

otros documentos

2016

CEMGAAP

Centro de Estudios Multidisciplinarios sobre Gobierno y Asuntos Públicos

INFORME FINAL: DESEMPEÑO DE LOS COMPONENTES DE SALUD EVALUADOS

ASEM, ASES, ASSMCA Y CENTRO CARDIOVASCULAR



INFORME FINAL:
DESEMPEÑO DE LOS COMPONENTES
DE SALUD EVALUADOS
ASEM, ASES, ASSMCA
Y CENTRO CARDIOVASCULAR

PREPARADO POR:

Dra. Eileen V. Segarra Alméstica
Dra. Yolanda Cordero Nieves
Dra. María Enchautegui

Septiembre, 2016

TABLA DE CONTENIDO

INFORME FINAL: DESEMPEÑO DE LOS COMPONENTES DE SALUD EVALUADOS.....	127
Agradecimientos.....	128
El sistema de salud y el Estado.....	129
La crisis fiscal en Puerto Rico y el sistema de salud.....	131
La gobernanza del sistema de salud pública.....	134
Participación ciudadana y representatividad.....	139
Autonomía y rendición de cuentas.....	141
Un modelo de gobernanza alterno.....	142
Cambios estructurales necesarios.....	144
Comentarios finales sobre gobernanza.....	145
Situación fiscal.....	146
El rol de sector público en el financiamiento del sistema de salud....	149
Eficiencia del sector de salud.....	151
Los modelos de sistemas de salud y la eficiencia.....	156
Lecciones de la experiencia internacional.....	160
Diversidad de modelos.....	160
Tendencias de reformas.....	162
Conclusiones y recomendaciones.....	164
Apéndice 1: Revisión de literatura sobre Centro de Salud Académicos.....	165
Apéndice 2: Perfiles de sistemas de salud de países seleccionados.....	169
Referencias.....	174

AGRADECIMIENTOS

El Proyecto de Evaluación del Desempeño Gubernamental, una iniciativa de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP), se llevó a cabo gracias a la colaboración de múltiples actores. El personal de la OGP, encabezado por la Directora Asociada, María Acosta, así como los Analistas y personal coordinador del Área de Gerencia Pública fueron indispensables en lograr el acceso a la información necesaria.

Los estudiantes de la Universidad de Puerto Rico que participaron como Asistentes de Investigación a través de las dos fases del proyecto fueron muy valiosos en la búsqueda de fuentes de información y en la organización de datos. Tres de ellos tuvieron una participación destacada: Federico Goyechea del Departamento de Economía y José Ángel Rivera y Mariangeli Ortiz de la Escuela Graduada de Administración Pública.

El CEMGAP ha sido la plataforma para acercar a la academia y el gobierno en busca de soluciones a los problemas de desempeño y productividad. Su personal administrativo ha apoyado el proyecto a través de innumerables gestiones y trámites institucionales.

Finalmente, expresamos nuestro agradecimiento al CPA Luis Cruz, Director de la OGP, por impulsar esta iniciativa y mantener su apoyo hasta su culminación. Además, le agradecemos la confianza brindada a la Universidad de Puerto Rico y sus profesores e investigadores.

EL SISTEMA DE SALUD Y EL ESTADO

Este informe concluye la segunda fase del proyecto de evaluación de desempeño gubernamental. En la primera fase del proyecto se estudiaron las cinco agencias gubernamentales de mayor presupuesto con el propósito de recomendar una serie de indicadores de desempeño para cada agencia. Una de éstas fue el Departamento de Salud de Puerto Rico. En esta segunda fase nos dimos a la tarea de estudiar en detalle cuatro de las restantes siete agencias que componen el sistema de salud pública en Puerto Rico. Las cuatro agencias estudiadas fueron: la Administración de Seguros de Salud (ASES), la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), la Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM) y la Corporación del Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe (CCPRC). La evaluación de estas cuatro agencias, que son medulares para la salud pública en Puerto Rico, nos lleva a una reflexión sobre el sistema de salud existente y el rol que desempeñan las agencias del gobierno en la formulación e implantación de la política pública. Este informe discute las transformaciones necesarias para mejorar la gobernanza, la efectividad y la eficiencia del sistema de salud en Puerto Rico. Nuestras recomendaciones se basan en los hallazgos con relación a las agencias estudiadas, evaluados a la luz de las corrientes internacionales.

Son varias las razones para la injerencia del gobierno en el sector de la salud. Podríamos dividir dichas razones en dos temas generales: la visión ética y la incapacidad del mercado privado de ofrecer los servicios de salud de manera óptima. Desde una perspectiva ética, el disfrute de buenas condiciones de salud se define como una de las necesidades básicas para el bienestar humano. En esa dirección, el Artículo 25 de la Declaración de los Derechos Humanos Universales de la Asamblea General de las Naciones Unidas estipula que la salud es un derecho universal¹. Además, existe un estrecho vínculo entre el acceso a la salud, la equidad y el bienestar. Por esa razón, los gobiernos asumen responsabilidad por el acceso a la salud, aunque en algunos casos, como en Puerto Rico, también asumen responsabilidad por la prestación de servicios. Así lo reconoce la Constitución de Puerto Rico, la cual en su Sección

¹ Declaración Universal de Derechos Humanos. (s.f.). Retrieved May 15, 2015, from http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml

20, entre los derechos humanos reconocidos, incluye el derecho a la asistencia médica y servicios sociales necesarios.

Desde la perspectiva de la teoría económica, existen razones por las cuales el mercado privado no es capaz de asegurar la provisión óptima de estos servicios y su acceso a toda la población. En primer lugar, el mercado privado, por sí solo, no reconoce el efecto positivo que los servicios de salud que recibe un individuo tiene en el resto de la población, lo que llamamos una externalidad positiva. Esto hace que el mercado privado provea una cantidad subóptima de servicios de salud. Además, el grado de incertidumbre con relación a la necesidad futura de servicios de salud para un individuo y el alto costo de algunos tratamientos, hace necesario asegurar el acceso a servicios médicos a través de seguros de salud asequibles a toda la población. Sin embargo, los mercados de seguros suelen ser ineficientes. Una de las razones es debido a que típicamente el individuo conoce mejor su riesgo de necesitar el seguro que la aseguradora. Esto hace que las aseguradoras cobren primas altas para compensar la posibilidad de que un cliente potencial sea de alto riesgo. Pero para las personas que tiene un riesgo bajo de necesitar el seguro no le es rentable el pagar un seguro con una prima alta. Como resultado, hay un sector de la población que no tendrá acceso a seguros. Además, si en estos mercados solo participa un número pequeño de compañías aseguradoras, la falta de competencia también promoverá que las primas de seguros sean demasiado altas, excluyendo a un sector mayor de la población.

Frente a la necesidad de garantizar el acceso a servicios básicos de salud a la población y la inhabilidad del mercado privado de asegurar el mismo a toda la población, la mayoría de los países del mundo han recurrido a la formulación de políticas públicas que reconocen el derecho a la salud. Por ejemplo, el gobierno puede aumentar el acceso a servicios de salud a través de la provisión directa de éstos o a la provisión de cubiertas de seguros de salud. También puede optar por la regulación de los mercados privados o combinando varias de estas políticas. Sin embargo, el alto y creciente costo de los servicios de salud hace esta tarea cada vez más difícil.

El caso de Puerto Rico no es la excepción. Puerto Rico cuenta con un complejo sistema que incluye la participación del gobierno en todos los roles antes mencionados. Si bien la Reforma de Salud de 1993 iba encaminada a la privatización de la mayoría de los servicios de salud, algunas instituciones de salud públicas nunca fueron privatizadas y otras volvieron a manos del estado luego de haber sido privatizadas. Como

consecuencia el gobierno mantiene un rol múltiple como proveedor de servicios a través de diversas instituciones estatales y municipales, como asegurador y como comprador y fiscalizador de servicios de salud. El rol de asegurador se ejerce a través de dos agencias la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) y el Fondo del Seguro del Estado (FSE). El rol de comprador y fiscalizador de seguros privados se establece a través del Plan de Salud del Gobierno (PSG) administrado por ASES. Por otro lado, hay un sector amplio de la población cubierto por planes privados, los cuales están reglamentados por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, encargada de regular la industria de seguros de conformidad con las leyes estatales y federales aplicables.

Este complejo sistema de salud enfrenta grandes retos. El aumento global en los costos de salud, en Puerto Rico se conjuga con la complejidad y la falta de coherencia en la estructura institucional, los problemas administrativos y la actual crisis económica y fiscal.

LA CRISIS FISCAL EN PUERTO RICO Y EL SISTEMA DE SALUD

El poder afrontar los altos costos de salud es uno de los mayores retos del gobierno y todo parece indicar que el costo de los servicios de salud continuará en la escalada, al menos en el mediano plazo. Puerto Rico atraviesa la mayor crisis económica de su historia moderna, pero la demanda por servicios de salud, lejos de disminuir, puede aumentar con la crisis. Eso hace que el sector de salud en efecto inyecte estabilidad al ciclo económico, al ser uno de los pocos sectores económicos que no se contraen durante la recesión. Pero sin los ingresos para costearlos, el sector de salud se une a otros sectores en crisis y sin capacidad para promover actividad económica. Algunas de las tendencias que resultan en aumentos en los gastos de salud son las siguientes:

El envejecimiento de la población: El porcentaje de la población de 60 años o más en Puerto Rico aumentó de 15.4% en el año 2000 a 20.4% en el 2010. Se espera que para el año 2040 el tamaño de la población mayor de 60 años iguale al de la población de 20 a 59 años (Junta de Planificación de Puerto Rico, diciembre 2013). La población de mayor edad requiere más y más frecuentes servicios de salud, lo que puede producir un incremento en los gastos de salud.

- La alta incidencia de enfermedades crónicas: Puerto Rico tiene un número sustancial de personas con enferme-

dades crónicas, tales como: hipertensión y diabetes. De acuerdo a los datos del *Behavioral Risk Factor Surveillance Survey* (BRFSS) de 2014, el 33.6% de los adultos en Puerto Rico describen su condición de salud como regular o pobre, el 40.7% ha sido diagnosticado con alta presión y el 14.3% padece de diabetes². El tratamiento y el mantenimiento de salud de personas con estas y otras enfermedades crónicas es costoso.

- La alta tasa de pobreza: Según los datos de la encuesta de la Comunidad de Puerto Rico del Negociado del Censo de los Estados Unidos (2014), el 45.2 por ciento de la población (1.6 millones de personas) vive bajo el umbral de la pobreza³. Con el estancamiento de la actividad económica la tasa de pobreza se ha mantenido estable en los años recientes y es muy probable que permanezca alta para los próximos años. Las personas de bajos recursos conforman la clientela del PSG, que asciende a cerca de 1,565,019 de asegurados⁴. Aunque el Plan es parcialmente financiado por el gobierno federal, el gobierno de Puerto Rico subsidia una gran parte de los costos de salud. El costo por asegurado en el PSG aumentó en 139% desde el 2001 al 2015, de \$737 por paciente a \$1,732 en el 2015⁵.
- El abismo fiscal de salud: El sector público de salud está pronto a enfrentar un abismo fiscal. Además de no estar a la par con los pagos que reciben los estados, en el 2017, el gobierno federal reducirá las transferencias al gobierno de Puerto Rico en \$1,800 millones. Este dinero era asignado por el gobierno federal bajo la implantación del *Affordable Care Act* en el 2010 para proveer seguro de salud *Medicaid* a ciertas personas que no tenían seguro de salud. Pero esos fondos se acabarán en el 2017.⁶

² Los datos se obtuvieron al través de la página <http://www.cdc.gov/cdi/index.html>.

³ Este dato corresponde al estimado para el 2014 a base de la muestra de 5 años de la Encuesta de la Comunidad de Puerto Rico.

⁴ Este número corresponde a los asegurados informados por ASES a julio de 2015.

⁵ Noticel. Julio 3 2016. Oscar Serrano: Se disparan los costos por cada asegurado de Mi Salud. Accedido el 6 de septiembre del 2016. <http://www.noticel.com/noticia/187469/se-disparan-los-costos-por-cada-asegurado-en-mi-salud-documento.html>

⁶ Understanding Puerto Rico's Healthcare Collapse. Dr. Johnny Rullán, 21 de junio 2016. <http://puertoricohealthcarecrisis.com/2016/06/21/understanding-puerto-ricos-healthcare-collapse/>

Estos datos apuntan a la necesidad de tener un entendimiento claro de la labor que realizan las agencias públicas de salud, su desempeño y sus resultados. El análisis de cuatro agencias del gobierno: Administración de Seguros de Salud (ASES), Administración de Servicios Médicos (ASEM), Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) y el Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe reveló lo siguiente:

- El sistema público de salud está altamente fragmentado, lo cual resulta en ineficiencia, duplicidad y competencia por recursos, ya sea federales o estatales. Por ejemplo, algunos pacientes de salud mental son atendidos por ASSMCA y otros son atendidos bajo ASES. Las corporaciones ACCAA y el Fondo del Seguro del Estado trabajan en forma independiente de ASES. El Centro Médico está compuesto de varios hospitales, de los cuales solo uno está bajo la administración directa de ASEM. Aunque los demás reciben servicios de ASEM y referidos de su sala de emergencia, están adscritos a múltiples agencias. Esto ocasiona problemas de coordinación y además propicia la duplicidad de servicios.
- Hay carencia de datos y aquellos que se recogen no están asequibles al público. Más aún, no parece haber una cultura de evaluación y mejoramiento continuo en todas las agencias de salud. En las instancias en que esto ocurre, suele estar motivado por las exigencias del gobierno federal para la cualificación de fondos, y en general, no hay una divulgación efectiva de las métricas de desempeño y de sus resultados hacia el propio gobierno ni hacia la ciudadanía.
- Las agencias de salud investigadas no han logrado completar una transición tecnológica hacia los récords en línea. Todos los planes estratégicos examinados tienen como objetivo la creación de récord médicos electrónicos, lo cual es requerido por la reforma de salud de Estados Unidos. Sin embargo, no se mantienen estadísticas del progreso de esa gestión. Tampoco se detecta un esfuerzo centralizado que permita acelerar el proceso y reducir los costos.

Los aspectos antes mencionados reafirman la importancia de lograr la efectividad y eficiencia en el sistema de salud pública. En las secciones subsiguientes se discuten las implicaciones de los hallazgos en las cuatro evaluaciones realizadas,

con relación a la gobernanza del sistema de salud pública y los factores que afectan la eficiencia del sistema. Se ofrecen lineamientos generales en torno a cómo crear una estructura más coherente, así como los elementos básicos que deben atenderse para alcanzar un mayor nivel de eficiencia tomando como marco de referencia la experiencia internacional.

LA GOBERNANZA DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

La estructura general del sistema de salud gubernamental evidencia la fragmentación del mismo. Al analizarla, se observan varios aspectos de interés. Identificamos ocho (8) agencias cuya misión se relaciona principalmente con la salud física y mental de la ciudadanía. Estas son:

1. Departamento de Salud
2. Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)
3. Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM)
4. Corporación del Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe (CCPRC)
5. Cuerpo de Emergencias Médicas (CEMPR)
6. Administración de Seguros de Salud (ASES)
7. Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE)
8. Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA)

Las primeras cinco agencias de la lista, tienen como función esencial la prestación de servicios directos. En cuanto a las tres agencias restantes, dos de ellas (CFSE y ACAA), administran seguros de salud y prestan servicios directos para sectores particulares de la población; y una (ASES) administra el plan de salud del gobierno. De las ocho agencias, solo ASEM, ASES, Cardiovascular y ASSMCA fueron parte de la evaluación realizada. Sin embargo, nos parece importante, para comprender el alcance del sistema de salud pública, incluirlos en esta discusión general.

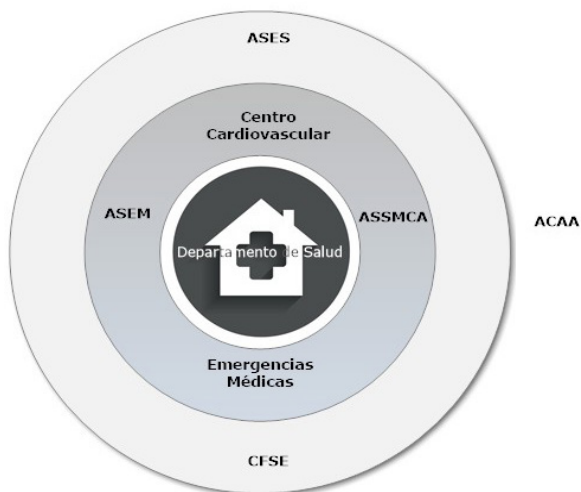
Dos de las formas más comúnmente utilizadas para estructurar el trabajo son: funciones especializadas y divisiones por segmentos. La estructura a base de funciones especializadas facilita el desarrollo de las competencias de un grupo de unidades de trabajo para alcanzar un alto nivel de pericia, y

aplicarlo a la búsqueda de soluciones a problemas importantes y complejos de la sociedad. Ese es el caso de ASES y ASEM. La primera lleva a cabo funciones de contratación de aseguradoras, mientras la segunda, administra un hospital y sala de emergencia. La estructura a base de funciones también facilita la supervisión y el control de calidad de los servicios o productos, pues tienden a ser sistemas de producción altamente reglamentados y controlados. Sin embargo, a medida que los problemas que atiende esa organización aumentan y cambian, la organización a base de funciones puede confrontar problemas para su dirección general pues no es un diseño que promueva la flexibilidad y la innovación. También se hace más difícil encontrar ejecutivos y gerentes con el conocimiento necesario para comprender y manejar de forma igualmente efectiva todas las líneas de servicios que ofrece o los problemas que atiende.

La forma de organización a base de divisiones se utiliza para organizar el trabajo a partir de las relaciones de la organización con segmentos particulares de una población. Este es el caso de ASSMCA y del Centro Cardiovascular. La primera, se especializa en la población con problemas de salud mental y adicciones. El Centro Cardiovascular se especializa en pacientes con problemas cardiovasculares. Algunas características importantes de las estructuras a base de divisiones son: flexibilidad para efectuar cambios en la operación, descentralización de responsabilidad por los resultados y mejores condiciones para el desarrollo de los servicios. Una limitación del modelo es que el enfoque en un segmento de la población puede perder de vista el mejor interés general.

Si fuésemos a considerarlo como un solo sistema de salud, podemos identificar tres niveles de coordinación o relación entre las agencias y el Departamento de Salud. El Centro Cardiovascular, ASEM, ASSMCA y Emergencias Médicas, como administradores individuales, operan con autonomía administrativa, pero responden a la política pública del/la Secretario de Salud. En cambio, ASES y la CFSE son corporaciones públicas y el/la Secretario/a de Salud posee un asiento con voz y voto en sus juntas de directores. En el caso de la ACAA, el/la Secretario/a de Salud no tiene vínculo formal con esa corporación pública⁷.

⁷ También debe mencionarse que 18 Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDTs) son propiedad del gobierno central. Entre estos hay gran diversidad de arreglos administrativos para sus operaciones. Cinco de los CDTs propiedad del gobierno central son administrados por los municipios, siete por empresas privadas, otros son administrados por el Departamento de Salud ya sea solo o en conjunto con empresas privadas. Además 17 CDTs son propiedad de gobiernos municipales, uno de los cuales (el de Vieques) es administrado por el

Figura 1. Sistema de Salud Pública

El **Departamento de Salud** es la agencia responsable de asesorar al Gobernador en la formulación de la política pública de salud. Su ley orgánica fue aprobada en el 1912, aunque ha sido enmendada en múltiples ocasiones. De su ley, surgen amplios poderes para asegurar y combatir enfermedades y epidemias. De acuerdo al diagrama de la Estructura Funcional del Gobierno, publicado por la OGP en el 2015⁸, el Departamento tiene adscritas cuatro agencias, a saber: ASSMCA, Cuerpo de Emergencias Médicas, ASEM y el Centro Cardiovascular. Estas son precisamente las agencias que se dedican únicamente a prestar servicios de salud.

ASSMCA fue creada como parte de las agencias bajo la sombrilla del Departamento de Salud, mediante la Ley Núm. 67 del 7 de agosto de 1993. Es una agencia adscrita al Departamento, con personalidad jurídica propia, capacidad para demandar y ser demandada y autonomía fiscal y administrativa. La ley le otorga la responsabilidad por los programas y servicios relacionados con la salud mental, la adicción a drogas y el alcoholismo. Sin embargo, la propia ley dispuso que el Secretario de Salud será el funcionario responsable del cumplimiento

Departamento de Salud. Además hay algunas salas de emergencia administradas por el Departamento (Departamento de Salud, 2014).

⁸<http://www2.pr.gov/presupuestos/Presupuesto2015-2016/Certificaciones%20y%20Estructura%20Gubernamental/Estructura%20del%20Estado%20Libre%20Asociado%20de%20Puerto%20Rico.pdf>

cabal de la política pública dispuesta por su ley para atender, de manera integral y eficiente, todo asunto relacionado con la salud mental y la adicción. Por su parte, ASSMCA es la agencia responsable de llevar a cabo los programas del Gobierno dirigidos al cumplimiento de dicha política pública.

ASEM es una corporación pública creada originalmente en 1962 y modificada posteriormente mediante la Ley 66 de 1978. Dicha ley, aunque establece que ASEM es una corporación separada del Departamento de Salud, también dispone que los poderes de la ASEM estarán conferidos a, y los ejercerá el Secretario con el consejo de la Junta de Entidades Participantes. Se dispone además que la Junta nombrará un Comité Ejecutivo a quien le delegará las responsabilidades relacionadas con la operación. También dispone que el Secretario nombrará un Director Ejecutivo con el consejo de la Junta y la aprobación del Gobernador.

El **Centro Cardiovascular** es una corporación pública creada mediante la Ley 51 de 1986. Los poderes del Centro son conferidos a una Junta de Directores de cinco miembros, uno de ellos, el Secretario de Salud, es su presidente. La Junta nombra un Director Ejecutivo que será responsable de las fases operacionales y administrativas de la Corporación. Además, la Junta nombra un Director Médico que responderá al Director Ejecutivo.

El **Cuerpo de Emergencias Médicas (CEM)** aunque no formó parte de las agencias evaluadas, es una de las agencias adscritas al Departamento de Salud. Fue creado en 1969 para ofrecer cuidado médico pre-hospitalario y transporte de emergencia a una instalación médica adecuada. Es una agencia adscrita al Departamento de Salud con seis oficinas regionales que tienen asignadas 58 ubicaciones a través de la Isla.

De las tres agencias que administran seguros de salud (ASES, la CFSE y la ACAA), solo la ASES formó parte del estudio. Ninguna de esas tres agencias forma parte de la estructura del Departamento de Salud. Veamos:

La **Administración de Seguros de Salud (ASES)**, agencia que fue evaluada, es una corporación pública creada en 1993 como parte de la Reforma de Salud. Su mandato fue implantar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores, y/u organizaciones de Servicios de Salud, un sistema de seguros de salud que le brindara a todos los residentes de la Isla acceso a cuidados médicos de calidad, en especial a la población médico indigente. Su Junta de Directores consiste de once miembros, todos designados por el Gobernador, incluso su Presidente. La Secretaria de Salud es miembro exoficio.

La **Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE)**, creada mediante la Ley Núm. 45 de 1935, según enmendada, administra un sistema compulsorio de seguro obrero bajo un fondo estatal exclusivo, el “Fondo del Seguro del Estado”, que surge del reconocimiento del derecho de todo trabajador de estar protegido contra riesgos a su salud en su trabajo o empleo. En 1992 fue convertida en una corporación pública⁹, dirigida por una Junta de Directores. La Secretaria de Salud es una de sus siete miembros. Los siete miembros son nombrados por el Gobernador con el consejo y consentimiento del Senado. El Gobernador también designa al presidente de la junta de entre sus miembros. En el caso de la CFSE, además de administrar un seguro de salud, la agencia ofrece servicios directos a través de 9 oficinas regionales y el Hospital Industrial, ubicado en el Centro Médico. Las Oficinas Regionales cuentan con dispensarios internos, donde se ofrecen servicios médicos ambulatorios a trabajadores lesionados.

La **Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA)** es una corporación pública, creada mediante la Ley Núm. 138 del 26 de junio de 1968, según enmendada, conocida como Ley de Protección Social por Accidentes de Automóviles, la que administra un seguro de servicios de salud y compensaciones para beneficiar a las víctimas de accidentes de automóviles y a sus dependientes. La ley dispone que los poderes corporativos serán ejercidos por una Junta de Gobierno de cinco miembros, responsable también de la administración de la ACAA y de implantar su ley. La ley no dispone que el Secretario de Salud forme parte de la Junta.

En resumen, este primer análisis evidencia la fragmentación estructural del sistema en términos de la formulación de la política de salud pública y su impacto en las cubiertas de seguros de salud públicos y en los servicios prestados en los casos de accidentes de automóviles y del trabajo. Como se menciona en el Informe de Evaluación de la ASES, el/la Secretario/a de Salud es uno de once miembros de su junta directiva y en su ley orgánica no se dispone un vínculo entre la política de salud pública y las cubiertas que se contratan. En el caso de la CFSE, el/la Secretario/a de Salud es uno de siete miembros de su junta directiva. De su ley orgánica no queda claramente establecido el vínculo entre la política de salud pública y las cubiertas que ofrecen a los patronos o los servicios que prestan a los lesionados. Por su parte, la ley de ACAA no dispone vínculo alguno con el/la Secretario/a de Salud aun cuando además de ofrecer una cubierta de salud, prestan servicios directos a los lesionados.

⁹ Ley Núm. 83 de 1992

PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y REPRESENTATIVIDAD

La participación ciudadana es un concepto que ha ganado fuerza durante las últimas dos décadas como una estrategia para fortalecer la gestión gubernamental y hacerla más pertinente y transparente a la ciudadanía. Las estructuras burocráticas tradicionales establecen una relación muy puntual y limitada entre los administradores públicos y los ciudadanos a los que sirven. El funcionario público formula la política a seguir, el administrador público la implanta a través de servicios y el ciudadano es el usuario pasivo de esos servicios. Sin embargo, es cada vez más común la modificación de las estructuras de gobernanza para crear espacios de participación para los ciudadanos. Por ejemplo, los programas federales que subvencionan la prestación de servicios, comúnmente requieren a las agencias que constituyan un consejo consultivo formado por usuarios de los servicios y otros ciudadanos. La expectativa es que los ciudadanos puedan proveer una perspectiva distinta a la de los funcionarios y administradores públicos, y que ésta pueda ser utilizada para hacer la gestión gubernamental una más eficiente y de mayor pertinencia para la ciudadanía. A través de la evaluación pudimos constatar que ASSMCA cuenta con un organismo de consulta, aunque no queda claro cuán efectivo es.

En el caso de las corporaciones públicas, la participación ciudadana se logra a través de los llamados representantes del interés público. Estos son miembros de las juntas que en principio deben responder al mejor interés de los ciudadanos, por encima de intereses políticos o privados. En todas las juntas de las agencias evaluadas existe por lo menos un miembro que, por ley, debe representar el interés público. Sin embargo, es el gobernante quien lo nombra y el Senado quien lo confirma. Por lo tanto, no es posible reclamar que se trata de un representante del interés público, distinto de los funcionarios gubernamentales que son también designados a las juntas. En efecto, ese representante, se convierte de facto en un representante más de la administración que le designa.

El problema de esa ausencia de representantes reales del interés público es que las decisiones que toman las juntas y que afectan a la ciudadanía, buscan en realidad adelantar los intereses del gobierno los que, en muchas ocasiones, no necesariamente responden al mejor interés público. El alto nivel de endeudamiento de muchas de las corporaciones públicas del estado, sin capacidad de repago, es la mejor evidencia de ello. La alternativa que luce más viable para lograr esa legítima representación del interés público o de los usuarios de servicios

es el modelo utilizado por la Autoridad de Energía Eléctrica para elegir a los representantes de los consumidores. Esto es, mediante voto directo.

El tema de la representatividad merece una discusión aparte. Primero, si algo denota la composición de las juntas directivas de las corporaciones evaluadas es la representación desproporcionada de grupos de intereses particulares. Esto se puede apreciar tanto en la composición de la junta de ASES como en la de ASEM. En ambas juntas basta con una concertación entre los representantes de intereses particulares para obtener la mayoría de los votos en favor o en contra de alguna propuesta. Esto tiene importantes implicaciones cuando existen intereses encontrados entre el bien público y el privado. Particularmente, en el caso de las corporaciones públicas puertorriqueñas que actualmente no cuentan con objetivos medibles sobre los cuáles deben rendir cuentas al país.

El número de entes rectores guarda alguna relación con la intención del legislador de hacerlas más o menos representativas de los diversos sectores o intereses. La autoridad y la responsabilidad son dos conceptos que van de la mano. Aquel o aquella que posee la autoridad, es también quien posee la responsabilidad por los resultados. Así, cuando la autoridad se concentra en una o dos personas, éstas son las únicas responsables y cuando se delega a docenas de personas, estas son responsables, posiblemente con distintos grados de responsabilidad. ¿Qué es lo adecuado? No existe un número mágico, pero ciertamente sabemos que cuando se diluye la autoridad y la responsabilidad en exceso, se pierde agilidad para tomar las decisiones más importantes y se reduce la eficiencia. Por ende, se reduce la capacidad para lograr resultados. Así mismo, cuando el poder y la autoridad están altamente centralizados, se pierde la perspectiva del entorno y aumenta la probabilidad de la desconexión con las personas a las que se le prestan servicios. Es en algún lugar intermedio entre esos dos extremos que radica el punto óptimo, que le permite a una organización compartir la autoridad y la responsabilidad de forma eficiente y efectiva.

En el caso de ASEM, sus múltiples estructuras de gobernanza pueden resultar en una mayor ineficiencia operacional. La corporación cuenta con una Junta de Entidades Participantes, un Comité de Administración y Política Médica, un Comité Ejecutivo y el Director Ejecutivo. La articulación de todos estos actores, y de los intereses que representan, requiere un alto grado de claridad y enfoque en las metas y objetivos. Sin embargo, ni siquiera cuentan con un plan estratégico acordado por todos.

En la práctica, posiblemente el Director Ejecutivo es quien toma las decisiones más importantes y urgentes y quien convoca a los demás organismos cuando alguna decisión está fuera de su alcance. Es decir, la ASEM es “gobernada” de abajo hacia arriba. En ese sentido, la mayor dificultad radica en la rendición de cuentas, en determinar quién le responde al país y al gobernante por las acciones y decisiones.

Estrechamente relacionado con lo anterior, el tamaño de las juntas también puede representar un asunto de eficiencia y efectividad. En el caso de ASEM, la Junta de Entidades Participantes cuenta con nueve (9) miembros. Por su parte, la Junta de Directores de ASES consiste de once (11) miembros. En cambio, la Junta de Directores de la CFSE es de siete (7) miembros y la de ACAA es de cinco (5). Las juntas con un mayor número de miembros, si bien pudieran argumentarse que permiten una mayor diversidad, también pueden hacer difícil alcanzar el quórum requerido para la toma de decisiones. La Oficina del Contralor de Puerto Rico ha señalado como un problema, que algunas juntas directivas no llevan a cabo el número de reuniones anuales dispuestas en sus leyes. De hecho, ese señalamiento le fue hecho a ASEM en el informe del 5 de marzo del 2015. En su caso, la ASEM indicó que las reuniones fueron convocadas, pero no se efectuaron por falta de quórum, lo que valida nuestro planteamiento en el sentido de que una junta directiva grande en busca de mayor diversidad, puede resultar en una junta directiva irrelevante si no logra reunirse.

AUTONOMÍA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

La autonomía e independencia de la política partidista es un elemento fundamental de toda empresa pública (OECD, 2005; World Bank, 2014). La razón es sencilla. Al crear una empresa pública, el gobierno le confiere una mayor autonomía para la toma de decisiones financieras y de uso de sus recursos. Por lo general, no están sujetos a ninguna limitación o control propio de las agencias que le responden al Primer Ejecutivo. Con ello se busca darles una oportunidad legítima de operar eficientemente en un entorno con fines de lucro, aun cuando su finalidad es pública. Esa disminución de fiscalización de las agencias del Ejecutivo hace necesarias otras garantías que desalienten la corrupción y mantengan en perspectiva la finalidad pública de las corporaciones.

Las guías propuestas por la OECD (2005), de manera resumida proponen que el gobierno se comporte como un dueño activo e informado de la corporación, que ocupe un asiento y vote, que establezca los objetivos y la finalidad pública de la corporación,

así como sus mecanismos de divulgación de información y de rendición de cuentas al pueblo. Pero debe, además, asegurar a la corporación una autonomía operacional completa para que alcance los objetivos definidos y, abstenerse de intervenir en la gerencia de la misma. Además, se espera que establezca un proceso estructurado, transparente y fundamentado en el mérito para la nominación de candidatos a formar parte de las juntas. Estas prácticas propuestas por la OECD distan mucho de las prácticas observadas en las leyes que crean nuestras corporaciones públicas. Por el contrario, los miembros de junta son nominados por el gobernador y ratificados por la legislatura y un número considerable de ellos, son jefes de agencias de la Rama Ejecutiva. Esto nos lleva a concluir que las corporaciones ASEM, ASES y Centro Cardiovascular no poseen la autonomía necesaria para asegurar una operación efectiva y teniendo como norte el mejor interés público. Por el contrario, el peso de la representación de agencias y de grupos de interés supera por mucho la representación ciudadana, haciéndola prácticamente irrelevante.

UN MODELO DE GOBERNANZA ALTERNO

La estructura de las agencias de salud, desde hace mucho tiempo, han sido objeto de estudios y sobre ella se han hecho propuestas interesantes que sugieren una mayor eficiencia en el uso de los recursos humanos y fiscales. Aunque ninguno de estos estudios se ha hecho público, lo cierto es que hoy, ante la escasez fiscal y la migración de profesionales de la salud, es imprescindible considerar modelos de organización alternos que permitan una mejor distribución de los recursos que escasean.

De un lado, surge de la evaluación que agencias como ASES no poseen las características que justifiquen su estructura jurídica de corporación pública. En el caso de ASEM, solo se justifica en la medida en que opera hospitales y salas de emergencias que tienen potencial de generar ingresos, mas no a base de los servicios de apoyo a la infraestructura, los cuáles no permiten su autosuficiencia. Debemos recordar que las corporaciones públicas poseen un grado de autonomía administrativa y fiscal mayor al de los departamentos y administradores individuales. Ese privilegio lo obtienen para que puedan operar con mayor eficiencia en el mercado de negocios. Cuando se crean corporaciones públicas de forma injustificada se limita el alcance de la fiscalización de las agencias del ejecutivo, tales como la Oficina de Gerencia y Presupuesto y el Departamento de Hacienda.

Una nueva mirada al sistema de salud pública permite identificar tres áreas de funciones especializadas que pueden guiar una nueva estructura general: política pública de salud, seguros de salud y servicios de salud.

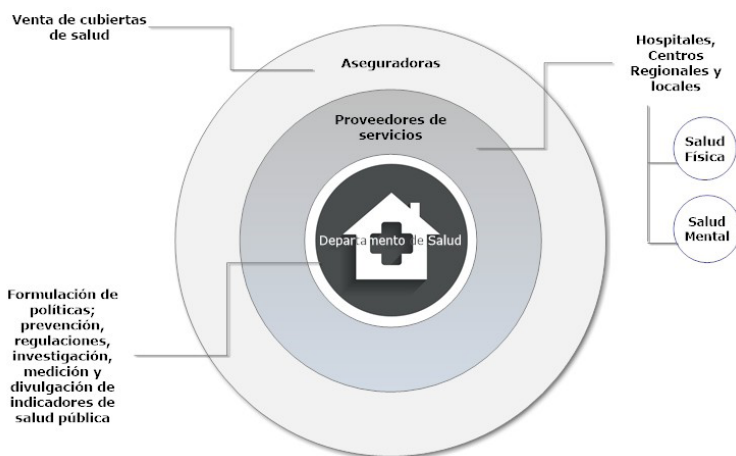
Política pública de salud – estas son los organismos especializadas en la salud mental y física, en la formulación de los estándares de salud pública, en el control de epidemias y en la investigación. Se trata de agencias de servicios, reguladoras, y de educación y prevención. Su naturaleza sugiere que se trata de administradores individuales o secretarías auxiliares pues de esta forma, la figura del Secretario de Salud asume la responsabilidad por estos asuntos y responde por el desempeño de sus agencias. La decisión sobre si se trata de un administrador individual o una secretaría auxiliar debe fundamentarse en el nivel de especialización y la complejidad (volumen de la clientela, características, impacto en la sociedad, etc.) de la operación. En la medida en que los servicios prestados presentan un alto grado de complejidad y demandan mayor pericia, posiblemente una administración con mayor autonomía podría resultar más efectiva.

Seguros de salud – estas son agencias que venden cubiertas de seguros de salud. Por su naturaleza de negocios y su capacidad para sostenerse sin apoyo adicional del Ejecutivo o del Legislativo, poseen las características necesarias para funcionar como empresas públicas. En este caso, deberá estudiarse la necesidad de mantenerlas separadas o si deben constituirse como una sola empresa pública de seguros de salud que atiende a segmentos diversos de la población, por ejemplo, lesionados por accidentes de automóviles o lesionados por accidentes del trabajo. Incluso, si el gobierno considera la posibilidad de asumir el rol de proveer cubiertas de salud bajo un modelo de salud universal, posiblemente, este también sería un área de posible integración. La posibilidad de reinvertir parte de las ganancias en la prestación de servicios podría hacer más costo-efectivo el sistema.

Servicios de salud – la provisión de servicios de salud representa un enorme desafío en términos de mantener la solvencia, servir con calidad y rapidez, y retener a un grupo de profesionales que puede recibir mejores

ofertas de empleo en el sector privado o el exterior. En ese sentido, las agencias de la salud necesitan escalas retributivas competitivas independientemente de si se trata de corporaciones públicas o administradores individuales. Una enfermera que realiza el mismo trabajo y a la que se le requieren las mismas cualificaciones, debe ser remunerada de forma similar dentro del sistema de salud público. Si los hospitales y centros regionales se consideran empresas públicas, deben funcionar como tales y requerírseles eficiencia y efectividad. Si el gobierno determina que interesa lograr un objetivo social, como es el caso de la atención médica a pacientes sin cubierta médica, ese costo debe ser acordado y registrado de manera que no se convierta en un subsidio extraoficial para atender gastos no planificados o en exceso de los recursos.

Figura 2. Sistema Integrado de Salud Pública



CAMBIOS ESTRUCTURALES NECESARIOS

Los tres ejes del sistema integrado requieren coherencia también al interior de cada unidad del sistema. En particular la provisión de los servicios de salud debe ser una que articule los ofrecimientos del sector público y el sector privado de una forma planificada tomando en consideración la dimensión geográfica y demográfica. Los servicios en ambos sectores deben complementarse para ofrecer una cobertura total.

La importancia del sistema público como proveedor de servicios

altamente especializados ha quedado demostrada en nuestros estudios. Por ello la viabilidad del Centro Médico cobra gran relevancia. La literatura existente sobre los Centros de Salud Académicos (CSA) es punto de referencia para la evaluación de las estructuras de gobernanza del Centro Médico en Puerto Rico. Esta literatura se discute en el **Apéndice 1**.

Una mejor gobernanza para el Centro Médico de Puerto Rico requiere cambios mayores en las relaciones entre las instituciones miembros. De la literatura revisada se desprenden varias ideas que deben incorporarse en el proceso de reestructuración de ASEM entre estas:

1. La ventaja de tener un solo directivo a la cabeza de todas las actividades del Centro Médico. Esto puede lograrse bajo varios modelos:
 - a. La incorporación de los hospitales de Centro Médico a la Escuela de Medicina (Modelo Vanderbilt).
 - b. La incorporación de todos los hospitales de centro médico en una entidad que haga acuerdos de colaboración explícitos con el Recinto de Ciencias Médicas y otras universidades. Esta alternativa está a tono con el modelo expuesto en la **Figura 2**.
 - c. Establecer un solo cuerpo regente sobre todas las instituciones.
2. Podrían establecerse también acuerdos explícitos, que establezcan responsabilidades claras, con cada una de las instituciones miembros. Sin embargo, aunque eso puede ayudar a reducir los problemas de coordinación, algún grado de integración fiduciaria es necesaria para que todos los organismos miembros asuman responsabilidad por los problemas presupuestarios que surgen de la falta de coordinación y alineación funcional.
3. Es de suma importancia que en el proceso de transformación se diseñen estrategias prácticas para asegurar la participación de los distintos sectores interesados en el proceso de transformación, en especial la facultad médica.
4. El proyecto de transformación debe establecer metas claras, realistas y medibles y diseñar las métricas a utilizarse para medir su éxito. Estas metas deben delimitarse a través de un proceso participativo de consenso, según se menciona en el punto anterior.

COMENTARIOS FINALES SOBRE GOBERNANZA

Los problemas estructurales del sistema de salud pública requieren la adopción de un nuevo marco legal. La Ley orgánica del Departamento de Salud, aprobada en 1912,

aun luego de sus enmiendas no alude a un sistema de salud integrado. Desde su ley no se define ni se articula la relación del Departamento con respecto a los demás componentes del sistema de salud gubernamental. Son más bien las leyes mediante las cuales se crean las agencias adscritas, las que definen la relación con el Departamento. De esta forma, son también las leyes de las agencias no adscritas, las que definen su relación, si alguna, con el Departamento de Salud. La Ley de Reforma de Salud, pretendía separar la prestación de servicios de la formulación de política pública al traspasar los primeros al sector privado. Sin embargo, no se contempló la necesidad de fortalecer las estructuras de salud que permanecían en el sector público ni de precisar el nuevo rol del Departamento de Salud en el nuevo escenario. Esa omisión ha contribuido al desarrollo de una estructura de salud fragmentada y desarticulada. Esto la convierte en una estructura costosa e ineficiente.

Es necesario adoptar las prácticas contenidas en las Guías de la OECD para asegurar una autonomía responsable a aquellas corporaciones que posean las características para continuar siéndolo. Específicamente en lo relativo al rol del gobierno en la articulación del marco legal en el cual deberá operar la corporación y en su abstención de interferir en esa operación. De igual forma, es imperativo atender el asunto de la composición de las juntas directivas. No es sensato ni efectivo que los jefes de las agencias ocupen múltiples asientos con voz y voto en juntas. El gobierno debe tener un solo voto en cada junta y asegurar que los nominados sean profesionales que puedan tomar decisiones, asumir las responsabilidades y rendir cuentas por los resultados al gobierno y al país.

SITUACIÓN FISCAL

Los estudios que hemos realizado en cuatro de los componentes del Sector de Salud Pública en Puerto Rico revelan una situación fiscal alarmante. Entre los aspectos más preocupantes están los siguientes:

- Falta de liquidez -De acuerdo a los informes financieros auditados, todas las corporaciones públicas evaluadas enfrentan problemas de liquidez. Para las tres corporaciones públicas estudiadas, ASEM, ASES y el Centro Cardiovascular la razón de liquidez estimada fue 0.5 (2014), 0.6 (2015) y 0.21 (2015), respectivamente. En el caso de ASEM se prevé serias limitaciones de flujo de capital para el año fiscal en curso (Conway Mackenzie, 2015). Por otro lado, la falta de liquidez en el fondo federal y la de-capitalización del Banco Gubernamental

de Fomento tampoco permiten que el gobierno central pueda ofrecer alivio a la situación de éstas. Más aún, la situación general del gobierno también tiene un efecto directo en la liquidez de las agencias que no son corporaciones públicas, las cuales dependen mayormente de que el Departamento de Hacienda pueda emitir los cheques para los pagos pendientes.

- Falta de solvencia- El déficit acumulado en los pasados años, así como la vulnerabilidad de los ingresos futuros, ponen en entredicho la sustentabilidad del sistema de prestación de servicios del gobierno.
 - El caso más crítico es el de ASEM que en los últimos tres informes financieros disponibles ha acumulado un déficit de \$120 millones.
 - El Cardiovascular también ha generado déficit en los últimos dos años, aunque de menor magnitud (\$3.5 millones anuales). Del 2013 al 2014 sus obligaciones aumentaron en un 2% mientras sus activos se redujeron en un 6%. Esta tendencia debe revertirse para asegurar la solvencia del Hospital.
 - ASES, para el año fiscal 2015 informó un superávit de \$22 millones. Sin embargo, a pesar de éste, entre el 2009 al 2014 había acumulado un déficit de 30 millones. El asunto más crítico es que el 40% del presupuesto actual de ASEM proviene de fondos federales otorgados a través del Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA). De acuerdo a los estimados recientes, estos fondos se agotarán en el 2017 y no se ha identificado una fuente de reemplazo.
 - Los estados financieros también evidencian deudas de las corporaciones con el Banco Gubernamental de Fomento y con otras corporaciones como la Autoridad de Energía Eléctrica, las cuales están morosas o en plan de pago. Esto evidencia una conducta dañina dentro del gobierno de auto financiarse a través de deudas intra-agenciales.
- Reducción en inversión privada- Los datos más recientes publicados por el Departamento de Salud de Puerto Rico en su informe del 2015, evidencian una reducción en la inversión privada en salud lo que genera incertidumbre con relación a la generación de ingresos de entidades que proveen servicios de salud, tanto públicas como privadas.

- Corporaciones públicas dependientes de asignaciones del Fondo General - Las corporaciones públicas deben ser entidades que realicen una función de generación de bienes o servicios que produzca ingresos propios para cubrir la mayor parte de sus costos. De las tres agencias estudiadas solo la Corporación del Hospital Cardiovascular cumple con esta condición. ASES recibe casi la totalidad de sus ingresos del gobierno estatal y federal ya que no produce bienes o servicios que generen ingresos. En este caso nuestra recomendación es modificar la estructura de la agencia para que se adscriba al Departamento de Salud. El caso de ASEM es tal vez más complejo ya que ésta, en efecto, brinda servicios que deben generar ingresos. Sin embargo, solo es capaz de cubrir con fondos propios aproximadamente el 70% de sus costos operacionales. Si bien es cierto que el valor social de los servicios de la ASEM merece la subvención del estado, en aras de mejorar la eficiencia y la planificación económica, es importante que dicho subsidio se ate directamente a la provisión de servicios a la población sin cubierta médica y al costo de tratamientos que se determine necesitan subvención del estado, en especial, aquellos donde el sector privado tiene una oferta limitada.
- Desigualdad de cobertura de fondos Medicaid y Medicare. Un aspecto importante es que el sistema de salud de Puerto Rico está enclavado en el sistema de salud de EEUU, siendo éste el sistema más costoso a nivel internacional. No obstante, la cantidad de fondos federales que recibe Puerto Rico es sustancialmente menor a la recibida en promedio por los estados. Para el 2014, el gasto per cápita de Medicaid en Puerto Rico (\$714) corresponde a poco menos de la mitad del gasto per cápita promedio entre los estados en Estados Unidos (\$1,492). Solo Utah tuvo un gasto per cápita levemente menor al de Puerto Rico (\$712)¹⁰. Esto a pesar de que la proporción de la población en Puerto Rico que se encuentra bajo niveles de pobreza, la cual el programa va encaminado a atender, es casi el triple de la correspondiente a EEUU¹¹. En el caso de Medicare, el costo per cápita del programa es 43% menor

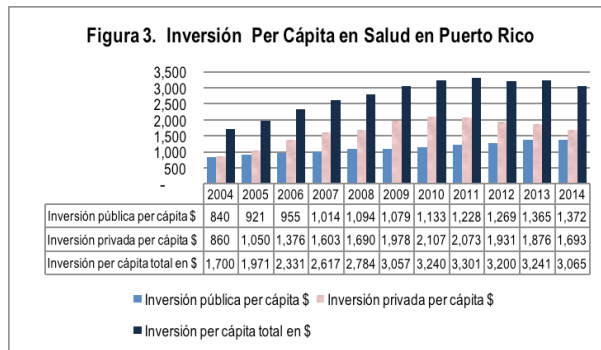
¹⁰ Este cálculo incluye toda la población del estado, aún los no participantes.

¹¹ De acuerdo a la Encuesta de la Comunidad del Negociado del Censo para el 2014 el por ciento de personas bajo el límite de pobreza fue 15.5 % en EEUU y 45.2% en Puerto Rico.

al promedio para todo EEUU (HealthGrove, 2016) Más adelante abordaremos los factores que encarecen el costo en EEUU y como estos pueden afectar también al sistema de salud de Puerto Rico.

EL ROL DE SECTOR PÚBLICO EN EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

El Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) estima la inversión en salud como la suma de los gastos en que incurre el sector público a través del presupuesto de sus agencias y corporaciones, más los pagos por servicios prestados que cubren las aseguradoras (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2015).¹² Para el 2014, el DSPR estima que se invirtió un total de \$10,877 millones en salud, lo que corresponde a un gasto per cápita de \$3,065. De este gasto, se calcula que el 55% corresponde a inversión privada y el 45% corresponde a inversión pública. Debe aclararse que dentro de la proporción del sector privado se incluyen los pagos hechos por aseguradoras que reciben fondos de *Medicare* para los planes *Advantage*. Por otro lado, el estimado del DSPR no incluye los copagos realizados por los asegurados. Tanto los niveles de inversión como la proporción del gasto en la esfera pública han variado en años recientes. Tal como se aprecia en la **Figura 3**, para el 2004, la contribución del sector público era proporcionalmente muy similar a la privada. A partir de esa fecha, se evidencia un aumento en la contribución privada mayormente a consecuencia de la expansión en Puerto Rico de los planes de *Medicare Advantage*, cuyos fondos federales comienzan a disminuir en el 2010, provocando entonces la contracción de la inversión privada (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2015). La inversión pública per cápita por su parte aumentó a un ritmo promedio de 5% anual.



¹² El método utilizado por el DS hace ajustes para evitar la doble contabilización, pero no incluye los copagos realizados por los asegurados.

El gasto realizado en el área de Salud en Puerto Rico debe evaluarse dentro del contexto internacional. Para el 2013, el gasto per cápita en salud promedio para los países de la OECD fue de \$3,453, fluctuando de un máximo de \$8,713 para EEUU y un mínimo de \$941 en Turquía (OECD, 2015). Como se aprecia en la **Figura 3** para ese mismo año la inversión estimada per cápita en Puerto Rico fue de \$3,241. Sin embargo, el gasto total es mayor debido a que esta cifra no incluye los copagos costeados por los asegurados mientras las cifras internacionales sí incluyen los pagos efectuados por los hogares. De acuerdo a los datos ofrecidos por las aseguradoras, presentados en el informe del Departamento de Salud del 2015, aproximadamente el 32% de los costos facturados relacionados a los 9 diagnósticos principales corresponden a pagos realizados por los asegurados. Esto nos hace pensar que el gasto privado en Puerto Rico puede ser considerablemente mayor al estimado de inversión disponible. Esto pone a Puerto Rico bastante cercano al promedio de gasto per cápita para la OECD.

En términos de la importancia relativa de la inversión en Salud en Puerto Rico, esta equivalía al 8.2% del Producto Interno Bruto (PIB) en el 2004, aumentando hasta alcanzar un máximo de 12.3% en el 2012 para luego disminuir a 10.5% en el 2014. Si tomamos como base el Producto Nacional Bruto en lugar del PIB, el por ciento para el 2014 aumenta a 16 %. En contraste, el promedio del gasto en salud como por ciento del PIB para los países de la OECD fue de 8.9%. Solo EEUU invirtió más del 11 %, alcanzando un gasto en salud correspondiente al 16.4% del PIB.

A base de esta comparación internacional, Puerto Rico invierte una cantidad razonable de recursos en servicios de salud. Sin embargo, uno de los puntos medulares en nuestros informes es la precaria situación financiera en que se encuentran las agencias estudiadas. Por ello es importante identificar los factores que pueden afectar los costos y la eficiencia del sistema.

Las medidas de eficiencia se enfocan en comparar los productos y resultados obtenidos versus los recursos invertidos en una actividad dada. La disponibilidad de datos ha permitido hacer comparaciones generales de la eficiencia de los sistemas de salud utilizando el gasto total en salud per cápita como medida de recursos invertidos e indicadores generales de la condición de salud de la población como medida de resultado. La más comúnmente utilizada es la expectativa de vida de la población, indicador disponible para la mayoría de los países, aunque también se ha utilizado la calidad de los servicios de

salud, o la expectativa de vida ajustada por estado de salud de la población.

De los cinco países con la expectativa de vida al nacer más alta en el 2013, dos reportaron un gasto per cápita menor al estimado para Puerto Rico. España, que es el segundo país con la expectativa de vida más alta (83.2 años), reportó un gasto promedio per cápita de \$2,898. Italia (82.8) tuvo un gasto per cápita \$3,077. La **Tabla 1** también incluye otros países con gasto per cápita menor a Puerto Rico y una expectativa de vida mayor, entre estos: Israel, Grecia, Corea y Costa Rica.

Tabla 1. Comparación de Gasto, Expectativa de Vida y Fuente de Financiamiento

País	Gasto per cápita en Salud 2013	Expectativa de Vida	% del Gasto Financiado por el Gobierno
Japón	3,713	83.4	83
España	2,898	83.2	72
Suiza	6,325	82.9	66
Italia	3,077	82.8	77
Francia	4,124	82.3	79
Israel	2,428	82.1	63
Corea	2,275	81.8	56
Grecia	2,366	81.4	65
OECD promedio	3,453	80.5	73
Costa Rica	1,380	80.0	
Puerto Rico	3,241	79.6	42
EEUU	8,713	78.8	48
Chile	1,606	78.8	46

Al comparar a Puerto Rico en el contexto internacional observamos que, pese a la crítica condición fiscal de las agencias de salud, esta no parece ser el resultado de bajos niveles de gasto, sino más bien de diversos factores que afectan los costos y la eficiencia del sistema.

EFICIENCIA DEL SECTOR DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica 10 causas principales de ineficiencia en la provisión de servicios médicos (World Health Organization, 2010). De estas, hay siete que pueden estar presentes en Puerto Rico. Éstas son:

- Pérdidas ocasionadas por el mal uso de fondos o la corrupción - Los informes de la Oficina del Contralor para ASSMCA, ASES y ASEM revelan serias deficiencias administrativas relacionadas al uso de fondos, a los procesos de contratación y de facturación. La búsqueda de mayor eficiencia debe comenzar por el ejercicio de una mayor fiscalización sobre los procesos administrativos, lo que se logra a través de la medición y evaluación del desempeño de las áreas administrativas dentro de cada agencia y mayores requisitos de transparencia y rendición de cuentas.
- Tamaño o distribución inapropiada de las instituciones hospitalarias - Al menos a nivel del sector público hemos visto que no existe una distribución planificada de servicios de salud a nivel regional y municipal. Con la privatización de las entidades públicas durante la implantación de la Reforma de Salud en 1993, el Modelo Arbona, el cual integraba la distribución espacial dentro de la planificación de los servicios de salud, quedó desarticulado, dejando en manos del mercado privado la mayor parte de la provisión de servicios. Sin embargo, la limitación de servicios del sector privado llevó al gobierno a retomar la prestación de servicios de forma parcial. Esta reincursión del gobierno en la prestación de servicios se ha dado de forma accidental y no dentro de un proceso de planificación regional, lo que ha creado desequilibrios en la disponibilidad y el acceso a servicios a través de las regiones. Estos desequilibrios pueden traer hacinamiento en unas facilidades y sub-utilización en otras.
- Composición ineficiente de intervenciones: El uso eficiente de los recursos requiere que se planifique adecuadamente su asignación entre la prevención, la promoción de la salud y el ofrecimiento de tratamientos. Un énfasis adecuado en los servicios de prevención y promoción de la salud pueden reducir la necesidad de tratamientos costosos. Al menos en lo que respecta al Plan de Salud del Gobierno (PSG), la evaluación de indicadores que se presentan en el informe de ASES muestran deficiencias en el ofrecimiento de servicios de prevención. Más aún, el tener un 6% de la población sin cubierta médica reduce la probabilidad de que esa población reciba servicios de prevención adecuados, aumentando eventualmente el uso de servicios más costosos.
- Sobre utilización de servicios hospitalarios: La limitación del acceso a los servicios, así como la falta

de alternativas de cuidado extendido pueden propiciar el aumento en los costos del sistema. Por ejemplo, en el caso del Hospital Psiquiátrico observamos estadias mucho más largas que en los hospitales privados. Otras alternativas de cuidado prolongado para estos pacientes pudieran ser más costo-efectivas.

- Sobre utilización de servicios o productos médicos: uno de los grandes retos que enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial es el diseñar esquemas de pago que incentiven la utilización correcta de servicios sin obstaculizar el acceso a servicios. Por un lado “los pagos por servicios prestados” tienden a promover la sobre utilización de los mismos, mientras que los pagos por capitación, donde se paga una cantidad por paciente independientemente de los servicios o tratamientos que reciba, pueden restringir servicios necesarios a los pacientes con enfermedades crónicas (Docteur & Oxley, 2003). Muchos de los países de la OECD se han movido a implantar sistemas de pago mixtos (Joumard, André, & Nicq, 2010). En el caso de Puerto Rico, en el mercado privado las aseguradoras pagan mayormente a base de pagos por servicios, pero restringen el acceso a los mismos a través de los requisitos de aprobación o a través de límites en las cubiertas. Por otro lado, el PSG fue creado originalmente bajo el esquema de capitación, donde originalmente el riesgo recaía en el médico primario. En el 2010, el modelo original fue sustituido por el modelo integral de salud conocido como “Mi Salud”. Entre los cambios implantados se transfirió a las aseguradoras el 100% del riesgo de medicamentos, pruebas de prevención y vacunas, así como el 50% del riesgo por visitas a salas de emergencia, los que originalmente recaían sobre el médico primario. En abril de 2015, la ASES cambió a un nuevo sistema administrativo para el Plan de Salud del Gobierno (PSG), esta vez bajo el concepto de “Organizaciones de Manejo de Cuidado de Salud”. En este modelo la entidad contratada asume el 100% del riesgo por todos los servicios. Esto deja en manos de aseguradoras privadas con fines de lucro el establecimiento de los mecanismos del control de utilización de servicios. El tomar acción de política pública para crear esquemas de pago que promuevan la eficiencia en el uso de recursos requiere que el gobierno ejerza un rol más activo ya sea a través de la

creación de un seguro público universal o la regulación de las aseguradoras privadas.

Otros factores que menciona el informe de la OMS también son relevantes al caso de Puerto Rico, pero están ligados a nuestra estrecha relación con el sistema de EEUU.

- Alto costo de medicamentos: Se ha evidenciado que el costo de medicamentos puede variar significativamente a través de distintos países. Aunque el sobrepago tiende a ser mayor en países de menor ingreso, se evidencia que algunos medicamentos tienen precios considerablemente mayores en EEUU que en otros países, lo que redundo en un costo más alto de medicamentos en Puerto Rico. Esto se debe a los “*mark-ups*” excesivos que surgen del poder de mercado de las compañías farmacéuticas. Ejemplos de esto han sido documentados recientemente en la prensa. En el 2015, se denunció que la empresa *Gilead Sciences*, que produce el medicamento más recomendado para el tratamiento de Hepatitis C, vendía a más de \$1,000 la píldora para un costo total por tratamiento de \$94,500 (El Nuevo Día, 2015). En otro ejemplo, el *National Center for Policy Analysis* reportó que en el 2014 un número significativo de medicamentos genéricos aumentó su precio entre un 10% y un 100%, como consecuencia de las consolidaciones en el mercado manufacturero (Herrick, 2015).
- Limitaciones al pago de trabajadores de la salud y pobres decisiones de recursos humanos: Puerto Rico enfrenta una escasez de profesionales de la salud. Hay una idea generalizada de que enfrentamos una escasez de profesionales de la salud, en especial de médicos, debido a la creciente emigración hacia los EEUU. Desafortunadamente los datos oficiales del último trienio de profesionales de la salud no han sido publicados. El análisis de los datos de la Encuesta de la Comunidad de Puerto Rico tiende a indicar que, al menos en los años más recientes, esta reducción es real¹³. La movilidad de los puertorriqueños entre la Isla

¹³ Al analizar los datos de la Encuesta de la Comunidad para Puerto Rico encontramos que entre el 2010 y el 2014, la población que informa estar empleada se redujo en un 3% mientras la cantidad de médicos empleados se redujo en un 20% y la cantidad de enfermeros en un 5%. No obstante, debido al tamaño de la muestra a este nivel de desagregación ocupacional los resultados tienen un margen de error amplio.

y EEUU hace que Puerto Rico tenga que competir con el mercado de EEUU para retener a sus médicos, así como a otros profesionales. De acuerdo a los datos del *Bureau of Labor Statistics*¹⁴, para el trabajador promedio la mediana de salario en EEUU es 81 por ciento más alta que en Puerto Rico, es decir, el salario mediano en EEUU es casi el doble del salario mediano en Puerto Rico. En el caso de los profesionales de la salud, el salario mediano en EEUU es más del doble del correspondiente a Puerto Rico. Para los médicos generalistas es dos veces y medio más alto, y para un pediatra es el triple. En el caso de las enfermeras médicos (*nurse practitioners*), cuyo reclutamiento podría reducir los costos de la provisión de servicios, el salario mediano en EEUU es cuatro veces el correspondiente a Puerto Rico. Cualquier medida que se considere en Puerto Rico para reducir los costos de la provisión de servicios médicos debe tomar en cuenta esta realidad.

Yip y Hafez (2015) identifican factores adicionales como fuentes de ineficiencia en el sector de salud. Entre estos están: la fragmentación en la organización y el ofrecimiento de servicios y la segmentación de la población entre seguros públicos y privados lo que lleva a problemas de cobertura, acceso y calidad de servicios, y por ende resultados deficientes. Indudablemente ambos factores están presentes en el caso de Puerto Rico.

- El problema de fragmentación estructural del Sistema de Salud en Puerto Rico quedó claramente establecido en la sección sobre gobernanza. Un sistema más eficiente requiere que las estructuras se ordenen de una forma lógica a base de los tres ejes funcionales antes descritos: la formulación de política pública, la provisión de seguros de salud y la provisión de servicios de salud. Ramírez (2012) enfatiza que la estructura actual del Departamento de Salud responde a las redefiniciones legislativas en torno a su jurisdicción las cuales han redirigido su atención a nuevos problemas, a la vez que han transferido parte sus responsabilidades a otras agencias. El resultado es un sistema donde las responsabilidades de proveer servicios están divididas entre distintos organismos, lo

¹⁴ Los datos de salarios por ocupación para todo EEUU y para cada estado o territorio están disponibles a través de la página del BLS <http://www.bls.gov/oes/tables.htm>.

que complica la implantación de política pública y la rendición de cuentas en torno a sus resultados. En la experiencia internacional los países con problemas de coordinación han encaminado reformas para fortalecer las instituciones que formulan la política pública y la reglamentación. Es imperante que Puerto Rico se mueva en esa dirección a través de un estructura que permita al DSPR dirigir y coordinar la política pública. En el área de ofrecimiento de servicios, a nivel internacional también se han implantado nuevos esquemas de servicio encaminados a mejorar la coordinación en la provisión de los mismos, ejemplo de ello es la utilización de los médicos primarios como punto de acceso al sistema (“*gate-keeping*”) (Docteur & Oxley, 2003).

- Como se recoge en el Informe de ASES, uno de los problemas que motivó la implantación de la Reforma de Salud en Puerto Rico fue justamente la disparidad entre los ofrecimientos del sistema público y el privado. Sin embargo, los estudios que se realizaron varios años luego de la implantación de la misma demostraron que dichas disparidades no habían sido eliminadas. Desafortunadamente, no encontramos datos recientes que nos permitieran evaluar la situación actual. No obstante, sabemos que hay un problema de incentivos ya que los planes privados pagan a los proveedores a base de pago por servicio, pero no así a los planes del PSG. Esto incentiva la provisión de servicios a pacientes de planes privados, mientras puede provocar el racionamiento de servicios a los beneficiarios de la reforma, especialmente si existe escases de proveedores.

LOS MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD Y LA EFICIENCIA

Partiendo de los datos que presentamos en la **Tabla 1** se hace evidente que los niveles de eficiencia de los sistemas de salud a nivel mundial varían considerablemente entre países. Japón se distingue por ser el país con la expectativa de vida más alta, y también por su nivel de eficiencia. Varabyova y Müller (2016) indican que a pesar de la gran variabilidad de resultados en los estudios que miden la eficiencia de los sistemas de salud entre los países de la OECD, Japón y Corea consistentemente resultan con un alto nivel de eficiencia. En ambos países sus sistemas de salud se caracterizan por tener una cubierta de seguro básica provista por el sector público y una provisión de servicios primordialmente privada. Sus sistemas se describen

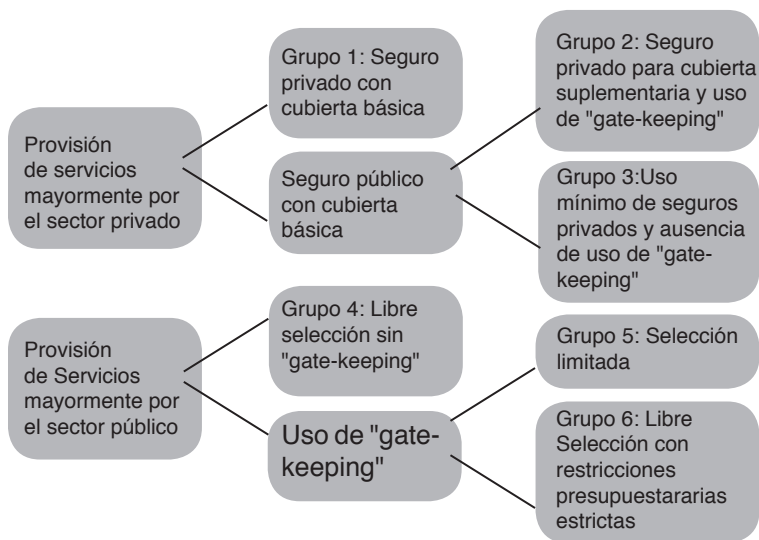
en más detalle en el **Apéndice 2**. No obstante, es importante aclarar que los estudios más recientes de la OECD indican que la estructura del sistema no determina el nivel de eficiencia (Journard, André, & Nicq, 2010).

En general, podríamos dividir los modelos de salud pública en tres tipos (Docteur & Oxley, 2003):

- Modelos públicos integrados- basados en la provisión de servicios financiados por el presupuesto público. Estos modelos facilitan asegurar la cobertura total de la población al dar acceso a los servicios a todos los ciudadanos. Además, ayudan al control de costos. Su desventaja es que carecen de incentivos para responder a las necesidades de los pacientes que están presentes en sistemas donde hay gran competencia de proveedores privados.
- Modelos de contrato público- en estos modelos el estado funciona como un pagador único que contrata los servicios en el sector privado. Al ser un pagador único, se reducen los costos administrativos del sistema en comparación con un sistema de múltiples pagadores. Sin embargo, al pagador único le resulta más difícil contener los costos en la provisión de servicios que en el modelo público integrado, lo que típicamente requiere regulación adicional.
- Modelo de provisión y seguros privados- En estos modelos el sector privado provee tanto los seguros como los servicios. La participación en seguros privados puede ser voluntaria (EEUU) o compulsoria (Suiza). Su ventaja principal es que ofrecen mayor selección a los pacientes y mejores incentivos para que atiendan sus necesidades. Su desventaja es que en los casos con participación voluntaria se puede dejar desprovisto a un sector de la población. Además, es más difícil controlar los costos en estos programas.

Journard, André y Nicq (2010) desagregan estos modelos dividiendo a los países de la OECD de acuerdo a la estructura de sus instituciones, lo que resulta en 6 categorías:

Figura 4: Agrupación de modelos de acuerdo a la estructura institucional de Journard, André y Nicq (2010)



Estos autores indican que existe mayor diversidad de niveles de eficiencia al interior de cada uno de los grupos que entre grupos, por lo que concluyen que no existe un modelo específico que rinda resultados eficientes, sino que aquellos países con las mejores prácticas salubristas resultan más eficientes independientemente del modelo. Por ejemplo, dentro del grupo de provisión privada de seguros y servicios podríamos ubicar tanto a Suiza, considerado como uno de los países más eficientes en la provisión de servicios de salud, como a EEUU. Este último se considera que tiene uno de los sistemas de salud más ineficientes con un gasto per cápita que es más del doble del promedio para los países de la OECD y con una de las expectativas de vida más bajas dentro de dicho grupo. El perfil de sistema de Suiza se presenta en el **Apéndice 2**.

Estudiar el caso de EEUU es particularmente importante para nuestro análisis ya que el sistema de salud pública de Puerto Rico está atado al de los EEUU a través de la participación de la Isla en los programas federales de Salud. Por esta razón el modelo de Puerto Rico no se distancia mucho del existente en los EEUU. Entender las razones por las cuales el sistema de EEUU es tan costoso nos ayuda a comprender parte del problema fiscal del sistema de salud en Puerto Rico.

Una de las características del sistema de salud de EEUU que encarece el sistema es que está gestionado principalmente por aseguradoras privadas (Alvarez, 2013). Docteur y Oxley (2003) señalan que la magnitud de cobertura del sector público determina el control del gobierno sobre el gasto en salud. Tanto en EEUU, como en Puerto Rico, el estado financia menos del 50% del gasto en salud. Dejando la otorgación de servicios al sector privado. Este nivel de injerencia del sector privado se da en un ambiente de mercados poco competitivos. No solo se da en el caso de la producción de medicamentos, como mencionamos antes, sino también en la provisión de servicios y de seguros. Bodenheiner (2005) enfatiza este punto y ofrece como ejemplo la consolidación entre los hospitales luego de experimentar una reducción en tarifas, como resultado de la competencia por obtener contratos con las aseguradoras. Más recientemente, Duggan, Starc, y Vabson (2016) encontraron que los aumentos en los reembolsos del programa de Medicare Advantage beneficiaron mayormente a las aseguradoras, aumentando su ganancia, en lugar de beneficiar a los pacientes o a los proveedores, poniendo así en evidencia un desmedido poder del mercado. Estas situaciones explican la importancia de que el gobierno mantenga un rol como ente regulador aún cuando la provisión de servicios esté en manos privadas. A nivel internacional las reformas realizadas para aumentar la competencia entre las aseguradoras ha tenido algún efecto positivo (Docteur & Oxley, 2003).

Fuchs (2010) argumenta que los costos administrativos de tener un sistema dual --un sistema privado de seguros mayormente basado en el empleo, y un sistema de seguro provisto por el gobierno basado en nivel de ingresos-- también encarece el sistema. Además, indica que hay otros factores que contribuyen a los altos costos del sistema de salud en EEUU, entre estos: una razón alta de especialistas a generalistas, financiamiento ilimitado, sistemas basados en pago por servicios y altos ingresos de los médicos.

También debe mencionarse el efecto de la falta de cobertura a un sector de la población. El que un segmento de la población quede desprovisto de un seguro de salud crea inequidades en el acceso a servicios. Journard, André, y Nicq (2010) establecen que los países con menos inequidad en el sistema de salud tienden a obtener mejores resultados. Por lo tanto, la búsqueda de mayor equidad en este caso va de la mano con una mayor eficiencia. Los países que suelen presentar mejores indicadores de equidad en el acceso a la salud son aquellos

con sistemas públicos integrados o aquellos basados en seguros privados que están adecuadamente regulados por el gobierno. Entre las regulaciones utilizadas están el requisito de que todos los planes médicos acepten a todo tipo de paciente y esquemas de pago a aseguradoras que compensen por la cubierta a pacientes de alto riesgo. En el caso de EEUU ese es un elemento regulatorio y de competencia deficiente.

La mayoría de los elementos que se mencionan en el caso de EEUU también afectan el costo de los servicios de salud en Puerto Rico. Indicamos antes que los salarios de los profesionales de la salud en EEUU afectan directamente la oferta de estos en Puerto Rico y por ende los salarios a pagar en Puerto Rico. Además, podemos establecer semejanzas entre el modelo de prestación de servicios de Puerto Rico y el de EEUU. En síntesis, ambos poseen un modelo basado en la injerencia de compañías privadas tanto a nivel de seguros como a nivel de servicios, sin regulación efectiva que incentive la competencia en el mercado. Este modelo también afecta la viabilidad de los servicios del sector público toda vez que les toca atender la población no asegurada y proveer servicios a los casos crónicos que no son rentables en las instituciones privadas. En la coyuntura fiscal actual es ineludible reformar el modelo de salud de Puerto Rico. Aunque se reconoce que la participación en programas federales y la aplicación de las normas de regulación de EEUU afecta la capacidad de adaptar el modelo de prestación de servicios en Puerto Rico, existe espacio para implantar reformas importantes que mejoren la eficiencia del sistema de salud. Para ello es importante tomar como referente la experiencia internacional.

LECCIONES DE LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

DIVERSIDAD DE MODELOS

Hay una gran diversidad de arreglos institucionales a través de los distintos países. Con un gasto 10% menor al gasto estimado para Puerto Rico en el 2013, España tiene la segunda expectativa de vida más alta en el mundo. Su sistema se basa en la provisión pública tanto de seguros como de servicios, lo que lo ubica en el Grupo 5 de la **Figura 4**. Su perfil se presenta en el **Apéndice 2**. Parte del control de costos, sin embargo, proviene de los pagos a profesionales de la salud ya que, en su mayoría, son asalariados. El gobierno también tiene gran injerencia en los hospitales privados. Aunque cabe notar que, de 7 renglones de calidad de cuidado médico España solo aparece entre los países

de mejor desempeño en solo uno de ellos (OECD, 2015)¹⁵.

Italia por su parte, tiene un gasto per cápita en salud levemente menor a Puerto Rico. Sin embargo, su expectativa de vida excede la de Puerto Rico por tres años. Además, Italia está entre los países de mejor desempeño en 5 de los 7 indicadores de calidad de servicios médicos que evalúa el informe de la OECD del 2015. El sistema italiano es muy similar al español. Su sistema hospitalario se divide en tres niveles de acuerdo a la complejidad del servicio, similar al que existía en Puerto Rico previo a la Reforma. Este sistema se diferencia del español en términos de formas de pago a sus profesionales. El personal médico cobra un salario por sus servicios en el sector público y tiene estatus de servidor público, pero además tienen la posibilidad de ejercer como proveedores privados. Los médicos primarios y los pediatras, en general, proveen sus servicios de manera independiente con un contrato especial que comprende una mezcla de pago por capitación (representa el 70% de los pagos) y tarifa por servicio. El pago por capitación se ajusta por edad y condiciones de salud de los pacientes (dependiendo de las regiones).

Otro país cuya experiencia puede ser relevante a Puerto Rico es Israel. En el 2013, el gasto per cápita en salud en Israel correspondió a tres cuartas parte de la inversión per cápita en Puerto Rico. Sin embargo, la expectativa de vida en Israel era 2.7 años mayor que en Puerto Rico. Más aún, Israel cualificó entre los países de mejor desempeño en 4 de los 7 indicadores de calidad en el informe de la OECD. El modelo de Israel es muy similar al modelo de la Reforma de Salud en Puerto Rico, pero es compulsorio para toda la población. Es financiado por el estado, los ciudadanos escogen entre 4 aseguradoras (sin fines de lucro). La provisión de servicio recae mayormente en el sector privado. El sistema de Israel se describe en mayor detalle en el **Apéndice 2**.

Los países que son considerados más eficientes tienen en común varios elementos. Uno de ellos es que en muchos casos las entidades privadas que ofrecen servicios o seguros son entidades sin fines de lucro. También, se desprende de la **Tabla 1** que la participación del estado en el financiamiento de los servicios de salud es sustancialmente más alta en los países con sistemas de salud eficientes que en Puerto Rico y EEUU.

¹⁵ El informe *Health at a Glance* de la OECD establece 7 indicadores de calidad de cuidado médico. Éstos son: las admisiones hospitalarias por asma, COPD y diabetes; la tasa de fatalidad por infarto agudo del miocardio y por accidente cerebro vascular isquémico entre pacientes admitidos y la supervivencia de cáncer de cérvix, de seno y colorectal.

En ese grupo de países se observa que algunos optan por tener un rol importante como proveedores de servicios mientras otros delegan al sector privado la provisión de servicios y se limitan al rol de regulador de ese mercado.

TENDENCIAS DE REFORMAS

Los estudios revisados nos ayudan a identificar tendencias en las reformas que se han implementado a nivel internacional (Joumard, André, & Nicq, 2010), (Yip & Hafez, 2015) (Docteur & Oxley, 2003). Entre éstas, mencionamos las siguientes:

- La formalización de estructuras para mejorar la coordinación tanto de la administración como del ofrecimiento de servicios ha sido un punto de atención a nivel internacional, en especial en los países en vías de desarrollo.
- La tendencia internacional se ha movido hacia la cobertura universal de la población. La gran mayoría de los países de la OECD han alcanzado la cobertura universal, la excepción los son EEUU, Grecia y Polonia. Países latinoamericanos también se han movido hacia mayor cobertura. Por ejemplo, México creó un seguro de salud con beneficios garantizados a toda persona cubierta por la seguridad social. Uruguay instituyó un sistema integrado de servicios de salud que enfatiza el cuidado primario y utiliza los pagos por resultados.
- Los países que mantienen aseguradoras privadas se han movido a regular el paquete de beneficios básicos a cubrir y minimizar las diferencias entre la cubierta de servicios en el sector público y privado, así como a la prohibición denegar cobertura por condiciones de salud pre-existentes o nivel de riesgo.
- Reconociendo que el pago por servicios promueve la sobreutilización de los mismos, mientras que el pago por capitación tiende a racionar excesivamente los servicios a pacientes con enfermedades crónicas, muchos países se han movido a experimentar con formas mixta de pago y con formas de pago atadas a resultados.
- Se ha incrementado la preparación de guías basadas en evidencia médica que puedan ser utilizadas por pagadores y reguladores.
- También ha ocurrido un aumento en las protecciones al paciente ya sea aumentando su ámbito de selección o sus derechos de apelación.

Las medidas de control de costos han sido las más controver-

siales. Algunos países han instaurado regulaciones de precios que incluyen el control de los salarios o de los precios de cuidado primario y secundario. Estas medidas, aunque efectivas en el corto plazo, pueden tener efectos nocivos en la oferta a largo plazo. Esto puede hacerlas insostenibles y resultar en escases de recursos humanos. Es importante que las reformas tomen en consideración políticas de planificación de los recursos humanos. De igual modo, algunos países han experimentado con restricciones o límites presupuestarios. Estas suelen ser efectivas en sistemas integrados de financiamiento y oferta de servicios, pero pueden desincentivar la provisión de servicios. Otras medidas de control de precios son la preparación de listas de medicamentos a cubrirse, el uso de copagos y otras medidas similares. Éstas implican una reducción en el acceso. En el caso particular de la determinación de copagos las consideraciones de acceso y equidad suelen sobrepasar las consideraciones de eficiencia en la experiencia internacional (Journard, André, & Nicq, 2010).

Las políticas e instituciones que más afectan la eficiencia y efectividad de los servicios de salud son aquellas que regulan los incentivos de los proveedores, pagadores y usuarios. Los sistemas públicos integrados han logrado mantener el costo bajo control pero ha sido necesario diseñar estrategias para enfrentar los efectos adversos que esto puede tener en la productividad, en el tiempo de espera y en la satisfacción de los clientes. Por otro lado, depender solo de los mercados privados no puede producir resultados eficientes dadas las fallas de mercado presentes en los sistemas de salud. El reto es diseñar políticas que brinden los incentivos correctos. Por ello es de suma importancia tomar en consideración la complementariedad de las políticas que se implanten.

Ante la imposibilidad de identificar un modelo de sistema de salud superior a otros, Journard, André, y Nicq (2010) se dieron a la tarea de identificar lo que consideran como las “mejores prácticas”, destacando que a la hora de implementar reformas es importante mirar los indicadores del país para ver donde están sus debilidades. Entre las prácticas recomendadas están las siguientes:

- Promover las prioridades de política pública definiendo con precisión lo que debe ser la canasta básica de servicios de salud y hacer un uso efectivo de la tecnología.
- Definir adecuadamente y de manera consistente la responsabilidad a través de los diversos niveles de gobierno y las diversas agencias.

- Utilizar políticas balanceadas de control de salarios y uso de pagos relacionados a resultados.
- Mejorar la calidad de los servicios ambulatorios para reducir las hospitalizaciones.
- En los países donde hay libre selección se recomienda mejorar el acceso y uso de la información de manera que los pacientes utilicen mejor la información sobre calidad y precios.
- En lugares donde los servicios especializados son sobre utilizados se recomienda el uso de *gate-keeping* para reducir consultas innecesarias a especialistas
- Mantener un balance entre el uso de políticas para limitar la sobre utilización, como los copagos o deducibles, y las consecuencias que estas tienen con relación al acceso a los servicios y la equidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Entre las mayores debilidades del sistema de Puerto Rico podemos identificar las relacionadas a la fragmentación del sistema, la disparidad de acceso y la delegación de decisiones de política pública al sector con fines de lucro, lo que limita el poder del estado para implantar la política pública y controlar los costos. Un sistema más eficiente requiere de instituciones públicas que sean capaces de implantar de manera coordinada los programas que ofrezcan los incentivos adecuados, a base de las prioridades de salud del Estado, tanto en torno al ofrecimiento de servicios como a la administración de los recursos.

Actualmente la población en Puerto Rico está dividida en tres sectores: los asegurados privados, los beneficiarios de la reforma y los no asegurados. Cada uno de estos grupos posee niveles de acceso a servicios diferentes. Además, la excesiva fragmentación resulta en mayores costos y en la duplicación de servicios.

Un modelo alterno debe garantizar un acceso universal y equitativo a toda la población desde un esquema que permita establecer pautas para el mejor uso de los recursos. Esto incluye esquemas de pago que propicien la productividad y la eficiencia, incluyendo el pago por resultados cuando ello sea viable. De mantenerse un sistema dual de seguros públicos y privados, es importante que los proveedores del sector público y el privado reciban los mismos incentivos

La experiencia internacional nos indica que un sistema más efectivo y eficiente pueden lograrse tanto a través de los seguros nacionales como a través de seguros privados compulsorios altamente

regulados. Si se opta por mantener provisión de seguros en el sector privado debe considerarse como altamente recomendable el enfoque hacia instituciones privadas sin fines de lucro.

APÉNDICE 1: REVISIÓN DE LITERATURA SOBRE CENTROS DE SALUD ACADÉMICOS

Los centros de salud académicos (CSA) se distinguen por contar con un conjunto de entidades dedicadas tanto a la docencia médica como a la provisión de servicios de salud. Estos centros cuentan con al menos una escuela de medicina, escuelas adicionales dedicadas a la formación de otros profesionales de la salud y uno o más centros de provisión de cuidados médicos u Hospitales (Taylor S. M., 2016). Tienen tres misiones primordiales: proveer servicios médicos de alta calidad, servir de centros de práctica para futuros médicos y otros profesionales de la salud, y desarrollar investigación de alto impacto en el área de salud. Muchos de estos centros también cumplen la función adicional de proveer servicios médicos a la población médico indigente (French, Ferlie, & Fulop, 2014). Whiteside y Verma (2015) recalcan que el valor añadido de los CSA es su capacidad de incorporar la investigación y el cuidado médico, fomentando la transferencia e incorporación de los resultados de la investigación académica de forma directa a la práctica del cuidado médico, gracias a un flujo bilateral de conocimiento. Se visualiza el CSA como un “puerto base (*hub*)” para el desarrollo de adelantos en el cuidado médico.

En los años recientes, el estudio de las estrategias de gobernanza de estos CSA ha cobrado mayor prominencia dadas las complejidades y dificultades crecientes que enfrentan. La literatura al respecto identifica los conflictos entre las diversas misiones que deben cumplir los CSA, así como las diversas prioridades de los sectores que forman parte de estos, como factores importantes que crean dificultades para su administración. También recalcan que las tendencias en los sistemas de salud han sido conducentes a una reducción en los ingresos que generan, a la vez que las fuentes de financiamiento para la investigación y los fondos estatales también se han reducido (French, Ferlie, & Fulop, 2014) (Keroack, et al., 2011). Sobre el particular, Taylor y McVicker Clinchy (2012) indican que la reforma del sistema de salud del 2010 en los Estados Unidos representó un peso desproporcional para los CSA en la medida que muchos de estos sirven a la población médico indigente y a los asegurados de medicaid.

Taylor (2016) añade la resistencia al cambio como otro de los factores que limita el desarrollo de los CSA. Estas limitaciones apuntan a la necesidad de mejores sistemas de gobernanza de manera que estas instituciones puedan mejorar su eficiencia, en respuesta a la limitación de recursos, y eliminen barreras a la coordinación y alineamiento de objetivos entre los diferentes sectores que componen el CSA. Esto debe lograrse sin socavar los incentivos a la innovación y el progreso científico (Balsler & Stead, 2015).

Existe una gran diversidad de estructuras organizativas para estos centros. Aunque Keroack, et al. (2011) divide los CSA en dos grandes categorías: los de alta integración y los de baja integración; French, Ferlie y Fulop (2014) recalcan que entre los dos extremos, representado en un lado por sistemas altamente integrados con un solo directivo y un solo fiduciario y en el otro un sistema no integrado con múltiples líderes y fiduciarios, existe un continuo de sistemas de administración. Destacan el caso de los centros que han surgido en Inglaterra, los que tienen en común que, no importa si está constituido por una o más instituciones fiduciarias, todos han optado por estar administrados por un mismo gerente a la cabeza del Centro.

En el caso de EEUU, donde el rol de los CSA ha sido más prominente históricamente, existen diversos esquemas. Aunque, se observan dos periodos con tendencias opuestas. En los 1990's, con los cambios al sistema de salud y la expansión de los centros de cuidado dirigido, se percibía un posible aumento en el riesgo financiero de los centros hospitalarios. Esto propició una tendencia descentralizadora. Las escuelas de medicina no querían verse afectadas por el incremento en el riesgo potencial y los hospitales deseaban mayor capacidad de respuesta y agilidad administrativa a los cambios del mercado. Esto dio paso a que durante ese periodo los CSA optarán hacia modelos administrativos de menor integración. La tendencia opuesta se ha visto en años más recientes. Los problemas de reducción de recursos y falta de coordinación han propiciado una tendencia a mayor integración de los sistemas administrativos (Keroack et al., 2011).

Así vemos, por ejemplo, que el Vanderbilt University Medical Center unificó el puesto de Decano de la escuela de medicina con el del rector asociado de servicios médico para que una sola persona estuviese al frente del todo el sistema médico. Además se instituyeron medidas gerenciales para propiciar la participación y acción intergrada de los diversos grupos de líderes o gerentes del CSA (Balsler & Stead, 2015). De igual forma, en el caso del Imperial Academic Health Science Center, la

integración de dos hospitales nacionales propició un acuerdo posterior con el Imperial College para crear en el 2007 el primer CSA en London. Para ello se determinó que una sola persona fungiría tanto como directivo de la Facultad de Medicina y como director de la institución hospitalaria.

Por su parte, el Greenville Hospital System (GHS) presenta un modelo de administración alterno basado en un sistema de cuidado médico único integrado en afiliación con diversas universidades para llevar a cabo docencia e investigación. Las operaciones están gobernadas por directivos de la institución médica y de las instituciones académicas afiliadas. Esto se realiza a través de la firma de acuerdos colaborativos. Para cada uno de los acuerdos colaborativos principales se establece una junta enlace compuesta de directivos del sistema médico y de la universidad en cuestión para supervisar los programas establecidos en el acuerdo (Taylor, 2016).

Dentro de la literatura hay unos elementos que se establecen como factores importantes que pueden ayudar mejorar el funcionamiento de los CSA. Entre estos sobresale el alineamiento funcional (AF) entre las instituciones que lo componen. Keroack et al. (2011) recalca que una alto nivel de integración del sistema no necesariamente implica un alto nivel de AF, de igual manera que poca integración no implica que no habrá AF. No obstante, si encuentran que los sistemas más integrados tienden a tener mejor AF. Estos autores definen el AF como la capacidad de los directivos de las diversas instituciones miembros de tomar en conjunto decisiones con relación a: comunicaciones, planificación, presupuestos, transferencias financieras, contratación y evaluación de directores, y sistemas de información. Encuentran que un alto grado de AF propende a mejor desempeño en las áreas: docente, de investigación y financiera de la institución.

Whiteside y Verma (2015) proponen que, en los casos donde las instituciones que componen el CSA no estén integrados bajo un mismo ente administrador, deben establecerse acuerdos colaborativos completos y bien demarcados. Para esto es necesario delimitar claramente las áreas de actividades que van a estar bajo la autoridad de la universidad, las que van a estar bajo la autoridad del centro de salud u hospital y las que deben ser de responsabilidad compartida. Estos acuerdos deben tomar en consideración todas las actividades académicas y clínicas que se llevarán a cabo como parte de los mismos, así como los mecanismos de resolución de conflictos que se utilizarán de ser necesarios. También recalcan que el armo-

nizar las políticas y prácticas entre las diversas instituciones aumenta la eficiencia de los CSA, reduce el riesgo y promueve la responsabilidad compartida. Finalmente destacan que aunque la medición y evaluación del desempeño no garantiza el buen funcionamiento de los CSA, es un elemento necesario para lograrlo.

Los ejemplos antes mencionado de Vanderbilt y el Imperial Academic Health Science Center enfatizan la importancia de la participación efectiva de los diversos sectores que componen el CSA a la hora de crear transformaciones positivas para mejorar su desempeño. French, Ferlie, y Fulop (2014) explican que en la mayoría de los CSA que han surgido en Inglaterra ha sido la facultad médica la mayor propulsora del cambio.

APÉNDICE 2: PERFILES DE SISTEMAS DE SALUD DE PAÍSES SELECCIONADOS

Perfil del Sistema de Salud de Japón

Japón tiene un **Seguro Nacional de Salud de acceso universal**. Todos los asegurados deben abonar un 30% de coaseguro por cada servicio y producto de salud. Aunque los costos de los copagos son altos, los usuarios pueden deducir de las contribuciones al ingreso los gastos médicos anuales que estén en el rango de \$950 a \$19,000. Existen seguros de salud privados fuera del sistema, pero juegan un rol minoritario y suplementario.

- *Cuidado primario*- es brindado mayormente por clínicas, centros de salud públicos de la comunidad y algunos hospitales que tienen departamentos de cuidado ambulatorio. El cuidado primario y el cuidado especializado en Japón no están divididos como disciplinas distintas
- *Hospitales*- Cerca del 14% de los hospitales son propiedad del gobierno nacional o local, el resto de los hospitales pertenecen a entidades **sin fines de lucro**. La apertura de entidades con fines de lucro actualmente está prohibida en el servicio hospitalario. Sin embargo, entidades con fines de lucro ya existentes pueden seguir operando. **El personal que opera en los hospitales generalmente son asalariados.**
- *Centros de Salud Pública*- Pertenecen a las prefecturas y están encargados del manejo de estadísticas de salud regionales, salud ambiental, nutrición y sanidad alimenticia, salud dental, salud mental y la prevención de enfermedades como el SIDA y la tuberculosis (2012).

Los pacientes tienen libre selección de proveedores de salud públicos o privados y al mismo costo. Sin embargo, el gobierno fomenta la selección de un médico de familia y desincentiva el auto-referido de los pacientes con costos extra por consultas iniciales en hospitales.

Fuentes:

Organización Mundial de la Salud; Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón (2012)

OECD (2015)

Extracto de perfil preparado por: Federico Goyechea

Perfil del Sistema de Salud de Corea

La República de Corea tiene un **modelo de Seguro Nacional de Salud compulsorio**. El sistema tiene dos secciones organizativas, el Seguro Nacional de Salud y la Programa de Asistencia de Salud. El primero cubre al 96.7% de la población y el segundo el 3.7%. El Seguro Nacional de Salud obtiene sus recursos por medio de contribuciones obligatorias por parte de los asalariados y empleadores y empleados por cuenta propia. El Programa de Asistencia de Salud, que provee servicios a la población pobre, recibe recursos del fondo general.

- *Cuidado primario*- **los usuarios pueden elegir libremente sus proveedores** de cuidado primario y los de cuidado secundario. **El sector privado provee la mayoría de los servicios primarios** pero el sector público también los provee a través de los centros y sub-centros de salud pública.
- *Cuidado secundario*- se encarga de proveer servicios más especializados a los pacientes tanto ambulatorios como hospitalarios. Los médicos especialistas en general trabajan como proveedores individuales o en clínicas, ya que los hospitales tienen un sistema extremadamente cerrado. **Los hospitales públicos generales, universitarios y de la comunidad proveen la mayoría de los servicios especializados. Los hospitales con fines de lucro no están permitidos.**

Aproximadamente el 88% de la provisión de los servicios hospitalarios se proveen a través del sector privado. El método de pago para las clínicas, hospitales, clínicas dentales y médicos individuales es a base de una tarifa por servicio (“*fee for service*”) por parte del Seguro Nacional de Salud y la participación de todos los proveedores de salud es compulsoria.

Los coaseguros por utilización de facilidades como centros de salud pública, médicos primarios, médicos especialistas y prescripción de medicinas son del 30%, fijo para todos los usuarios. Los coaseguros por admisión a hospitales son del 20%. Desde la década del 2000 se implementaron varias reducciones a la cantidad que deben pagar de coaseguro los pacientes con enfermedades severas.

Fuentes:

OECD (2015)

Chung, Kim, y Lee (2009)

Kwoon, Lee, y Kim (2015)

Extracto de perfil preparado por: Federico Goyechea

Perfil del Sistema de Salud de Suiza

La población en Suiza está obligada a ingresar al sistema de salud nacional. Cada individuo está obligado a registrarse e ingresar al **Seguro Nacional Obligatorio**. El estado provee subsidios para que las personas de escasos recursos lo pueden pagar. Estas primas son recaudadas por las compañías del Seguro Nacional Obligatorio. El Seguro Nacional Obligatorio ofrece servicios de cuidado primario, médicos especialistas, hospitalización, una extensa lista de medicinas, fisioterapia, vacunación esencial y diagnósticos rutinarios. Cada adulto debe pagar un deducible anual de \$219 y un 10% de coaseguro, pero con un techo de gastos anual de \$511. Ofrecen **libre selección**, tanto de su proveedor primario como de especialistas. **El método de pago prevalente para los proveedores de salud es el de tarifa por servicio. Los médicos que trabajan en los hospitales reciben un salario fijo.** Los hospitales por otra parte cobran por sus servicios a base del sistema de Grupo de Relacionados por Diagnostico.

La provisión de servicios en Suiza se divide de la siguiente manera:

- *Cuidado primario*- es provisto en su mayoría por médicos independientes y representan cerca del 38% de los servicios de cuidado ambulatorio.
- *Cuidado especializado*- se divide en cuidado especializado ambulatorio y hospitalario. El primero mayormente es brindado por médicos especialistas independientes. Los hospitales públicos representan el 21% de todos los hospitales, mientras que los hospitales de organizaciones sin fines de lucros (cooperativas, asociaciones, fundaciones) representan el 25% y más del 50% son de propiedad privada. Sin embargo, **en el cuidado especializado hospitalario el estado tiene una gran presencia.**

Fuentes:

OECD (2015)

Camenzing (2015)

De Pierto, Camenzind, y Sturny (2015)

Extracto de perfil preparado por: Federico Goyechea

Perfil del Sistema de Salud de España

El modelo de salud español es un sistema integrado donde tanto la cobertura de los seguros como la prestación de servicios está en manos del estado y se financia principalmente del fondo general de las regiones autónomas (90%). El sistema de salud en España se divide en dos grandes niveles de provisión de servicios:

- *Cuidado primario*- este nivel provee los servicios de salud básicos por medio de **centros de salud que se ubican en un radio de 15 minutos de cualquier residencia**. Estos centros cuentan con un equipo multidisciplinario de médicos generalistas, pediatras, enfermeras, personal administrativo, así como trabajadores sociales y fisioterapeutas. Estos centros también se encargan de la promoción de salud y prevención de enfermedades pues están localizados en las comunidades.
- *Cuidado especializado*- se provee desde centros de cuidado especializado y hospitales (a pacientes admitidos y ambulatorios). Para recibir este servicio el paciente **debe ser referido desde las instituciones de cuidado primario** para entonces recibir servicios de salud especializados y altamente complejos.

La interacción del sector público-privado ocurre mayormente en el área de hospitales, y la misma se puede dar mediante el modelo británico donde una entidad privada construye el hospital (comisionado por el estado) y luego tiene a cargo la administración del mismo, excepto el personal de servicios de salud. También puede utilizarse el modelo "Alzira"- que incluye la administración del personal de servicios de salud, y el estado compensa a la entidad por una cantidad per cápita basada en los habitantes del área hasta que recupere la inversión. Los hospitales privados (con contrato) reciben a los pacientes del sistema público y cobran una tarifa al estado por los servicios. Si los hospitales privados sobrepasan el 50% de su capacidad dedicada al contrato con el Sistema de Nacional de Salud (SNS) se considera parte de la red pública y su administración en ocasiones es transferida al Estado.

El SNS es universal y provee servicios de salud a casi el 100% de la población. Los individuos **no tienen libre selección de sus médicos primarios** ya que estos son asignados por el SNS. La provisión de medicina es cubierta por el SNS pero el individuo debe proveer un copago entre un 10% a un 40%. **Los proveedores de servicios médicos en el SNS reciben un salario fijo por su servicio.**

Fuentes:

Ministry of Health and Social Policy, Health Information Institute, (2010)

Rosenova (2013)

Shafrin (2008)

Extracto de perfil preparado por: Federico Goyechea

Perfil del Sistema de Salud de Israel

El Seguro Nacional de Salud provee cubierta básica universal y mandatoria. El estado regula y organiza cuatro organizaciones sin fines de lucro que compiten entre sí por la provisión del seguro de salud. Por ley deben brindar una "canasta" de servicios obligatorios e iguales para todos los asegurados. El sistema de salud israelí es financiado principalmente por el estado, pero un tercio se financia a través de desembolsos directos "out of pocket" y por seguros suplementarios brindados por las aseguradoras. La provisión de los servicios bajo el modelo de Seguro Nacional de Salud de Israel se divide en:

- *Cuidado primario*- Este es provisto por más de 5000 médicos primarios en el país. Las visitas están cubiertas por el Seguro Nacional de Salud israelí a través de las 4 aseguradoras habilitadas.
- *Cuidado secundario y terciario*- Los médicos especialistas proveen sus servicios en clínicas afiliadas o de la propiedad de las aseguradoras, o como proveedores individuales en sus propias oficinas. Los 46 hospitales que existen actualmente en Israel cuentan con 15,000 camas de cuidado intensivo, de las cuales el 50% son de instituciones del estado, un tercio del fondo (aseguradora) más grande (Clait) y el restante pertenece a una mezcla de instituciones con y sin fines de lucro. Los hospitales reciben sus ingresos principalmente de la venta de sus servicios a los seguros de salud del sistema.

Los profesionales de la salud que ejercen en los hospitales reciben sus compensaciones en forma de salario, pero la gran mayoría tiene más de un trabajo. Los cuidados neonatales, dentales y de salud mental no están incluidos en el plan de salud, por lo que son provistos directamente por el estado (pero con mínima asignación de fondos). Los pacientes no pueden elegir a sus especialistas en los hospitales públicos, aunque sí en los privados. Los individuos pueden elegir una de las cuatro aseguradoras habilitadas por el estado y también tienen libre selección de los proveedores de cuidado primario y secundario (no hospitalarios). La mayoría de las visitas a hospitales o cuidados especializados deben contar con un referido del médico primario, aunque existen excepciones según la aseguradora. En su mayoría las medicinas con recetas están cubiertas bajo el Seguro Nacional de Salud y son financiadas por las aseguradoras y copagos que deben abonar los usuarios.

Fuentes:

Ministry of Aliyah and Immigrant Absorption (2015)

Nirel, Shirom, y Ismail (2004)

Rosen y Kanel, Septiembre (2010)

Rosen y Samuel (2009)

Extracto de perfil preparado por: Federico Goyechea

REFERENCIAS:

- Alvarez, R. (8 de noviembre de 2013). *¿Cuáles son los sistemas de salud más eficientes del Mundo?* Obtenido de UnitedExplanations.org: <http://www.unitedexplanations.org/2013/11/08/los-sistemas-de-salud-mas-eficientes-del-mundo/>
- Balsler, J., & Stead, W. (2015). Chapter 3. How Academic Health Centers are Transforming in Leadership, Administration and Management; A Case Study. En S. Wartman (Ed.), *The Transformation of Academic Health Centers: meeting the challenges of healthcare's changing landscape* (pp. 23-28). Elsevier; Academic Press.
- Bodenheimer, T. (2005). High and Rising Health Care Cost, Part 1: Seeking an explanation. *Ann Intern Med*, 142, 847-854.
- Camenzing, P. (2015). *International Profiles of Health Care Systems, Switzerland*. The Commonwealth Fund.
- Chung, C., Kim, S.-Y., & Lee, S. (2009). Republic of Korea: Health System Review. *The European Observatory on Health Systems and Policies*, 11(7), 1-184. doi:1817-6127
- Conway Mackenzie. (2015). *Administración de Servicios Médicos ("ASEM") Five-year Projections*. Conway Mackenzie, Inc.
- De Pietro, C., Camenzind, P., & Sturny, I. (2015). Switzerland: Health System Review. *The European Observatory on Health Systems and Policies*, 17(4), pp. 1-259.
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2015). *Informe de la Salud en Puerto Rico, 2015*. San Juan, Puerto Rico: Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo. Recuperado el de agosto de 2016, de <http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Pages/Publicaciones-sobre-la-salud.aspx>
- Departamento de Salud. (2014). *Informe de la Salud en Puerto Rico*. Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo.
- Docteur, E., & Oxley, H. (2003). Health Care Systems: Lessons from Reform Experience. *OECD Health Working Papers*.
- Duggan, M., Starc, A., & Vabson, B. (2016). Who benefits when the government pays more? Pass-through in the Medicare Advantage program. *Journal of Public Economics, Accepted Manuscript*. doi:10.1016/j.jpubeco.2016.07003
- El Nuevo Día. (1 de diciembre de 2015). Denuncian precios excesivos de medicamento contra hepatitis. *El Nuevo Día*. Recuperado el julio de 2016, de http://www.elnuevodia.com/estilosdevida/saludyejercicios/nota_enuncianpreciosexcesivosdemedicamentocontrahepatitis-2133430/
- French, C. E., Ferlie, E., & Fulop, N. (2014). The international spread of Academic Health Science Centres: A scoping review and the case of policy transfer to England. *Health Policy*, 117, 382-391.
- Fuchs, V. (2010). Cost shifting does not reduce the cost of health care.

- En V. Fuchs, *Health Care Reform* (pp. 6-8). Robert Wood Johnson Foundation.
- HealthGrove. (2016). *Puerto Rico Medicare Spending & Usage*. Obtenido de HealthGrove by GRAPHIQ: <http://medicare-usage.healthgrove.com/l/2350/Puerto-Rico>
- Herrick, D. (2015). *What is Increasing the Cost of Generic Drugs?* National Center for Policy Analysis. Recuperado el agosto de 2016, de <http://www.ncpa.org/pub/what-is-increasing-the-cost-of-generic-drugs-part-i-the-supply-chain>
- Journard, I., André, C., & Nicq, C. (2010). Health Care Systems: Efficiency and Institutions. *OECD Economics Department Working Papers*(769). Recuperado el julio de 2016, de <http://dx.doi.org/10.1787/5kmpf51f5f9t-en>
- Journard, I., André, C., & Nicq, C. (2010). Health Care Systems: Efficiency and Institutions. *OECD Economics Department Working Papers*(769). Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1787/5kmpf51f5f9t-en>
- Junta de Planificación de Puerto Rico. (diciembre 2013). *Suplemento Especial: Reto Demográfico: Adultos Mayores*. Informe de la Junta de Planificación al Gobernador: Resumen Económico de Puerto Rico, San Juan. Recuperado el agosto de 2016, de http://gis.jp.pr.gov/Externo_Econ/Reto%20Demogr%C3%A1fico/Suplemento%20Adultos%20Mayores%20Diciembre%202013.pdf
- Keroack, M., McConkie, N., Johnson, E., Epting, G., Thompson, I., & Sanfilippo, F. (2011). Functional alignment, not structural integration, of medical schools and teaching hospitals is associated with high performance in academic health centers. *The American Journal of Surgery*, 202, 119-126.
- Kwoon, S., Lee, T., & Kim, C. (2015). Republic of Korea Health System Review. *Asia Pacific Observatory of Public Health Systems and Policies*, 5(4), 1-102.
- Ministry of Aliyah and Immigrant Absorption. (2015). *Health Services in Israel*. Obtenido de <http://www.klita.gov.il>
- Ministry of Health and Social Policy, Health Information Institute. (2010). *National Health System of Spain*. Madrid. Obtenido de <http://www.msps.es/en/organizacion/sns/libroSNS.htm>
- Nirel, N., Shirom, A., & Ismail, S. (2004). Modes of consultant employment in Israel. *Harefuah*, 143(7), 482-488.
- OECD. (2005). OECD Guidelines on Corporate Governance of State-owned Enterprises. *Corporate Governance*, 55. Obtenido de <http://doi.org/10.1787/9789264116078-en>
- OECD. (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Obtenido de http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- OECD. (2015). *OECD.Stat*. Obtenido de <http://stats.oecd.org/>

- Oficina de la Contralora de Puerto Rico. (5 de marzo de 2015). *Informe de Auditoría DA-15-26*. San Juan Puerto Rico. Recuperado el febrero de 2016, de http://www.ocpr.gov.pr/informes_en_PDF/pdf_2014_2015/da/DA-15-26.pdf
- Organización Mundial de la Salud; Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón. (2012). *Health Service Delivery Profile, Japan*. Obtenido de http://www.wpro.who.int/health_services/service_delivery_profile_japan.pdf
- Rosen, B., & Kanel, K. (Septiembre 2010). *Healthcare in the US and Israel: A Comparative Overview*. The Jewish Healthcare Foundation.
- Rosen, B., & Samuel, H. (2009). *Israel: Health System review*. (H. S. Transition, Ed.) Copenhagen: European Observatory on Healthcare Systems and Policies.
- Rosenova, T. (2013). *Sustainability and the Future of the Spanish Healthcare System*. Department of Economics and Economic History, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Shafrin, J. (16 de abril de 2008). *Health care around the world: Spain*. Obtenido de Healthcare Economist: <http://healthcare-economist.com/2008/04/16/health-care-around-the-world-spain/>
- Taylor, I. L., & McVicker Clinchy, R. (2012). Impact of Health Care Reform on Academic Medical Centers. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am*, 22, 29-37.
- Taylor, S. M. (2016). Transformation: A New Kind of Academic Health Center and the Pursuit of High Self-Mastery. *Journal of the American College of Surgeons, Article in Press*, págs. 1-10. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.12.015>
- Varabyova, Y., & Muller, J. (2016). The efficiency of health care production in OECD countries: A systemic review and meta-analysis of cross-country comparisons". *Health Policy*, 120, 252-263.
- Whiteside, C., & Verma, S. (2015). Chapter 5. Universal Lessons for Academic Health Science Centers - Recognizing the Value of Integration. En *The Transformation of Academic Health Centers: meeting the challenges of healthcare's changing landscape* (págs. 39-46). Elsevier; Academic Press.
- World Bank (2014). *Corporate Governance of State-Owned Enterprises: A Toolkit*. Washington, DC.
- World Health Organization. (2010). *The World Health Report: Health Systems Financing: the path to universal coverage*". Recuperado el julio de 2016, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021_eng.pdf
- Yip, W., & Hafez, R. (2015). *Improving Health System Efficiency: Reforms for improving the efficiency of health systems: lessons from 10 country cases*. Geneva: World Health Organization.