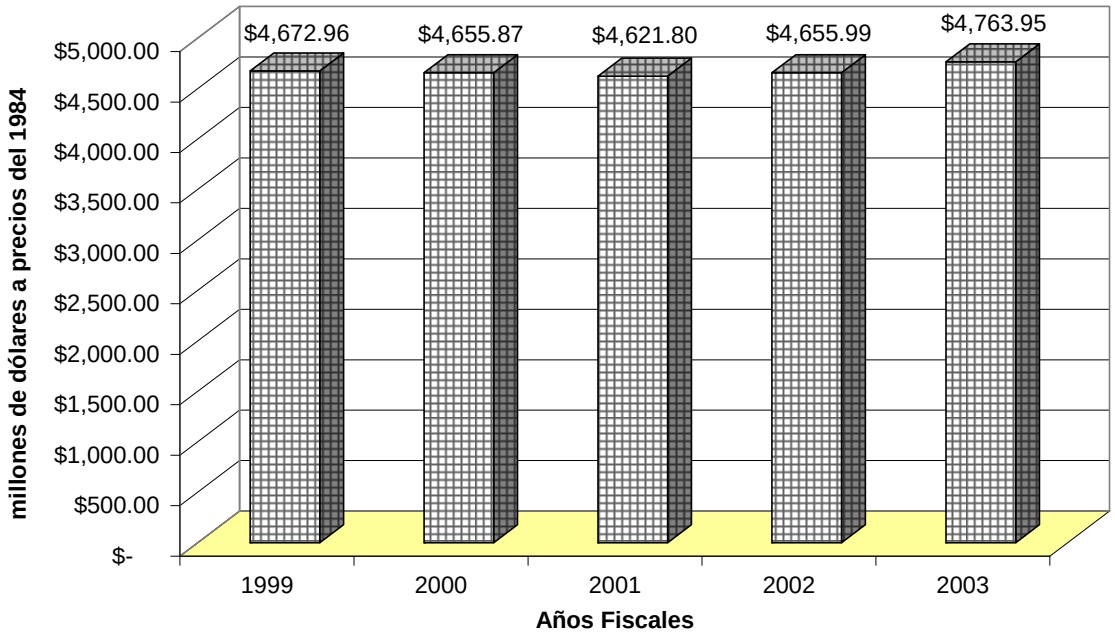


Fuente: Junta de Planificación de Puerto Rico

Cuando se deflacionan los gastos se observa que el crecimiento acumulado para el periodo se reduce a un 2%, (**Gráficos 4 y 5**). Esto implica que gran parte del

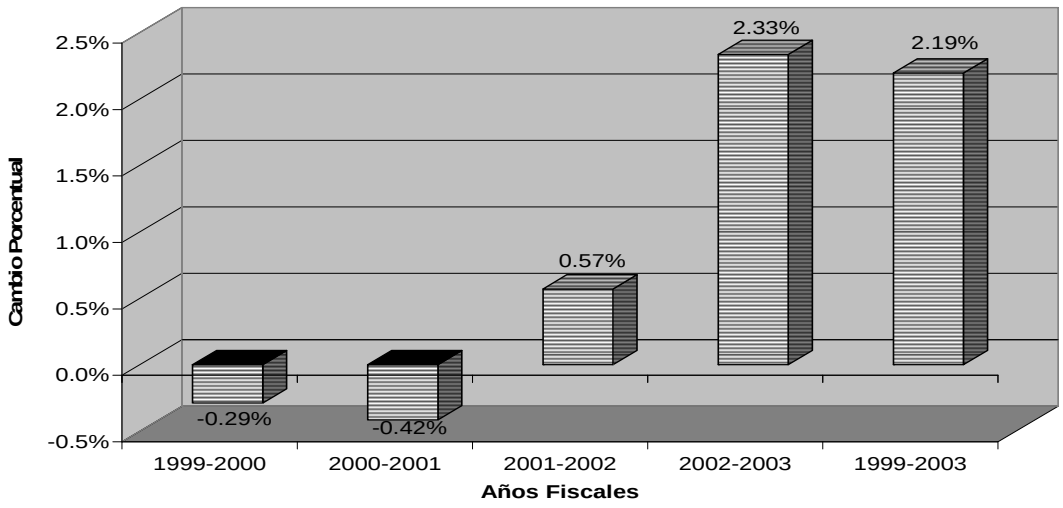
crecimiento nominal en los gastos en el sector de la salud se debió al aumento en los precios de los bienes y servicios consumidos. Es decir, que el consumo o utilización de servicios de salud por la población no ha tenido un crecimiento tan alto como sugerían las cifras iniciales.

Gráfico 4
Gasto Total Real en el Sector de la Salud en Puerto Rico: 1999 a 2003



Fuente: Colaboradores Capítulo 6, Financiamiento, Análisis del Sector Salud de Puerto Rico, 2004

Gráfico 5
Cambio Porcentual en el Gasto Real en el Sector de la Salud: 1999 al 2003

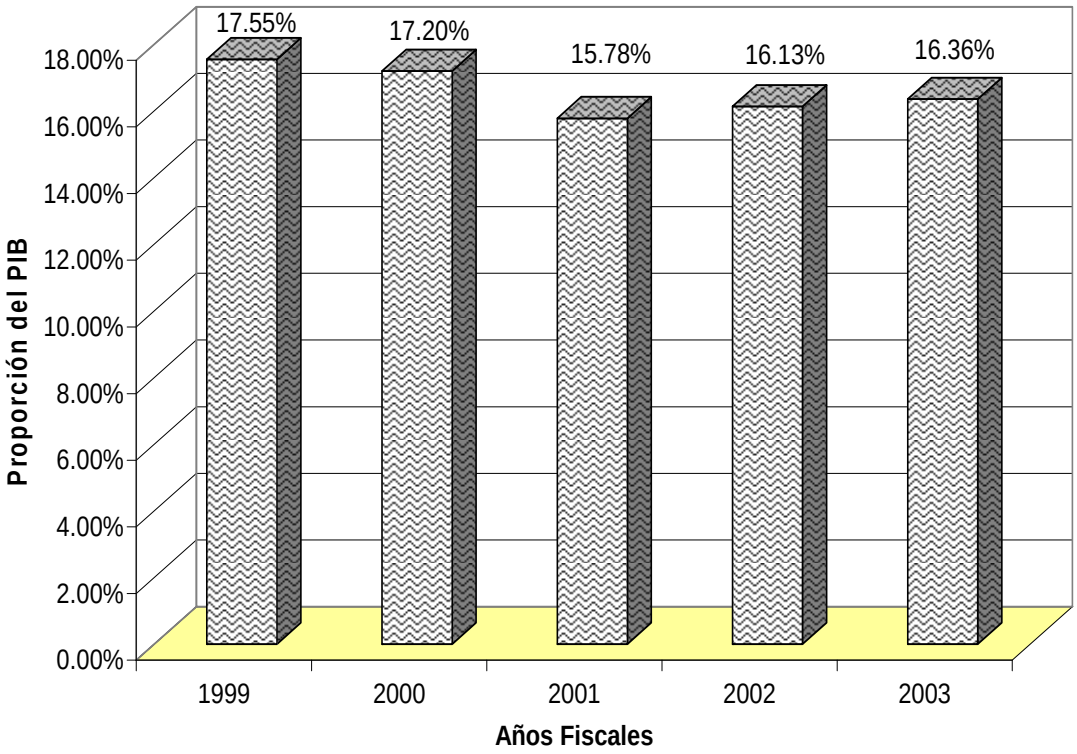


Fuente: Colaboradores Capítulo 6, Financiamiento, Análisis del Sector Salud de Puerto Rico, 2004

Al comparar al sector de la salud con el resto de la economía de Puerto Rico, observamos en el Gráfico 6 que el sector de la salud representó un 16.4% del Producto

Interno Bruto (PIB) del país para el año fiscal 2003. Esta proporción ha fluctuado durante el periodo, del 1999 al 2001 disminuyó el gasto, mientras que a partir del 2001 comenzó a reflejar aumento. Hay que recordar que esta proporción no solamente depende del crecimiento del sector de la salud sino también del crecimiento del resto de la economía. Si miramos a esta proporción, pero otra vez ajustando por la inflación, vemos que esta se reduce a un 13.1% en el 2003. La razón es sencilla; cuando se compara con el 1984 la tasa de inflación en el sector de la salud ha sido más alta que en el resto de la economía. Por lo tanto, el crecimiento económico real del sector de la salud ha sido menor que en el resto de la economía.

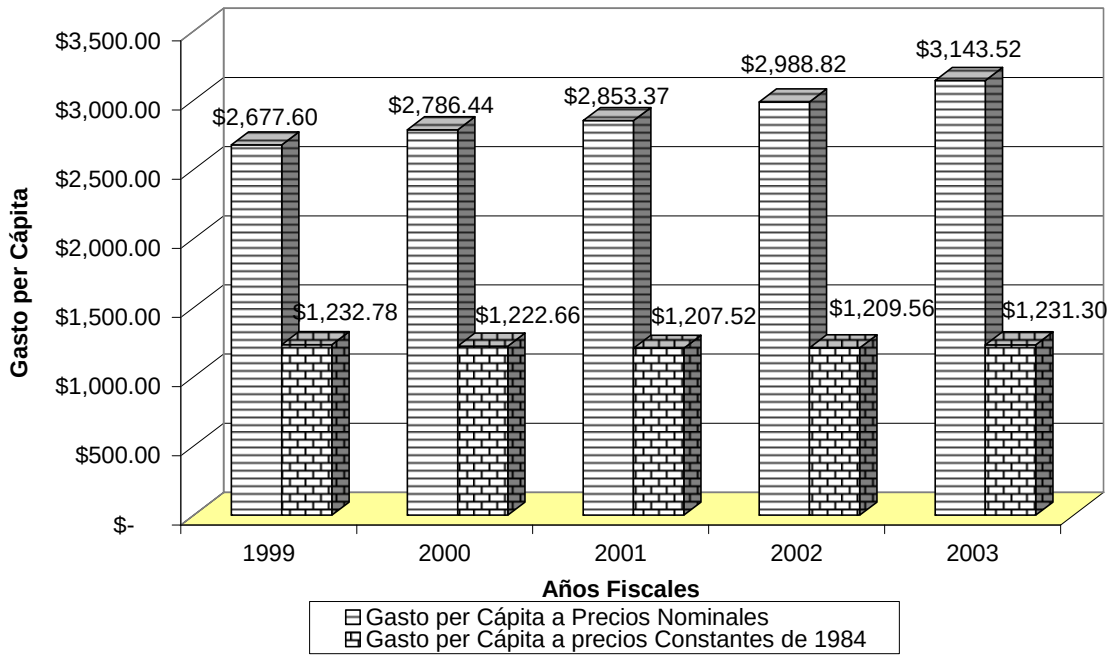
Gráfico 6
Porciento del PIB correspondiente al Sector de la Salud: 1999 al 2003



Fuente: Junta de Planificación de Puerto Rico, 1999-2003

Otra manera de ver el gasto en el sector de la salud es calculando el gasto per capita. En el caso de Puerto Rico el gasto per cápita anual en salud fue de $3,143 en precios corrientes para el año fiscal 2003. Esto representa un aumento de $466 en el gasto per cápita comparado con el año 1999. De nuevo, al ajustar por la inflación el gasto per cápita para el 2003 (**Gráfico 7**) observamos que el gasto per cápita real en salud para el periodo de 1999 al 2003 no tuvo para todos los efectos prácticos ningún cambio significativo.

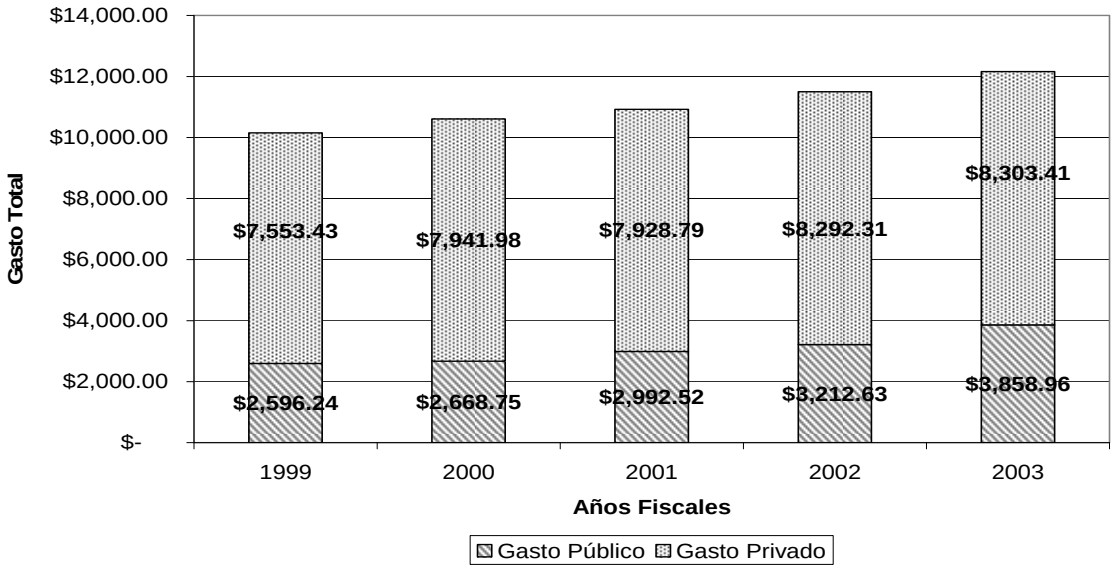
Gráfico 7
Gasto per Cápita Nominal y Real en el Sector de la Salud: 1999 al 2003



Fuente: Integrantes

Esto significa que el aumento en gastos de salud ocurrido durante el periodo de 1999 al 2003 fue causado por dos factores principales: el aumento en el costo de los servicios de salud y el aumento en la población. Por lo tanto durante este periodo no hubo un cambio real significativo en el consumo de servicios de salud en Puerto Rico.

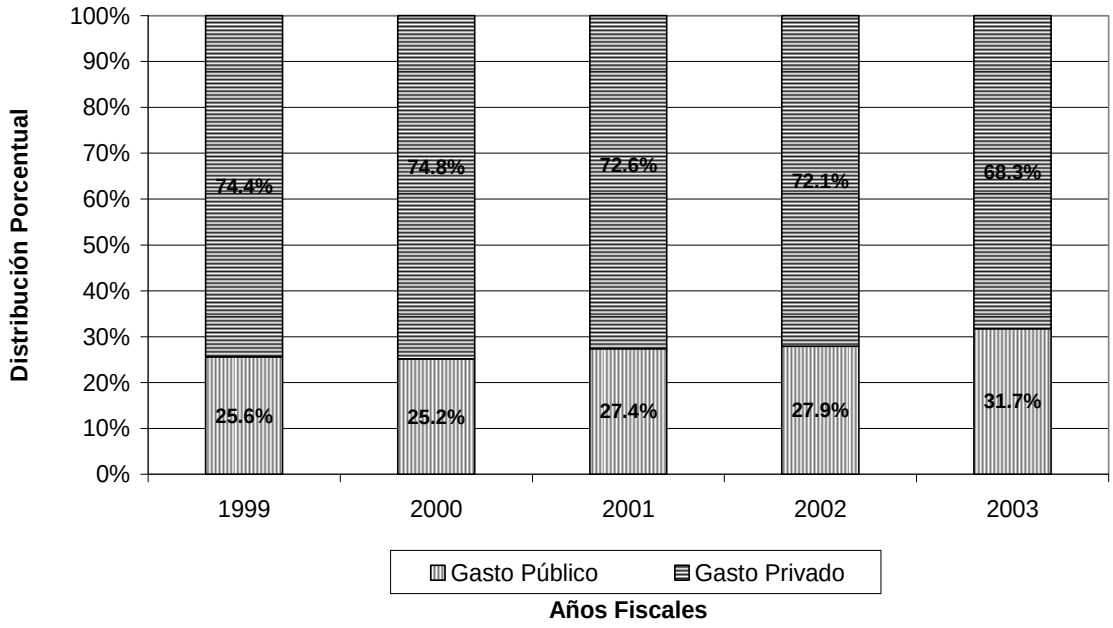
Gráfico 8
Distribución del Gasto Total en el Sector de Salud: 1999 al 2003



Fuente: Integrantes

Al analizar la distribución del gasto en el sector de la salud considerando el gasto público y privado, se observa que para el periodo de 1999 al 2003 el sector más importante es el sector privado (**Gráfico 8**). Por ejemplo, para el año 1999 la proporción del gasto total que correspondía al sector privado era de 74% comparado con un 26% del sector público. Sin embargo, también es cierto que la importancia del sector público fue aumentando simultáneamente durante el periodo. Para el año fiscal 2003, la proporción correspondiente al sector público había aumentado a un 31.7% mientras que la del sector privado había disminuido a un 68,3% (**Gráfico 9**). En términos del gasto per capita en salud, para 1999 el gasto público fue de $685 y el gasto privado fue $1,993, mientras que para el año 2003 el público ascendió a $997 y el privado a $2,146. Cuando ajustamos estas cifras por la inflación en precios, el cambio en el gasto per cápita para el sector público aumentó de $315 a $391, mientras que el gasto privado disminuyó de $917 a $840. Sorprendentemente hubo un aumento de $75 en el gasto público per cápita a la vez que hubo una disminución casi equivalente en el gasto privado per cápita.

Gráfico 9
Distribución Porcentual del Gasto Total en el Sector de la Salud entre Público y Privado: 1999 a 2003



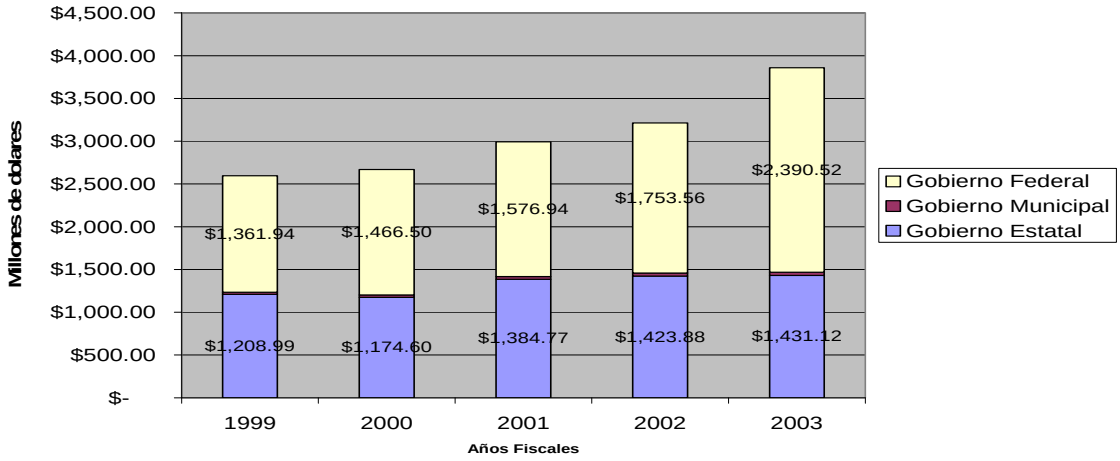
Fuente: Integrantes

Esto sugiere que durante este periodo (1999 al 2003) lo que se reflejó fue una redistribución del gasto, en que el estado asumió un rol más importante en el financiamiento de los servicios de salud y no un aumento real en el gasto en salud.

6.2 Gasto Público

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

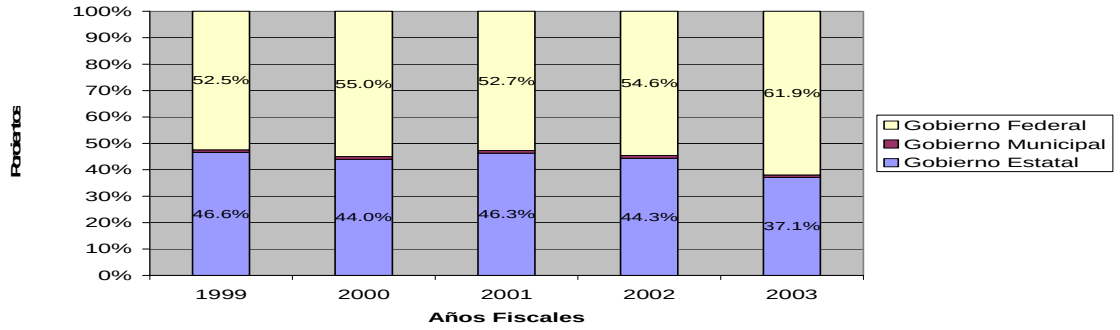
Gráfica 10- Distribución del Gasto Público entre Gobiernos Estatal, Municipal, y Federal: 1999 a 2003



Fuente: Integrantes

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

Gráfica 11- Distribución Porcentual del Gasto Público entre Gobiernos Estatal, Municipal, y Federal: 1999 a 2003



Fuente: Integrantes

Cuando analizamos el desarrollo de estos subsectores para el periodo de 1999 al 2003, podemos ver que el sector del gobierno federal ha sido el de mayor crecimiento con un aumento acumulado de 75%, mientras el gasto del gobierno estatal reflejó un aumento de un 18% y el municipal de un 47.5%. De hecho, el aumento más significativo en los fondos federales se dio durante el año fiscal 2002 al 2003, producto del aumento en los fondos de Medicare.

6.2.1 Gobierno Estatal

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

6.2.2 Gobierno Municipal

Cuadro 1: Puerto Rico, Gasto en Salud por Sectores, Según año fiscal 1999-2003

Sector Público Gobierno Estatal	1999	2000	2001	2002	2003
ASES	$ 866.57	$ 868.60	$1,107.42	$1,082.24	$1,058.68
AFASS	88.51	-	-	-	-
Departamento de Salud	87.20	144.67	95.94	158.72	182.42
Fondo del Seguro del Estado	-	-	-	-	-
ASEM	-	-	-	-	0.45
ASSMCA	90.01	86.94	82.69	88.08	90.93
ACAA	-	-	-	-	-
Salud Correccional	57.65	59.82	79.00	75.71	73.88
Centro Cardiovascular	5.90	-	-	-	-
CEM	13.15	14.58	19.72	18.79	20.60
Oficina Procurador del Paciente	-	-	-	0.34	4.16
Subtotal	$1,208.99	$1,174.60	$1,384.77	$1,423.88	$1,431.12
Gobierno Municipal					
Primas de Seguros de Salud	$ 25.31	$ 26.34	$ 28.18	$ 33.21	$ 35.52
Servicios de Salud		1.31	2.62	1.98	1.80
Subtotal	$ 25.31	$ 27.65	$ 30.81	$ 35.19	$ 37.32
Gobierno Federal					
Departamento de Veteranos	$ 224.42	$ 241.21	$ 271.26	$ 275.96	$ 295.28
Medicare	1,112.39	1,195.93	1,261.75	1,432.92	2,044.93
Departamento de Salud y Servicios Humanos	25.13	29.36	43.94	44.68	50.30
Sub total	**$1,361.94**	**$1,466.50**	**$1,576.94**	**$1,753.56**	**$2,390.52**

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

6.2.3 Gobierno Federal

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

6.3 Gasto Privado

El gasto privado en salud como señaláramos constituye la fuente principal para el financiamiento de los servicios de salud en Puerto Rico. Dentro de este sector tenemos dos componentes: el gasto en consumo personal que proviene directamente del bolsillo de los consumidores y el gasto que realizan las empresas y corporaciones privadas en primas de seguros de salud. De los dos, la partida más grande ha sido históricamente el gasto directo del bolsillo de los consumidores. Este fue de $5,910 millones en el año 1999 y de $6,917 millones en el año 2003, lo que significa un crecimiento de más de mil millones en 5 años. Mientras, el gasto en primas (cuya medición ha sido menos precisa, por lo tanto inexacta) ha oscilado un poco y ha mostrado cierta tendencia a la reducción.

6.3.1 Individuos

Las cifras de gastos correspondientes al consumo privado de los individuos incluye el gasto en servicios médicos, dentistas, servicios misceláneos de salud, hospitales privados, seguros de salud, servicios funerarios, y productos medicinales. De estos, el renglón de mayor gasto es el de medicamentos, seguido por gastos en servicios médicos, y gastos hospitalarios. Estas cifras se obtuvieron mediante entrevistas realizadas por el Departamento del Trabajo de Puerto Rico a muestras poblacionales. En el caso de los gastos en primas de seguros por parte de las empresas y corporaciones se obtuvieron por informes de las aseguradoras a agencias del gobierno. Entendemos que este renglón de gasto está subestimado ya que no se pudieron obtener los datos para todos los grupos asegurados de forma privada en Puerto Rico. Los gastos de consumo personal en servicios médicos en el período entre los años 1999 a 2003 fueron los siguientes:

Cuadro 2. **Puerto Rico**, **Gastos*** **de consumo personal en servicios médicos en el período entre los años 1999 a 2003**

SERVICIOS	1999	2000	2001	2002	2003
Médicos	1,421,065	1,446,907	1,498,224	1,514,732	1,560,392
Dentistas	249,536	278,328	272,462	276,792	328,593
Servicios Misceláneos	396,057	400,238	407,633	414,211	417,491
Hospitales Privados	1,221,773	1,262,250	1,449,010	1,495,100	1,501,390
Seguros Acc. y Salud	289,291	301,962	315,188	333,721	344,634
Servicios Funerarios	71,021	75,454	77,853	80,967	83,396
Productos. Medicinales	2,262,016	2,534,175	2,566,205	2,634,449	2,681,455
TOTAL	$ 5,910,759	$ 6,299,314	$ 6,586,575	$ 6,749,972	$ 6,917,351

***millones de dólares

Fuente: Junta de Planificación de Puerto Rico,1999-2003

6.3.2 Organizaciones No Gubernamentales

La mayor parte organizaciones comunitarias representan un grupo importante del sector salud ya que los servicios que proveen las entidades comunitarias o sin fines de lucro en su gran mayoría son en el área de la salud. En el estudio titulado Organizaciones Sin Fines de Lucro en Puerto Rico, del 4 de marzo de 1996, preparado por Estudios Técnicos Inc. se señala que…: "Las actividades y servicios que proveen las organizaciones sin fines de lucro se clasificaron en las siguientes categorías: vivienda, desarrollo económico, servicios sociales, educación, culturales, recreación/deportes, salud, ambientales y otros. Las organizaciones proveen mayormente servicios y actividades en el área de la salud (72.4%), seguido en segundo lugar por educación (69.7%) y servicios sociales en tercer lugar (60.4%).

Los donativos de individuos y empresas a programas privados, organizaciones sin fines de lucro y asociaciones en el campo de la salud representan según estudios realizados, la fuente principal de ingresos de estas entidades. En el trabajo realizado por Estudios Técnicos Inc. (Pág.44) en el 1996, se señala lo siguiente:

> "La gran mayoría (un 84.4 por ciento) de las organizaciones ingresa fondos por donaciones. Por el contrario, solamente el 13.6 por ciento ingresa fondos por medio de cuotas; mientras que el 31.8 por ciento ingresa fondos por contratos de servicios y venta de productos y servicios respectivamente. Cabe destacar que un 42.2 por ciento de las organizaciones tiene otras fuentes de ingresos."
>
> "La cantidad de ingresos que reciben las organizaciones por concepto de donaciones supone un 67.5 por ciento del total, lo cual demuestra la importancia de las donaciones, en cuanto a fuentes de ingresos se refiere. Las organizaciones reciben un 19.6 por ciento de los fondos por contratos de servicios, siendo las cuotas la menor fuente de ingresos con un 0.4 por ciento de los fondos."

Un trabajo realizado por el Centro de Estudios en Adicción, Universidad Central del Caribe, Escuela de Medicina, enumeró para el año 2002 un total de setenta y ocho entidades privadas sin fines de lucro que proveen servicios de salud física, salud mental y tratamiento para abuso de sustancias. Un total de ocho albergues para personas son SIDA, nueve de servicios a deambulantes y tres de apoyo emocional.

6.4 Flujo de Fondos

En el **Diagrama de Flujo de Financiamiento (al final del capítulo**) se representa a grandes rasgos el flujo o actividad económica del sector de la salud en Puerto Rico. Como se observa, el sector público ocupa la mitad superior del diagrama y el sector privado la mitad inferior. Además, hay tres columnas que contienen las fuentes de ingreso, los agentes financieros y los proveedores de servicio, respectivamente. El flujo de dinero entre estas entidades mediante los diferentes mecanismos de financiamiento y mecanismos de pago se presenta con líneas de colores.

Procedemos a explicar en detalle algunos de los flujos de financiamiento desde el punto de vista de los agentes financieros.

6.4.1 Sector Público

6.4.1.1 Administración de Seguros de Salud (ASES)

Una vez que el presupuesto llega a ASES de las diferentes fuentes: federal, estatal, municipal y patronos públicos fluye de la siguiente manera:

El plan de salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico contrata y negocia las cubiertas de beneficios de salud física, salud mental, salud oral y farmacia para la población medico-indigente y otros grupos según permitido por ley, con organizaciones debidamente organizadas conocidas como aseguradoras, grupos médicos*, organizaciones de salud mental (MBHO's) y administradores de Farmacia (PBM).

Actualmente se ofrece el plan de salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico a la población que así cualifica en ocho regiones en la isla de Puerto Rico.

Las aseguradoras compensan a sus proveedores mediante un sistema de pagos capitados y/o a base de una tarifa negociada por servicio según acordada.

ASES contrata a las aseguradoras que administran la cubierta de servicios y a su vez contratan la red de proveedores. ASES divide la cubierta de beneficios en dos:

- La cubierta básica que incluye: servicios ambulatorios, sala de emergencia, hospitalización, laboratorios, rayos x, medicamentos entre otros.
- La cubierta especial que incluye los servicios especializados, obstétricos, dental y está bajo el riesgo de la aseguradora.

Es decir que el dinero fluye de ASES a las aseguradoras y de estas a su vez a los grupos médicos. En el área de salud física ASES también negocia contratos directos entre el Gobierno y el proveedor para ofrecer a los beneficiarios los servicios cubiertos por el Plan de Salud del Estado Libre Asociado, ya bien a través de su red o de la red

de proveedores del administrador independiente. El administrador ("Third Party Administrador" o TPA por sus siglas en inglés) es una firma independiente que ofrece servicios administrativos y de pago de reclamaciones entre otros.

ASES contrata a las organizaciones de salud mental (MBHO's) que a su vez contratan la red de proveedores de servicios de salud mental. Es decir que el presupuesto pasa de ASES directamente al MBHO quien a su vez pasa dinero por concepto de pago de servicios de salud mental de la cubierta del Seguro de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (SSELA) que incluye pero no se limita a: servicios a nivel ambulatorio convencional, sala de emergencia, hospitalización completa, hospitalización parcial diurna, ambulatorio intensivo, medicamentos, entre otros. Cabe señalar que la cubierta no tiene límites al año según lo predicado en la ley de salud mental 408.

6.4.1.2 Reclamaciones de medicamentos y administración

El gobierno de Puerto Rico representado por la ASES, inicia la disponibilidad de fondos para el pago de medicamentos a través de las primas que paga a las compañías de seguros de salud (MCO's) y a las organizaciones de salud mental (MBHO's).

El PBM administra la cubierta de farmacia y tanto ASES como las organizaciones contratadas, le pagan por el proceso administrativo que incluye adjudicación de reclamaciones en línea, contratación y procesamiento de pagos a las farmacias, negociación de rebates, entre otros. **la ilustración en Diagrama.**

La agencia asume la responsabilidad de cubrir parcialmente los gastos de la administración del programa de medicamentos a través de una tasa fija, por miembro por mes, que paga al PBM mensualmente.

MCO's y MBHO's

Tanto las compañías aseguradoras (MCO's) como las organizaciones de salud mental (MBHO's) son responsables de proveer los fondos necesarios para cubrir los costos de medicamentos y la administración de estos según acuerdo con la ASES. Los MCO's y MBHO's no sólo son responsables de proveer los fondos para cubrir las reclamaciones de medicamentos que procesa el PBM, sino que cubren también los costos de administración del programa de farmacia. Estas compañías son responsables del pago de la administración del programa a través de unas tasas fijas por miembro por mes y por transacción. Los ciclos de transferencia de fondos ocurren bisemanalmente junto al pago administrativo por transacción; el desembolso correspondiente a la tasa *per member per month*" (pmpm) ocurre mensualmente.

PBM

El PBM es responsable de la administración del beneficio de farmacia que ASES contrata con cada compañía de seguro y organización de salud mental. Luego que el PBM confirma la disponibilidad de fondos con el banco para el pago de las reclamaciones recibidas de la red de farmacias y para la administración del programa, es responsable de reembolsar y/o pagar a la red de farmacias por los medicamentos despachados y a los suplidores que proveen servicios al PBM.

Red de Farmacias

La red de farmacias recibe el reembolso de los medicamentos despachados a los participantes del plan de salud en Puerto Rico bisemanalmente. Luego de procesar y adjudicar las reclamaciones recibidas durante periodos de catorce días, es que se procede al reembolso del ciclo terminado.

La red de farmacias es responsable de suplir los medicamentos que forman parte de la cubierta de la población del Plan de Salud del ELA a través de los sistemas y reglas de ejecución y procesos establecidos por el PBM.

6.4.1.3 Programas de Rebates (Descuentos por volumen)

Compañías Farmacéuticas

Los fondos del Programa de Rebates son provistos a través del pago que realizan las compañías farmacéuticas a la ASES. A través de un proceso de negociaciones periódicas, las compañías farmacéuticas negocian para colocar sus productos en el PDL del Plan de Salud en Puerto Rico y también reciben diferentes tipos de información y data sobre sus productos. A cambio el Gobierno de Puerto Rico recibe descuentos por volumen en los referidos productos.

Los pagos por concepto de rebates son recibidos y depositados directamente por la agencia (ASES) quien a su vez remite la información de estos pagos al PBM para ser procesados administrativa, financiera y ser contabilizados.

ASES

De los fondos recibidos y depositados por la agencia, ASES retiene los requeridos para pagar por la administración del programa al PBM y el 25% de los rebates netos para cubrir gastos administrativos

La agencia se responsabiliza también de la distribución del remanente en fondos por concepto de rebates. ASES coordina para recibir la información necesaria con las distintas compañías de seguro, según los acuerdos estipulados con estas entidades. Luego que la agencia recibe la información necesaria de los MCO's procede al desembolso de fondos y remite el pago a los grupos médicos, IPA's.

Según los acuerdos con los MBHO's, la agencia remite los fondos por concepto de rebates directamente a estas organizaciones de acuerdo con los contratos existentes.

PBM

El PBM recibe el pago por la administración del programa de rebates de la ASES. Los pagos realizados por la agencia al PBM son computados con base en el efectivo que recibe la agencia y no por las cantidades facturadas por el PBM.

MCO's y MBHO's

Las compañías de seguro (MCO's) son responsables de coordinar con la ASES como serán distribuidos los fondos a los diferentes grupos médicos, IPA's.

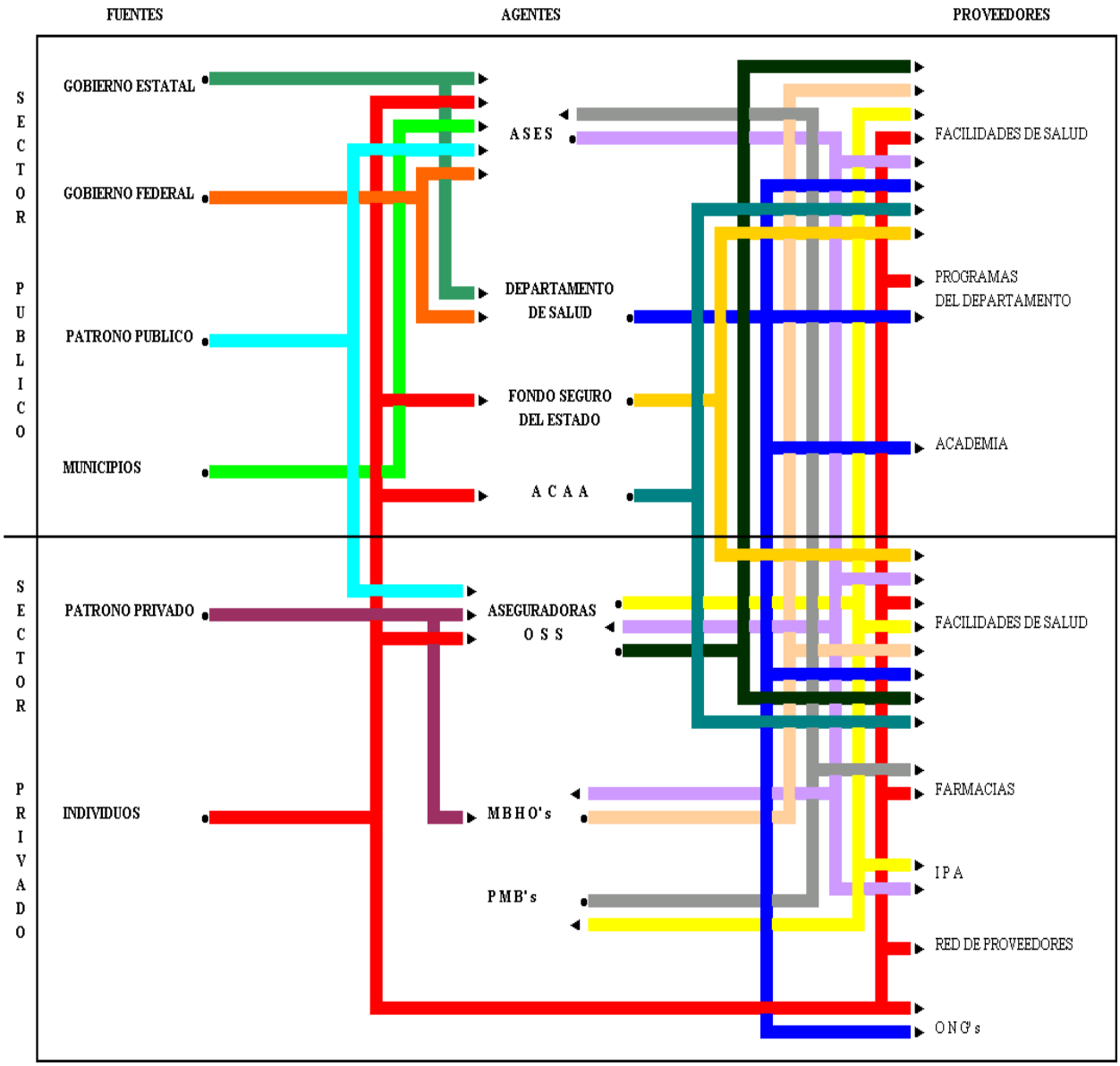
Las compañías de salud mental reciben directamente de ASES los rebates correspondientes a los medicamentos relacionados con salud mental, según aplique.

IPA's/Grupos Médicos

Los grupos médicos reciben el pago por concepto de rebates directamente de la ASES. Luego que la agencia coordina con los MCO's las cantidades a ser distribuidas por los diferentes grupos médicos, ASES prepara los cheques correspondientes y remite estos fondos a los IPA's / Grupos Médicos.

6.5 Diagrama de flujo de financiamiento

Grafico 12: Diagrama de flujo de financiamiento



Fuente: Conceptualización y Creación del Diagrama: Colaboradores Capítulo 6, Financiamiento, Análisis Sectorial de Salud de Puerto Rico, 2004.

Bibliografía

Administración de Servicios de Salud (ASES). Memorial Explicativo1999-2000 al 2002-2003. San Juan: 2003

Departamento de Salud, Oficina del Gerente Fiscal, Oficina de Finanzas. Resolución Conjunta Núm. 874 del 17 de septiembre de 2002 (Donativos Legislativos) Asignación de Fondos a Instituciones o Agencias Sin Fines de Lucro, Año Fiscal 2002-2003.

Junta de Planificación de Puerto Rico, Programa de Planificación Económica y Social, Subprograma de Análisis Económico. Gastos de Consumo Personal , 1999-2003

Oficina de la Gobernadora, Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Oficina de Gerencia y Presupuesto. Presupuesto Consolidado; Años Fiscales1998-1999 al 2003-2004.

Oficina del Comisionado de Asuntos Municipales: Gasto de Salud de los Municipios de Puerto Rico y Aportaciones al Plan de salud del Gobierno, 1999-2003

United States Department of Health & Human Services (HHS), Office Assistant Secretary for Administration and Management, Program Support Center, Division of Payment Management: "Financial Assistance by Geographic Area Report: 2002" www.psc.gov/fms

CAPÍTULO 7
PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD

Introducción

El tema de la salud, y más específicamente el de la atención médica, es una de las preocupaciones ciudadanas que aparece constantemente en las encuestas de opinión pública de los últimos años. Los cambios demográficos y epidemiológicos en el país han conducido a la implantación de un nuevo modelo de atención que a pesar de representar algunos avances, se observan brechas y desigualdades en la prestación de servicios de salud y en el estado de la salud de la población. En Puerto Rico, el estado reconoce y garantiza a toda persona, independientemente de su edad, ingreso, género, educación, etnia u orientación sexual, la existencia de condiciones saludables en su comunidad y trabajo, y una atención de salud adecuada para enfrentar situaciones de enfermedad.

La salud es un bien social, un bien común. Un país sano es un país que goza de una condición perfecta para su desarrollo. La salud contribuye a generar capital social, y por ende, fortalece nuestra capacidad para enfrentar las continuas transformaciones y adaptaciones que exige el mundo actual. Es por ello que las transformaciones en salud son, además de una necesidad de las personas, una necesidad para el país en cuanto a su desarrollo, sustentabilidad y cohesión social.

7.1 Trasfondo histórico de la provisión de servicios en Puerto Rico [23]

"Desde la colonización de Puerto Rico al presente ha sido responsabilidad del gobierno el proveer servicios de salud a la población. No fue hasta que se fundaron los municipios de San Juan y San Germán a finales del siglo 16 que se construyeron los primeros hospitales en la Isla. De 1820 a finales de siglo se habían construido los Hospitales Santo Asilo de Damas de Ponce, La Concepción de San Germán y el Auxilio Mutuo de San Juan.

Llegado el siglo 20 y en las primeras décadas se destaca la labor del doctor Bailey K. Ashford (anemia, uncinariasis) y se crean instituciones formales a nivel de Gobierno Central para atender los asuntos de salud del pueblo tales como: La Comisión de la Anemia (1904), el Servicio de Salud Pública (1911) y el Instituto de Higiene y Medicina Tropical (1912).

En 1919, se reorganiza la estructura del Gobierno Central creándose un Departamento de Salud bajo la dirección de un comisionado que formaba parte del gabinete del gobernador. A finales de la década de los años 30 cada municipio estaba servido por una Unidad de Salud Pública. Los servicios de hospitalización general se rendían en los hospitales municipales para el sector pobre y en hospitales privados para los que contaban con mayores recursos económicos.

En 1930 se comienza a enfocar en la medicina preventiva y la construcción de hospitales de distrito en Fajardo, Bayamón, Arecibo y Aguadilla. Estos debían complementar el servicio hospitalario de los municipios, siendo para ese año la población de Puerto Rico de 1,552,000 habitantes.

La planificación del sistema regional de salud en Puerto Rico y la planificación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico comienzan en 1940. Este mismo año salen al mercado los antibióticos y se dan a conocer grandes adelantos en equipo y procedimientos de

---

[23] Tomado del documento de la Fundación Puertorriqueña para la Salud, **AVALÚO DE LA REFORMA DE SALUD DE PUERTO RICO**, 11 de mayo de 2001 páginas 30-38

alta tecnología. Los programas de especialidades comienzan a tomar auge. Se desarrollan programas de higienización de leche, de alimento, de agua potable y de agua de albañal (aguas negras). La población de Puerto Rico era de 1,897,800 habitantes, el presupuesto del Departamento de Sanidad de $1.5 millones por año (7.1% de los gastos de consumo del gobierno), los gastos de los servicios de salud privados en bienes y servicios alcanzó la cifra de $6.3 millones y la expectativa de vida era de 46 años de edad.

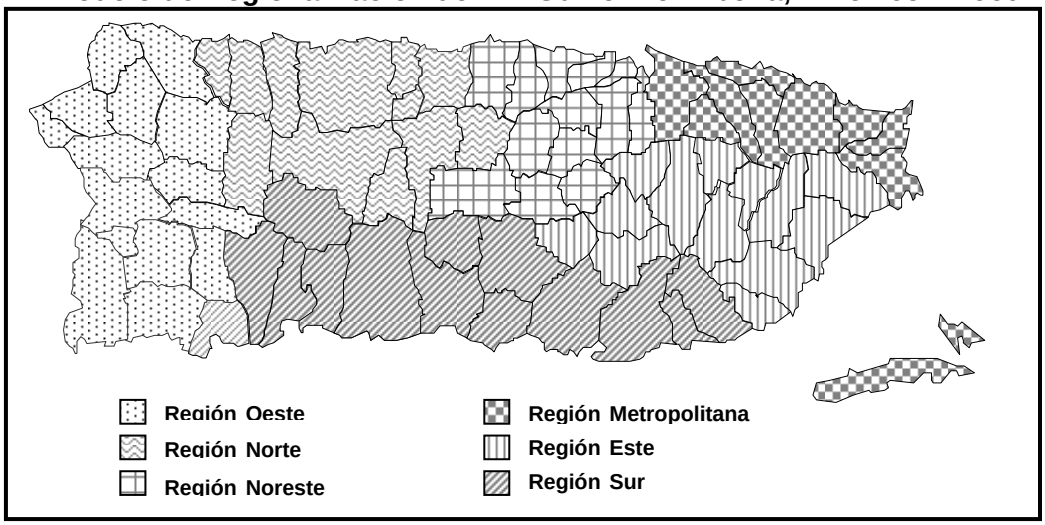
En 1950 comienza su operación la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico, toman auge los programas de salud pública. Comienza el sistema regional de salud, la regionalización del Dr. Guillermo Arbona, en el 1957, comenzando como un proyecto piloto en la región de Bayamón el cual se extendió por dos años. Luego se implementó en el resto de la Isla; y se inició el desarrollo de los Centros de Diagnóstico y Tratamiento."

7.2 Sector Público

Es importante señalar que el sistema de salud en Puerto Rico se caracteriza por ser una organización dual: un sistema *público y privado*. El *sistema público* (antes de la Reforma de 1993) ofrecía servicios de salud preventivos y curativos a toda la población de Puerto Rico y el cuidado médico a las personas se proveía en instituciones gubernamentales, con personal asalariado y recursos económicos limitados. Para el año 1989 había aproximadamente 1.2 millones de personas médico indigentes que recibían servicios de salud en el sistema gubernamental.

El gobierno de Puerto Rico, como principal proveedor de servicios de salud a la población médico indigente en el país, estructuró la prestación de los servicios médicos y hospitalarios por regiones de acuerdo con niveles de complejidad de los servicios a ser rendidos, a saber, primario, secundario y terciario. Estas regiones se definieron por perfiles epidemiológicos y se atendieron con el modelo de medicina por niveles. La Isla fue dividida en seis regiones de salud (Metropolitana, Sur, Oeste, Noreste, Este y Norte), cada una con aproximadamente 500.000 habitantes a excepción de la Metropolitana que sobrepasaba los 800.000 habitantes. (**Mapa 1**).

Mapa 1
Modelo de Regionalización del Dr. Guillermo Arbona, Año 1957- 1960



Fuente: Departamento de Salud

Cada región estaba compuesta por dos o tres áreas, cada una de las cuales contaba con un Hospital de Área que proveía cuidado a nivel secundario. Cada uno de estos hospitales

prestaba servicios que comprendían de tres a siete municipios. Los tres niveles de cuidado incluidos en este esquema son: Centro de Salud o Centro de Diagnóstico y Tratamiento en cada municipio (nivel primario), Hospital de Área (nivel secundario), Hospital Regional (nivel secundario y terciario), y el Centro Médico (nivel especializado o supraterciario). El que la Isla sea pequeña y con buenas vías de comunicación, facilitó que existiese la integración de los servicios sin grandes obstáculos**.**

7.2.1 Nivel Primario de Servicios de Salud

El cuidado primario estaba primordialmente orientado a servicios preventivos, a la promoción de la salud, y al manejo de pacientes ambulatorios. En cada municipio existía un centro de servicios primarios de salud. El centro de servicios primarios era el punto de entrada al sistema de cuidado de salud. En ellos se ofrecían servicios básicos de diagnóstico, tratamiento y prevención por equipos de salud integrados primordialmente por médicos g*eneralistas* y, ocasionalmente por algunos *especialistas*, con la ayuda de otro personal relacionado con la salud. Los centros de servicios primarios eran; los Centros de Salud, Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y las Unidades de Salud Pública (USP). A este nivel eran atendidos aquellos pacientes con condiciones médicas menos complejas y cuyo manejo no requería el uso de procedimientos quirúrgicos y equipo sofisticado, y costoso. Los servicios ambulatorios provistos en los centros eran de dos tipos:

- Clínicas regularmente programadas, destinadas a proveer cuidado para condiciones de salud específicas o a grupos poblacionales (ejemplo; enfermedades del corazón, diabetes, niños sanos, mujeres embarazadas, etc.).

- Cuidado médico para condiciones agudas a personas que lo solicitaban. Esto podía incluir procedimientos quirúrgicos simples como incisión y drenaje de un absceso en la piel.

7.2.2 Nivel Secundario de Servicios de Salud

El concepto de área se fortalece al agrupar las camas de hospital y los servicios de salud secundarios en Hospitales de Área, ubicados a pocos kilómetros de distancia de los pueblos a los que servían, los cuales brindaban apoyo a varios Centros de Salud. A nivel secundario se esperaba encontrar la disponibilidad de especialistas básicos como: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Obstetricia y Ginecología. A veces había subespecialistas. Aquí se ofrecían servicios de sala de emergencia, de hospitalización y clínicas para pacientes ambulatorios. Los pacientes con enfermedades que requerían estudios y tratamientos secundarios eran referidos del nivel primario al Hospital de Área. Estos hospitales de área a su vez, si la situación así lo requería, referían pacientes a los hospitales regionales. Bajo este sistema de prestación de servicios por niveles, la atención primaria también recibe apoyo de los Hospitales Regionales los cuales ofrecían cuidado a los niveles secundarios y en gran medida terciarios.

7.2.3 Nivel Terciario y Supraterciario de Servicios de Salud

Los hospitales regionales de Caguas, Arecibo, Fajardo y Bayamón en unión a los Centros Médicos de Ponce, Mayagüez y San Juan ofrecían cuidado a nivel terciario, en donde se atendían pacientes con condiciones clínicas más complejas que las tratadas a nivel secundario y que requieren la presencia adicional de personal especializado y equipo de diagnóstico. Usualmente existían unidades de cuidado intensivo como Unidad de Cuidado Intensivo Médico y Unidad de Cuidado Intensivo Coronario. En estas se ofrecía un servicio más especializado

con médicos y enfermeras con adiestramiento especial y donde los pacientes eran seguidos con vigilancia electrónica.

7.3 Sector Privado

Los servicios de salud del *sector privado* se ofrecían en instituciones y por profesionales cuyos servicios eran financiados por los usuarios mediante pago directo o por medio de cobro de seguros o planes médicos. Las instalaciones y servicios privados eran (y continúan siendo) reglamentados por el Departamento de Salud de Puerto Rico, ya que esta es la única agencia gubernamental autorizada por ley para formular e implantar la política pública que regula la prestación de estos servicios al pueblo de Puerto Rico. En Puerto Rico existían 48 hospitales privados, de éstos, 42 eran generales y 6 especializados. El sistema de salud del sector privado en Puerto Rico consistía de hospitales, laboratorios, dispensarios, casas de salud y oficinas médicas privadas. Se estima que más de un tercio de la población recibía su cuidado médico del sector privado.

Las instalaciones médicas privadas en su mayoría estaban concentradas en la región noreste (área metropolitana de San Juan) de Puerto Rico. En el año 1960, las enfermedades más prevalecientes en Puerto Rico estaban cambiando a unas de naturaleza crónica y degenerativa (enfermedades del corazón, cáncer y derrame cerebral). En esa misma época se crea el Centro Médico de Puerto Rico para servir a una población de aproximadamente 2,359,800 habitantes. Los propósitos para la creación de este Centro fueron los siguientes:

- Desarrollar un centro médico que responda a las necesidades de Puerto Rico, y que fomente una atención médica que sirva los mejores intereses de toda la población.
- Contribuir al progreso y desarrollo de la medicina en Puerto Rico y en otras partes del mundo.
- Evitar la costosa duplicidad de equipo y facilidades y proveer para una mejor y más intensa utilización del talento profesional, técnico, administrativo y de otros recursos.

Los objetivos básicos en este centro fueron los siguientes:

- Proveer atención médica, abarcadora, continuada y de alta calidad a fin de alcanzar el nivel más alto de buena salud total.
- Detener las enfermedades evitables y prevenir, disminuir o retardar los efectos de todas las demás enfermedades.
- Curar las enfermedades y aliviar sus efectos.
- Rehabilitar al incapacitado físico, mental y socialmente.

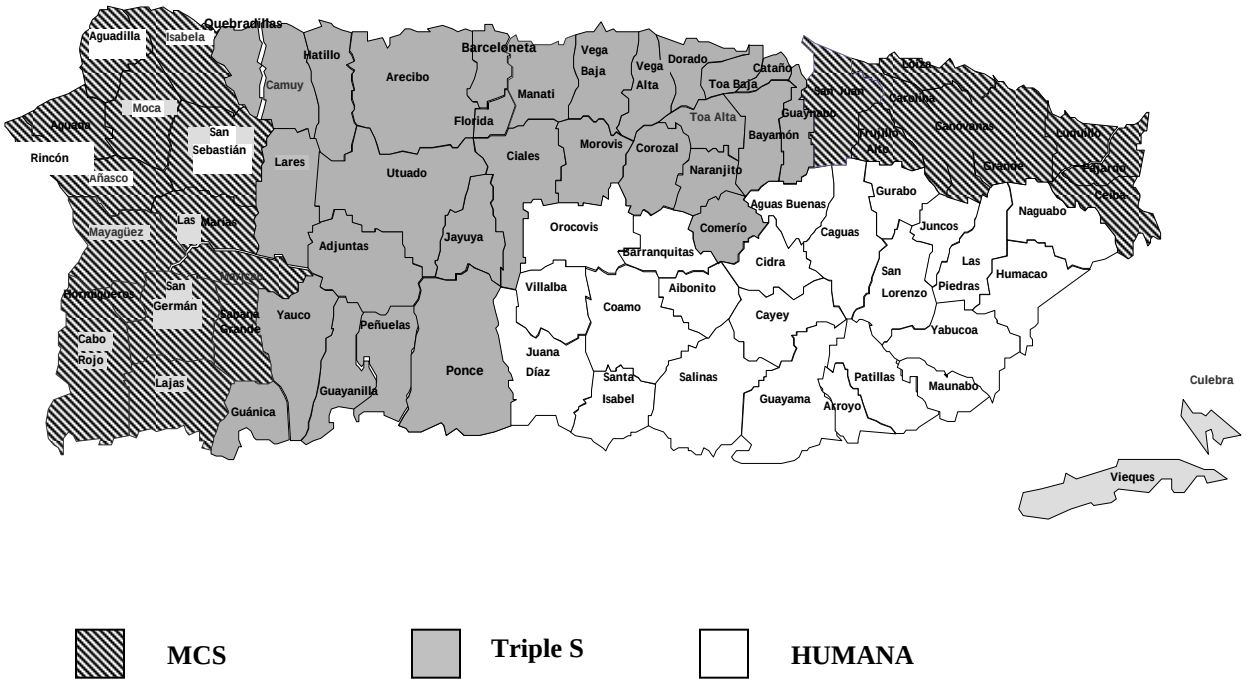
De 1960 a 1990 observamos como se elevó significativamente la expectativa de vida al nacer en Puerto Rico de 46 a 74 años promedio (77 años la mujer y 71 años el hombre). El costo promedio de un plan médico familiar de carácter regular era $200 mensuales. Hoy día un plan médico familiar cuesta un promedio de $400 dólares mensuales y el costo promedio de un día paciente en un hospital está en alrededor de $450.

7.4 Situación actual (2001-2003) de los servicios de salud [24]

Para el año 2003, más del 16.4 por ciento del Producto Interno Bruto en Puerto Rico se dedicaba a los gastos de salud. Para contrarrestar parcialmente esta tendencia hacia un crecimiento en los gastos en salud, el gobierno introdujo en el año 1993 una Reforma de Salud basada en dos principios, acceso universal a servicios de salud para todos los ciudadanos y servicios de atención de salud administrados por terceros: cuidado dirigido (*manage care*). Esto sustituye el sistema anterior en el que el gobierno era el proveedor directo de servicios médicos a la población médico indigente, por uno en el que se hará cargo la empresa privada a través de un seguro prepagado.

Asimismo, un componente importante de la Reforma de Salud fue la privatización de las instalaciones públicas, lo cual se esperaba redujera la necesidad de nuevas inversiones por parte del Gobierno. El esquema fundamental de la Reforma es que se divide el país en regiones (basadas en la compañía aseguradora que selecciona cada región), el Gobierno financia un programa de seguro médico y el sector privado, generalmente una compañía seleccionada para cada región mediante el proceso de subasta, provee los servicios.

Mapa 2
Distribución de la Población Médico Indigente por Aseguradora



Fuente: Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), Año 2002

Los beneficiarios reciben una tarjeta, al igual que los asegurados privados bajo planes médicos como Triple S y Cruz Azul, con la que adquieren los servicios en el mercado. Durante el proceso de privatización de las instalaciones públicas de salud se esperaba que el financiamiento del Programa (entre $864 y $1,296 millones) proviniera, en gran medida, del

[24] Extractos tomados e intercalados del documento **Avalúo de la Reforma de Salud de salud de de Puerto Rico**, 11 de mayo de 2001; páginas 30-38.

alquiler o venta de las instalaciones de salud del gobierno. No obstante, la venta de las instalaciones no fue suficiente para sufragar el costo del Programa, ya que este alcanzó casi dos mil millones de dólares. Esto incrementó el gasto del gobierno de tal forma que al año 2001 asume una deuda de más de $800 millones.

7.4.1 Modelo de Atención de Cuidado Dirigido "La Reforma de Salud"

El sistema público de servicios de salud anterior a la "Reforma" servía a 1.75 millones de personas que equivale al 45 por ciento de la población total, a través de un sistema regionalizado que consistía de 78 centros de cuidado primario (uno en cada municipio), 6 hospitales de áreas con capacidad de 150 camas (cada área incluía de 5 a 7 municipios), 6 hospitales regionales con capacidad de 350 camas (cada región incluía de 2 a 3 áreas) y un centro médico supraterciario que incluía un hospital pediátrico universitario, un universitario de adultos, uno industrial, uno oncológico, un centro cardiovascular y una escuela de medicina.

El sector privado consistía de 48 hospitales y 3 escuelas de medicina. A diferencia de los Estados Unidos, en Puerto Rico se ofrecía en el sector privado un cuidado médico hasta el nivel terciario. La mortalidad en el sector público era mayor que en el sector privado. En los hospitales de área se ofrecía un servicio a nivel terciario.

7.4.2 Población Asegurada y no Asegurada

Para el año 1995, la población de Puerto Rico era de 3.6 millones de habitantes. En el 1995 aproximadamente 1.9 millones de personas estaban aseguradas por el sector privado. De las personas aseguradas aproximadamente 1.4 millones tenían seguros de salud privados, 313,436 tenían Medicare partes A y B y 185,000 eran empleados públicos con subsidio parcial del Gobierno para el pago de su prima. Había 1.7 millones de personas sin un seguro de salud. De los no asegurados un total de 1.4 millones de personas recibían servicios de salud del Departamento de Salud de Puerto Rico.

En la población no asegurada había aproximadamente 900,000 personas que eran Medicaid Federal y 500,000 que participan en el Programa Medicaid (Asistencia Médica) Estatal. En ese grupo 144,900 personas tenían Medicare A o Medicare A y B pero que concurrentemente eran recipientes de Medicaid, ya sea federal o estatal. Los 300,000 restantes se conocen como la población flotante compuesta de personas que tienen seguro de salud de acuerdo con su condición de empleo. Al año 2002, se estima que un 7.1 por ciento de la población aún no tiene seguro de salud.

Uno de los grandes retos que confrontan las administraciones futuras del país, es conseguir la participación e integración total del mayor número de la población en un sistema de aseguramiento accesible, adecuado y pertinente a sus necesidades.

7.4.3 Recursos Humanos Antes de la Reforma del Año 1993

El Departamento de Salud contaba con poco más de 1,000 médicos para una población de 1.4 a 1.7 millones de personas. El sector privado contaba con 6,000 médicos para 1.9 millones de personas que tenían seguro de salud. La disparidad en la distribución de profesionales a cargo del cuidado de la salud en los dos sectores de la población era sustancial y por esta razón muchas veces el Gobierno no estaba preparado para ofrecer servicios a nivel preventivo, que es lo que se estima que a largo plazo aminoraría los costos del sistema de salud pública. En busca de esta costo eficiencia es que surgen los programas de cuidado dirigido ("*managed care*") y poniendo énfasis en la medicina preventiva a todos los niveles de salud.

7.4.4 Organización y Gestión del Modelo de Reforma

En Puerto Rico se introducen cambios encaminados a resolver los problemas existentes en la prestación de servicios de salud y se crea un modelo propio de reforma de salud. El primer esfuerzo se logra con la aprobación de la Ley número 72 del 7 de septiembre de 1993 que crea la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). Esta es una corporación pública con poderes autónomos para implantar, administrar, negociar y contratar una cubierta médica para todos los residentes de Puerto Rico, en particular los participantes del Programa de Asistencia Médica. La Administración de Seguros de Salud tiene el deber de proteger los derechos de los beneficiarios y darles la opción de seleccionar su centro de cuidado primario y los especialistas. También, estos tienen la opción de cambiar su centro primario bajo un proceso ya establecido.

Un elemento importante en la Ley 72 es que estableció que ASES debería garantizar el derecho a la libre selección de un plan de seguro de salud entre dos o más aseguradoras seleccionadas por ASES dentro de la región asegurada a partir del quinto año de estar operando al Reforma. Al presente, existe solamente una aseguradora por región dada la complejidad envuelta en la implantación de este revolucionario cambio en el ofrecimiento de los servicios de cuidados de salud.

La aseguradora (no ASES) sería la entidad que debería asumir el riesgo del seguro. Además, el plan contratado actuaría como pagador secundario en caso de que un individuo elegible posea un seguro adicional. El aspecto más importante de la Reforma de Salud es el uso de *managed competition*, como modelo para mejorar los servicios de salud que la población médico indigente estaría recibiendo. Se esperaba que a través de *managed competition*, se pudiera lograr una reorganización del sistema de prestación de servicios de salud para alcanzar eficiencia, mejorando el precio y la calidad.

La Administración de Seguros de Salud debería proveer los análisis e informes de resultados necesarios para realizar auditorias a las diferentes aseguradoras en las distintas regiones. Las aseguradoras deberían cumplir con los estándares de los informes de resultados a ser utilizados en tres niveles. Primero, el consumidor usaría estos resultados para comparar calidad del servicio cuando selecciona un plan médico. El plan médico haría uso de los informes para establecer patrones de práctica. Finalmente, ASES analizaría todos los resultados para diseñar la futura cubierta de beneficios.

ASES tiene la responsabilidad de velar por las prácticas de mercadeo de los planes de salud privados, monitoreando informes fraudulentos, investigando actividades de selección de riesgo inaceptables, la contabilidad de los planes y el cumplimiento de los planes privados con la Reforma de Salud. ASES debería requerir del individuo el escoger un plan de salud, proveyendo información sobre calidad y precios comparables y debería asegurarse que los planes privados compitan con base en calidad y precios, logrando que los individuos seleccionaran un plan de salud a base de estos criterios, para cumplir así con el mandato de la Ley #72.

En diciembre 17 del 1993 y luego de obtener la aprobación de la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud (HCFA, por sus siglas en inglés, Health Care Financing Administration), Región II, ASES firmó un contrato con un plan de salud privado, luego de evaluar las propuestas de varios postores para proveer una cubierta de salud por medio de un sistema de cuidado dirigido para aproximadamente 60,500 individuos elegibles que incluyó los tres mayores grupos de beneficiarios que participaron en esta primera etapa. La población elegible para esta primera etapa son personas de entre 0 y 200 por ciento de nivel local de pobreza. El nivel local de pobreza se calcula en $401.00 por familia de una persona, y se

suman $95.00 por cada persona adicional. Se cubrieron aquellas familias con un ingreso no mayor de $791.00 por mes.

Se establecieron unos deducibles bajos para esta población médico-indigente. La suma del deducible cambió de acuerdo con el nivel de ingreso de cada individuo. Los deducibles no aplicarían a beneficiarios que estaban en la categoría bajo un 50 por ciento de indigencia médica. Se designaron tres niveles de deducibles de acuerdo con el nivel de indigencia médica. El primer nivel fue de 51 a 100 por ciento, el segundo de 101 a 130 por ciento y el tercero de 131 a 200 por ciento. A los siguientes tipos de servicios no se aplicarían deducibles de acuerdo con Medicaid: "nursery", servicio prenatal, inmunizaciones, cuidado de niño sano y servicio dental preventivo a niños. Al presente aquellos individuos que están bajo el 200 por ciento de indigencia médica recibirán una cubierta completa bajo el contrato de la aseguradora. El Gobierno a través de la Reforma de Salud ofrece dos tipos de cubierta: la cubierta básica y la especial.

7.4.5 Cubierta Básica

Los beneficios de la cubierta básica incluyen servicios de hospitalización, visitas médicas, servicios quirúrgicos, de maternidad, servicios preventivos como la evaluación anual del examen de la vista, el auditivo, monitoreo nutricional, la prueba del Papanicolau, mamografía y el cuido natal durante los primeros dos años de vida, inmunización, la prueba de la próstata entre otros, servicios mentales limitado a que incluye desintoxicación y servicios ambulatorios, pruebas de diagnóstico, laboratorios clínicos, rayos x, terapia física y respiratoria, servicios de sala de emergencia, servicios dentales prescripción de medicamentos y servicios de ambulancia marítimos, aéreos y terrestres. Los beneficios de cubierta básica se ofrecen a través de centros de cuidado primario localizados en cada municipio y asociaciones de práctica independiente (IPA's, por sus siglas en inglés, Independent Practitioner Association).

7.4.6 Cubierta Especial

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

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

La cubierta especial es ofrecida a través de la red de proveedores participantes, quienes tienen arreglos contractuales con las aseguradoras a través de la isla. Además, el plan contratado incluye cubierta para beneficiarios de Medicare quienes son médicamente indigentes y han sido certificados por el Programa de Medicaid del Estado. Para estos beneficiarios elegibles que a la vez son participantes de Medicare, ASES ha negociado con la aseguradora el que se les incluyan beneficios adicionales. Para aquellos quienes tienen la parte A de Medicare, la

aseguradora deberá cubrir todos los beneficios no incluidos en esta parte que son cubiertos bajo el plan contratado. De igual forma, para aquellos beneficiarios que cuentan con las partes A y B de Medicare el plan contratado deberá cubrir los deducibles y co-seguros de la parte B y proveerá cubiertas de farmacia de dental.

7.4.7 Modalidad I: La Cruz Azul de Puerto Rico

La primera experiencia de la Reforma de Salud en Puerto Rico comenzó en el área noreste. Los seis (6) municipios que incluye el área noreste de Puerto Rico son: Fajardo, Ceiba, Culebra, Luquillo, Río Grande y Vieques. Estos cuentan con 53,302 beneficiarios asegurados compuesto por 24,589 individuos y 7,740 familias con 30,713 miembros.

La cubierta para pacientes Medicare elegibles a Medicaid era provista por la aseguradora bajo un contrato especial y no por los Centros CCSCA. El costo total para esta región de salud para el primer año de contrato era de 31 millones de dólares para 55,302 beneficiarios. El 3 de octubre de 1994 se comenzó la Reforma de Salud en la región sureste. Esta región incluyó los municipios de Arroyo, Guayama, Maunabo, Patillas y Salinas. Contaba con 79,086 asegurados consistiendo de 32,212 individuos y 11,655 familias compuestas de 46,874 miembros.

Hubo una prima global que incluía beneficiarios de Medicare con parte A o con partes A y B. Las primas mensuales eran:

Cubierta familiar:	$145.37
Cubierta individual:	61.00

El costo estimado para el año de contrato que terminó el 30 de septiembre de 1995 fue de $ 46 millones.

7.4.8 La Modalidad II, Triple S (IPA's)

En abril de 1995 se comenzó la Reforma de Salud en la Región Norte que cubrió 12 municipios: Arecibo, Barceloneta, Camuy, Ciales, Florida, Hatillo, Lares, Manatí, Morovis, Quebradillas, Utuado y Vega Baja. Se extendió cubierta a 174,292 beneficiarios. La prima mensual cubrió a todos los beneficiarios incluyendo los beneficiarios de Medicare (parte A ó A y B). Las primas que se negociaron fueron:

Cubierta familiar	$ 145.37
Cubierta individual	59.30

El costo estimado fue de 96 millones de dólares al 30 de marzo de 1996 para 174,292 beneficiarios cubiertos por el seguro desde el 1 de junio de 1995. Esta modalidad proveyó cubierta básica y especial a través de grupos compuestos de médicos de cuidado primario y la prima es pagada mensualmente también a través del sistema capitado. Cada grupo de la red de aseguradores estaba compuesto de especialistas, laboratorios, hospitales y farmacias para prestar servicios a los diferentes IPA's. El grupo de cuidado primario, mejor conocido como grupos médicos (IPA's, *Independent Practitioner Association*) recibía la diferencia de la porción no utilizada.

Los costos por paciente en el año 1995 fluctuaron entre $567 y $577. El costo total estimado anual para la aseguradora para 1,486,225 de vidas era aproximadamente de $1,034,814,684 el cual es $200,000,000 más que el costo actual para el Departamento de Salud. El costo estimado por paciente es de aproximadamente $703. Para estos grupos, ASES debería pagar a la aseguradora una tarifa para la cubierta individual y familiar basada en los beneficios

contratados. Las primas eran $59.30 y $61.00 para cubierta individual y $145.37 y $158.30 para cubierta familiar. Subsiguientemente se extendió la Reforma con diferentes contratos, cubriendo los 78 pueblos de la Isla. En virtud de este proceso en el año 2000 el costo total del programa de la Reforma de Salud ascendía a $1.2 billones.

ASES tiene la responsabilidad de mantener una base de datos de personas ingresadas que incluya todas las personas elegibles para participar bajo el plan contratado. ASES deberá certificar a la aseguradora todos los individuos elegibles para ingreso para que la aseguradora pueda procesarlos.

ASES retendría el banco de datos con la información actualizada en orden de servicios prestados por los proveedores para evaluar la calidad de los mismos. De igual forma ASES recibiría para pago de primas los dineros de los fondos que han sido transferidos del Departamento de Salud, incluyendo fondos estatales y federales, Medicaid, donativos en bloques así como fondos municipales, estatales y legislativos.

En el caso de los policías, quienes escogieran participar en el plan promovido por ASES, esta última recibiría del patrono la suma que la policía contribuya para la cubierta de la prima. Se estimaba que para el año 1996 los empleados gubernamentales también formarían parte de la Reforma de Salud, pues tendrían la oportunidad de seleccionar u optar por escoger el plan de Reforma. Esto no ocurrió. La ASES negociaría el plan de salud y la contribución del patrono hacia su seguro de salud para ser utilizada para pagar la prima bajo el plan de la Reforma. El empleado tendría que contribuir al pago de la prima de acuerdo con un porcentaje a ser determinado. ASES recibiría de los patronos y empleados la aportación correspondiente y pagaría la prima al plan seleccionado por el empleado. En la tercera etapa, ASES debería considerar cobrar las primas del asegurador y del empleado.

El rol primario de ASES es negociar y contratar con planes de salud de acuerdo con los parámetros provistos en las solicitudes de propuesta que son sometidas a las distintas aseguradoras, quienes participan en el proceso de subasta. La cubierta de beneficios es determinada por ASES y ésta debe ser una comprensiva de acuerdo a la Ley #72 y a la solicitud de propuesta.

Una vez el contrato es formalizado, la aseguradora debe someterse a evaluaciones periódicas llevadas a cabo por el equipo de ASES a los fines de conseguir el estricto cumplimiento del contrato y la calidad al menor costo de los servicios rendidos bajo este. La ejecutoria o funcionamiento de la aseguradora se mide a través de auditorías en sus propias oficinas administrativas, en las oficinas de los proveedores contratados y a través de la información suministrada por la aseguradora a ASES. La aseguradora tiene la obligación de someter informes sobre los encuentros y de asegurar su estabilidad financiera. Todos los planes de salud que son contratados deben certificar su solvencia.

A través de la evaluación de la ejecutoria del plan, ASES sería capaz de analizar, no únicamente el acuerdo contractual con la aseguradora, sino el funcionamiento del proyecto en su totalidad. Evaluaciones periódicas serían hechas para medir el cumplimiento del plan y para valorar la calidad, la necesidad, la accesibilidad, la utilización, el costo de los servicios, la elegibilidad y el ingreso de los beneficiarios, así como los servicios a beneficiarios y proveedores, cubierta de beneficios, requisitos financieros, reglas, iniciativas, fraude y abuso, entre otros. A esos fines se creó en el año 2001 la Oficina del Procurador del Paciente (OPP), se ha estado desarrollando la Unidad de Calidad en la División de Evaluación y Monitoreo en el Departamento de Salud, y se ha instituido la implantación de los *Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS).*

7.5 Oferta y Demanda de Servicios de Salud

Muchos aspectos de la prestación de servicios de salud han cambiado a consecuencia de la implantación del Plan de Salud (Reforma) en el año 1994. Para abordar con mayor aproximación las brechas o disparidades que aún existen en nuestro sistema de salud, comenzaremos analizando la oferta de servicios en relación con la demanda previamente descrita en los capítulos 1, 2 y 4 sobre el estado de salud de la población, los factores determinantes y los grupos excluidos.

7.5.1 Oferta de Servicios de Salud

La oferta se concreta en servicios destinados a promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de una población objetivo, tanto a nivel individual como colectivo, en las condiciones de las personas y del ambiente (OPS).

7.5.2 Facilidades de Salud en Puerto Rico

Una de las políticas principales de la Administración durante los años 2001-2004 ha sido la de mantener dotados a todos los municipios de la Isla con Salas de Emergencia abiertas las 24 horas los 7 días de la semana. Esta acción responde a que el modelo de privatización de facilidades encauzado por la Reforma de Salud dejó desprovista a la población de los servicios de salas de emergencia que se ofrecían en los Centros de Diagnóstico y Tratamiento, los cuales se vendieron a grupos médicos privados o corporaciones sin fines de lucro para convertirse en Grupos Médicos Independientes (IPA's)[25]. En consecuencia, al 2001 solo 58 de los 78 municipios contaban con Salas de Emergencia operando 24 horas 7 días a la semana. Alrededor de 10 centros comenzaron a cerrar facilidades o turnos de servicios transfiriéndole al gobierno la responsabilidad y el gasto económico de tener que subsidiar dichos servicios o retomar y habilitar facilidades que habían sido vendidas, para operarlas mediante contrato con terceros y garantizar así la provisión de estos servicios. De esta manera, se ha logrado mantener al finalizar este cuatrienio, el 89 por ciento de los municipios de Puerto Rico con servicios de sala de emergencia 24 horas los 7 días a la semana, principalmente en aquellos municipios que no cuentan con facilidades hospitalarias.

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

De acuerdo con el *Registro de Hospitales y Facilidades de Salud para 2002-2004*, preparado por la Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Certificación de Facilidades de Salud (SARAFS), del Departamento de Salud de Puerto Rico, actualmente existen 69 hospitales, 13 de los cuales son públicos y los restantes 56 son privados. Esto representa que el 18.8 por ciento de los hospitales son públicos mientras alrededor de un 81.2 por ciento están en el sector privado. Este dato evidencia el resultado de la venta de los hospitales regionales como consecuencia de la Reforma de Salud a finales de los años 90. (Cuadro 1)

[25] *Independent Practitioner Association,* se refiere a los grupos de médicos privados que se organizaron en asociaciones para proveer servicios de salud a los participantes del Plan de Seguro de Salud del Gobierno**.**

Cuadro 1: Hospitales Públicos y Privados por Isla y Región Metropolitana, Año 2002-2004[26]

Hospitales	Número Hospitales	Región Metropolitana	Por Ciento Hospitales Región Metro	Isla	Por Ciento Hospitales Isla
Privado	**56**	16	28.57	40	71.42
Público	**13***	11	84.61	2	15.38

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

***De los trece (13) hospitales públicos: uno (1) es de Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE), tres (3) son de gobierno municipal, cinco (5) son del Departamento de Salud y cuatro (4) son de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA).

La proporción de camas por personas, de acuerdo con los datos de hospitales generales, parece que excede los requisitos mínimos de disponibilidad. Sin embargo, existen distintos requisitos en los hospitales siquiátricos, al igual que para los hospitales pediátricos. Si abundamos en la disponibilidad de camas por regiones se observa como en la Región Metropolitana parece estar en deficiencia en términos generales. En cambio, si se observa en las facilidades siquiátricas se refleja como están concentradas en la Región Metropolitana y Noreste (Bayamón), dejando al resto de la Isla con una cantidad de camas y servicios, proporcionalmente menor.

Cuadro 2: Facilidades Hospitalarias por Clasificación, Localización y Número de Camas[27]

Hospitales	Instituciones	Total Camas	Camas Región Metro	Camas Isla
Hospital Industrial Lesiones de Trabajo (CFSE)	1	271	271	0
Cardiovascular y Transplante	1	192	192	0
Pediátricos	3	431	356	75
Generales	52	9,994	4,375	5,619
Psiquiátricos	8*	1,496	981	740
Rehabilitación	1	32	32	0
Oncológicos	2	229	143	86
Trauma	1	58	58	0
Total	**69**	**12,703 338 personas/ cama**	**6,408 184 personas/ cama**	**6,520 154 personas/cama**

* **Las instituciones psiquiátricas se distribuyen: 4 en Río Piedras, 1 en Bayamón, 1 en Ponce, 1 en Cidra y 1 en Cabo Rojo**

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

En Puerto Rico, sobre 350 organizaciones privadas sin fines de lucro ofrecen una diversidad de servicios de salud y atención a los pacientes que van desde promoción, prevención, protección

[26] Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud, Registro de Hospitales y Facilidades de Salud, Años 2002-2004, Departamento de Salud

[27] Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud, Registro de Hospitales y Facilidades de Salud, Años 2002-2004, Departamento de Salud

y rehabilitación para una variedad de condiciones de salud física y mental. Lamentablemente no existe un documento completo de estas organizaciones por categorías de servicio y localización ya que no todas están reglamentadas por un mismo organismo del estado. Por tanto, las facilidades y servicios que se enumeran en el cuadro 3 representan solo una fracción del universo de facilidades y servicios que se ofrecen a individuos y comunidades, debido a que la Ley 102 que reglamenta las facilidades de salud en Puerto Rico, no clasifica como facilidades de salud a un sinnúmero de facilidades y servicios actualmente ofrecidos por organizaciones no gubernamentales con y sin fines de lucro.

Cuadro 3: Distribución de Facilidades Ambulatorias por Sector y Clasificación de Servicios[28]

Clasificación de Servicios	Número de Facilidades	Metro-Fajardo	Isla	Privados	Gobierno
Cirugía ambulatoria	29	17	12	29	0
Diálisis	39	10	29	37	2*
Sala de Urgencias	5	1	4	4	1
Centro de Diagnóstico y Tratamiento	133	37	96	84	49
Hospicios	35	7	28	35	0
Salud en el Hogar	48	11	37	47	1
Total	**289**	**83**	**206**	**236**	**53**

Una (1) pediátrica
Fuente: Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Certificación de Facilidades de Salud, Departamento de Salud

7.5.3 Otros Servicios de Salud en Puerto Rico

Además de estas facilidades y servicios, el Departamento de Salud, como parte de sus programas especializados para pacientes de VIH/SIDA y Enfermedades Sexualmente Transmisibles, mantiene 8 clínicas regionales de inmunología que atienden un total de 8,942 participantes.

De igual forma, a través del Programa de Salud Correccional ofrece servicios primarios, secundarios y terciarios a los 15,000 confinados en las 51 instituciones correccionales del país. Este Programa cuenta con 148 camas disponibles para detoxificación y otras condiciones médicas, 103 camas para servicios de cuidado extendido a través del servicio de Dormitorio Médico, y 149 camas del servicio de residenciales sicosociales para pacientes con condiciones de salud mental severa que les incapacita convivir en la población general. El Programa de Salud Correccional cuenta además con servicios de apoyo que incluyen Farmacias, Rayos X, Laboratorios, Mejoramiento de Calidad y Educación en Salud.

En el renglón de Servicios de habilitación, existen 7 Centros Pediátricos (uno por cada Región de Salud excepto Región Metropolitana que tiene dos). Estos ofrecen servicios especiales a la población con necesidades especiales de salud y retraso en el desarrollo desde el nacimiento hasta los 21 años a través del Programa de Intervención Temprana a Infantes con Impedimentos y el Programa de Niños con Necesidades Especiales de Salud. Los servicios son desarrollados por profesionales de la salud de diferentes disciplinas que han estado sirviendo a

[28] Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud, Registro de Hospitales y Facilidades de Salud, Años 2002-2004

esta población por más de 40 años. Estos ofrecen la atención individualizada que el niño necesita con la participación activa de la familia y la comunidad.

7.5.4 Laboratorios y Farmacias

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

Cuadro 4
Distribución de Laboratorios Clínicos y Farmacias por Región/Población, Años 2002-2004

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

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

7.5.5 Protección del Medio Ambiente

En términos de Laboratorios Radiológicos, el Departamento de Salud, a través del Programa de Salud Ambiental, y la División de Salud Radiológica ha licenciado la operación de 3,000 máquinas de rayos X, 150 facilidades de mamografía y 130 facilidades que poseen o utilizan materiales radioactivos. Además, mediante la Unidad de Planificación y Evaluación del Programa de Salud Ambiental administra las funciones de evaluación y monitoreo de Agua Potable, Ingeniería Sanitaria, Higiene de Alimentos, Fábrica de Alimentos Repostería Almacenes y Transporte de Carnes (FARATC), Higiene de Leche, Higiene del Ambiente Físico Inmediato (HAFI), Venenos Comerciales y Zoonosis. A través de las 8 oficinas regionales, el Programa de Salud Ambiental atiende solicitudes de inspección y licenciamiento para locales comerciales a los cuales se les expide licencia sanitaria como requisito previo al permiso de Uso expedido por la Administración de Reglamentos y Permisos. De igual forma, para los permisos de construcción de al menos 30 categorías de proyectos, se emiten endosos de conformidad con los planos de construcción que se presentan al Programa[29].

Durante los años de 1998 al 2003 el Departamento de Salud realizó 225,598 inspecciones, reinspecciones y encuestas sanitarias (un promedio aproximado de 37,600 por año) la mayoría de ellas a establecimientos que fabrican, preparan o sirven alimentos en Puerto Rico. Para ese mismo periodo se expidieron 1,136 endosos a permisos de construcción (un promedio aproximado de 189 endosos, por año). (**Cuadro 5**).

[29] Entre los años 1998 al 2003 se han emitido 1,136 endosos de construcción de acuerdo a informes del Programa de Salud Ambiental del Departamento de Salud.

Cuadro 5
Número de Inspecciones Realizadas, Años 1998-2003

Inspecciones	Total Inspecciones	Por Ciento Inspecciones
Agua Potable	3,197	1.4
Higiene de Leche	7,649	3.4
HEPSA[30]	55,512	24.6
Zoonosis	0	0
Ingeniería Sanitaria	1,098	.5
FARTC[31]	123,159	54.6
Salud Radiológica	7,481	3.3
HAFI[32]	27,502	12.2
Total	**225,598**	**100.0**

Fuente: Programa de Salud Ambiental, Departamento de Salud, Puerto Rico, Años 1998-2003

Desde la perspectiva ambiental, otras agencias públicas, tanto estatales como federales, ofrecen servicios relacionados con la calidad y protección del medio ambiente. Entre estas están: la Junta de Planificación y la Administración de Reglamentos y Permisos, el Departamento de Recursos Naturales y Ambientales (incluye a la Junta de Calidad Ambiental), los Municipios y sus Oficinas de Control del Ambiente, en el sector público federal la Agencia de Protección Ambiental (EPA, por sus siglas en inglés), el Cuerpo de Ingenieros del Gobierno de los Estados Unidos (COE) y la Comisión Reguladora Nuclear (NRC), el Departamento de Agricultura y la Administración de Drogas y Alimentos, entre otras.

7.5.6 Ambulancias y Transporte Aéreo

Puerto Rico cuenta con 540 ambulancias de diversas categorías, 75 por ciento de estas son privadas, 13 por ciento son del Cuerpo Estatal de Emergencias Médicas y un 12 por ciento municipales. Las ambulancias del Cuerpo de Emergencias Médicas, son de categoría III, los Municipios de San Juan, Bayamón y Guaynabo también cuentan con ambulancias categoría III, al igual que tres compañías privadas. Todas las demás fluctúan entre las categorías I y II. Además existen al menos tres compañías dedicadas al transporte aéreo de pacientes que en coordinación con el Centro Médico de Río Piedras brindan servicio a toda la Isla, incluyendo las Islas Municipio de Vieques y Culebra, y en ocasiones las Islas Vírgenes. Solo una de ellas está licenciada por el Departamento de Salud y la Comisión de Servicio Público, las restantes dos están en proceso de conformar los requisitos de licenciamiento y certificación de estas Agencias. (**Cuadro 6**)

[30] HEPSA "Higiene en Establecimientos que Preparan y Sirven Alimentos".
[31] FARTC "Fábricas de Alimentos, Repostería, Almacenes y Transporte de Carnes".
[32] HAFI "Higiene del Ambiente Físico Inmediato".

Cuadro 6
Ambulancias Certificadas, Año 2004[33]

Región	Total Unidades Certificadas	Privadas	Emergencias Médicas	Municipios
Norte	64	48	10	6
Noreste	73	42	4	27
Este	113	90	10	13
Oeste	87	69	16	2
Sur	96	77	14	5
Metro	107	83	14	10
Total Isla	**540**	**409**	**68**	**63**

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

7.5.7 Recursos Humanos

En términos de la oferta de Recursos Humanos, Puerto Rico cuenta con 54,120 Profesionales de la Salud activos, de éstos 8,225 son médicos, 24,777 enfermeras, 2,779 tecnólogos médicos, 2,428 farmacéuticos y 1,457 dentistas representando este grupo un 73.3 por ciento del total de profesiones. El 38.8 por ciento de todos las Profesiones de la Salud se concentran en la Región Metropolitana (Metro-Fajardo); resultando un 42.4 por ciento de los médicos y 38 por ciento las enfermeras concentrados en esa región. (**Cuadro 7**)

Cuadro 7
Profesionales de la Salud por Región e Isla, Año 2001[34]

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

Fuente: Oficina del Registro y Certificación de Profesionales de la Salud

El cuadro 8 presenta los profesionales de la salud por sector de trabajo. El 75.2 por ciento de los médicos y el 70.9 del resto de los profesionales de la salud trabajan en el sector privado. Los restantes trabajan en el servicio público y hacen trabajo voluntario (24.5 y 30.5 por ciento, respectivamente).

[33] Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud, Informe de Ambulancias Certificadas por Categoría y Municipios, Año 2004.

[34] Incluye solamente los profesionales activos en Puerto Rico, octavo registro (Años 1998-2001).

Cuadro 8
Profesionales de la Salud por Sector de Trabajo, Puerto Rico, Año 2001

Recursos Humanos	Sector Público	Por Ciento	Sector Privado	Por Ciento	Trabajo Voluntario	Por Ciento
Médicos	2,017	24.5	6,187	75.2	21	.26
Enfermeras	8,494	34.3	16,263	65.6	20	.08
Tecnólogos Médicos	369	13.3	2,409	86.7	1	.04
Farmacéutico	281	11.6	2,146	88.4	1	.04
Dentista	140	9.6	1,317	90.4	0	.00
Otros Profesionales	4,404	30.5	10,026	69.4	24	.16
Total	15,705	**29.0**	**38,348**	**70.9**	**67**	**0.12**

Fuente: Oficina del Registro y Certificación de Profesionales de la Salud

En cuanto a las especialidades de los médicos, alrededor de un 23 por ciento son médicos generalistas, un 13.2 por ciento se dedican a la Medicina Interna, les siguen los Pediatras (11.5%) y el restante 52.3 por ciento son las especialidades que van desde Obstetricia y Ginecología, Medicina de Familia, Cirugía General, Anestesiología, entre otras. (**Cuadro 9**)

Cuadro 9
Proporción de Médicos por Especialidades Seleccionadas, Puerto Rico, Año 2001

Médicos por Especialidades Seleccionadas	Por Ciento
TOTAL	**100.0**
Medicina General	23.0
Medicina Interna	13.2
Pediatría	11.5
Obstetricia y Ginecología	6.0
Medicina de Familia	5.4
Anestesiología	2.6
Enfermedades Cardiovasculares	2.3
Oftalmología	2.2
Medicina de Emergencia	1.9
Gastroenterología	1.3
Neurología	1.2
Otras Especialidades	29.5

Fuente: Oficina del Registro y Certificación de Profesionales de la Salud

Como se desprende del Cuadro número 10 las intervenciones clínicas de cuidado directo a pacientes siguen siendo el modelo de atención predominante, mientras que las actividades de promoción y educación son significativamente escasas. Indicativo de que todavía los esfuerzos por cambiar el modelo de atención requieren fortalecerse mediante políticas más enérgicas y abarcadoras.

Cuadro 10
Distribución de Recursos Humanos por Actividades Principales en que se Desempeñan, Puerto Rico, Año 2001

Actividades	Profesionales de la salud	Médicos
Cuidado a Pacientes	73.4	97.2
Orientación a Pacientes y Comunidad	11.8	13.5
Despacho de Recetas	11.0	0
Asesoramiento	0.8	7.1
Comercio, Manufactura y Industria	0.7	2.9
Docencia o Enseñanza	1.1	8.9
Adiestramiento	1.2	8.0
Administración, Supervisión y Coordinación	7.7	13.7
Investigación	0.4	3.5
Evaluaciones Psicológicas	0.4	0
Servicios de Embalsamamiento	0.2	0
Otras Actividades	5.8	1.8

Fuente: Oficina del Registro y Certificación de Profesionales de la Salud

7.5.2 Recursos Tecnológicos

Una de las mayores fortalezas que ofrece nuestro sistema de salud a partir del 2001 es la inversión que se está dedicando a la mecanización y desarrollo tecnológico de los procesos y servicios en el campo de la salud. Tanto el sector público como el sector privado tienen a su disposición importantes recursos tecnológicos al servicio de la salud del pueblo. A un costo de sobre $300 millones el gobierno ha adquirido en los últimos años equipo altamente sofisticado para el diagnóstico y tratamiento así como las tecnologías de información y procesamiento de datos más avanzados y seguros a la disposición de los pacientes, como veremos en el capítulo sobre avances tecnológicos. No obstante hay que destacar que la inmensa mayoría de estos recursos se concentran en los niveles centrales de la Región Metropolitana y escasamente se observan en las otras regiones de salud recursos tan esenciales como impresoras, fotocopiadoras, computadoras personales, acceso a Internet, entre otros.

7.6 Demanda de Servicios de Salud

El concepto demanda implica traducir las necesidades en salud de una población en necesidades de prestaciones de salud. Aquellas necesidades en salud que se concreten en prestaciones de servicios de salud se llaman demanda conocida, las necesidades de servicios son demanda por necesidad y las que no han sido resueltas por los servicios de salud se conocerán por demanda desconocida. Este análisis abundará sobre la demanda conocida. Las fuentes de información son el Estudio Continuo de Salud para los Municipios de Puerto Rico durante el año 2001 que es un estudio transversal retrospectivo. El universo utilizado fue la Población Civil No Institucionalizada de Puerto Rico. La muestra total fueron 24,491 viviendas. Se utilizaron indicadores de salud, los sociodemográficos, las hospitalizaciones y la morbilidad.

Las necesidades de salud de la población son expresión del estado de salud y de las condiciones económicas y sociales en las que se vive. Estos dos factores influyen significativamente en la demanda de atención que una población puede tener. Esta será mayor o menor no sólo porque la población se reporte como enferma, sino porque sus condiciones de vida gravitarán enormemente en la decisión de dar o no prioridad al cuidado de su salud.

Cuadro 11
Condición de Pobreza por Edad, Puerto Rico Año 1999

Población Para la Cual se Determina la Condición de Pobreza	Puerto Rico	Por Ciento
Total	**3,769,782**	**100**
Ingreso en 1999 por debajo del nivel de pobreza:	**1,818,687**	**48.24**
Menor de 5 años	167,510	
5 años	35,095	
6 a 11 años	217,872	
12 a 17 años	211,412	
18 a 64 años	1,003,298	
65 a 74 años	99,219	
75 años o más	84,281	
Ingreso en 1999 en el nivel de pobreza o más alto:	**1,951,095**	**51.76**
Menor de 5 años	123,603	
5 años	24,701	
6 a 11 años	147,745	
12 a 17 años	153,573	
18 a 64 años	1,267,755	
65 a 74 años	142,953	
75 años o más	90,765	

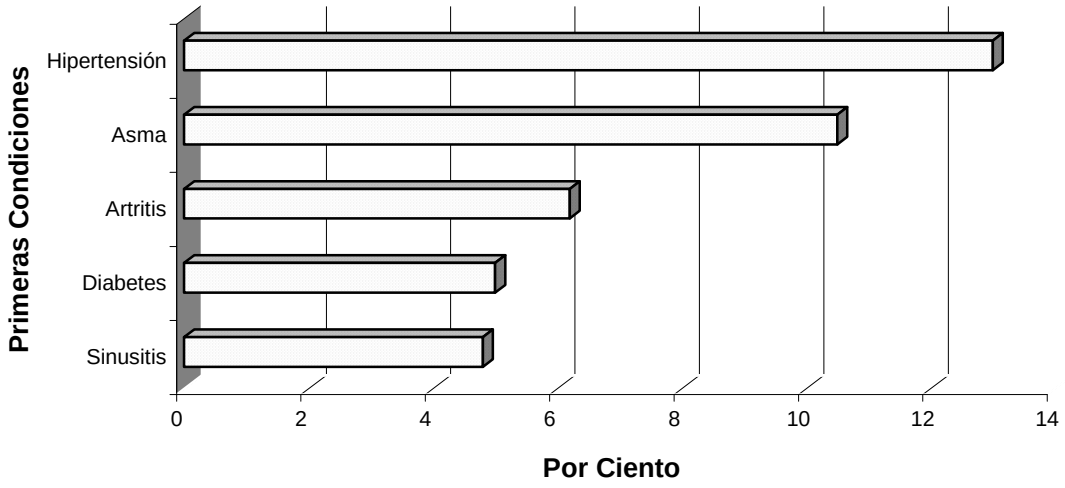
Fuente: Negociado del Censo de los Estados Unidos, Censo Año 2000.

Según la Organización Panamericana de la Salud la demanda es el requerimiento formal de servicios de salud. En la estimación de esta demanda de servicios se realizaron varias investigaciones. Se encontraron datos sobre el Estudio Continuo de Salud para el año 2001 los cuales reflejan que un 97.7 por ciento de personas están cubiertas con un seguro de salud ya sea privado o financiado por el gobierno. Se estima que un 7.1 por ciento de la población está aún sin un plan de seguro de salud. Según el estudio, los primeros diez (10) planes médicos son Triple C Reforma, Triple S, Reforma Cruz Azul, Reforma Humana, Medicare, Reforma MCS, Cruz Azul, International, MCS y Cigma en ese orden.

La percepción de la salud en la población durante el año 2001 fue la siguiente: el 31.7 por ciento percibió su salud como buena, 26.5 excelente, 21.5 regular, 15.8 muy buena, 4.3 pobre y un 0.2 por ciento no determinó su percepción de salud. Un 70.7 por ciento de la población en Puerto Rico informaron no visitar a su médico en las últimas cuatro (4) semanas. El 29 por ciento había visitado a su médico en las últimas cuatro (4) semanas previo al estudio. De los que no visitaron a su médico en las últimas cuatro (4) semanas según el tiempo transcurrido desde su última visita, la mayoría llevaba menos de un año sin visitar al médico (76.7%), 13.4 por ciento llevaba un año, 4.6 dos años y 1.5 por ciento tres (3) años. El restante 3.4 por ciento llevaba de 3 a 5 años sin visitar al médico.

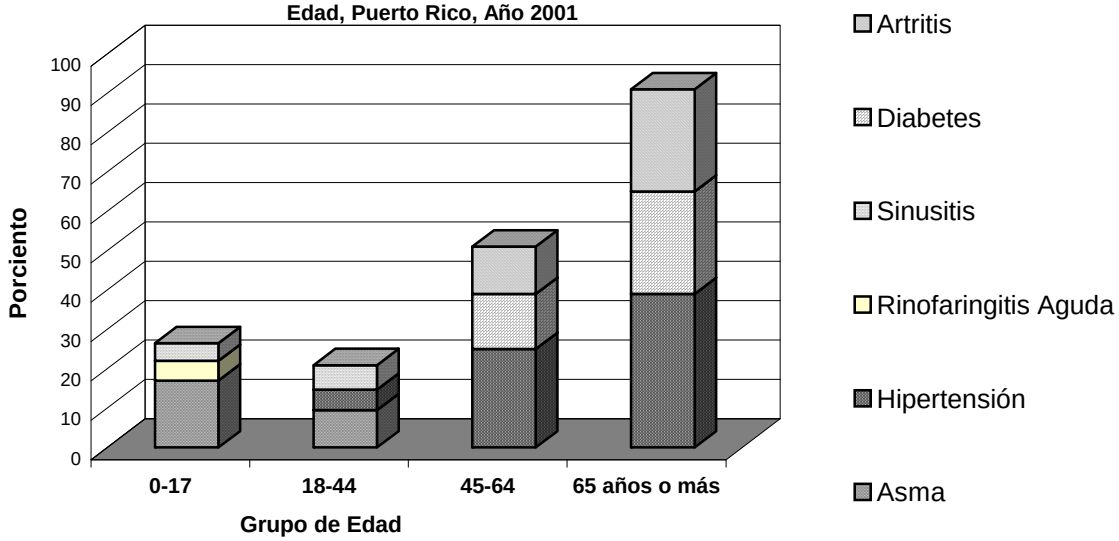
Según datos del Estudio Continuo de Salud un 9.8 por ciento de la población visitó al dentista en las últimas cuatro (4) semanas. El 92.7 por ciento de la población no estuvo hospitalizada. A continuación se presenta una gráfica del Estimado de la Prevalencia de las Primeras 5 Condiciones en Puerto Rico para el año 2001 (**Gráfico 1**). Las condiciones con mayor prevalencia fueron Hipertensión, Asma y Diabetes con aproximadamente 14.0, 12.0 y 7.0 por ciento, respectivamente. Se realizó un análisis con los datos del Estudio Continuo de Salud en relación con la prevalencia de las primeras condiciones por grupos de edades, en donde se observa que el asma es la condición con mayor prevalencia entre los grupos de edades de 0-17 años y de 18-44 años, mientras que la hipertensión es la condición más prevaleciente entre los grupos de edades de 45 o más años.

Gráfico 1: Estimado de las Primeras Cinco Condiciones, Puerto Rico, Año 2001



Fuente: Estudio Continuo de Salud para los Municipios de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas

Gráfico 2
Estimado de Prevalencia de las Primeras Seis Condiciones en Personas por Grup Edad, Puerto Rico, Año 2001



Fuente: Estudio Continuo de Salud para los Municipios de Puerto Rico, Recinto de Ciencias

En Puerto Rico se realiza un estudio de cobertura de vacunación por el Departamento de Salud (Programa de Vacunación). La muestra utilizada fue con niños nacidos hasta marzo del 2000. Para los años 2000 y 2001 la cobertura en vacunación para niños fue de 94 por ciento. Además, en el estudio se observó que 9 de cada 10 niños están adecuadamente protegidos contra enfermedades infecciosas. Para el año 2002, en Puerto Rico se hizo un estudio de cobertura en donde se midió el por ciento de vacunación de niños que nacieron de marzo de 2000 y que en marzo 2002 tuvieran 24 meses de nacido. Se alcanzó una cobertura de 31 por ciento con cuatro (4) dosis de DtaP, tres (3) de Polio, tres (3) HIP y una (1) MMR. Esto cobertura baja se debió a la escasez de vacunas durante el año 2001. Mientras que con tres (3) dosis de DtaP, tres (3) de Polio, una (1) MMR, tres (3) Hib, una (1) de varicela y tres (3) de Hep-B se alcanzó un 87 por ciento de cobertura.

Cuadro 12
Perfil de Demanda de Servicios en Puerto Rico, Año 2001

Indicador	Por Ciento
Personas que tienen seguro de salud	**92.7**
Personas que no tienen seguro de salud	**7.1**
Población según su estado de salud	
Buena	31.7
Excelente	26.5
Regular	21.5
Muy Buena	15.8
Pobre	4.3
Población que no visitó al médico en las últimas 4 semanas	70.7
Personas que no visitaron al médico en las últimas 4 semanas	
Menos de un año	76.7
Un año	13.4
Dos años	4.6
Cinco años	1.9
Tres años	1.5
Cuatro años	0.6
Nunca	0.3
Población que visitó al médico en las últimas 4 semanas	29.3
Población que no visitaron al dentista en las últimas 4 semanas	89.8
Población que visitaron al dentista en las últimas 4 semanas	9.6
Población que Estuvo Hospitalizada	7.1
Población que no Estuvo Hospitalizada	92.7
Cobertura de vacunación en niños[35]	94.0
Niños protegidos adecuadamente contra enfermedades transmisibles [36]	9 de 10

Fuente: Estudio Continuo de Salud para los Municipios de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas

A fines del año 2003, alrededor de 1,223,762 (74.9%) personas tenían la tarjeta del Plan de Salud de Puerto Rico (Reforma). Actualmente (2004), alrededor de 1,550,000 personas son beneficiarias del plan de salud. El mayor por ciento de personas con tarjeta de la Reforma se concentró en las regiones Suroeste (92.5%), Norte (91.12%) y Metro-Norte (90.7%). Sin embargo, el número mayor de grupos médicos (*IPA's, por sus siglas, Independent Practitioner Association*) se concentró en la región Oeste con 81 y luego la Norte (71). (**Cuadro 13**)

[35] Estado Libre Asociado, Departamento de Salud, Progama de Vacunación, Estudio de Cobertura, Infovac 2002.

[36] 4 dosis contra Difteria, Tétano y Tos ferina; 3 dosis de vacuna contra el Polio (IPV/OPV), 3 dosis de Hemophilus Influenza tipo B (HiB) y 1 dosis de la vacuna contra Sarampión Común, Alemán y Paperas (MMR**)**

Cuadro 13
Población y Personas Participantes del Plan de Salud del
Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Diciembre Año 2003

Región e Isla	Población Censo 2000	Elegibles Reforma	Personas Con Tarjeta	Por Ciento de Personas con Tarjeta	Médico Indigente	Número de IPA'S
Metropolitana	913,919	273,734	127,872	46.71	203,476	32
Este	530,368	230,024	172,280	74.90	165,272	59
Norte	461,304	237,254	216,193	91.12	172,343	71
Metro- Norte	670,687	228,512	207,218	90.68	166,079	53
Oeste	546,957	271,878	191,096	70.29	198,786	81
Sureste	344,376	198,894	150,421	75.63	144,579	46
Suroeste	340,999	171,570	158,682	92.49	129,010	32
Total	**3,808,610**	**1,611,866**	**1,223,762**	**74.90**	**1,179,545**	**374**

Fuente: Departamento de Salud, Programa de Asistencia Médica

7.6.1 Los Recursos Humanos del Sector Salud

Como se observa en el Cuadro 7, en Puerto Rico para el año 2001, existen un total de 54,120 profesionales activos, desglosándose 8,225 médicos y 45,895 profesionales de la salud, de acuerdo con el último registro realizado por la Oficina del Registro y Certificación de Profesionales de la Salud del Departamento de Salud y el Tribunal Examinador de Médicos en el 2001[37]. Durante el trienio 2001 al 2003 hay 57,169 profesionales con licencia permanente registrados. Cerca de 54 clases profesionales, además de los médicos, están reglamentadas mediante legislación. Esa reglamentación implica la obtención de una licencia para poder ejercer su respectiva práctica y previa a ella, se requiere para cada clase profesional, haber tomado diversos cursos de educación continua. No obstante, sabemos que existen otras categorías de trabajadores de salud pública que no están reglamentados y que por lo tanto no se ha podido identificar su cualidad ni cantidad.

Actualmente (2004), a la Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud, del Departamento de Salud, están adscritas 29 Juntas Examinadoras que por Ley son las que reglamentan y autorizan la practica de 48 profesiones reglamentadas. **(Anejo 7.1)**

Tomando como base los datos de la población de habitantes del Censo del año 2000, en total se observa que existe una razón de 463 personas por médico, 154 personas por enfermera, 1,370 personas por tecnólogo médico, 1,569 personas por farmacéutico y 2,614 personas por dentista. En cuanto a las regiones se refiere, en la Noreste hay 694 personas y en la Norte 622 personas por médico, respectivamente. (**Cuadro 14**)

[37] Oficina del Registro y Certificación de Profesionales de la Salud, Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Departamento de Salud, Año 2001

Cuadro 14
Razón de Población por Médicos y Otros Profesionales de la Salud por Región
Puerto Rico, Año 2001

Regiones e Isla	Población Censo 2000	Razón Población Por				
		Médico	Enfermera	Tecnólogo Médico	Farmacéutico	Dentista
Total	**3.808.610**	**463**	**154**	**1.370**	**1.569**	**2.614**
Norte	416.693	622	165	1.240	1.270	3.205
Noreste	785.369	694	302	2.083	2.373	3.554
Este	569.602	572	186	1.849	1.680	2.998
Oeste	546.957	587	180	1.299	2.137	3.552
Sur	576.070	570	140	1.408	2.259	3.470
Metro	913.919	262	97	985	994	1.533

Fuente: Departamento de Salud, Oficina de Registro de Profesionales de la Salud

En el cuadro 15 se presenta la tasa de profesionales por cada 100,000 habitantes en la Isla. Para el año 2001, se refleja una tasa total de 216 médicos, 651 enfermeras, 73 tecnólogos médicos, 64 farmacéuticos y 38 dentistas por cada 100,000 habitantes, respectivamente. En lo que respecta a las regiones la región Metro refleja la tasa más alta de cada profesional mencionado anteriormente en comparación con las demás regiones. **(Cuadro 15)**

Cuadro 15
Tasa de Médicos, Enfermeras, Tecnólogos Médicos, Farmacéuticos, Dentistas
por Cada 100,000 Habitantes y Región, Año 2001

Regiones e Isla	Población Censo	Tasa por cada 100,000 habitantes*				
		Médicos	Enfermeras	Tecnólogos Médicos	Farmacéuticos	Dentistas
Total	**3,808,610**	**216**	**651**	**73**	**64**	**38**
Norte	416,693	161	607	81	79	31
Noreste	785,369	144	331	48	42	28
Este	569,602	175	539	54	60	33
Oeste	546,957	170	556	77	47	28
Sur	576,070	175	714	71	44	29
Metro	913,919	382	1,030	102	101	65

***La tasa está computada por cada 100,000 habitantes.**
Fuente: Departamento de Salud, Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud

Desde el año 2001 al presente (2004), el Departamento de Salud, a través de la Secretaría Auxiliar de Planificación, y en coordinación con el Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos (DHHS, por sus siglas en inglés, "Department of Health and Human Services" & HRSA, "Health Resources and Services Administration"), elaboró el primer perfil que se conoce de la fuerza trabajadora de salud en Puerto Rico, a junio del año 2003.[38] Paralelamente, como parte de la Función Esencial de Salud Pública número 8, se dió a la tarea de expandir el perfil de los profesionales y médicos que figuran en el registro e identificar todas las posibles clases de trabajadores que no están reglamentadas. Como parte de ese esfuerzo, se propuso una enmienda a la ley que reglamenta a los profesionales de la salud. Con el propósito de obligar a todo trabajador en el campo de la salud pública a registrarse en la Oficina del Registro y Certificación de Profesionales de la Salud. De este modo, se ampliaría el

[38] US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, National Center for Health Workforce Analysis, HRSA Health Workforce Profiles, Puerto Rico, June 2003

registro y para poder identificar aquellos trabajadores de nuevas modalidades de servicio como los manejadores de caso, los epidemiólogos y trabajadores comunitarios que laboran en las organizaciones de base comunitaria y que por no estar reglamentados, no podemos determinar su localización y condiciones de trabajo. El proyecto de ley no se ha aprobado, pero está en proceso.

En lo que respecta a los médicos, de los 8,225 médicos registrados en el octavo registro (1998-2001), 1,890, o sea el 23 por ciento, son médicos generalistas, mientras que 6,335 (77%) tienen alguna especialidad. De éstos, 597 (9.4%) trabajan fuera de Puerto Rico. De modo que los 5,738 médicos especialistas que trabajan en el país, el 85 por ciento (4,876) tienen las siguientes especialidades:

Cuadro 16
Médicos Activos por Especialidades, Año 2001

Especialidades	Médicos	Por ciento
Total	**4,876**	**100.0***
Medicina Interna	974	20.0
Pediatría	881	18.2
Obstetricia y Ginecología	455	9.3
Psiquiatría	453	9.3
Medicina de Familia	401	8.2
Cirugía General	255	5.2
Anestesiología	187	3.8
Enfermedades Cardiovasculares	183	3.7
Oftalmología	181	3.7
Radiología Diagnóstica	177	3.6
Medicina Física y Rehabilitación	160	3.3
Medicina de Emergencia	157	3.2
Cirugía Ortopédica	108	2.2
Gastroenterología	104	2.1
Cirugía Urológica	100	2.1
Neurología	100	2.1

***Corresponde al 85 por ciento de los médicos que trabajan en el país.**
Fuente: Departamento de Salud, Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud

Las cuatro (4) Escuelas de Medicina del país, gradúan cada año cerca de 230 médicos de distintas procedencias, casi una tercera parte de éstos, son extranjeros, lo que significa que no se quedan en el país. De los cuatro (4) centros de enseñanza en el país, el Recinto de Ciencias Médicas y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico del sector público, constituyen los principales centros de formación de estos profesionales por que ofrecen los currículos más completos y variados. Un total de 33 especialidades se ofrecen en el Recinto de Ciencias Médicas. El Centro Médico de Río Piedras, constituye el principal taller de enseñanza a estos profesionales. En el sector privado, la Universidad Central del Caribe, localizada en facilidades del Departamento de Salud, la Escuela San Juan Bautista en Caguas (sin acreditación) y la Escuela de Medicina de Ponce.

Para el año académico de 2002-2003 existían 547 participantes en los seis (6) Hospitales con programa de educación médica en Puerto Rico. Poco más de una tercera parte de éstos, son egresados de las tres (3) escuelas de medicina acreditadas del país, a saber; Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico, la Escuela de Medicina de la Universidad Central del Caribe y la Escuela de Medicina de Ponce. Además, otros provienen de universidades extranjeras, principalmente de República Dominicana, Méjico, Habana y España, entre otras.

La Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico es el principal forjador de profesionales médicos del país, graduando alrededor de 130 médicos anualmente con 33 programas de especialidad; mientras que dos (2) escuelas de medicina privadas gradúan anualmente alrededor de 100 profesionales médicos con currículos más limitados. A pesar de sus limitaciones la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico cuenta con los más avanzados recursos tecnológicos tanto para la enseñanza como para la práctica. Con una inversión del estado de sobre $30 millones de dólares, esta institución se está dotando de modernos equipos tecnológicos de diagnóstico y tratamiento para el beneficio del pueblo y de los médicos internos y residentes.

Cuadro 17
Hospitales con Programas de Internados y Residencia, Año 2001

HOSPITAL	Número de Internos	Por Ciento
San Juan Bautista Medial Center, Caguas	54	9.8
Episcopal San Lucas II, Ponce	47	8.5
Dr. Pila, Ponce	12	2.1
Advanced Cardiology Center, Mayagüez	9	1.6
Hospital Universitario Ramón Ruiz Arnau, Bayamón	63	11.5
Hospital Universitario Río Piedras (UDH/Pediátrico)	362	66.5
TOTAL	547	100.0

Fuente: Departamento de Salud, Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud

Alrededor del 74 por ciento de los Profesionales y el 97 por ciento de los Médicos se desempeñan en actividades de cuidado directo a pacientes y como mencionamos anteriormente, dos terceras partes de éstos lo hacen en el sector privado. Entre los profesionales de la salud, los profesionales de enfermería constituyen el 25 por ciento de ese grupo y se estima que aun no son suficientes para permitir la utilización de todas las camas autorizadas en los hospitales del país.

En los pasados años, se han realizado al menos dos (2) estudios de demanda y oferta relacionados con determinados grupos profesionales como el dentista dentro del sector salud, pero ninguno integrado ni completo que recoja el universo de los recursos humanos de salud en Puerto Rico.

No obstante, algunos de los principales problemas que afectan este renglón, se han dado a la luz pública a través de los medios noticiosos en los últimos años. Por ejemplo:

- Los seguros de impericia, el alto costo de los seguros de impericia ha provocado que diversos grupos de la clase médica (ortopedas, ginecólogos obstetras) se nieguen a prestar servicios en los hospitales privados. Esto ha provocado un disloque en la estructura de prestación de servicios por que sobrecarga en extremo las salas del Centro Médico de Río Piedras, ya que por tratarse de facilidades del gobierno, los médicos están protegidos por las exenciones que aplican al gobierno o por el seguro del gobierno.

- El salario de las enfermeras, la falta de incentivo económico para los profesionales de enfermería sumado a las inadecuadas condiciones de trabajo constituyen uno de las

principales dificultades para el reclutamiento o retención de estos profesionales que continuamente emigran al extranjero a ofrecer sus servicios.

- Las condiciones físicas de las facilidades y recursos, la estructura e infraestructura de la mayoría de las facilidades en Puerto Rico datan de al menos 50 años. De modo que no tienen la capacidad de sostener sistemas modernos de uso intenso de electricidad por ejemplo, o de agua y telecomunicaciones. Esto le impone grandes limitaciones a las condiciones de trabajo que se suman a las circunstancias ordinarias de la sobrecarga de trabajo con que se enfrentan los profesionales.

- La reducción de talleres de enseñanza a nivel primario como resultado de la privatización de los hospitales, la Reforma de Salud trajo consigo la venta y privatización de las facilidades que servían de talleres de práctica para los estudiantes de medicina en el país. Además, los pacientes con condiciones de nivel primario, que antes acudían a los médicos internos de los hospitales, ahora acuden a sus médicos privados, dejando sin taller a los médicos internos y residentes de los pocos hospitales académicos.

7.7 Avances Tecnológicos

Nuestra Isla cuenta con una Sala de Emergencias que funciona 24 horas los siete (7) días de la semana en casi todos sus municipios, excepto tres (3). En muchos casos, esas salas de emergencia son parte de facilidades hospitalarias mejor dotadas que las de los CDT´s (Centros de Diagnóstico y Tratamiento) pero en general, el equipo tecnológico de la mayoría de éstas, es el equipo básico esencial para brindar servicios, y en algunas instancias ni siquiera cuentan con servicios de farmacia o laboratorios de rayos X.

Aunque muchos hospitales privados como Pavía, Auxilio Mutuo, San Pablo, San Jorge Children´s, Episcopal San Lucas II, HIMA y Hermanos Meléndez, entre otros[39], presentan una tendencia a especializarse en programas de cardiología, cáncer, diabetes, hemodiálisis, pediatría, etc., y como consecuencia han realizado considerables inversiones en equipo y nueva tecnología, el Centro Médico de Río Piedras es la facilidad de nivel terciario y suprateriario con los equipos y recursos más modernos y sofisticados para determinados tipos de diagnósticos, tratamientos e intervenciones. Por ejemplo, estos son algunos de los avances tecnológicos recientemente adquiridos por el gobierno para su principal institución de servicios de salud:

- El equipo de neuroangiografía digital biplanar para el servicio de neurocirugía endovascular, es el segundo instalado en todo el mundo.
- La tecnología sonográfica para la evaluación inicial y cernimiento de los pacientes politraumatizados.
- El equipo de resonancia magnética (MRI, Magnetic Resonance Image) de alta resolución.
- El equipo de alta tecnología para la diálisis continua de pacientes críticos con fallo renal.
- El sistema de digitalización radiológica y radiología computadorizada para mejorar la precisión diagnóstica y ampliar la capacidad del manejo de imágenes.
- El sistema computadorizado que permitirá realizar todas las transacciones críticas de los pacientes de forma electrónica, así como la codificación y facturación simultáneas de los casos y la integración de la información médica con las instituciones del Centro Médico.

[39] García Matos, Myrna S, *Alta Tecnología a Favor de la Salud,* Suplemento El Nuevo Día, jueves 30 de septiembre de 2004, Págs.: 2-3.

Además, las salas de operaciones han sido modernizadas con equipo de alta tecnología y se ha adquirido equipo moderno y sofisticado para neurocirugía. El uso de la Cámara Hiperbárica para el tratamiento de pacientes ulcerados o con infecciones en los huesos y el inicio de un Programa de Cirugía de Cordón Espinal, son otro ejemplo de los nuevos servicios que utilizan equipos modernos y nuevas tecnologías de tratamiento de condiciones crónicas.

7.7.1 Farmacéutica

Uno de los sectores industriales más importantes de Puerto Rico, es el de los medicamentos y el de la industria farmacéutica, la cual se nutre localmente de una poderosa aportación de mano de obra altamente especializada, numerosos incentivos contributivos, y un clima salarial propicio, además de medios de comunicación y transportación sofisticados.

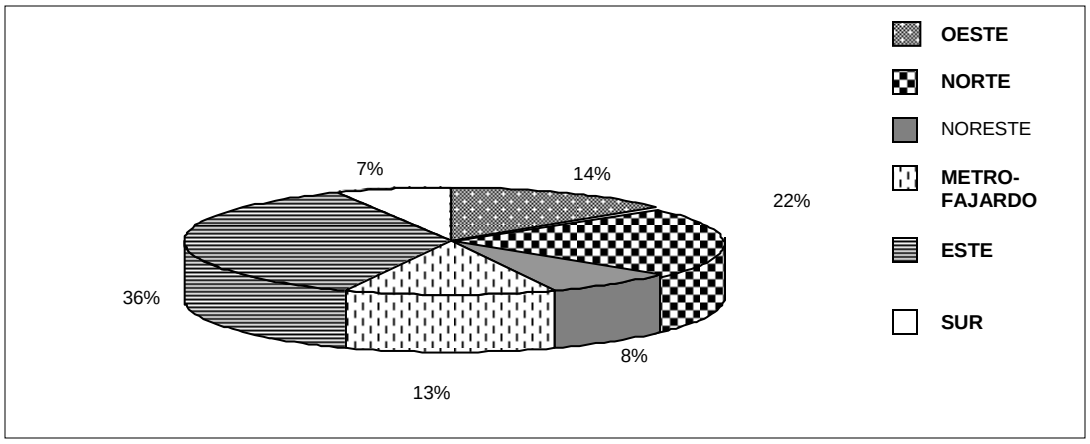
Los productos farmacéuticos y los medicamentos manufacturados en Puerto Rico incluyen productos medicinales de síntesis y a base de plantas, preparaciones farmacéuticas, sustancias in vitro y de diagnóstico, así como los productos biológicos.

- Más del 18 por ciento de la producción total de productos farmacéuticos de los Estados Unidos es elaborada en Puerto Rico.
- Las exportaciones de productos farmacéuticos de Puerto Rico se duplicaron entre 1993 y 1998, aumentando el ingreso anual de 6.4 billones a 13.2 billones.
- Numerosas compañías farmacéuticas administran más de un local de procesamiento en la isla: Johnson & Johnson administra ocho plantas, American Home Products seis, y Bristol Myers Squibb, cuatro.
- Los sueldos por hora aplicados a las compañías farmacéuticas de Puerto Rico son considerablemente inferiores a aquellos aplicados en el continente: $12.70 por hora en Puerto Rico comparado con un promedio de $17.03 por hora para el resto de los Estados Unidos.
- Ocho de cada 10 medicamentos principales recetados en los Estados Unidos son producidos en Puerto Rico.
- No obstante, nuestro rol protagónico en este proceso, no nos acredita ni nos beneficia con mejores precios en el costo de los medicamentos que producimos en el país, ya que los mismos se envían a la industria matriz en el extranjero y de allí son devueltos a nuestro mercado con los costos del valor añadido por los fletes de transportación y otros.

7.7.1.2 Compañías Farmacéuticas Establecidas en Puerto Rico

De acuerdo con el Registro de Fábricas de Medicamentos para los años 2002-2003, informe preparado por la SARAFS (Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud) en Puerto Rico, existen 68 fábricas de medicamentos distribuidas en las seis regiones de salud. Un 36 por ciento de estas están localizadas en la región este de la Isla (Caguas, Humacao) y otro 22 por ciento se encuentra en la región norte (Arecibo, Barceloneta). El restante 42 por ciento se distribuye en las otras cuatro regiones (Oeste, Metro-Fajardo, Sur y Noreste).

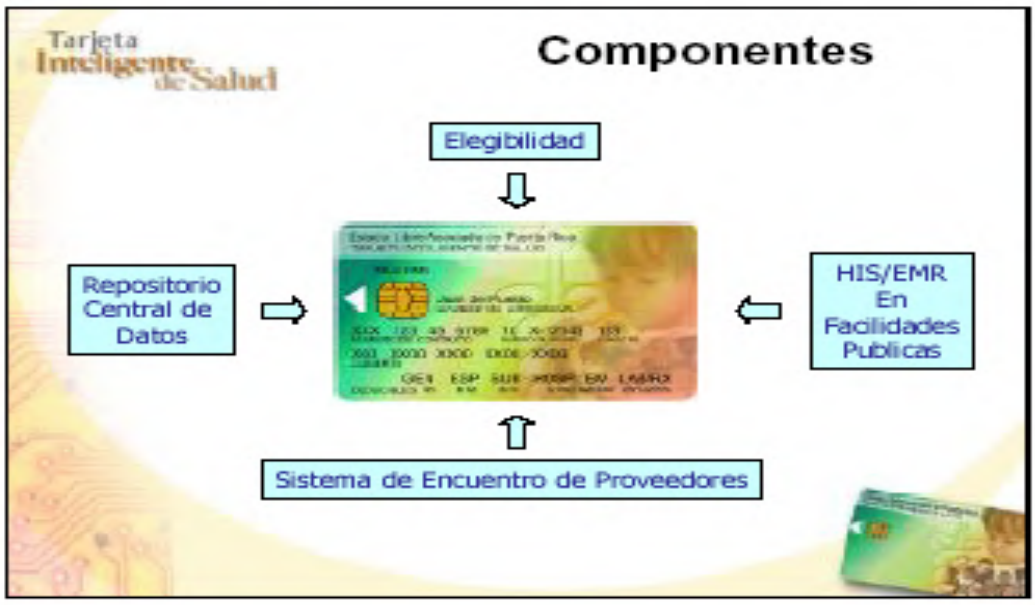
Gráfico 3
Distribución de Industrias Farmacéuticas Licenciadas por Región de Salud
Puerto Rico, Años 2002-2003



Fuente: Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud

El éxito de la industria farmacéutica de Puerto Rico se debe en gran medida a una mano de obra comprometida con la calidad, muy educada y bilingüe, sólida con más de 22,700 empleados (representando alrededor de 15.5 por ciento del total de la mano de obra local) repartidos en más de 68 instalaciones. Un 75 por ciento de la población de Puerto Rico asignada a la producción tienen un nivel académico de bachillerato, mientras que 49 por ciento de la mano de obra empleada cursó uno o varios años de estudios superiores cualificados. Puerto Rico alberga ocho fábricas que obtuvieron la certificación clase “A” Oliver Wright MRP II, prestigioso premio de excelencia en planificación de los recursos de producción y que ha sido otorgado únicamente a 250 fábricas en el mundo**.**

7.8 Sistema Integrado de Información de Salud



Fuente: Departamento de Salud, Programa de Asistencia Médica

7.8.1 Tarjeta Inteligente

La Tarjeta Inteligente de Salud representa el próximo gran avance de Puerto Rico en el área de la salud, con ella se establece por primera vez en el mundo, el uso de una tarjeta con procesador de datos como el vehículo para el manejo de datos de la salud de pacientes en un modelo de cuidado dirigido. El proyecto de la Tarjeta Inteligente de Salud surge como resultado de la necesidad que tiene el estado de poder obtener información de salud para la toma efectiva de decisiones y el manejo del Plan de Seguro de Salud. El proyecto de la Tarjeta Inteligente de Salud cuenta con cuatro (4) componentes esenciales que se integran entre sí para proveer la información para la acción que desea el Estado.

El Programa de Asistencia Médica establecerá un nuevo sistema mecanizado para la determinación de elegibilidad de los beneficiarios del Plan de Seguro de Salud. Este sistema permitirá que en cada oficina del Programa se emitan las tarjetas inteligentes en el momento de certificar a los asegurados. Comenzando el 1 de septiembre de 2004 con la región de Mayagüez, cada asegurado que vaya a certificarse en las oficinas de Asistencia Medica recibirá una tarjeta inteligente la cual lo identificará usando el número único de paciente (*MPI,* por sus siglas en inglés, Master Patient Index). Esta tarjeta contendrá la foto del asegurado y su información estará protegida por un código secreto que establecerá el beneficiario en el momento de emitir la tarjeta.

La integración de elegibilidad ofrecerá los siguientes beneficios:

- Suscripción inmediata a los servicios sin tener que ir a la aseguradora.
- Transformación a un sistema automatizado enfocado en mejorar el proceso de certificación del beneficiario.
- Acceso inmediato a información de los beneficiarios elegibles.
- Tarjeta en el momento de certificación en el Programa de Asistencia Médica.
- Acelera el proceso de determinación de elegibilidad.
- Creará un Perfil de Salud de las familias médico indigentes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

7.8.2 HIS/EMR en Facilidades Públicas

En los 34 CDT (Centro de Diagnóstico y Tratamiento) que operan bajo el Departamento de Salud o municipios del Estado, se estará estableciendo un sistema de Récord Médico Electrónico para el manejo de datos e integración con la tarjeta inteligente. El sistema se implanta para integrar a la tarjeta inteligente los datos de las visitas de pacientes a las facilidades públicas. El sistema es el mismo que se implantó durante el proyecto demostrativo de la tarjeta durante el 2002–2003. Con la implantación de este sistema se asegura la integración de datos de las facilidades públicas al proyecto. La integración del HIS/EMR en facilidades públicas ofrece los siguientes beneficios:

- Establece la base para un récord médico electrónico nacional.
- Permite el registro automático de llegada.
- Facturación electrónica detallada.
- Automatización en los procesos de referido a especialistas y envío de recetas a farmacias.
- Facilita el manejo del expediente médico del beneficiario en el momento de acudir a recibir servicios.

- Fases subsiguientes permitirán la integración de estos sistemas con las bases de datos electrónicas de los hospitales privados. Todo esto deberá ocurrir a través de interfaces estándar y del repositorio central de datos.

7.8.3 Sistema de Encuentro de Proveedores

El Departamento de Salud y la Administración de Seguros de Salud han programado un sistema de información que permite que proveedores del Plan de Seguro de Salud lo implanten para incluir datos sobre visitas de pacientes a sus facilidades. El sistema permite que un médico o su asistente graben la visita de pacientes a las facilidades, así como permite la impresión de datos de la tarjeta inteligente y la entrada de datos como fecha de visita, diagnóstico, procedimientos y otros datos básicos que requieren ASES y el Departamento de Salud para la tarjeta inteligente.

El sistema también permitirá que los proveedores mantengan los datos más recientes grabados en la tarjeta inteligente ya que integra los datos de las visitas. La integración del Sistema de Entrada de datos de proveedores ofrecerá los siguientes beneficios a largo plazo:

- Facilita el mantenimiento de datos en proveedores privados:
  - grupos médicos
  - especialistas
  - hospitales
  - laboratorios y farmacias
- Mejora el tratamiento permitiendo la toma de decisiones clínicas con acceso a información completa del beneficiario.
- Reduce el riesgo de errores y necesidad de emitir órdenes médicas innecesarias.
- Mejora el manejo de utilización y provee datos para monitorear la calidad de servicio.

7.8.4 Repositorio Central de Datos (*Datawarehouse*)

Todos los sistemas antes mencionados integrarán parte de su información en un repositorio centralizado de datos que se está desarrollando en el Departamento de Salud. Este repositorio establecerá la base de datos nacional de información de salud. Las estadísticas vitales del Plan de Seguro de Salud serán mantenidas en este repositorio. La integración del repositorio central de datos ofrece los siguientes beneficios: recopilación de datos de todos los componentes, ofrece estadísticas vitales de la salud del pueblo de Puerto Rico, permite el análisis efectivo de datos para el manejo de enfermedades crónicas que afectan a la población, y permite la comparación efectiva con el CDC *"Center for Disease and Control Prevention"* y la OMS, "Organización Mundial de la Salud" para cumplir con los objetivos de Gente Saludable 2010.

7.8.5 Beneficios

La Tarjeta Inteligente de Salud es el pasaporte que ofrece beneficios a los asegurados, proveedores y al gobierno en general. Debido a que la adopción de la tecnología será paulatina, similar a la adopción del uso de teléfonos celulares o de la ATH *"A Toda Hora"*, se han establecido los beneficios a corto y largo plazo. A corto plazo será durante los primeros seis (6) meses del proyecto y a largo plazo de 12 a 18 meses, después del comienzo del proyecto en las regiones del Plan de Seguro de Salud.

Los beneficios al *asegurado* a corto plazo son: entrega de la tarjeta al momento con una identificación con foto, auto registro para turno, reduce el tiempo de espera, inicia la entrada de

datos por proveedores primarios e integra datos del perfil de salud. A largo plazo los beneficios son: se usa en otros proveedores de Grupos Médicos y especialistas, se verifican los datos previo al encuentro, mejor cuidado de salud al existir un historial de datos que se portan en la tarjeta, lo cual también es importante para la prevención y promoción de la buena salud.

Los beneficios a los proveedores a corto plazo son: asegura la identidad y elegibilidad del beneficiario, debido a que todos los beneficiarios tendrán tarjeta sin excepción (se elimina la MAC-10, "*Medic Aid Card*", que consiste de un formulario para determinar elegibilidad); facilita el proceso de registro y flujo del paciente, permite a los proveedores que deseen, almacenar datos de sus pacientes con inversión mínima. A largo plazo los beneficios son: mejorará el proceso de toma de decisiones clínicas, reducirá el riesgo de errores y órdenes innecesarias, reduce la frustración asociada con búsqueda de datos previos del paciente y permite el mejor manejo de datos de utilización de servicios.

Los beneficios al gobierno a corto plazo son: promueve mejor servicio a los beneficiarios en Asistencia Médica y en los proveedores, asegura emisión de tarjetas a todos los beneficiarios elegibles, fomenta el mejor manejo de la información de beneficiarios elegibles, ayuda a eliminar el uso fraudulento de servicios de salud por personas no elegibles. A largo plazo los beneficios son: la tarjeta es un vehículo que permite el actualización y acceso casi al momento de estadísticas vitales sobre salud y sobre el estado de salud de la población, provee información sobre utilización de servicios por los beneficiarios, la información disponible asistirá en la formulación de política pública, permite enfoque de proveedores en prevención haciendo mejor uso de los fondos presupuestados para el Plan de Salud.

Bibliografía

Cobra vida la biotecnología (Suplemento) El Nuevo Día, Negocios, 26 de septiembre de 2004.

Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar para de Prevención y Control de Enfermedades, Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Trasmisibles (OCASET) *Informe de Pacientes de SIDA activos en los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Trasmisibles (CPTET)*, *a junio de 2004.*

Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud, *Informe de Ambulancias Certificadas por Categoría y Municipios, 2004*.

Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud *Registro de Hospitales y Facilidades de Salud, Años 2002-2004.*

Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar para de Prevención y Control de Enfermedades, Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Trasmisibles (OCASET) *Informe de Pacientes de SIDA activos en los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Trasmisibles (CPTET), a junio de 2004.*

Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud, *Registros de Farmacias y Laboratorios en Puerto Rico, Años 2002-2004.*

Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud *Informe de Ambulancias Certificadas por Categoría y Municipios, 2004.*

Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar para la Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud, *Registro de Hospitales y Facilidades de Salud Año 2002-2004.*

Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Departamento de Salud de Puerto Rico, Programa de Vacunación, *INFOVAC, 2002.*

Estudio Continuo de Salud para los Municipios de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas, Año 2001.

Fundación Puertorriqueña para la Salud, *Avalúo de la Reforma de Salud de Puerto Rico,* 11 de mayo de 2001 páginas 30-38.

US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, National Center for Health Workforce Analysis, *HRSA Health Workforce Profiles, Puerto Rico, June 2003.*

CAPÍTULO 8
SALUD MENTAL

8.1 Trasfondo General Evolución y situación actual de los Servicios de Salud Mental de Puerto Rico

Las enfermedades mentales, al igual que el resto de las enfermedades, pero en mayor grado que estas, han sido abordadas a lo largo de la historia dentro del terreno de la magia y la religión. Su condición misma de enfermedad se discutía atribuyéndole un origen diabólico, en los tiempos antiguos, o un origen netamente social para aquellos que discutía la psiquiatría. La historia de la psiquiatría es larga pues podemos trazar sus orígenes desde la edad antigua. La acumulación de conocimientos y las dificultades que han tenido que atravesar, y que atraviesa, aún son evidentes en esta época.

En el caso de Puerto Rico, el desarrollo de los servicios de la salud mental, a través de su historia, ha sido influenciado históricamente por el desarrollo cultural, social, económico y político de la Isla. Al revisar la historia de la evolución de los servicios de salud mental se pueden identificar eventos o circunstancias que entorpecen sus logros y los elementos y acciones que se deben mantener, mejorar o modificar para que se produzcan avances y se minimicen errores. Esas experiencias y conocimientos adquiridos deben ser utilizados en la planificación y ejecución de mejores servicios de salud mental. La planificación de servicios no se puede dar en un vacío. La experiencia acumulada que tiene la Isla en el área de salud mental debe ser tomada en consideración para delinear planes de trabajo y diseñar programas o proyectos que vayan acordes con nuestra realidad social. Se debe poner un alto a adoptar modelos sin la evidencia empírica de que son efectivos y capaces de lograr las transformaciones necesarias.

El desarrollo histórico de los servicios de salud mental en Puerto Rico, se inició entre los años 1820 al 1828. Estos servicios fueron dirigidos a la población que vivía en San Juan la cual carecía de vivienda, sustento, salud física y mental. La caridad y la conciencia moral fue el motor que movilizó y sostuvo la creación de los servicios de salud mental que se comenzaron a ofrecer en la capital. El 19 de noviembre de 1844 se construyó el “Asilo de Beneficencia” que operó con algunas interrupciones hasta 1927. La existencia del “Asilo” fue endosada por el gobierno con los esfuerzos de médicos, la iglesia y otros recursos humanos quienes se hicieron cargo del albergue. Los llamados “locos” que estaban juntos con los presidiarios se lograron separar. Se les ubicó en un edificio construido para ellos. Se clasificó la población por edad y sexo y se les atendió de acuerdo con el respaldo económico del gobierno.

El desarrollo del “Asilo” y sus servicios cambió mucho a partir de 1863 como consecuencia de sucesos políticos y económicos que estaban ocurriendo en España. Durante la Guerra de la Reinstalación de la Independencia de Santo Domingo de 1863 a 1865, el “Asilo” fue convertido en hospital militar. Como consecuencia, los llamados “locos” volvieron a estar hacinados aunque en otro espacio. Los servicios antes ofrecidos se deterioraron al igual que la planta física. Luego de la Guerra de la Reinstalación de la Independencia de Santo Domingo y con la intervención decidida de médicos, el “Asilo” volvió a recibir a los “locos”, se restauró la planta física y se normalizó la vida diaria en el lugar. Fue entonces cuando se desarrollaron talleres de servicios y adiestramientos, se organizaron los departamentos por servicios a hombres, mujeres y menores. Además se redactó el “Reglamento del Asilo de Beneficencia” en 1894.

Con la Guerra Hispanoamericana en el año 1898 el “Asilo” volvió a ser un hospital militar. Asimismo fue entregado a las autoridades militares como consecuencia del traspaso del territorio de Puerto Rico a los Estados Unidos de América. Al año siguiente, Puerto Rico fue azotado por el temporal San Ciriaco y la población de menores fue trasladada a otros edificios en el área de Santurce.

Entre 1907 y 1913 un conjunto de leyes aprobadas dieron permanencia al “Asilo”. Entre estas están las siguientes: Ley del 14 de marzo de 1907, para “Fijar Procedimientos Judiciales en Caso de Demencia” (Derogada por la Ley Núm. 105 del 26 de junio de 1962); “Ley Orgánica del Departamento de Salud” (1912) y Ley 31 del 13 de marzo de 1913 para que los municipios habilitaran programas de emergencias para “dementes” hasta que hubiese cabida en el Asilo.

La demanda por servicios de salud mental creció más rápido que la presencia de recursos humanos, fiscales y de infraestructura. A tales efectos se comenzaron añadir en el “Asilo” nuevas estrategias de servicio. A los familiares que lo solicitaban, se les permitió que pudieran trasladar a su pariente con ellos por una temporada de prueba, lo que resultó en que muchos de los enfermos crónicos, pero apacibles, se quedaran viviendo con sus familiares. Luego se instaló el uso de pases y por último, se comenzaron a celebrar actividades recreativas, ejercicios gimnásticos y distracciones útiles y saludables.

Para el año 1923 se aprobó la construcción del “Nuevo Manicomio”. En abril de 1928 se aprobó la Ley Núm. 56 con la que se estableció el método para no admitir pacientes mentales en los hospitales de distrito. El 13 de noviembre de 1929 se inauguró el “Nuevo Manicomio” en Río Piedras, al que hoy se le conoce como el Hospital de Psiquiatría de Río Piedras, Dr. Ramón Fernández Marina.

A partir de ese momento, ya estaban establecidas las bases de los servicios de salud mental a nivel de la isla. El Manicomio era la facilidad hospitalaria que ofrecía el servicio que el paciente necesitaba y la familia y su comunidad servía como extensión del primero. Durante los restantes setenta y tres años, el sistema de servicios de salud mental creció y maduró en tres grandes áreas: Hospitalario, Ambulatorio y Servicios Transicionales. Cada área de servicios tendría sus propias estrategias de intervención.

Entre 1950 y 1974 fue una de las épocas más productivas en el desarrollo de la salud mental en Puerto Rico. En el 1952 la Compañía de Seguros de Salud Cruz Azul introdujo en Puerto Rico el modelo de servicios de salud privados. El sistema de prestación de servicios de salud a personas médico-indigentes era total responsabilidad del Estado y estos se ofrecían a través del Departamento de Salud.

El sistema público de salud estaba diseñado por niveles de prestación de servicios. El nivel primario basado en los Centros de Diagnósticos y Tratamiento (CDT’s), el nivel secundario, compuesto por las 7 regiones operacionales del Departamento de Salud y el nivel terciario y más especializados como el Centro Médico de Río Piedras. Los servicios de salud mental públicos estaban dirigidos y supervisados por la Secretaría Auxiliar de Salud Mental del Departamento de Salud de Puerto Rico.

En 1955 el Congreso de los Estados Unidos aprobó “The Mental Health Study Act”, que creó “The Joint Commision on Mental Health and Illness”. Luego de cinco años de estudios y trabajos rindió un amplio informe al entonces Presidente John F. Kennedy en 1961. Este a su vez nombró un comité que revisó dicho informe y basados en las recomendaciones de ese comité, en febrero de 1963, el Presidente dirigió un mensaje especial al Congreso de los Estados Unidos de América sobre la salud mental. Sin embargo, en 1960 el Dr. Guillermo Arbona (Secretario de Salud) había desarrollado un estudio en Puerto Rico sobre las

necesidades de servicios de salud y salud mental. Como consecuencia de este estudio, el doctor Arbona desarrolló el sistema de "Regionalización" para los servicios de salud. El modelo de prestación de servicios de los "Centros de Salud Mental" era el complemento idóneo para integrar el área de salud mental a este sistema regionalizado.

El Presidente Kennedy recalcó la necesidad de una nueva facilidad, el Centro de Salud Mental. Visualizó los centros como formando parte de un continuo de servicios desde la comunidad a la hospitalización, comenzando desde una clínica externa hasta ampliar y desarrollar sus programas con otros que pudiesen proveer servicios integrales en la propia comunidad con énfasis especial en la prevención. El 31 de octubre de 1963 el Congreso de los Estados Unidos aprobó la Ley 88-164, conocida como "Community Mental Health Center Act of 1963". En ese mismo año comenzó en Puerto Rico el movimiento del nuevo modelo de prestación de servicios para el tratamiento de la población de Puerto Rico con distintos trastornos biosicosociales. Este nuevo programa que impulsó el Presidente Kennedy y para el cual se designaron fondos federales, se fundamentó en el cuidado integral y abarcador de la salud mental en la comunidad.

Compartiendo la visión del Presidente, el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico se dio a la tarea de crear, lo que fue hasta enero de 1998 la columna vertebral del programa de salud mental de Puerto Rico: los Centros de Salud Mental de la Comunidad. Se establecieron trece centros a través de toda la isla en los municipios de: Aguadilla, Arecibo, Bayamón, Caguas, Carolina, Cayey, Coamo, Fajardo, Humacao, Manatí, Mayagüez, Ponce y San Patricio (San Juan).

El concepto del Centro de Salud Mental de la Comunidad, según el "Community Mental Health Center Act of 1963", envuelve un programa de servicios múltiples de prevención, tratamiento y de rehabilitación, capaces de llenar todas las necesidades biopsicosociales del individuo, la familia y la comunidad en que este se desarrolla. El centro debía localizarse en áreas accesibles a los ciudadanos y proveer en tiempo razonable, los servicios adecuados para todo tipo de trastorno emocional y/o enfermedad mental, de forma integral y continua. Los servicios debían ser, además, lo suficientemente amplios para llenar todas las necesidades de cada paciente, en las diferentes etapas de su respectiva enfermedad o condición. Para beneficio de la ciudadanía, el centro debía integrar, conducir y coordinar sus servicios con otros servicios relacionados de índole social, salud física, vocacionales, de rehabilitación, a hogares y los Centros de Rehabilitación Psicosociales. Cada centro le correspondía ofrecer una gama de servicios de tratamientos integrados de manera que las personas pudieran recibir la atención adecuada en su propia comunidad y con su familia. Con este fin, el programa de cada centro se formulaba con la mayor flexibilidad posible, adaptado a su comunidad y a la población a servir, pero coordinados con otras regiones.

Este modelo fue diseñado con la flexibilidad de poder ser utilizado por las entidades gubernamentales, ya fueran municipales o estatales y también entidades privadas (con o sin fines de lucro) o sea, se podían privatizar. El modelo permitía la coordinación entre servicios gubernamentales y privados dentro de un sistema de regionalización integrada. Cada centro contaba con un área específicamente demarcada para proveer servicios de salud mental a las personas médico indigentes o que no tuvieran cubierta médica, o cubiertas de planes médicos deficientes. El propósito fue maximizar los recursos gubernamentales y privados disponibles, pero bajo la supervisión, coordinación y política pública del Secretario de Salud de Puerto Rico.

Los centros de salud mental son parte de un continuo de servicios integrados que cuenta con cinco elementos esenciales, aunque no necesariamente tenían que estar bajo una misma institución pero sí como parte de un solo sistema.

Estos son:

- Servicios Hospitalarios.
- Servicios Ambulatorios.
- Servicios Parciales de Hospitalización.
- Servicios de Emergencia de 24 horas dentro de por lo menos, en uno de los servicios anteriores.
- Servicios Consultivos y de educación al personal profesional y agencias de la comunidad.

Dicha reglamentación asimismo definía como "servicios adecuados" aquellos que además de los cinco elementos esenciales anteriormente enumerados, tienen que tener los siguientes elementos:

- Servicios de Diagnóstico.
- Servicios de Rehabilitación, incluyendo programas Vocacionales y Educativos.
- Servicios pre y post hospitalarios en la comunidad, incluyendo visitas a hogares y acomodo en los Centros de Rehabilitación Psicosociales, Hogares Sustitutos y Hogares Intermedios.
- Adiestramiento.
- Investigación y Evaluación

La reglamentación aplicable al modelo de Centros de Salud Mental de la Comunidad limita la prestación de servicios de cada centro a un mínimo de 75,000 personas y a un máximo de 200,000. El Cirujano General de los Estados Unidos tiene la autoridad de modificarlo, siempre que no sea un obstáculo para la efectividad de la prestación de servicios. También exige que se atiendan todos los grupos de edad, que se asegure el tratamiento continuo de los pacientes y que la información clínica pertinente esté disponible en todas las etapas del servicio.

Para asegurarse que los Centros de Salud Mental de la Comunidad fueran sensitivos y se ajustaran a las necesidades específicas de las regiones y personas que brindaban dichos servicios, cada centro en su estructura administrativa contaba con un grupo de personas representantes de la comunidad. De aquí salieron los "Grupos de Apoyos de la Comunidad" que todavía en algunas áreas de Puerto Rico se mantienen activos, a pesar de que los Centros de Salud Mental de sus comunidades han desaparecido.

Esta Ley federal también le exige a los gobiernos estatales la creación un Consejo Estatal de Planificación de Salud Mental de Puerto Rico compuesto por organizaciones y representantes de la ciudadanía con potestad para recomendar, modificar, monitorear, y abogar por las personas (adultos y menores) con disturbios emocionales respecto a los programas públicos de salud mental de sus respectivos estados o territorios. El Consejo Estatal de Planificación de Salud Mental de Puerto Rico está activo y se reúne en el Centro de Salud Mental de San Patricio (San Juan) una vez al mes.

Un error en el establecimiento del modelo de prestación de servicios de los Centros de Salud Mental de la Comunidad en Puerto Rico fue que el gobierno no integró ni coordinó el sistema gubernamental con el sistema privado y tampoco cobró por sus servicios a las personas que tenían algún tipo de cubierta de pago, fueron planes médicos privados, Medicare o Medicaid. El gobierno asumió todos los costos del modelo de servicios. Irónicamente este modelo de prestación de servicios tenía el potencial, la flexibilidad y la capacidad de integrar el sistema privado y recibir pagos por servicios dentro del sistema de gobierno por las aseguradoras.

La década de los ‘70 a ‘80 tuvo un impacto significativo en la prestación de servicios de salud mental. Esta década es conocida como la “explosión de los derechos constitucionales del paciente mental”, como consecuencia del amplio desarrollo jurisprudencial y legislativo. En el ámbito jurisprudencial del Tribunal Supremo de los Estados Unidos se establecieron los límites en cuanto a la prestación de los servicios mentales a los pacientes, pretendiendo dejar atrás una época de violaciones a la dignidad del ser humano. La Secretaría Auxiliar de Salud Mental había identificado serias deficiencias en los procesos y garantías legales para los pacientes de salud mental que culminaron con la aprobación de la Ley Núm. 116 del 12 de julio de 1980 conocida como “Código de Salud Mental de Puerto Rico”.

Esta ley tomó en cuenta los principios constitucionales ya establecidos, tales como el derecho a un debido proceso de ley y el derecho de la intimidad. Por tal razón, el énfasis de esta ley fue establecer los procedimientos para las admisiones voluntarias e involuntarias a las instituciones hospitalarias de salud mental.

El “Código de Salud Mental de Puerto Rico” fue aprobado sin fondos para su implementación y la ambigüedad de algunas de sus disposiciones, respecto a procedimientos y jurisdicciones de responsabilidades, lo que causó que el proceso para poner en función la ley fuera largo y caracterizado por múltiples y distintas interpretaciones que variaban por región judicial e institución hospitalaria.

A través de la Ley Núm. 67 del 7 de agosto de 1993 se une la Secretaría Auxiliar de Salud Mental y el Departamento de Servicios Contra la Adicción (DSCA) bajo una sola administración, creándose la “Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)”. De esta forma se regresa al modelo original implantado por el gobierno en 1963 en donde los servicios de salud mental y de adicciones estaban integrados hasta 1973 cuando se creó el Departamento Servicios Contra la Adición (DSCA).

Las limitaciones de presupuesto, la distribución inadecuada de recursos, la ausencia de un programa de prevención, la pobre participación ciudadana y la disociación entre los servicios de salud física y salud mental provocaron una sobrecarga en los servicios secundario y terciario.

En 1992 se eligió por primera vez un médico como Gobernador de Puerto Rico. A lo largo de toda su campaña preeleccionaria, éste focalizó la implantación de lo que conocemos como la ”Reforma de Salud”. La propuesta tenía como atractivo utilizar el icono de una tarjeta semejante a la usada por los seguros privados de salud, con el propósito de hacer accesibles los servicios de salud privados a la población médico indigente. El modelo de prestación de servicios es uno de “Cuidado Coordinado” (Managed Care) o también conocido como “Cuidado Dirigido”. Al igual que en el área de salud física el paradigma que motivó esta reforma se basa en el juicio valorativo sobre la calidad superior de los servicios privados versus los servicios públicos.

En 1993 por virtud de la Ley Núm. 72 del 7 de septiembre de 1993, se creó la “Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico” (ASES). Esta agencia es responsable del establecimiento del Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico y de asignar los fondos a esos fines.

El concepto filosófico del “Cuidado Coordinado” o “Cuidado Dirigido” (Managed Care), fue implementado sin los estudios de rigor correspondientes a las necesidades de la población que iban a servir. El concepto primordial de este modelo de prestación de servicios era reducir los gastos económicos haciendo los servicios médicos más eficientes. Los resultados obtenidos hasta el presente no han llenado estas expectativas. Al añadirle a esta fórmula, compañías con fines de lucro, el resultado no ha sido de eficiencia o “costo-efectividad”, sino “contención de costos”. Las proyecciones económicas calculadas no han sido las esperadas y este modelo a lo

largo no ofrece ningunas ventajas económicas sobre cualquier otro modelo de prestación de servicios.

Este modelo de prestación de servicio surgió de la Industria de Seguros de Salud (con fines de lucro), diseñada específicamente para contener costos y maximizar ganancias. Su diseño y concepto está basado en la premisa de que solamente atiende a un grupo específico y limitado de la población y no su totalidad. El grupo en el cual se basa el diseño de este concepto es en la población que está activamente trabajando y paga su propio seguro médico. Parte de la premisa de que el asegurado puede compensar con sus propios recursos o reservas económicas los servicios no cubiertos por su póliza. Si el asegurado no puede compensar por sus servicios médicos, el sistema descansa sobre los recursos de los servicios gubernamentales.

Los servicios médicos, que se proveen en este modelo, son de índole aguda con la intención de estabilizar, lo más rápidamente posible, a la persona y regresarla a la fuerza trabajadora. El concepto de "continuidad de servicios" es un andamiaje sumamente costoso para este modelo porque los pone en riesgo de reducir sus ganancias o peor aún, perder dinero. Su sistema no está diseñado para atender a personas que están severamente enfermas, que estén convalecientes, tengan condiciones crónicas o tengan algún impedimento.

Los servicios de salud mental de la "Reforma" se implantaron bajo la premisa de que los servicios médicos privados eran superiores a los de los servicios médicos públicos. Los modelos de prestación de servicios en los que se justificaban estas premisas eran solamente desde el punto de vista de los servicios la salud física en Puerto Rico. Sin embargo, los servicios de salud mental públicos aventajaban a los privados en enfoques de amplitud de servicios, en el continuo de estos y en la integración agencial.

Para comprender esto, es importante conocer la idiosincrasia del desarrollo de la medicina privada en Puerto Rico. Tampoco se puede comparar con la medicina privada de los Estados Unidos ya que divergen en el área de salud mental. A través de los últimos treinta a cuarenta años las compañías de seguros médicos de Puerto Rico son las que han fijado los parámetros de tratamiento de la medicina privada en Puerto Rico. Se han concentrado sólo en el desarrollo de la práctica de la medicina física. La influencia de las organizaciones profesionales médicas y/o académicas ha sido mínima en el desarrollo de la medicina en Puerto Rico. A pesar de que en los Estados Unidos los servicios de salud mental privados han evolucionado, las compañías de seguros médicos en Puerto Rico prácticamente han ignorado este servicio haciendo caso omiso del problema de salud más grande que enfrenta Puerto Rico. Sólo han provisto un mínimo de estos servicios, dejándole el grueso al gobierno.

El servicio público de salud mental era la red de ganancia de las compañías de seguros en Puerto Rico ya que al fijar un límite de citas ambulatorias y de días de hospitalización, el paciente crónico o severo agotaba los límites de su cubierta y terminaba recibiendo los servicios públicos de salud mental de Puerto Rico. Las aseguradoras no cubren la red de servicios esenciales que complementan el continuo de servicios como terapia recreativa, terapia ocupacional y limitan severamente otros servicios de tratamiento ambulatorio como tratamientos ambulatorio intensivo, diurnos, medicamentos psicotrópicos, etcétera.

Por otro lado, no podemos inferir que el atraso del desarrollo de la salud mental en el área privada es exclusivamente influenciado por la industria del seguro. Los hospitales y clínicas privadas también han contribuido en el sub-desarrollo de estos servicios al no adelantar estos servicios para sus pacientes privados. En Estados Unidos muchos de los hospitales privados que utilizando el modelo de "Centros de Salud Mental de la Comunidad" pudieron mejorar los servicios de salud mental y psiquiatría de calidad para sus pacientes privados.

La “Reforma de Salud” comenzó a desmantelar la infraestructura de servicios de salud mental en el 1995 con el cierre del Centro de Salud Mental de la Comunidad de Fajardo. Para el 2000 solo quedaban unos remanentes de servicios, escasamente coordinados, de lo que una vez fue la red de los Centros de Salud Mental de la Comunidad. Lamentablemente la estructura física de muchos de estos centros fue vendida a los privatizadores.

Tras diecinueve años de la implementación del Código de Salud Mental de Puerto Rico y tomando en cuenta la transformación sufrida por los servicios de salud mental a la luz de la “Reforma de Salud”, fue necesario atemperar esta ley a los nuevos cambios. En 1991 se comenzó a pensar en enmendar la Ley Núm. 116, sin embargo finalmente un grupo designado por el gobierno optó por redactar una nueva ley de Salud Mental que incluyera no solamente los aspectos relativos a procesos de admisión voluntaria e involuntaria, sino también que estableciera de manera clara y precisa las cartas de derechos de la persona adulta y del menor. Además, se pretendió dar un orden lógico a las disposiciones y organizar el proyecto por áreas de atención particular, tales como, una sección para atender condiciones relativas al adulto y una sección para las atender a los menores con trastornos emocionales. Después de nueve años de trabajo, se aprobó la Ley Núm. 408 del 2 de octubre de 2000, conocida como “Ley de Salud Mental de Puerto Rico”.

Durante la evolución de la “Reforma” de Salud, las compañías de seguros médicos de Puerto Rico se dieron cuenta de que no tenían la infraestructura y la preparación y que carecían de los conocimientos clínicos y administrativos en el área de salud mental. Para proveer los servicios. Por esta razón, subcontrataron a compañías privadas de Estados Unidos para que administraran y proveyeran el servicio y le facilitaron la red de sus proveedores. Creyeron que con esto podrían sustituir el sistema y modelo de los Centros Salud Mental Comunitario que Puerto Rico comenzó a crear desde 1963. A estas compañías les llamaron “Carveouts” y las conocimos como “First Hospital Corporation (FHC)”, antes Options; “Behavioral Health Partners (BHP)”; “American Psyche Systems (APS)”, etcétera. Sin embargo, estas compañías, cuya finalidad es el lucro, no han podido sustituir los servicios que proveía ASSMCA a través de los Centros de Salud Mental de la Comunidad y los servicios a los pacientes se han deteriorado enormemente.

Tomando en cuenta que el gobierno ya no contaba con las facilidades que había administrado por años y observando el fenómeno que se estaba dando con las aseguradoras, se tomó la decisión de eliminarlas para así contratar directamente a “carveouts”, con la idea de que de esta manera se estaría ahorrando el dinero con el intermediario. Para hacer esto se realizaron nuevos contratos con las compañías que estaban ofreciendo el servicio. Estas se conocen como “Maintenance Behavioral Health Organizations (MBHOs)“. En la nueva contratación efectiva al 1 de octubre de 2001, se estipulaba que los servicios debían ser provistos de acuerdo con la Ley Núm. 408 de Salud Mental” y se le daba la tarea a ASSMCA de monitorear y fiscalizar a estas compañías.

El primer contrato con los MBHOs fue por nueve meses para poder evaluar su efectividad, eficiencia y calidad de servicios tiempo suficiente para evaluar los términos de contrato y verificar que se estuviese cumpliendo con las deficiencias de acceso y calidad de servicios. Sin embargo, a pesar de que las deficiencias que se encontraban no estaban siendo corregidas se extendió el contrato a los MBHOs por tres años.

Para atender los problemas que este modelo de servicios de salud trajo, se enmendó la Ley Núm. 72 del 7 de septiembre de 1993, que creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) para garantizar el acceso y la calidad de los servicios. A este propósito se hicieron enmiendas a través de las siguientes leyes: 107 del 22 de junio de 2000, 88 del 24 de

mayo de 2000, 372 del 2 de septiembre de 2000, 463 del 29 de diciembre de 2000 y 100 del 10 de agosto de 2001. También a tono con ello se promulgó la Ley 194 del 25 de agosto de 2000, conocida como "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" para ofrecer protección a los usuarios de los servicios de salud respectivamente de la naturaleza pública o privada de los servicios médicos.

Sin embargo, las enmiendas a la Ley Núm. 72 del 7 de septiembre de 1993 (que creó la "Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico" [ASES]) y la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000, (Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente) no eran suficientes para regular los servicios que proveían las aseguradoras a los recipientes de la "Reforma". Por lo tanto, el gobierno tuvo que crear una "Agencia Fiscalizadora" para estos fines.

El 11 de abril de 2001 se aprobó la Ley Núm. 11, "Ley para Crear la Oficina y el Cargo del Procurador del Paciente Beneficiario de la Reforma de Salud". Esta agencia atendería todos los problemas relacionados a cualquier violación al acceso y calidad de servicios provistos por "Reforma". Pero como la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000, (Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente) y la Ley Núm. 408 del 2 de octubre de 2000, (Ley de Salud Mental de Puerto Rico) aplican también a los servicios provistos por planes médicos privados y sus proveedores, esta agencia también asumirá jurisdicción para fiscalizar los servicios provistos por las aseguradoras, MBHO's y proveedores privados. La Oficina de la Procuradora de Paciente (OPP) inicialmente está concentrando sus esfuerzos en la fiscalización de la "Reforma" durante sus primeros cinco años. Pero en el 2005 su autoridad se extenderá al área de fiscalización de los servicios de salud privados.

El 13 de marzo de 2001 se aprobó la Ley Núm. 3 para crear la "Oficina del Control de Drogas". Esta ley responde, según consta en su exposición de motivos, a la necesidad de concertar, integrar y canalizar los recursos gubernamentales contra el trasiego, venta y consumo de sustancias controladas en Puerto Rico entre los organismos gubernamentales sobre los que recae la responsabilidad de combatir el narcotráfico, manejar la prevención, la educación y tratamiento relativo al uso de drogas. Como función principal tiene la encomienda de coordinar y redactar un proyecto de "Plan Estratégico de Política Pública" para promover la prevención el tratamiento contra el uso ilegal de drogas y otras sustancias adictivas y proveer para la educación de la población de Puerto Rico sobre dicho problema y controlar el uso ilegal de drogas u otras sustancias controladas en Puerto Rico.

Cuando ASSMCA comenzó a reabrir los Centros de Salud Mental de la Comunidad, dadas las deficiencias que se seguían encontrando en la provisión de servicios, algunos sectores señalaron que existía duplicidad de servicios y que esto estaba llevando al gobierno a un mal uso de los fondos públicos.

En el año fiscal 2002-03, el estado en su empeño de buscar una alternativa costo-efectiva a la prestación de servicios de salud mental constituyó un Comité de Trabajo para realizar una evaluación exhaustiva, con el propósito de establecer los principios que permitieran eliminar la duplicidad de servicios entre ASSMCA y ASES. Para llevar a cabo esta tarea la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP) contrató a la firma de contabilidad pública "Price Waterhouse Coopers". El 30 de enero de 2003 se presentó el Informe Final de Hallazgos para la Reestructuración de ASSMCA.

A partir de este informe, ASSMCA comenzó a realizar los ajustes necesarios para cumplir con las recomendaciones emitidas. Las recomendaciones no fueron avaladas por muchos sectores, ya que en este se vislumbraba una reducción del presupuesto en áreas sensibles. Además se cuestionaba el hecho de que un organismo privado sin el peritaje con el que cuenta ASSMCA realizara recomendaciones acerca de la provisión de servicios de salud mental. Para algunos

el tratar de resolver un problema presupuestario llevaba a dejar en manos del sector privado la suerte de la salud mental del paciente.

Dentro de las recomendaciones encontradas se hablaba de una reducción del presupuesto de ASSMCA que ascendía a 16 millones de dólares. En esta nueva política de gobierno se propuso que la agencia no proveyera servicios directos y se limitaría a monitorear y fiscalizar a los MBHO's. Sin embargo, los servicios directos, que por su naturaleza, no proveen ganancias o requieren inversión de dinero por parte de los MBHO's se los dejarían a ASSMCA. Estos servicios son Prevención, Rehabilitación, Hogares, Centros de Rehabilitación Psicosociales y Servicios de Sustancias, en especial, la coordinación de estos servicios con otras agencias gubernamentales. Muchas de las personas que requieren de estos servicios son pacientes crónicos, de mantenimiento y/o requieren coordinación estrecha con otras agencias de gobierno como: el Departamento de Justicia (Tribunales), la Policía de Puerto Rico, Departamento de Educación, Departamento de la Familia, Rehabilitación Vocacional, etc.

Otro de los servicios directos que ASSMCA retendría serían los servicios de salud mental para niños y adolescentes ya abiertos porque, a pesar de los reclamos de buena prestación de servicios a esta población, los MBHO's no han podido proveerlos adecuadamente. Estos servicios requieren mucha coordinación con otras agencias de gobierno y agencias como el Departamento de Justicia y el Tribunal de Menores, hacen muchas exigencias a los proveedores de estos servicios.

Una vez que se anunció la reestructuración de ASSMCA a través de los medios de comunicación, se comenzaron a realizar diferentes manifestaciones por parte de sectores de la comunidad. Incluso a nivel del Tribunal Federal se realizaron advertencias sobre las posibles consecuencias que tendría la llamada reestructuración de la agencia tal y como se había estipulado en el Informe. Sin embargo, la OGP no le aumentó el presupuesto a ASSMCA y para atemperar las condiciones de la Corte Federal, el presupuesto del Hospital de Psiquiatría y de San Patricio se redistribuyó al ya asignado a la agencia.

Hasta el momento la agencia no ha completado su proceso de reestructuración total según las recomendaciones emitidas. No se ha levantado una infraestructura de sistemas que permita a la agencia generar la cantidad de ingresos que se proyectaba a través de la facturación ni se ha levantado un sistema estadístico que permita recolectar datos confiables sobre los servicios ofrecidos. Desde su pronunciamiento hasta la fecha de hoy, la reestructuración de la agencia ha sido objeto de muchos análisis por parte de los sectores profesionales, académicos y de gobierno. Lo que parece haber consenso hasta este momento es que existe la necesidad de reabrir los centros de salud mental comunitarios y de crear programas y servicios para aquellas personas con condiciones crónicas y necesidades especiales. Con la existencia de estos centros se pretende crear una espina dorsal para poder proveer los servicios de salud mental a la población en caso de que los MBHO's se colapsen, se retiren o cambie la política pública del Gobierno de Puerto Rico sobre los servicios de salud mental.

En este momento histórico el gobierno tiene simultáneamente dos modelos de servicios de salud mental, que no son compatibles. Con el paso del tiempo ha quedado demostrado que es necesaria una verdadera reestructuración de los servicios de salud mental y que no puede estar sujeta a recomendaciones de organismos privados que sólo cuentan con experiencia en el campo de las finanzas. Aunque se han realizado varios esfuerzos institucionales por parte del Departamento de Salud y ASSMCA para reconceptualizar el sistema de salud mental a través de la discusión pública y a través de Comités Intersectoriales, no se ha delineado de manera definitiva lo que debe ser el Plan Estratégico de Salud Mental para Puerto Rico. La falta de consenso al nivel de los demás sectores gubernamentales no ha permitido un avance en la política pública que permita salir del estancamiento que existe hoy día.

8.2 Prevalencia de los Servicios de Salud Mental en Puerto Rico

Puerto Rico es una isla del Caribe de 3.435 millas cuadradas. En el censo del 2000 reflejó, una población de 3,808,610 personas, de las cuales 2,716,509 son adultos y 1,092,101 son niños y adolescentes. Esto hace a Puerto Rico una de las áreas más densamente pobladas del mundo con sobre 1,100 personas por milla cuadrada. La isla está dividida políticamente en setenta y ocho municipios, siendo San Juan, la capital de Puerto Rico y la ciudad más grande en términos de población y la más densamente poblada de la isla con 434,374 personas.

Las tasa de prevalencia en Puerto Rico de los personas adultas con enfermedad mental severa (Severe Mental Illness, [SMI]) y de niños y adolescentes con disturbio emocional severo (Severely Emotional Disturbance, [SED]) son estimadas por el "Federal Register" para la población de Puerto Rico utilizando las normas estandarizadas por el "Center for Mental Health Services" (CMHS).

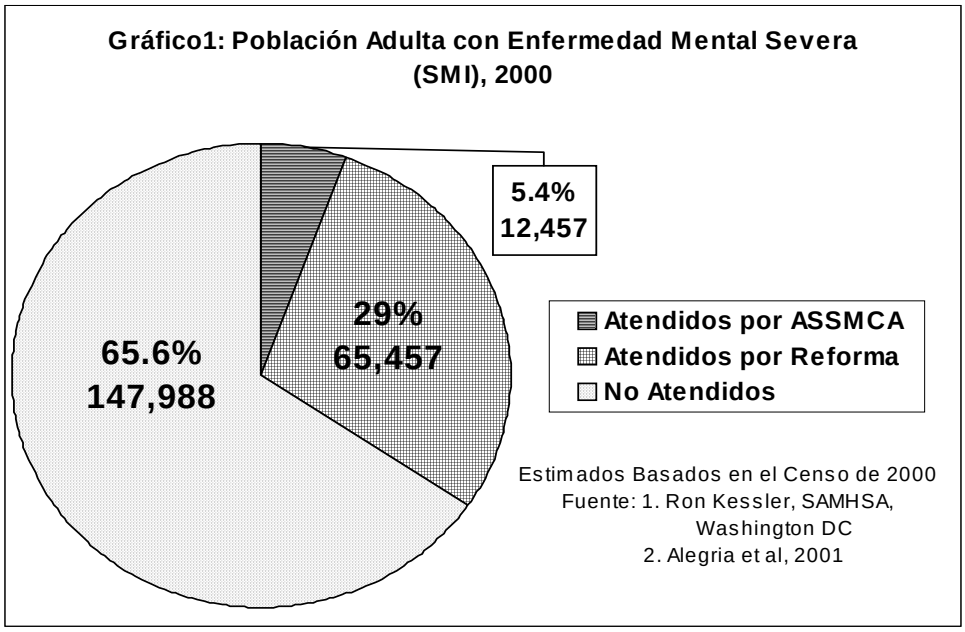
Para reunir los criterios de personas con enfermedad mental severa (SMI), estas tienen que tener dos o más pautas de impedimento de cada uno de los siguientes instrumentos diagnósticos[40]: 1) tener un diagnóstico psiquiátrico según los criterios de la Clasificación Diagnóstica Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR, APA, 2003); 2) tener una puntuación alta de cinco (5) de las sub-escalas del "Psychiatric Symptoms and Dysfunctional Scales", PSDS (Warheight, Vega, Auth, 1985) y 3) tener una puntuación de veintitrés (23) o más de las subescalas del "Center for Epidemiological Studies Depression Scale", CES-D scale (Radloff, 1977).

8.2.1 Adultos

La tasa de prevalencia de enfermedades mentales severas (SMI), según las criterios del "Center for Mental Health Services" (CMHC), de la población adulta (sobre18 años) de Puerto Rico, es de alrededor de un 8.3%, o sea 225,470 adultos en Puerto Rico (censo 2000). Estos datos son estimados por el Dr. Ron Kessler del CMHS, SAMHSA, Washington, DC. Esta estimación coincide con la obtenida por la Dra. Margarita Alegría, en su estudio más reciente sobre los patrones de utilización de servicios de salud mental en Puerto Rico (Alegría et al, 2001).

Según el "Plan for Comprehensive Community Mental Health Services for Adults With Severe Mental Illness and Children and Adolescents With Seriously Emotionally Disturbances for 2004" o mejor conocido como Plan de Salud Mental 2004 de ASSMCA, los adultos atendidos durante el año fiscal 2003 fueron alrededor de 132,052 (118,210 atendidos por la "Reforma" y 13,842 atendidos por ASSMCA). Se estimó que el 55% (65,015) de los adultos atendidos por la "Reforma" reunían los criterios de enfermedad mental severa (SMI) según el "Center for Mental Health Services", mientras que los atendidos por ASSMCA el 90% (12,457) de los adultos reunían los criterios de enfermedad mental severa (SMI) según el "Center for Mental Health Services" (CMHS)[41]. Por lo tanto se estimo que 77,472 de los atendidos reúnen los criterios de enfermedad mental severa (SMI) según el "Center for Mental Health Services" (CMHS) y quedaron sin recibir servicios de salud mental alrededor de 147,998 de los 225,470 adultos con condición mental severa o el 65.6% de estos **(Gráfico 1).**

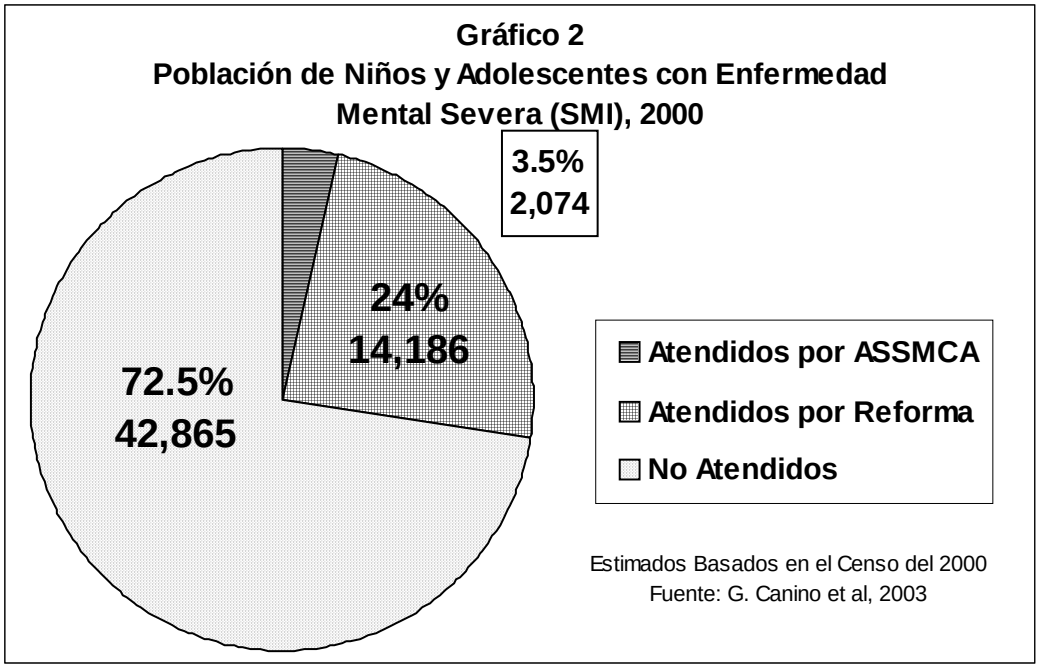
[40] "Plan for Comprehensive Community Mental Health Services for Adults With Severe Mental Illness and Children and Adolescents With Seriously Emotionally Disturbances for 2004, Fiscal Year 2004", ASSMCA.
[41] Alegría, M., Bijli R.V., et al, 2000; Alegría, M., Kessler, R., et al, 2000; Alegría, M., Robles R., et al, 1991.



8.2.2 Niños y Adolescentes

El último estudio epidemiológico de la población de niños y adolescentes de Puerto Rico se llevó a cabo por la Dra. Glorisa Canino y colegas (Canino et al, 2003) en el 2000 con grupos entre las edades de 4 a 17 años (856,877, censo 2000). Este estudio demostró que alrededor del 16.4%, o sea 140,528 de los niños y adolescentes llenan los criterios diagnósticos de trastornos mentales del DSM-IV-TR (APA, 2000) con impedimento leve a moderado y un 6.9%, o sea, alrededor de 59,125 de niños y adolescentes de esta misma población llenó los criterios de disturbio emocional severo (SED) según los criterios del "Center for Mental Health Services" (CMHC).

Según el Plan de Salud Mental 2004 de ASSMCA, los niños y adolescentes atendidos durante el año fiscal 2003 fueron alrededor de 32,521 (28.374 atendidos por la "Reforma" y 4,147 atendidos por ASSMCA) de los cuales se estimó que el 50% (Lanhey et al, 1996; Leaf, P.J. et al, 1996; Ribera, J.C. et al, 1996; Shaffer, D. et al, 1996) de los niños y adolescentes atendidos (16,260) reúnen los criterios de disturbio emocional severo (SED) según el CMHS. Por lo tanto quedaron sin recibir servicios de salud mental alrededor de 42,865 de los 59,125 niños y adolescentes con condición mental severa e impedimento severo, o sea el 72.5% de los necesitados **(Gráfico 2)**.

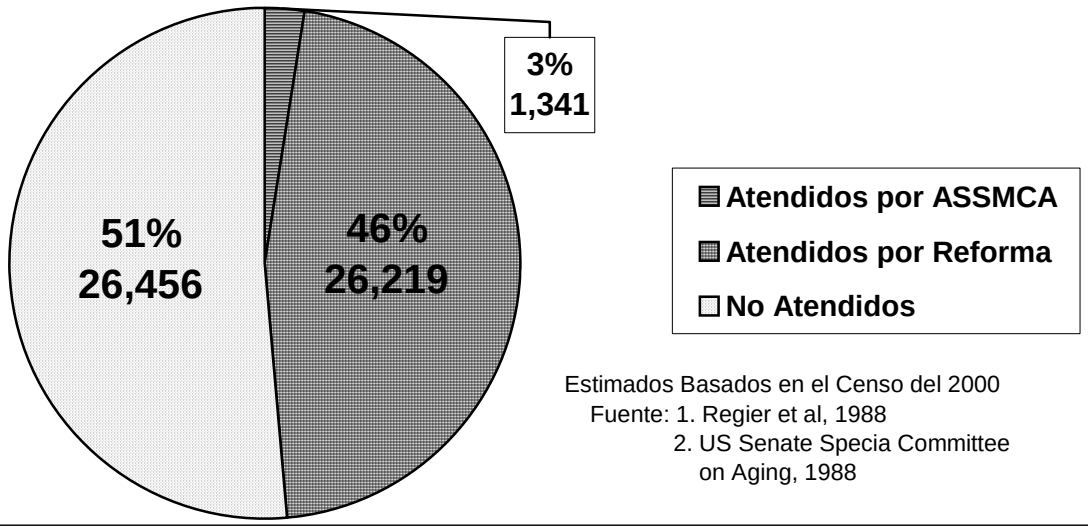


8.2.3 Envejecientes

Al presente no tenemos disponibles estudios epidemiológicos psiquiátricos de la población geriátrica en Puerto Rico, sin embargo sabemos que en los Estados Unidos entre la población de personas mayores de 65 años un mínimo de 12% de esta población tiene un trastorno psiquiátrico definitivo (Reggie et al, 1988), y se estima que entre 15 y 25% tienen un problema significativo de salud mental (US Senate Special Committee on Aging, 1988). Según el censo del 2000 tenemos 425,137 personas sobre 65 años. Proyectando estas cifras a nuestra población, tenemos alrededor de 51,016 personas en Puerto Rico que padecen de un trastorno psiquiátrico definitivo y entre 64,000 y 106,000 envejecientes que podrían tener un problema significativo de salud mental.

Según el Plan de Salud Mental de ASSMCA 2004, se señala que las personas sobre 60 años que recibieron servicios de salud mental en el año natural 2002 a través de la "Reforma" fueron 23,456 y aquellas personas atendidas por ASSMCA fueron 1,341, para un total de 24,797 personas sobre 60 años atendidas por salud mental en Puerto Rico. Si aplicamos los números estimados de aquellas personas de 64 años en adelante que poblaciones tienen un trastorno psiquiátrico definitivo, es decir, aproximadamente 51,016 personas, esto implicaría que se quedarían sin recibir tratamiento aproximadamente 26,219 personas **(Gráfico 3)**. Sin embargo, es posible que esta cifra sea mayor, ya que el número de personas que recibieron servicios de salud mental (24,797) son de 60 años en adelante y la cifra que tenemos (51,016) son de 64 años en adelante. Tampoco se ha comparado las cifras de las personas que recibieron servicios de salud mental con las cifras estimadas de los envejecientes que podrían tener un problema significativo de salud mental (64,000 a 106,000).

Gráfico 3
Población Estimada de Envejecientes que Padecen de un Trastorno Psiquiátrico Definitivo, 2000



Estimados Basados en el Censo del 2000
Fuente: 1. Regier et al, 1988
2. US Senate Specia Committee on Aging, 1988

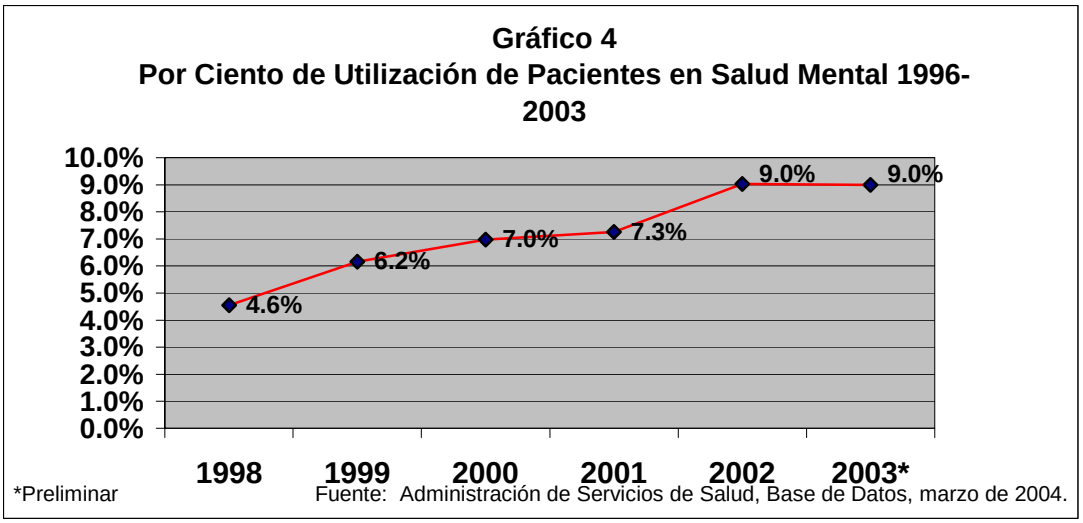
8.3 La "Reforma" en Salud Mental

La "Reforma" en el área de salud mental comenzó aproximadamente en 1995 en el área de Fajardo. Ya para el 1999 la isla estaba completamente integrada al incorporarse la última región, que fue San Juan. A pesar de que la reforma tiene sobre un millón y medio de asegurados en el área de la salud mental, su utilización es sumamente baja comparada con la magnitud del problema existente **(Cuadro 1 y Gráfico 4**).

Cuadro 1
Personas Atendidas por la Reforma en Salud Mental, 2004

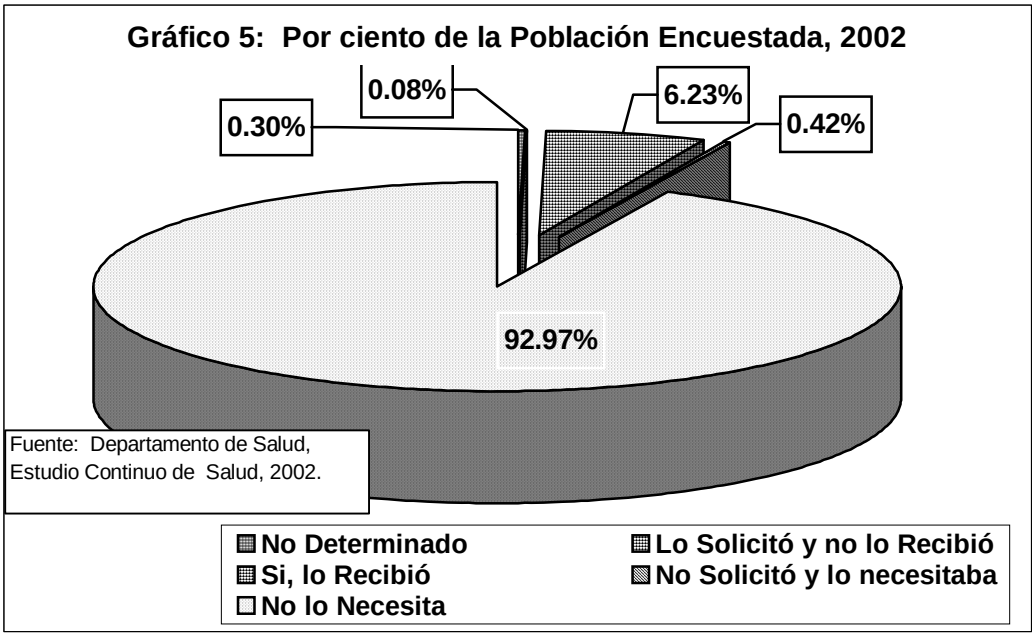
Año	Número de Pacientes	Número de Asegurados	% de Acceso o Utilización
1998	66.539	1.462.207	4,6%
1999	102.937	1.670.703	6,2%
2000	125.238	1.795.067	7,0%
2001	125.511	1.730.623	7,3%
2002	146.584	1.623.169	9,0%
2003*	136.937	1.521.848	9,0%
Fuente: Administración de Servicios de Salud (ASES), Base de Datos, marzo de 2004			

Fuente: Administración de Servicios de Salud (ASES), Base de Datos, marzo 2004.
*Preliminar

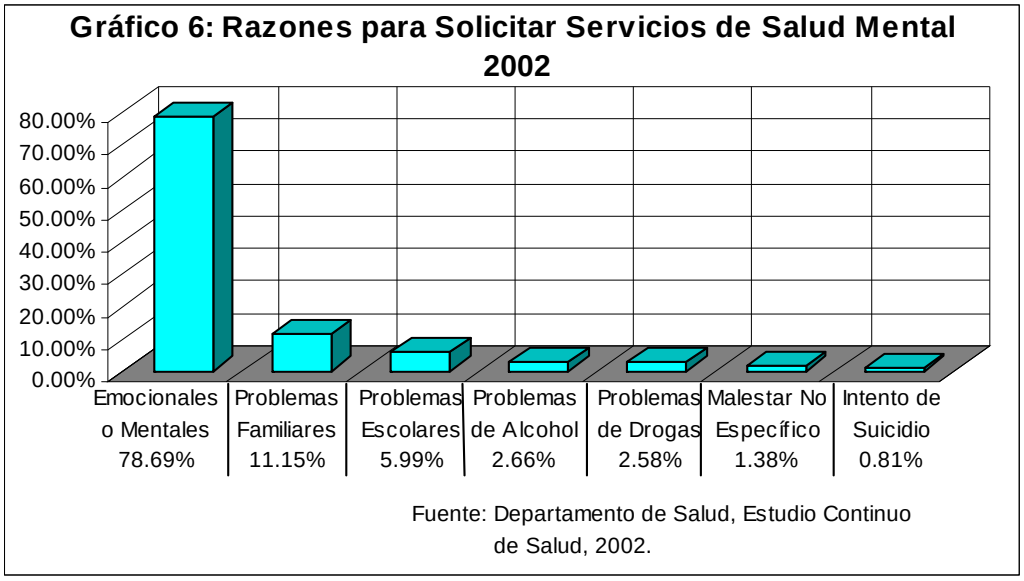


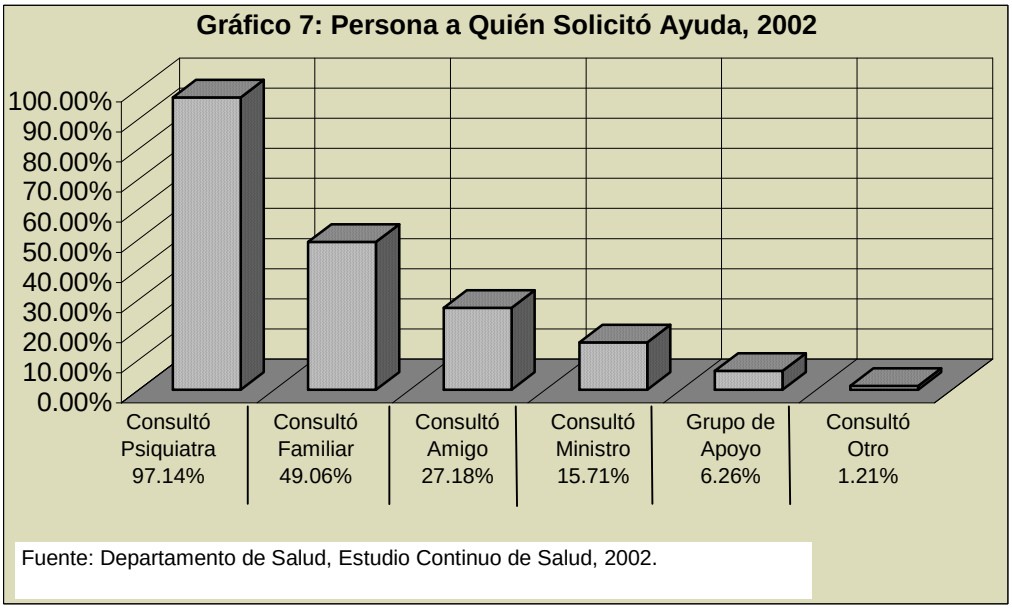
Fuente: Administración de Servicios de Salud (ASES), Base de Datos, marzo 2004

El Estudio Continuo de Salud para los Municipios de Puerto Rico del 2002, conducido por el Departamento de Salud de Puerto Rico y el Recinto de Ciencias Medicas de la Universidad de Puerto Rico (RCM-UPR), nos arroja unos resultados similares al por ciento de utilización de los servicios de salud mental de ASES. El 92.97% de la población respondió que no necesitaba los servicios de salud mental. Vemos que la mayoría de la población, a pesar de la patología detectada por los estudios de prevalencia, no accesa los servicios de salud mental y solo un 6.73% un 0.08% era no determinado evaluó los servicios recibidos, **(Gráfico 5)**.



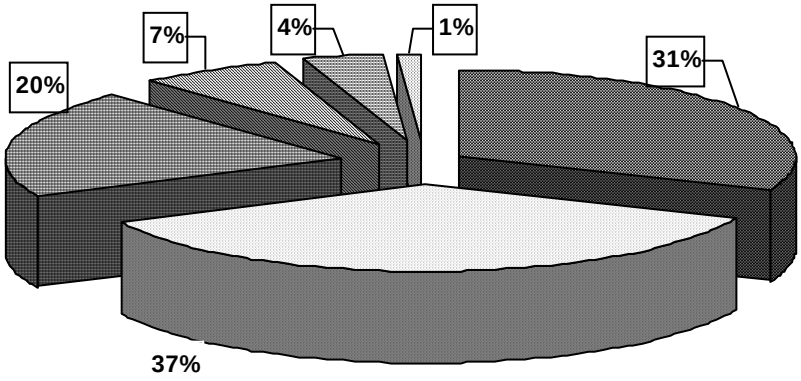
El Gráfico 6 y el Gráfico 7 están basados en el 6.73% de los encuestados y nos refleja un perfil de las razones por la cual solicitan los servicios y a quienes solicitan la ayuda.





El Gráfico 8 nos refleja el índice de satisfacción de las personas (6.73%) que han recibido los servicios de salud mental. Pero si utilizamos estas estadísticas para planificar los servicios de salud mental sin tomar en consideración los estudios de prevalencias, podríamos tener una falsa percepción de que los servicios de salud mental son adecuados y están llegando al total de la población necesitada. Se debe examinar por qué tenemos unas discrepancias tan marcadas entre la patología detectada en los estudios de prevalencias y el porcentaje tan bajo de las personas que utilizan los servicios de salud mental.

Gráfico 8: Satisfacción con el Servicio Recibido, 2002



Fuente: Departamento de Salud, Estudio Continuo de Salud, 2002.

8.4 Suicidios

El suicidio es la manifestación más extrema de la violencia por ser autoinfligida y con impacto en los demás. Es un problema social y de salud pública que afecta a todos los sectores y se observa en personas de todas las edades. Tiene su impacto en el trabajo, en las relaciones interpersonales en escenarios laborales, el ausentismo y la productividad. En Puerto Rico es la tercera causa de muerte violenta entre los varones de 15 a 34 años.

El 90% de los suicidios tienen un diagnóstico psiquiátrico siendo la depresión el trastorno más común y un factor de riesgo de mucho peso. La conducta agresiva (violencia hacia la mujer, los niños, los minusválidos y los ancianos), el uso y abuso de alcohol y drogas con las consabidas secuelas que ello tiene en la familia y la comunidad, también son factores de riesgo.

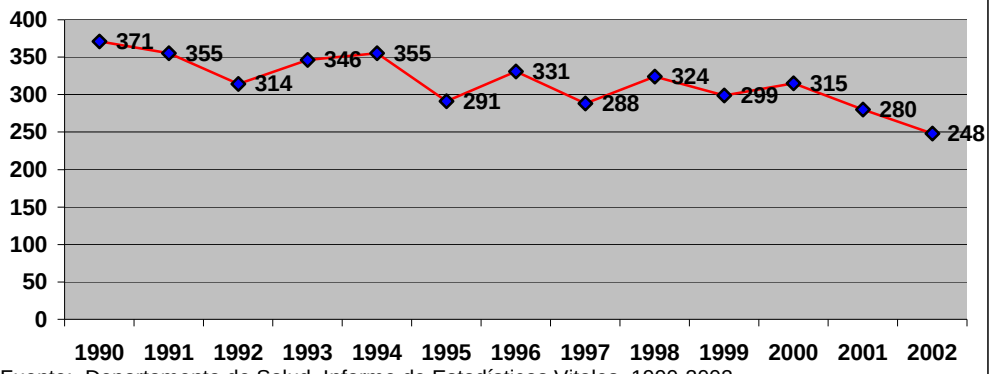
El historial de un intento previo suicida es uno de los pronosticadores de mucha importancia. Alrededor de 33% de los jóvenes que se suicidan habían tenido un intento previo. Otros factores de riesgo como los factores familiares y los factores genéticos también tienen mucho peso.

Estudios realizados en Dinamarca señalan factores familiares ya que el suicidio en jóvenes es cinco veces más común en los hijos de los padres que se han suicidado. Entre los factores genéticos, tenemos los estudios de gemelos de McGuffin, 2001 que reveló que parientes de primer grado (hermanos de sangre) tenían dos veces mayor riesgo que la población general de suicidio, mientras que los gemelos idénticos tienen once veces mayor riesgo.

Lamentablemente no todos reconocemos la importancia o necesidad de educarnos, adiestrarnos o capacitarnos en el área. La falta de personal preparado, la burocracia que ocupa a muchas de nuestras agencias y el poco compromiso de algunos, hacen que la problemática se acreciente. Por eso, es indispensable buscar ayuda u orientación profesional si identificamos o sospechamos que alguna persona pueda estar en riesgo del suicidio. (Prevención de Suicidio: Responsabilidad de Todos. 2003)

Desde el año 1990 hasta el 2002, un total de 4,117 personas murieron por suicidio reflejando un promedio de 343 suicidios por año. Aunque las tasas de suicidio completado sean bajas, el número de intentos es muy alto. **(Gráfico 9)**.

Gráfico 9: Número de Suicidios por Años Puerto Rico, 1990-2002



Fuente: Departamento de Salud, Informe de Estadísticas Vitales, 1990-2002.

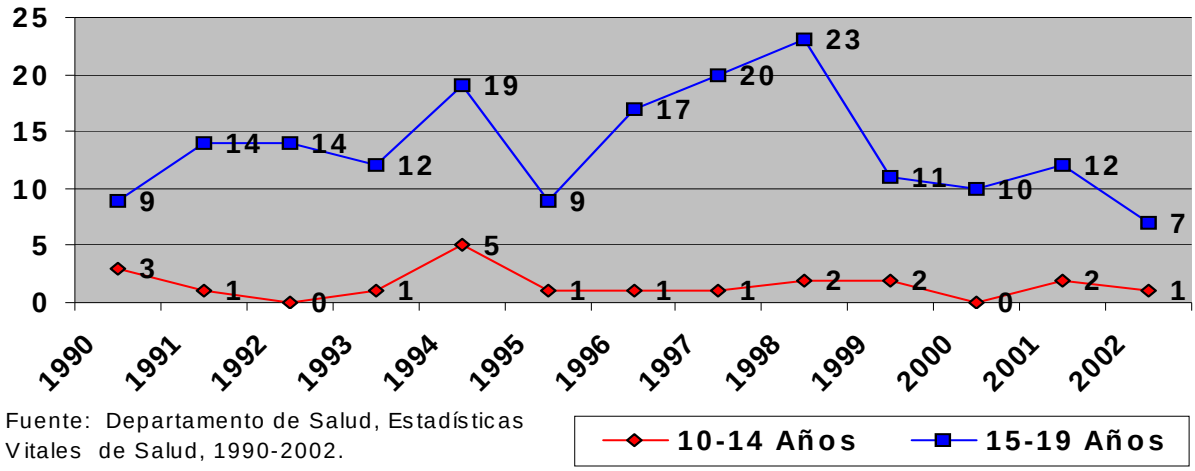
Durante ese mismo periodo un total de 197 niños y adolescentes, entre las edades de 10 a 19 años se quitaron la vida. Esto representa un promedio de 16 muertes por suicidio por año en este grupo etario y un 5% del total de las muertes por suicidio ocurridos entre 1990 y el 2002. **(Cuadro 2 y Gráfico 10)**.

Cuadro 2
Muerte por Suicidio en Niños y Adolescentes
Puerto Rico 1990-2002

Año	Total	Niños y Adolescentes	10-14 Años	15-19 Años
1990	371	12	3	9
1991	355	15	1	14
1992	314	14	0	14
1993	346	13	1	12
1994	355	24	5	19
1995	291	10	1	9
1996	331	18	1	17
1997	288	21	1	20
1998	324	25	2	23
1999	299	13	2	11
2000	315	10	0	10
2001	280	14	2	12
2002	248	8	1	7

Fuente: Departamento de Salud, Informe de Estadísticas Vitales, 2002.

Gráfico 10: Suicidios por Grupos de Edad Seleccionados Puerto Rico, 1990-2002

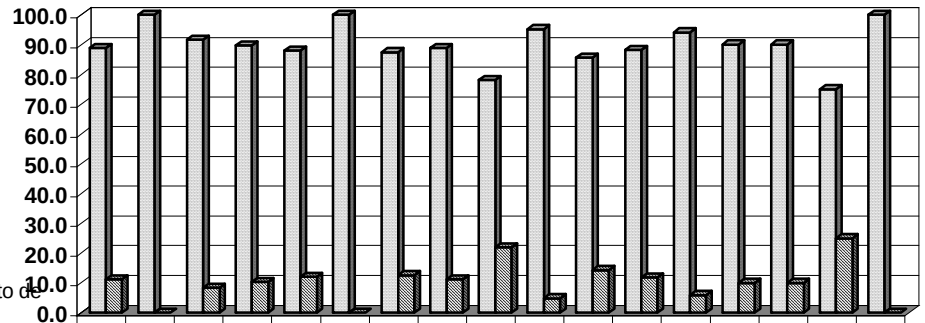


Fuente: Departamento de Salud, Estadísticas Vitales de Salud, 1990-2002.

En el 2002 el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) señaló que en los Estados Unidos el 19% de los estudiantes de escuela superior ha considerado seriamente hacer un intento de suicidio, 15% tenía un plan específico y 2.6% hizo intentos muy serios.

La mayor incidencia de muertes por suicidio en Puerto Rico se observa entre varones en la edad reproductiva de 20 a 54 años. Sin embargo, las mujeres intentan más el suicidio, pero más hombres mueren por suicidio llevando las cifras porcentuales de muerte por suicidio a 88.9% versus 11.1% de las hembras. **(Gráfico 11)**.

Gráfico 11: Distribución Porcentual de Suicidios por Edad y Sexo Puerto Rico, 2002

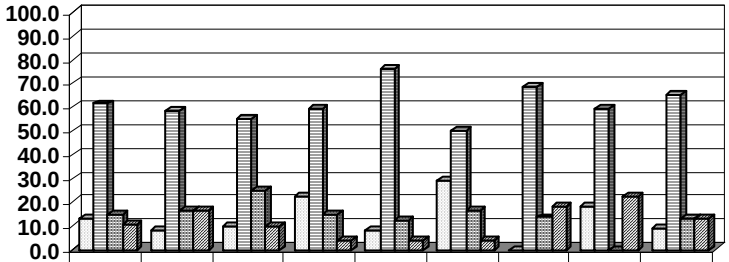


Fuente: Departamento de Salud, Estadísticas Vitales de Salud, 2002.

	Total	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Masculinos	88.9	100	91.7	89.7	88.0	100	87.5	88.9	78.1	95.2	85.7	88.2	94.1	90.0	90.0	75.0	100
Femeninas	11.1	0.0	8.3	10.3	12.0	0.0	12.5	11.1	21.9	4.8	14.3	11.8	5.9	10.0	10.0	25.0	0.0

El método más frecuente en Puerto Rico para quitarse la vida es el ahorcamiento, lo que corresponde a un 61.3% del total de los suicidios. El segundo y tercer método está estadísticamente alejado: armas de fuego representaban un 14.5% y envenenamiento un 13.3%. **(Gráfico 12)**.

Gráfico 12: Distribución Porcentual de Suicidios por Edad y Procedimientos, Puerto Rico, 2002

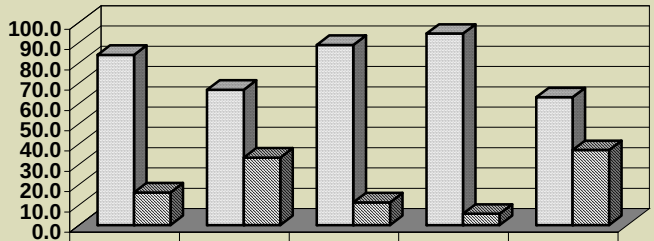


Fuente: Departamento de Salud Estadísticas Vitales de Salud, 2002.

	Total	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
Envenenamiento	13.3	8.3	10.0	22.2	8.0	29.2	0.0	18.5	8.7
Ahorcamiento	61.3	58.3	55.0	59.3	76.0	50.0	68.2	59.3	65.2
Armas de Fuego	14.5	16.7	25.0	14.8	12.0	16.7	13.6	0.0	13.0
Otros	10.9	16.7	10.0	3.7	4.0	4.2	18.2	22.2	13.0

Las personas del sexo masculino utilizan métodos de acción rápida y radical como el ahorcamiento, armas de fuego y explosivos, lo cual hace sumamente difícil o imposible salvarles la vida. El método más frecuente en las mujeres es el envenenamiento (30%), el cual mayormente se debe a sobredosis de medicamentos. **(Gráfico 13)**.

Gráfico 13: Distribución Porcentual de Suicidios por Sexo y Procedimientos, Puerto Rico, 2002



	Todos	Envenenamiento	Ahorcamiento	Armas de Fuego y	Otros
Masculinos	83.9	66.7	88.8	94.4	63.0
Femeninas	16.1	33.3	11.2	5.6	37.0

Fuente: Departamento de Salud, Estadísticas Vitales de Salud, 2002.

Muchas muertes por suicidio pueden evitarse proveyendo servicios de apoyo, identificación temprana, intervención y manejo especializado. Es indispensable adoptar un enfoque interdisciplinario dirigido a personas, a familias y a comunidades en riesgo, con los profesionales de ayuda. Los centros de salud, las salas de emergencias de los hospitales generales y de los hospitales psiquiátricos tienen la responsabilidad de atender estas situaciones.

La oferta y prestación actual de servicios con accesibilidad, disponibilidad y premura tiene que ampliarse. La investigación científica y clínica proveerá información para la acción, así como

para el diseño a la medida de los servicios para la persona, la familia y la comunidad en crisis por suicidio. Urge concienciar a la comunidad, e interesar a los medios de difusión y capacitar a los profesionales de la salud.

Los profesionales de la conducta humana identificados en la "Ley de Salud Mental de Puerto Rico" (Ley Núm. 408 del 2 de octubre de 2000) no son las únicas personas responsables, por ley, de actuar para evitar un suicidio. El Artículo 90 del Código Penal de Puerto Rico dispone que:

> *"Toda persona que deliberadamente permita, ayude, aconseje, incite o coaccione a otra para cometer suicidio, si la muerte se hubiese consumado o intentado, será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años. El Tribunal podrá imponer la pena de restitución en adición a la pena de reclusión establecida, o ambas penas. (33 L.P.R.A. Sec. 1385)".*

Por lo tanto, la prevención del suicidio no es solamente una responsabilidad moral sino legal en Puerto Rico.

Por otro lado, la Ley Núm. 227 aprobada el 12 de agosto de 1999, creó la Comisión para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio. Esta Comisión tiene la responsabilidad de establecer y articular la política pública y el mandato de promover, desarrollar, implantar y coordinar acciones y estrategias para la prevención del suicidio en Puerto Rico. La celebración de la Semana Nacional para la Prevención del Suicidio (2da semana de agosto cada año), el Día Nacional para la Prevención del Suicidio (12 de agosto), el Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre), el Día Alerta por Navidad (primera semana de diciembre) son algunas de las acciones preventivas establecidas desde el año 2001. El adiestramiento de funcionarios públicos y profesionales de ayuda se ha estado promoviendo entre las once agencias que integran la Comisión.

Urge el desarrollo de servicios para atender a personas en crisis y a sus familias para facilitar su recuperación y su reincorporación a la vida social productiva, sin estigmas. El establecer los protocolos para la identificación, evaluación, intervención, manejo y prevención del suicidio es responsabilidad de la Comisión. El Departamento de Salud cuenta con los servicios de la Línea PAS (Primera Ayuda Psicosocial) de ASSMCA y la Línea Interactiva, ambas toman contacto con personas en riesgo de suicidio y con otras necesidades de salud.

Sigue siendo urgente la creación de más servicios, la capacitación de profesionales, las campañas masivas dirigidas a personas, familias y comunidades. Es apremiante que las aseguradoras tengan en su cubierta de salud la atención a personas con problemas emocionales y a personas que exhiben comportamiento suicida, sea expresado como idea de suicidio, amenaza, intento o muerte por suicidio.

Es indispensable dar a conocer la responsabilidad clínica de cada profesional que interviene con el suicidio. Este está obligado a coordinar los servicios con escuelas, comunidades, grupos religiosos, grupos de apoyo y las universidades.

Un enfoque integrador e interdisciplinario bajo el liderato del estado garantiza un abordaje correcto, propio, hecho a la medida de cada persona, familia o comunidad. La integración de esfuerzos y recursos permitirá salvar vidas.

8.5 Mortalidad

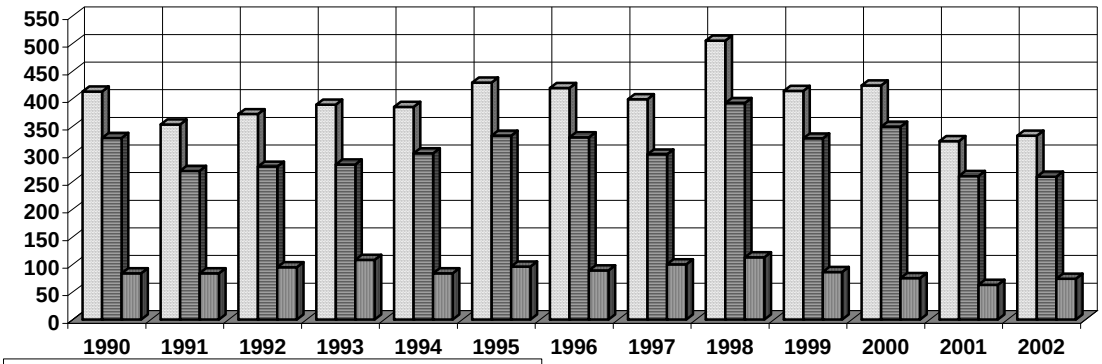
Por su naturaleza etiológica, los Trastornos de Salud Mental y de la Conducta en la mayoría de los casos, no producen muertes directamente. Con excepción de los Trastornos Orgánicos y Retardación Mental, los trastornos mentales no producen un deterioro fisiológico que pueda desembocar en la muerte de la persona como puede ocurrir en los Infartos del Corazón, Fallo Congestivo, Accidentes Cerebrovasculares, Fallos Congestivos, Septicemia, Pulmonía, Tumores, Embolias, Fallo Renal y Cirrosis.

Sin embargo, algunos Trastornos de Salud Mental a través de sus manifestaciones emocionales y/o de conducta pueden provocar deterioro físico, y en algunos casos hasta la muerte de las personas que sufren de dichas condiciones. Hay otros trastornos mentales que, aún cuando no provocan deterioro físico, pueden exponer al paciente al suicidio, a situaciones de peligro o provocar reacciones en su ambiente que le puedan causar daño como consecuencia de su estado anímico y pobre contacto con la realidad. Ejemplos de estos trastornos mentales y/o de conducta son: las Depresiones, las Esquizofrenias, los Trastornos Bipolares, los Trastornos Alimenticios (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Pica, etc.), los trastornos relacionados a sustancias (Abuso, Dependencia, Intoxicación, Sobredosis, Síndrome de Retirada, Psicosis, Delirios o Delírium inducidos por Sustancias, incluyendo Alcohol, Drogas Legales e Ilegales). Cuado una muerte se relaciona a una de estas condiciones se clasifica como tal respecto a la causa de muerte.

Para propósitos de este análisis, los Trastornos de Salud Mental y de la Conducta se dividen en cuatro (4) sub-clasificaciones. Estos son los Trastornos Mentales, los Trastornos de Sustancias, Retardación Mental y Trastornos Orgánicos. Cabe señalar, que a partir del 1999 algunos Trastornos Mentales se clasificaron como trastornos orgánicos.

La Gráfica 14 nos presenta desde el 1990 al 2002 la mortalidad total de los Trastornos de Salud Mental y de la Conducta, incluyendo las cuatro sub-clasificaciones antes mencionadas. En esta grafica están incluidos los totales por año y están divididos por sexo.

Gráfico 14: Mortalidad, Trastornos Mentales y del Comportamiento (Totales), 1990 al 2002

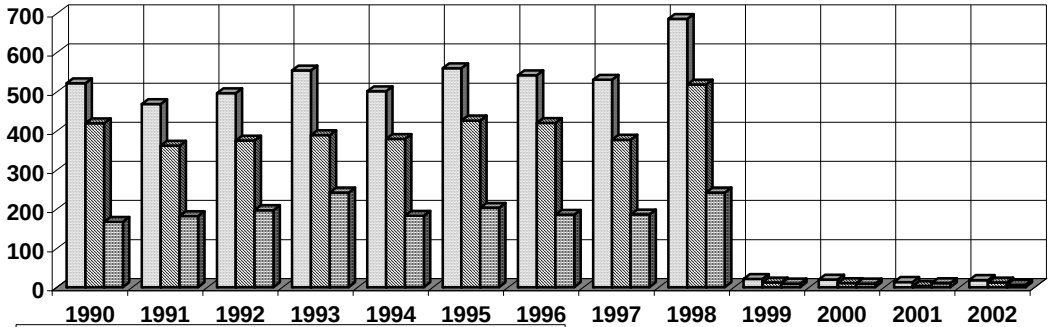


Fuente: Departamento de Salud, Informe de Estadísticas Vitales, 1990-2002

El Gráfico 15 nos presenta las muertes relacionadas a los Trastornos Mentales, como las Esquizofrenias, las Depresiones, Trastornos Bipolares, Trastornos Alimenticios (los Trastornos de Sustancias, Retardación Mental y Orgánicos están excluidos). Sin embargo, desde el 1999 hasta el 2002 tenemos un cambio dramático al compararlas con los números del 1990 al 1998. Esto puede obedecer a que para el 1999 se cambiaron las definiciones de las clasificaciones de enfermedades del Registro Demográfico de Puerto Rico del "International Classification of

Diseases Clinical Modification, 9th Revision" (ICD-9-CM) al "International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)". La disminución de las muertes podría deberse a que, posiblemente, habían unos diagnósticos clasificados bajo los Trastornos Mentales que fueron reclasificados bajo los Trastornos Orgánicos y también influenciados por mejores parámetros de criterios de diagnósticos, especialmente entre los Trastornos Mentales y los Trastornos de Sustancias (compare los Gráficos 18 y 20).

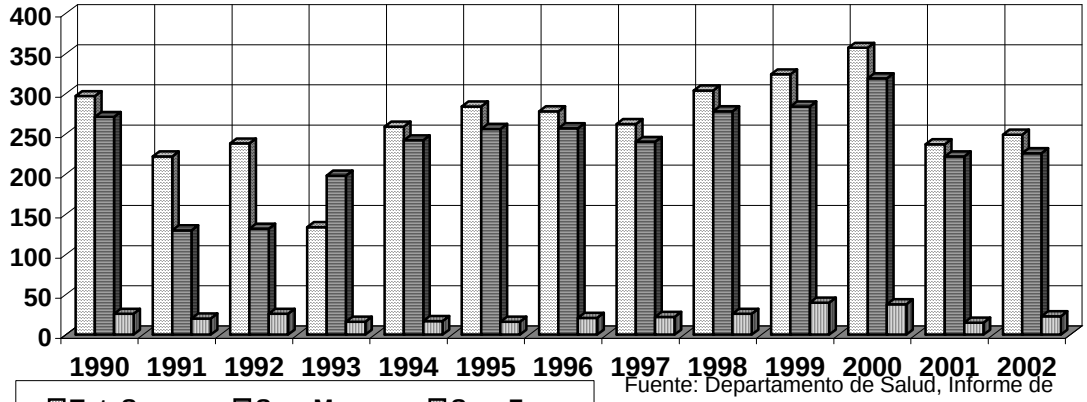
Gráfico 15: Mortalidad por Trastornos Mentales 1990 al 2002



Fuente: Departamento de Salud, Informe de Estadísticas Vitales,1990-2002

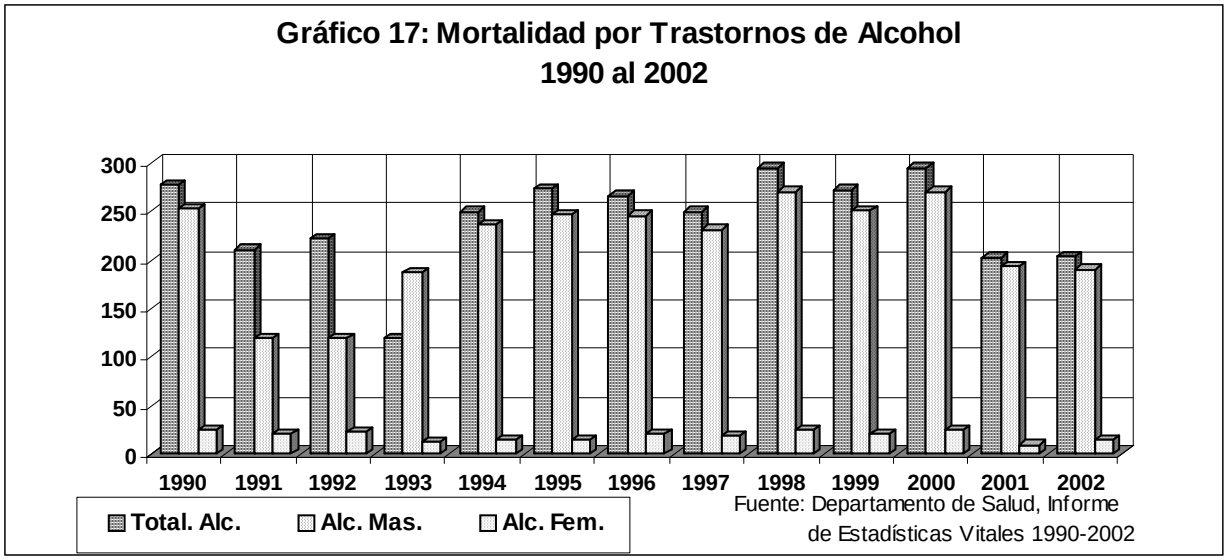
El Gráfico 16 se limita a agrupar todas las muertes desde el 1990 al 2002 relacionadas a Sustancias, en las que se incluyen sustancias como el alcohol y todas las drogas legales (Xanax, Valium, Percocet, Morfina y otros) e ilegales (Cocaína, Crack, Té de Campana, Éxtasis y otros).

Gráfico 16: Mortalidad por Trastornos de Sustancias (Alcohol y Drogas), 1990 al 2002

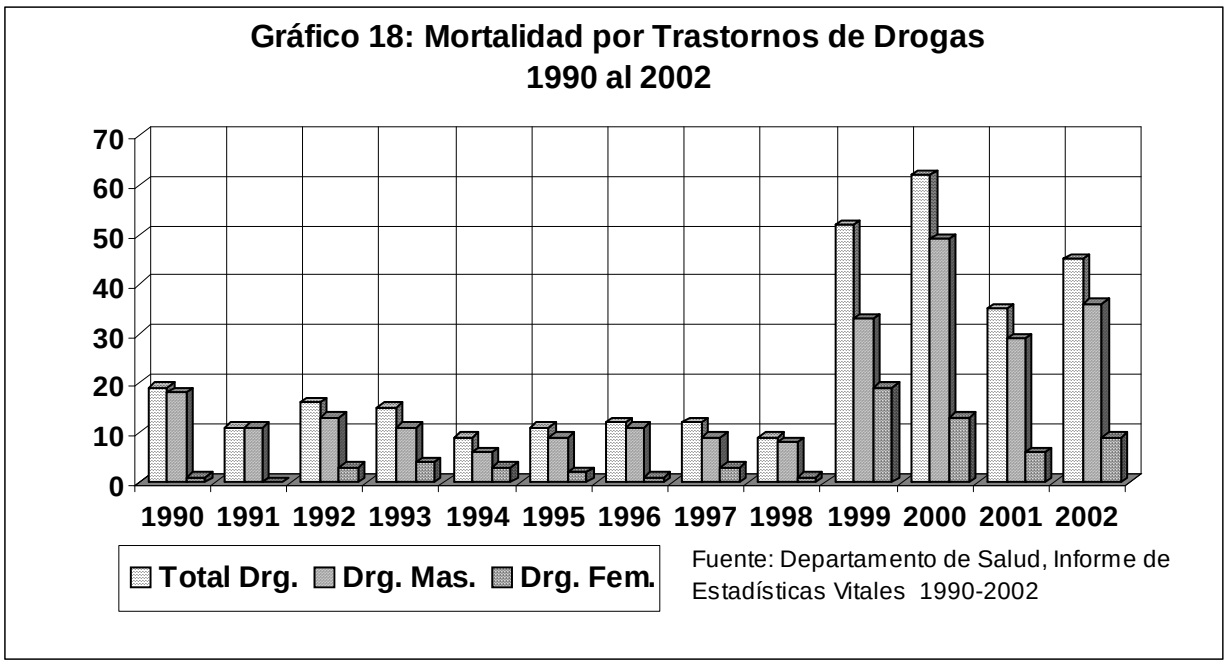


Fuente: Departamento de Salud, Informe de Estadísticas Vitales 1990-2002

Debido a la magnitud del problema de sustancias y la necesidad de diseñar modelos apropiados para intervenciones de tratamiento y de prevención, se han sub-clasificado en dos grupos: las relacionadas con alcohol y otras drogas no relacionadas con este. El Gráfico 17 nos presenta las muertes relacionadas con trastornos vinculados con el alcohol desde 1990 al 2002.

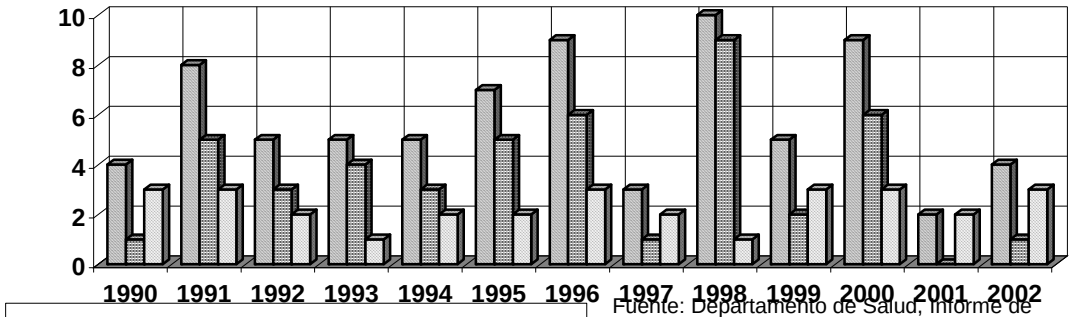


El Gráfico 18 nos presenta las muertes desde 1990 al 2002 relacionadas con otras drogas no vinculadas con el alcohol, que incluye las drogas legales e ilegales.



Muchas personas con diagnósticos de retardo mental tienen condiciones genéticas que pueden incluir malformaciones fisiológicas que deterioran su condición física o que producen la muerte como en las malformaciones cardiacas o enfermedades metabólicas. Sin embargo, por sus limitaciones cognitivas, algunas de las personas de esta población podrían estar en situaciones de peligro o de poder autoinflingirse daño, lo que podría causarles la muerte. Cuado la muerte se relaciona con esta condición, se clasifica como tal. El Gráfico 19 nos presenta la mortalidad de esta población desde el 1990 al 2002.

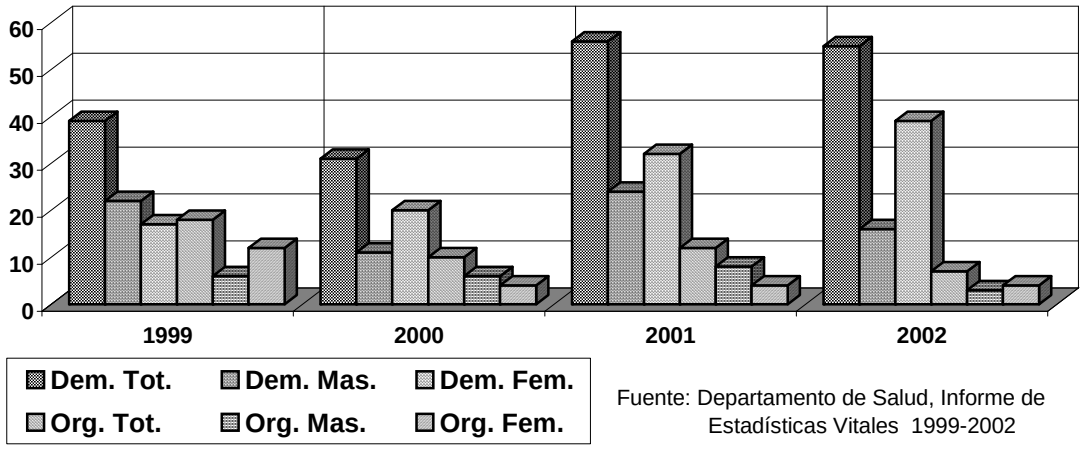
Gráfico 19: Mortalidad por Retardación Mental 1990 al 2002



Fuente: Departamento de Salud, Informe de Estadísticas Vitales 1990-2002

Al cambiarse las definiciones de las clasificaciones de enfermedades del Registro Demográfico de Puerto Rico del "International Classification of Diseases Clinical Modification, 9th Revision" (ICD-9-CM) al "International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)", los trastornos orgánicos se clasificaron en dos (2) grupos: las demencias y otros trastornos orgánicos. El primero esta compuesto por aquellas personas que mueren por consecuencia de demencia de tipo "Alzhheimer", las causadas por trastornos y accidentes cerebrovasculares y las de orígenes genéticos como Huntington, Parkinson y Pick's. El segundo grupo incluye el resto de los Trastornos Orgánicos que no son Demencias, entre los cuales se encuentran el Síndrome de Korsakov, Deliriun no relacionados al Alcohol, Trastornos Orgánicos relacionados a Enfermedades Sistémicas o Metabólicas y Trastornos Orgánicos relacionadas a Enfermedades Infecciosas. Como los Trastornos de Origen Orgánico se clasificaron y señalaron como tal a partir del 1999, no aparecen en la parte de Salud Mental previo a ese año (Gráfico 20).

Gráfico 20: Mortalidad, por Demencia y Otros Trastornos Orgánicos Relacionados, 1999 al 2002



Fuente: Departamento de Salud, Informe de Estadísticas Vitales 1999-2002

Debido a los cambios del sistema de clasificaciones de enfermedades del Registro Demográfico de Puerto Rico del ICD-9-CM al ICD-10 y coincidiendo simultáneamente con los cambios en los modelos y prácticas de prestación de servicios de salud público y privado, se dificulta hacer una interpretación científica a estas estadísticas. Sin embargo, lo que podemos observar de estos datos es que los varones superan de una manera significativa a las hembras en tres (3) categorías: Trastornos Mentales, Trastornos de Sustancias y Retardación Mental.

Por otra parte, en los Trastornos Orgánicos las distribuciones tienden a variar, y sólo en algunos casos las hembras superan a los varones. La explicación para estas diferencias significativas que, por el momento, se le puede dar a estos datos es que la mortalidad de los Trastornos Mentales de Sustancias y Retardación Mental responden a la conducta de estas personas inducidas por su Trastorno Mental y posiblemente, por la conducta más agresiva de los varones. Sin embargo, los trastornos Orgánicos obedecen a daños fisiológicos que en la mayoría de los casos no están provocadas por la conducta del individuo y responden a otras etnologías de daño o deterioro orgánico como pueden ser las enfermedades metabólicas, malformaciones congénitas y hasta aspectos hereditarios fisiológicos.

8.6 Prevalencia de los Servicios de Alcohol y Drogas (Sustancias) en Puerto Rico

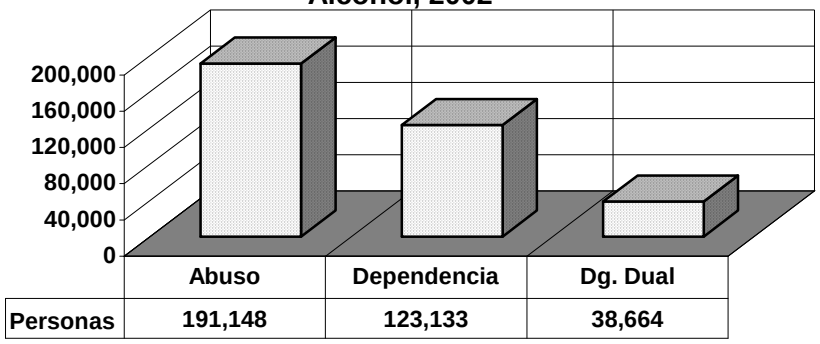
El uso, abuso y dependencia de sustancias constituye el problema socio-médico de mayor impacto en la población de Puerto Rico, en especial entre los adolescentes y adultos jóvenes, no sólo por su magnitud, sino por el alcance y severidad de sus consecuencias. La problemática de la adicción es considerada hoy día uno de los asuntos de política pública de mayor urgencia. Este fenómeno se caracteriza por cambios rápidos y continuos en los tipos de drogas de uso y en la extensión de su uso. Durante las últimas tres décadas, los patrones de consumo de sustancias han experimentado varios cambios súbitos como el auge en el uso de cocaína durante los inicios de la década del 80, el crack durante los años 90 y más recientemente el auge en el uso de las llamadas drogas de diseño.

Aunque los trastornos por uso y abuso de sustancias (incluyendo alcohol) son considerados trastornos de salud mental (DSM-IV-TR, APA, 2003), su impacto en la vida de las personas y en nuestra sociedad, nos lleva frecuentemente a considerarlos por separado para destacar su importancia. Estos estimados de prevalencia de abuso y adicción a drogas o alcoholismo toman en consideración los casos que llenan criterios diagnósticos de abuso y/o dependencia a estas sustancias y no se refieren al uso o consumo de estas sustancias.

El estudio más reciente de ASSMCA sobre este tema fue realizado por el Dr. Héctor Manuel Colón y asociados, bajo el Programa de Evaluación de Necesidades de Abuso de Sustancias de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) del Departamento de Salud de los Estados Unidos de América. Este incluyó los siguientes estudios: Estudio en Viviendas (“Household Survey”), Indicadores Sociales y Capacidad de Prestación de Servicios. Estos se realizaron en 1998 y se repitieron en el 2002. También se realizó un estudio especial sobre la población confinada en las cárceles.

En el Estudio en Viviendas se analizaron las prevalencias entre las edades de 15 a 64 años del uso de alcohol, los trastornos relacionados con el uso y dependencia de drogas, la utilización de los servicios para los problemas de alcohol y drogas y la demanda potencial de servicios por parte de esta población. Respecto al alcohol, se reveló que el 7.7 % de la muestra del estudio cumplió con los criterios de abuso de alcohol, (191,148 personas) mientras que el 4.9% de la muestra cumplió con los criterios de dependencia de alcohol (123,133 personas). De las personas con criterios de dependencia de alcohol, el 31.4% tenían otro diagnóstico de salud mental o “diagnóstico dual” ya que estas personas cumplían con los criterios de una depresión severa o un trastorno de ansiedad generalizada **(Gráfico 21)**.

Gráfico 21: Población con Trastornos Relacionados al Alcohol, 2002



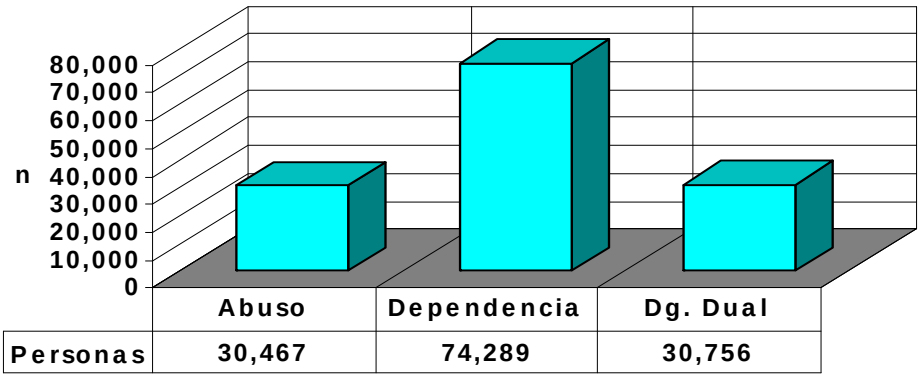
	Abuso	Dependencia	Dg. Dual
Personas	191,148	123,133	38,664

Fuente: H.Colón y Asociados, Programa de Evaluación de Necesidades de Abuso de Sustancias de Puerto Rico, Encuesta a Jefes de Familia, 2002.

De las personas con dependencia de alcohol que requieren servicios especializados de tratamiento sólo un 10.6% recibieron dichos servicios. El potencial de demanda para el tratamiento de dependencia de alcohol se estimó ser el doble del actual o sea, 21.1%.

Respecto a los problemas de drogas, los cuales incluye usos no-médicos de medicamentos prescritos y drogas ilícitas, tenemos que un 1.2% de la población de Puerto Rico (30,467 personas) cumplían con los criterios de abuso de drogas. Mientras que el 3% de la población (74,289 personas) cumplían con los criterios para la dependencia de drogas. De las personas con criterios de dependencia de drogas el 41.4% (30,756 personas) tenía otro diagnóstico de salud mental ya que estas personas cumplían con los criterios de una depresión severa o ansiedad generalizada **(Gráfico 22)**.

Gráfico 22: Población con Trastornos Relacionados a las Drogas



	Abuso	Dependencia	Dg. Dual
Personas	30,467	74,289	30,756

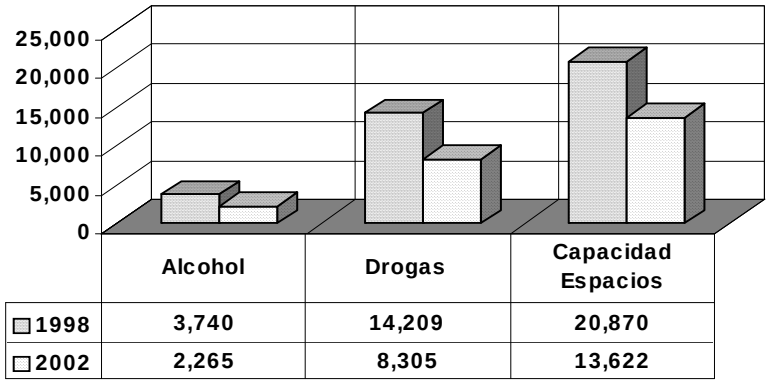
Fuente: H.Colón y Asociados, Programa de Evaluación de Necesidades de Abuso de Sustancias de Puerto Rico, 2002 Household Survey, ASSMCA (MHAASA); for SAMHSA, USDHHS

De las personas con dependencia a drogas que requieren servicios especializados de tratamiento, solo el 27.3% lo recibió. El potencial de demanda para el tratamiento de dependencia de drogas se estimó en uno y medio más del actual, o sea 41.9%.

El Estudio sobre la Capacidad de Prestación de Servicios realizado en 2002 analizó los servicios directos de alcohol y drogas ofrecidos a la población de Puerto Rico a través de los proveedores, y los compara con los resultados del 1998 que se hicieron con el mismo instrumento y metodología del 2002.

En este estudio se puede apreciar la reducción de servicios que ocurrió como consecuencia de la implantación de la "Reforma" en la salud mental de Puerto Rico. El sistema de tratamiento en el área de sustancias en Puerto Rico se redujo aproximadamente un tercio (1/3) desde 1998 hasta el 2002. La población tratada por trastornos relacionados con el alcohol durante un periodo de 30 días, era aproximadamente de 3,740 en el 1998 y en el 2002 era de 2,265, lo que constituye una reducción de un 39.4%. La población de pacientes tratados por drogas se redujo de 14,209 pacientes en 1998 a 8,305 en el 2002, para una reducción de 41.6%. La capacidad de espacios para tratamientos de 30 días bajó de 20,870 en 1998 a 13,622 espacios en el 2002 **(Gráfico 23)**. Las posiciones equivalentes a tiempo completo se redujeron de forma similar, en un 36.7% **(Gráfico 24)**.

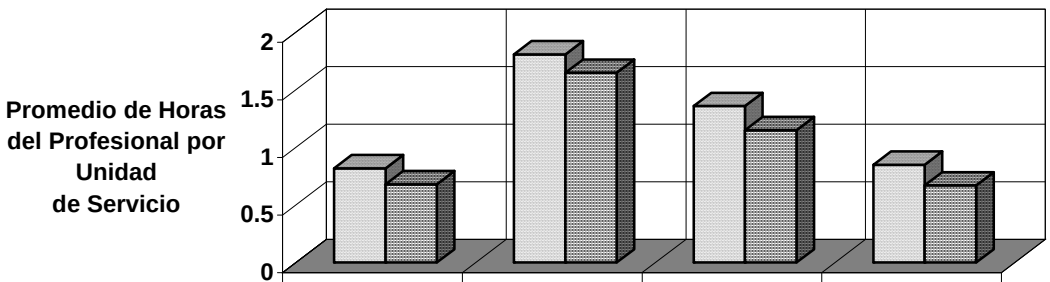
Gráfico 23: Espacios con Capacidad de Tratamiento de Sustancias por treinta días 2002



	Alcohol	Drogas	Capacidad Espacios
1998	3,740	14,209	20,870
2002	2,265	8,305	13,622

Fuente: H.Colón y Asociados, Programa de Evaluación de Necesidades de Abuso de Sustancias de Puerto Rico, Encuesta a Jefes de Familia, 2002.

Gráfico 24: Posiciones Equivalente a Tiempo Completo 2002



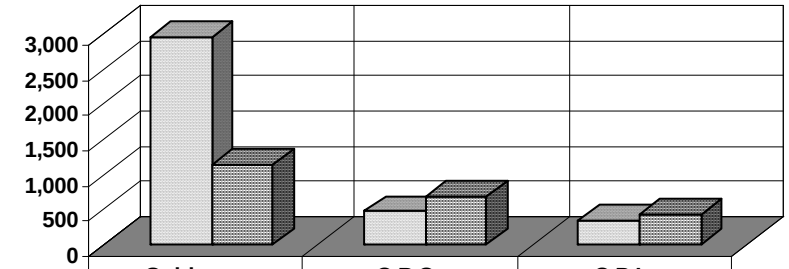
	Psiq. & Med.*	Enf.	Psic. & T.S.**	Tera. Cer.***
1998	0.82	1.81	1.36	0.85
2002	0.68	1.65	1.15	0.67

Fuente: H.Colón y Asociados, Programa de Evaluación de Necesidades de Abuso de Sustancias de Puerto Rico, Encuesta a Jefes de Familia, 2002.

* Incluye Psiquiatras y Médicos ** Incluye, Psicólogos y Trabajadores Sociales *** Incluye, Terapistas Certificados

La población de pacientes tratados por el sector gubernamental para los trastornos de alcohol se redujo en un61.1% (1,793 pacientes) entre 1998 y el 2002. La población tratada por los otros dos sectores aumentó, en un 30.7% (103 pacientes) en el sector de las Organizaciones Privadas de Lucro (O.P.L.) y un 45.9% (215 pacientes) en las Organizaciones de Base Comunitarias (O.B.C.). Sin embargo, la reducción de la población de pacientes del sector gubernamental con trastornos de alcohol no fue compensada por el aumento en los otros dos sectores ya que los porcentajes de cada sector solamente se pueden comparan consigo mismo. Obviamente el aumento de 318 pacientes, combinando el aumento de los pacientes de las Organizaciones Privadas de Lucro (O.P.L.) y las Organizaciones de Base Comunitaria (O.B.C.) no compensan la pérdida de 1,793 pacientes del sector del gobierno **(Gráfico 25)**.

Gráfico 25: Pacientes que Recibieron Tratamiento por Trastornos de Alcohol 2002



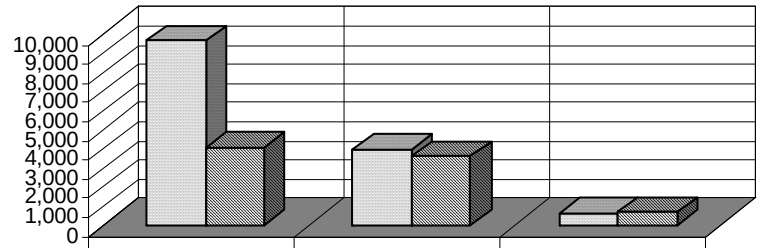
	Gobierno	O.B.C.	O.P.L.
1998	2,936	468	336
2002	1,143	683	439

Fuente: H.Colón y Asociados, Programa de Evaluación de Necesidades de Abuso de Sustancias de Puerto Rico, Encuesta a Jefes de Familia, 2002.

De forma similar, la reducción de pacientes tratados por trastornos de drogas en el sector gubernamental disminuyó un 58.0% (5,605 pacientes) desde 1998 al 2002. Pero la población

de pacientes con trastornos de drogas, tratados por los otros dos sectores en el 2002, se ha mantenido prácticamente en los mismos niveles de 1998. En el sector de las Organizaciones Privadas de Lucro (O.P.L.) aumentaron 68 pacientes y en el sector de las Organizaciones de Base Comunitaria (O.B.C.) hubo una disminución de 367 pacientes. Por lo tanto, se perdió la capacidad de tratamiento para 5,904 pacientes **(Gráfico 26)**.

Gráfica 26: Pacientes que Recibieron Tratamiento por Trastornos de Drogas 2002

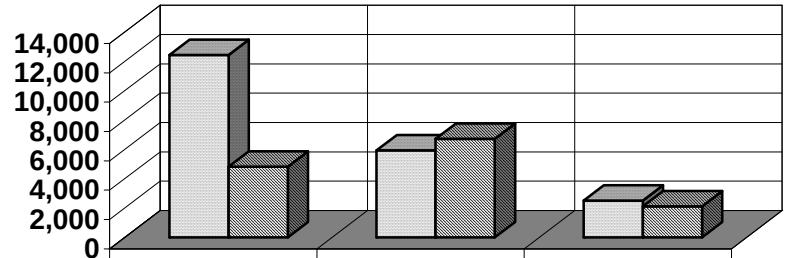


	Gobierno	O.B.C.	O.P.L.
1998	9,658	3,942	609
2002	4,053	3,575	677

Fuente: H.Colón y Asociados, Programa de Evaluación de Necesidades de Abuso de Sustancias de Puerto Rico, Encuesta a Jefes de Familia, 2002.

La capacidad de espacios para tratamientos de sustancias por 30 días en el sector gubernamental se redujo un 61.3% (7,619 espacios) entre 1998 y el 2002, mientras que la capacidad de tratamiento en los otros sectores variaron levemente desde el 1998 al 2002. El sector de las Organizaciones Privadas de Lucro (O.P.L.) disminuyó un 15.9% (398 espacios) al 2002, mientras que en el sector de las Organizaciones de Base Comunitaria (O.B.C.) aumentó un 13.1% (779 espacios). **(Gráfico 27)**.

Gráfico 27: Capacidad de Espacios de Tratamiento por Treinta Días 2002



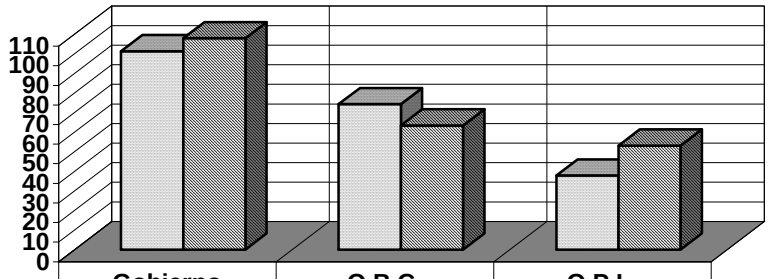
	Gobierno	O.B.C.	O.P.L.
1998	12,433	5,938	2,499
2002	4,814	6,717	2,101

Fuente: H.Colón y Asociados, Programa de Evaluación de Necesidades de Abuso de Sustancias de Puerto Rico, Encuesta a Jefes de Familia, 2002.

La capacidad de utilización del sector gubernamental fue sobre 100% en ambas encuestas. En las Organizaciones de Base Comunitaria (O.B.C.) la capacidad de utilización disminuyó de

74.3% en 1998 a 63.4% en el 2002 y en las Organizaciones Privadas de Lucro (O.P.L.) aumentó de 13.8% en 1999 a 53.1% en el 2002. **(Gráfico 28)**.

Gráfico 28: Capacidad de Utilización de Tratamiento para Sustancias por treinta días 2002



	Gobierno	O.B.C.	O.P.L.
1998	101.3	74.3	37.8
2002	107.9	63.4	53.1

Fuente: H.Colón y Asociados, Programa de Evaluación de Necesidades de Abuso de Sustancias de Puerto Rico, Encuesta a Jefes de Familia, 2002.

8.7 Uso de Sustancias en los Escolares de Puerto Rico

Con el propósito de mantener un sistema de vigilancia continuo de los patrones de consumo de sustancias entre los adolescentes, ASSMCA desarrolló el programa de encuestas conocido como Consulta Juvenil. La repetición periódica de la encuesta permite examinar el patrón de uso de sustancias entre los escolares y sus cambios en el tiempo. Consulta Juvenil provee información válida y confiable que ayuda en la elaboración de política pública y en la planificación de programas preventivos para la población adolescente.

Consulta Juvenil es un proyecto comisionado a un grupo de investigadores del Departamento de Medicina de Familia y Salud Comunal de la Universidad Central del Caribe (U.C.C.), del Centro de Estudio en Adicción de la Universidad Central del Caribe, de la Universidad de Puerto Rico y del personal de la Administración Auxiliar de Prevención y Promoción de la Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)

Los datos presentados a continuación son los resultados de la quinta Consulta Juvenil realizada durante los años académicos 2000-01 y 2001-02. La muestra - representativa de todos los estudiantes del nivel elemental (grados quinto y sexto), intermedio y superior de las escuelas públicas y privadas de Puerto Rico - consistió de 277 escuelas, de las cuales se pudo realizar la encuesta en 266. Participaron en esta encuesta 7,939 estudiantes de quinto y sexto grado, 7,638 estudiantes del nivel intermedio y 7,211 estudiantes del nivel superior, para una tasa de participación global del 81.5% de todos los estudiantes seleccionados para participar. Los resultados han sido ponderados para representar a los 426,038 estudiantes entre el quinto y el duodécimo grado en Puerto Rico.

8.7.1 Resumen de Hallazgos

Pre-adolescentes – Escuela Elemental – (5to – 6to grado)

- Las sustancias más utilizadas alguna vez en la vida por los estudiantes de quinto y sexto grado fueron el alcohol (34.4%), los cigarrillos (6.1%) y los inhalantes (2.7%).
- Los estudiantes de sexto grado informaron mayor uso de cigarrillos y alcohol que los estudiantes de quinto grado.
- Los varones informaron más uso de cigarrillos y alcohol que las féminas.
- Entre Consulta IV (1997-98) y Consulta V (2000-02) se observó una disminución en el uso de cigarrillos para los estudiantes de quinto y sexto grado.

Escuela Intermedia (7mo. – 9no. grado)

- Las sustancias más utilizadas por estudiantes de escuela intermedia alguna vez en la vida fueron el alcohol (43.6% y los cigarrillos (16.2%).
- Un 6.9% indicó haber utilizado otras drogas ilícitas, siendo la marihuana (4.3%) y los inhalantes (3.2%) las más utilizadas.
- No se encontró diferencia significativa entre ambos géneros en su uso de alcohol y otras drogas. Los varones informaron más uso de cigarrillos que las féminas.
- El uso de sustancias aumentó a medida que aumentaba el grado escolar; uso de cigarrillos (10.8% séptimo, 24.9% noveno), alcohol (32.2% séptimo, 60.5% noveno) y otras drogas (5.4% séptimo, 10.1% noveno).
- Entre Consulta IV (1997-98) y Consulta V (2000-02) se observó un descenso en el uso de cigarrillos, alcohol y otras drogas.

Escuela Superior (10mo. – 12mo. grado)

- El 76.2% de los estudiantes de escuela superior reportaron uso de alcohol alguna vez y el 40.8% reportó uso de cigarrillos.
- Un 20.7% indicó haber utilizado otra droga ilícita, siendo la marihuana (19.1%) y las llamadas drogas de diseño (3.8%) las más utilizadas.
- El uso de sustancias aumenta a medida que aumenta el grado escolar en el que está el estudiante, esto es, uso de cigarrillos (34.6% décimo, 49.7% duodécimo), alcohol (71.6% décimo, 82.8% duodécimo) y otras drogas (16.3% décimo, 26.9% duodécimo).
- Los varones reportan más uso de cigarrillos, alcohol y otras drogas que las féminas.
- Entre Consulta IV (1997-98) y Consulta V (2000-02) se observó un descenso en el uso de cigarrillos y alcohol, pero no en el uso de otras drogas.

8.7.2 Análisis por sustancias

(a) Cigarrillos

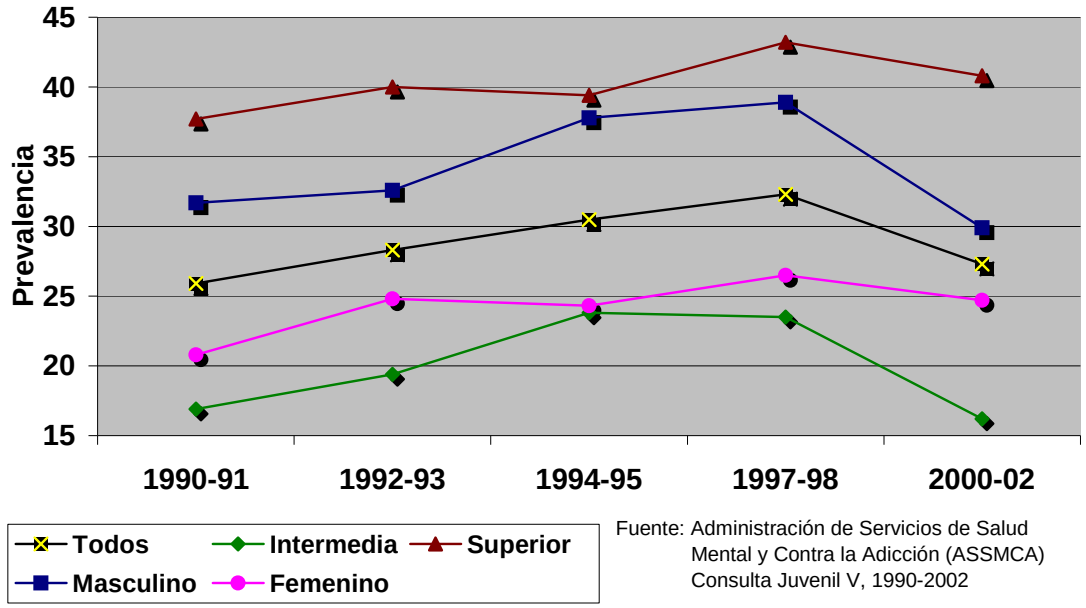
El por ciento de escolares que han fumado cigarrillos alguna vez en la vida mostró un crecimiento leve pero sostenido durante la década de los años 90 (de 25.9% en 1990-91 a 32.3% en 1997-98). Por vez primera, se observó una reducción de 5.0 puntos porcentuales en la Consulta V del 2000-02. La reducción reciente fue observada tanto entre los estudiantes de nivel intermedio como en los de nivel superior, así como entre los varones y entre las hembras (Cuadro 3 y Gráfico 29).

Cuadro 3: Prevalencia de Uso de Cigarrillos*

Grupo	1990-91	1992-93	1994-95	1997-98	2000-02
Todos	25.9	28.3	30.5	32.3	27.3
Nivel Escolar					
Intermedia	16.9	19.4	23.8	23.5	16.2
Superior	37.7	40	39.4	43.2	40.8
Género					
Masculino	31.7	32.6	37.8	38.9	29.9
Femenino	20.8	24.8	243	26.5	24.7

***Alguna Vez (Año y/o mes previo a la encuesta)**

Gráfico 29: Tendencias de Uso de Cigarrillos (Alguna Vez)
Estudiantes de Escuela Intermedia y Superior



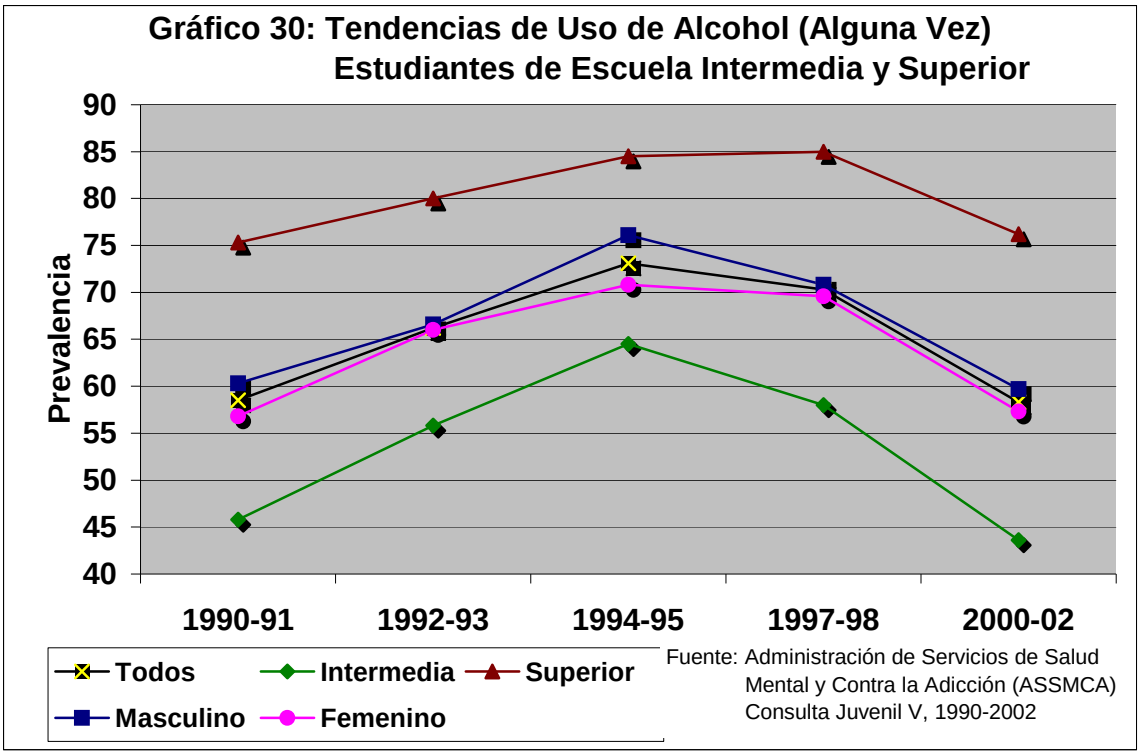
Fuente: Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) Consulta Juvenil V, 1990-2002

(b) Alcohol

Por segunda ocasión consecutiva se observó una reducción en el por ciento de adolescentes escolares que han usado alcohol alguna vez en la vida. El por ciento de uso del alcohol había mostrado un crecimiento de 14.6 puntos porcentuales entre 1990-91 y 1994-95. En la Consulta del 2000-2002, el por ciento de uso de alcohol bajó al nivel de 1990, 58.3%. Esta reducción es aparente tanto entre los estudiantes de nivel intermedio como entre los de nivel superior y entre los varones como entre las hembras. **(Cuadro 4 y Gráfico 30).**

Cuadro 4: Prevalencia de Uso de Alcohol (Alguna Vez)

Grupo	1990-91	1992-93	1994-95	1997-98	2000-02
Todos	58.5	66.2	73.1	70.3	58.3
Nivel Escolar					
Intermedia	45.8	55.8	64.5	58	43.6
Superior	75.3	80	84.5	85	76.2
Género					
Masculino	60.3	66.6	76.1	70.8	59.7
Femenino	56.8	66	70.8	69.6	57.3

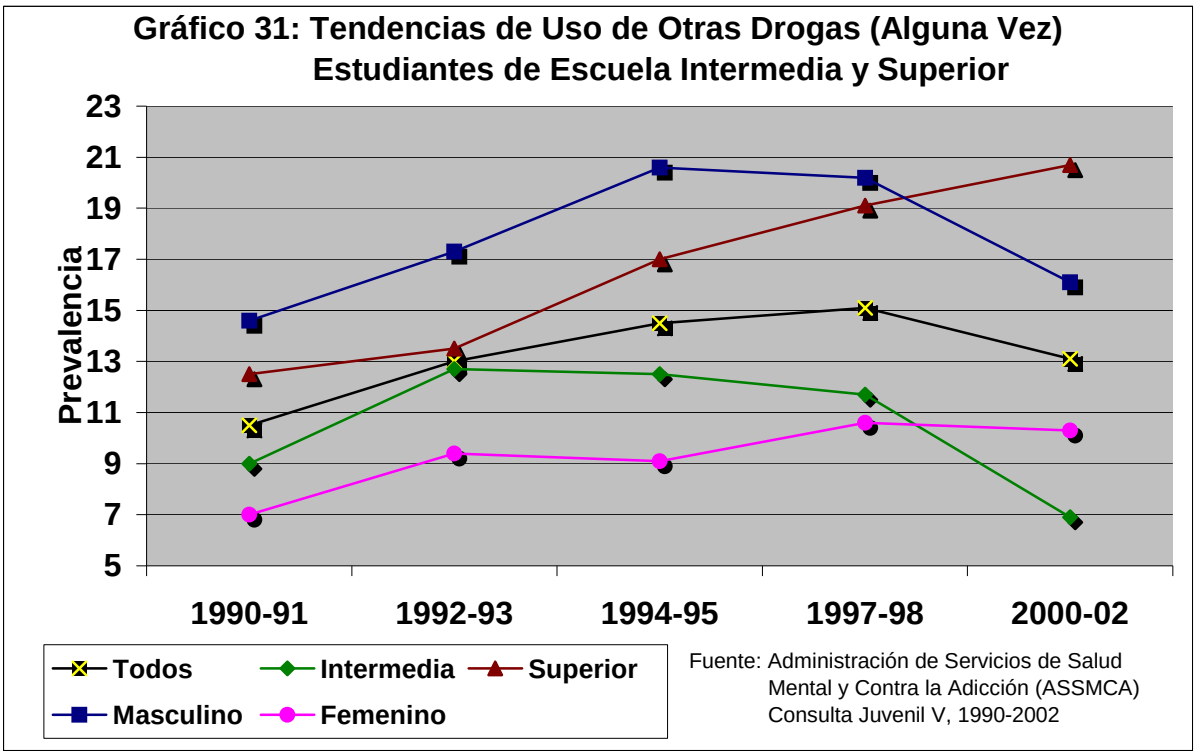


(c) Drogas ilícitas

El uso alguna vez de drogas ilícitas (marihuana, inhalantes, cocaína, crack) mostró, al igual que el uso del cigarrillo, un crecimiento leve pero sostenido durante la década de los años 90 (de 10.5% en 1990-91 a 15.1% en 1997-98). Por vez primera, se observó una reducción de 2.0 puntos porcentuales en la consulta del 2000-02. La reducción reciente fue observada entre los estudiantes de nivel intermedio, no así entre los de nivel superior. La reducción también fue observada entre los varones y entre las hembras. **(Cuadro 5 y Gráfico 31).**

Cuadro 5: Prevalencia de Uso de Drogas (Alguna Vez)

Grupo	1990-91	1992-93	1994-95	1997-98	2000-02
Todos	10.5	13	14.5	15.1	13.1
Nivel Escolar					
Intermedia	9	12.7	12.5	11.7	6.9
Superior	12.5	13.5	17	19.1	20.7
Género					
Masculino	14.6	17.3	20.6	20.2	16.1
Femenino	7	9.4	9.1	10.6	10.3

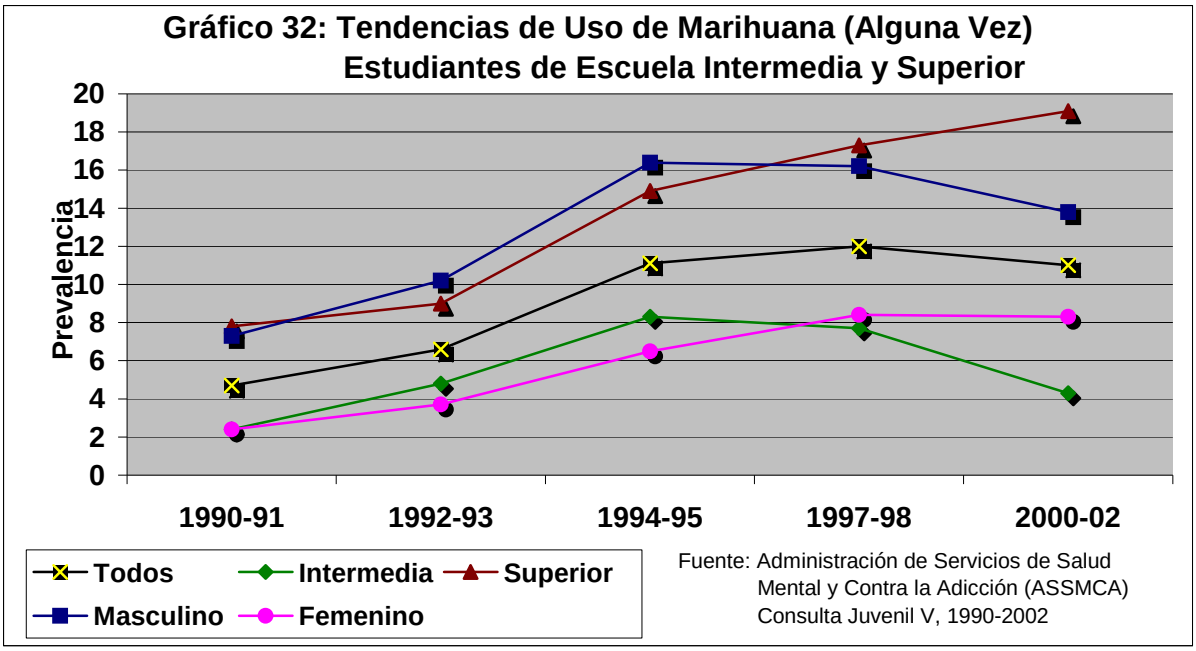


(d) Marihuana

El crecimiento rápido en el porcentaje de uso alguna vez de marihuana, observado durante los años 90, parece haberse detenido y podría haber comenzado a descender. Entre 1990-91 y 1997-98, el por ciento de adolescentes que había hecho uso alguna vez de marihuana aumentó de un 4.7% a un 12%. Por primera vez en la Consulta del 2000-02, se observó una reducción de 1 punto porcentual. La reducción reciente fue observada entre los estudiantes de nivel intermedio, no así entre los estudiantes del nivel superior, los varones y las hembras. **(Cuadro 6 y Gráfico 32).**

Cuadro 6: Prevalencia de Uso de Marihuana (Alguna Vez)

Grupo	1990-91	1992-93	1994-95	1997-98	2000-02
Todos	4.7	6.6	11.1	12	11
Nivel Escolar					
Intermedia	2.4	4.8	8.3	7.7	4.3
Superior	7.8	9	14.9	17.3	19.1
Género					
Masculino	7.3	10.2	16.4	16.2	13.8
Femenino	2.4	3.7	6.5	8.4	8.3

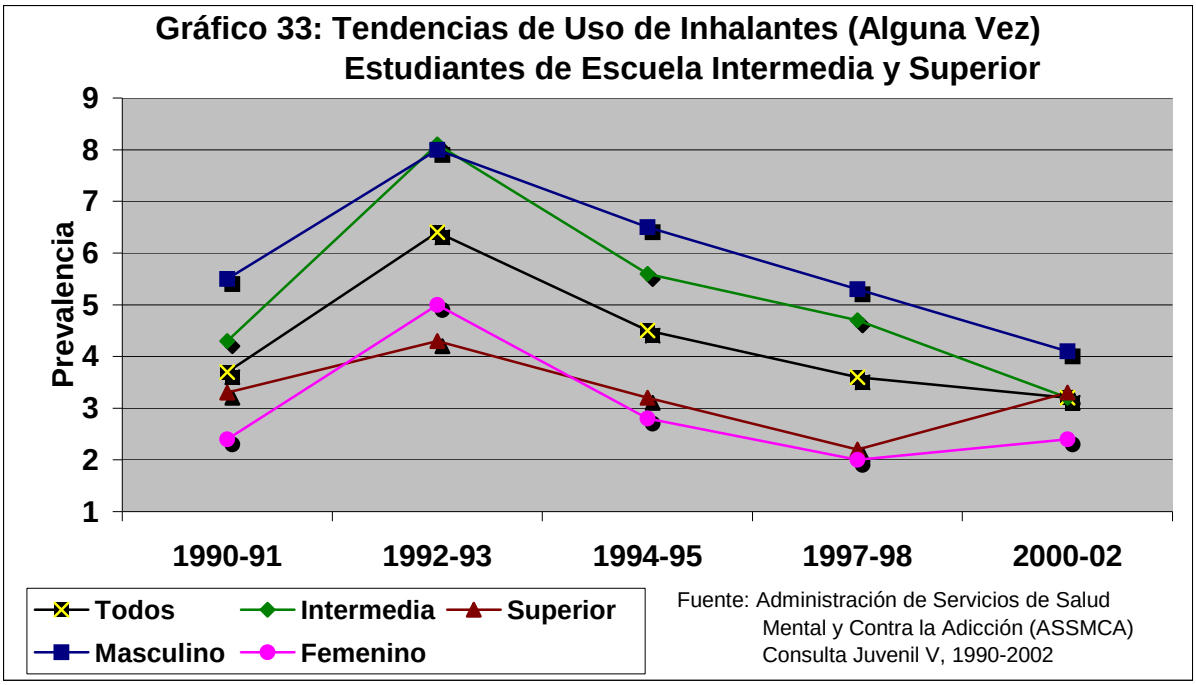


(e) Inhalantes

Desde 1992-93, cuando se observó un pico en el uso alguna vez de inhalantes de 6.4%, el por ciento ha venido descendiendo y parece estar estabilizándose en alrededor de un 3%. Esta tendencia se observó entre los estudiantes de nivel intermedio, los estudiantes de nivel superior, los varones y las hembras. **(Cuadro 7 y Gráfico 33).**

Cuadro 9: Prevalencia de Uso de Inhalantes (Alguna Vez)

Grupo	1990-91	1992-93	1994-95	1997-98	2000-02
Todos	3.7	6.4	4.5	3.6	3.2
Nivel Escolar					
Intermedia	4.3	8.1	5.6	4.7	3.2
Superior	3.3	4.3	3.2	2.2	3.3
Género					
Masculino	5.5	8	6.5	5.3	4.1
Femenino	2.4	5	2.8	2	2.4



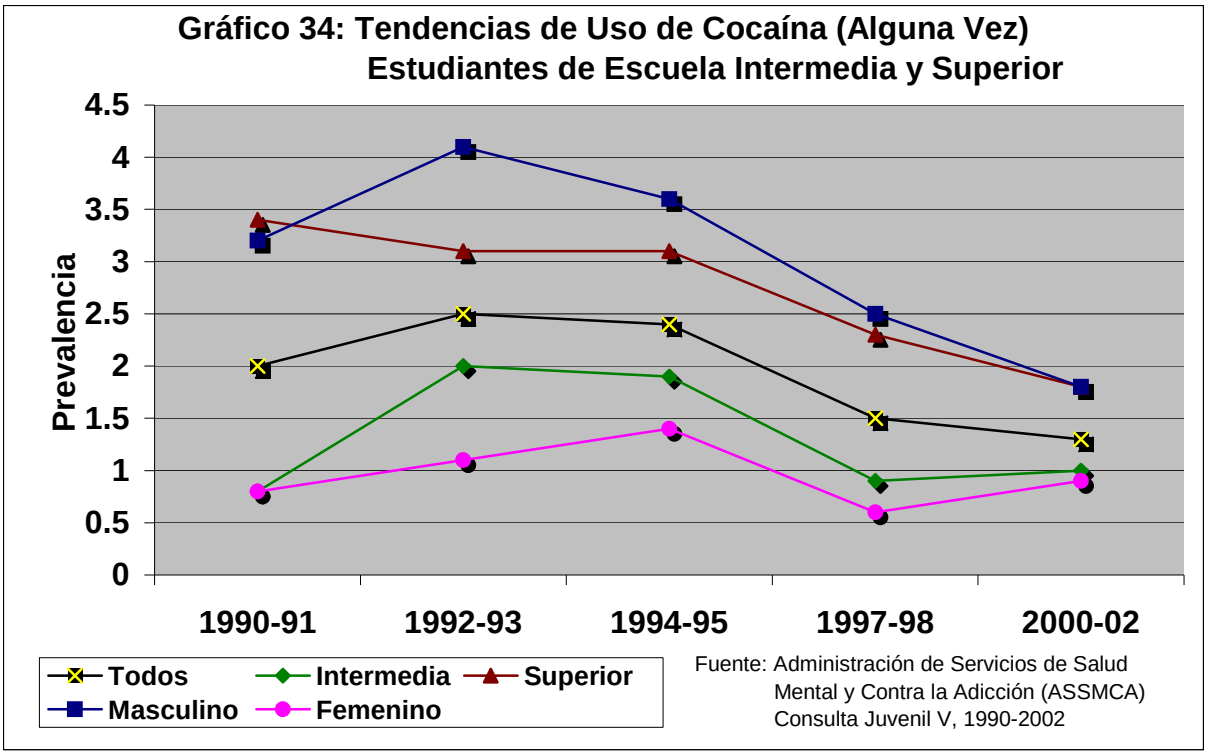
(f) Cocaína

La tendencia observada en los por cientos de uso alguna vez de cocaína, sugiere una reducción paulatina comenzando en un 2.4% en 1994-95 y descendiendo a un 1.3% en la consulta más reciente de 2000-02. Esta tendencia se observó entre los estudiantes de nivel superior y entre los varones. **(Cuadro 8 y Gráfico 34).**

Cuadro 8: Prevalencia de Uso de Cocaína (Alguna Vez)

Grupo	1990-91	1992-93	1994-95	1997-98	2000-02
Todos	2	2.5	2.4	1.5	1.3
Nivel Escolar					
Intermedia	0.8	2	1.9	0.9	1
Superior	3.4	3.1	3.1	2.3	1.8
Género					
Masculino	3.2	4.1	3.6	2.5	1.8
Femenino	0.8	1.1	1.4	0.6	0.9

Fuente: ASSMCA, Consulta Juvenil V, 1990-2002

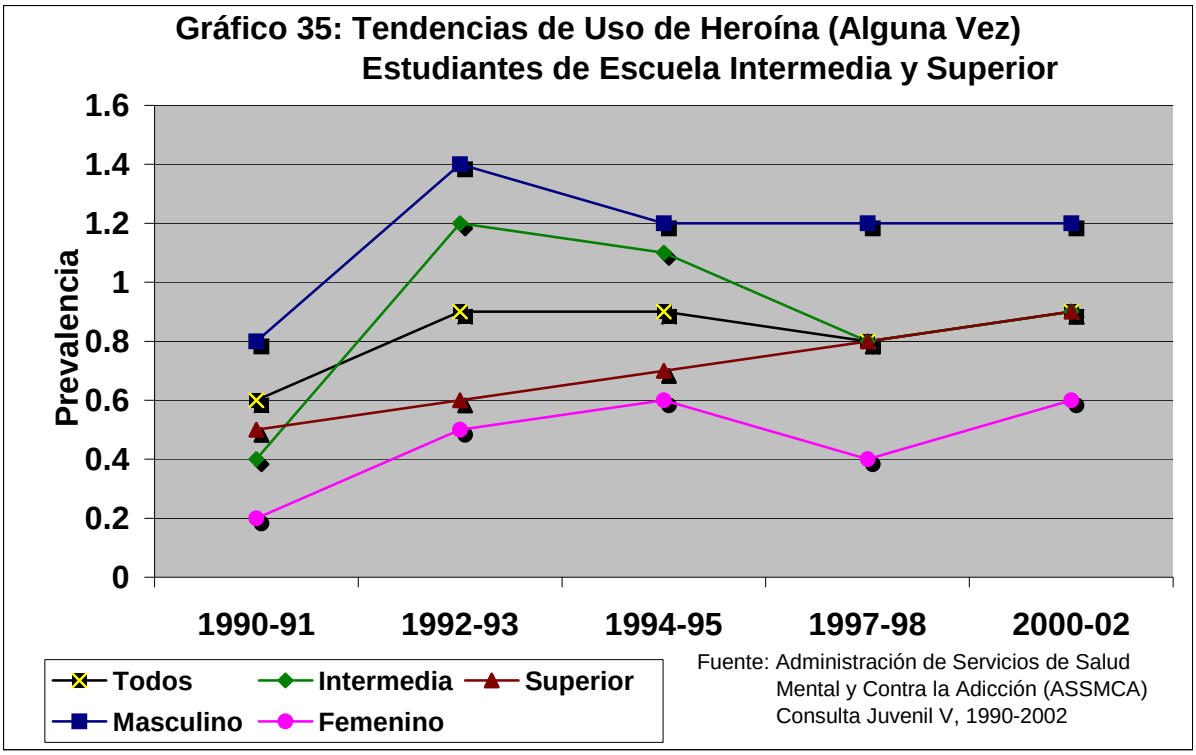


(g) Heroína

Aún cuando los porcentajes de uso alguna vez de heroína no han sobrepasado el 1%, la tendencia observada sugiere incrementos paulatinos sostenidos y no se observa, como es el caso de las drogas anteriores, evidencia alguna de una reducción reciente. Esta tendencia se observó entre los estudiantes de nivel intermedio tanto como entre los de nivel superior y entre los varones tanto como entre las hembras. **(Cuadro 9 y Gráfico 35).**

Cuadro 9: Prevalencia de Uso de Heroína (Alguna Vez)

Grupo	1990-91	1992-93	1994-95	1997-98	2000-02
Todos	0.6	0.9	0.9	0.8	0.9
Nivel Escolar					
Intermedia	0.4	1,2	1.1	0.8	0.9
Superior	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9
Género					
Masculino	0.8	1.4	1.2	1.2	1.2
Femenino	0.2	0.5	0.6	0.4	0.6



(h) Crack

Los por cientos de uso alguna vez de crack han mostrado una tendencia estable alrededor del 1% desde 1992-93. **(Cuadro 10 y Gráfico 36).**

Cuadro 10: Prevalencia de Uso de Crack (Alguna Vez)

Grupo	1990-91	1992-93	1994-95	1997-98	2000-02
Todos	0.4	1.2	0.8	0.8	0.9
Nivel Escolar					
Intermedia	0.6	1.5	1.1	0.7	0.8
Superior	0.3	0.7	0.3	0.8	1
Género					
Masculino	0.7	2.1	1.1	1.1	1.3
Femenino	0.2	0.4	0.4	0.5	0.4

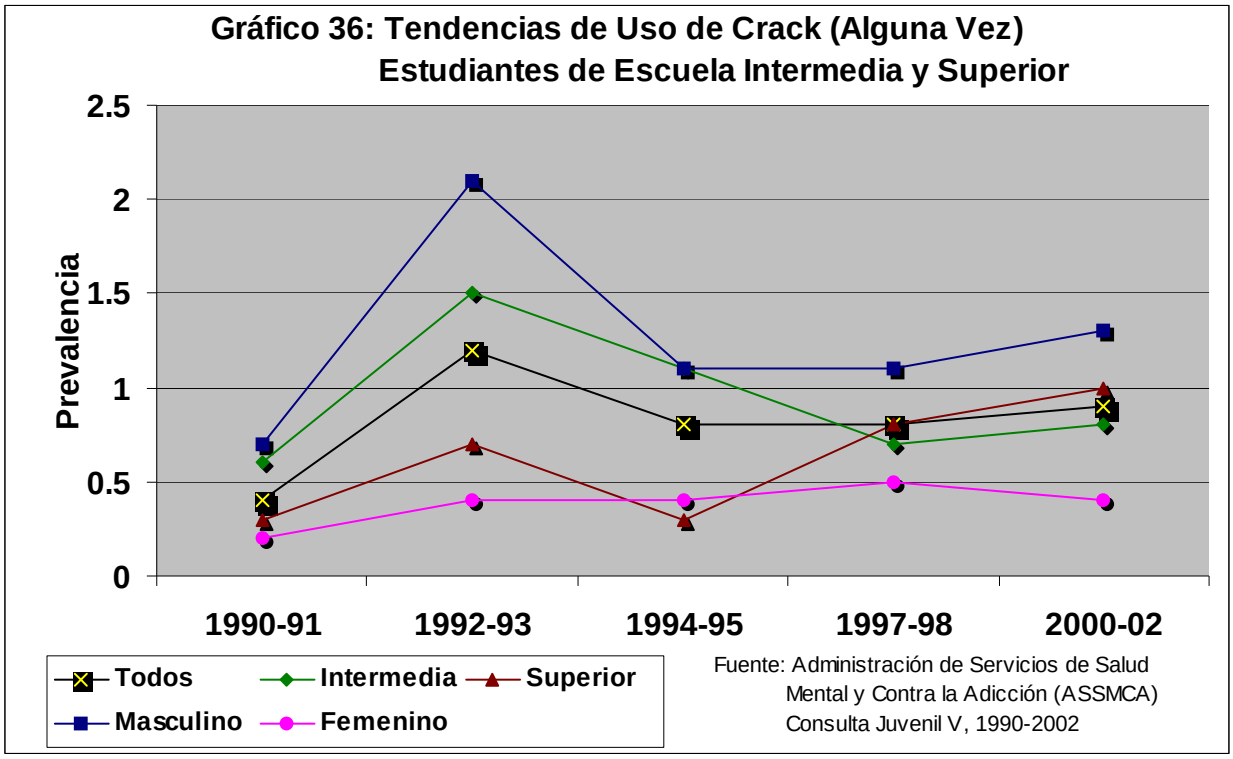


Gráfico 36: Tendencias de Uso de Crack (Alguna Vez)
Estudiantes de Escuela Intermedia y Superior
Prevalencia
2.5
2
1.5
1
0.5
0
1990-91
1992-93
1994-95
1997-98
2000-02
Todos
Intermedia
Superior
Masculino
Femenino
Fuente: Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) Consulta Juvenil V, 1990-2002

Bibliografía

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). Personas Atendidas por la Reforma en Salud Mental. Data Base. 1996,1997, 1998,1999, 2000, 2002, 2003.

Alegría, M, et al. "Income Differences in Persons Seeking Outpatient Treatment for Mental Disorders: A Comparison of the United States with Ontario and the Netherlands". *Archives of General Psychiatry*, Vol. 57: (2000): 383-391.

Alegría, M, et al. Comparing Data on Mental Health Services use Between Countries. In Andrew & Henderson (Eds). Unmet Needs in Psychiatry. Cambridge: U Press, 2000: 97-119.

Alegría, M, et al. "Patterns of Mental Health Utilization Among Island Puerto Rican Poor". *American Journal of Public Health,* Vol. 81 (1991): 875-879.

American Psychatric Association. Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision (DSM-IV-TR)". Fourth Edition; 5th. Arlington, VA. December 2003.

Bird, HR, et al. Estimates of the Prevalence of Childhood Maladjustment in a Community Survey in Puerto Rico. Archives of General Psychiatry: 1988: Vol 45: 1120-1126.

Bird, HR, et al. "Impairment in the Epidemiological Measurement of Childhood Psychopathology in the Community. "*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry". 1990: Vol. 29: 796-803.*

Bravo, M, Canino, G., Bird, H. "El DIS en Español: Su Traducción y Adaptación en Puerto Rico". *Acta Psiquiátrica Psicológica, América Latina*, Vol. 33 (1887): 27-42.

Bravo M, Woodbury-Fariña, M.; Canino, G., Rubio-Sticep, M. "The Spanish translation and Cultural Adaptation of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) in Puerto Rico". *Cult, Med Psychiatric*. 1990: 17:3, 329-344.

Canino, Glorisa. "A Methodological Study of Child Assessment in Puerto Rico". National Institute of Mental Health (3-UO1-MH46732). 1992

Canino, G, et al.: "The Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Puerto Rico". Archives of General Psychiatry. 1987: 727-735.

Canino G, et al. The DSM-IV Rates of Child and Adolescent Disorders in Puerto Rico: Prevalence, Correlates, Service Use, and the Effects of Impairment. Archives of General Psychiatry. 2004: Vol. 61:85-93.

Departamento de la Familia del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Informe Anual: Datos Estadísticos 2000-2001. Puerto Rico: junio 2001.

Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Registro Demográfico. **"**Tasas de Mortalidad General por Causas y Sexo**"**. Estadísticas Vitales: 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002.

Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar de Planificación, Evaluación, Estadísticas y Sistemas de Información. Puerto Rico Gente Saludable 2010, abril 2002.

Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Estadísticas Vitales de Puerto Rico, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 19997, 1998, 1999, 2000, 2001,2002.

Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas. Estudio Continuo de la Salud para los Municipios de Puerto Rico. San Juan: 2002.

Frontera Roura, et al. Informe del Grupo de Trabajo Sobre Política Pública en Relación a Sistema de Cuidado de Salud Mental. San Juan: ASSMCA, 2003.

García Pedrosa, T.; "Salud Mental Niños y Adolescentes: Estudio Exploratorio-Descriptivo del Proceso de Intervención Profesional y la Participación de la Familia en Niños y Adolescentes con Trastornos Emocionales en Puerto Rico". Tesis de Maestría. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, 2000.

García, Z; Vázquez, S.E. "Adultos Egresados de Hogares de Crianza: Estudio Exploratorio Descriptivo del Funcionamiento Familiar y Ocupacional, el Auto Concepto y los Servicios Recibidos por los Adultos Egresados de Hogares de Crianza entre las Edades de 18 a 40 años en Puerto Rico a mayo del 2000". Tesis de Maestría; Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, 2002.

Lanhey, BB, et al. "The NIMH Method for Epidemiology of the Child and Adolescent Mental Disorder (MECA) Study: Background and Methodology". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 35 (1996): 855-864.

Leaf, PJ, et al. "Mental Health Service use in the Community and Schools: Results from the four-community MECA Study". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* Vol 35 (1996): 865-877.

Ley Núm. 3 del 13 de marzo de 2001 "Ley para Crear la Oficina de Control de Drogas de Puerto Rico".

Ley Núm. 67 del 7 de agosto de 1993, "Ley de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción".

Ley Número 72 del 7 de septiembre de 1993, "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico".

Ley Núm. 116 del 12 de junio de 1980, "Código de Salud Mental de Puerto Rico".

Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente".

Ley Núm. 408 de 2 de octubre de 2000, "Ley de Salud Mental de Puerto Rico".

Mental Health and Anti Addiction Services Administration (ASSMCA), Universidad Central del Caribe, Centros de Estudios de Adicción. "El Uso de Sustancias en los Escolares Puertorriqueños, Consulta Juvenil V, 2002-02". ASSMCA: marzo 2003.

Mental Health and Anti-Addiction Services Administration (ASSMCA), Universidad Central del Caribe, Center for Addiction Studies. Puerto Rico Substance Abuse Needs Assessment Program, 2002 Household Survey. Puerto Rico: January 2003.

Mental Health and Anti Addiction Services Administration (ASSMCA): "Plan for Comprehensive Community Mental Health Services for Adults with Severe Mental Illness and Children and Adolescents with Seriously Emotionally Disturbances for 2004". San Juan: August 2003.

Mental Health and Anti Addiction Services Administration (ASSMCA): "Substance Abuse Prevention and Treatment Performance Partnership (SAPTPP) Block Grant Application for Fiscal Year 2003". San Juan: September 2003.

Mental Health and Anti-Addiction Services Administration (ASSMCA), Universidad Central del Caribe, Center for Addiction Studies. Puerto Rico Substance Abuse Needs Assessment Program, 2002 Provider Survey. Puerto Rico: January 2003.

Parrilla, Carmen E.; et al. **"**Tercera Conferencia Nacional de Suicidiología: Conciliando Esfuerzos para Salvar Vidas". Comisión para la Prevención del Suicidio, Departamento de Salud de Puerto Rico. 15 de agosto de 2003.

Public Law 88-164, October 31 1963. Community Mental Health Center Act of 1963.

Public Law 102-321, July 1992. Center for Mental Health Services.

Raldolff, L.S. "The CES-D scale: A self-report depression scale for research in general population". *Applied Psychological Measure*. 1977: 1:385.

Ribera, J.C, et al **"**The Diagnostic Interview Schedule For Children (DISC 2.3): Description, Acceptability, Prevalences and Performance in the MECA Study". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 1996: vol. 37:195-204.

Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Canino, G. "La entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI): un instrumento epidemiológico adecuado para ser administrado conjuntamente con otros sistemas diagnósticos en diferentes culturas." *Acta Psiquiátrica Psicológica, América Latina* Vol. 37 (1991):191-204.

Shaffer, D.; et al. "The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.3): Description, Acceptability, Prevalences and Performance in the MECA Study". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* Vol. 35:865-877.

Staghezza-Jaramillo, Bird, H.F., Gould, M.S., Canino, G. "Mental Health Services Utilization Among Puerto Rican Children Ages 4 through 16"; *Journal Child and Family Study 1995* Vol. 4: 4-399.

US Census Bureau, Population Division. Annual Estimates of the Population by Groups and Sex: April 1, 2000 to July 1, 2003. Release Date April 13, 2004.

US Department of Health and Human Services, Public Health Service-Health Care Financial Administration World Health. "The International Classification of Diseases Clinical Modification, 9th Revision (ICD-9-CM)". 2da ed. Washington D.C,: September 1980.

US Department of Health and Human Services. Public Health Service-Health Care Financial Administration World Health. "The International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)". Washington, D.C.:1999.

US Department of Health and Human Services**,** U.S. Senate Special Committee on Aging. ***"****Aging American-Trends and Projections"*. Washington, D.C.: 1987-1988.

Warheit, G.J., Vega, W., Auth, J.. “Psychiatric Symptoms and Dysfunctioning among Anglos and Mexican Americans: An Epidemiology Study in Researching Community and Mental Health”. London: JAI Press**,** 1985.

CAPÍTULO 9
VIH/SIDA

Introducción

La epidemia del **Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)** en Puerto Rico como en los demás países del mundo representa un reto a la salud pública. Esta epidemia, por su naturaleza y complejidad ha generado un impacto social, económico, político, cultural, laboral y de derechos humanos. Aún cuando las investigaciones científicas han logrado importantes avances en el tratamiento del VIH/SIDA, las campañas de prevención y promoción de la salud tienen el reto de lograr reducir la incidencia de la enfermedad en la población, pues cada día miles de personas entran en las filas de portadores de VIH, otros tantos se infectan y otra gran cantidad de personas fallecen a causa de complicaciones relacionadas con esta enfermedad.

Este informe presenta la experiencia puertorriqueña con relación al VIH/SIDA. Describe la situación de exclusión social de la salud que viven los miles de portadores de VIH, plantea la necesidad de enfrentar este desafío mediante una respuesta amplia y ofrece recomendaciones y propuestas que permitan establecer y desarrollar políticas públicas humanizadoras.

Las fuentes de información utilizadas para este capítulo fueron: entrevistas orales a personas viviendo con VIH/SIDA, informes y estadísticas recopiladas en el Departamento de Salud de Puerto Rico, escritos e informes de las Organizaciones de Base Comunitaria (OBC) y escritos sobre el tema realizados por activistas, académicos e investigadores.

9.1 Análisis de Situación de Salud

La incidencia de esta condición está directamente relacionada a estilos de vida de la población. La exposición de riesgo mayor está entre las personas que usan drogas intravenosas, heterosexuales y homosexuales.

Ante el impacto generado por esta enfermedad, la comunidad a nivel mundial se movilizó para llevar a cabo investigaciones científicas tanto para controlar la propagación de la misma como para encontrar tratamientos efectivos que alargaran la vida y mejoraran la calidad de vida de las personas infectadas. En este proceso surgieron otros asuntos relacionados que fueron haciendo más compleja la situación de las personas infectadas. El discrimen y el rechazo de la sociedad lo tornó en un problema más crítico para esta población.

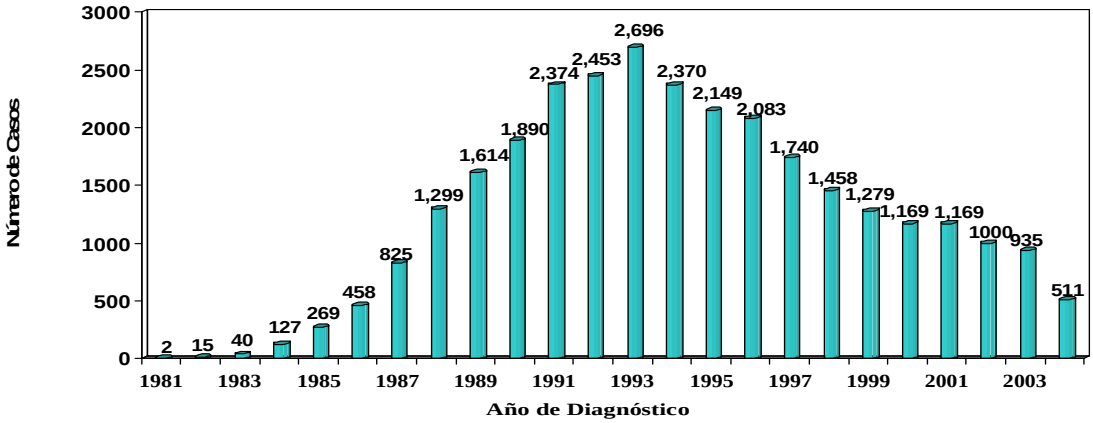
Los esfuerzos del sector salud representaron un reto tanto para el desarrollo de estrategias de prevención y promoción de la salud como para contrarrestar el contagio, ofrecer tratamientos efectivos y manejar la situación de discrimen, rechazo y estigmatización por parte de la sociedad.

En respuesta a esta situación, tanto en los Estados Unidos de América (EUA) como en Puerto Rico se generaron investigaciones y se realizaron estudios con el propósito de encontrar alternativas de tratamiento e identificar el mayor número de infectados.

El Departamento de Salud de Puerto Rico, a través de Programa Vigilancia de SIDA en colaboración con el Centro para el Control de Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) en Atlanta, es responsable de llevar a cabo el sistema de vigilancia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en Puerto Rico. Este sistema provee información sobre las características demográficas y los modos de transmisión del virus en los

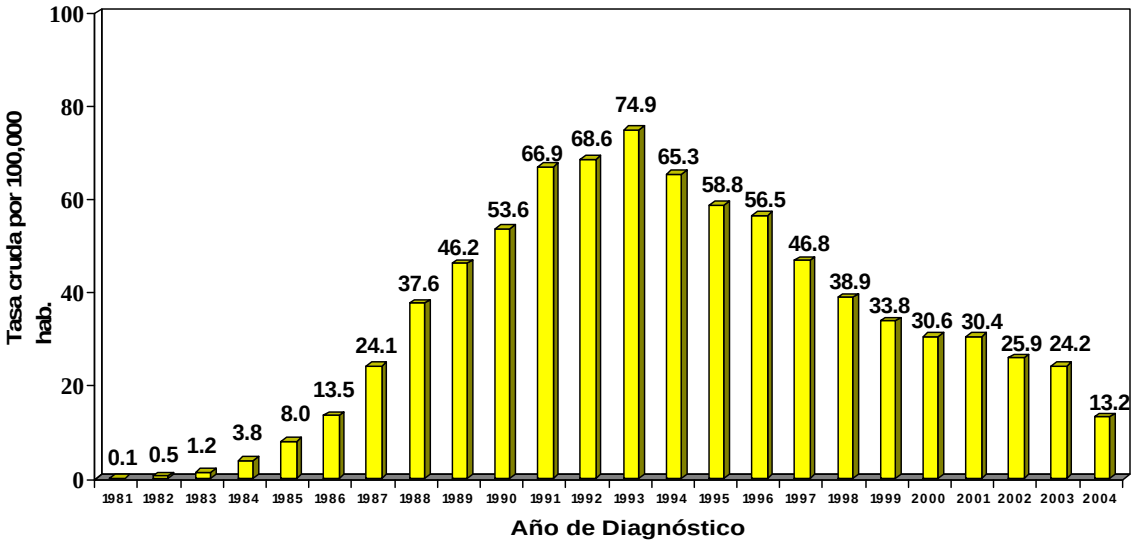
individuos diagnosticados con el mismo. De acuerdo a los datos recopilados por el Programa Vigilancia de SIDA desde el 1981 fecha en que se detectó el primer caso de esta enfermedad en Puerto Rico hasta el 31 diciembre de 2004, se habían informado 29,925 casos de SIDA. De éstos, habían fallecido 18,758 personas (63%) al 31 de diciembre de 2004 **(Anejo 9.1 y Gráficos 1 al 6).**

Gráfico 1
Distribución de Casos de SIDA por Año de Diagnóstico,
Puerto Rico, 1981- 2004



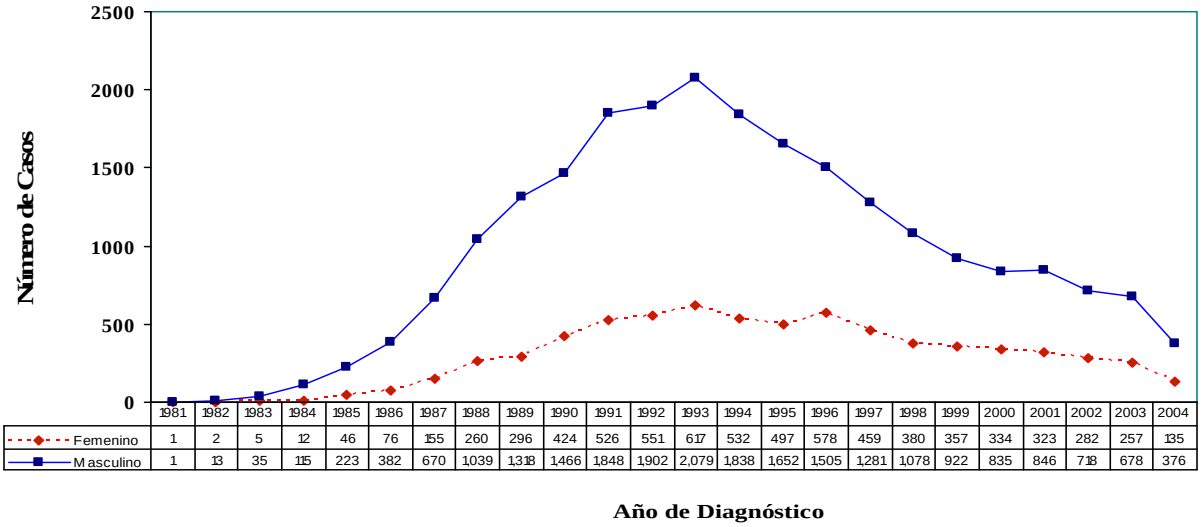
Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud de Puerto Rico
N= 29,925 *Casos reportados hasta el 12/31/2004.

Gráfico 2
Incidencia de SIDA, por Año de Diagnóstico,
Puerto Rico, 1981-2004



Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud de Puerto Rico
N= 29,925 *Casos reportados hasta el 12/31/2004
Datos no ajustados por retraso en el reporte

Gráfico 3
Distribución de Casos de SIDA por Sexo y Año de Diagnóstico, Puerto Rico, 1981-2004

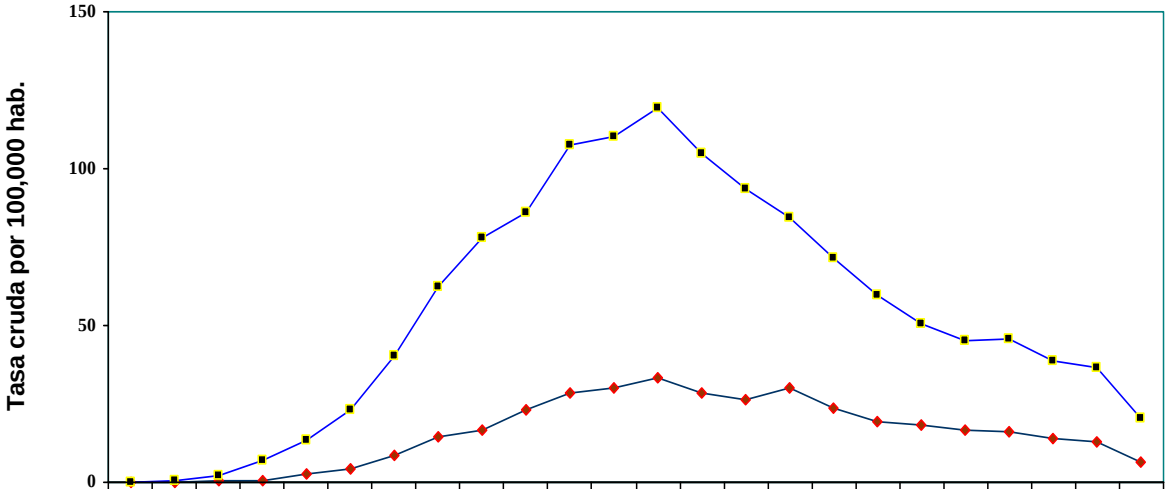


	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Femenino	1	2	5	12	46	76	155	260	296	424	526	551	617	532	497	578	459	380	357	334	323	282	257	135
Masculino	1	13	35	115	223	382	670	1,039	1,318	1,466	1,848	1,902	2,079	1,838	1,652	1,505	1,281	1,078	922	835	846	718	678	376

Año de Diagnóstico

Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud de Puerto Rico
N =29,925 *Casos reportados hasta el 12/31/2004.

Gráfico 4
Incidencia de Casos de SIDA por Sexo y Año de Diagnóstico, Puerto Rico, 1981-2004

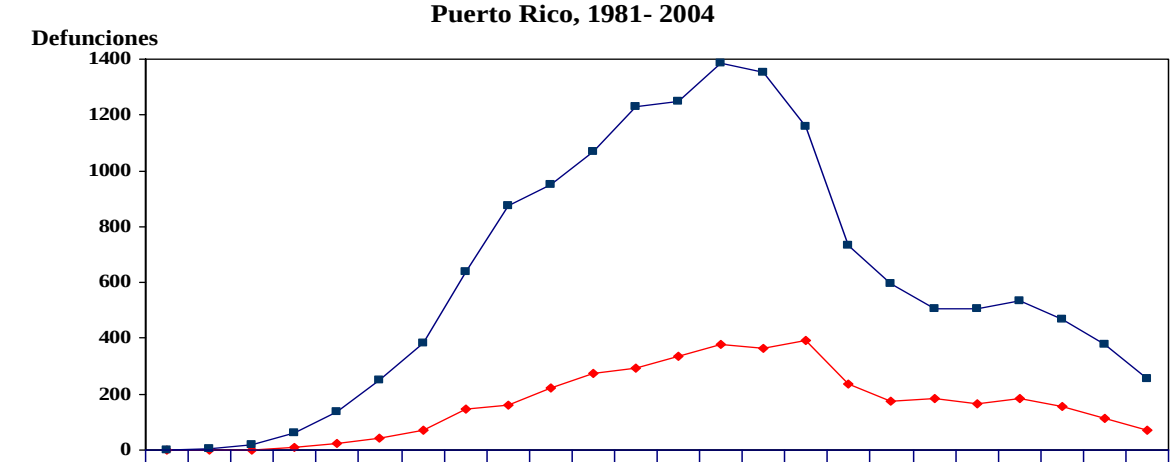


	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Femenino	0.1	0.1	0.3	0.7	2.7	4.4	8.8	14.6	16.4	23.3	28.7	29.9	33.2	28.4	26.3	30.3	23.9	19.6	18.2	16.9	16.2	14.1	12.8	6.7
Masculino	0.1	0.8	2.2	7.1	13.7	23.3	40.4	62.1	77.9	85.8	107.5	110.0	119.4	104.9	93.6	84.6	71.5	59.7	50.6	45.4	45.8	38.7	36.5	20.3

Año de Diagnóstico

Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud de Puerto Rico
N =29,925 *Casos reportados hasta el 12/31/2004.

Gráfico 5
Distribución de Defunciones Relacionadas al SIDA por Año de Muerte, Puerto Rico, 1981- 2004

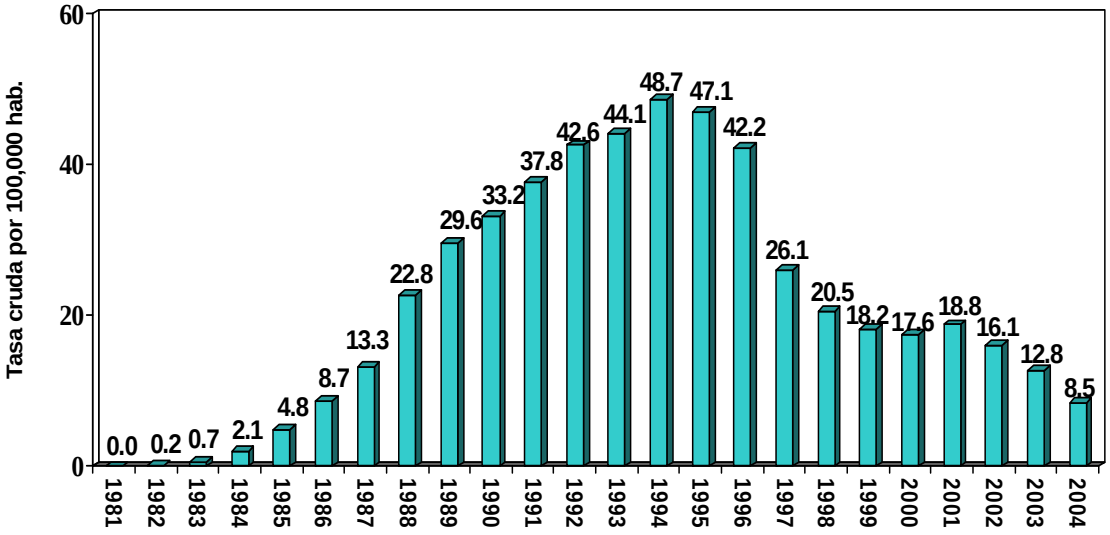


	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Femenino	0	2	2	8	22	41	72	148	161	220	276	292	337	380	366	393	236	173	183	167	185	155	114	73
Masculino	1	3	21	63	139	252	382	638	873	952	1067	1231	1249	1387	1355	1161	734	597	505	505	535	467	379	256

Año de Muerte

Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud de Puerto Rico
N =18,758 *Defunciones reportadas hasta el 12/31/2004.

Gráfico 6
Tasa de Mortalidad por SIDA, Puerto Rico, 1981-2004

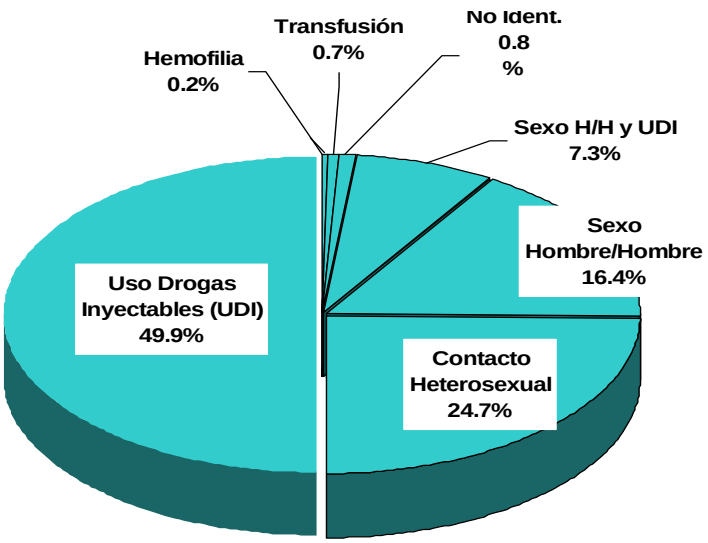


Año de Muerte

Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud de Puerto Rico
N =18,758 Defunciones reportadas hasta el 12/31/2004.
Población de Puerto Rico obtenida de la Junta de Planificación, Oficina del Censo

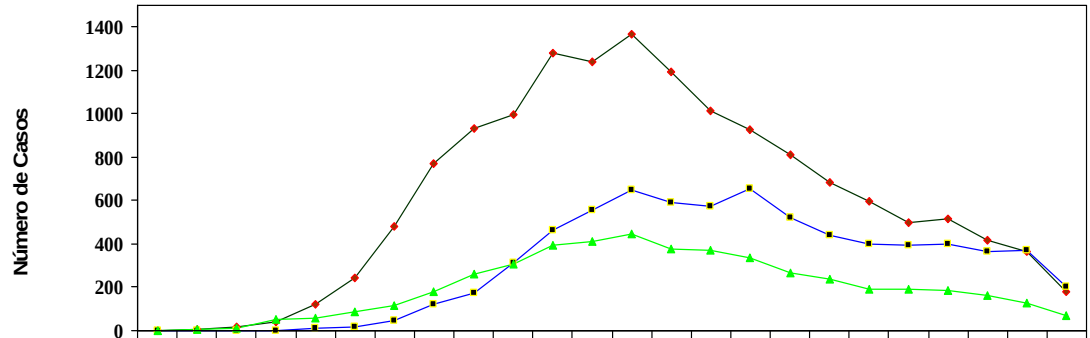
Las estadísticas del Departamento de Salud corroboran que los tres (3) grupos poblacionales más afectados por el SIDA son los siguientes: usuarios de drogas inyectables (50%), heterosexuales (25%) y homosexuales (16%). **(Gráficos 7 al 9).**

Gráfico 7
Distribución Porcentual de Casos de SIDA por Modo de Exposición, Puerto Rico, 1981 - 2004



Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud de Puerto Rico
N =29,474 Casos con factor de riesgo de Adultos/Adolescentes reportados hasta el 12/31/2004.

Gráfico 8
Distribución de Casos de SIDA por Modo de Exposición y Año de Diagnóstico, Puerto Rico, 1981-2004

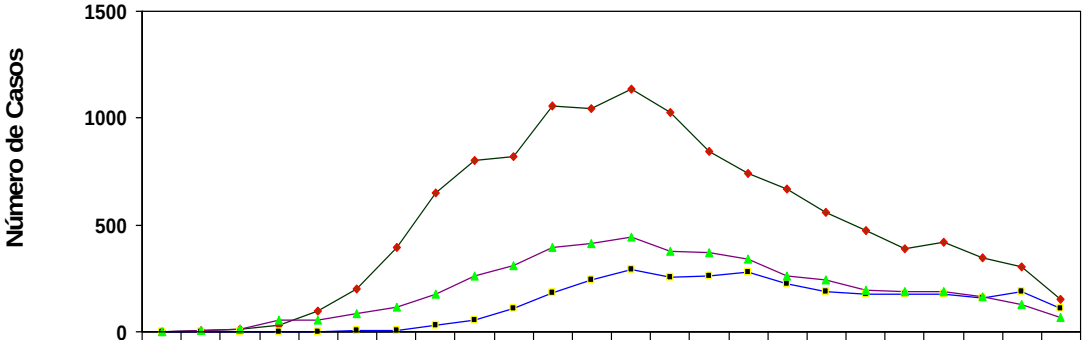


	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
UDI	0	7	18	41	124	242	482	771	931	997	1,278	1,242	1,366	1,195	1,011	927	810	683	598	498	517	417	367	182
Heterosexual	1	1	2	2	13	20	47	120	175	310	462	554	646	592	576	656	524	442	402	391	398	366	371	203
HSH	1	6	13	52	57	85	116	177	262	307	395	410	445	379	371	338	264	240	193	189	187	164	127	69

Año de Diagnóstico

Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud de Puerto Rico
N= 29,474 *Casos Adultos/Adolescentes reportados hasta el 12/31/2004.

Gráfico 9
Distribución de Casos de SIDA por Modo de Exposición en Hombres, Puerto Rico, 1981-2004



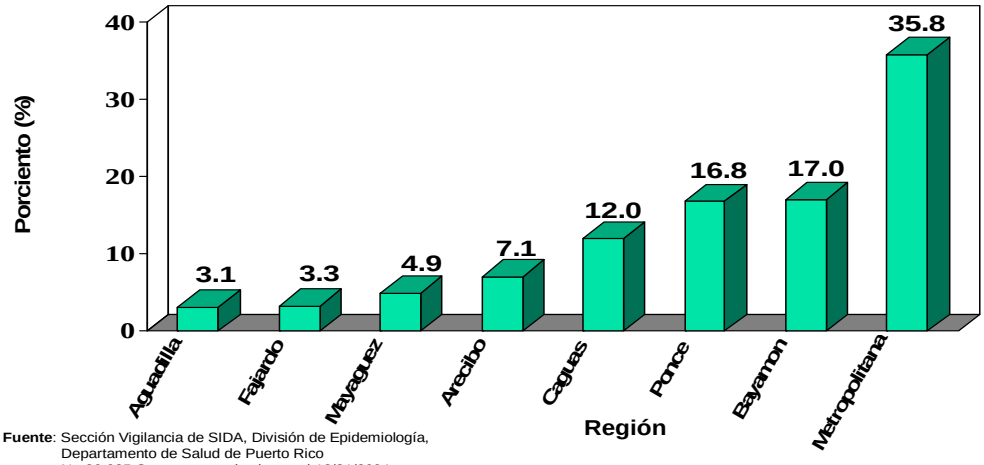
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
UDI	0	6	15	32	100	198	392	652	803	819	1059	1044	1133	1024	843	741	667	558	472	389	420	345	304	153
Heterosexual	0	0	0	0	0	4	9	28	54	108	182	243	294	254	263	278	222	191	175	174	179	160	188	108
HSH	1	6	13	52	57	85	116	177	262	307	395	410	445	379	371	338	264	240	193	189	187	164	127	69

Año de Diagnóstico

Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, Div. de Epidemiología, Depto. de Salud de Puerto Rico
N =12,169 Hombre UDI, N=3,114 Hombre Heterosexual, N=4,847 HSH (Hombre Sexo con Hombre)
*Casos reportados hasta el 12/31/2004.

La distribución por región y sub-región de los 29,925 casos de SIDA confirmados hasta diciembre de 2004 es la siguiente: Aguadilla-931 (3%), Arecibo-2,122 (7%), Área Metro/San Juan-10,641 (36%), Bayamón-5,047 (17%), Caguas-3,587 (12%), Fajardo-986 (3%), Mayagüez-1.456 (5%) y Ponce-5,008 (17%). Este total incluye la población entre los 0 y 24 años de edad atendida por el Programa de Servicios Compresivos a Familias VIH (antes conocido como SIDA Pediátrico). **(Anejo 9.2 y Gráfico10).**

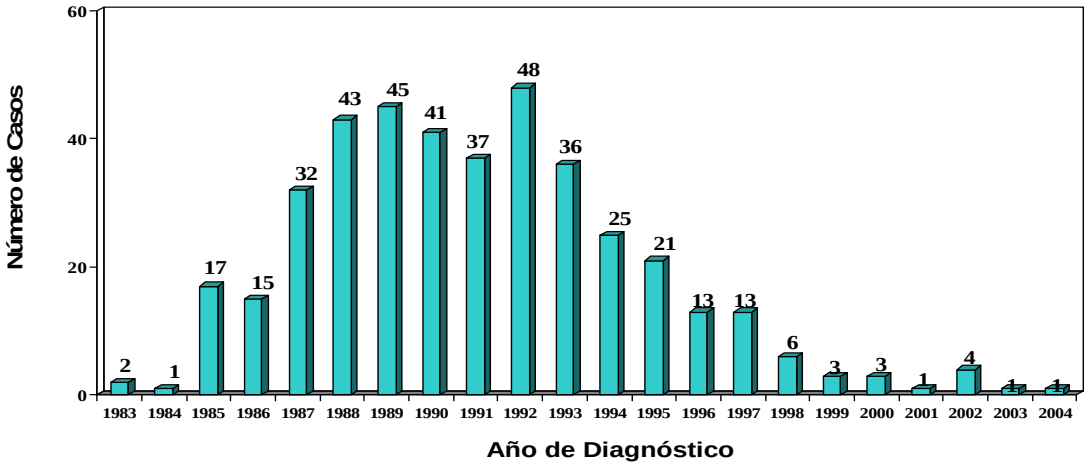
Gráfico 10
Distribución Porcentual de Casos de SIDA Diagnosticados por Región de Salud Epidemiológica, Puerto Rico, 1981 - 2004



Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología,
Departamento de Salud de Puerto Rico
N =29,925 Casos reportados hasta el 12/31/2004.
(145 casos fueron diagnosticados fuera de PR.)

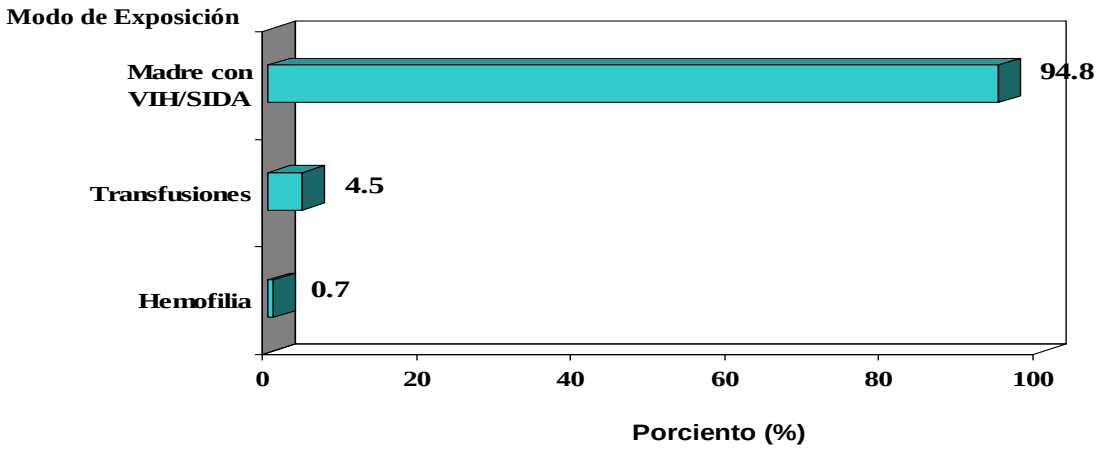
Desde el inicio de la epidemia en 1981, hasta diciembre 2004 se han diagnosticado un total de 408 casos de SIDA pediátrico en Puerto Rico. De éstos, han fallecido 234 (57%). La transmisión del VIH de la madre al niño fue el modo de exposición informado en un 94.8% de los casos pediátricos. A partir del año 1993 se observa una dramática disminución en los casos diagnosticados con SIDA pediátrico **(Gráficos 11 al 12**). La implementación de protocolos relacionados al cernimiento para el VIH, el tratamiento profiláctico con antirretrovirales en mujeres embarazadas; así como el seguimiento y diagnóstico temprano en los infantes expuestos al virus VIH han sido estrategias determinantes en la reducción de la transmisión del VIH en niños y su progresión a SIDA, lo que refleja la efectividad de las intervenciones en la prevención de la epidemia en Puerto Rico.

Gráfico 11
Frecuencia de Casos SIDA Pediátrico por Año de Diagnóstico, Puerto Rico, 1981 – 2004*



Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud de Puerto Rico
N =408 *Casos pediátricos reportados hasta el 12/31/2004.

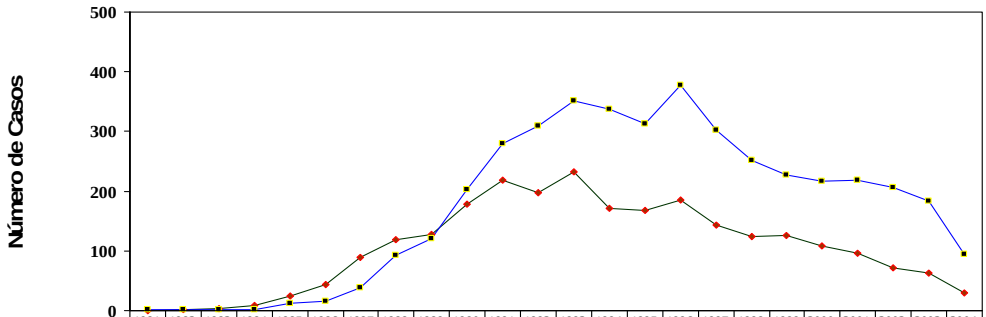
Gráfico 12
Distribución Porcentual de Casos de SIDA por Modo de Exposición Pediátrica, Puerto Rico, 1981 - 2004



Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología, Depto. de Salud de Puerto Rico
N =408 Casos con exposición pediátrica reportados hasta el 12/31/2004.

El total de casos de mujeres infectadas por el VIH en Puerto Rico desde los comienzos de la epidemia, en el 1981, hasta el 31 de diciembre de 2004 suma 6,880. Más de la mitad de estas han fallecido por condiciones relacionadas con el SIDA. Este dato no incluye las 225 féminas infantes. En estos momentos las población de mujeres heterosexuales infectadas con VIH esta aumentando significativamente. **(Gráfico 13).**

Gráfico 13
Distribución de Casos de SIDA por Modo de Exposición en Mujeres, Puerto Rico, 1981-2004



	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Mujer UDI	0	1	3	9	24	44	90	119	128	178	219	198	233	171	168	186	143	125	126	109	97	72	63	29
Mujer Hetero.	1	1	2	2	13	16	38	92	121	202	280	310	352	338	313	378	302	251	227	217	219	206	183	95

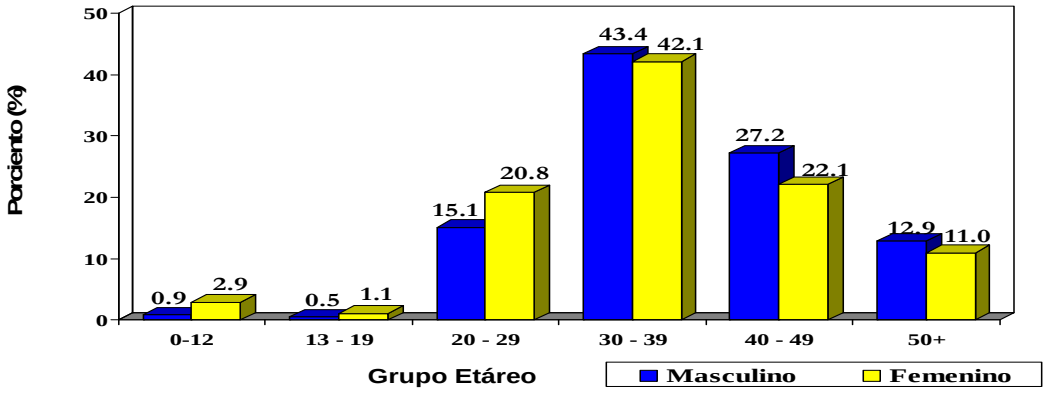
Año de Diagnóstico

Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud de Puerto Rico
N= 2,535: Mujeres UDI; N=4,160: Mujeres Heterosexuales
*Casos reportados hasta el 12/31/2004

Las mujeres con mayor incidencia de infección por el VIH se concentran entre las edades de 20-49 años. Las mujeres heterosexuales se están infectando en plena edad reproductiva con su pareja sexual. Los grupos de mujeres entre 20-29 años y de 10-19 años sobrepasan a los hombres tanto en casos de SIDA como de VIH positivo. **(Gráfico 14).**

La situación descrita respecto a la mujer puertorriqueña y el VIH/SIDA muestra la necesidad de promover nuevas estrategias de crianza, educación temprana con valoración de la sexualidad, abstinencia sexual, los derechos reproductivos y el apoderamiento en destrezas de negociación entre parejas. Las investigaciones y servicios relativos a la enfermedad de VIH/SIDA deben estar enfocados en las necesidades de las mujeres.

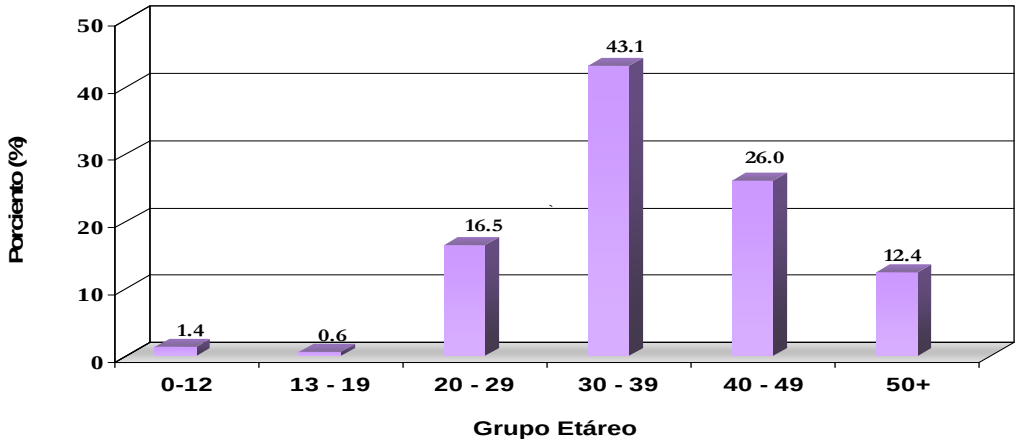
Gráfico 14
Distribución Porcentual de Casos de SIDA por Grupo Etáreo y Sexo, Puerto Rico, 1981 - 2004



Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud de Puerto Rico
N= 29,925 *Casos reportados hasta el 12/31/2004.

El 86% del total de casos de SIDA registrados en Puerto Rico fluctúan entre las edades de 20 a 49 años de edad que es la etapa más productiva del ser humano **(Gráfico 15).** Según los datos recopilados y publicados por el CDC, el Caribe es la segunda región con la mayor tasa de prevalencia de SIDA entre adultos (15 a 49 años) con aproximadamente 2.3 adultos por 100,000 habitantes. En el 2002, Puerto Rico ocupó la sexta posición en la incidencia de casos de SIDA informados en los Estados Unidos y sus territorios con una tasa de 29.5 casos por 100,000 habitantes. En el 2003, subió a la quinta posición entre los Estados Unidos y sus territorios pero con una tasa de 27.5 casos por 100,000 habitantes.

Gráfico 15
Distribución Porcentual de Casos de SIDA por Grupo Etáreo, Puerto Rico, 1981 - 2004



Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud de Puerto Rico
N =29,925 *Casos reportados hasta el 12/31/2004.

Con relación a los datos y a los informes oficiales de las personas infectadas con VIH hay una situación particular pues desde el inicio de la epidemia (1981) hasta el 2003 el CDC llevó a cabo los estimados mediante proyecciones basándose en el total de casos de SIDA de Puerto Rico. No es hasta el 2003 que el CDC incorporó los casos de VIH positivo al programa estadístico del sistema de vigilancia. De modo que es a partir de abril de 2003 que el Departamento de Salud comienza a informar sobre los casos VIH confirmados (asunto sumamente controversial debido al derecho a la privacidad y confidencialidad de los portadores de VIH). Desde abril de 2003 hasta el 31 de diciembre de 2004 se han notificado al sistema de vigilancia un total de 3,156 personas infectadas con el virus. El mayor por ciento de los casos se encuentra entre las edades de 20 a 39 años.

La distribución del total de casos VIH confirmados hasta diciembre de 2004 por región y sub región de salud es la siguiente: Aguadilla -122 (3%), Arecibo-388 (12%), Área Metro/ San Juan-1089 (35%), Bayamón- 466 (15%), Caguas-459 (14%), Fajardo-107 (4%), Mayagüez-194 (5%0) y Ponce 359 (11%). **(Anejos 9.3 y 9.4)**

Transcurridas dos décadas desde la aparición del VIH, se estima que al 2004, 3.1 millones de personas han muerto en todo el mundo como consecuencia del SIDA. Durante la década de los noventa, el SIDA se encontraba entre las primeras diez causas de muerte en Puerto Rico, mientras que en el año 2003, la mortalidad por SIDA ocupó la décimo cuarta causa de muerte entre la población.

Para atender las necesidades de salud de la población con este virus, el Departamento de Salud estableció ocho Clínicas Regionales de Inmunología (CRI), también conocidas como Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET): Arecibo, Bayamón, Caguas, Carolina, Fajardo, Mayagüez, Ponce y Centro Latinoamericano de Enfermedades Transmisibles

Sexualmente (CLETS) en Río Piedras. Estas se mantienen en funcionamiento y están disponibles para ofrecer servicios a la población de Puerto Rico.

El mensaje más importante que emerge de este informe es que pasados 23 años del inicio de la epidemia del SIDA es evidente la necesidad de mejorar el desempeño de las organizaciones públicas y privadas que brindan servicios de prevención y servicios de tratamiento a las personas que viven con VIH/SIDA. Además hay que reconocer que la salud es un derecho humano, que hay que sensibilizar a los profesionales de la salud, el garantizar y asegurar la accesibilidad de los servicios y la continuidad o suministro regular de los tratamientos de alta calidad (incluyendo los medicamentos sin restricción y las pruebas de laboratorios más recientes) de alta calidad a un precio razonable ya que estos pacientes se convierten en médico - indigentes. También hay que reforzar las políticas de no discrimen en el área laboral para eliminar el estigma y el discrimen asociados al VIH/SIDA en los lugares de trabajo tanto en las empresas privadas como en agencias gubernamentales y otras entidades.

9.2 Determinantes de Salud

La epidemia del VIH/SIDA en Puerto Rico, al igual que en el resto del mundo, tiene un gran impacto social para los infectados y afectados por este mal. Actualmente el prejuicio y el discrimen causado por el desconocimiento continúan, aunque de una manera más sutil y silenciosa pero con los mismos resultados: la estigmatización, el ostracismo social, la violación de los derechos humanos y la violación de los derechos civiles de estas personas persiste. Según Lawrance O. Gostin la epidemia del SIDA se divide en tres (3) fases: 1981-87, negación, culpa y castigo; 1987-97, compromiso y movilización y 1997 al presente, falso sentido de bienestar, injusticia y expectativas no alcanzadas.

Dentro de los recursos disponibles, Puerto Rico respondió agresivamente ante la epidemia mediante legislación que facultó al Departamento de Salud para intervenir con la situación de salud que representó el SIDA. El Departamento de Salud de Puerto Rico, las OBC, la sociedad civil y los grupos eclesiásticos han tomado y fomentado posturas activas y más agresivas a favor de los infectados y afectados para reforzar una perspectiva social humanista basada en la comprensión, apoyo, solidaridad y la dignidad humana. Desde este contexto, se reconoce como importante la participación dinámica de las personas que viven con VIH/SIDA en la toma de decisiones respecto a su proceso de salud incluyendo no solo conocimientos acerca de la enfermedad sino el desarrollo de habilidades y actitudes. Con esta filosofía humanista se trata de destruir la construcción negativa que la sociedad hace del VIH/SIDA y de las personas que lo padecen. La historia de la humanidad ha corroborado que al afrontar las distintas epidemias las medidas punitivas, la penalización, la criminalización y la restricción no pueden presentarse como alternativas ya que en la gran mayoría de los casos se convierten en normas discriminatorias contra unas personas o grupos específicos.

Para evitar el rechazo o la estigmatización que sufrió la población afectada por este mal en sus inicios, el gobierno de Puerto Rico implantó una serie de leyes, ordenanzas o medidas con el fin de que estos y sus familiares recibieran un trato justo, equitativo y garantizarle el acceso a los servicios a los que tienen derecho.

El primer documento relacionado con el VIH/SIDA que se preparó en Puerto Rico fue la *Orden Ejecutiva del Gobernador para crear la Comisión Interagencial sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)* y establecer sus funciones del 4 de septiembre de 1986. En el 1990 la Orden Administrativa Número 39 (que enmienda la Orden Administrativa Número 36 y deroga las Órdenes Administrativas Número 19 y 21) integra los recursos existentes y consolida los programas relacionados con el VIH/SIDA bajo la Oficina Central para Asuntos del SIDA y en Enfermedades Transmisibles (OCASET). La Ley Número 59 del 9 de agosto de

1991 conocida como Ley del Fondo para el Bienestar, la Seguridad y la Salud Ocupacional asignó recursos para desarrollar un plan de capacitación para trabajadores de las empresas privadas respecto al VIH/SIDA y el lugar de trabajo. Este fue el primer esfuerzo sobre educación y prevención dirigido a la fuerza trabajadora del país. A finales de 1991 el Departamento de Salud presentó el documento Política Pública sobre VIH/SIDA del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

En mayo de 1993 el Departamento de Salud de Puerto Rico crea la Unidad Pro-Derecho de las Personas con VIH/SIDA, adscrita a la OCASET con el propósito de promover el reconocimiento y respeto de los derechos de las personas infectadas o afectadas por el VIH/SIDA a recibir trato igual en la prestación de servicios de salud pública y a ser protegidas de toda acción discriminatoria.

También se emitió la Orden Administrativa Número 73 del 1993 para Regular las Normas y Procedimientos a seguir en los Servicios a Pacientes VIH positivos o con SIDA en las Instituciones de Salud de Puerto Rico y la Orden Número 83 de 1994 para ampliar los poderes y responsabilidades de la Unidad pro Derechos de las Personas con VIH/SIDA adscrita a la OCASET. El 10 de junio de 1995 se aprobó la Ley Número 1203 para Prohibir ciertos tipos de discrimen contra una persona que se le haya diagnosticado la infección por VIH o padezca del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) e imponer penalidades. La más reciente ley relacionada con el VIH/SIDA es la Número 349 del 2 de septiembre de 2000 para Crear y Establecer la Carta de Derechos de las Personas Portadoras del Virus VIH/SIDA en Puerto Rico. En el 2001, se creó la Oficina de la Procuradora del Paciente del Estado Libre Asociado de Puerto Rico con el propósito de abogar y defender los derechos de todos los pacientes, independientemente de su enfermedad. Como esta procuradoría incluía a los pacientes de VIH/SIDA se eliminó la Unidad Pro-Derechos del Paciente VIH/SIDA.

La notificación de las enfermedades infecciosas ya establecida en la Ley Número 81 del 14 de marzo de 1912, según enmendada en marzo de 1935 y en julio de 1957; y por la Ley Número 81 de 4 de junio de 1983, según enmendada por la ley Número 129 del 22 de julio de 1988 ha sido uno de los puntos más neurálgicos y sensitivos relacionados con el VIH/SIDA debido a la confidencialidad y el fin con que se pueda utilizar dicha información. Aún así, en Puerto Rico los casos de SIDA siempre se han informado. En el año 1997 el Departamento de Salud de Puerto Rico causó revuelo cuando anunció la redacción del Reglamento Número 87-A para Enmendar el Reglamento de Salud Número 87 que determina las Enfermedades de Transmisión Sexual en Puerto Rico y promulgada de acuerdo con las disposiciones de la Ley Número 81, aprobada el 4 de junio de 1983. Esta enmienda propone una serie de informes obligatorios por parte de los médicos, laboratorios clínicos y contactos sexuales de pacientes confirmados con infección por VIH. En Puerto Rico, la oposición del público en general, como también en el ámbito mundial fue tal que hubo que volver a enmendar el Reglamento 87-A. El Reglamento 87-B del 8 de julio de 1988 enmienda el Artículo II y el Artículo VII, y añade los Artículos IV-A y V-A al Reglamento del Secretario de Salud Número 87-A. En el Reglamento 87-B se alude al Informe Confidencial Anónimo del VIH por los médicos y al Informe Anónimo Confidencial del VIH a través de codificación por laboratorios. Durante el 2003 se promulgó la Orden Administrativa 177 y la 183 en las que se enfatiza el informe de VIH por nombre.

Por otra parte, el Departamento de Educación mediante la Carta Circular Número 18-96-97 del 14 de abril de 1997 establece las Normas y Procedimientos Relacionados con el VIH/SIDA. La misma informa acerca de los derechos de los estudiantes con VIH/SIDA, el manejo de expedientes, implicaciones legales, medidas de precauciones universales, capacitación del personal y educación sobre el VIH/SIDA para la población estudiantil.

Además existen leyes federales como la “American With Disabilities Act of July 26,1990” (ADA), “42 Code of Federal Regulations, Part 2” (42 CFR, Part 2), “Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency (C.A.R.E.) Act of 1990”, “Civil Rights Act of 1964”, “Rehabilitation Act of 1973”, “Public Health Service Act”, “Housing and Community Development Act of 1974”, “Occupational Safety and Health Act of 1970”, “Social Security Act” y otras que han sido recursos excelentes en pro de las personas infectadas o afectadas por el VIH/SIDA. Uno de los casos federales más importante relacionado con el VIH/SIDA fue Bragdon vs. Abbott (1998) a través del cual la Corte Suprema de los Estados Unidos dictaminó que la Ley ADA (por sus siglas en inglés) protege y cubre a las personas con infección VIH asintomático.

9.3 Exclusión Social de la Salud

“La exclusión en salud se puede definir como la negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada. Esta negación puede ser total (para todas las necesidades de salud) o permanente en el tiempo” (OPS, OMS, Washington, DC, 2001).

La exclusión social de la salud a las personas que viven con VIH/SIDA es un tema de trascendencia que sigue abierto a debate después de cumplidos 23 años del “inicio” de la epidemia del SIDA. No existe la “exclusión social parcial” para las personas que viven con VIH/SIDA. Cuando estas personas no reciben tratamientos de calidad, son discriminados en el lugar de trabajo, maltratados en las salas de emergencias, no son hospitalizados cuando se requiere o no reciben los servicios necesarios a los que tienen derecho, esto sólo puede ser identificado como exclusión social de la salud.

La complejidad existente para hablar de exclusión de salud a las personas viviendo con VIH/SIDA está vinculada a los distintos aspectos que la misma envuelve: los sistemas de salud, los profesionales relacionados con la salud, lo social, lo humano, las poblaciones vulnerables, lo científico, lo presupuestario, lo religioso lo legal y otros. También, continúan los cuestionamientos en términos de aclarar de manera objetiva si la salud es un derecho o un bien social. La OMS llamó Tercera Epidemia a las reacciones sociales, culturales, económicas y políticas que se basan en el miedo, la ignorancia y los prejuicios. Por primera vez en la historia de la ONU, una sesión de esta organización celebrada en New York del 25 al 27 de junio de 2001, fue dedicada en su totalidad a un problema de la salud: el SIDA.

La salud como un Derecho Humano requiere de cuatro principios rectores con sus respectivos indicadores: equidad, gratuidad, universalidad y participación comunitaria. La salud se convierte en un derecho social fundamental, obligación del Estado en donde todas las personas tienen derecho a la protección de la salud y el deber de participar activamente de forma real en su promoción. El Estado creará, ejercerá la rectoría y garantizará los servicios de salud a todos los ciudadanos. La salud es una necesidad básica, humana en sentido estricto y todo ser humano debería tener derecho a la satisfacción óptima de esa necesidad. Es un derecho fundamental y no un bien de consenso.

La salud como un Bien Social estaría sujeta a las reglas del mercado. Los miembros de la sociedad en términos de salud tienen la opción de escoger sus preferencias y oportunidades pero el Estado debe garantizarle el acceso. El discurso médico basado en el liberalismo y neoliberalismo sólo profundiza las desigualdades entre las personas como una ley natural. No se puede afirmar o categorizar que todo lo que ha generado “fracasos” en manos del Estado es “exitoso” en manos de la empresa privada. El modelo de mercado aplicado a la salud ha conducido a la privatización y al traspaso de los costos y las responsabilidades. Entonces, ¿en qué consiste la participación en los modelos de gestión y atención en salud?, solo en los pagos

por servicios de salud bajo estrategias de financiamiento como el “capitation” y las aseguradoras.

La primera persona diagnosticada con SIDA en Puerto Rico fue en enero de 1981. Durante los años 1981 y 1982 se registró un total de 17 casos de SIDA de los cuales 11 personas fallecieron. Las estadísticas reflejan que entre el 1983 y 1989 los casos de SIDA aumentaron hasta llegar a 4,608 y de estos 3,618 personas fallecieron. Estos datos confirman que la población de Puerto Rico, ha sido afectada grandemente desde los inicios de la pandemia. En el 1986 se cambio el concepto “grupos de riesgo” a “comportamientos de riesgo”. También se debate acerca del concepto “promiscuidad”, sobre los programas de prevención, el condón y la protección.

La epidemia del SIDA en sus inicios (y Puerto Rico no fue la excepción) se presentó como una enfermedad determinada por comportamientos de riesgos en grupos minoritarios que con el pasar del tiempo se extendió a toda la población, en especial los heterosexuales. Este marco de referencia, entre otros asuntos, es lo que determina las diferencias y dificultades al hablar de la exclusión social de la salud y el VIH/ SIDA en comparación con otras enfermedades.

El Departamento de Salud de Puerto Rico a través de la OCASET desarrolló un Estudio de Seroprevalencia VIH en abril de 1988. Para éste se utilizó un cuestionario orientado a identificar y analizar el conocimiento, las actitudes y los comportamientos de la población con respecto al VIH/SIDA. Se invitaron a participar en el estudio a 6,000 personas con edades entre los 12 y 60 años, de las cuales aceptaron participar 5,840 (97.3 %). De éstas, 83 fueron descalificadas y se realizaron 5,796 pruebas. Los resultados confirmaron una seroprevalencia de 0.8% para la población en general. Se estimó una proyección de 30,000 personas seropositivas, muchos de los cuales no conocen su condición. De las ocho regiones y subregiones de salud que componen el Departamento de Salud, las cuatro (4) regiones metropolitanas reflejaron el 98% de los casos VIH.

Los siguientes hallazgos estadísticos relacionados con los grupos de edades fueron significativos: el grupo entre los 20 y 29 años de edad alcanzó el 1.5% y con relación al genero los hombres alcanzaron el 1.4%. También quedaron manifestadas diferencias estadísticas significativas con relación a la prevalencia de infección y el nivel de educación; la prevalencia de la infección y el conocimiento acerca del VIH y por último las actitudes y el nivel de educación. El estudio establece una diferenciación entre el riesgo de infección con VIH y los distintos niveles y tipos de educación.

Actualmente, el Departamento de Salud planifica la realización de un nuevo estudio de seroprevalencia VIH con el fin de asegurar y comprender mejor el desarrollo de la epidemia en Puerto Rico en los últimos 16 años. Además contamos con indicadores de la seroprevalencia en Puerto Rico (entre 0.7% y 1%) durante los últimos años en los que se utilizó como marco de referencia los resultados de las pruebas realizadas a nivel isla en la actividad organizada por el Programa de Prevención de ETS/VIH/SIDA de la OCASET titulada “Día Nacional de Hacerte la Prueba de VIH” los 27 de junio de cada año. Durante ese día miles de puertorriqueños acuden a realizarse la prueba del VIH de manera voluntaria y gratuita **(Anejo 9.5).**

Al hablar del VIH/SIDA en Puerto Rico y la exclusión social de la salud no se pueden obviar los niños, adolescentes y adolescentes adultos que padecen esta enfermedad. Es de todos conocidos que algunos niños, adolescentes y jóvenes infectados con VIH y sus familias son marginadas, estigmatizadas y discriminadas. Dentro de esta realidad las familias con VIH/SIDA luchan por ser aceptadas como personas con igualdad de derechos a las demás.

Las estadísticas de los niños y adolescentes en Puerto Rico infectados con VIH/SIDA son inconsistentes ya que dependiendo de la agencia que atiende al afectado puede tratarlo como niño, adolescente, adolescentes adultos o menor. Por otro lado, los casos de VIH/SIDA se enfocan desde dos vertientes: los que se infectan por vía perinatal y los que se infectan por exposición a conductas de riesgo. Por lo cuál el Programa de Vigilancia de SIDA del Departamento de Salud de Puerto Rico establece como casos pediátricos los niños de 0 a 12 años de edad, los casos adolescentes de 13 a 19 años de edad y de 19 en adelante como adultos. Las estadísticas de los casos de 13 años en adelante esta incluida en adultos debido al modo de contagio de virus. Otro aspecto es que el Programa de Vigilancia SIDA y el CDC lleva sus estadísticas divididas entre casos infectados (VIH) y casos de SIDA. A su vez, el Programa de Servicios Comprensivos a Familias con VIH/SIDA regido por la Administración de Servicios de Salud y Recursos Humanos (HRSA por sus siglas en inglés), desglosa sus clientes como: niños (0–12 años), adolescentes (13-19 años) y adolescentes adultos (20-24 años). Esta agencia también une los casos de infectados por VIH con los casos de SIDA. En Puerto Rico el número de adolescentes con VIH/SIDA ha aumentado siete veces en la última década lo que plantea que los adolescentes no le ofrecen atención a la información recibida acerca del virus o la información no se transmite adecuadamente.

Según los estudios realizados, muchos niños y adolescentes están activos sexualmente desde los 10 años de edad. Los jóvenes incurren en conductas de alto riesgo independientemente del mucho o poco conocimiento acerca de las consecuencias con respecto al VIH/SIDA, se hacen de la vista larga, aún cuando las dudas y la incertidumbre los agobien. Admiten que se dejan llevar por el momento y no se protegen. Por otra parte, les da vergüenza comprar profilácticos, pastillas anticonceptivas, realizarse la prueba VIH, solicitar orientación a programas de planificación familiar, prevención VIH y hablar sobre su homosexualidad.

Algunos de los cuestionamientos que al día de hoy no han sido aclarados son los siguientes: ¿Puede un niño, adolescente o adolescente adulto realizarse la prueba del VIH sin consentimiento de sus padres?, ¿Se puede divulgar información sobre el diagnóstico VIH positivo de un menor a un familiar o cualquier otra persona, a pesar de su objeción? ¿Se le puede negar tratamiento médico a un menor o adolescente que vive con VIH por no informarlo a sus padres?, ¿Qué profesionales están relevados de responsabilidad al ofrecer consejería sobre el VIH a menores de edad? y otros asuntos. En Puerto Rico, en principio el menor puede realizarse la prueba sin consentimiento de sus padres y recibir el resultado pero debe informarle a sus padres si el resultado es positivo. Esto promueve que muchos menores opten por no realizarse la prueba aunque practiquen conductas de riesgo.

Por otra parte, las familias puertorriqueñas y en especial las madres quienes tienen el derecho a revelar el diagnóstico del menor prefieren mantener en secreto el diagnóstico para evitar el estigma, el discrimen, el rechazo, el aislamiento social, la disolución familiar y el posible contagio a otros en el núcleo familiar. También, les preocupa que el menor se entere de su diagnóstico de manera accidentada y se lo comente a los demás. Las madres puertorriqueñas sólo divulgarán el diagnóstico del menor a algún miembro del núcleo familiar o amistad en quienes tiene plena confianza por ser discretos. Sin embargo, la confianza y la discreción de los confidentes no les aseguran que van a ser comprendidas y ayudadas. Muchas madres ni siquiera informan a las autoridades escolares el diagnóstico del menor por que no conocen al personal y por que no saben que uso se le pueda dar a la información. En estos momentos se trabaja terapéuticamente con las familias puertorriqueñas con VIH/SIDA para facilitar la revelación de los secretos y que puedan descargar esta carga emocional (Rivera, 2002).

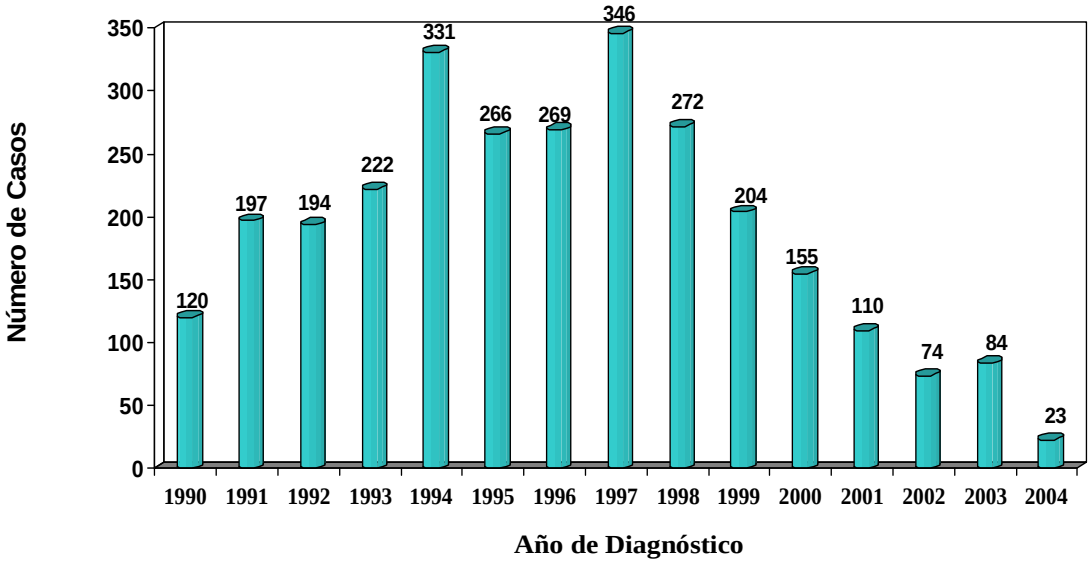
El número de recién nacidos en Puerto Rico con el VIH ha disminuido en un 98% en los últimos años según las estadísticas del Programa de Vigilancia de SIDA. Esto se debe a la prueba voluntaria que se realizan las mujeres embarazadas para la detección de anticuerpos al VIH,

así como el subsiguiente tratamiento contra el VIH/SIDA a las mujeres infectadas. Para el 1993 la transmisión de madre a niño era de 21.9%, mientras que en el 2004 fue menos de 2%. En el 2002 dos bebés nacieron con VIH, al igual que en el 2003, mientras que en el 2004 sólo uno nació contagiado.

Desde el 2002 el Proyecto de Reducción Perinatal conjuntamente con los Programas de Servicios Comprensivos a Familias con VIH/SIDA y Prevención de ETS/VIH/SIDA de la OCASET participan en el Proyecto Piloto de Reducción Perinatal del Hospital de la Universidad de Puerto Rico en Carolina. En el mismo se realizan pruebas rápidas de VIH a embarazadas con ningún historial de cuidado prenatal. Los resultados de la prueba de VIH se obtienen en 20 minutos y en los casos necesarios, se puede administrar el tratamiento indicado al momento del parto. Desde el 2002 al presente 135 embarazadas se han beneficiado de la iniciativa y sólo dos casos han arrojado positivo al VIH. Se espera que en el 2005 tres hospitales (dos privados y uno(1) municipal) se unan al proyecto piloto con fondos privados.

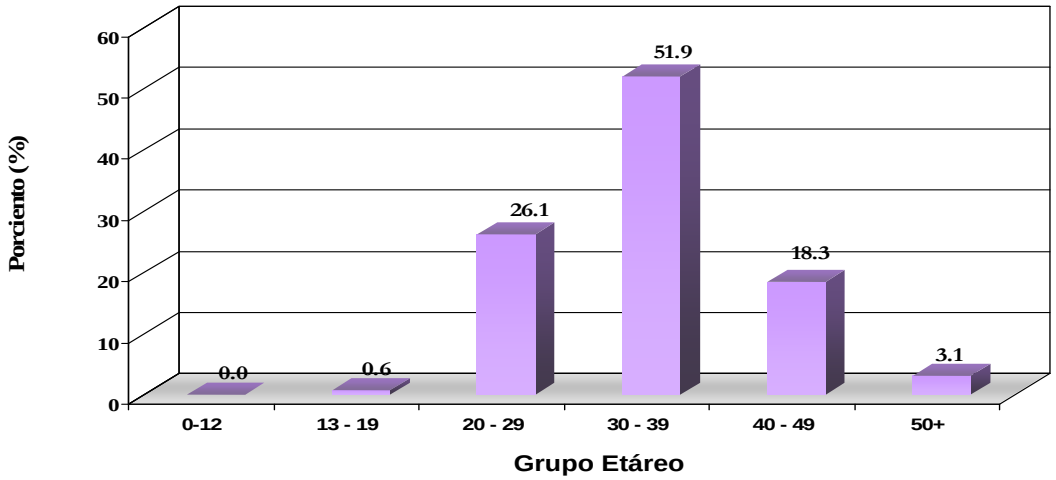
Otra población que también sufre exclusión son los jóvenes infectados que se encuentran confinados en las instituciones juveniles, así como los adolescentes adultos y los adultos confinados en cárceles de Puerto Rico **(Gráfico 16 y 17)**. Para brindar los servicios necesarios a los infectados VIH/SIDA recluidos en instituciones carcelarias hay que prestarle especial atención a los siguientes asuntos: presupuesto asignado para este propósito, accesibilidad a los medicamentos, irregularidades en los servicios médicos, referidos a especialistas, servicios en las salas de emergencia y la prohibición de repartir condones entre los confinados, entre otros factores.

Gráfico 16
Distribución de Casos de SIDA Diagnosticados en Cárceles por Año de Diagnóstico, Puerto Rico, 1981- 2004



Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud de Puerto Rico
N= 2,867 *Casos reportados durante el período de 1990 hasta el 12/31/2004.

Gráfico 17
Distribución Porcentual de Casos de SIDA en *Cárceles*, por Grupo Etáreo, Puerto Rico, 1981 - 2004



Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud de Puerto Rico
N=3,203 * Casos reportados hasta el 12/31/2004.

Los servicios ofrecidos a los niños y adolescentes que viven con VIH/SIDA deben ser de alta calidad para minimizar la exclusión social que sufren. La OPS en su Guía para la Evaluación de Servicios de Calidad para Adolescentes y Jóvenes establece tres puntos importantes: Modelos de atención de los servicios de salud (servicios integrales de salud que incluyan promoción de salud, prevención y tratamientos); Organización de los servicios de salud (ambiente atractivo, respeto y confidencialidad, recursos humanos especializados en adolescencia, redes con las OBC, agencias públicas y privadas) y Gestión de los servicios de salud (participación de los niños y los jóvenes en la organización de los servicios, autonomía de los servicios de salud para la toma de decisiones y acciones que afecten la prestación de los servicios, estudios de satisfacción dirigidos a esta población y orientación de la gestión de los servicios de salud hacia resultados de salud).

Definitivamente una de las maneras más efectiva para combatir los patrones de conducta que promueven la exclusión social es apoderando a los adolescentes y jóvenes para que participen en diálogos pro activos con otros jóvenes infectados y no infectados. A su vez, brindarles apoyo en el desarrollo de las destrezas necesarias para enfrentar la vida independiente de manera exitosa.

Desde el comienzo de la Epidemia del SIDA, muchos de los infectados se vieron afectados en su salud mental. Es por tal motivo, que el acceso a una gama de servicios de salud mental se convierte en un reto. Algunos servicios de salud mental fueron accesibles, sobretodo los servicios de salud mental tradicionales. Sin embargo, surgieron necesidades únicas y específicas relacionadas a las personas viviendo con VIH/SIDA que al día de hoy siguen sin resolverse y se convierten en una forma de exclusión social de la salud. La complejidad de la infección por VIH requiere de servicios de psicoterapias y medicamentos (cuando sea necesario), consejería psicológica, grupos de apoyo, tanto de manera individual, como de pareja o de familia.

Una de las disyuntivas más discutidas respecto a la exclusión social de la salud y el VIH/SIDA es la accesibilidad a los medicamentos. En estos momentos más de quince estados de los

Estados Unidos de América tienen pacientes en lista de espera para recibir medicamentos y la cantidad varía entre los quince y los trescientos pacientes.

Desde los años 90 la Organización Mundial de Comercio (OMC), tomó conciencia acerca del asunto relacionado con las patentes otorgadas a las compañías farmacéuticas, las licencias obligatorias, el precio de los medicamentos, la salud pública y el VIH/SIDA debido a las preocupaciones expresadas por diferentes países, las organizaciones de base comunitarias, los activistas y las personas viviendo con el virus. Se concluyó que no se pueden excluir tratamientos médicos o medicamentos por razones de costos.

La OMC definió en 1977 los Medicamentos Esenciales como "aquellos que satisfacen las necesidades de la mayoría de la población; por lo tanto, deberán estar disponibles en todo momento en cantidades adecuadas y en la forma de administración apropiada". La primera lista contenía 200 medicamentos y en el 2000 sumaban 306. La mayoría de estos medicamentos son genéricos.

El propósito de la estrategia sobre medicamentos esenciales era mejorar el acceso a los mismos y contribuir a mejorar la salud de la población mundial. Sin embargo, muchos medicamentos esenciales no están incluidos en la lista debido a su costo prohibitivo. El único medicamento relacionado con el VIH/SIDA que se incluye es el AZT y es justificado para prevenir la transmisión de la enfermedad de madre a hijo.

Cada año que pasa surgen nuevas alternativas de medicamentos relacionados con el tratamiento del VIH/SIDA. Esta realidad, aunque reduce el progreso de la enfermedad y de la aparición de infecciones oportunistas, aumenta la complejidad de la medicación y la importancia de una exacta dosificación y administración. Aún así, el deterioro progresivo del sistema inmunitario se complica con la aparición de una serie de enfermedades como la hepatitis, el cáncer, la demencia, la ceguera, el desgaste físico, la tuberculosis y otras. Solo el tratamiento correcto, sistemático y a tiempo aumenta tanto la esperanza de vida como su calidad. Las consecuencias de efectos terapéuticos efectivos se refleja de manera positiva en la continuidad de la vida laboral para la persona que vive con VIH/SIDA. Al no convertirse en carga para el estado, familiares y amistades puede permanecer integrados de manera productiva en su comunidad (García 2001).

Este debate ético no se puede desligar de los siguientes principios: 1) el derecho a la salud de las personas viviendo con VIH/SIDA está por encima del derecho a las patentes, 2) definir si los descubrimientos son un bien común en función del interés mundial o un privilegio de pocos, 3) el Estado tiene que ejercer la rectoría en función de garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos a través de un justo sistema de salud, 4) los medicamentos son bienes sociales y no bienes de consumo 5) la misión de la salud pública es asegurar las condiciones en las cuales la gente pueda estar saludable.

La Reforma de Salud y su modelo de salud también ha promovido situaciones que degeneran en la exclusión social de salud a las personas viviendo con VIH/SIDA. Los médicos primarios deben contar con cualidades médicas de excelencia para trabajar en armonía con los especialistas competentes en su área. Al día de hoy no se ha podido armonizar la relación médico primario/especialista. Existe un alto número de casos en que los médicos primarios no realizan el trámite de incluir al portador de VIH en la cubierta catastrófica o se niegan a dar referidos a los especialistas o se tardan demasiado tiempo. Esta situación va en detrimento de las personas viviendo con VIH/SIDA.

Otra de las dificultades, que han expresado los pacientes del Plan de Salud del ELA (Reforma de Salud), está relacionada con los medicamentos ya que el Formulario de Medicamentos del

Seguro de Salud se revisa anualmente y por tal motivo no se incluyen los medicamentos patentizados durante ese año. En algunas ocasiones se ha tardado hasta dos años en ser incluidos en el formulario. Otra preocupación formulada por algunos pacientes es lo difícil que es recoger sus medicamentos en las farmacias asignadas por el Plan de Salud del ELA debido a la distancia o la no disponibilidad de los medicamentos. Esto trae como consecuencia el que los pacientes de la reforma acudan a las farmacias de las CIR a recoger sus medicamentos lo que a su vez trae problemas presupuestarios entre los fondos federales de la OCASET (Departamento de Salud) y los fondos estatales de la ASES (Reforma). Frente a esta situación, se estudia la posibilidad de establecer un acuerdo de colaboración entre la OCASET y la ASES con el propósito de que la OCASET pueda recuperar los fondos federales que está utilizando para sufragar los gastos en pacientes del Plan de Salud del ELA.

En este modelo las aseguradoras privadas de salud de Puerto Rico se convierten en intermediarios y alegan que su cubierta para las personas que viven con VIH/SIDA no tiene tope o restricciones para los tratamientos. Sin embargo, continuamente la Oficina de la Procuradora del Paciente recibe quejas de los pacientes o sus familiares por asuntos relacionados con la exclusión de servicios relacionados con los medicamentos, referidos a los especialistas, laboratorios clínicos, tratamientos tardíos y otros. Según la División de Investigación y Querellas de la Oficina de la Procuradora del Paciente, desde el 16 de agosto de 2002 hasta el 24 de septiembre de 2004 se habían radicado 166 querellas. **(Anejo 9.6 al 9.6C)** La situación o falta de atención que se convierte en querella puede significar el deterioro de los pacientes y en el peor de los casos su muerte. Por tal motivo, la Oficina de la Procuradora establece resolver las situaciones más críticas en 72 horas y las otras en un máximo de 30 días.

El manejo de las políticas económicas o presupuestos relacionados con el VIH/SIDA también coloca en riesgo la salud de las personas viviendo con VIH/SIDA. El VIH/SIDA es un problema de salud pública con serias repercusiones financieras que impacta de forma directa las economías de los países, las familias y los pacientes. La epidemia del SIDA ejerce una enorme presión sobre la prestación de tratamientos, medicamentos, laboratorios clínicos, hospitalizaciones y otros asuntos. El financiamiento del costo de la atención integral de las personas que viven con VIH/SIDA supone establecer prioridades, ajustes fiscales y estudios sobre las coberturas de las aseguradoras de salud. Cualquier sistema de salud debe garantizar los mejores servicios de salud para los pacientes VIH, independientemente de los costos.

Resulta indispensable encontrar soluciones para enfrentar las limitaciones presupuestarias estableciendo prioridades, ajustes fiscales y estudios sobre la cobertura de los servicios de salud. Está comprobado que la política de acceso universal de salud, tratamientos médicos y medicamentos es más costo efectivo pues minimiza los costos y maximiza los servicios. La inversión presupuestaria resulta altamente compensada por el ahorro que representa. Estas medidas son beneficiosas para todas las partes. A la vez que se garantizan los mejores servicios de salud para las personas que viven con el VIH/SIDA.

La demanda y oferta de los servicios de salud relacionados con el VIH/SIDA en Puerto Rico exige una política de gasto e inversión que elimine la exclusión social y reduzca las inequidades en el acceso a estos servicios. La misma debe analizar lo costos de: medicamentos, servicios en el hogar, consultas externas, enfermedades oportunistas, hospitalizaciones y otros asuntos. No se debe perder de perspectiva que el principal prestador de servicios relacionados con el VIH/SIDA en Puerto Rico es el sector público a través de las Clínicas de Inmunología. En estos momentos, en Puerto Rico viven 10,938 personas con SIDA. De este total, 8,942 (82%) son atendidas en las Clínicas de Inmunología del Departamento de Salud de Puerto Rico. Las otras 1,996 (18%) son atendidas por las

organizaciones de base comunitaria y médicos privados. Según estudio realizado por el Dr. Daniel Shepard en el 1988, sobre costos directos e indirectos del SIDA en Puerto Rico encontró un costo directo sin incluir AZT de $6,400.00 a $12,700.00 por paciente.

Otro aspecto significativo relacionado con el VIH es cuando el Departamento de Salud de Puerto Rico establece en el 1993 el Primer Proyecto Piloto de Reducción de Daños entre Usuarios de Drogas Inyectables o Proyecto de Intercambio de Agujas y Jeringuillas. El Proyecto Piloto de Reducción de Daños se inició como uno dirigido al intercambio de agujas y jeringuillas. Luego de múltiples debates en el proceso de desarrollo e implementación del plan inicial el proyecto se transformó en uno más pro activo e innovador. Como parte de las innovaciones de este proyecto cabe destacar la distribución de condones y la promoción de otros cambios en conductas de riesgos para la infección, partiendo del modelo básico de reducción de daño.

El Proyecto de Intercambio de Jeringuilla a través del Departamento de Salud y las Organizaciones de Base Comunitaria que son financiadas con presupuesto del DS, fomenta una iniciativa que por una parte ha demostrado reducir la reincidencia de la infección con VIH entre usuarios de drogas inyectables y sus parejas sexuales al igual que representa un proyecto mucho más innovador que otros dirigidos solamente al intercambio de agujas y jeringuillas entre esta población.

Durante el año fiscal 1997-1998 el Departamento de Salud (Programa de Vigilancia de SIDA) en coordinación con la Administración de Servicios de Salud Mental contra la Adicción (ASSMCA) realizó un estudio de seroprevalencia de VIH en personas que entraban a programas de tratamiento contra drogas (ciego). El estudio se llevó a cabo en las facilidades de la Unidad Central de Admisiones de la ASSMCA y esta agencia se encargó de tomar la información sociodemográfica y la muestra de sangre para determinar anticuerpos del VIH. En el mismo participaron un total de 3,449 personas; resultando en un 7.07 la tasa de seroprevalencia al VIH. La seroprevalencia de VIH entre los usuarios de drogas inyectables fue de 20.40% (19.67 en varones y 25.96% en las hembras) y la seroprevalencia de VIH en los usuarios de drogas no inyectables fue de 2.35% (2.01 en varones y 4.88 en las hembras). La evaluación del estudio en todas sus facetas (recopilación de datos, control de calidad de datos, logística de estudio, entre otras) fue realizada por el CDC. El mismo recibió calificación de excelente.

En estos momentos existen situaciones que contribuyen a la exclusión social de la salud de la población usuaria de drogas. La política pública de Estados Unidos de no permitir la asignación de fondos federales para estos proyectos, la Ley Número 110 de 1997 (Ley de Sustancias Controladas) que no permite la compra de jeringuillas, los tabúes religiosos y los patrones culturales son algunos ejemplos. Sin embargo, dentro del Instituto de Liderazgo de Salud Pública (ILISAP), existe un grupo de trabajo del Departamento de Salud de Puerto Rico que en colaboración con la Escuela de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico están trabajando una propuesta para evaluar la percepción que hay en la comunidad (población UDI, grupos religiosos, sectores profesionales, organizaciones de base comunitarias, agencias públicas, agencias privadas y comunidad en general) sobre los programas de intercambios de jeringuillas, como herramienta para evitar la propagación del VIH. Esto, con la intención de proponer enmiendas a la Ley Número 110 de 1997 de manera que se puedan vender jeringuillas sin receta. (García, 2004)

Otro fenómeno relacionado con la exclusión social de la salud y el VIH/SIDA es la estigmatización y discrimen por parte de los profesionales relacionados con la salud contra las personas que viven con VIH/SIDA. Este hecho dificulta la comunicación entre ambos e imposibilita el acceso efectivo a servicios de salud (Varas-Díaz 2004 y Casillas 1994).

El encuentro entre un profesional de la salud y una persona viviendo con VIH/SIDA es una experiencia única y especial. Por una parte el especialista (médico, enfermero, manejador de caso, farmacéutico, psicólogo, trabajador social, consejero y otros) y por otra el paciente. La persona viviendo con VIH/SIDA espera que el profesional que lo está atendiendo domine su área de conocimiento, tenga habilidad para dialogar, escuchar, orientar, sembrar esperanzas y promover la toma de decisiones. El paciente ha dejado de ser espectador y se ha convertido en un actor pro activo en la toma de decisiones debido a un mayor acceso a la información sobre el VIH/SIDA, sobretodo en la Internet y en los programas de prevención. Entre los médicos y los clientes se debe compartir la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento, los medicamentos, pruebas de laboratorios y otros asuntos. Se plantea un modelo, en el que exista una relación de igualdad entre el médico y la persona atendida. Que el cliente se sienta con confianza para aportar ideas, cuestionar, dialogar y aclarar dudas sobre todo asunto que contribuya a tomar el control de su vida.

Otro asunto que degenera en la exclusión social de la salud para las personas viviendo con VIH/SIDA es el trato en algunos hospitales y en las salas de emergencia**.** Los hospitales y salas de emergencia deben estar comprometidos a producir "salud" y devolver el bienestar integral a los infectados y afectados por el VIH/SIDA. Los hospitales y los profesionales relacionados con la salud deben ser agentes capacitados y potenciados para atender con dignidad y respeto al paciente VIH. Hay que garantizarle al paciente VIH que será atendido con eficacia, eficiencia y servicios de calidad; aunque en el caso más extremo el paciente VIH o sus allegados no puedan aportar económicamente.

Los aspectos técnicos, administrativos y gerenciales no se pueden anteponer ante la dimensión humana del tratamiento**.** El paciente es la razón de ser del hospital y la filosofía de éste debe estar orientada hacia la promoción de la salud. Sobretodo, en estos casos donde cualquier error puede significar la muerte.

Otro aspecto de la exclusión social es la relacionada con la construcción social de la salud (VIH/SIDA) que está muy vinculada al lenguaje y a los medios de comunicación desde el inicio de la epidemia. El lenguaje se ha venido utilizando de una manera discriminatoria. Los medios de comunicación y sus notas periodísticas continúan asociando al SIDA con muerte, reforzándolo con fuertes imágenes, lenguaje inconsistente y discriminatorio.

Hace veintitrés años que el VIH/SIDA ha venido impactando a la comunidad puertorriqueña. Debemos admitir que los cambios sociales requeridos no han estado a la par con la epidemia. Esto como consecuencia a que la respuesta social al SIDA de la sociedad cerrada sigue estando unida al miedo, la negación y la desorganización social. El secreto en una afección como el VIH/SIDA, sirve como defensa ante reacciones sociales injustas que pueden llevar a la exclusión social de la salud que mucha de las personas viviendo con VIH/SIDA y afectados padecen (Rivera 2002). La respuesta social abierta habla del SIDA y establece políticas públicas eficaces que respetan el derecho a la salud, promueven la prevención, el tratamiento de calidad y la investigación.

Existen numerosos problemas conceptuales y terminológicos debido a que la ausencia de precisión terminológica trae como consecuencia la confusión, la indefinición y la falta de asertividad en la planificación, la implementación y la evaluación de las actividades relacionadas con el VIH/SIDA. También, se crea confusión entre programas, proyectos e intervenciones que en muchos casos redundan en duplicidad de servicios y aumento de costos.

Agraciadamente, en los últimos años se ha podido detectar una atención mayor a estos asuntos. En cierta medida se ha logrado mejorar el lenguaje con la intención de no ofender,

criminalizar, penalizar, culpabilizar, estigmatizar o criminalizar contra las personas viviendo con VIH/SIDA. Los discursos sociales, los médicos, farmacéuticos y políticos han empezado a ser analizados desde las ciencias del lenguaje para evaluar la construcción social del SIDA tan ligado a la exclusión social.

Al crear un nuevo discurso social probablemente podremos encontrar formas para construir modos creativos y eficaces para el cuidado de la vida propia y ajena, abrir una puerta a la "cura" y se podrá cuidar desde la sociedad. A través de este discurso hay que promover nuevos lenguajes, talleres sobre periodismo y SIDA, códigos éticos y otros asuntos. En resumen, un lenguaje que respete la dignidad humana, refleje valores de no exclusión, incluya consideraciones de género y sea preciso y comprensible.

Hay otro aspecto que no se puede olvidar con relación a la exclusión social de la salud y el VIH/SIDA que son los inmigrantes infectados. La mayoría de ellos viven un "éxodo callado" debido a diferentes preocupaciones relacionadas con la Ley de Inmigración. "Las organizaciones latinas de lucha contra el SIDA en Estados Unidos y Puerto Rico están buscando eliminar todas las restricciones para que la población inmigrante infectada por el VIH pueda recibir todos los beneficios del sistema de salud y seguro médico sin importar su condición migratoria" (Brito 2000). Los inmigrantes se sienten amenazados a ser deportados si los exámenes médicos requeridos por los Servicios de Inmigración y Naturalización resultan positivos al VIH. Muchos de ellos llevan años viviendo en los Estados Unidos y no han podido arreglar sus papeles debido a su estado serológico. Existen muchas leyes en Estados Unidos que protegen a las personas que viven con VIH/SIDA, pero grupos de inmigrantes con VIH/SIDA sostienen que es necesario limitar las restricciones que imponen actualmente las leyes de inmigración a los inmigrantes con una prueba serológica positiva. El VIH/SIDA es la única enfermedad que impide a una persona obtener una tarjeta de residencia legal permanente e incluso la entrada al país.

A continuación presentamos un desglose de manifestaciones, expresiones o situaciones que inducen a la exclusión de salud a personas viviendo con VIH/SIDA en Puerto Rico. El mismo se puede convertir en punto de partida para debatir acerca del verdadero acceso a los servicios de salud de calidad para las personas viviendo con VIH/SIDA en Puerto Rico y promover transformaciones sociales que posibiliten condiciones de vida más equitativas y solidarias entre los seres humanos. A su vez, puede resolver y dar respuesta a la multiplicidad de necesidades que día a día viven los infectados o afectados por el VIH/SIDA.

- médicos primarios con poca información sobre VIH/SIDA
- servicios de pobre calidad
- desempleo
- accesibilidad a tratamientos o medicamentos
- diagnóstico tardío
- reporte de pacientes VIH/SIDA
- pocos programas de nutrición especializados para personas viviendo con VIH/SIDA
- situaciones de marginación en las salas de emergencias
- problemas en referidos a especialistas y a hospitalizaciones
- campañas de publicidad sobre VIH/SIDA limitadas a cierta población
- acceso limitado a información preventiva
- invasión a la intimidad o confidencialidad
- mínima atención domiciliaria
- falta de servicios de enfermería prolongada
- eliminación casi total de hospicio o albergue para pacientes terminales VIH/SIDA
- seguros médicos
- estigmatización
- discrimen (escolar, laboral, familiar, social)

- criminalización
- penalización
- vivienda inadecuada
- no oficialización de las pruebas de genotipo y fenotipo
- homofobia
- xenofobia
- racismo
- no adherencia al tratamiento
- triple epidemia: SIDA/Hepatitis C/Drogadicción
- exclusión de los pacientes en la toma de decisiones
- negativa a brindar seguros de vida
- falta de fe en los sistemas de salud
- la corrupción
- la resistencia al cambio
- exámenes médicos pre-ocupacionales
- falta de incorporación de las comunidades en los procesos de decisión
- la burocratización de los servicios médicos
- la construcción social del discurso sobre VIH/SIDA
- ley relacionada con parafernalia
- proyecto de intercambio de jeringuillas limitado

Por todo lo expuesto anteriormente podemos hacernos eco de la afirmación de los Doctores Joaquín Torres y Miguel Ángel Colmenero de Sevilla, España. Estos afirman que, **"***La historia sobre la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana no ha terminado, quedan bastantes páginas que se escribirán, no solo en el campo de la investigación sino en el histórico-social , trabajar con un mensaje de esperanza no solo por lo que disponemos, recuperando la dignidad que merece cualquier persona independiente del proceso, con él que haya tropezado y ampliando nuestra campaña de educación sobre comportamientos sociales en definitiva sobre la única vacuna eficaz actualmente disponible, la prevención*".

9.4 Provisión de Servicios

9.4.1 Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles (OCASET)

El 21 de mayo de 1990, el Secretario de Salud emitió la Orden Administrativa Núm. 39 que creó la Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles (OCASET). Previo a la creación de la OCASET, existía la División de Epidemiología del Departamento de Salud y el Centro Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual (CLETS), que se instituyó en 1980, que eran las oficinas responsables de atender y tratar las enfermedades sexualmente transmisibles y de vigilar su desarrollo. El 4 de septiembre de 1986 se creó la Comisión Interagencial del Gobernador para el SIDA mediante la Orden Ejecutiva Núm. 44747-E, como respuesta inicial al problema de salud que representaba esta enfermedad y que necesitaba atención inmediata. En enero de 1993, la OCASET se constituyó en el Programa Asuntos del Sida y Enfermedades Transmisibles (PASET) de la entonces Secretaría de Medicina Preventiva y Salud Familiar (SAPPS). El 15 de enero de 2003, según la Orden Administrativa Núm. 179 del Secretario de Salud de Puerto Rico, la OCASET se integró bajo la Secretaría Auxiliar de Prevención y Control de Enfermedades (SAPCE)).

La OCASET tiene como propósito primordial el contener y documentar el avance de las enfermedades transmisibles en Puerto Rico, dado el impacto de estas enfermedades en la salud individual y colectiva así como en los aspectos económicos y sociales de nuestro pueblo. Con este propósito se desarrollan actividades de alcance comunitario cuya meta es impactar

mediante intervención primaria y secundaria, tanto clínica como educativa, a los grupos de la comunidad que se consideran de alto riesgo o que ya están afectados.

La OCASET es responsable de la infraestructura de servicios médicos y de apoyo psicosocial a individuos infectados con VIH/SIDA y sus familiares, a pacientes con enfermedades sexualmente transmisibles y pacientes con tuberculosis y sus contactos. La misma consta de una oficina administrativa y de siete programas. **(Anejo 9.7).**

La Oficina Administrativa de OCASET coordina, desarrolla y establece la administración y ejecución requerida para ofrecer servicios de salud efectivos, rápidos y de la más alta calidad a la población infectada o afectada por el VIH/SIDA/ETS mediante los distintos programas que administra. Es responsable de velar por la implantación de la política pública y el manejo del presupuesto (fondos federales y estatales) asignado a los programas. Esta oficina está compuesta por un Director Ejecutivo, un Ayudante Ejecutivo, un Ayudante Administrativo, una Secretaria y una Oficinista Dactilógrafo y la Oficina de Cuentas a Pagar compuesta por el Director Fiscal, el Supervisor Fiscal, tres Fiscales Auxiliares y una Secretaría.

9.4.1.1 Programa de Farmacia

El servicio de farmacia de la OCASET exige a sus componentes un servicio de acuerdo a las normas de control de calidad establecidas y el cumplimiento de controles necesarios para lograr que nuestra clientela tenga el beneficio de suplido de medicamentos sin interrupciones de acuerdo a sus necesidades de salud. En la actualidad el Programa de Farmacia de la OCASET cuenta con ocho (8) farmacias y un almacén droguería.

9.4.1.2 Programa de Prevención ETS/VIH/SIDA

Este programa tiene como misión promover la prevención y detección de la infección con el VIH/SIDA y las demás enfermedades de transmisión sexual en los habitantes de Puerto Rico. Provee servicios utilizando un enfoque biosicosocial para desarrollar, implementar, evaluar y coordinar todas las actividades y esfuerzos dirigidos a la prevención primaria y secundaria de estas enfermedades.
Este programa está constituido por las siguientes divisiones y proyectos:

Técnico en Epidemiología
Trabajo de Alcance Comunitario
Manejo de Casos Preventivos
Evaluación e Investigación
Enlace Comunitario
Educación en Salud
Prevención Perinatal del VIH
Eliminación de Sífilis
Prevención de Infertilidad causada por Clamidia
Servicios Especializados de Intervención Temprana
Vigilancia de Enfermedades de Transmisión Sexual
Componente Administrativo Grupo de Planificación Comunitaria
Panel de Revisión de Materiales Educativos
Proyectos de Minorías

9.4.1.3 Progama de Proyectos Especiales

Este programa se encarga de fomentar y mantener el enlace entre la OCASET y aquellas organizaciones de la comunidad que ofrecen servicios directos a personas infectadas y afectadas por la condición de VIH/SIDA, como los Consorcios y los OBC. Entre otros asuntos trabaja con la situación de medicamentos y programas de viviendas para personas con VIH/SIDA.

9.4.1.4 Programa de Servicios Compresivos para Familias con VIH/SIDA (Sida Pediátrico)

Este programa antes conocido como SIDA Pediátrico, tiene la misión de garantizar los servicios de manejo de casos y un cuidado médico integral a todos los niños y adolescentes infectados o afectados por el VIH/SIDA y sus familiares. Además desarrolla actividades preventivas y educativas de SIDA Pediátrico para la toda la comunidad especialmente las mujeres embarazadas. **(Anejo 9.8**).

9.4.1.5 Programa de Tuberculosis

Este programa dirige todos sus esfuerzos hacia la prevención y eliminación de la tuberculosis en Puerto Rico por medio de servicios preventivos y tratamientos clínicos. Uno de los tratamientos utilizados es el conocido como Terapia Observada Directa (TOD).

9.4.1.6 Programa de VIH/SIDA

Este programa tiene la misión de integrar la prevención, tratamiento y servicios relacionados con el VIH/SIDA/ETS. Este programa incluye las ocho Clínicas Regionales de Inmunología. Toda persona con ETS/VIH/SIDA o afectada que solicita servicios en las Clínicas de Inmunologías Regionales (CIR) son atendidas conforme a las normas y procedimientos establecidos por la OCASET. A estos fines, se proveen servicios integrales, continuos y necesarios a través de un equipo multidisciplinario mediante un esfuerzo cooperativo con otras instituciones privadas, públicas y de base comunitaria. Todas las CRI cuentan con servicios de pre-consejería, toma de muestra y post consejería.

9.4.1.7 Centro Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual (CLETS)

Desde los inicios de la OCASET, el Centro Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual (CLETS) juega un papel de trascendencia. Su misión con respecto a las enfermedades de transmisión sexual es contener el avance de las mismas a fin de controlar, erradicar o disminuir la incidencia de estas enfermedades en Puerto Rico. Las metas del CLETS van dirigidas a dos áreas básicas: 1) la prevención primaria de la propagación de las ETS y desde el 1986 la infección del VIH y 2) la prevención secundaria brindando un servicio clínico de excelencia que pueda minimizar la propagación de las ETS y que pueda evitar el empeoramiento o el advenimiento temprano del SIDA en las personas infectadas con el VIH y la transmisión a otras personas; tomando en cuenta todas las áreas de intervención clínica y psicosocial. En el 1988 se comienza administrar el medicamento AZT y el CLETS deja de ser exclusivamente preventivo respecto al VIH/SIDA.

El CLETS se convierte en la Clínica Modelo de Inmunología para Puerto Rico, el Caribe y América Latina. Su personal se adiestra continuamente y es reconocido como uno altamente especializado en el tratamiento y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. Por tal motivo, se crea en el CLETS un Centro de Adiestramiento que

organiza talleres, seminarios y cursos para profesionales relacionados con la salud, estudiantes y personas adscritas a ramas aliadas a la salud. A los mismos asisten, durante ese periodo, personas de Puerto Rico y el exterior con el propósito de actualizar y elevar el nivel de conocimiento en el área de prevención, diagnósticos y tratamientos de enfermedades sexualmente transmisibles.

9.4.1.8 Clínicas Regionales de Inmunología (CRI)

Las Clínicas Regionales de Inmunología se establecen en agosto del 1990. Las CRI tienen la misión de integrar la prevención, tratamiento y servicios relacionados con el VIH/SIDA y ETS sin discrimen por razón de raza, color, sexo, origen, condición social, ideología política o religiosa. No se dispone de protocolos o guías para grupos particulares, ya que todos reciben la misma calidad de servicios. A estos fines, se proveen servicios integrales y continuos, a través de un equipo multidisciplinario y mediante un esfuerzo cooperativo con otras instituciones gubernamentales, privadas y organizaciones de base comunitarias con estos propósitos. **(Anejo 9.9**).

Las clínicas reciben pacientes de lunes a viernes de 8:00am a 4:30pm. La entrada al sistema de prestación de servicios de salud, ofrecidos por la clínica es uno de carácter voluntario. Las personas que solicitan servicios en las CRI llegan por medio de referidos ya sea de instituciones públicas, privadas o voluntariamente. El cliente se dirige al mostrador interno y se anota en una lista de espera para el proceso de abrir un expediente médico. El área de entrevista inicial está ubicada dentro del área clínica para evitar la posibilidad de divulgar información confidencial a otros clientes durante el proceso. Cada cliente se atiende de forma individual para asegurar la confidencialidad. De esta forma se maximiza la protección de la confidencialidad y son llamados por número para recibir los servicios. Este personal se limita a recoger información general del cliente y no indaga sobre información de naturaleza médica durante su inscripción. Se requiere al cliente una identificación oficial para evitar confusiones y duplicidad. La política de las clínicas requiere un consentimiento firmado por la persona que solicita los servicios. En el caso de los menores, no se requiere consentimiento paterno para administrar la prueba pero se le advierte en la pre-consejería que si el resultado es positivo a exposición del virus VIH sus padres deben ser avisados acerca de la situación para poder recibir tratamiento.

Todas las CRI cuentan con servicios de pre-consejería, toma de muestra y post-consejería. Los pacientes con diagnóstico de VIH positivo que llegan por medio de referidos son atendidos por la enfermera graduada. Si el paciente llega sin referido y tiene evidencia escrita de un resultado positivo a la prueba de VIH con su correspondiente pre-consejería, la enfermera procederá a abrir un expediente médico. Ésta será responsable de programar todas las citas médicas que sean necesarias, con el propósito de que el usuario sea evaluado inicialmente por el equipo psicosocial disponible en la clínica y posteriormente por el médico. Cada uno de los pacientes es sometido a una evaluación médica inicial, llevada a cabo por el médico de la clínica. Al paciente se le orientará que de surgirle cualquier tipo de emergencia ésta se canalizará a través de la sala de emergencia del hospital de su área. Las CRI en su estructura de servicios multidisciplinarios ofrecen servicios de: educación en salud, manejo de caso preventivo, psicología, nutrición, terapia respiratoria, prueba de pre y post consejería, farmacia, laboratorio clínico, enfermería y servicios médicos a los clientes registrados en la clínica. En las mismas, se ofrecen servicios médicos y psicosociales directo a los pacientes de ETS y VIH asintomático y seguimiento a pacientes con SIDA y ETS manteniendo siempre un enfoque multidisciplinario en la coordinación de los servicios. En las CRI también se ofrecen servicios de grupos dirigidos a pacientes y al núcleo familiar y social en el cual se desenvuelve. Estos servicios contribuyen a que el paciente conozca su condición y cómo prevenir el infectar a otras personas, evitar reinfectarse y llevar una mejor calidad de vida.

El equipo multidisciplinario de las CRI está compuesto por personal administrativo, personal médico (generalista, infectólogo, internista y pediatra), personal de enfermería (graduada y práctica), manejador de casos, educador en salud, psicólogo, técnicos en epidemiología, nutricionista, trabajador social, trabajadores de la comunidad ("outreachers"), farmacéutica y auxiliar de farmacia.

9.4.1.9 Programa Hepatitis C

Este programa se encarga del manejo clínico y tratamiento de los pacientes diagnosticados con Hepatitis C. Los pacientes co-infectados VIH/Hepatitis C son atendidos en los Centros de Prevención de Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (Clínicas Regionales de Inmunología). Los pacientes no co-infectados se realizan su prueba de cernimiento en las Clínicas Regionales de Inmunología. Si cualifican para tratamiento son referidos a la clínica correspondiente según la región de salud a la que pertenezca. Estas son: Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico atiende los pacientes de las Regiones de Salud de Arecibo, Bayamón, Caguas, Carolina y Fajardo; la Escuela de Medicina de Ponce atiende la Región de Salud de Ponce y el Grupo de Gastroenterología Avanzada del Caribe de Mayagüez la Región de Salud de Mayagüez.

9.4.2 Coordinación con las Organizaciones de Base Comunitaria (OBC)

Las OBC son un excelente recurso para definir las necesidades de salud en el ámbito local. Desde la creación de la OCASET, estas organizaciones han estado participando, de una manera u otra en la planificación, desarrollo e implementación de los servicios que se ofrecen a las personas afectadas o infectadas por el VIH y otras enfermedades transmisibles.

En estos momentos la OCASET coordina con treinta y siete OBC que reciben fondos federales y estatales para el desarrollo de los distintos proyectos **(Anejo 9.10).** Así mismo, algunos de estos proyectos reciben fondos estatales para el mismo propósito. A su vez se distribuyen fondos federales de la Ley Ryan White (Título I al IV) asignados por la Administración de Servicios y Recursos Humanos de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés), a municipios que cualifiquen y a consorcios reconocidos legalmente. La coordinación desarrollada implica el proveerle a las OBC apoyo técnico en el área fiscal, programática y operacional. Estas OBC son clasificadas para recibir fondos mediante presentación de propuesta en competencia abierta o convocatoria cerrada para propuestas de continuidad de servicios. Todas las propuestas son evaluadas por un comité de evaluadores externos seleccionados por el Director Ejecutivo de la OCASET.

9.5 Proceso Bajo el Plan de Salud del ELA

El paciente de VIH/SIDA con la cubierta del Plan de Salud del ELA conocido como la reforma de salud, escoge a su médico primario el cual le ordena la prueba para detectar si ha estado expuesto al VIH previa consejería ofrecida por un personal cualificado. Una vez el paciente tiene el resultado positivo a la prueba es discreción del médico primario el ofrecer seguimiento al paciente o referirlo a la Clínica de Inmunología. Es importante destacar que todo paciente diagnosticado como VIH positivo o SIDA deberá solicitar la tarjeta del seguro para las enfermedades catastróficas. La cubierta incluye todos los medicamentos menos los inhibidores de proteasa que son suministrados a través de las CRI.

Las guías y protocolos para el manejo de estos pacientes están disponibles en las Oficinas del Departamento de Salud, en la OCASET o en las Clínicas de Inmunología. Es recomendable que debido a la gran cantidad de nuevos medicamentos, su complejidad y sus variadas

combinaciones, el médico que maneje este paciente sea un infectólogo o que el médico a quien él delegue, posea los conocimientos y destrezas necesarias para tratar a estos pacientes.

9.6 Financiamiento

La Oficina Administrativa de la OCASET es responsable de recibir, administrar y manejar el presupuesto tanto de fondos federales como estatales asignados a los programas. El presupuesto total de la OCASET asciende a $63,942,702 millones anuales de los cuales $28,362,000 millones se destinan a medicamentos. En estos momentos, el costo promedio mensual por medicamentos para pacientes oscila entre $1,500.00 y $2,000.00. El 45% del presupuesto es dedicado a la farmacoterapia. **(Anejo 9.11)**

Bibliografía

Acaff C. and others. (1999). Mental Health Care for People Living with or affected by HIV/AIDS: A Practical Guide, Washington, D.C.

Amnistía Internacional. (1990). Códigos de ética y declaraciones aplicables a la profesión médica. Londres.

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos.

Behrman, G. (2004). The Invisible People. How the U.S. Has Slept Through the Global AIDS Pandemic, the Greatest Humanitarian Catastrophe of Our Time. New York: 2004.

Bermejo, J. C. (2003). ¿Qué es humanizar la salud?, Por una asistencia sanitaria más humana. España: San Pablo.

Brusco, J. (1999). Humanización de la asistencia al enfermo. España: Editorial Sal Térrea.

Carrillo Salcedo, J. (1999). Dignidad frente a barbarie, La Declaración Universal de los Derechos Humanos, cincuenta años después. España: Editorial Trotta, S.A.

Casillas González, I. I. (1994). Conocimientos sobre el VIH/SIDA, actitudes y experiencia de los profesionales de salud que trabajan con la población de confinadas de Puerto Rico: entre el SIDA, las rejas y la salud. Tesis de Maestría en Salud Pública. Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Río Piedras, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.

Cátedra Chaminade. (2002) La Voz de las Víctimas y los Excluidos. España: Editorial PPC.

Chicago Department of Public Health. (2001). The Faces of AIDS, Living in the Heartland, Chicago.

Cunningham, I., Ramos Bellido, C. y Ortiz Colón, R. (1991). El SIDA en Puerto Rico: Acercamientos Multidisciplinarios, Universidad de Puerto Rico. Rio Piedras, Puerto Rico: Instituto de Estudios del Caribe.

Cunningham I., Rivera Viera, S., Bothwell -del Toro, Domenech Millar, K. (1999). Sexualidad y el VIH/SIDA: Módulos innovadores de enseñanza. Puerto Rico: Centro de Investigación y Educación de VIH/SIDA.

D'Adesky, A. (2004). Moving Mountains, The Race to Treat Global AIDS. London-New York: Verso

Daniels N. (1995). Seeking Pair Treatment, From the AIDS Epidemic to National Health Care Reform. New York: Oxford University Press.

D'Emilio, J. (2002). Creating Change. Sexuality, Public Policy and Civil Rights. New York: St. Martin's Press.

Delbene, R. (2002). Interacción verbal entre médico y paciente en el contexto de una enfermedad estigmatizante: El interjuego de las variables de género y orientación sexual en las entrevistas médicas con pacientes infectados por VIH/SIDA. Tesis Doctoral. Universidad de Pittsburgh. Pittsburgh, USA.

Duberman M. (1999). Left Out The Politics of Exclusion/Essays/1964-1999. New York: Basic Books.

Ferrer, J. (1997). SIDA y Bioética: De la autonomía a la justicia. Madrid, España: Universidad Pontificia Comillas.

Gafo, J. y Bras, A. (1998). SIDA y Tercer Mundo, Una llamada a la ética y a la solidaridad. España: PPC.

García, T. (2001). El Discrimen en el lugar de trabajo por razón de tener VIH/SIDA: Un estudio descriptivo en Puerto Rico. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología, Río Piedras, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.

García, T., Velásquez J. y González, M (2004). Presentación: Percepción de la comunidad sobre el intercambio de jeringuillas como estrategia para evitar el contagio con el VIH en la población de UDI. Instituto de Liderato en Salud Pública de Puerto Rico. Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico y Departamento de Salud, San Juan, Puerto Rico.

Gostin L. (2004). The AIDS Pandemic, Complacency, Injustice, and Unfulfilled Expectations. USA: The University of North Carolina Press.

Guerrero N. y García O. (2002). SIDA desde los afectos: Una invitación a la reflexión, Cuba: Casa Editora Abril.

Holden, S. (2003). AIDS on the Agenda. Adapting Development and Humanitarian Programs to Meet the Challenge of HIV/AIDS, Great Britain: Action Aid, Oxfam GB and Save the Children.

Institute of Medicine of the National Academics. (2004) Public Financing and Delivery of HIV/AIDS Care: Securing the Legacy of Ryan White. Washington, D.C.: The National Academies Press.

Kaiser Family Foundation. May (1998). Federal HIV/AIDS Spending: A Budget Chartbook 1995-98, Washington, D.C.

Kaiser Family Foundation. May (1997). HIV Capitation Risk Adjustment Conference Report, Washington, D.C.

Ley Federal de Inmigración de 1990

Médicos Cristianos de Cataluña. (2003). El SIDA y los cristianos. España: Grafite Ediciones S. L.

Mock, G. y Ramírez Solá, M. (1990). SIDA ¿Crisis o reto transformador?. Puerto Rico: Jay-Ce Printing.

Murdoch, J. y Price, D. (2001). Courting Justice, Gay Men and Lesbians vs. the Supreme Court. New York: Persues Book Group.

ONUSIDA, Cumbre Mundial de Desarrollo Sostenible. (2002). VIH/SIDA, Recursos Humanos y Desarrollo Sostenible, Ginebra.

Organización Internacional del Trabajo (OIT), Programa Mundial sobre VIH/SIDA y el Mundo del Trabajo. (2001). Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo, Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud. (1998). Informe del Banco Mundial Hacer frente al SIDA, Prioridades de la Acción Pública ante una Epidemia Mundial. Washington, D.C.: Publicación Científica.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). Guía para la Evaluación de Servicios de Calidad para Adolescentes y Jóvenes.

Pan American Health Organization. (2003). Scaling Up Health Systems to Respond to the Challenge of HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean, Washington D.C.

Paterson, G. (1997). El amor en los tiempos del SIDA, la mujer, la salud y el desafío del VIH. España: Sal Terrea.

Patton C. (1990). Inventing AIDS. New York: Rouledge, Inc.

Pérez Perdomo, R., (1997). Perfil Epidemiológico del VIH/SIDA en Puerto Rico 1981-1996. Recinto de Ciencias Médicas, Escuela Graduada de Salud Pública, Departamento de Bioestadística y Epidemiología. Río Piedras, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.

Platts, M. (1999). Sobre usos y abusos de la moral: Ética, SIDA, Sociedad. México: PAIDOS.

Praga, M. (2001). No dejes escapar la ira. Cuba: Letras Cubanas.

Programa de Vigilancia SIDA, (2004). San Juan: Departamento de Salud de Puerto Rico.

Rivera Pérez, Sarah del Pilar. (2002). Los secretos en las familias que viven con VIH/SIDA. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología, Río Piedras, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.

Rollins, J. (2004). AIDS and the Sexuality of Law: Ironic Jurisprudence. New York: Palgrave Macmillan.

Shepard, D. (1989). Indirect and Direct cost of AIDS in Puerto Rico. Documento presentado en Conferencia acerca de Aspectos Económicos sobre el SIDA en Munich, Alemania.

Shuman, R. (1999). Vivir con una enfermedad crónica, Una guía para pacientes, familiares y terapeutas, España: PAIDOS.

Siplon, P. (2002). AIDS and the Policy Struggle in the United Sates. Washington, D.C.: Georgetown University Press.

Sontag, S. (2004). Ante el dolor de los demás. España: Alfaguara.

Sontag S. (1990). Illness as Methapor and AIDS and Its Methapors. New York: PICADOR.

Terence Higgins Trust. (2001). Social Exclusion and HIV, A Report. England: Policy Campaigns and Research Division.

UNIDOS Network of Capacity Building Assistance Providers. (2004) AIDS and Migrants: Solutions and Recommendations. Washington D.C.

Usdin, S. (2003). The No-Nonsense guide to HIV/AIDS. Oxford, UK: New Internationalist Publications Ltd.

Varas-Díaz, N., Serrano García, I. y Toro-Alfonso, J. (2004). Estigma y Diferencia Social: VIH/SIDA en Puerto Rico. Colombia: Ediciones Huracán.

Varas-Díaz, N. & Toro-Alfonso, J. (2003). Incarnating Stigma: Visual Images of the Body with HIV/AIDS. Forum: Qualitative Social Research, Volume 4, No. 3, Art. 7. England.

Villegas Botero, F., (2002). Derechos y Deberes Humanos. Declaraciones, Pactos, Convenciones. Colombia: Editorial Taller San Pablo.

Sección IV

Conclusiones y Recomendanciones

Análisis Sectorial de Salud 2004

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En esta sección se recogen las conclusiones y recomendaciones de cada uno de los grupos de trabajo, con el fin de mostrar en forma resumida aquellos aspectos que requieren ser analizados con mayor detenimiento en el momento de crear planes y tomar decisiones dentro del Sector Salud.

CAPITULO I

Análisis de Situación de Salud

Conclusiones

No existen estudios científicos amplios que vinculen los estilos de vida de la población con la incidencia y prevalencia de condiciones de salud y la mortalidad prevalerte en el país.

La reducción en el número de nacimientos registrados en Puerto Rico en las últimas décadas hasta alcanzar tasas totales de fecundidad bajo el nivel de reemplazo, amerita se dediquen recursos a la identificación de los factores que han contribuido a esta disminución.

Las tasas de fecundidad entre las adolescentes han disminuido. Sin embargo, el volumen de nacimientos en esta población sigue siendo muy alto, por lo que se requiere revaluar esfuerzos mayores y desarrollar intervenciones y programas, diseñados especialmente para reducirlos.

Se debe examinar detenidamente la violencia en el país como un problema de salud pública y de salud mental, en particular la violencia doméstica contra las mujeres. De igual forma, hay que darles atención a las víctimas de agresiones sexuales.

Actualmente, el Programa de Fluoruración de las aguas no está en vigor y el acceso a los servicios dentales de parte de personas con seguros dentales no llega a un 50 por ciento. La reingeniería de las funciones del Departamento de Salud hace necesario que sea más proactivo en los esfuerzos de promoción y prevención de enfermedades orales de lo que ha sido hasta ahora.

Los procesos ergonómicos tienen como objetivo atemperar los requisitos de las tareas, herramientas y equipos a las capacidades físicas de los empleados. En Puerto Rico, se han estado desarrollando estos procesos sobre todo en las grandes industrias farmacéuticas. Sin embargo, no existe una normativa que oriente el desarrollo de los mismos y establezca marcos comparativos para evidenciar la efectividad de los procesos ergonómicos establecidos. La información que se recopila mantiene un patrón anecdótico y se utiliza para consumo interno de la organización que desarrolla el estudio.

Por último y no menos importante, a la luz de la información presentada en este capítulo, es importante evaluar las implicaciones éticas de los datos.

Recomendaciones

Salud materno infantil

Establecer Centros Materno Infantiles que operen 24 horas al día, siete días a la semana, que tengan servicios disponibles para que las adolescentes embarazadas puedan acudir cuando así lo necesiten y además tengan apoyo

en el cuido de sus hijos, puedan trabajar y completar sus estudios.

- Se recomienda la creación de un Comité Interdisciplinario para trabajar con las adolescentes adictas embarazadas, para reducir los nacimientos bajo peso y los bebés contaminados por el uso de drogas como el "*crack"*.
- Se recomienda se investiguen las causas del alto número de nacimientos de niños bajo peso y adictos al "c*rack"* tanto en mujeres adultas como adolescentes.

Establecer un *Programa Nacional de Evaluación de la Mortalidad Fetal e Infantil,* para identificar debilidades en el sistema de atención perinatal y establecer un plan dirigido a reducir o eliminar las disparidades en la tasas de Mortalidad Infantil por municipios y regiones.

Establecer un *Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna* con el propósito de identificar todas las mujeres cuyas muertes están relacionadas con un embarazo, identificar los factores contribuyentes y establecer estrategias dirigidas a eliminarlos.

Designar un *Comité de Cesáreas* convocado por el Departamento de Salud, que deberá continuar estudiando la alarmante alza en el número de partos por cesárea en Puerto Rico y elaborar un plan estratégico dirigido a reducir esta tasa a los niveles propuestos en el *Plan Gente Saludable 2010*. Este Comité deberá incluir representantes de proveedores, consumidores y de aquellos que financian el cuidado prenatal y obstétrico. Algunas recomendaciones específicas para atender el aumento de los nacimientos por cesáreas incluyen el que se aumente el pago a los médicos por los partos vaginales por encima del pago de los partos por cesáreas; que se entrenen más enfermeras obstétricas y parteras; que se proteja al personal de enfermería por denunciar la práctica de cesáreas innecesarias; y que el Departamento de Salud retome la función de educación en salud, para informar y educar a la población de mujeres sobre estos temas.

Establecer un *Sistema de Cuidado Perinatal* por áreas geográficas. Este coordinará y asegurará que las embarazadas tengan acceso a los recursos y servicios que requieren de acuerdo con nivel de riesgo que presentan. Este sistema deberá contar con *Centros Obstétricos* que provean en todo momento servicios de obstetricia en lugares de fácil y rápido acceso. Estos *Centros Obstétricos* podrían ser reforzados con personal de Enfermeras Parteras, anestesiologías, pediatrías, radiologías y laboratorios clínicos.

Establecer Política Pública que garantice que las mujeres embarazadas reciban los servicios tan pronto los solicitan, se eliminen barreras de acceso como deducibles y falta de transportación y asegurar que se ofrecen los servicios de acuerdo a los estándares vigentes.

Obesidad

La obesidad como factor de riesgo en las condiciones de salud de la población es cada vez más evidente, por el aumento continuo en las tasas de muertes asociadas con las principales causas de muerte tales como enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, enfermedades cerebro vasculares entre otros.

Es necesario llevar a cabo estudios que permiten identificar duramente el problema de obesidad en Puerto Rico.

Es necesario que se considere la obesidad como un problema de salud pública y que se desarrolle política pública para atender la situación de obesidad en la isla, enfatizando en la alimentación desde temprana edad, a nivel del sistema de educación pública.

Salud mental

Los servicios de cuidado de salud mental deben ser objeto de la más alta prioridad en la agenda de trabajo de la próxima administración de gobierno del país. En términos generales, el tratamiento de los trastornos mentales en el contexto del sistema de cuidado de salud primaria de un país, debe asegurar la disponibilidad de los psicofármacos y de las intervenciones psicosociales necesarias. El sistema de salud debe girar en torno a los"Centros de Salud Mental de la Comunidad", contando con facilidades de hospitalización psiquiátrica y de apoyo al cuidado en el hogar. La reestructuración del nuevo sistema de cuidado de salud mental debe enfatizar en los siguientes factores:

- Programas de promoción de salud mental y de prevención con un componente sólido en educación para la salud mental.
- La identificación temprana de síntomas psiquiátricos o problemas psicosociales.

    - La evaluación comprensiva y un plan de tratamiento individualizado y comprensivo, con la participación de la familia en todo el proceso de diagnóstico, tratamiento, cuidado y rehabilitación.
    - La utilización de modalidades terapéuticas con estándares de cuidado basados en investigaciones sobre la práctica de tratamientos más efectivos (evidenced based).
    - El acceso a un continuo comprensivo de servicios de salud mental ambulatorios, hospitalarios e intermedios como los hospitales diurnos, el tratamiento residencial, el servicio en el hogar. Estos servicios deben estar ubicados en su comunidad y ser ofrecidos en forma integrada y coordinada, así como culturalmente competentes.
    - El acceso a toda la población, pero con atención particular a las necesidades especiales de los adolescentes y los adultos mayores.
    - Proveer los servicios en un ambiente que proporcione la autonomía del paciente, limite las restricciones, el prejuicio y los obstáculos administrativos y financieros.
    - Garantizar la paridad de los servicios de salud mental con los servicios que se ofrecen para otras condiciones médicas.
    - Proporcionar una vinculación y transición adecuada con otros servicios de la comunidad y el gobierno, así como con otros escenarios como el lugar de trabajo, la escuela y las instituciones correccionales, cuando ése sea el caso.
    - Promover participación de los pacientes y familiares en la toma de decisiones sobre las políticas de distribución de recursos y servicios.

Hay que detener la fragmentación y desintegración del sistema de cuidado de salud mental. La Autoridad Sanitaria debe moverse en dirección de un sistema centrado en la persona del paciente, su familia y su comunidad de forma integrada, coordinada, estable y compasiva, que promueva una mejor calidad de vida.

Violencia

Se recomienda constituir un comité interdisciplinario que analice la problemática que afecta a las mujeres víctimas de violencia doméstica y de agresiones sexuales, para proveerles servicios de salud y de apoyo según sus necesidades. Además se recomienda proveer adiestramientos a enfermeras forenses para que atiendan a estas víctimas.

De otra parte, es necesario analizar la relación de la violencia con el problema de drogas, en especial los homicidios entre la población joven.

Personas con impedimentos

Hay que desarrollar e implantar una política pública efectiva en relación con las personas con impedimento en Puerto Rico. Hay que determinar las necesidades de datos en esta población y seleccionar aquellos objetivos o indicadores que puedan ser medibles y monitoreados a través del tiempo. Esto a su vez proveerá información valiosa que puede ayudar en la identificación de las desigualdades y necesidades de este grupo poblacional. Hay que desarrollar programas de promoción de salud enfocados en mejorar el funcionamiento a lo largo del espectro de condiciones y grupos de edad de las personas con impedimentos, que sean efectivos en reducir las condiciones o complicaciones secundarias y las visitas a las oficinas médicas.

Salud oral

Se recomienda, la reinstitución inmediata del Programa de Fluoruración de las aguas y sal de mesa con flúor. Además, que se haga énfasis en programas preventivos, comenzando a nivel escolar y campañas de educación masiva en los medios de comunicación, que orienten a la población de los beneficios de la cubierta dental del Plan de Salud del ELA. Todas estas iniciativas, motivarán a la población a accesar estos servicios y lograr estabilizar la salud oral en un período relativamente corto. El incluir servicios dentales bajo *Medicare* también debe contribuir a mejorar la salud oral de los envejecientes. Se recomienda además que a través de la Oficina del Comisionado de Seguros, los planes privados incluyan una cubierta de servicios dentales para los adultos mayores.

Salud ocupacional

Se recomienda el desarrollo de una normativa que sirva de guía a las organizaciones privadas y gubernamentales sobre como establecer el proceso de la salud ocupacional y sus componentes mínimos para garantizar su efectividad.

Como componentes mínimos se recomienda

- El establecimiento del compromiso de la gerencia de la organización.
- La participación del empleado en el proceso.
- El desarrollo de un sistema de vigilancia médica.
- Un componente educativo que ayude a identificar los factores de riesgo y su mitigación correspondiente.
- La aplicación de una herramienta de análisis de tareas y de un componente de evaluación para determinar la efectividad del proceso.

Proceso participativo de la población

Se debe analizar la influencia sociocultural en el estado de salud de los habitantes y propiciar la participación de la población en los asuntos de salud para que se sientan parte estos y se adueñen de los procesos.

CAPITULO 2

Determinantes de Salud

Conclusiones

Los factores políticos, económicos, sociales y ambientales como determinantes de la salud en Puerto Rico no ha sido analizados concienzudamente aún cuando se reconoce que estos factores inciden de distinta manera en la salud; no existen investigaciones ni indicadores que permitan medir el impacto en el sector salud. La relación político económico de Estados Unidos con Puerto Rico influencia el desarrollo de iniciativas en el sector salud.

El porciento de la población bajo los niveles de pobreza ha demostrado una reducción consistente siendo más significativa en la década reciente. En la medida en que se entiendan las relaciones entre los niveles de educación y las oportunidades para mejorar los niveles socioeconómicos, en esa medida podría continuar reduciéndose.

La población femenina es la que mayor progreso demuestra en términos de sus logros educativos al nivel de escuela superior y universitaria logrando niveles educativos cada vez más alto. A sí mismo, ha demostrado cada vez más su participación en el mercado de empleo. Se espera que esta tendencia continúe.

Ambiente

Ni la gestión mundial de casi 10 años ni las iniciativas nacionales de casi medio siglo han demostrado ser suficientes para lograr el desarrollo sostenible en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Esto responde a la desarticulación entre los aspectos económicos, sociales y ambientales, pilares del desarrollo sostenible y debido a la permanencia de los esquemas de desarrollo económico a costa del deterioro de los sistemas naturales. Además de esto, nuestra condición de isla nos presenta retos adicionales debido a nuestra limitada extensión territorial, una alta densidad poblacional, la vulnerabilidad a fenómenos atmosféricos y sus efectos sobre los sistemas naturales y la economía nacional, aunado a los diversos problemas ambientales que hemos confrontado en las últimas décadas.

Entre el 1950 y el 2000 la población casi se duplicó; el tipo de ocupación del terreno se invirtió entre el uso urbano y el rural, prevaleciendo actualmente más de 70% la residencia urbana; se transformó el proceso productivo de agrícola a uno principalmente industrial-manufacturero; y se ha degradado y contaminado seriamente el ambiente. Las condiciones que presenta el País, desde el punto de vista de salud ambiental, son hoy muy diferentes a los que prevalecían en la primera parte del siglo XX.

Desde el punto de vista conceptual, los primeros esfuerzos dirigidos a lograr y mantener una calidad ambiental favorable a la salud pública, descansaba en un enfoque de control de contaminación. El concepto de contaminación que afectaba la salud pública, se entendía entonces como uno donde predominaban los agentes infecciosos de origen bacteriano, viral o asociado a parásitos. La respuesta social de salud ambiental tenía en consecuencia un énfasis en el control sanitario de los medios ambientales con los que el humano se relaciona, sobre los cuales tuvieron gran éxito las generaciones que nos precedieron. Sin embargo, con el uso y dependencia creciente de sustancias sintéticas se ha producido un proceso de contaminación del medio ambiente de sustancias nocivas que están generando nuevas incidencias de condiciones patológicas agudas y crónicas debido a la exposición creciente a estas sustancias. En las últimas décadas, y como resultado de la actividad industrial-manufacturera y comercial, se producen y se manejan en Puerto Rico una cantidad extraordinaria de sustancias cuya toxicidad ha sido probada o documentada científicamente. La Agencia de Protección Ambiental

de los EE.UU. (EPA, por sus siglas en inglés) ha documentado el efecto potencial para afectar la salud humana de cientos de sustancias de uso cotidiano y de sus sospechas sobre la toxicidad de decenas de miles de otros compuestos. Estas sustancias tienen el potencial de generar condiciones agudas y crónicas en la salud humana dado sus capacidades para producir cáncer, de sus efectos teratogénicos, sus efectos sobre el sistema reproductivo y neurológico, producción de mutaciones genéticas hereditarias, así como efectos adversos significativos en los medios ambientales por su toxicidad, persistencia o potencial de bioacumulación. Según el Inventario de Emisiones de Tóxicos al Ambiente de 2002 de la EPA, se emiten actualmente en los EE.UU. 4.8 billones de libras de estas sustancias por año.

En ese mismo Inventario se dice que Puerto Rico emite 11.3 millones de libras al año, que a base del área geográfica del País, equivale a 3,305 libras de tóxicos por milla cuadrada. En Puerto Rico se emiten más de tres veces de tóxicos al ambiente por unidad de área comparado con Alaska que es el mayor emisor en términos absolutos en los EE. UU.; sin embargo, Puerto Rico tiene una densidad poblacional que es más de mil veces mayor que la que tiene ese Estado.

Se ha documentado, el problema que plantea a la salud pública el desparramamiento urbano que caracteriza el crecimiento espacial observado en Puerto Rico en las últimas décadas así como ha ocurrido en los EE.UU. La organización del espacio siguiendo un patrón no planificado, y que se caracteriza por el uso especializado del terreno en actividades residenciales, comerciales, de servicio, etc., operando de forma fragmentada y dependiente para su interrelación del uso privado del automóvil.

La falta de actividad física que describe un comportamiento humano sedentario, junto con los deficientes hábitos alimentarios, ha creado un problema de salud pública caracterizado por condiciones crónicas como hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Estas condiciones, a su vez, están relacionadas directamente con la morbilidad de otras condiciones agudas y crónicas y se observa un aumento de personas obesas.

El desparrame urbano y la dependencia del automóvil genera, además, otros problemas asociados a incidencia altas de morbilidad y mortalidad por accidentes automovilísticos, producción de contaminantes tóxicos atmosféricos por la quema de combustibles, altos niveles de ruido y condiciones de tensión social con efectos sobre la salud mental y emocional de la población.

Asociado al proceso de usos de terrenos, se generan condiciones de vulnerabilidad de la población a factores y peligros de origen natural, o producidos por la propia sociedad humana. En Puerto Rico se reconoce una vulnerabilidad creciente a peligros como inundaciones, huracanes, deslizamientos de terrenos, terremotos, sequías y accidentes humanos como escapes de sustancias tóxicas, explosiones, fallas repentinas de componentes esenciales en la infraestructura de servicios públicos. De acuerdo a estimados de la Junta de Planificación, más de un millón de personas están vulnerables a inundaciones por ríos, quebradas y el embate del mar. Este problema hidrológico se potencia en la medida que los huracanes y otros sistemas ciclónicos aumenten en frecuencia e intensidad como resultado del calentamiento global que afecta al planeta. Resulta notable que en los últimos 20 años Puerto Rico ha sido declarado como territorio en Desastre Presidencial en una frecuencia de una vez cada dos años; hasta donde se sabe no hay otra jurisdicción en los EE.UU. que presente un cuadro de vulnerabilidad equivalente.

El Gobierno de Puerto Rico se comprometió en la Cumbre Mundial de Desarrollo Sostenible del 2002, mejor conocida como la Cumbre de Johannesburgo, a adoptar como política pública el desarrollo sostenible y el cumplimiento de la Agenda 21 en términos ambientales, sociales económicos.

Integrar los conceptos de ambiente y desarrollo en el proceso de toma de decisiones, proteger y restaurar la integridad de los sistemas ecológicos de Puerto Rico; desarrollar un sistema nacional de indicadores de desarrollo sostenible; proteger la salud pública y el bienestar de las presentes y futuras generaciones mediante intervenciones ambientales amplias que aseguren el acceso al aire agua limpia y la conservación de los recursos naturales para todas las comunidades del país; prevenir, reducir y en la medida de lo posible, eliminar la contaminación, particularmente en su origen, tomando como base el principio de "quien contamina paga", y utilizar tecnología limpia o la más limpia así como garantizar una gestión adecuada de los recursos naturales.

Lo anterior implica una amplia Reforma Ambiental que abarque las tres ramas del Gobierno de Puesto Rico y que esté basada en la prevención de la degradación y la contaminación ambiental enmarcada en la filosofía del desarrollo sostenible. Nuestro país tiene el compromiso de participar activamente en foros internacionales particularmente en el grupo de Pequeños Estados Insulares en Desarrollo, para tomar las medidas que sean necesarias encaminadas a conservar y a proteger el medio ambiente puertorriqueño para el disfrute de las presentes y futuras generaciones.

Sustancias tóxicas

La posibilidad de exposición a sustancias tóxicas de la población puertorriqueña puede plantear una preocupación de salud pública que debe ser investigada y evaluada rigurosamente. Es importante tener presente, además, que el Inventario de Tóxicos solamente identifica el 10% de todas las sustancias tóxicas que se mueven en el ambiente y, en el caso de Puerto Rico, más del 90% de las sustancias inventariadas se emiten al aire que está fuera de las instalaciones que las generan.

Vulnerabilidad territorial

Se ha interpretado en la literatura que las decisiones sobre los usos de terrenos son en realidad decisiones de salud pública como lo puede ser la producción, preparación y consumo de alimentos sanos. Esta, también, constituye un área de nuevos retos a la investigación y al análisis para la salud ambiental del país.

Un aspecto que se constituye de gran importancia para la investigación y el análisis, desde la perspectiva de la salud pública es la vulnerabilidad territorial de Puerto Rico ante los desastres naturales. La manifestación de condiciones hidrológicas o meteorológicas que producen los desastres, inciden directamente sobre la salud y seguridad de la población al producir pérdidas de vida, lesiones corporales y pérdidas materiales, incluyendo las viviendas de muchas familias. También, de forma indirecta, compromete la salud pública al averiarse o destruirse componentes esenciales de la infraestructura de servicio como lo es el de agua potable, alcantarillado sanitario y el de energía eléctrica. Estos factores inciden seriamente sobre grandes sectores de la población puertorriqueña que se consideran más vulnerables como los las comunidades bajo niveles de pobreza, las personas con impedimentos físicos y emocionales, los niños y personas de edad avanzada y las personas institucionalizadas (hospitales, asilos y centros de corrección penal).

Recomendaciones

- Realizar investigaciones y análisis sobre como los factores asociados a eventos meteorológicos que producen desastres inciden directamente sobre la salud y seguridad de la población puertorriqueña con especial atención a aquellos sectores que son vulnerables como por ejemplo: las comunidades de bajos nivel de pobreza, las personas con impedimentos físicos y emocionales, los niños y las personas de edad avanzada, entre otros.

- Destacar la importancia en los foros pertinentes sobre los efectos que produce el desparramamiento urbano, la dependencia del automóvil y otros problemas asociados a éste como la morbilidad y mortalidad por accidentes automovilísticos, la producción de contaminantes tóxicos atmosféricos por la quema de combustible y los altos niveles de ruido sobre la salud mental y emocional de la población.

Propuesta de Desarrollo Sustentable para Puerto Rico

Problemas Sociales, Metas, Procesos y Fuerzas Facilitadoras del Ambiente Social Sano

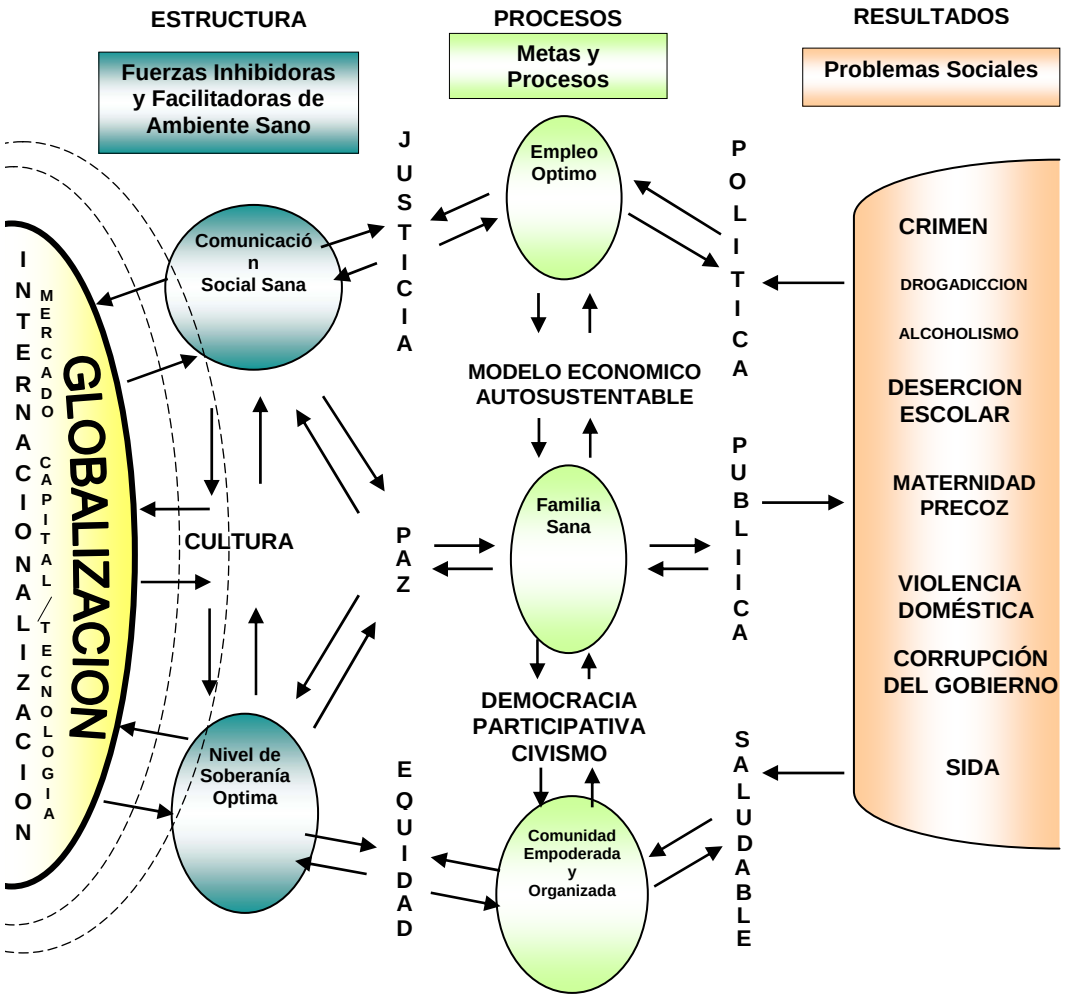
Entre las fuerzas facilitadoras del ambiente social sano a nivel amplio la comunicación social sana incluye desde Internet, radio, periódicos regionales y nacionales, revistas, televisión, otros. Para que podamos usar los medios como parte de un proceso de comunicación sana, tenemos que tener un óptimo nivel de soberanía y así, poder facilitar su uso en una forma mas a tono con nuestra cultura y las metas de desarrollo como pueblo. Además, necesitamos tener la autoridad para establecer el balance que creamos adecuado, entre libertad de expresión y nivel de control del uso inapropiado de los medios masivos. Dentro de estas fuerzas facilitadoras, la cultura podrá desarrollarse o no, dependiendo del nivel de soberanía e interaccionará intensamente con los medios de comunicación social sana, facilitando la misma o siendo inhibida por estos medios. Por ejemplo: si son excesivamente determinados por intereses puramente económicos de empresas transnacionales.

- Las fuerzas facilitadoras de ajuste social sana, en la columna de la izquierda, van a influir e interaccionar con las Metas y los Procesos. Son metas ideales que debe tener todo país. Ejemplo: que el máximo de sus ciudadanos hábiles para trabajar lo estén haciendo. Que sus familias se constituyan a través de los principios básicos de cristianismo, democracia y amor. Que vivan en comunidades propiamente organizadas para que las mismas puedan determinar por sí mismas su propio futuro y así, a la vez poder propiciar el ambiente que facilite el continuo desarrollo de familias sanas.

- Se tienen que dar unos procesos de civismo y democracia para que las comunidades organizadas puedan propiciar el desarrollo de familias sanas y viceversa. Igualmente debe haber un proceso de modelo económico autosostenible para que el producto de familias sanas puedan involucrarse en empleos óptimos. Si hay una comunicación social sana se facilita el empleo óptimo. Igualmente si el nivel de soberanía es óptima, se puede facilitar el desarrollo de las comunidades y se puede levantar el nivel de civismo en la comunidad.

- En la medida que estén incompletas las fuerzas facilitadoras del ambiente social sano, se reducirá la voluntad y la unión de nuestra gente para establecer sus metas y utilizar los procesos necesarios y surgirán problemas sociales. Estos están en la columna de la derecha como resultados. La reducción sostenible de los problemas sociales requiere el establecimiento de una política pública sana que debe surgir de la integración entre comunidades empoderadas y gobiernos centrales y locales que compartan una visión sistemática de un pueblo saludable con altos niveles de paz, justicia y equidad.

Interacción entre Problemas Sociales, Metas y Procesos y Fuerzas Inhibidoras y Facilitadoras del Ambiente Social Sano.



CAPITULO 3

Organización y estructura del Sector Salud

Conclusiones

La responsabilidad primaria de velar por la calidad y disponibilidad de los servicios de salud en Puerto Rico, recae sobre el Departamento de Salud, de acuerdo a la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Por tanto, el Departamento debe retomar y fortalecer sus mecanismos de vigilancia, medición y monitoreo de los servicios para garantizar la observación continua de los más altos estándares de calidad y disponibilidad en los servicios de salud.

El sector de servicios de salud en manos privadas incluye programas e instituciones que satisfacen las necesidades de servicio de la población a través de la Isla. Sin embargo, este sostiene planes de trabajo independientes y metas proyectadas principalmente para lograr mayor lucro según puedan satisfacer las necesidades de salud de la población.

Para reducir el alto costo de los servicios y mejorar la calidad y disponibilidad del cuidado de la población, es necesario fortalecer la gestión rectora del Departamento de Salud de modo que se le permita y viabilice aglutinar programas y servicios, aunar esfuerzos y recursos para el beneficio de la salud de la población.

A esos efectos, durante este último cuatrienio se elaboraron diversas propuestas de reestructuración del sector salud que esencialmente persiguen reducir y consolidar unidades y agencias con funciones afines o similares, maximizar los recursos humanos y fiscales, y viabilizaría la función rectora de un nuevo Secretariado de la Salud de una forma más abarcadora y mejor articulada. Éstas propuestas deberían ser revisadas y consideradas con mayor profundidad para determinar la viabilidad legal y fiscal de los cambios propuestos y elaborar los planes a seguir para su implantación escalonada.

Recomendaciones

- Retomar la discusión y evaluación de la propuesta elaborada en el 2001 que plantea la reestructuración del Sector Salud a fin de facilitar que el Departamento de Salud retome el liderato y ejerza plenamente la función de rectoría.

- Reconocer y agrupar todos los servicios de salud o relacionados del sector gubernamental, bajo la jurisdicción del Departamento de Salud.

- Armonizar los planes de trabajo y la acción de todos los servicios ubicados en otras agencias gubernamentales para que respondan a la política del Departamento de Salud y su Secretario.

- Facultar y capacitar al Departamento de Salud para asumir la responsabilidad por las garantías de acceso y calidad de la prestación de los servicios de salud.
- Facilitar que el Departamento de Salud sea el administrador de los recursos humanos de los servicios de salud pública.

- Establecer una estructura organizacional ágil que integre los miembros que componen el sector: Proveedores de Servicios Médicos, Administradores de Seguros de Salud y Servicios de Salud Pública bajo una misma unidad Gerencial y Administrativa.

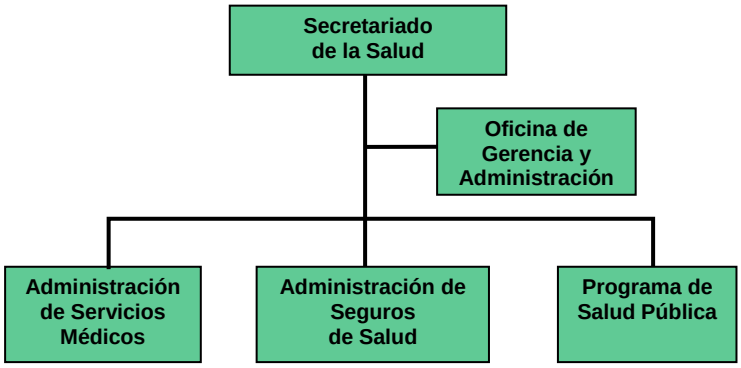
- Eliminar la duplicidad de servicios para distribuir de manera equitativa los recursos disponibles.

- Facilitar la creación de políticas y procedimientos estándares en todos los programas, asegurará que los mismos sean compatibles con la política pública de salud y promoverá la administración de todos los servicios de forma costo- efectiva.

- Agilizar la planificación e implantación de la política pública mediante la educación a la comunidad permitiendo su participación en la creación, evaluación y monitoreo de las mismas.

- Garantizar que las metas y objetivos del Departamento de Salud coincidan con las necesidades de la comunidad.

Organigrama Propuesto para Integrar el Sector Salud



- Administración de Servicios Médicos Integrados de Puerto Rico: Agruparía todas las entidades públicas que proveen servicios directos a pacientes dentro de una sola entidad (ASMIPR) incluyendo todos los hospitales, clínicas, facilidades ambulatorias, laboratorios, centros de imágenes, salas de emergencias y ambulancias.

  ASEM y ASSMCA se consolidarían y sus servicios serían integrados a ASMIPR.

  El Sistema de Servicios Médicos, liderado por el Departamento de Salud tendría los siguientes objetivos principales:

  - Centralizar el área directiva y normativa tanto a nivel administrativo, clínico, docente e investigativo de las instituciones formando parte de un Sistema de Servicios Médico-Académico de Puerto Rico.
  - Integrar servicios de salud con un enfoque biosicosocial a través de centros, hospitales especializados e institutos que sean efectivos en su manejo clínico y presupuestario.
  - Desarrollar el sistema de Emergencias Médicas Centralizado Interdisciplinario con salas de emergencias en los CDT's y Hospitales incluyendo el manejo de ambulancias terrestres, aéreas, marítimas y el sistema 911
  - Desarrollo de un programa abarcador de telemedicina bajo un concepto interdisciplinario que integre las unidades satélites ubicadas en los CDT's, Centros u Hospitales con el Centro Médico Académico de Puerto Rico.

- Administración de Seguros de Salud: La ASES se adscribiría al Secretariado de la Salud. Este es un componente crítico que debería ocurrir inmediatamente.

  - Transferir la función de negociación de contratos de seguros médico-hospitalarios de los empleados del Estado Libre Asociado de PR (Ley Núm. 95 de 29 de junio de 1963, según enmendada).

  - Conceder facultad para entrar en negociaciones y contratación con los planes médicos para reembolso por servicios prestados de manera que haya una uniformidad en el recobro de los mismos.

  - Transferir todas las funciones de Asistencia Médica a la ASES.

  Entre los objetivos programáticos de esta administración estaría: Garantizar la eficiencia y accesibilidad de los servicios médico-hospitalarios a través de la negociación y contratación de seguros de salud para proteger y compensar a la fuerza laboral,

conductores de automóviles y los ciudadanos de acuerdo a la Ley 72 según enmendada. Además constaría como punto de entrada a un sistema de determinación de elegibilidad, el cual facilitaría el acceso a los servicios de salud mediante acuerdos y contratos con aseguradoras y sus redes de proveedores. Entran en este grupo, además de la oficina de Elegibilidad del Departamento de Salud, los participantes del Fondo del Seguro del Estado, Administración de Compensación por Accidentes de Autos y los Seguros para Empleados Públicos.

Objetivos		
Clínicos	**Organizacional**	**Financieros**
Propiciar el desarrollo y adopción del expediente médico electrónico y el número único por paciente (Master Patient Index (MPI)	Facilitar el desarrollo de un sistema de elegibilidad y un banco universal de datos con el objetivo de centralizar los datos de transacciones y eventos en servicios de salud	Facilitar la eficiencia en la utilización de los fondos, incluyendo la migración a un reaseguro como método de contratación
Propiciar el desarrollo y adopción de un sistema de información que registre transacciones a todos los niveles del sistema	Garantizar la adopción de protocolos clínicos y la política publica de salud emitida por el Secretario(a)	Simplifica la burocracia y presenta ahorros al minimizar la duplicidad de funciones, el fraude y el abuso con el plan médico

- Programa de Salud Pública

  - Agruparía aquellos servicios relacionados a la misión de Promoción, Prevención y Protección. Las actividades de cuidado directo se transferirían a ASMIPR

  El programa de Salud Pública tendría los siguientes objetivos principales:

Objetivos		
Clínicos	**Organizacional**	**Financieros**
Reorientar del énfasis actual del cuidado de salud curativa, hacia uno de cuidado preventivo y educación a pacientes	Apoyar la emisión de política pública centrada en el auto cuidado y la necesidad de prevenir condiciones y complicaciones de salud	Reducción de costos operacionales en la administración de programas de salud publica
Mejorar los indicadores de salud en la población	Planificar a base de las prioridades de salud de la población	Minimizar la duplicidad de funciones
Aumentar la frecuencia de servicios de cernimiento, detección temprana	Promover el trabajo en equipo para fortalecer el logro operacional de las funciones esenciales de salud pública	Utilización óptima de los recursos fiscales, Humanos y Redistribución de recursos

- Oficina de Gerencia y Administración

  - Esta unidad agruparía las funciones administrativas que actualmente se realizan en cada división o programa, incluyendo planificación, presupuesto y finanzas, asesoramiento legal, administración, recursos humanos, auditoría interna, etc.

CAPÌTULO 4

Exclusión Social

Conclusiones

La Invisibilidad como Causal de Exclusión.

Este ejercicio comenzó y terminó con un interés expreso de abordar, sin tapujos, las instancias de la exclusión social a la atención de salud. Académicas, profesionales funcionarios gubernamentales, y ciudadanas fuimos convocadas para identificar fuentes de información que evidenciaran instancias de exclusión o grupos excluídos de la atención de salud por razón de una variedad de condiciones sociales. Producto de ese esfuerzo, el presente documento discute en detalle algunas de estas condiciones o grupos sociales vulnerables a estar excluídos, parcial o totalmente, de los bienes y servicios de salud en Puerto Rico. Sin embargo, es necesario apuntar que el documento no es exhaustivo.

El ejercicio de análisis del sector salud hizo evidente que a través de las cifras disponibles y el sistema de información para la producción de los perfiles epidemiológicos no es posible dar cuenta de la situación de salud específica para todos los grupos que componen nuestra sociedad. De hecho, en el proceso se evidenció que existen otras causales de exclusión -y a la que hemos identificado como exclusión por invisibilidad u omisión- cuyo impacto en la situación de salud no ha podido ser analizada rigurosamente. Esto significa que no fue posible describir ni acercarnos a diagnosticar, por ejemplo, situaciones de exclusión por la pertenencia a categorías sociales que producen inequidad y discrimen como lo es la identidad y discrimen como lo es la identidad de raza, de orientación sexual, de clase social, de origen nacional u ocupación. Los bancos de datos que se utilizan para el monitoreo y la justificación de acciones de salud no recogen toda la información social necesaria para esta ponderación, o, en el caso en donde se recoja, la misma no se codifica o no se publica.

La ausencia misma de esta información es reconocida como un asunto de urgente reflexión e impostergable reflexión, en tanto evidencia la exclusión por omisión de la diversidad de nuestra sociedad y sugiere una falsa homogeneidad de los y los miembros de nuestra sociedad frente a los determinantes sociales de la salud y la enfermedad. Por tanto, el análisis de exclusión social en salud aquí presentado es, reconocidamente, limitado en tanto no provee una descripción, medición y evaluación de si, en qué medida, y de qué manera estas categorías sociales son causales de inequidad en el acceso a la salud.

Develar la diversidad social de nuestra población es critica en un análisis del sector salud que logre entender el impacto de los modos distintos de vivir, enfermar, curar y morir de las mujeres y de los varones en tanto también, pertenecientes a grupos sociales definidos por la clase social, la raza, la edad, el origen nacional y la orientación sexual (1) en su estado de salud como primer paso para resarcir la inequidad y asegurar las condiciones optimas de salud para todos y todas.

Notas: Ver (1) Tájer, D., m. Huggins y R.C. Ynoub. (1997). Introducción Oficina de Trabajo sobre Genero y Salud Colectiva en el marco del VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social organizado por la Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES ciudad de Buenos Aires del 17 al 21 de marzo de 1997. Red accedido en diciembre de 2004.

Entre las poblaciones identificadas con posibilidades de confrontar dificultad para acceder los servicios de Salud se encuentra la población de 65 años o más y población con retardo mental. Estas poblaciones no se discuten en este documento.

Adolescentes

Conclusiones

Las intervenciones dirigidas a esta población pueden lograr resultados beneficiosos en cuanto a prevenir futuros problemas de salud, y a promover una vida saludable y productiva. Además el costo actual del gobierno por los servicios curativos prestados a esta población resulta más elevado que los costos por el desarrollo de programas preventivos dirigidos a sus necesidades de salud (6). Por lo que el sistema de salud de Puerto Rico debe proveer servicios al adolescente que atiendan sus necesidades de salud de manera integral, holística y coordinada para evitar la exclusión social en salud de esta población.

Recomendaciones

Los profesionales de la salud en Puerto Rico deben:

- Asegurar la confidencialidad y la privacidad de los adolescentes en todas sus intervenciones.

- Educar a los padres para que vayan incrementado la responsabilidad en sus hijos adolescentes por su cuidado de salud y permitirles asumir ciertas libertades de acceso a servicios de salud individualmente.

- Utilizar el Modelo de Desarrollo Positivo del Adolescente como estrategia base para la prevención de embarazos y otras conductas de alto riesgo entre los adolescentes.

- Identificar y remover cualquier barrera que exista para que los adolescentes puedan recibir los servicios de salud de excelencia, de igual manera oponerse a cualquier regulación innecesaria que limite o retrase el acceso al cuidado de salud por esta población.

Mientras que el gobierno de Puerto Rico debe:

- Establecer iniciativas interagenciales de apoyo a las madres adolescentes embarazadas para lograr efectividad en la implantación de los diversos programas que se ofrecen a este grupo.

- Aprobar legislación uniforme en cuanto a las edades a las cuales los adolescentes pueden buscar o consentir tratamiento para condiciones de salud para facilitar el acceso a los servicios de salud.

- Establecer un Certificado en Adolescentología dentro del currículo de estudios posgraduados de la Escuela Graduada de Salud Publica o en el programa de Residencia en Pediatría del Recinto de Ciencias Medicas de la Universidad de Puerto Rico.

Inmigrantes

Conclusiones

En la actualidad se llevan a cabo esfuerzos dirigidos a levantar información relevante a la limitación de acceso servicios para poder aproximarnos a identificar en forma efectiva las necesidades de salud de los inmigrantes. El Departamento de Salud llevó a cabo la primera fase del Estudio de Necesidad de salud de la población dominicana residente en Puerto Rico. Para esta fase se utilizó la técnica de grupos focales para explorar las necesidades de salud, familiarizarnos con la terminología de salud común a este grupo y los problemas de acceso a servicios. En una secunda fase se diseñará un instrumento para llevar a cabo una investigación más amplia.

La Oficina de Orientación y Servicios a Ciudadanos Extranjeros en Puerto Rico (OOSCEPR) adscrita al Departamento de Estado y creada en 1998 en el municipio de San Juan y en 2001 a nivel estatal, se dedica a ofrecer asistencia a los inmigrantes de día y noche ofreciendo cursos de ciudadanía sobre la historia y la forma de gobierno de EU. En esos cursos se les explica a los asistentes sus derechos como inmigrantes y que servicios pueden recibir. Con el propósito de crear un perfil socioeconómico y dado la escasez de datos estadísticos sobre inmigrantes, la OOSCEPR recoge información sobre la nacionalidad, lugar de residencia, acceso a seguro de salud, tarjeta de seguro de salud, ingreso y el conocimiento del orden público, entre otras informaciones.

Recomendaciones

La exclusión de los inmigrantes, por la aplicación de la ley de 1996 que les obliga a esperar de 3 a 5 años antes de poder participar de los beneficios de bienestar social, les niega el derecho de satisfacer las necesidades básicas de salud. El estado debe asumir la responsabilidad de proteger a los extranjeros en su necesidad de acceder a los servicios de salud ya que esta población de inmigrantes aporta de una forma u otra a la economía del país.

El Departamento de Salud en coordinación con otras Agencias del Gobierno de P.R. debe evaluar y considerar a esta población de inmigrantes como parte de una sociedad en crecimiento. Es de conocimiento general que las enfermedades no miran color, raza, ni origen. Tomar en consideración que los inmigrantes que no cumplen con los requisitos de ley puedan ser evaluados para implementar un sistema especial de acuerdo con los requisitos establecidos y sean incluidos de manera que asuman la responsabilidad de un pago nominal basado en su condición económica.

Población con impedimento

Conclusiones

Existen una serie de dificultades en los servicios de salud para la población de personas con impedimentos. Esta situación se agrava con la implantación de la Reforma de Salud.

La mayoría de los problemas que confronta esta población están íntimamente relacionados con servicios y tratamiento, señalando los inconvenientes que estas personas o sus familiares sufren en la negación de servicios para evaluaciones, referidos y sus diferentes necesidades, así como la obtención de citas, entre otros.

Los gastos por concepto de equipos, medicamentos, materiales y otros que tienen que incurrir las personas con impedimentos y sus familiares en muchas ocasiones resulta oneroso para

éstos, quienes tienen bajos ingresos y no obtienen ayuda para sufragar los equipos que necesitan.

Los servicios de ama de llaves para las personas con impedimentos es uno de los factores que afectan a éstos y sus familiares, los mismos deben revisarse de modo que el servicio que ofrezcan se atempere con las necesidades de la población.

Hay insistentes reclamos de las personas con impedimentos para que se cumpla con los servicios de salud, a los que tienen derecho para tener una mejor calidad de vida.

Existen una serie de leyes locales y federales que protegen a las personas con impedimentos (**Anejo 4.3**). Muchas de ellas han aportado grandemente a proteger a esta población. Sin embargo, hemos visto como se han creado diferentes oficinas de procuradurías para atender una población en particular, así mismo contamos actualmente con muchas organizaciones salvaguardando los derechos de las personas con impedimentos. Esto refleja un grave problema en el cumplimiento de las mismas.

La responsabilidad sobre la salud en estos momentos es de todos, el Departamento de Salud, la Administración de Servicios de Salud (ASES), los proveedores, por lo que se tienen que aunar esfuerzos para lograr un mejoramiento en los servicios de salud en Puerto Rico para la población con impedimentos.

Recomendaciones

- Evaluar los Planes de Salud a la luz de las necesidades informadas por las personas con impedimentos.

- Promulgar legislación basada en un análisis comprensivo de la legislación vigente (ver Anejo 3) en términos de cumplimiento y rigurosidad de las leyes en beneficio de las personas con impedimentos.

- Inspeccionar estructuras de servicios existentes para determinar cumplimiento con la “Americans with Disabilities Act”, (ADA), respecto a barreras arquitectónicas y desarrollar planes correctivos para garantizar que los servicios sean accesibles a las personas con impedimentos.

- Estudiar políticas de admisiones a hospitales relacionadas a los recipientes de la Reforma de Salud.

- Monitorear instituciones para evitar maltrato institucional.

- Llevar a cabo un estudio sobre los problemas que enfrenta la población con impedimentos para accesar a los servicios de salud.

- Se debe comenzar con un estudio y recopilación de datos de personas con impedimento relacionado a los servicios de salud en toda la isla, para que se puedan identificar las necesidades de esta población.

- El modelo existente de servicios de salud física y mental bajo el Plan de Salud del Gobierno (Reforma) debe ser reevaluado. Los problemas con los medicamentos, citas y referidos y negación de servicios son los que más están afectando a esta población.

- Se debe establecer una coordinación efectiva en la búsqueda de soluciones que redunden en mejorar los servicios y que sean éstos de alta calidad, entre la Administración de Servicios de Seguros de Salud (ASES), los proveedores, el Departamento de Salud, las agencias y las organizaciones de servicio comunitario.

- Proveer educación a las personas con impedimentos, con información actualizada sobre servicios, condiciones nuevas y programas que salvaguarden sus derechos.

- Desarrollo y diseño de material informativo de los diferentes servicios para facilitar acceso a éstos.

- Establecer un sistema de consejería y orientación efectivo para los familiares de niños con impedimentos.

- Crear un fondo común de parte de las diferentes agencias para sufragar gastos que requieran un desembolso inmediato, cuando no hay alternativa de servicios en el sector público para las personas con impedimentos múltiples.

- Los servicios de ama de llaves prestados por las diferentes agencias y municipios deben reevaluarse, ya que no cumplen con las necesidades de las personas con impedimentos.

- Servicios residenciales para la población de salud mental y necesidades especiales para aquellos que no pueden beneficiarse de otras alternativas de salud.

Acceso Geográfico

Conclusiones

Existen limitaciones de acceso a servicios de salud en las comunidades más cercanas a la cordillera central. Estos se caracterizan por ubicar en áreas de alto grado de pendiente, distantes de los centros urbanos y/o el pueblo donde localizan los servicios de salud.

La mayoría de los servicios de salud se limitan a servicios primarios, secundarios y de emergencias. Los servicios más especializados de tratamiento, cirugías, salas de parto, no están accesibles a esta población.

Los datos que se recogieron para analizar las limitaciones de acceso a servicios necesitan documentarse en forma sistemática para establecer de manera más científica los criterios para evaluar las limitaciones de acceso a servicios de salud por localización geográfica

Recomendaciones

- Levantar un perfil socio demográfico de estas comunidades identificar grupos que por razón de edad, y/o por impedimento se agrava aún más las limitaciones de acceso a los servicios.

- Llevar a cabo un estudio para identificar las limitaciones de acceso a servicios de salud por localización geográfica para Puerto Rico. Este estudio aportaría al desarrollo de una política pública y a coordinar en un esfuerzo interagencial que minimice las barreras de

acceso y se provean de los medios necesarios para garantizar el acceso a servicios de salud.

Personas no aseguradas

Conclusiones

En Puerto Rico no existe un estimado oficial de la cantidad de personas que residen en el país y no tienen un seguro médico. Reconocemos la complejidad de contabilizar a un grupo de población que está compuesto por muchos subgrupos con características de marginalidad social. La experiencia de los proveedores de servicios de salud refleja la posibilidad de que este grupo de exclusión social represente entre un diez y un quince por ciento de la población general, mientras que los esfuerzos académicos y de agencias públicas colocan ese número por debajo de un diez por ciento.

Recomendaciones

Ante la falta de estudios específicos sobre la población no asegurada, hacemos las siguientes recomendaciones:

- Realizar un estudio con bases científicas para determinar la proporción de personas sin seguro médico en Puerto Rico.

- Identificar las razones por las cuales personas que cualifican para los beneficios de la Reforma de Salud no se acogen a éstos.

- Establecer mecanismos para que toda persona que cualifique para recibir los beneficios del plan de salud del gobierno, queden asegurados al momento de iniciar los trámites para el mismo sin que surjan brechas de tiempo en su aseguramiento.

- Establecer mecanismos en el Departamento de Salud para que los proveedores primarios de la Reforma de Salud puedan prestar servicios a personas no aseguradas y facturar por dichos servicios a la Oficina de Asistencia.

Menores en Protección del Departamento de la Familia

Conclusiones

La experiencia del personal de la Administración de Familias y Niños (ADFAN), señala que los trámites para obtener los servicios de la Reforma de Salud para los/las niños/as en custodia del Departamento, pueden demorar alrededor de treinta días. Esto se traduce en que si un/una menor es removido/a de un hogar sustituto a otro y este cambio conlleva el cambio de región, el/la menor estará alrededor de treinta días sin tarjeta de la Reforma, por ende sin servicios de salud. De los menores en custodia del Departamento de la Familia, unos 7,889 reciben servicios con la cubierta de la Reforma de Salud del Gobierno.

A pesar de las provisiones tomadas para asegurar que las necesidades de salud de los/las menores en protección del Departamento de la Familia estén cubiertas, ya sea a través de los servicios de la Reforma de Salud o mediante planes de servicios de salud privados ésta es un área que requiere atención. En el "Child and Family Service Review"[4] efectuado a la Administración de Familias y Niños (ADFAN) conducida por el Gobierno Federal, durante el año 2003.

En el aspecto de la salud física de los/las menores se encontró que en el 25% de los casos necesita que se intervenga de manera efectiva. Los casos analizados se desglosan:

- 14% de los menores no recibieron cuidado y tratamiento preventivo adecuado de salud,
- 8% no recibió tratamiento para identificar las necesidades médicas y mentales,
- 3% de los casos no recibió exámenes médicos para casos que incluían abuso físico.

Los evaluadores señalaron que la Administración de Familias y Niños es generalmente efectiva en coordinar la evaluación y detección de las necesidades físicas de los/las menores. Estos pudieron corroborar que los menores en hogares de crianza/ sustitutos generalmente reciben evaluaciones iniciales y exámenes físicos anuales que incluyen exámenes de visión y dental.

Con relación a la salud mental de los/las menores, los examinadores indicaron que en el 44% de los casos, es un área que necesita ser mejorada. Las puntuaciones en este renglón variaron en función del tipo de caso. En los casos de menores en hogares/crianza sustitutos el área reflejó la necesidad de mejoramiento en un 39%, mientras que en los casos de menores maltratados que permanecen en sus hogares biológicos la necesidad de mejoramiento alcanzó 50%. Al desglosar el 44% de los casos, se encontró que al:

- 22% no se le proveyó una evaluación mental a pesar de estar recomendada.
- 19% no recibió servicios para trabajar con necesidades mentales identificadas.
- 3% no recibió una evaluación mental en el tiempo requerido.

Por otro lado el estudio, *"Procedimientos en la Cortes de Puerto Rico en los casos de Abuso de Menores bajo el Programa de Mejoramiento de las Cortes"*: [5] plantea otros posibles factores que abonan a los señalamientos de la evaluación:

- En el 86% de las vistas de privación de custodia de menores se discutió las necesidades de salud de estos de manera superficial**.**
- En el 90% de las vistas de privación de custodia se discutió las necesidades de evaluación médica y psicológica de los menores de manera superficial.

Otro factor que incide negativamente en el acceso de los/las menores en hogares crianza/sustitutos a los servicios médicos es la falta de servicios especializados a través de los distintos pueblos de la Isla. Esto obliga a que menores con condiciones especiales deban viajar de un pueblo a otro, siendo en ocasiones extensas las distancias entre un pueblo y otro, para recibir servicios. Como ejemplo de esta situación es los servicios para menores con el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), hay tres (3) albergues a través de toda la isla que ofrecen servicio. Estos albergues están localizados en Aibonito, Mayagüez y Ponce lo que deja el área norte y este de la Isla desprovistas de este servicio.

Los/las menores en custodia del Departamento con problemas específicos de salud física, son ubicados en dos (2) albergues localizados en San Juan y Manatí. Este problema lo enfrentan además, los/las menores con problemas de retardo mental y autismo sólo se pueden albergar en dos (2) hogares localizados en Bayamón y Guayama; los/las menores con problemas específicos de salud mental se ubican en los hogares ubicados en Guaynabo y Juncos.

Durante el periodo de abril de 2003 a marzo de 2004, el Departamento de La Familia invirtió $2,717,904 en instituciones que albergan menores removidos de su hogar biológico que sufren de condiciones especiales de salud. El Departamento pagó $1,323,912 por concepto de subvenciones especiales a familias que albergan menores con condiciones de salud para cubrir los gastos médicos de estos. Sin embargo, a pesar de esta inversión todavía los/las menores no están recibiendo los cuidados de salud necesarios.

Recomendaciones

- El desafío mayor que enfrenta el Departamento de la Familia para ofrecer a los/las menores en protección, servicios de salud adecuados, es aumentar los recursos para asegurar los mismos. Los recursos destinados a otros renglones como programas de prevención e intervención temprana para los/las menores víctimas de maltrato se ven limitados, ya que se utilizan los mismos en aspectos de salud.
- Reconocemos que la prevención de la violencia en la familias y el maltrato a menores es un imperativo social que involucra a todos los integrantes de la sociedad puertorriqueña. Mediante la concertación de esfuerzos multisectoriales, familiares, comunitarios, privados y gubernamentales podremos cumplir con los retos de forma coordinada, eficiente y sensible.

Violencia Sexual

Recomendaciones

- Continuar con las alianzas intersectoriales e interagenciales para la prevención y manejo de Violencia Sexual para garantizar la efectividad de las necesidades de las iniciativas que se está llevando a cabo.

- Mantener la coordinación del Equipo Interagencial CAVV – Isla.

- Continuar promoviendo el Modelo de Enfermería Forense en Agresión sexual (SANE), para facilitar la recopilación de evidencia forense de víctimas.

- Continuar con el especial para la monitoría a hospitales con Sala de Emergencia que atienden a sobrevivientes de Agresión Sexual (FORSSA**).**

- Continuar con las Campañas de Promoción para la Prevención de Violencia Sexual con actividades especiales e impacto a la población a través de los medios de comunicación radio, prensa y televisión.Lograr el desarrollo de modelos de intervención que faciliten los aspectos médicos legales de las situaciones de violencia sexual. Ej. SANE

- Lograr mayor cantidad de recursos para ofrecer servicio directo a personas sobrevivientes y familiares - prevención secundaria y terciaria.

- Formalizar un sistema de vigilancia y continuar la recopilación de datos e información estadística de los casos de violencia sexual que ofrezcan un cuadro mas claro de la problemática.

- Mantener la educación a profesionales de la salud y profesionales de ayuda sobre manejo, intervención, derechos de sobrevivientes y modificación de actitudes que dificultan el acceso a los servicios.

- Educación acerca de las necesidades especificas de las poblaciones especiales que son victimas de violencia sexual.

- Mayor promoción y divulgación de los servicios disponibles, los derechos de las personas sobrevivientes de agresión sexual y del tema de violencia sexual.

Población con Problemas de Salud Mental

Conclusiones

- Los servicios de salud mental y las adicciones están en estado crítico en Puerto Rico y requiere atención prioritaria.

- La política pública, leyes, reglamentos y programas de intervención existentes no están bien definidos, coordinados o enfocados para atender las necesidades de los pacientes de salud mental y adicciones y requieren análisis y revisión.

- Existen barreras de desconocimiento, estigma, falta de facilidades físicas, recursos económicos y humanos, legales y estructurales que obstaculizan el desarrollo y provisión de servicios adecuados a la población afectada.

- Se anticipa un impacto negativo en la seguridad, economía, bienestar de la familia y comunidad, crianza y educación de la niñez, productividad laboral, tasas de morbilidad y mortalidad, y calidad de vida en general de la sociedad puertorriqueña al no atender efectivamente la situación planteada.

- Ha habido y se están desarrollando esfuerzos por mejorar y ampliar los servicios de salud mental y adicciones a nivel preventivo y rehabilitativo tanto en el sector público como el privado, pero a menudo en forma desarticulada y a corto plazo.

- Para atender en forma efectiva, integrada y coherente las necesidades de salud mental y las adicciones de más de aproximadamente medio millón de puertorriqueños que sufren de trastornos mentales y adictivos severos, se requiere la inmediata planificación e implantación de un sistema de servicios con la debida asignación de recursos fiscales, físicos y humanos.

Recomendaciones:

- Desarrollar una política pública a nivel del Gobierno que establece la paridad de la salud mental, incluyendo tratamiento de abuso de sustancias, con la salud física y la integración de servicios de salud mental y tratamiento de abuso de sustancias con los servicios de salud física en el nivel primario, secundario y terciario.

- Definir, en la política pública, el enfoque salubrista hacia la atención de la salud mental y las adicciones y el rol determinante del Departamento de Salud en proteger la salud de la población de Puerto Rico, promoviendo, dirigiendo y fiscalizando toda la ejecutoria del sector público y privado en el área de salud, incluyendo la salud mental bajo la Reforma y de los sectores con y sin fines de lucro del país.

- Revisar las políticas y leyes del país respecto al enfoque y trato de las personas con enfermedad mental y adicciones para reducir la criminalización de estas enfermedades

y el estigma hacia las personas afectadas y para promover alta calidad en la provisión de tratamiento, incluyendo aspectos de licenciamiento y acreditación de las facilidades y programas de servicios y certificación de los profesionales de salud mental y prevención y tratamiento de abuso de sustancias.

- Desarrollar un Plan Estratégico para atender las necesidades de salud mental y adicciones en Puerto Rico a largo plazo, basado en un análisis exhaustivo de estructuras y enfoques existentes y la efectividad de las mismas, tomando en consideración la responsabilidad primordial del Gobierno de atender a las poblaciones crónicas que no están siendo atendidas, y que resulta ser muy costoso para el sector privado de servicios.

- Crear e implantar una campaña educativa dirigida a aumentar conocimientos generales de la población sobre la salud mental y adicciones y el apoyo a los servicios y a disminuir el estigma.

- Fortalecer sistemas de comunicación y colaboración efectivos entre las agencias del sistema público y entre el sector público de salud mental y las estructuras privadas con y sin fines de lucro.

CAPITULO 5

Aseguramiento

Conclusiones

Como respuesta a la necesidad de planes de médicos, es importante identificar a la población no cubierta para el desarrollo de estrategias que le permitan su acceso. La población sin planes presenta niveles de escolaridad altos (40,67% estudios subgraduados) y el 45,8% usualmente trabaja. Lo que parece indicar es que no se dispone de suficientes recursos para la adquisición de cubiertas de seguros de salud, mas aun cuando los planes individuales resultan ser de mas costosos que los planes grupales.

Según el estudio continuo de Salud para los municipios de Puerto Rico, en el 2002, un 7 por ciento de la población no tenía seguros, lo que representa aproximadamente 271.000 habitantes.

Existen muchas empresas en Puerto Rico que ofrecen a sus empleados o socios cubiertas de seguros de salud que no se reflejan en los datos de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico (OCS).

El gasto en el cuidado de la Salud en Puerto Rico a través de planes médicos es sobre $5.3 billones para el año 2003 de acuerdo a nuestros estimados.

La imposición de las cubiertas mandatarias legisladas en el último año puede ser una razón para que los patronos busquen disminuir los beneficios que dan a sus empleados o ir eliminando el beneficio de planes médicos. Existe una tendencia en la Industria de Seguros de Salud, de que patronos de grandes empresas se mueven a planes auto asegurados.

Los planes médicos privados, que se ofrecen a la población en general y en su mayoría a los patronos para sus empleados, están reglamentados por leyes estatales y federales.

Cada una de los negocios relacionados con el aseguramiento, están obligados por ley a rendir informes anuales. Los informes tienen que someterse a la Asociación de Comisionados (por sus siglas en ingles NAIC)42, y a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico (OCS). Hay que destacar de antemano, que los informes no son similares en formato. Por lo tanto, no se recopila la misma información. Como resultado, esto presenta una dificultad metodología, sí se intenta comparar datos segregados por tipo de red, arreglos financieros u otra variable.El concepto de la cubierta mandatoria (universal), igual para toda la población, conlleva cambios sustanciales y posiblemente no alcanzables, cuando existe reglamentación estatal y federal excluyentes unas de otras, las cuales impactan a distintos grupos con planes médicos.

Recomendaciones

- Garantizar a la población de Puerto Rico que no cuenta con planes médicos, el acceso a los servicios básicos de salud para lo cual se deben explorar distintas opciones. Las necesidades de servicios y cuidados de salud a la población total, no provistos a través de planes médicos, deben ser provistos por otros mecanismos.

- Estandarizar los informes por tipo de servicios usando los códigos estándar de la industria para facilitar la recopilación y el análisis de la información.

- Explorar la posibilidad de legislar que la Administración de Planes Médicos se desarrolle solamente bajo Organizaciones de Servicios Salud, lo que obliga a estandarizar los informes y a permitir la vigilancia en calidad y acceso.

CAPITULO 6

Financiamiento

Conclusiones

El Sector de la Salud en Puerto Rico es administrado mediante una combinación de funciones del gobierno, la empresa privada y el ciudadano. La complejidad del sistema en cuanto a los mecanismos de financiamiento requiere un análisis profundo y detallado, pues su sola descripción del sistema en su totalidad requirió una inversión de tiempo y esfuerzo considerable.

Este análisis sienta las bases para el establecimiento de las “cuentas nacionales en Salud”. Aunque entendemos que queda mucho por hacer, a continuación se resumen los hallazgos más importantes a modo de conclusiones.

La falta de información completa y la dificultad en agregar la información disponible de diversas fuentes para asegurar su comparabilidad, fueron factores limitantes importantes durante el proceso de esta investigación.

El sector privado ha sido tradicionalmente la fuente principal de financiamiento del sector de salud en Puerto Rico. Actualmente representa casi un 70% del gasto total.

Durante el período de 1999 al 2003 no hubo un cambio real significativo en el gasto total en el Sector de la Salud en Puerto Rico.

42 NAIC - National Association of Insurance Commisioner

Durante este mismo período analizado, el gobierno asumió un rol más significativo en el financiamiento del sector de salud (de un 26% pasó a un 32%).

Entendemos, aunque los datos no nos permitieron evidenciar contundentemente nuestras sospechas, que el complicado esquema de financiamiento, el alto número de entidades intermedias y las diversas funciones que se comparten entre sí, consumen una parte excesiva de los fondos en gastos administrativos y afecta seriamente la eficiencia del sistema.

Recomendaciones

- Recomendamos al Departamento de Salud contratar recursos a tiempo completo que, en colaboración con expertos en seguros y financiamiento, puedan realizar un análisis detallado de la magnitud y las características de cada mecanismo de financiamiento y de cada mecanismo de pago, según se identificaron en el diagrama de flujo de financiamiento. De este análisis deben surgir recomendaciones específicas dirigidas a aumentar la eficiencia del sistema en términos fiscales, lo que redundará en mejor servicio para la población.

CAPITULO 7

Provisión de Servicios

Conclusiones

El tema de la salud, y más específicamente el de la atención médica, es una de las preocupaciones ciudadanas que aparece constantemente en las encuestas de opinión pública de los últimos años. Los cambios demográficos y epidemiológicos en el país han conducido a la implantación de un nuevo modelo de atención que a pesar de representar algunos avances, se observan brechas y desigualdades en la prestación de servicios de salud y en el estado de la salud de la población.

Para el año 2003, más del 16,4 por ciento del Producto Interno Bruto en Puerto Rico se dedicaba a los gastos de salud. Para contrarrestar parcialmente esta tendencia hacia un crecimiento en los gastos en salud, el gobierno introdujo en 1993 una Reforma de Salud basada en dos principios, acceso universal a servicios de salud para todos los ciudadanos y servicios de atención de salud administrados por terceros: cuidado dirigido (*managed care*). Esto sustituye el sistema anterior en el que el gobierno era el proveedor directo de servicios médicos a la población médico indigente, por uno en el que se hará cargo la empresa privada a través de un seguro prepagado.

Asimismo, un componente importante de la Reforma de Salud fue la privatización de las instalaciones públicas, lo cual se esperaba redujera la necesidad de nuevas inversiones por parte del Gobierno. El esquema fundamental de la Reforma divide el país en regiones (basadas en la compañía aseguradora que selecciona cada región), el Gobierno financia un programa de seguro médico y el sector privado, generalmente una compañía seleccionada para cada región mediante el proceso de subasta, provee los servicios.

Ciertamente Puerto Rico cuenta con un extenso y variado catálogo de servicios de salud que son ofrecidos mediante diversas modalidades de financiamiento y/o aseguramiento. El sector privado, en términos generales, mantiene la porción mayor de participación en estos servicios, no obstante, el gobierno, mantiene el volumen mayor de casos de alto riesgo ya que los

servicios a nivel terciario, los ofrece en su gran mayoría el estado a través de las facilidades del Centro Médico de Río Piedras.

Una de las mayores fortalezas que ofrece nuestro sistema de salud a partir del 2001 es la inversión que se está dedicando a la mecanización y desarrollo tecnológico de los procesos y servicios en el campo de la salud. Tanto el sector público como el sector privado tienen a su disposición importantes recursos tecnológicos al servicio de la salud del pueblo. A un costo de sobre $300 millones el gobierno ha adquirido en los últimos años equipo altamente sofisticado para el diagnóstico y tratamiento así como las tecnologías de información y procesamiento de datos más avanzados y seguros a la disposición de los pacientes, como veremos en el capítulo sobre avances tecnológicos.

La Tarjeta Inteligente de Salud representa el próximo gran avance de Puerto Rico en el área de la salud, con ella se establece por primera vez en el mundo, el uso de una tarjeta con procesador de datos como el vehículo para el manejo de datos de pacientes en un modelo de cuidado dirigido. El proyecto de la Tarjeta Inteligente de Salud surge como resultado de la necesidad que tiene el estado de poder obtener información de salud para la toma efectiva de decisiones y el manejo del Plan de Seguro de Salud.

Recomendaciones

Rectoría

- El Departamento de Salud debe consolidar su rol rector del sector de la salud en Puerto Rico, fortaleciendo y ampliando su función reguladora y de conducción. Para ello se recomienda establecer e institucionalizar actividades y procesos de análisis y estimación continua de la disponibilidad y localización de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y fiscales, en correlación con las necesidades y el estado de salud de la población. El producto de esta gestión deberá ser la base para enmendar o implantar la reglamentación vigente relativa al establecimiento de facilidades de servicios de salud, la formación de profesionales, la distribución y uso de los recursos fiscales y tecnológicos, entre otros.

- La reestructuración del Sistema de Salud ha de estar fundamentada en estructuras administrativas y fiscales integradas, con procesos y tecnologías modernas, ágiles y eficientes, que reduzcan al máximo el gasto por la duplicidad de funciones y el mal uso de recursos.

- Reorganizar las estructuras de coordinación y servicio en los niveles regionales, de manera que tengan los recursos y la agilidad necesarios para desempeñar las funciones con eficacia y accesibilidad.

Plan de incentivos

- Desarrollar un plan de incentivos para atraer y retener a los médicos y profesionales de la salud que actualmente emigran al extranjero, así como estimular la formación y retención de las clases profesionales que necesitamos para atender las condiciones de salud de la población.

Legislación

- Elaborar un Código de Salud Pública que integre y recopile en un solo documento toda la legislación relativa al campo de la salud, que reconcilie las diferencias e inconsistencias entre unas leyes y otras y que permita mirar el especto de las actividades en el área de la salud desde una óptica integrada.

- Establecer mediante esta nueva legislación, estándares más elevados de desempeño y calidad de servicios entre todos los proveedores de servicios de salud y requerir por mandato de ley, por medio del Departamento de Salud, la recopilación y medición continua de los niveles de ejecución y desempeño de éstos.

Desarrollo de facilidades

- Diseñar e implantar un programa de incentivos para estimular el desarrollo de facilidades hospitalarias en las seis regiones de salud que viabilice la prestación de servicios terciarios y supraterciarios en otras regiones de la Isla. Esto dotará a la población del resto de la Isla de esos servicios esenciales, poniendo a la disposición de la gente equipos profesionales multidisciplinarios y la tecnología más moderna para el diagnóstico y el tratamiento.

Prevención y promoción de la salud

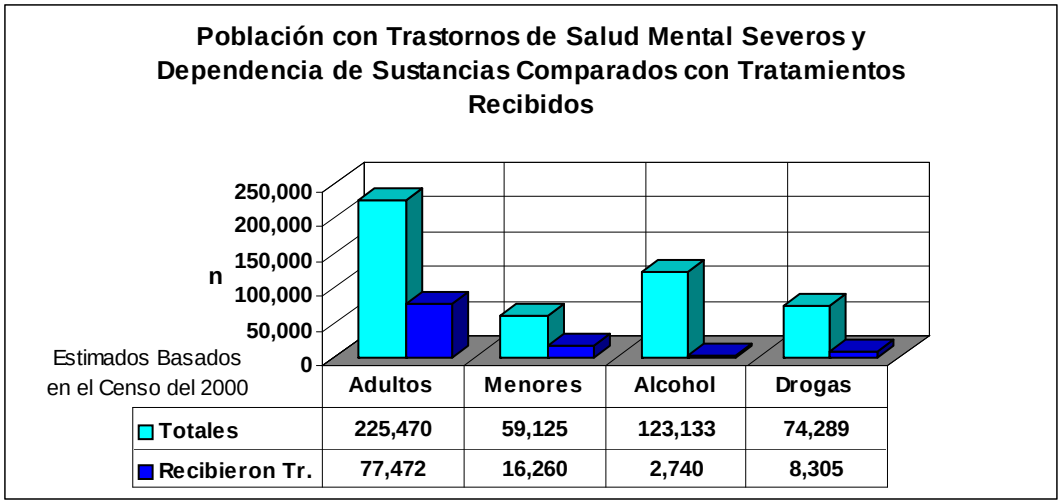
- Fomentar la constitución de organizaciones de la sociedad civil que nos asistan y nos apoyen en la evaluación y estímulo a los proveedores de la salud que aborden satisfactoriamente las estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedades, reduciendo factores de riesgo y modificando estilos de vida en las comunidades de Puerto Rico.

CAPITULO 8

Salud Mental

Conclusiones

Los datos presentados muestran que la salud mental es uno de los principales problemas de salud en Puerto Rico y el principal problema de la salud para la población joven. Sin embargo, sabemos, a través de varios estudios y estimados científicos en Puerto Rico, que casi tres cuartas partes de los adultos y niños necesitados de estos servicios no los reciben (FY 04). De ahí, la enorme importancia de revaluar detenidamente nuestros sistemas de atención de la salud mental



Como se observa, a partir del año 2000 el desarrollo de la legislación ha respondido a resolver problemas no previstos con la implementación de "Reforma" a través del modelo de prestación de servicios conocido como "Cuidado Coordinado" o "Cuidado Dirigido" (Manage Care) en la salud mental. Este desarrollo se ha caracterizado por la necesidad de corregir, más que legislar organizadamente de acuerdo con el establecimiento de un plan estratégico de servicios de salud mental.

Un sistema de cuidado de salud mental, en cualquier país, debe ser objeto de la más alta prioridad en la agenda de trabajo del gobierno. En términos generales, para el tratamiento de los trastornos mentales, en el contexto del sistema de cuidado de salud primaria de un país, se debe asegurar la disponibilidad de los psicofármacos y de las intervenciones psicosociales necesarias. El sistema debe ir orientado a los "Centros de Salud Mental de la Comunidad", contando con facilidades de hospitalización psiquiátrica disponibles y con apoyo al cuidado en el hogar. También debe combatir la discriminación a través de campañas de orientación pública y haciendo participar a los pacientes, sus familias y las comunidades de decisiones sobre políticas y servicios. El sistema debe establecer vínculos entre la salud mental y otros sectores sociales. También debe de apoyar la investigación científica.

Hace alrededor de diez años, el Gobierno de Puerto Rico comenzó un proceso de privatización de los servicios de salud mental con el propósito de mejorar el acceso, la calidad y reducir los costos. Sin embargo, después de diez años no se han logrado estos objetivos. Estudios realizados por la Dra. Margarita Alegría en el 2001 demuestran que el modelo de "Cuidado Coordinado" o "Cuidado Dirigido" (Manage Care) en la salud mental no ha sido exitoso en asegurar que la distribución de los recursos disponibles responda al principio de justicia social de dar prioridades a los más necesitados.

Otros estudios proveen evidencia adicional sobre la naturaleza de los servicios de salud mental provistos por las aseguradoras. El estudio sobre la salud mental en niños y adolescentes (García, 2000) demostró que la mayoría de las madres desconocían los servicios de salud mental que cubría la aseguradora. La mayoría desconocía las diversas modalidades de tratamiento, con excepción de la farmacoterapia.

Un grupo con una marcada necesidad de servicios de salud mental lo constituyen los niños y adolescentes. Dentro de este grupo se destacan los menores víctimas de negligencia, maltrato y abuso sexual que exhiben problemas de aprendizaje, experimentación con alcohol y drogas, así como problemas de ajustes y de conductas. Los datos estadísticos del Departamento de la Familia correspondientes a junio de 2001 demuestran que 18.568 familias se encontraban

recibiendo servicios de protección a menores. Los menores pertenecientes a estas familias ascendían a 46.303. De estos menores 8.625 están bajo la custodia legal del Departamento de la Familia y se encuentran ubicados en cuidado sustituto. Estos menores fueron removidos por problemas de negligencia o maltrato. La mayoría de ellos tienen serias secuelas del maltrato, lo cual se agrava con la separación abrupta y no planificada del hogar. El cambio frecuente de hogares provoca inestabilidad y no facilita el establecimiento de relaciones significativas. Un estudio realizado con adultos egresados de hogares de crianza encontró que la inmensa mayoría de las personas (90%) no recibieron servicios de salud mental (García y Vásquez, 2002)

Durante los últimos años han sido frecuentes las denuncias hacia las compañías privadas contratadas por ASES que proveen los servicios de salud mental a las personas médico indigentes, por restringir el uso de medicamentos psicotrópicos modernos y utilizar la farmacoterapia como el tratamiento principal o único tratamiento. Estas compañías no promueven los servicios de rehabilitación, no facilitan la participación de la familia en el plan de tratamiento y no proveen servicios de calidad para los niños y adolescentes.

La reestructuración de nuestro sistema de cuidado de salud mental debe enfatizar en los siguientes factores:

- La identificación temprana de síntomas psiquiátricos o problemas psicosociales.
- La evaluación comprensiva y un plan de tratamiento individualizado y comprensivo con la participación de la familia en todo el proceso de diagnóstico, tratamiento, cuidado y rehabilitación.
- La integración y utilización de equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios dentro del plan de tratamiento individualizado según lo establece la ley 408 de Salud Mental.
- La utilización de modalidades terapéuticas con los estándares de cuidado basados en investigaciones sobre la práctica de tratamientos más efectivos (evidence–base).
- El acceso a un continuo comprensivo de servicios de salud mental ambulatorios, hospitalarios e intermedios como los hospitales diurnos, el tratamiento residencial, el servicio en el hogar, ubicados en su comunidad y ofrecidos en forma integrada y coordinada así como culturalmente competentes.
- El acceso a toda la población, pero con atención particular a las necesidades especiales a los adolescentes y los envejecientes.
- El desarrollo y la implantación de protocolos de tratamiento para las poblaciones especiales.
- Proveer los servicios en un ambiente que proporcione la autonomía del paciente, limite las restricciones, el prejuicio, los obstáculos administrativos y financieros.
- Garantizar la paridad de los servicios de salud mental con los servicios que se ofrecen para otras condiciones médicas.
- Proporcionar una vinculación y transición adecuada con otros servicios de la comunidad y el gobierno, así como, con otros escenarios como el lugar de trabajo, la escuela y las instituciones correccionales cuando ese sea el caso.
- La participación adecuada de los pacientes y familiares en la toma de decisiones sobre las políticas de distribución de recursos y servicios.
- La formación adecuada de profesionales de salud mental.
- La interconexión de los sistemas de servicios de salud mental que permita intercambio de información, facilidad de referidos y seguimiento entre los diferentes niveles de cuidado.

El modelo que se adopte para la prestación de servicios de salud mental debe ser participativo en la toma de decisiones tanto para el participante, como para la familia y la comunidad en general. Se debe aumentar la utilización de esfuerzos coordinados entre disciplinas y agencias (públicas, privadas y comunitarias). La evidencia empírica nos muestra que se debe expandir la capacidad y el acceso a los servicios de tratamiento pero no por esto se debe abandonar las áreas de prevención o viceversa. Ambos elementos son sumamente importantes a la hora de incorporar un componente de medición de esfuerzos y resultados que nos permita conocer si lo invertido en el presupuesto va acorde con los resultados obtenidos. La fragmentación y desintegración del sistema de cuidado de salud mental debe ser detenida. Debemos movernos en dirección de un sistema centrado en el individuo, su familia y su comunidad de forma integrada, coordinada, estable y compasiva que promueva una mejor calidad de vida.

Recomendaciones

Reestructuración del sistema

El sistema de Salud Mental en Puerto Rico debe ser reestructurado enfatizando en los siguientes factores:

- La identificación temprana de síntomas psiquiátricos o problemas psicosociales.
- La evaluación comprensiva y un plan de tratamiento individualizado y comprensivo con la participación de la familia en todo el proceso de diagnóstico, tratamiento, cuidado y rehabilitación.
- La integración y utilización de equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios dentro del plan de tratamiento individualizado según lo establece la Ley 408 de Salud Mental.
- La utilización de modalidades terapéuticas con los estándares de cuidado basados en investigaciones sobre la práctica de tratamientos más efectivos (evidence–base).
- El acceso a un continuo comprensivo de servicios de salud mental ambulatorios, hospitalarios e intermedios como los hospitales diurnos, el tratamiento residencial, el servicio en el hogar, ubicados en su comunidad y ofrecidos en forma integrada y coordinada así como culturalmente competentes.
- El acceso a toda la población, pero con atención particular a las necesidades especiales a los adolescentes y los envejecientes.
- El desarrollo y la implantación de protocolos de tratamiento para las poblaciones especiales.
- Proveer los servicios en un ambiente que proporcione la autonomía del paciente, limite las restricciones, el prejuicio, los obstáculos administrativos y financieros.
- Garantizar la paridad de los servicios de salud mental con los servicios que se ofrecen para otras condiciones médicas.
- Proporcionar una vinculación y transición adecuada con otros servicios de la comunidad y el gobierno, así como, con otros escenarios como el lugar de trabajo, la escuela y las instituciones correccionales cuando ése sea el caso.
- La participación adecuada de los pacientes y familiares en la toma de decisiones sobre las políticas de distribución de recursos y servicios.
- La formación adecuada de profesionales de salud mental.
- La interconexión de los sistemas de servicios de salud mental que permita intercambio de información, facilidad de referidos, seguimiento entre los diferentes niveles de cuidado.

CAPITULO 9

Exclusión social de la salud y el VIH/SIDA

Conclusiones

La epidemia del SIDA tiene 23 años entre la humanidad. Su naturaleza, complejidad y retos han estremecido los cimientos sociales, laborales, económicos, culturales, educativos, la vivienda, los derechos humanos, la salud pública y otros asuntos. Sin embargo, es momento de aprovechar y maximizar las experiencias y logros positivos alcanzados por el esfuerzo de muchas personas de distintos países y continuar luchando por minimizar los retos que continúan sin resolverse. Entre los logros más significativos se encuentran el aumento del conocimiento científico acerca del VIH/SIDA, el surgimiento de medicamentos y alternativas de tratamiento, la reducción significativa de la transmisión perinatal y los programas educativos preventivos han evolucionado.

Aún no se ha encontrado la cura, ni la vacuna, la accesibilidad y continuidad a tratamientos de alta calidad es dificultosa y el discrimen y el estigma asociado al VIH/SIDA sigue vigente. Al final del siglo 20 se realizó una encuesta por medio de entrevista a científicos del mundo y los mismos afirmaron que la aparición del SIDA y el fracaso de de la terapia múltiple debido a la resistencia del virus era considerada la frustración más impactante del siglo. Este panorama se complica ya que para el 2002 el VIH ha desarrollado 25 mutaciones desde el inicio de la epidemia, o sea, a razón de una por año. Los estudios realizados entre el 2000 y el 2001 en los Estados Unidos reflejan que el 27.4% de los pacientes recién infectados que no han recibido medicamentos portaban un virus VIH que era resistente al menos a una clase de medicamento. Esta es una de las muchas razones por las cuales al día de hoy sólo se puede hablar del SIDA como una enfermedad tratable o manejable y no oficialmente como una enfermedad crónica.

Lo expuesto en los párrafos anteriores fundamenta las expectativas de las personas que viven con VIH/SIDA y que sobrepasan los conceptos “tolerar”, “respetar” y “aceptar” como un mero remedio, pues en torno a ellos se provoca y justifica la discriminación, la estigmatización, la penalización, las acciones de odios y hasta la muerte de muchos portadores del SIDA. Los excluidos no necesitan que los soporten o aguanten, sino que se reconozca su existencia y sus derechos para que su inclusión e integración en la sociedad sea sincera, justa y honesta. No hay que acogerlos por acciones benevolentes sino por los derechos que les asisten como a cualquier otro ser humano de la sociedad.

En varios de los momentos en que se revisó este escrito, se celebró en Tailandia la XV Conferencia Internacional del SIDA, a la que asisten profesionales relacionados con la salud, investigadores, académicos, científicos, activistas y personas que viven con VIH/SIDA.

Para el país sede de la Conferencia este hecho representa un honor y privilegio que los Estados Unidos de América no podrán disfrutar mientras sostengan una ley de inmigración discriminatoria en contra de las personas que viven con VIH/SIDA Por otra parte, el Sr. Randall Tobias, Coordinador Global del SIDA de los Estados Unidos de América, se atrevió declarar que la Conferencia había sido desvirtuada de su propósito por la asistencia y el dominio de los activistas. Como es de conocimiento público, una gran parte de los activistas lo componen personas que viven con VIH/SIDA.

Sirva esta coyuntura histórica para enfatizar que un análisis de la exclusión social de la salud a personas que viven con VIH/SIDA, es imposible de realizar si no se toma como punto de partida el sentir sufrido de estas personas que padecen de indignidad, injusticia y exclusión. La

verdad acerca de este asunto sólo se puede evidenciar y alcanzar desde la proximidad y la cercanía a las víctimas, pues permite ver y escuchar sus experiencias de exclusión. Se pueden lograr muchas mejoras a favor de las personas que viven con VIH/SIDA si no se siente temor a disentir, a denunciar, a anunciar, a realizar transgresiones y a que nos cataloguen como activistas, subversivos, peligrosos, criminales o desobedientes civiles.

La Cumbre Mundial de Desarrollo Sostenible, organizada por la ONUSIDA y celebrada en Johannesburgo en el año 2002, en su documento VIH/SIDA, Recursos Humanos y Desarrollo Sostenible, establece de manera clara que:

> "La participación de las personas que viven con el VIH/SIDA es parte indispensable de una respuesta eficaz. A través de su ejemplo y su activismo, los que viven con el VIH/SIDA han ido a la vanguardia de muchos de los éxitos conseguidos en la lucha contra la epidemia. Su valentía ha inspirado innumerables esfuerzos similares para contrarrestar la epidemia y sus efectos. En muchos países del mundo, las personas que viven con el VIH/SIDA han contribuido a trazar planes nacionales y a asegurar que respondan a las realidades de la población. Su participación también es fundamental para superar los obstáculos del estigma, la discriminación y la negación. Pero para las personas que viven con el virus elijan la sinceridad en lugar del secreto, necesitan un entorno que los proteja y salvaguarde sus derechos humanos".

A su vez, en esos mismos momentos de los cuales se hace mención, se ha participado en el Comité del Departamento de Salud de Puerto Rico que organiza la campaña de publicidad que dará a conocer la Carta de Derecho de los Pacientes con VIH/SIDA al público en general y a los profesionales relacionados con la salud. Un gesto esperanzador que no deja perder la fe y la ilusión de que algún día se haya eliminado de la faz de la tierra el VIH/SIDA.

Mi experiencia profesional y personal nos liga con muchas personas que tienen rostro y nombre. Ninguno de ellos escogió vivir con VIH/SIDA ni ser excluidos. Por tal motivo, ningún ser humano ni gobierno puede eludir su responsabilidad social frente a este asunto y otras situaciones sociales. No hay la menor duda de que existen variables que marcan al portador de VIH y le pueden influenciar en su toma de decisión para escoger entre la vida y la muerte. Estas son: la exclusión, la marginación y la falta de apoyo de su familia, amistades, compañeros de trabajo y la sociedad en general. Se puede concluir que el poder mortal del SIDA se acrecienta significativamente por causas sociales.

Recomendaciones

Exclusión social

- Trabajar consistentemente a favor de eliminar cualquier indicio de exclusión social de la salud relacionada con el VIH/SIDA. Posibilitar el desarrollo integral en la sociedad de la persona que vive con VIH/SIDA***.***

- Propuesta 1: Garantizar a las personas que viven con VIH/SIDA (niños, adolescentes, adultos y envejecientes) su derecho a ser incluidos en todo lo que represente su bienestar: tratamientos médicos de calidad, vivienda adecuada, alimentación, educación, empleo, deportes, libertad de expresión, libertad de movimiento, asociación cofamiliares y amistades y otros asuntos.

Derechos humanos

- Garantizar los Derechos Humanos de las personas afectadas directa o indirectamente por el VIH/SIDA. Abogar por la salud, para las personas que viven con VIH/SIDA, como un Derecho Humano.

- Propuesta 2: Asegurar el disfrute de la salud como un derecho humano, a las personas que viven con VIH/SIDA, como parte fundamental de cualquier programa eficaz en contra de la epidemia.

Tratamientos, medicamentos y servicios de apoyo

- Garantizar la accesibilidad y continuidad de tratamientos, medicamentos y servicios de apoyo de máxima calidad reciente a las personas que viven con VIH/SIDA. Desarrollar programas de cuidados paliativos, preventivos y holísticos como disciplina con una actividad rehabilitadora que promueva la autonomía y la dignidad de la persono que vive con VIH/SIDA. Aumentar el acceso al tratamiento y a la profilaxis de las enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH/SIDA como hepatitis C, trastornos mentales, dermatitis, pulmonías, sarcoma de kaposis y otras

- Establecer un sistema de administración racional con sistemas de financiación apropiados y de manera responsable que garanticen la accesibilidad y continuidad a los tratamientos, medicamentos y pruebas de laboratorios recientes a un costo razonable.

Mujeres

- Realzar la importancia, crear conciencia y capacitar a las mujeres para que puedan alcanzar éxito en la negociación sexual con su pareja y en el acceso a tratamiento. Evitar el lenguaje sexista excluyente o que margine a las mujeres en los asuntos relacionados con el VIH/SIDA, pues la tasa de mujeres infectadas sigue creciendo vertiginosamente.

- Igualar a las mujeres en la accesibilidad a tratamientos, medicamentos, pruebas de laboratorios y servicios de apoyo, asegurándoles su importante lugar en la sociedad como parte integrante de la misma con sus capacidades, deseos y proyecciones.

Presupuesto

- Velar y garantizar el buen uso de los presupuestos asignados a los programas de servicios concernientes al VIH/SIDA. Superar la fragmentación, los vacíos, la dispersión, la duplicidad de esfuerzos, servicios y costos y el desvió de fondos para resolver otros asuntos, que han caracterizado a los programas VIH/SIDA.

- Asignar un presupuesto destinado a programas relacionados con el VIH/SIDA (educativos, preventivos y tratamientos) que se aplique de manera rigurosa y transparente.

Estigma y discrimen

- Evitar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA para que la población en general se realice la prueba del VIH y pierda temor a recibir tratamiento si es necesario. No utilizar el SIDA para domesticar o condenar al prójimo, ni como una

plataforma para moralizar o defender “verdades” propias. No convertir la discriminación por VIH/SIDA en otra epidemia. Humanizar la salud, los hospitales y las salas de emergencia de tal manera que todas los seres humanos, independientemente de su conducta, de su decoro, de su posesión o no de las facultades mentales o físicas, sean tratados como dignos. Fomentar centros de diagnósticos anónimos y confidenciales.

- Orientar al público en general y a los profesionales relacionados con la salud con el fin de eliminar cualquier tipo de discrimen y estigma asociado al VIH/SIDA.

Toma de decisiones

- Permitir que el paciente, en colaboración con el profesional relacionado con la salud, pueda llegar a un consenso con respecto a su tratamiento. Integrar a personas que viven con VIH/SIDA en las Juntas de Directores de las organizaciones de base comunitaria y cualquier otra organización pública o privada que ofrezca servicios relacionados con el VIH/SIDA.

- Promover la participación de las personas que viven con VIH/SIDA en la toma de decisiones relacionadas con su salud y otros asuntos para que puedan tomar control de sus vidas de una manera responsable.

Política pública

- Promover la participación activa de las personas que viven con VIH/SIDA y sus organizaciones en la redacción de las políticas públicas sobre el VIH/SIDA. Ofrecer espacio y examinar las percepciones que sobre las políticas públicas VIH/SIDA tienen las personas viviendo con VIH/SIDA, los afectados, el sector público y el sector privado que tienen que ver con el tema.

- Generar políticas públicas efectivas respecto al VIH/SIDA asumiendo como principios: el derecho a la vida, condiciones de vida equitativas, el respeto por la dignidad, el derecho a tomar decisiones en conciencia, la no discriminación, la solidaridad, el sentido humanista y que garanticen los incentivos necesarios para empujar el cambio cultural y social.

Educación y prevención

- Desarrollar campañas de publicidad con palabras y mensajes positivos que hagan referencia a la esperanza, la paz, el desarrollo humano, la salud y no utilizar vocabulario o metáforas referentes a la guerra como campaña, control, vigilancia, combate y otros.

- Evaluar y explicar el éxito o fracaso de las campañas de prevención y la influencia social de sus mensajes educativos y culturales, los tratamientos y sus complicaciones, los medicamentos, la adherencia a los mismos y sus consecuencias.

- Establecer programas educativos y preventivos sobre VIH/SIDA a la fuerza laboral de los sectores privados y públicos para crear una mayor sensibilidad en el sector empresarial y fomentar el desarrollo de políticas antidiscriminatorias.

- Mantener actualizada la capacitación de los profesionales relacionados con la salud que brinden servicios relacionados con el VIH/SIDA (asuntos administrativos, presupuestarios, prevención, tratamiento, medicamentos, servicios de apoyo y otros).

- Desarrollar programas de prevención con los portadores de VIH que incluyan métodos, materiales audiovisuales y escritos a tono con el público en general, con las distintas poblaciones vulnerables, sus distintos comportamientos y factores de riesgo.

Lenguaje

- Orientar el lenguaje relacionado al VIH/SIDA de manera que los términos utilizados sean estrictamente precisos para que no se perpetúen estereotipos, estigmas, discriminación, criminalización y penalización contra las personas viviendo con VIH/SIDA.

- Organizar talleres dirigidos a los representantes de los medios de comunicación que cubren los asuntos relacionados con el VIH/SIDA ya que aún perduran lenguajes en la prensa que son claramente lapidarios, confusos, falsos, moralistas y en ocasiones hasta reflejan intereses sensacionalistas economicistas.

- Promover un nuevo discurso social sobre el VIH/SIDA que utilice un lenguaje que refleje valores de no exclusión, que respete la dignidad humana, incluya consideraciones de género y sea preciso y comprensible.

Colaboración

- Crear redes de información entre el Departamento de Salud, las Organizaciones de Base Comunitaria, Agencias Privadas y otras Agencias Públicas para intercambiar experiencias, ideas e información entre sí.

- Asegurar que las Organizaciones de Base Comunitaria puedan llevar a cabo sus actividades de manera eficaz.

- Establecer mecanismos para consolidar los logros obtenidos en la colaboración entre el Estado, las OBC y las empresas privadas en el control del VIH/SIDA.

- Establecer acuerdos eficaces entre organismos locales, internacionales e intersectoriales, públicos y privados para establecer o posibilitar acciones conjuntas y compromisos como instrumentos para trabajar con los retos e intercambiar experiencias acerca de los logros y fracasos que presenta la epidemia.

Salud Mental

- Garantizar servicios de salud mental de calidad y su continuidad incluyendo medicamentos y pruebas de laboratorios de alta calidad a las personas que viven con VIH/SIDA.

- Promover tratamiento multidimensional para las personas con tres o más diagnósticos: portadores del VIH, trastornos metales, hepatitis C, usuarios de drogas y alcoholismo.

- Crear modelos de salud mental efectivos que respondan a las necesidades de las personas que viven con VIH/SIDA.

Investigación

- Desarrollar agendas de investigación sobre las situaciones prioritarias de la epidemia del SIDA en Puerto Rico.

- Destacar y promover la importancia de los proyectos de investigación.

- Luchar por alcanzar una cura definitiva para el SIDA y una vacuna y no asumir posturas triunfalistas y conformistas con el alegato de que pueda ser tratada como una enfermedad crónica (en los países desarrollados), o más bien un como un "negocio crónico" para algunos.

- Adoptar las medidas necesarias para apoyar, reforzar y fortalecer las medidas de investigación relacionadas con el VIH/SIDA, que expresen compromiso con el interés público y no sólo con el interés comercial.

Inmigrantes

- Establecer grupos de apoyo y cabildeo para que se enmiende la Ley de Inmigración vigente.

- Promover una "ciudadanía inclusiva"que sitúe a todos los seres humanos en igualdad de derechos y deberes incluyendo la salud.

- Abogar porque todo inmigrante infectado por el VIH reciba beneficios de salud de alta calidad y tenga derecho a un seguro médico sin importar su condición migratoria.

Oferta y Demanda de Servicios

- Definir criterios de asignación de gasto de capital sobre la base de las necesidades prioritarias de las personas viviendo con VIH.

- Diseñar plan de intervención orientado a generar fondos que garanticen tratamientos de alta calidad y su continuidad a los portadores de HIV.

- Diseño del estudio Oferta y Demanda de los Servicios de Salud Relacionados con VIH/ SIDA en Puerto Rico.

Intercambio de Jeringuillas

- Expandir el Proyecto de Intercambio de Jeringuillas a todas las regiones de salud de Puerto Rico, a fin de continuar validando como exitosa esta estrategia preventiva.

- Enmendar la Ley Número 110 del 1997 (Ley Sustancias Controladas) para que de esta manera los usuarios de drogas intravenosas puedan volver a comprar jeringuillas sin receta.

- Abogar porque la política pública del Gobierno Federal de no asignar fondos federales para proyectos de intercambio de jeringuillas sea derogada.

- Promover que en un futuro cercano el "Día Mundial de Alerta Contra el SIDA" (1 de diciembre) tenga como lema "Los Usuarios de Drogas Intravenosas y el SIDA."

- Garantizar que los usuarios de drogas intravenosas que representa el 50 por ciento del total de casos confirmados de SIDA en Puerto Rico tengan el intercambio de jeringuillas como una de sus opciones.

Anejos

Análisis Sectorial de Salud

2004

CAPITULO 2

Marco Jurídico de Garantías de Derechos a los Ciudadanos **Anejo 2.1**

1.1 Personas de Edad Avanzada	
1.1.1 Ley Núm. 68, 1 de julio de 1988	Crea la Oficina para los Asuntos de la Vejez y su Consejo Consultivo, dispone sobre su organización y funcionamiento, establece sus deberes y facultades, asigna fondos para llevar a cabo los propósitos de la Ley y deroga la Ley Núm. 16 de 22 de mayo de 1962, según enmendada.
1.1.2 Ley Núm. 121, 12 de julio de 1986	Establece la Política y la Carta de Derechos de la Persona de Edad Avanzada en Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico reconoce su responsabilidad de proveer, hasta donde sus medios y recursos lo hagan factible, las condiciones adecuadas que promueven en las personas de edad avanzada el goce de una vida plena y el disfrute de sus derechos naturales, humanos y legales. Le garantiza a las personas de edad avanzada: La planificación, prestación y accesibilidad de servicios en y medios de transportación. El acceso y la utilización óptima de los mejores servicios de salud. Los servicios y los medios que faciliten la permanencia con su familia, siempre que sea posible; proveerle un hogar sustituto; y como último recurso su ingreso en una institución. El respeto a sus derechos individuales, limitando el ejercicio de los mismos sólo cuando sea necesario para su salud y seguridad.
1.1.3 Ley Núm. 308 3 de octubre de 1999	La Oficina para los Asuntos de la Vejez es la agencia encargada de poner en vigor las disposiciones de la Ley Pública Federal Número 89-73 de 1965, según enmendada, conocida como Ley del Ciudadano de Mayor Edad. Esta ley requiere la creación del cargo de Procurador del Envejecí ente Residente en Establecimientos de Cuidado de Larga Duración los reclamos particulares de esta población y actuar como agente facilitador en la búsqueda de una mejor calidad de vida para dichos residentes.
1.1.4 Ley Núm. 331 del 2 de septiembre de 2000	Enmienda el Artículo 3 de la Carta de Derechos de la Persona de Edad Avanzada para establecer un Centro Estatal de Protección a Personas de Edad Avanzada, que contará con una Línea Directa de Emergencia y Ayuda a Personas de Edad Avanzada a denominarse “Línea Dorada”; y para otros fines relacionados.

1.1.5 Ley Núm. 190 de 28 de diciembre de 2001	Dispone que a la fecha de renovación de licencia la(s) persona(s) encargada(s) de establecimientos para ancianos, así como el personal que labora en el mismo deberá(n) presentar evidencia de haber tomado un curso o seminario anual de capacitación sobre nuevos conocimientos en el área de gerontología, con especial énfasis en la atención de las necesidades básicas de salud, cuido, alimentación, recreación y socialización de las personas de edad avanzada.
1.1.6 Ley Núm. 354 del 2 de septiembre de 2000	Ordena a la agencias del Gobierno Central, municipios y a entidades privadas que reciban fondos públicos, la cesión de turnos de prioridad a personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales cuando lleven a cabo diligencias y gestiones administrativas.
1.1.7 Ley Núm. 51 de 4 de julio de 2001	Establece la obligación de las agencias y corporaciones del ELA de crear una fila de servicio expreso para personas con impedimentos y personas mayores de 60 años de edad.
1.1.8 Ley Núm. 188 del 24 de agosto de 2000	Añade un nuevo inciso (o) al Artículo 3 de la Ley Núm. 40 de 3 de agosto de 1993, según enmendada a los fines de prohibir la práctica de fumar en establecimientos o instituciones dedicadas al cuido de ancianos o personas de edad avanzada.
1.1.9 Ley Núm. 331 del 2 de septiembre de 2000	Adiciona el inciso (n) al Artículo 5 de la Ley 68 de 11 de julio de 1988 para establecer un Centro Estatal de Protección a Personas de Edad Avanzada que contará con la "Línea Dorada" para Ayuda a Personas de Edad Avanzada.
1.1.10 Ley Núm. 187 del 24 de agosto de 2000	Para incluir en la definición de "Programa de Servicios de Salud en el Hogar" a los hospicios.
1.1.11 Ley Núm. 408 del 2 de octubre de 2000	Ley de Salud Mental de Puerto Rico de 2000.
1.1.12 Ley Núm. 213 del 29 de agosto de 2000	Para requerir a los desarrolladores de proyectos de vivienda de interés social subsidiados por el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, que reserven en un cinco (5) por ciento del total de unidades para destinarlas a la población de personas con impedimentos o de edad avanzada.
1.1.13 Ley Núm. 53 del año 2002	Enmienda la Ley Núm. 173 de 31 de agosto de 1996, redefiniendo "Persona de Edad Avanzada" como toda persona que tenga sesenta (60) años o más de edad y cuyos ingresos están dentro de los límites establecidos por el Secretario de la Vivienda para participar del programa, los cuales nunca podrán ser más restrictivos que los establecidos por el Gobierno Federal.

1.2 Pacientes	
1.2.1 Ley Núm. 89-97 del 30 de julio de 1965 enmendada el 1ro. de enero de 1966	**El Programa de Asistencia Médica (**Medicaid**) se crea por la ley de Seguridad Social del Congreso de los Estados Unidos en 1965 que se establece para todos los estados a base de una aportación federal de un 50% de los gastos médico-hospitalarios de los indigentes. Además estipula la elegibilidad de los beneficiarios.** La Oficina de Ayuda Económica a Médico-Indigentes se encarga de administrar los fondos del Título XIX y XXI de la Ley de Seguridad Social. El Título XIX se conoce como Asistencia Médica ("Medicaid") y el Título XXI como Seguro de Salud Estatal para Niños ("SCHIP" por sus siglas en inglés). El Programa de Asistencia Médica (Medicaid) comenzó en Puerto Rico el 1ro. de enero de 1966 en virtud de la Ley Pública 89/97 del 30 de julio de 1965, que enmendó la Ley de Seguridad Social al adicionar el Título XIX.
1.2.2 Ley Núm. 194 **del 25 de agosto de 2000**	Establece la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente.
1.2.3 Ley Núm. 11 del 11 de abril de 2001	Crea el cargo **y la Oficina del Procurador del Paciente Beneficiario de la Reforma de Salud** y a su vez dicta la misión de hacer cumplir los preceptos contenidos en la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2001 "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente". Las metas de esta Oficina son: 1. Solucionar las querellas y problemas de los beneficiarios de la tarjeta de salud, en el tiempo establecido, 2. Educar a la población beneficiaria del Seguro de Salud del Gobierno, así como a los proveedores de servicios de salud, compañías aseguradoras y otros profesionales de la salud sobre los preceptos contenidos en la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, y 3. Fiscalizar la calidad y el acceso a los servicios de salud ofrecidos por aseguradoras, médicos primarios y otros proveedores, a los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno.
1.3 Personas con Impedimentos	
1.3.1 Ley Núm. 2 del 27 de septiembre de 1985	Esta ley crea la Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos adscrita a la Oficina del Gobernador, cuyo propósito es servir como instrumento de coordinación para atender y solucionar los problemas, necesidades y reclamos de las personas con impedimentos en las áreas de educación, salud, vivienda, transportación, recreación y cultura; el empleo y la libre iniciativa empresarial o comercial, los derechos civiles y políticos y la legislación social, laboral y contributiva. La Oficina tiene, además, la facultad de administrar y poner en vigor los programas federales para personas con impedimentos. Estos programas fueron adoptados mediante la Ley Pública 88-164 de 31 de octubre de 1963, según enmendada, conocida como Development Disabilities Assistance and Bill of Rights Act, la Ley Pública 93-112 de 26 de septiembre de 1973, según enmendada, conocida como Rehabilitation Act of 1973, la cual incluye el Client Assistance Program and Protection and Advocacy of Individual Rights, y la Ley Pública 99-319 del 23 de mayo de 1986, según enmendada, conocida como Protection and Advocacy for Mentally Ill Individuals Act. Además, se le transfirieron todos los poderes, prerrogativas y obligaciones para poner en vigor la Ley Número 44 de 2 de julio de 1985, según enmendada, que conjuntamente con la Ley Pública 101-336 de 26 de julio de 1990 conocida como la AMERICANS WITH DISABILITIES ACT, prohíben el discrimen hacia las personas con impedimentos físicos, mentales o sensoriales en las instituciones públicas y privadas.

1.4 Menores	
1.4.1 Ley Núm. 86 del 17 de agosto de 1994	Conocida como Ley Orgánica para la Administración para el Sustento de Menores **(ASUME)**, crea esta agencia para implantar la política pública sobre sustento de menores y brindar los servicios autorizados por la Ley Núm. 5 del 30 de diciembre de 1986, según enmendada, entre los cuales se destacan: • La localización de las personas obligadas por ley a proveer alimentos; • Fijar la paternidad cuando es necesario para exigir el cumplimiento de la obligación de proveer sustento; • Fijar, revisar y modificar pensiones alimentarias; • Cobro, recaudo y distribución de las pensiones alimentarias; • Implantación del Programa de Alimentos Interestatales. Estas funciones son compartidas con el Tribunal de Primera Instancia que también tiene jurisdicción para fijar, modificar y hacer efectivas las órdenes de alimentos.
	De igual forma, tiene a su cargo la implantación del **Programa de Sustento de Personas de Edad Avanzada (PROSPERA)** a tenor con la Ley de Mejoras al Sustento de Personas de Edad Avanzada, según enmendada. Entre sus funciones destacan: Asegurar que toda persona de 60 años o más que tenga necesidad de sustento, obtenga una pensión alimentaria de sus descendientes adultos legalmente obligados; Establecer una orden de pensión alimentaria según solicitada, mediante el procedimiento administrativo de mediación o el procedimiento judicial.
1.4.2 Ley Núm. 1 del 28 de julio de 1995	Esta ley adscribe la Administración para el Sustento de Menores (ASUME), al Departamento de la Familia en virtud del Plan de Reorganización de esta agencia.
1.4.3 Ley Núm. 181 del 17 de agosto de 2002	Enmienda el Artículo 21 de la Ley Núm. 86 del 17 de agosto de 1994, según enmendada, a los fines de disponer que, no obstante, lo dispuesto en el Artículo 21, las partes, alimentante y padre alimentista, podrán de mutuo acuerdo, pactar el pago de la pensión alimentaria mediante pago directo y establecer los requisitos para ello.
Mujeres	
1.5.1 Ley Núm. 20 del 11 de abril de 2001	Esta ley crea la **Oficina y el cargo de la Procuradora de las Mujeres** con poderes investigativos, fiscalizadores y cuasi judiciales para implantar la política pública declarada en esta Ley; crea el Consejo Consultivo de la Procuraduría de las Mujeres; dispone el procedimiento para tramitar reclamaciones y querellas; autoriza la imposición de multas administrativas y compensación por daños y fija penalidades; deroga la Ley Núm. 57 del 30 de mayo de 1973, según enmendada, que creó la Comisión para los Asuntos de la Mujer.

1.6 Mujeres y Niños	
1.6.1 Acta de Nutrición para el Infante del 1966	El Departamento de Agricultura Federal de los Estados Unidos, mediante el Acta de Nutrición para el Infante, de 1966, según enmendada en la Sección 17, rige el **Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC).** En la Sección 17, menciona que el Congreso de los Estados Unidos encontró que un número sustancial de mujeres embarazadas, posparto, lactantes, infantes y niños de uno a cinco años, pertenecientes a familias de escasos recursos económicos estaban en riesgo, especialmente relacionados con su nutrición, salud física y mental por razones de una nutrición inadecuada o por necesidad de servicios de salud o ambos. El Programa WIC, bajo los Servicios de Alimentos y Nutrición (Food and Nutrition Services), del Departamento de Agricultura Federal provee a su beneficiarios alimentos suplementarios y educación en nutrición a los elegibles, de acuerdo a la Reglamentación Federal. En Puerto Rico, el Programa comenzó en el 1974, adscrito al Departamento de Salud, se ha mantenido aumentando hasta el presente (2001) y sirve una matrícula de 218,000 participantes. Este programa provee educación en nutrición y lactancia, y alimentos suplementarios a un sector de la población en riesgo médico nutricional durante el período crítico de crecimiento y desarrollo del individuo.
1.6.2 Ley Pública 95-627	Exige que la educación en nutrición sea uno de los beneficios del Programa WIC y que se provea sin costo alguno, para cumplir con las metas nacionales establecidas por el Programa. Existen dos objetivos amplios: 1. Los participantes distinguirán la relación entre una nutrición y salud adecuada, durante el embarazo, lactancia, infancia y niñez. 2. Después de recibir los alimentos, servicios de salud y orientación en nutrición, los participantes que están en riesgo nutricional podrán mejorar su estado nutricional y sus hábitos alimentarios mediante la utilización máxima de los alimentos suplementarios.
1.6.3 Ley Pública 101-147	Requiere que la agencia estatal incluya en su plan operacional el promover la lactancia y que coordine sus esfuerzos con programas locales que promuevan la lactancia. Requiere que cada agencia estatal nombre un profesional que coordine todos los esfuerzos en la promoción de la lactancia; que se provea adiestramiento a todos aquellos profesionales que ofrecen promoción y apoyo a la lactancia. Autoriza a la agencia estatal a adquirir artículos que estimulen la lactancia y que provea materiales de lactancia en otros idiomas.
1.6.4 Ley 102-342: Enmiendas al "Child and Nutrition Act" de 1966	Dispone que el Secretario de Agricultura de los Estados Unidos establecerá un Programa para: La promoción de la lactancia como mejor método de nutrición infantil.

1.6.4 Ley 102-342: Enmiendas al "Child and Nutrition Act" de 1966	Dispone que el Secretario de Agricultura de los Estados Unidos establecerá un Programa para: La promoción de la lactancia como mejor método de nutrición infantil.
1.7 Administración para el Sustento de Menores (ASUME)	**Descripción**: La Administración para el Sustento de Menores (ASUME) es la agencia creada para implantar la política pública sobre sustento de menores y brindar los servicios autorizados por la Ley Núm. 5 del 30 de diciembre de 1986, según enmendada, entre los cuales se destacan: • La localización de las personas obligadas por ley a proveer alimentos; • Fijar la paternidad cuando es necesario para exigir el cumplimiento de la obligación de proveer sustento; • Fijar, revisar y modificar pensiones alimentarias; • Cobro, recaudo y distribución de las pensiones alimentarias; • Implantación del Programa de Alimentos Interestatales. Estas funciones son compartidas con el Tribunal de Primera Instancia que también tiene jurisdicción para fijar, modificar y hacer efectivas las órdenes de alimentos. De igual forma, tiene a su cargo la implantación del Programa de Sustento de Personas de Edad Avanzada (PROSPERA) a tenor con la Ley de Mejoras al Sustento de Personas de Edad Avanzada, según enmendada. Entre sus funciones destacan: • Asegurar que toda persona de 60 años o más que tenga necesidad de sustento obtenga una pensión alimentaria de sus descendientes adultos legalmente obligados; • Establecer una orden de pensión alimentaria según solicitada, mediante el procedimiento administrativo de mediación o el procedimiento judicial. La Administración para el Sustento de Menores (ASUME), fue adscrita al Departamento de la Familia en virtud del Plan de Reorganización Núm. 1 de 28 de julio de 1995 y la Ley Núm. 86 de 17 de agosto de 1994. **Misión:** Promover e implantar ágil y efectivamente la política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de procurar que, en cumplimiento de sus obligaciones sociales, morales y legales, los padres y madres no custodios de menores de 21 años, los/las descendientes de personas mayores de 60 años y las personas legalmente responsables, contribuyan a la manutención y el bienestar de sus hijos(as) y padres / madres o ascendientes de edad avanzada; salvaguardando el derecho de estas personas a recibir pensiones alimentarias y aumentando la autosuficiencia de las familias, mediante la aplicación de los mecanismos que dispone la ley.

	Base Legal: Ley Orgánica de la Administración para el Sustento de Menores Para enmendar el Artículo 21 de la Ley Núm. 86 de 1994: Ley Orgánica para la Administración para el Sustento de Menores. **Ley Núm. 181 de 17 de agosto de 2002** Para enmendar el Artículo 21 de la Ley Núm. 86 de 17 de agosto de 1994, según enmendada, conocida como la "Ley Orgánica para la Administración para el Sustento de Menores", según enmendada, a los fines de añadir un último párrafo para dispones que, no obstante, lo dispuesto en el Artículo 21, las partes, alimentante y padre alimentista, podrán de mutuo acuerdo, pactar el pago de la pensión alimentaria mediante pago directo y establecer los requisitos para ello. **Exposición de motivos:** **La Ley Núm. 86 de 17 de agosto de 1994** Conocida como "Ley Orgánica para la Administración para el Sustento de Menores", establece como política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, que los padres o personas legalmente responsables, contribuyan a la manutención y bienestar de sus hijos y/o dependientes, mediante el fortalecimiento de los sistemas y agilización de los procedimientos administrativos y judiciales para la determinación, recaudación y distribución de las pensiones alimentarias. Se dispone, además, que las disposiciones de la Ley, se adoptarán liberalmente a favor de los mejores intereses del menor o alimentista que necesita alimentos. La citada Ley crea la Administración para el Sustento de Menores (ASUME) y faculta a su Administrador, entre otras cosas, a "prestar los servicios necesarios para cobrar, recaudar y distribuir las pensiones alimentarias conforme a la reglamentación que adopte", Artículo 7 (9) de la Ley de Sustento de Menores.
1.8 Jóvenes	
1.8.1 Ley Núm. 34, 13 de julio de 1978	. Esta ley crea el Consejo Asesor sobre Asuntos de la Juventud el cual estará adscrito a la Oficina del Gobernador. Este organismo estará integrado por el Secretario de Servicios Sociales, el Secretario de Educación, el Secretario de Salud, el Secretario del Trabajo y Recursos Humanos, el Secretario de Recreación y Deportes, el Administrador de la Administración del Derecho al Trabajo como miembros *ex officio* y cinco (5) miembros adicionales entre las edades de 16 a 25 años. El

	Gobernador designará un Presidente de entre los miembros del Consejo. El Secretario Ejecutivo del Consejo será el Director Ejecutivo de la Oficina de la Juventud. El Consejo Asesor coordinará con las distintas agencias el diseño y desarrollo de proyectos y programas de beneficio para la juventud. En armonía con este propósito recomendará sistemas y métodos para coordinar e implantar la legislación en el área de la juventud y para simplificar las prácticas administrativas con el objeto de reducir el costo de administrar los programas. El Consejo proveerá ayuda técnica a las Ramas Ejecutivas y Legislativa para la revisión y evaluación programática en el área de la juventud. También motivará la participación de la juventud en las soluciones de sus problemas y proveerá un foro para la discusión y análisis y evaluación de los programas juveniles.

CAPITULO 4

Anejo 4.1

PROGRAMAS Y ORGANIZACIONES QUE INFORMARON SOBRE SITUACIONES QUE TRAEN LA EXCLUSIÒN SOCIAL EN PERSONAS CON IMPEDIMENTO.

Se obtuvo información de los siguientes 4 programas que administra la Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos y nueve (9) organizaciones.

- Programa de Protección y Defensa de las Personas con Condiciones Mentales (PAIMI).
- Programa de Protección y Defensa de los Derechos de las Personas con Impedimentos (PAIR).
- Programa de Asistencia al Cliente de Rehabilitación Vocacional (CAP).
- Programa de Protección y Defensa de las Personas con Deficiencias en el Desarrollo (PADD).

Anejo 4.2

ORGANIZACIONES QUE INFORMARON SOBRE SITUACIONES DE EXCLUSIÒN SOCIAL EN PERSONAS CON IMPEDIMENTO.

- El Instituto de Deficiencias en el Desarrollo.
- El Movimiento para el Alcance de Vida Independiente, la cual suministró información de las Regiones que sirven, San Juan, Arecibo, Carolina y Humacao.
- La Asociación Puertorriqueña de Ciegos, Inc.
- El Departamento de la Familia y la Comunidad del Municipio de San Juan, Programa de Servicios a Personas con Impedimentos.
- La entonces Secretaría Auxiliar de Servicios Integrales para Personas con Impedimentos (SASEIPI) del Departamento de Educación.
- La Asociación de Espina Bífida e Hidrocefalia de Puerto Rico, Inc.
- La Oficina para los Asuntos de la Vejez (OGAVE), Oficina de la Gobernadora.
- La Asociación por un Mundo Mejor para el Impedido, Inc. No se ha presentado reclamo referente a negación de servicios de salud.
- La Oficina de Asuntos a Personas con Impedimentos del Municipio de Guaynabo, indicando no tener reclamos presentados donde se observe negación de servicios.
- La Oficina de personas con Impedimentos de Aibonito no tiene reclamos de servicios de salud.

- El Instituto de Deficiencias del Desarrollo comenzaron a trabajar en el análisis de banco de datos disponibles sobre la situación de salud de la población de personas con impedimentos en Puerto Rico.

Anejo 4.3

LEGISLACION PROMULGADA EN BENEFICIO DE LAS PERSONAS CON IMPEDIMENTOS DURANTE LOS AÑOS 2001 AL 2003

- **Ley Núm. 51 de 4 de julio de 2001 "Ley de Fila Expreso"** – Para establecer la obligación de las agencias y corporaciones públicas del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de crear un sistema de "Fila de Servicio Expreso" para beneficiar a personas con impedimentos y a personas de sesenta (60) años o más que comparezcan a sus instalaciones para procurar sus servicios.

- **Ley Núm. 102 de 11 de agosto de 2001 –** Para enmendar el artículo 8 de la Ley Núm. 44 de 2 de julio de 1985, según enmendada, a fin de disponer que la Junta de Planificación y la Administración de Reglamentos y Permisos, así como cualquier organismo gubernamental que participe en la regulación de la construcción en Puerto Rico, exima a las personas con impedimentos, sus familiares o tutores legales y a las instituciones sin fines de lucro, del pago de derechos de construcción, remodelación, alteración o mejora cuando la obra sea con el fin de facilitar el acceso y movimiento de la persona con impedimento.

- **Ley Núm. 105 de 16 de agosto de 2001 –** Para enmendar el primer párrafo del artículo 2, añadir un inciso 12 al artículo 3, enmendar el tercer párrafo del artículo 9, los incisos (3) y (5) del artículo 10 y el inciso (b) del artículo 12 de la Ley Núm. 32 de 23 de junio de 1985, según enmendada, conocida como **"Ley de Viajes Estudiantiles"** a los fines de ampliar el alcance de los viajes educativos y hacerlo extensivo a lugares dentro de Puerto Rico, incluir estudiantes regulares con impedimentos y eximir a éstos del requisito de promedio académico exigido para participar de los beneficios de dicha Ley.

- **Ley Núm. 161 de 1 de diciembre de 2001 –** Para declarar el día 5 de diciembre de cada año, como el **Día Internacional del Voluntario**, a los fines de reconocer el sacrificio y la entrega de estos generosos ciudadanos que con su esfuerzo y dedicación aportan al desarrollo de la economía y bienestar de todos los puertorriqueños

- **Ley Núm. 163 de 14 de diciembre de 2001** – Para adicionar un inciso (b) al artículo 8 de la Ley Núm. 188 de 11 de mayo de 1942, según enmendada, conocida como **"Ley de Compañía de Fomento Industrial de Puerto Rico"**, para disponer que la Compañía de Fomento Industrial arriende a bajo costo espacios de sus edificaciones industriales a organizaciones sin fines de lucro para establecer fábrica cuyos empleados deberán ser en su mayoría personas con impedimento establezca un reglamento con los procedimientos y requisitos necesario para acogerse a este beneficio.

- **Ley Núm. 9 de 5 de enero de 2002** – Para enmendar el artículo 3 y el inciso (a) del artículo 4 de la Ley Núm. 2 de 27 de septiembre de 1985, según enmendada, conocida como **"Ley de la Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos"** con el fin de establecer que la Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos sea una entidad jurídica independiente y separada de cualquier otra agencia o entidad pública; para establecer que la Oficina será dirigida por un Procurador nombrado por el

(la) Gobernador(a) de Puerto Rico, con el consejo y consentimiento del Senado de Puerto Rico, por el término de diez (10) años.

- **Ley Núm. 46 de 4 de marzo de 2002, "Ley de Crímenes de Odio"** – Para enmendar la Regla 171 de las reglas de Procedimiento Criminal de 1963, según enmendada, a los fines de adicionar un apartado (r) al inciso A del tercer párrafo para considerar como circunstancia agravante el hecho de que un delito se haya cometido motivado por prejuicio hacia la víctima, cuando la víctima tiene un impedimento.

- **Ley Núm. 54 de 11 de abril de 2002** – Para designar la primera semana de mayo de cada año como la "Semana de Vida Independiente".

- **Ley Núm. 72 de 1 de junio de 2002** – Para crear el "Programa Especial de Capacitación y Adiestramiento en Cuidado Básico a Personas con Impedimentos para Beneficiarios de Asistencia Social" adscrito a la Administración de Desarrollo Socioeconómico del Departamento de la Familia, como una alternativa de adiestramiento y futuro empleo para los participantes de programas de ayuda económica del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico; crear la Junta Asesora del Programa, establecer los requisitos de elegibilidad y para otros fines.

- **Ley Núm. 80 de 9 de junio de 2002** – Para disponer que se utilice el lenguaje de señas en todos los noticiarios locales, sean públicos o privados, cuando sea activado y facultar al Procurador de las Personas con Impedimentos a establecer acuerdos colaborativos; y para otros fines.

- **Ley Núm. 87 de 21 de junio de 2002 "Día Internacional de las Personas con Impedimentos"** – Para designar un día como el "Día Internacional de las Personas con Impedimentos", establecer la fecha y designar a la Oficina de las Personas con Impedimentos como la entidad gubernamental encargada de promover su celebración.

- **Ley Núm. 102 de 12 de julio de 2002** – Para adicionar el inciso (j) al artículo 9 de la Ley Núm. 2 de 27 de septiembre de 1985, según enmendada, conocida como "Ley de la Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos", el cual fue adicionado por error al artículo 6 de la Ley Núm. 2 de 27 de septiembre de 1985, según enmendada, por medio de la Ley Núm. 428 de 19 de diciembre de 2002 y para enmendar dicho artículo 6 a los fines de eliminar de su texto el inciso denominado (j).

- **Ley Núm. 121 de 8 de agosto de 2002 "Closed Captioned"** – Para disponer que en todo anuncio de servicio público en el que se utilice algún sonido ambiental, efectos sonoros, diálogo o mensaje verbal, que sea transmitido por alguna de las estaciones televisivas locales licenciadas, sean públicas o privadas y que hayan sido sufragados, total o parcialmente, con fondos públicos estatales y/o municipales, se utilice el sistema de Subtítulos conocido también "Closed Captioned", combinado con el lenguaje de señas.

- **Ley Núm. 124 de 8 de agosto de 2002** – Para enmendar el apartado (a) de la Sección 2038 de la Ley Núm. 120 de 31 de octubre de 1994, según enmendada, conocida como "Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994", a fin de aclarar que las instituciones benéficas sin fines de lucro que provean transportación gratuita a las personas de edad avanzada y a personas con impedimentos, también tienen derecho a la exención del pago de arbitrios de los autobuses dedicados a transportar a estas personas.

- **Ley Núm. 216 de 29 de agosto de 2002** – Para enmendar el último párrafo del inciso (a) del artículo 3 de la Ley Núm. 228 de 12 de mayo de 1942, según enmendada, con el fin de incluir como artículos de primera necesidad, los equipos asistivos, ortopédicos, ortésicos y prostéticos.

- **Ley Núm. 275 del 2002** – Para considerar el autismo como una condición de persona con impedimento para efectos de servicios y cuido de ama de llaves.

- **Ley Núm. 240 del 2002** – Para establecer la Política Pública de enseñanza en Braille.

- **Ley Núm. 793 del 2002** – Para que en un periodo de 4 años se eliminen todas las barreras arquitectónicas en todos los edificios públicos bajo la jurisdicción de la Autoridad de Edificios Públicos.

- **Ley Núm. 227 de 11 de septiembre de 2002 "Ley de Vehículos y Tránsito de Puerto Rico"** – Para enmendar la Ley Núm. 22 de 7 de enero de 2002, a los fines de que la solicitud, tramitación y expedición de rótulos removibles de personas físicamente impedidas se consoliden en una gestión única ante el Departamento de Transportación y Obras Públicas, ampliar el listado de enfermedades que no requieren re certificación y ampliar el termino de vigencia del rótulo removible para impedimentos de carácter permanente a seis años.

- **Ley Núm. 55 de 2003** – Para enmendar la Ley de Personal del Servicio Público de Puerto Rico, Ley Núm. 5 de 14 de octubre de 1975, según enmendada, para incluir el discrimen por razón de impedimento.

- **Ley Núm. 83 de 2003** – Para establecer el Mes de Orientación, Prevención, Control y Reducción de la Obesidad.

- **Ley Núm. 100 de 2003** – Para enmendar la Ley de Vehículos y Tránsito incluyendo la definición de persona con impedimento.

- **Ley Núm. 114 de 2003** – Para enmendar la Ley de Personal del Servicio Público de Puerto Rico, Ley Núm. 5 de 14 de octubre de 1975, según enmendada, para incluir el discrimen por razón de impedimento físico o mental.

- **Ley Núm. 121 de 2003** – Para enmendar el Código Penal, decretando como agravante la agresión en una persona con impedimentos.

- **Ley Núm. 178 de 2003** – Para enmendar la Ley de Sustento de Menores, con el fin de especificar el efecto de un impedimento en un padre alimentante.

- **Ley Núm. 229 de 2003** – Ley para Garantizar el Acceso de Información de las Personas con Impedimentos en las agencias públicas.

- **Ley Núm. 243 de 2003** – Ley de Garantía sobre Equipos de Asistencia Tecnológica.

- **Ley Núm. 289 de 2003** – Ley sobre "Closed Captioned" y Lenguaje de Señas en Noticiarios y Sistema de Alerta de Emergencias.

Anejo 4.4

Ley Núm.177
Artículo 2.- Definiciones.

A los efectos de esta Ley, los siguientes términos tendrán el significado que a continuación se expresa:

(a) "Abandono" significa la dejadez o descuido voluntario de las responsabilidades que tiene el padre, la madre o persona responsable del menor, tomando en consideración su edad y la necesidad de cuidado por un adulto. La intención de abandonar puede ser evidenciada, sin que se entienda como una limitación, por:

(1) ausencia de comunicación con el menor por un período por lo menos tres (3) meses;

(b) "Abuso Sexual" significa incurrir en conducta sexual en presencia de un menor y/o que se utilice a un menor, voluntaria o involuntariamente, para ejecutar conducta sexual dirigida a satisfacer la lascivia o cualquier acto que, de procesarse por la vía criminal, constituiría delito de violación, sodomía, actos lascivos o impúdicos, incesto, exposiciones deshonestas, proposiciones obscenas; envío, transportación, venta, distribución, publicación, exhibición o posesión de material obsceno y espectáculos obscenos según tipificados en la Ley Núm. 115 de 22 julio de 1974, según enmendada, conocida como "Código Penal del Estado Libre Asociado de Puerto Rico".

(c) "Casos de Protección" significa aquellas situaciones de maltrato, maltrato institucional, negligencia y/o negligencia institucional a menores, según estos términos están definidos en esta Ley, fundamentadas por una investigación.

(d) "Custodia de Emergencia" significa aquélla que se ejerce por otro que no sea el padre o la madre, cuando la situación en que se encuentre un menor, de no tomarse acción inmediata sobre su custodia, represente un riesgo inminente para su seguridad, salud e integridad física, mental, emocional y/o su bienestar social.

(e) "Custodia" significa, además de la que tiene el padre y la madre en virtud del ejercicio de la patria potestad, la otorgada por un Tribunal competente.

(f) "Custodia Provisional" significa aquélla que otorga un Juez en una acción de privación de custodia o al ser expedida una orden de protección contra el padre, la madre o persona responsable del menor, por un tiempo definido, sujeta a revisión, hasta la conclusión de los procedimientos.

(g) "Custodia física" - significa tener bajo su cuidado y amparo a un menor sin que ello implique el ejercicio de derechos y obligaciones inherentes a la patria potestad.

(h) "Daño Físico" significa cualquier trauma, lesión o condición no accidental, incluso aquella falta de alimentos que, de no ser atendida, podría resultar en la muerte, desfiguramiento, enfermedad o incapacidad temporera o permanente de cualquier parte o función del cuerpo, incluyendo la falta de alimentos. Asimismo, el trauma, lesión o condición pueden ser producto de un solo episodio o varios.

(i) "Daño Mental o Emocional" significa el menoscabo de la capacidad intelectual o emocional del menor dentro de lo considerado normal para su edad y en su medio cultural. Además, se considerará que existe daño emocional cuando hay evidencia de que el/la menor manifiesta

en forma recurrente o exhibe conductas tales como: miedo, sentimientos de desamparo o desesperanza, de frustración y fracaso, ansiedad, sentimientos de inseguridad, aislamiento, conducta regresiva o propia de un niño o niña de agresividad hacia él o hacia otros u otra conducta similar.

(j) "Departamento" significa el Departamento de la Familia del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

(k) "Desvío" significa un programa para reeducación o readiestramiento a primeros transgresores u ofensores convictos por el delito de maltrato, maltrato institucional, negligencia y/o negligencia institucional.

(l) "Emergencia" significa cualquier situación en que se encuentre un menor y represente un riesgo inminente para su seguridad, salud e integridad física, mental, emocional y su bienestar social, de no tomarse acción inmediata en cuanto a su custodia.

(m) "Esfuerzos Razonables" significa todas aquellas actividades y servicios que se ofrecen al padre, a la madre o persona responsable de un/a menor y a los propios menores dentro y fuera del hogar, en coordinación con entidades públicas y privadas, para garantizar su seguridad y bienestar. Estos esfuerzos van dirigidos a evitar la remoción de los/as menores de su familia, reunificar la misma y lograr una alternativa permanente de ubicación cuando no sea posible la reunificación familiar.

(n) "Familia" significa dos o más personas vinculadas por relaciones sanguíneas, jurídicas, relaciones de familia o de parentesco que comparten responsabilidades sociales, económicas y afectivas, ya sea que convivan o no bajo el mismo techo.

(o) "Hogar de Crianza" significa lugar que se dedique al cuidado sustituto de no más de seis (6) niños/as provenientes de otros hogares o familias durante las veinticuatro horas del día, en forma temporera. Es aquel hogar que ha sido objeto de estudio, certificación o licenciamiento y está bajo la supervisión del Departamento.

(p) "Informe Infundado" significa aquella información ofrecida en virtud de las disposiciones de esta Ley y que al ser investigada carece de fundamentos para considerar que existe maltrato o negligencia o se determina que la información suministrada es falsa.

(q) "Informe para referir situaciones de maltrato, maltrato institucional, negligencia o negligencia institucional" significa aquella información verbal o escrita ofrecida por una persona obligada a informar o por cualquier otra persona a través de la Línea Directa, la Policía de Puerto Rico o la Oficina Local del Departamento, donde se narran situaciones en que se alega la sospecha o existencia de maltrato, maltrato institucional, negligencia o negligencia institucional, también denominado en esta Ley como "referido."

(r) "Maltrato" significa todo acto u omisión intencional en el que incurre el padre, la madre o persona responsable del/a menor de tal naturaleza que ocasione o ponga a un menor o una menor en riesgo de sufrir daño o perjuicio a su salud e integridad física, mental y/o emocional, incluyendo abuso sexual según es definido en esta Ley. También se considerará maltrato el incurrir en conducta obscena y/o la utilización de un menor para ejecutar conducta obscena; permitir que otra persona ocasione o ponga en riesgo de sufrir daño o perjuicio a la salud e integridad física, mental y/o emocional de un menor; abandono voluntario de un menor; que el padre, madre o persona responsable del menor explote a éste o permita que otro lo haga obligándolo o permitiéndole realizar cualquier acto, incluyendo pero sin limitarse a, utilizar al menor para ejecutar conducta obscena, con el fin de lucrarse o de recibir algún otro beneficio;

incurrir en conducta que, de procesarse por la vía criminal, constituiría delito contra la salud e integridad física, mental, emocional, incluyendo abuso sexual del menor. Asimismo, se considerará que un menor es víctima de maltrato si el padre, la madre o persona responsable del menor ha incurrido en la conducta descrita o ha incurrido en conducta constitutiva de violencia doméstica en presencia de los/as menores según definido en la Ley Núm. 54 del 15 de agosto de 1989, según enmendada.

(s) "Maltrato Institucional" significa cualquier acto u omisión en el que incurre un operador de un hogar de crianza, o cualquier empleado o funcionario de una institución pública o privada que ofrezca servicios de cuido durante un día de veinticuatro (24) horas o parte de éste o que tenga bajo su control o custodia a un menor para su cuido, educación, tratamiento o detención, que cause daño o ponga en riesgo a un menor de sufrir daño a su salud e integridad física, mental y/o emocional, incluyendo el abuso sexual; incurrir en conducta obscena y/o utilización de un menor para ejecutar conducta obscena, conocido o que se sospeche, o que sucede como resultado de la política, prácticas y condiciones imperantes en la institución de que se trate; que se explote a un menor o se permita que otro lo haga, incluyendo pero sin limitarse a utilizar al menor para ejecutar conducta obscena, con el fin de lucrarse o de recibir algún otro beneficio.

(t) "Mejor Interés del Menor" significa el balance entre los diferentes factores que pueden afectar la seguridad, salud, bienestar físico, mental, emocional, educativo, social y cualesquiera otro dirigido a alcanzar el desarrollo óptimo del/a menor.

(u) "Menor" es toda persona que no haya cumplido los dieciocho (18) años de edad.

(v) "Negligencia" significa un tipo de maltrato que consiste en faltar a los deberes o dejar de ejercer las facultades de proveer adecuadamente los alimentos, ropa, albergue, educación o atención de salud a un menor; faltar al deber de supervisión; no visitar al menor o no haber mantenido contacto o comunicación frecuente con el menor. Asimismo, se considerará que un menor es víctima de negligencia si el padre, la madre o persona responsable del menor ha incurrido en la conducta descrita en el Artículo 166 A, incisos (3) y (4) del Código Civil de Puerto Rico.

(w) "Negligencia Institucional" significa la negligencia en que incurre o se sospecha que incurre un operador de un hogar de crianza o cualquier empleado o funcionario de una institución pública o privada que ofrezca servicios de cuido durante un día de veinticuatro (24) horas o parte de éste o que tenga bajo su control o custodia a un menor para su cuido, educación, tratamiento o detención, que cause daño o ponga en riesgo a un menor de sufrir daño a su salud e integridad física, mental y/o emocional, incluyendo abuso sexual, conocido o que se sospeche, o que suceda como resultado de la política, prácticas y condiciones imperantes en la institución de que se trate.

(x) "Orden de Protección" significa todo mandato expedido por escrito bajo el sello de un Tribunal, en la cual se dictan las medidas a una persona maltratante de un menor o menores para que se abstenga de incurrir o llevar a cabo determinados actos o conductas constitutivas de maltrato y/o negligencia.

(y) "Persona: Responsable del Menor" significa el custodio, los/as empleados/as y funcionarios de los programas o centros o instituciones que ofrezcan servicios de cuido, educación, tratamiento o detención a menores durante un período de veinticuatro (24) horas al día o parte de éste.

(z) "Peticionado" significa toda persona contra la cual se solicita una orden de protección.

(aa) "Peticionario" significa el padre, la madre, un funcionario del orden público, cualquier funcionario del Departamento de Justicia, del Departamento de la Familia, familiar del menor o persona responsable del menor que solicita un tribunal que expida una Orden de Protección.

(bb) "Plan de Permanencia" significa el diseño y ejecución de actividades con el/la menor y su familia dirigido a lograr la estabilidad, seguridad y mejor interés del/a menor, tomando en consideración los recursos existentes.

(cc) "Plan de Servicio" significa la organización sistemática de las metas, objetivos y actividades enmarcadas en tiempo, que son el resultado de un proceso de acopio de información y evaluación tomando como punto de partida las fortalezas de los miembros de la familia para superar sus necesidades y que darán dirección a la atención social del/a menor y su familia.

(dd) "Privación de la Patria Potestad" significa la terminación de los derechos que tienen los padres y las madres respecto de sus hijos e hijas, conforme las disposiciones del Código Civil de Puerto Rico.

(ee) "Riesgo Inminente" significa toda situación que represente un peligro para la salud, seguridad y bienestar físico, emocional y/o sexual de un menor.

(ff) "Riesgo de Muerte" significa acto que coloque a un/a menor en una condición que pueda causarle la muerte.

(gg) "Registro Central" significa unidad de trabajo establecida en el Departamento para recopilar información sobre todos los referidos y casos de Maltrato, Maltrato Institucional, Negligencia o Negligencia Institucional.

(hh) "Remoción" significa la acción que lleva a cabo el Departamento previa autorización del Tribunal, para obtener la custodia de un menor o una menor cuya estabilidad y seguridad está amenazada y se requiere su protección.

(ii) "Reunificación Familiar" significa reunión del/a menor con la familia del/a cual fue removido para que se le brinde o Provea afecto, salud, educación, seguridad, bienestar, cuido, compañía y que se le asegure su óptimo desarrollo como ser humano.

(jj) "Secretario o Secretaria" significa la Secretaria o Secretario del Departamento de la Familia.

(kk) "Servicios de Protección Social" significa los servicios especializados para lograr la seguridad y bienestar del/a menor y evitar riesgos de sufrir maltrato, maltrato institucional, negligencia o negligencia institucional. También significa los servicios que se ofrecen al padre, madre o las personas responsables del menor con el fin de fomentar modificaciones en los patrones de crianza. El hecho de que un /a menor sea padre o madre y sujeto de un informe no le hace inelegible para recibir los servicios de protección.

(ll) "Sujeto del Informe" significa cualquier persona que sea referida bajo esta Ley, incluyendo a cualquier menor, padre, madre o cualquier persona responsable por el bienestar de un menor o una menor.

(mm) "Supervisión Protectora" significa aquella supervisión a cargo del Departamento con relación a un menor que continúa viviendo en su hogar, luego de que un Tribunal determine que ha sido víctima de maltrato y/o negligencia.

(nn) "Tribunal" significa cualquier Sala del Tribunal de Primera Instancia del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Capítulo 5

Anejo 5.1

RESUMEN TOTAL DE PRIMAS Y PERDIDAS DISTRIBUIDAS POR LINEAS DE NEGOCIO PARA LOS AÑOS 2000, 2001 Y 2002						
Seguros de Vida y Salud						
Miles $						
	PRIMAS SUSCRITAS			**RECLAMACIONES PAGADAS**		
LINEAS DE NEGOCIO	**2000**	**2001**	**2002**	**2000**	**2001**	**2002**
Seguros de Vida (Life)						
Ordinario (Ordinary)	$230,471	$272,252	$250,000	$176,178	$230,653	$177,640
Vida de Crédito (Credit Life)	71,383	46,965	65,253	24,556	26,466	18,429
Colectivo (Group)	55,034	76,340	53,845	183,993	258,410	255,803
Industrial (Industrial)	82	84	54	185	113	124
Anualidades (Annuity Considerations)	362,303	182,448	198,907	109,346	51,113	71,407
Subtotal	$719,273	$578,089	$568,059	$494,258	$566,755	$523,403
Seguros de Salud (Health Insurance)						
Incapacidad (Disability)**	2,012,349	1,996,337	1,804,028	1,771,649	1,690,476	1,486,301
Seguros de Planes de Cuidado de Salud (Health Care Plans)***	692,183	801,862	1,113,092	500,153	672,460	941,604
Contratos de Servicios de Hospitalización y/o Médico Quirúrgicos (Hospital and/or Medical Services Contracts)****	18,378	19,949	17,359	7,163	7,753	5,710
Subtotal	2,722,910	2,818,148	2,934,479	2,278,965	2,370,689	2,433,615
TOTAL	$3,442,183	$3,396,237	$3,502,538	$2,773,223	$2,937,444	$2,957,018

* Datos 2001 se le eliminó de las Anualidades, el componente de los fondos con carácter depositario "DTF" y los depósitos misceláneos
** suscrito por Aseguradores por Acciones o Mutualistas
*** suscrito por Organizaciones de Servicios de Salud
**** suscrito por Asociaciones de Servicios Médicos y Hospitalarios con Fines No Pecuniarios

Anejo 5.2

Presupuesto de Fondos Ordinarios de los Municipios 1997*

15 0 - 10,000,000 = 5%
10,000,001 - 29,000,000 = 6%
29,000,001 - 39,000,000 = 7%
39,000,001 - 49,000,000 = 8%
49,000,001 - 59,000,000 = 9%
59,000,001 - 79,000,000 = 10%
79,000,001 - 89,000,000 = 12%
89,000,001 - 100,000,000 = 15%
100,000,001 - en adelante = 17%

*Excluye la Contribución Adicional Especial (CAE), y fondos federales utilizando como base el presupuesto de fondos ordinarios del año fiscal anterior, a partir del 1ro. de julio de 1997.
Fuente: Oficina del Comisionado de Asuntos Municipales, 1997.

Anejo 5.3

Anejo Datos Preliminares

Primas Suscritas y Pérdidas Pagadas de los Planes de Cuidado de Salud Vigentes en Puerto Rico para el Año 2003

$miles

	Entidades	**Primas Suscritas (Premiums Written)**				**Pérdidas Pagadas (Claims and Benefits Paid)**			
		Grupo con Planes Privados	**Grupo de Empleados de Gobierno**	**Participantes de la Reforma**	**Totales**	**Grupo con Planes Privados**	**Grupo de Empleados de Gobierno**	**Participantes de la Reforma**	**Totales**
	Aseguradores Extranjeros								
1	Aetna Life Insurance Company	$ 1,335	$ -	$ -	$ 1,335	$ 724	$ -	$ -	$ 724
2	American National Insurance Company	25	-	-	25	21	-	-	21
3	Colonial Penn Life Insurance Company	1	-	-	1	-	-	-	-
4	Combined Insurance Company of America	4	-	-	4	2	-	-	2
5	Connecticut General Life Insurance Company	22,698	-	-	22,698	17,917	-	-	17,917
6	Continental Casualty Company	1	-	-	1	-	-	-	-
7	Crown Life Insurance Company	31	-	-	31	62	-	-	62
8	Equitable Life Assurance Society of United States, The	95	-	-	95	-	-	-	-
9	ING Life Insurance and Annuity Company	2	-	-	2	13	-	-	13
10	Jefferson Pilot Financial Insurance Company	2	-	-	2	1	-	-	1
11	John Hancock Life Insurance Company	611	-	-	611	1,294	-	-	1,294
12	Liberty Mutual Insurance Company	28	-	-	28	395	-	-	395
13	Life Insurance Company of North America	852	-	-	852	973	-	-	973
14	Mid-West National Life Insurance Company of Tennessee	3,220	-	-	3,220	1,995	-	-	1,995
15	Monumental Life Insurance Company	(495)	-	-	(495)	745	-	-	745
16	Mutual of Omaha Insurance Company	4,166	-	-	4,166	1,121	-	-	1,121
17	National Benefit Life Insurance Company	2	-	-	2	-	-	-	-
18	Nationwide Life Insurance Company	1	-	-	1	-	-	-	-
19	Pan American Life Insurance Company	13,292	-	-	13,292	10,482	-	-	10,482
20	Pennsylvania Life Insurance Company	1	-	-	1	14	-	-	14
21	Peoples Benefit Life Insurance Company	1,213	-	-	1,213	35	-	-	35
22	Primerica Life Insurance Company	187	-	-	187	169	-	-	169
23	Protective Life Insurance Company	5	-	-	5	-	-	-	-
24	Reassure America Life Insurance Company	2,552	-	-	2,552	948	-	-	948
25	ReliaStar Life Insurance Company	3	-	-	3	2	-	-	2

26	Standard Security Life Insurance Company of New York	2	-	-	2	5	-	-	5
27	Transamerica Assurance Company	23	-	-	23	11	-	-	11
28	Transamerica Occidental Life Insurance Company	14	-	-	14	19	-	-	19
29	Travelers Insurance Company, The	303	-	-	303	166	-	-	166
30	Trustmark Insurance Company (Mutual)	70	-	-	70	-	-	-	-
31	United States Branch of the Sun Life Assurance Company of Canada	3	-	-	3	-	-	-	-
32	United Teachers Associates Insurance Company	434	-	-	434	45	-	-	45
	Subtotal	**$ 50,247**	**$ -**	**$ -**	**$ 50,247**	**$ 37,114**	**$ -**	**$ -**	**$ 37,114**
	Aseguradores del País								
1	AIG Life Insurance Company of Puerto Rico	$ 4,714	$ -	$ -	$ 4,714	$ 4,008	$ -	$ -	$ 4,008
2	Atlantic Southern Insurance Company	235	-	-	235	256	-	-	256
3	Canada Life Insurance Company of Puerto Rico, Inc.	34,555	-	-	34,555	28,539	-	-	28,539
4*	Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI	50,210	-	-	50,210	43,764	-	-	43,764
5	Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.	60,269	3,607	-	63,876	51,958	2,771	-	54,729
6	La Cruz Azul de Puerto Rico, Inc.	71,902	42,976	-	114,878	61,909	31,674	-	93,583
7	MCS Life Insurance Company	98,505	-	-	98,505	78,701	-	-	78,701
8	Triple-S, Inc.	625,537	65,947	477,614	1,169,098	538,351	56,009	434,782	1,029,142
	Subtotal	**$ 945,927**	**$ 112,530**	**$ 477,614**	**$ 1,536,071**	**$ 807,486**	**$ 90,454**	**$ 434,782**	**$ 1,332,722**
	Organizaciones de Servicios de Salud								
1	First Medical Health Plan, Inc.	$ 34,664	$ 258,067	$ -	$ 292,731	$ 22,034	$ 239,759	$ -	$ 261,793
2	Golden Cross HMO Health Plan Corporation	1,906	859	-	2,765	1,539	694	-	2,233
3	Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.	20,382	-	351,107	371,489	16,743	-	317,283	334,026
4	MCS Health Management Options, Inc.	-	-	405,036	405,036	-	-	372,147	372,147
5	Mennonite General Hospital, Inc.	6,542	9,812	-	16,354	5,856	8,783	-	14,639
6	MMM Healthcare, Inc.	145,215	-	-	145,215	98,135	-	-	98,135
7	Plan de Salud U.I.A, Inc.	7,093	15,779	-	22,872	6,415	15,939	-	22,354
8	Plan de Servicios de Salud Bella Vista, INC.	3,914	-	-	3,914	3,297	-	-	3,297
9	Preferred Health, Inc.	10,383	34,760	-	45,143	8,638	28,917	-	37,555
10	Ryder Health Plan, Inc.	2,971	1,192	-	4,163	2,674	1,074	-	3,748
	Subtotal	**$ 233,070**	**$ 320,469**	**$ 756,143**	**$ 1,309,682**	**$ 165,331**	**$ 295,166**	**$ 689,430**	**$ 1,149,927**
	Asociación de Servicios Médicos y Hospitalarios con Fines No Pecuniarios								
1	Delta Dental Plan of Puerto Rico, Inc.	$ 17,163	$ -	$ 383	$ 17,546	$ 11,017	$ -	$ 383	$ 11,400
	Subtotal	**$ 17,163**	**$ -**	**$ 383**	**$ 17,546**	**$ 11,017**	**$ -**	**$ 383**	**$ 11,400**
Total		**$ 1,246,407**	**$ 432,999**	**$1,234,140**	**$ 2,913,546**	**$1,020,948**	**$ 385,620**	**$ 1,124,595**	**$ 2,531,163**

Anejo 5.4

Guía 2003 Seguro de salud para Beneficiarios de medicare
(Para las personas con el Plan Original de Medicare)

Preparado por: Centros de Servicios de Medicare
y Medicaid

Puede accesar este documento (96 páginas) en www.medicare.gov

Anejo 5.5

NAIC - Annual Statement					
2003					
Note 18					
	TPA		**Admistration Fee**	**Incurred Claims**	**TOTAL**
	Humana Insurance		704,682	3,907,970	
	Triple S		11,369,300	151,805,884	
	Connecticut		171,669	19,651,479	
	MCS		5,762,535	83,865,248	
	COSVI		1,968,679	16,526,038	
	Cruz Azul		n/d	179,926,884	
	TOTAL		$19,976,865	$455,683,503	$475,660,368

Capítulo 7

Anejo 7.1

DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA DE REGLAMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN
DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
JUNTAS Y RESPECTIVAS PROFESIONES REGLAMENTADAS

1. Junta Examinadora de Administradores de Servicios de Salud
    - Administradores
2. Junta Examinadora de Consejeros en Rehabilitación
    - Consejeros en Rehabilitación
3. Junta Dental Examinadora
    - Dentistas
    - Asistentes Dentales
    - Higienistas Dentales
4. Junta Examinadora de Doctores en Naturopatía
    - Doctor en Naturopatía
5. Junta Examinadora de Educadores en Salud
    - Educadores en Salud
    - Educadores en Salud Comunal
6. Junta Examinadora de Embalsamadores
    - Embalsamadores
7. Junta Examinadora de Enfermeras y/o Enfermeros
    - Enfermera Generalista
    - Enfermera Grado Asociado
    - Enfermera Práctica
    - Enfermera Especialista
8. Junta Examinadora de Farmacia
    - Farmacéuticos
    - Auxiliares de Farmacia
9. Junta Examinadora de Naturópatas
    - Naturópatas
10. Junta Examinadora de Nutricionistas y Dietistas
    - Nutricionistas
    - Dietistas
11. Junta Examinadora de Ópticos
    - Ópticos
    - Técnicos en Laboratorio de Óptica
12. Junta Examinadora de Optómetras
    - Optómetras
13. Junta Examinadora de Médicos Podiatras
    - Podiatras
14. Junta Examinadora de Quiroprácticos
    - Quiroprácticos
15. Junta Examinadora de Sicólogos
    - Sicólogos
16. Junta Examinadora de Tecnólogos Dentales
    - Tecnólogos Dentales
17. Junta Examinadora de Tecnólogos de Hemodiálisis
    - Tecnólogos de Hemodiálisis

18. Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear
    - Tecnólogos en Medicina Nuclear
19. Junta Examinadora de Tecnólogos Médicos
    - Tecnólogos Médicos
    - Microscopistas
20. Junta Examinadora de Técnicos de Cuidado Respiratorio
    - Técnicos de Cuidado Respiratorio
21. Junta Examinadora de Técnicos en Radiología
    - Técnicos en Radiología
    - Técnicos en Radioterapia
22. Junta Examinadora Terapista del Habla, Patólogos del Habla y Audiólogos
    - Terapistas del Habla Lenguaje
    - Patólogos del Habla Lenguaje
    - Audiólogos
23. Junta Examinadora de Terapia Física
    - Terapistas Físicos
    - Asistentes de Terapia Física
24. Junta Examinadora de Terapia Ocupacional
    - Terapistas Ocupacionales
    - Asistentes de Terapia Ocupacional
25. Junta Examinadora de Médicos Veterinarios
    - Veterinarios
    - Técnicos Veterinarios
    - Tecnólogos Veterinarios
26. Junta Examinadora de Histotécnicos e Histotecnólogos
    - Histotécnicos
    - Histotecnólogos
27. Junta Examinadora de Técnicos de Emergencias Médicas
    - Paramédicos
    - Técnico Emergencias Médicas Básico
28. Junta Examinadora de Consejeros Profesionales
    - Consejeros
29. Junta Examinadora Terapeutas del Masaje
    - Masajistas

Anejo 9.1

ANEJO 1

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)
Casos de SIDA Confirmados en Puerto Rico hasta 12/31/2004
Surveillance Report - 12/31/2004

1. Disease Category	Adult/Adolescent * Cases (%)	Adult/Adolescent * Deaths (%)	Pediatric * Cases (%)	Pediatric * Deaths (%)	Total Cases (%)	Total Deaths (%)
PCP	7605 (26)	5931 (78)	148 (36)	96 (65)	7753 (26)	6027 (78)
Other Disease w/o PCP	13417 (45)	9286 (69)	259 (63)	138 (53)	13676 (46)	9424 (69)
KS Alone	502 (2)	354 (71)	0 (0)	0 (.)	502 (2)	354 (71)
No Diseases Listed	7993 (27)	2953 (37)	1 (0)	0 (0)	7994 (27)	2953 (37)
Total	29517 (100)	18524 (63)	408 (100)	234 (57)	29925 (100)	18758 (63)

2. Age *	Cases (%)
Under 5	307 (1)
5-12	101 (0)
13-19	195 (1)
20-29	4923 (16)
30-39	12883 (43)
40-49	7787 (26)
Over 49	3729 (12)
Unknown	0 (0)
Total	29925 (100)

3. Race/Ethnicity		Adult/Adolescent * Cases (%)	Pediatric * Cases (%)	Total Cases (%)
Hispanic	- All Races	29440 (100)	404 (99)	29844 (100)
Not Hispanic	- Am. Indian/Alaska Native	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Asian	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Black or African American	18 (0)	3 (1)	21 (0)
	Native Hawaiian/Pacific Is.	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	White	51 (0)	1 (0)	52 (0)
	Legacy Asian/Pacific Is.	1 (0)	0 (0)	1 (0)
	Multi-race	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Unknown	7 (0)	0 (0)	7 (0)
Total		29517 (100)	408 (100)	29925 (100)

4. Exposure Category	Adult/Adolescent Transmission Modes** Males (%)	Females (%)	Total (%)
Men who have sex with men	4847 (21)	0 (0)	4847 (16)
Injecting drug use	12169 (54)	2535 (37)	14704 (50)
Men who have sex with men and inject drugs	2148 (10)	0 (0)	2148 (7)
Hemophilia/coagulation disorder	49 (0)	6 (0)	55 (0)
Heterosexual contact	3114 (14)	4160 (60)	7274 (25)
Receipt of blood, components, or tissue	86 (0)	113 (2)	199 (1)
Risk not reported/Other	181 (1)	66 (1)	247 (1)
Total	22594 (100)	6880 (100)	29474 (100)

	Pediatric Transmission Modes Males (%)	Females (%)	Total (%)
Hemophilia/coagulation disorder	9 (4)	1 (0)	10 (2)
Mother with/at risk for HIV infection	204 (90)	215 (96)	419 (93)
Receipt of blood, components, or tissue	11 (5)	7 (3)	18 (4)
Risk not reported/Other	2 (1)	2 (1)	4 (1)
Total	226 (100)	225 (100)	451 (100)

* Classification at time of AIDS dx if patient met the AIDS case definition (otherwise age at first HIV report).
**43 patients were diagnosed with AIDS as adults but have evidence of being HIV infected as children. They are counted as adults/adolescent cases in tables 1, 2, and 3;and as pediatric cases in table 4.

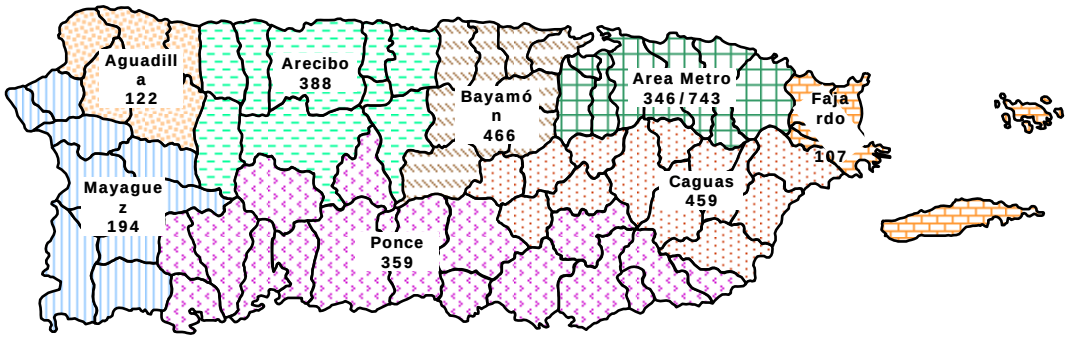
Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)
Casos de SIDA Confirmados en Puerto Rico hasta 12/31/2004
Surveillance Report - 12/31/2004

5. Reported Cases of AIDS and Case-Fatality Rates by Half-Year of Diagnosis.

Half-Year of Diagnosis	Number of Cases	Number of Deaths	Case-Fatality Rate
Before 1990	4649	3856	83%
1990 Jan -June	927	754	81%
July-Dec	963	792	82%
1991 Jan -June	1177	942	80%
July-Dec	1197	965	81%
1992 Jan -June	1248	967	77%
July-Dec	1205	937	78%
1993 Jan -June	1479	1129	76%
July-Dec	1217	878	72%
1994 Jan -June	1177	849	72%
July-Dec	1193	788	66%
1995 Jan -June	1199	768	64%
July-Dec	950	579	61%
1996 Jan -June	1190	659	55%
July-Dec	893	448	50%
1997 Jan -June	929	425	46%
July-Dec	811	334	41%
1998 Jan -June	798	330	41%
July-Dec	660	293	44%
1999 Jan -June	699	297	42%
July-Dec	580	228	39%
2000 Jan -June	616	256	42%
July-Dec	553	223	40%
2001 Jan -June	594	225	38%
July-Dec	575	199	35%
2002 Jan -June	550	181	33%
July-Dec	450	151	34%
2003 Jan -June	529	135	26%
July-Dec	406	84	21%
2004 Jan -June	321	66	21%
July-Dec 31	190	20	11%
Totals	29925	18758	63%

Casos de VIH Confirmados por Región de Salud hasta Diciembre de 2004

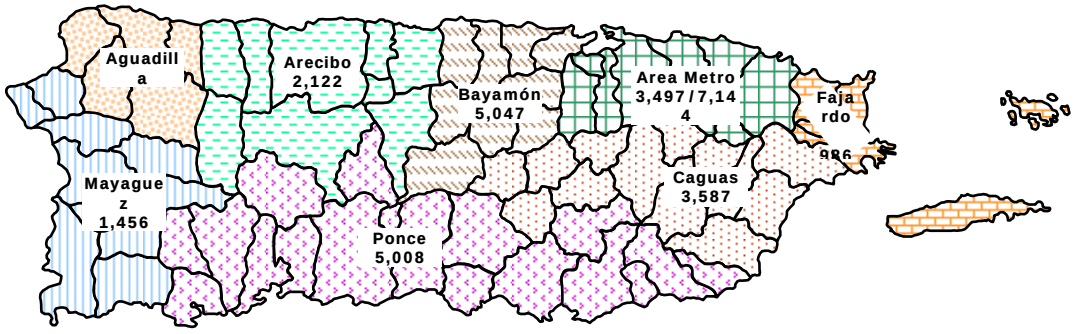
Anejo 9.2



Vigilancia SIDA 12/31/2024
División de Epidemiología
N=3,193 Casos de VIH

Casos de Sida Confirmados por Región de Salud hasta Diciembre de 2004

Anejo 9.3



Vigilancia SIDA 12/31/2024
División de Epidemiología
N=29,925 Casos de SIDA

Anejo 9.4

HARS Reporting Syst
Casos de HIV Confirmados en Puerto R

mode (row) vs. sex (column)
frequency

	(1)Male	(2)Female	total
(01)Homo-Bi Male	311	0	311
(02)IV drug user	1038	316	1354
(03)Homo & IDU	80	0	80
(04)Adult Hemophl	1	1	2
(05)Hetsx Contact	374	703	1077
(06)Transfus,Trpl	1	1	2
(09)Risk not specifi	197	122	319
(12)M w HIV HIV-Risk	28	12	40
(19)Ped Oth/Und	4	2	6
total	2034	1157	3191

Anejo 9.5

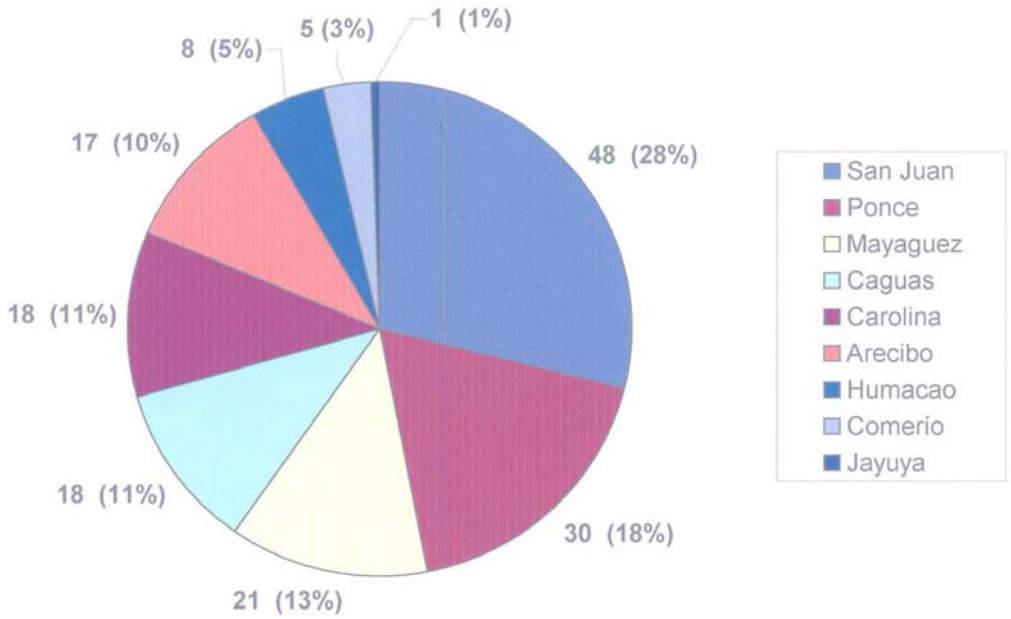
Secretaría Auxiliar para la Prevención
y Control de Enfermedades
Oficina Central para Asuntos del
SIDA y Enfermedades Transmisibles (OCASET)

PROGRAMA PREVENCIÓN ETS/VIH/SIDA
ACTIVIDAD DÍA NACIONAL DE HACERTE LA PRUEBA DE VIH
MARCO DE REFERENCIA SEROPOSITIVIDAD MUESTREOS REALIZADOS DÍAS 27 DE JUNIO

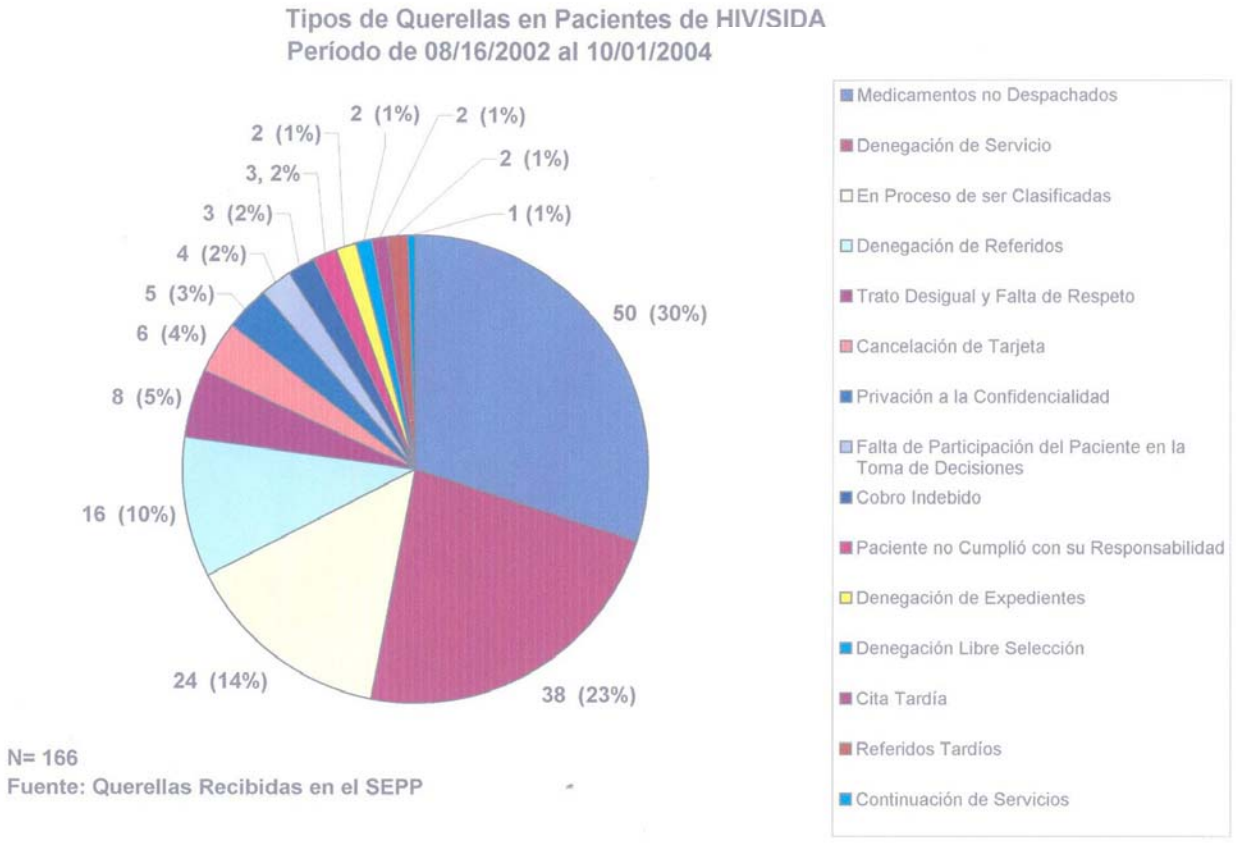
AÑO	TOTAL DE PRUEBAS VIH REALIZADAS	NÚM. DE CASOS POSITIVOS	SERO-PREVALENCIA
2001	12,733	138	1.08%
2002	14,015	122	0.8%
2003	12,336	89	0.7%
2004	12,773	104	0.8%

Anejo 9.6

Querellas Recibidas en el SEPP por Regiones de OPP
Período de 08/16/2002 hasta el 10/01/2004 (9:00 A.M.)

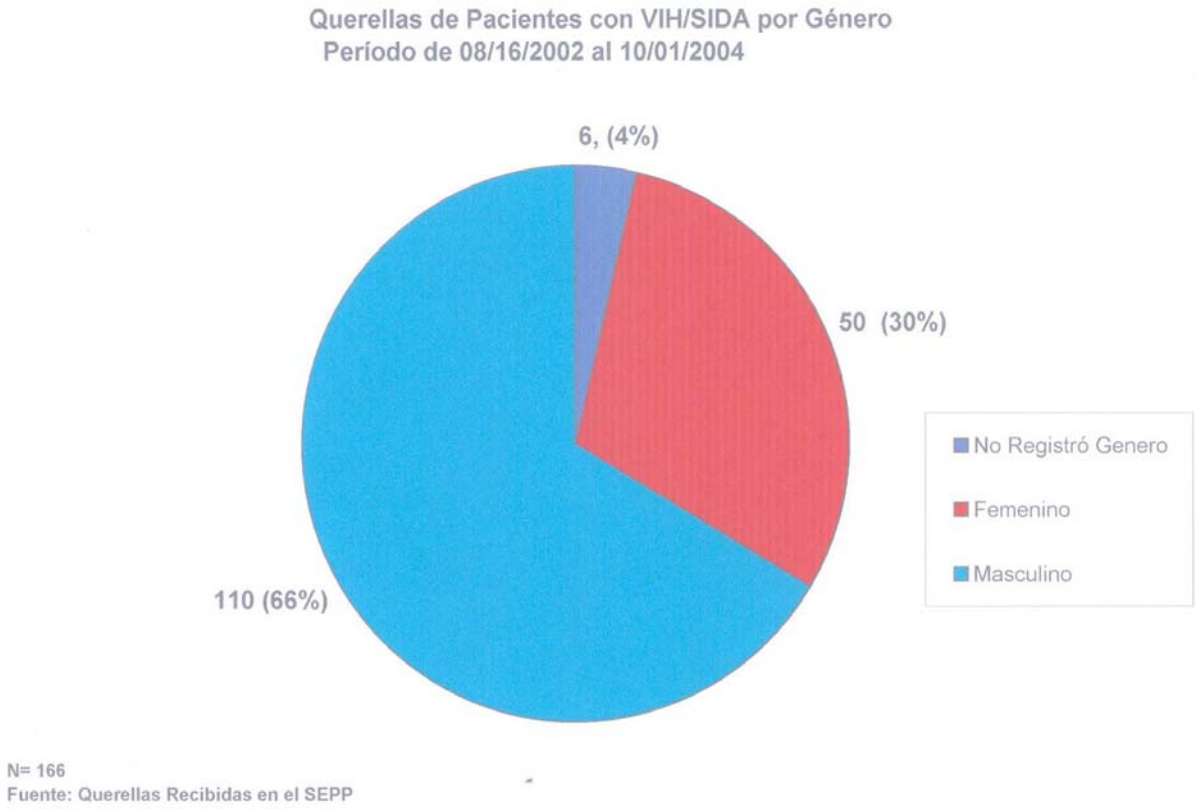


N= 166
Fuente= Querellas Recibidas en el SEPP



N= 166
Fuente: Querellas Recibidas en el SEPP

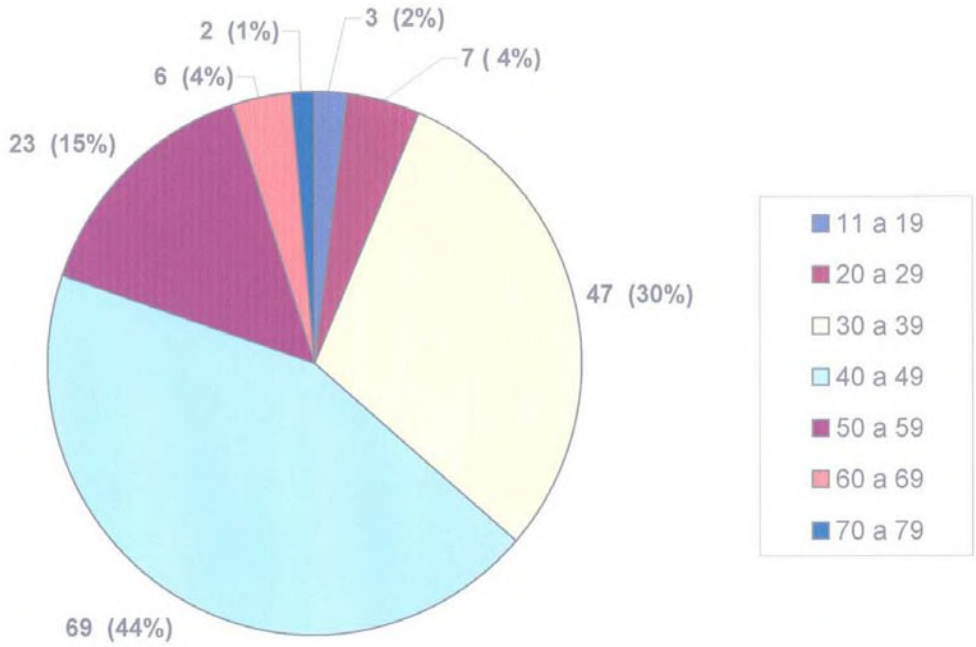
Anejo 6-B



N= 166
Fuente: Querellas Recibidas en el SEPP

Anejo 6-C

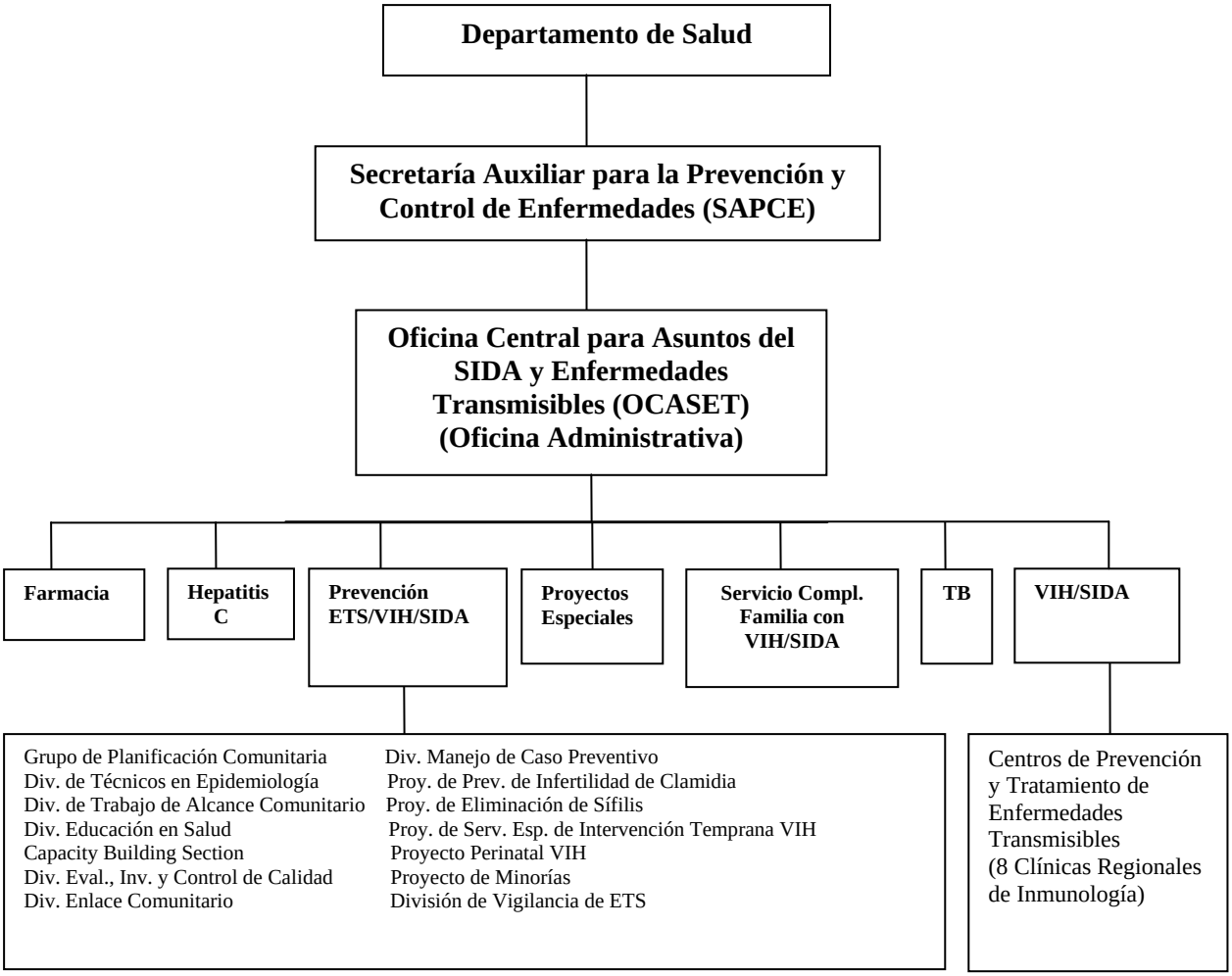
Querellas de pacientes con HIV/SIDA por Grupos de Edad
Período de 08/16/2002 al 10/01/2004



N= 166
Fuente: Querellas Recibidas en el SEPP

Anejo 9.7

ORGANIGRAMA OFICINA CENTRAL PARA ASUNTOS DEL SIDA Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (OCASET)



Anejo 9.8

Secretaría Auxiliar para la Prevención y Control de Enfermedades
Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles (OCASET)

PROGRAMA SERVICIOS COMPRENSIVOS A FAMILIAS CON VIH/SIDA

NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADOLESCENTES ADULTOS ACTIVOS EN LOS CENTROS DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (CPTET), SIDA SAN JUAN, PROYECTOS GAMMA Y WITTS SEGÚN CLASIFICACIONES DE EDAD ESTABLECIDAS POR HRSA

Diciembre 2004

CLINICAS DE INMUNOLOGIA	NIÑOS 0 A 12 AÑOS	ADOLESCENTES 13 A 19 AÑOS	ADOLESCENTES ADULTOS 20 A 24 AÑOS	TOTAL
Arecibo	25	9	0	34
Bayamón	34	22	2	58
Caguas	31	24	5	60
CLETS	NO SE ATIENDE ESTA POBLACIÓN			
Luquillo	9	2	3	14
Mayagüez	19	19	6	44
Ponce	29	19	2	50
Carolina	NO SE ATIENDE ESTA POBLACION			0
*GAMMA	43	40	5	88
*WITS	19	5	18	42
*SIDA SAN JUAN	31	25	7	63
Total	**240**	**165**	**48**	**453**
	53%	**36%**	**11%**	**100%**

***Estos proveedores reciben fondos a través del Programa de Servicios Comprensivos a Fam. con VIH/SIDA**

Anejo 9.9

SECRETARIA AUXILIAR PARA LA
PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES
OFICINA CENTRAL PARA ASUNTOS DEL SIDA
Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (OCASET)

PACIENTES DE SIDA ACTIVOS EN LOS CENTROS DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (CPTET)
A JUNIO 30 DE 2004

CLINICAS DE INMUNOLOGIA	***MUJERES***	***HOMBRES***	***TOTAL***
Arecibo	120	240	360
Bayamón	592	1,272	1,864
Caguas	200	395	595
Carolina	134	155	289
CLETS	1,005	1,929	2,934
Fajardo	63	97	160
Mayagüez	312	642	954
Ponce	883	903	1,786
Total	***3,309***	***5,633***	***8,942***
Por ciento	***37%***	***63%***	***100%***

Anejo 9.10

Secretaría Auxiliar para la Prevención y
Control de Enfermedades
Oficina Central para Asuntos del
SIDA y Enfermedades Transmisibles (OCASET)

ORGANIZACIONES QUE BRINDAN SERVICIOS A INFECTADOS Y AFECTADOS POR EL VIH/SIDA

ORGANIZACIONES SIN FINES DE LUCRO Y MUNICIPIOS

ALBERGUE LA PROVIDENCIA, INC.
AMOR QUE SANA, INC
ASOCIACIÓN LAICA MISIONERA ADVENTISTA, INC.
ASPIRA, INC. DE PUERTO RICO
BILL'S KITCHEN, INC.
CASA AFAPS, INC.
ASA DEL PEREGRINO AGUADILLA, INC.
CASA ISMAEL, INC.
CASA JOVEN DEL CARIBE, INC.
CENTRO DE SERVICIOS A LA JUVENTUD
COAI, INC.
CONCILIO INTEGRAL DE SALUD DE LOIZA
CORPORACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA AVANZADA, INC.
ESTANCIA CORAZÓN, INC.
FUNDACIÓN ACCIÓN SOCIAL REFUGIO ETERNO, INC.
FUNDACIÓN DE DESARROLLO COMUNAL DE PUERTO RICO, INC.
FUNDACIÓN UNIDOS POR UN NUEVO SIGLO, INC.
HOGAR, AGUA Y VIDA EN EL DESIERTO
HOGAR CREA, INC. – TRUJILLO ALTO
HOGAR CREA, INC. – PONCE
HIOGAR DE AYUDA AL REFUGIO, INC.
INICIATIVA COMUNITARIA, INC.
LA PERLA DE GRAN PRECIO, INC.
LUCHA CONTRA EL SIDA, INC.
MIGRANT HEALTH CENTER, INC.
MINISTERIO EN JEHOVÁ SERÁN PROVISTOS, INC.
MUNICIPIO DE BAYAMÓN
MUNICIPIO DE CAGUAS
MUNICIPIO DE SAN JUAN
PROFAMILIA, INC.
PROGRAMA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO SAN LUCAS
PUERTO RICO, CONCRA, INC.
SERVICIOS SOCIALES EPISCOPALES, INC.
SILO MISIÓN CRISTIANA, INC.
SOCIEDAD INTEGRA DE AIBONITEÑOS, HOGAR DIVINO NIÑO JESÚS, INC.
TALLER SALUD
TEEN CHALLENGE, INC.

PROGRAMAS RYAN WHITE TITULO I

AIDS TASK FORCE -EMA SAN JUAN
PROGRAMA CAGUAS CIUDAD SALUDABLE – EMA CAGUAS

EMA PONCE

PROGRAMAS RYAN WHITE TITULO II

AGENCIA COORDINADORA FUNDACIÓN ACCIÓN SOCIAL REFUGIO ETERNO, BAYAMÓN
AGENCIA COORDINADORA FUNDACIÓN ACCIÓN SOCIAL REFUGIO ETERNO, SAN JUAN
AGENCIA COORDINADORA INSTITUTO PRE VOCACIONAL E INDUSTRIAL DE PUERTO RICO PROGRAMA CAPERNAUN, ARECIBO
AGENCIA COORDINADORA INSTITUTO PRE VOCACIONAL E INDUSTRIAL DE PUERTO RICO PROGRAMA CAPERNAUN, MAYAGUEZ
CONSORCIO ASOCIACIÓN PUERTORRIQUEÑA DE SERVICIOS Y AYUDA AL PACIENTE CON SIDA
CONSORCIO INMUNOLÓGICO METRO ESTE
CONSORCIO REGIÓN SUR DE PUERTO RICO

PROGRAMAS RYAN WHITE TITULO III

CENTRO DE EPIDEMIOLOGÍA DE BAYAMÓN
CENTRO DE SALUD FAMILIAR DOCTOR JULIO PALMIERI, ARROYO
CENTRO DE SALUD DE LARES
CENTRO DE SALUD DE MIGRANTES, REGIÓN OESTE MAYAGUEZ
CONSEJO DE SALUD DE LA COMUNIDAD, CDT PLAYA DE PONCE
CONCILIO DE SALUD INTEGRAL DE LOIZA
GURABO COMMUNITY HEALTH CENTER / GURABO FAMILY MEDICINE CENTER
PROYECTO CIS, HOSPITAL RYDER MEMORIAL HUMACAO
PUERTO RICO CONCRA, INC.

PROGRAMAS RYAN WHITE TITULO IV

GAMMA
MUNICIPIO DE SAN JUAN
WITTS

Anejo 9.11

Secretaría Auxiliar para la Prevención y Control de Enfermedades
Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles (OCASET)

Presupuesto de la Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles (OCASET) y Desglose por Programas para Renglones de Tratamiento y Prevención Año Fiscal 2003-2004

PROGRAMA*	FONDOS ESTATALES		TOTAL	FONDOS FEDERALES		TOTAL
	Prevención	Tratamiento		Prevención	Tratamiento	
Farmacia	**N/A**	**$906,500.00**	$906,500.00	**N/A**	**$27,455,500.00**	$27,455,500.00
Prevención ETS/VIH/SIDA	**$2,832,975.00**	**N/A**	$2,832,975.00	**$7,622,999.00**	**N/A**	$7,622,999.00
Proyectos Especiales	**N/A**	**$2,000,000.00**	$2,000,000.00	**N/A**	**$7,541,144.00**	$7,541,144.00
SIDA Pediátrico	**$129,327.60**	**$1,841,011.96**	$1,970,339.56	**$71,302.00**	**$447,141.00**	$518,443.00
VIH/SIDA	**N/A**	**$12,240,650.00**	$12,240,650.00	**N/A**	**N/A**	-0-
Tuberculosis	**$7,000.00**	**$75,000.00**	$82,000.00	**N/A**	**$772,152.00**	$772,152.00
TOTAL PREVENCIÓN	$2,969,302.60			$7,694,301.00		$10,663,603.60
TOTAL TRATAMIENTO		$17,063,161.96			$36,215,937.00	$53,279,098.96
TOTAL			$20,032,464.56			$43,910,238.00
					GRAN TOTAL	$63,942,702.56

Total de Fondos Asignados a la OCASET para la Prevención y Tratamiento de ETS/VIH/SIDA/TB

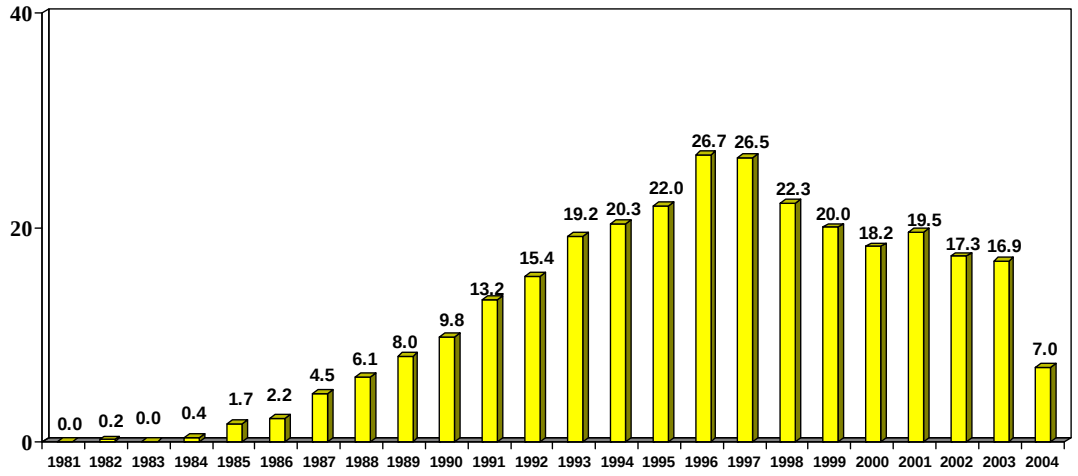
RENGLONES	DINERO ASIGNADO
TOTAL PREVENCIÓN FONDO ESTATAL Y FEDERAL	$10,663,603.60
TOTAL TRATAMIENTO FONDO ESTATAL Y FEDERAL	$53,279,098.96
GRAN TOTAL	$63,942,702.56

***No se incluye el presupuesto del Programa Hepatitis C, ya que la vigencia de este programa comenzó en el año fiscal 2004 - 2005**

Anejo 9.12

Prevalencia del SIDA, por Año de Diagnóstico, Puerto Rico, 1981-2003

Tasa cruda por 100,000 habitantes



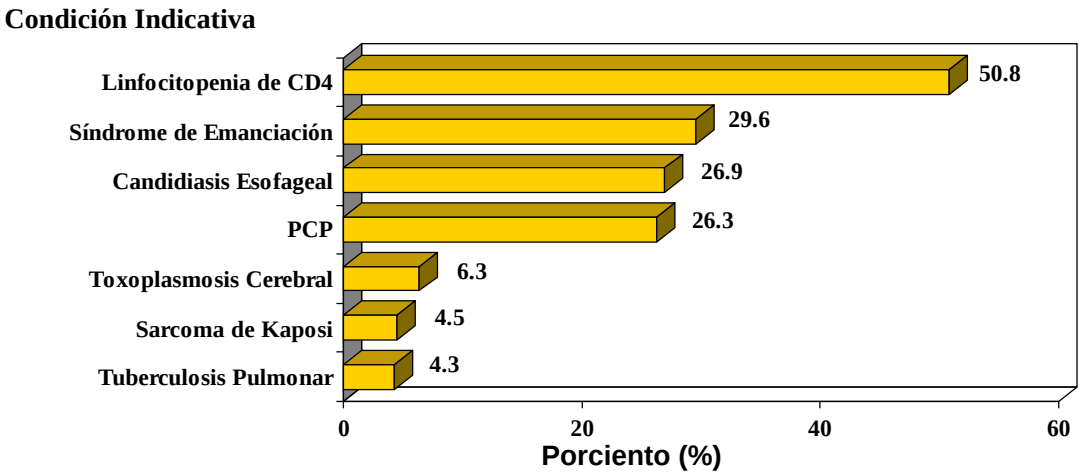
N=10,964 Personas viviendo con SIDA reportadas hasta el 10/29/2004

• Datos no ajustados por retraso en el reporte.

Figura 5

Anejo 9.13

Distribución Porcentual de Casos de SIDA por Condición Indicativa en *Hombres*, Puerto Rico, 1981 - 2004

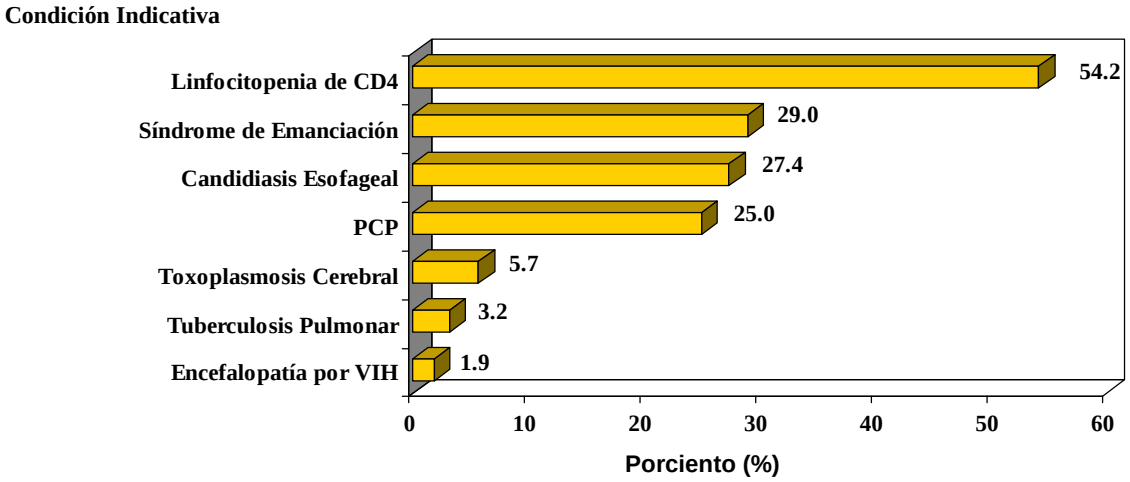


Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología,
Departamento de Salud de Puerto Rico,
N= 22,617 Casos reportados hasta el 10/29/2004.

Figura 16

Anejo 9.14

Distribución Porcentual de Casos de SIDA por Condición Indicativa en *Mujeres*, Puerto Rico, 1981 - 2004



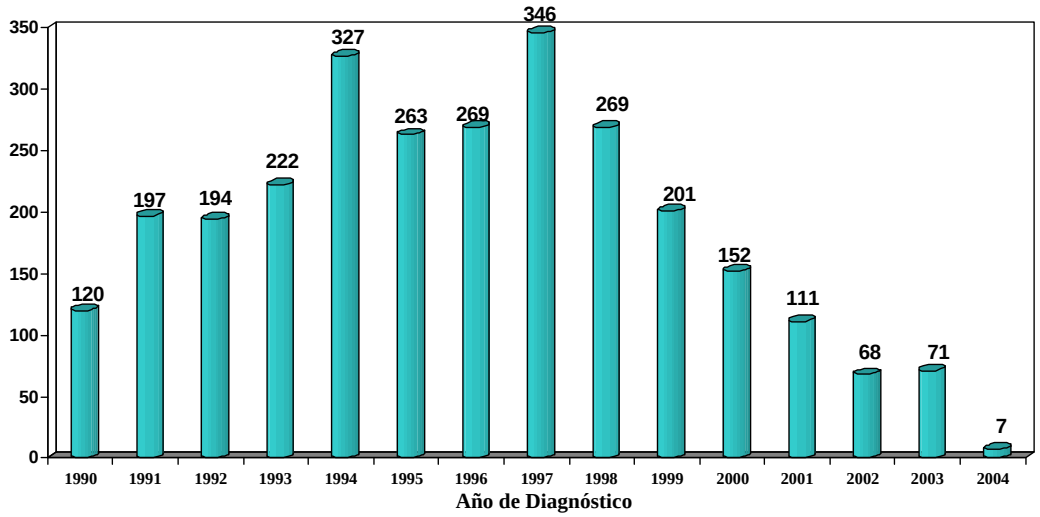
Fuente: Sección Vigilancia de SIDA División de Epidemiología, Departamento de Salud de Puerto Rico

N= 7,026 Casos femeninos reportados hasta el 10/29/2004.

Figura 17

Anejo 9.15

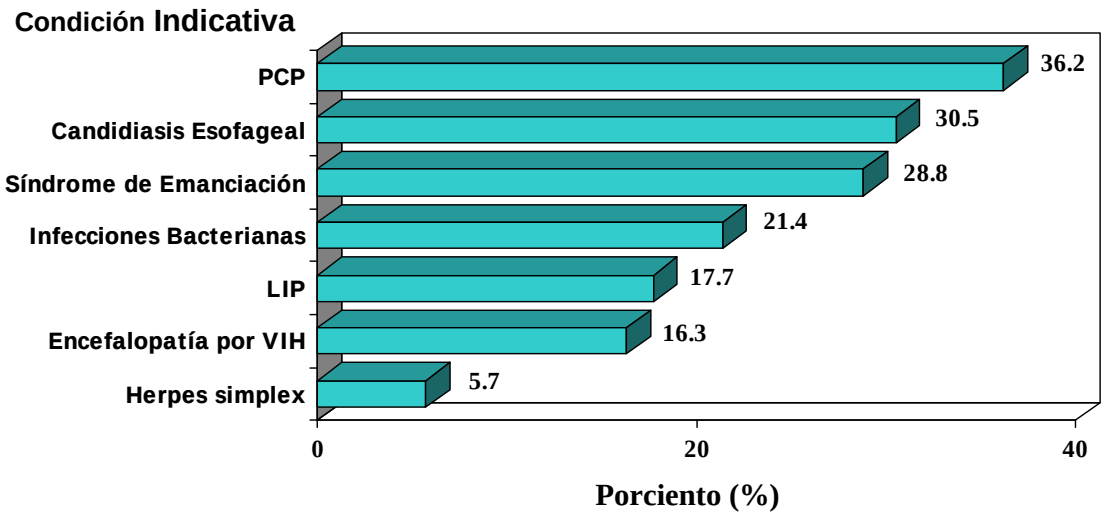
Distribución de Casos de SIDA Diagnosticados en Cárceles por Año de Diagnóstico, Puerto Rico, 1981- 2004



N= 2,817 *Casos reportados hasta el 10/29/2004.

Anejo 9.16

Distribución Porcentual de Casos de SIDA *Pediátrico* por Condición Indicativa, Puerto Rico, 1981 - 2004



Fuente: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología, Depto. de Salud de Puerto Rico
N=406 Casos pediátricos reportados hasta el 10/29/2004 (Categorías no son mutuamente exclusivas)

Anejo 9.17

PROGRAMA SERVICIOS COMPRENSIVOS A FAMILIAS CON VIH/SIDA

CONSUMIDORES NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADOLESCENTES ADULTOS ACTIVOS EN LOS CENTROS DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (CPTET), SIDA SAN JUAN, PROYECTOS GAMMA Y WITS
a septiembre de 2004

CLINICAS DE INMUNOLOGIA	NIÑOS 0 A 12 AÑOS	ADOLESCENTES 13 A 19 AÑOS	ADOLESCENTES ADULTOS 20 A 24 AÑOS	TOTAL
Arecibo	24	8	0	32
Bayamón	31	21	1	53
Caguas	30	23	7	60
CLETS	NO SE ATIENDE ESTA POBLACIÓN			0
Luquillo	7	2	4	13
Mayagüez	21	17	9	47
Ponce	29	19	1	49
Carolina	NO SE ATIENDE ESTA POBLACION			0
*GAMMA	42	40	7	89
*WITS	19	4	22	45
*SIDA SAN JUAN	23	30	7	60
Total	**226**	**164**	**58**	**448**
	50%	**37%**	**13%**	**100%**

***Estos proveedores reciben fondos a través del Programa de Servicios Comprensivos a Fam. con VIH/SIDA**

Anejo 9.18

PROGRAMA PREVENCIÓN ETS/VIH/SIDA
ACTIVIDAD DÍA NACIONAL DE HACERTE LA PRUEBA DE VIH
MARCO DE REFERENCIA SEROPOSITIVIDAD MUESTREOS REALIZADOS DÍAS 27 DE JUNIO

AÑO	TOTAL DE PRUEBAS VIH REALIZADAS	NÚM. DE CASOS POSITIVOS	SERO-PREVALENCIA
1999		DATOS NO DISPONIBLES	
2000		DATOS NO DISPONIBLES	
2001	12,733	138	1.08%
2002	14,015	122	0.8%
2003	12,336	89	0.7%
2004	12,773	104	0.8%

Anejo 9.19

Presupuesto de la Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles (OCASET) y Desglose por Programas para Renglones de Tratamiento y Prevención
AÑO FISCAL 2003-2004

PROGRAMA	FONDOS ESTATALES		TOTAL	FONDOS FEDERALES		TOTAL
	Prevención	Tratamiento		Prevención	Tratamiento	
Farmacia	**N/A**	**$906,500.00**	$906,500.00	**N/A**	**$27,455,500.00**	$27,455,500.00
Prevención ETS/VIH/SIDA	**$2,832,975.00**	**N/A**	$2,832,975.00	**$7,622,999.00**	**N/A**	$7,622,999.00
Proyectos Especiales	**N/A**	**$2,000,000.00**	$2,000,000.00	**N/A**	**$7,541,144.00**	$7,541,144.00
SIDA Pediátrico	**$129,327.60**	**$1,841,011.96**	$1,970,339.56	**$71,302.00**	**$447,141.00**	$518,443.00
VIH/SIDA	**N/A**	**$12,240,650.00**	$12,240,650.00	**N/A**	**N/A**	-0-
Tuberculosis	**$7,000.00**	**$75,000.00**	$82,000.00	**N/A**	**$772,152.00**	$772,152.00
TOTAL	**$2,969,302.60**	**$17,063,161.96**	$20,032,464.56	**$7,694,301.00**	**$36,215,937.00**	$43,910,238.00
PREVENCION	**$2,969,302.60**			**$7,694,301.00**		$10,663,603.60
TRATAMIENTO		**$17,063,161.96**			**$36,215,937.00**	$53,279,098.96

Anejo 9.20

Total de Fondos Asignados a la OCASET para la Prevención y Tratamiento de ETS/VIH/SIDA/TB

RENGLONES	DINERO ASIGNADO
PREVENCION F/E	$10,663,603.60
TRATAMIENTO F/E	$53,279,098.96
GRAN TOTAL	$63,942,702.56

Anejo 9.21

PACIENTES DE SIDA ACTIVOS EN LOS CENTROS DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (CPTET)
A JUNIO 30 DE 2004

CLINICAS DE INMUNOLOGIA	*MUJERES*	*HOMBRES*	*TOTAL*
Arecibo	120	240	360
Bayamón	592	1,272	1,864
Caguas	200	395	595
Carolina	134	155	289
CLETS	1,005	1,929	2,934
Fajardo	63	97	160
Mayagüez	312	642	954
Ponce	883	903	1,786
Total	**3,309**	**5,633**	**8,942**
Por ciento	**37%**	**63%**	**100%**

Lista de Cuadros, Gráficos, Mapas y Organigramas

CAPÍTULO 1

Cuadros

Cuadro 1: Tasas de mortalidad por sexo, Puerto Rico 1990-2002
Cuadro 2: Primeras quince causas de muertes, Puerto Rico 2002
Cuadro 3: Mortalidad por regiones de salud y residencia materna, por 1,000 nacimientos vivos, Puerto Rico 1996-2000
Cuadro 4: Tasa de mortalidad infantil por clasificación de bajo peso al nacer, Puerto Rico año 2002
Cuadro 5: Prevalencia de las primeras condiciones (tasa cruda por cada 100), Puerto Rico año 2002
Cuadro 6: Prevalencia de las primeras condiciones por región de salud, Puerto Rico año 2002
Cuadro 7: Prevalencia de las primeras condiciones para personas de 0-17 años, Puerto Rico 2002
Cuadro 8: Prevalencia de las primeras condiciones para personas de 18-44 años Puerto Rico 2002
Cuadro 9: Prevalencia de las primeras condiciones de 45-64 años, Puerto Rico año 2002
Cuadro 10: Prevalencia de las primeras condiciones para personas de 65 años o más(tasa cruda por cada 100) Puerto Rico año 2002
Cuadro11: Prevalencia de enfermedades o condiciones seleccionadas según el sexo, por cada cien asegurados, Plan de Salud del ELA 2000-2003
Cuadro 12: Prevalencia de enfermedades o condiciones seleccionadas por cada cien asegurados por edad Plan de Salud del ELA ASES 2000-2003
Cuadro 13: Tasa de Utilización de servicios según las enfermedades o condiciones seleccionadas, ASES 2002-2003
Cuadro 14: Enfermedades transmisibles de mayor incidencia en Puerto Rico 1990-2003
Cuadro 15: Distribución de casos de enfermedades prevenibles por vacuna, durante el periodo de 1990-2003
Cuadro 16: Distribución de por cientos de población mayores de diecisiete años ha fumado alguna vez en la vida, Puerto Rico 2002
Cuadro 17: Distribución de por cientos de la población mayores de diecisiete años que fumaba al momento de la entrevista, Puerto Rico 2002
Cuadro 18: Distribución de por cientos de la población mayores de diecisiete años que fumaba al momento de la entrevista por género, Puerto Rico 2002
Cuadro 19: Distribución de por cientos de la población mayores de diecisiete años que tomó cinco tragos o más en un día durante los pasados doce meses, Puerto Rico 2002
Cuadro 20: Distribución de por cientos de la población mayores de diecisiete años que tomó cinco tragos o más en un día durante los pasados doce meses por género, Puerto Rico 2002
Cuadro 21: Distribución de por cientos de la población que mantiene algún régimen de dieta, Puerto Rico año 2002
Cuadro 22: Distribución de por cientos de la población que mantiene algún régimen de dieta por género, Puerto Rico 2002
Cuadro 23: Distribución de por cientos de la población que mantiene algún régimen de ejercicio, Puerto Rico año 2001
Cuadro 24: Distribución de por cientos de la población que mantiene algún régimen de ejercicio por género, Puerto Rico año 2002
Cuadro 25: Tasa de incidencia de cáncer por sexo y año de diagnóstico, Puerto Rico 1998-2000

Cuadro 26: Enfermedades de notificación obligatoria Programa de Salud Correccional, Puerto Rico 1999-2002
Cuadro 27: Tasa de mortalidad de confinados por SIDA, Puerto Rico 1999-2002
Cuadro 28: Total de casos nuevos de Hepatitis A, B, C en Confinados Programas de Salud Correccional, Puerto Rico 1999-2002
Cuadro 29: Confinados diagnosticados con TB por género y edad, PSSC, Puerto Rico 1999-2002
Cuadro 30: Proporción de personas con algún impedimento reportado en el censo del año 2000 Puerto Rico
Cuadro 31: Proporción de personas con y sin impedimentos por variables sociodemográficas según reportado en el Censo del año 2002
Cuadro 32: Proporción de personas que indicaron algún tipo de limitación por problemas de salud por sexo, Puerto Rico 2001-2002

Gráficos

Gráfico 1: Tendencia en la tasa de mortalidad general, Puerto Rico 2002
Gráfico 2: Tendencia de las primeras cinco causas de muerte, Puerto Rico 1990-2002
Gráfico 3: Tasas de mortalidad por enfermedades del corazón por edad y sexo, Puerto Rico 2002
Gráfico 4: Tasas de mortalidad por enfermedades de cáncer por edad y sexo, Puerto Rico 2002
Gráfico 5: Tendencia de la mortalidad por cáncer mujeres, Puerto Rico 2002
Gráfico 6: Tasa de mortalidad de diabetes por Edad y Sexo, Puerto Rico 2002
Gráfico 7: Tendencia en las tasas de mortalidad por SIDA, Puerto Rico 1990-2002
Gráfico 8: Tendencia en las tasas de mortalidad por muertes violentas, Puerto Rico 1962-2002
Gráfico 9: Tasas de mortalidad por homicidios por edad y sexo, Puerto Rico 2002
Gráfico 10: Tasas de mortalidad por accidentes de tránsito por edad y sexo, Puerto Rico 2002
Gráfico 11: Tendencia en la esperanza de vida al nacer, Puerto Rico 1990-2002
Gráfico 12: Nacimientos vivos ocurridos en Puerto Rico 1960-2003
Gráfico 13: Tasas de mortalidad infantil neonatal y postneonatal, Puerto Rico 1990-2002
Gráfico 14: Tasa de mortalidad infantil por Plan de Salud del ELA y Plan Privado, Puerto Rico 1996-2000
Gráfico 15: Tasas de mortalidad materna, Puerto Rico 1990-2003
Gráfico 16: Por ciento de nacimientos vivos por método del parto, Puerto Rico 1990-2002
Gráfico 17: Tendencia en las tasa de nacimientos de mujeres adolescentes (10-19 años), Puerto Rico 1990-2002
Gráfico 18: Tasas de incidencia de SIDA por año de diagnóstico, Puerto Rico 1990-2002
Gráfico 19: Tasas de incidencia de SIDA por género y año de diagnóstico Puerto Rico 1990-2002
Gráfico 20: Tasas de mortalidad de SIDA por género y año de diagnóstico, Puerto Rico 1990-2002
Gráfico 21: Incidencia de tuberculosis, Puerto Rico 1990-2002
Gráfico 22: Casos sospechosos de Dengue, 1990-2003
Gráfico 23: Distribución de casos de rabia animal, Puerto Rico 1990-2002
Gráfico 24: Por ciento de población que consumió cinco porciones de más de frutas y vegetales en un día, Puerto Rico 2003
Gráfico 25: Por ciento de personas de 60 años o más que presentó un índice de masa corporal (BMI) de 30 o más por grupo de edad y género, Puerto Rico 2002-2003
Gráfico 26: Por ciento de personas que visitaron al Dentista en el último año por cualquier motivo, Puerto Rico 2002

Gráfico 27: Por ciento de personas que se hicieron una limpieza dental durante el último año, Puerto Rico 2002
Gráfico 28: Por ciento de la población que han perdido seis o más dientes debido a enfermedad periodontal o cariado, Puerto Rico 2002
Gráfico 29: Distribución porcentual de las personas de 60 años según el estado de su dentadura por género, Puerto Rico 2002-2003
Gráfico 30: Tasa de lesiones y enfermedades ocupacionales que requirieron días de trabajo perdidos, Puerto Rico 1991-2001
Gráfico 31: Tasa de incidencia por categoría de enfermedad, 1990-2001
Gráfico 32: Mediana de días de trabajo perdidos por eventos para 1994, Puerto Rico
Gráfico 33: Mediana de días de trabajo perdidos por eventos para 1998, Puerto Rico
Gráfico 34: Mediana de días de trabajo perdido por evento para 2001, Puerto Rico
Gráfico 35: Total de casos radicados al fondo por año 1991-2003, Puerto Rico
Gráfico 36: Pagos de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado a Profesionales de la Salud, Puerto Rico 1990-2003
Gráfico 37: Incapacidad otorgada por año, Puerto Rico 1990-2003
Gráfico 38: Por ciento VIH/ SIDA en confinados Programa de Salud Correccional 1999-2002
Gráfico 39: Distribución porcentual de las condicione especiales de salud en los miembros de familias elegibles a la Reforma, PININES, enero de 2001 a marzo de 2004
Gráfico 40: Población y tasa de crecimiento para la población de 60 años y más, Puerto Rico 1910-2000
Gráfico 41: Por ciento de las personas de 60 años o más que indicó haber sido diagnosticado con diferentes condiciones por género, Puerto Rico 2002-2003
Gráfico 42: Por ciento de las personas de 60 años o más con alguna limitación en las actividades básicas de la vida diaria por género y grupo de edad, Puerto Rico 2002-2003
Gráfico 43: Por ciento de las personas de 60 años o más con limitación en las actividades instrumentales de la vida diaria por género y grupo de edad, Puerto Rico 2002-2003
Grafico 44: Distribución porcentual de personas de 60 años o más según su percepción de audición y uso de audífonos, Puerto Rico 2002-2003
Gráfico 45: Distribución porcentual de personas de 60 años o más según su percepción de su audición por género y grupos de edad, Puerto Rico 2002-2003
Gráfico 46: Distribución porcentual de personas de 60 años o más según su percepción de su visión por género y grupos de edad, Puerto Rico 2002-2003
Gráfico 47: Por ciento de personas de 60 años o más con diagnóstico y operados de cataratas por género y grupos de edad, Puerto Rico 2002-2003
Gráfico 48: Por ciento de persona de 60 años o más con diagnóstico de glaucoma y tratamiento para la glaucoma por género y grupos de edad, Puerto Rico 2002-2003

Mapas

Mapa 1: Mortalidad promedio de cáncer de mama en mujeres, Puerto Rico 1995-1999
Mapa 2: Mortalidad promedio de cáncer de próstata, Puerto Rico 1995-1999
Mapa 3: Por ciento de personas de 60 años o más por municipio 2000

CAPÍTULO 2

Cuadros

Cuadro 1: Empleo por sector industrial 1950-1999
Cuadro 2: Gastos de consumo personal total, en servicios médicos y medicinas y su proporción (en millones de dólares 1950-2000)
Cuadro 3: Municipios de Puerto Rico con los niveles mas altos de pobreza y la proporción de familias bajo el nivel de pobreza (año 1989)
Cuadro 4: Fuentes de financiamiento de la Tarjeta de Salud 1995 (En miles de dólares- año fiscal)
Cuadro 5: Fuentes de financiamiento de la Tarjeta de Salud 1996 (En miles de dólares- año fiscal)
Cuadro 6: Fuentes y uso de agua en Puerto Rico por los años 1987 y 2000
Cuadro 7: Tipos de contaminantes
Cuadro 8: Lugar de los incidentes

Gráficos

Gráfico 1: Población total de Puerto Rico: años 1910 -2020
Gráfico 2: Tasa de crecimiento anual de la población total de Puerto Rico: años 1910-2020
Gráfico 3: Modelo de transición demográfica
Gráfico 4: Población de Puerto Rico y puertorriqueño en Estados Unidos
Gráfico 5: Población por edad y sexo, Puerto Rico: 1910
Gráfico 5a Población por edad y sexo: 1960
Gráfico 5b Población por edad y sexo: 2000
Gráfico 6: Distribución poblacional 2000
Gráfico 7: Distribución porcentual de la población urbana por regiones de salud, Puerto Rico 2000
Gráfico 8: Esperanza de vida al nacer, Puerto Rico: 1902-2002
Gráfico 9: Razón de masculinidad de la población: años 1990-2020
Gráfico 10: Población por amplios grupo de edad: años censales 1990 y 2000
Gráfico 11: Mediana de edad de la población por sexo, Puerto Rico, año: 1990-2020
Gráfico 12: Promedio de personas por hogar y por familia en Puerto Rico años censales 1990-2000
Gráfico 13: Distribución de la población de 15 años y más por estado marital Puerto Rico 1990 y 2000
Gráfico 14: Población bajo el nivel de pobreza
Gráfico 15: Población por categoría de pobreza por grupo de edad
Gráfico 16: Mediana de ingreso del hogar y de la familia en Puerto Rico, años censales 1990-2000
Gráfico 17: Matricula escolar por género: 2000
Gráfico 18: Participación laboral de la población por sexo Puerto Rico, años: 1960-2000
Gráfico 19: Población por amplios grupos de industria (personas empleados de 16 años o más de edad) Puerto Rico, años censales 1990-2000
Gráfico 20: Empleo por género parte I
Gráfico 21: Empleo por género parte II
Gráfico 22: Empleo por género parte III
Gráfico 23: Duración del viaje al trabajo
Gráfico 24: Periodo de construcción de la vivienda
Gráfico 25: Status de la vivienda: 2000
Gráfico 26: Empleo total por sector industrial principal
Gráfico 27: Importaciones ajustadas por articulo principal (%)

Gráfico 28: Exportaciones por tipo de producto como por ciento del total de exportaciones manufactureras
Gráfico 29: Fuentes de uso de agua en Puerto Rico para los años 1960-2000
Gráfico 30: Modelo de veinticuatro horas de los niveles de ruido
Gráfico 31: Niveles de ruido en San Juan expuestos en los 24 lugares monitoreados

Mapas

Mapa 1: Distribución poblacional por municipio: Puerto Rico Censo 2000
Mapa 2: Por ciento de la población de 60 años y más por municipio Puerto Rico: 2000
Mapa 3: Lugares principales identificados por la Agencia de Protección Ambiental Federal en Puerto Rico que sufren de contaminación sustancial de las aguas subterráneas

CAPÍTULO 3

Cuadros

Cuadro 1: Evolución del sistema de salud en Puerto Rico

Gráficos

Grafico 1: Valores y principios del sector salud

Organigramas

Organigrama 1: Diagrama organización del sector de la salud en Puerto Rico
Organigrama 2: Estructura organizacional del Departamento Sombrilla de Salud
Organigrama 3: Entidades gubernamentales estatales que participan en el sector salud
Organigrama 4: Estructura actual de los servicios clínicos del gobierno
Organigrama 5: Entidades del sub-sector privado de salud
Organigrama 6: Organigrama propuesto para integrar el sector salud

CAPÍTULO 4

Cuadros

Cuadro 1: Casos nuevos por región, del Centro de Ayuda a Víctimas de Violación, año fiscal 2003-2004

Gráficos

Gráfico 1: Ilustración sobre las querellas recibidas durante los años fiscales 1999-2004 sobre los servicios de salud
Gráfico 2: Ilustración sobre las edades de las personas que sometieron querellas sobre los servicios de salud durante los años fiscales 1999-2004
Gráfico 3: Ilustración de género de las personas que radicaron querellas durante los años fiscales 1999-2004 sobre los servicios de salud
Gráfico 4: Ilustración de los municipios donde residen las personas que radicaron querellas durante los años fiscales 1999-2004 sobre los Servicios de Salud
Gráfico 5: Incidencia Mensual de casos nuevos, año fiscal 2003-2004

Mapas

Mapa 1: Municipios seleccionados para análisis de exclusión por acceso geográfico
Mapa 2: Menores en custodia por regiones, Departamento de la Familia

CAPÍTULO 5

Cuadro 1: Reglamentación por poblaciones con planes médicos y organizaciones que la administran
Cuadro 2: Beneficios pagados por poblaciones con planes médicos y organizaciones que lo administran, Puerto Rico 2003
Cuadro 3: Asegurados
Cuadro 4: Distribución de personas con seguros de salud, Puerto Rico 2002
Cuadro 5: No asegurados por grupos de edad, Puerto Rico 1996-2002
Cuadro 6: Plan de Salud del ELA gastos de medicamentos 2003-2004
Cuadro 7: Porciento de recetas y costo promedio de recetas por tipo de cubierta Plan de Salud del ELA, Puerto Rico 2003-2004

Gráficos

Gráfico 1: Industria de Seguros de Salud-Puerto Rico primas suscritas en Seguros de Accidente, Salud y Vida
Gráfico 2: Primas mensuales promedio por tipo de negocio 2000-2003 aseguradoras y organizaciones de servicios de salud
Gráfico 3: Distribución porcentual de la población de Puerto Rico por tipo de plan médico 2003
Gráfico 4: Asegurados por año fiscal plan de salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Gráfico 5: Distribución de asegurados por grupo de edad parte A y parte B Medicare 2002
Gráfico 6: Distribución de la población sin Planes Médicos por nivel de escolaridad y ocupación, Puerto Rico 2001 y 2002
Gráfico 7: Beneficios pagados por asegurado mensual 2003 Plan de Salud del ELA Puerto Rico
Gráfico 8: Distribución porcentual de los beneficios pagados, 2003 por el Plan de Salud ELA
Gráfico 9: Beneficios de medicamentos 2002-2004 Plan de Salud del ELA
Gráfico 10: Beneficios pagados promedio mensual empleados públicos 2002-2004
Gráfico 11: Distribución de servicios pagados por tipo de servicio 2002-2004
Gráfico 12: Beneficios pagados promedio mensual por tipo de servicios a empleados públicos años 2002-2004
Gráfico 13: Beneficios pagados promedio mensual por tipo de servicios Sociedad Española de Auxilio Mutuo y beneficencia de Puerto Rico, 2003

CAPÍTULO 6

Cuadro 1: Puerto Rico, gasto en salud por sectores, según año fiscal 99-01
Cuadro 2: Puerto Rico, gastos de consumo personal en servicios médicos en el período entre los años 1999 a 2003 (millones de dólares)
Gráfico 1: Estimado del gasto total en el sector de la salud en Puerto Rico 1999-2003
Gráfico 2: Cambio porcentual en el gasto total del sector de la salud en Puerto Rico 1999-2003

Gráfico 3: Índice de precios del sector de la salud y del resto de la economía de Puerto Rico
Gráfico 4: Gasto total real en el sector de la salud en Puerto Rico 1999-2003
Gráfico 5: Cambio porcentual en el gasto real en el sector de la salud 1999-2003
Gráfico 6: Porciento del PIB correspondiente al sector de la salud 1999 al 2003
Gráfico 7: Gasto per cápita nominal y real en el sector de la salud 1999 al 2003
Gráfico 8: Distribución del gasto total en el sector de la salud 1999 al 2003
Gráfico 9: Distribución porcentual del gasto total en el sector de la salud entre público y privado 1999-2003
Gráfico 10: Distribución del gasto público entre gobiernos estatales, municipales y federal 1999-2003
Gráfico 11: Distribución porcentual del gasto público entre gobiernos estatales, Municipales y federal 1999-2003
Gráfico 12: Diagrama de flujo de financiamiento

CAPÍTULO 7

Cuadro 1: Hospitales públicos y privados por Isla y región metropolitana, año 2002-2004
Cuadro 2: Facilidades hospitalarias por clasificación, localización y número de camas
Cuadro 3: Distribución de facilidades ambulatorias por sector y clasificación de servicios
Cuadro 4: Distribución de laboratorios clínicos y farmacias por región/población para el año 2002-2004
Cuadro 5: Número de inspecciones realizadas por el Programa de Salud Ambiental en el Departamento de Salud, Puerto Rico, años 1998-2003
Cuadro 6: Ambulancias certificadas, año 2004
Cuadro 7: Profesionales de la Salud por región e Isla, año 2001
Cuadro 8: Profesionales de la Salud por sector de trabajo, Puerto Rico, año 2001
Cuadro 9: Porciento de médicos por especialidades seleccionadas, Puerto Rico, año 2001
Cuadro 10: Distribución de Recursos Humanos por actividades principales en que se desempeñan, Puerto Rico, año 2001
Cuadro 11: Condición de pobreza por edad, Puerto Rico, año 1999
Cuadro 12: Perfil de demanda de servicios en Puerto Rico, 2001
Cuadro 13: Población y personas participantes del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, año 2001
Cuadro 14: Razón de población por médicos y otros Profesionales de la Salud por región, Puerto Rico, 2001
Cuadro 15: Tasa de médicos, enfermeras, tecnólogos médicos, farmacéuticos, dentistas por cada 100,000 habitantes y región, año 2001
Cuadro 16: Médicos activos por especialidades, año 2001
Cuadro 17: Hospitales con programas internados y residencia

Gráficos

Gráfico 1: Estimado de las primeras cinco condiciones, Puerto Rico, año 2001
Gráfico 2: Estimado de prevalencia de las primeras seis condiciones en personas por grupo de edad, Puerto Rico, año 2001
Gráfico 3: Distribución de industrias farmacéuticas por región de salud, Puerto Rico 2002

Mapas

Mapa 1: Modelo de regionalización del Dr. Guillermo Arbona, 1957 – 1960
Mapa 2: Distribución de la población médico indigente por aseguradora

CAPÍTULO 8

Cuadros

Cuadro 1: Personas atendidas por la Reforma en Salud Mental, 2004
Cuadro 2: Muerte por suicidio en niños y adolescentes en Puerto Rico 1990-2002
Cuadro 3: Prevalencia de uso de cigarrillos (alguna vez), 1990-2002
Cuadro 4: Prevalencia de uso de alcohol (alguna vez), 1990-2002
Cuadro 5: Prevalencia de uso de drogas (alguna vez), 1990-2002
Cuadro 6: Prevalencia de uso de marihuana (alguna vez), 1990-2002
Cuadro 7: Prevalencia de uso de inhalantes (alguna vez), 1990-2002
Cuadro 8: Prevalencia de uso de cocaína (alguna vez), 1990-2002
Cuadro 9: Prevalencia de uso de heroína (alguna vez), 1990-2002
Cuadro 10: Prevalencia de uso de crack (alguna vez), 1990-2002

Gráficos

Gráfico 1: Población adulta con enfermedad mental severa (SMI), 2000
Gráfico 2: Población de niños y adolescentes con enfermedad mental severa (SMI), 2000
Gráfico 3: Población estimada de envejecientes que padecen de un trastorno psiquiátrico definitivo, 2000
Gráfico 4: Por ciento de utilización de pacientes de salud mental 1996-2003
Gráfico 5: Por ciento de la población encuestada, 2002
Gráfico 6: Razones para solicitar servicios de salud mental, 2002
Gráfico 7: Persona a quien solicitó ayuda, 2002
Gráfico 8: Satisfacción con el servicio recibido, 2002
Gráfico 9: Número de suicidios por año Puerto Rico, 1990-2002
Gráfico 10: Suicidios por grupos de edad seleccionados Puerto Rico, 1990-2002
Gráfico 11: Distribución porcentual de suicidios por edad y sexo Puerto Rico, 2002
Gráfico 12: Distribución porcentual de suicidios por edad y procedimientos, Puerto Rico 2002
Gráfico 13: Distribución porcentual de suicidios por sexo y procedimiento, Puerto Rico 2002
Gráfico 14: Mortalidad trastornos mentales y del comportamiento (totales), 1990-2002
Gráfico 15: Mortalidad por trastornos mentales, 1990-2002
Gráfico 16: Mortalidad por trastornos de sustancias (alcohol y drogas), 1990-2002
Gráfico 17: Mortalidad por trastornos de alcohol, 1990-2002
Gráfico 18: Mortalidad por trastornos de drogas, 1990-2002
Gráfico 19: Mortalidad por retardación mental, 1990-2002
Gráfico 20: Mortalidad por demencia y otros trastornos orgánicos relacionados, 1999-2002
Gráfico 21: Población con trastornos relacionados al alcohol, 2002
Gráfico 22: Población con trastornos relacionados a las drogas, 2002
Gráfico 23: Espacios con capacidades de tratamiento de sustancias por treinta días, 2002
Gráfico 24: Posiciones equivalentes a tiempo completo, 2002
Gráfico 25: Pacientes que recibieron tratamiento por trastornos de alcohol, 2002
Gráfico 26: Pacientes que recibieron tratamiento por trastornos de drogas, 2002
Gráfico 27: Capacidad de espacios de tratamiento de treinta días, 2002
Gráfico 28: Capacidad de utilización de tratamiento para sustancias por treinta días, 1990-2002
Gráfico 29: Tendencias de uso de cigarrillos (alguna vez) estudiantes de escuela intermedia y superior, 1990-2002

Gráfico 30: Tendencias de uso de alcohol (alguna vez) estudiantes de escuela intermedia y superior, 1990-2002
Gráfico 31: Tendencias de uso de otras drogas (alguna vez) estudiantes de escuela intermedia y superior, 1990-2002
Gráfico 32: Tendencias de uso de marihuana (alguna vez) estudiantes de escuela intermedia y superior, 1990-2002
Gráfico 33: Tendencias de uso de inhalantes (alguna vez) estudiantes de escuela intermedia y superior, 1990-2002
Gráfico 34: Tendencias de uso de cocaína (alguna vez) estudiantes escuela intermedia y superior, 1990-2002
Gráfico 35: Tendencias de uso de heroína (alguna vez) estudiantes de escuela intermedia y superior, 1990-2002
Gráfico 36: Tendencias de uso de crack (alguna vez) estudiantes de escuela intermedia y superior, 1990-2002

CAPITULO 9

Gráficos

Gráfico 1: Distribución de casos de SIDA por año de diagnóstico, Puerto Rico, 1981-2004
Gráfico 2: Incidencia de SIDA, por año de diagnóstico, Puerto Rico, 1981-2004
Gráfico 3: Distribución de casos de SIDA por sexo y año de diagnóstico, Puerto Rico, 1981-2004
Gráfico 4: Incidencia de casos de SIDA por sexo y año de diagnóstico, Puerto Rico, 1981-2003
Gráfico 5: Distribución de defunciones relacionadas al SIDA por año de muerte, Puerto Rico, 1981-2004
Gráfico 6: Tasa de mortalidad por SIDA, Puerto Rico, 1981-2003
Gráfico 7: Distribución porcentual de casos de SIDA por modo de exposición, Puerto Rico 1981-2004
Gráfico 8: Distribución de casos de SIDA por modo de exposición y año de diagnóstico, Puerto Rico, 1981-2004
Gráfico 9: Distribución de casos de SIDA por modo de exposición en mombres, Puerto Rico, 1981-2004
Gráfico 10: Distribución de casos de SIDA diagnosticados por Región de Salud Epidemiológica, Puerto Rico, 1981-2004
Gráfico 11: Frecuencia de casos SIDA Pediátrico por año de diagnóstico, Puerto Rico, 1981-2004
Gráfico 12: Distribución porcentual de casos de SIDA por modo de exposición pediátrica, Puerto Rico, 1981-2004
Gráfico 13: Distribución de casos de SIDA por modo de exposición en mujeres, Puerto Rico, 1981-2004
Gráfico 14: Distribución porcentual de casos de SIDA por grupo etáreo y sexo, Puerto Rico, 1981-2004
Gráfico 15: Distribución porcentual de casos de SIDA por grupo etáreo, Puerto Rico, 1981-2004
Gráfico 16: Distribución de casos de SIDA diagnosticados en cárceles por año de diagnóstico, Puerto Rico, 1981-2004
Gráfico 17: Distribución porcentual de casos de SIDA en cárceles, por grupo etáreo, Puerto Rico, 1981-2004