

POLITICAS DE SALUD EN PUERTO RICO Y SUS IMPLICACIONES PARA LA MUJER INMIGRANTE Y EL ESTADO DE SALUD DE LA ISLA

Roberto Ramírez García, MSHA, Ph.D.
Universidad de Puerto Rico

Introducción

El tema de la migración por hambre, por persecución política o por necesidad de servicios de salud siempre crea reacciones fuertes, sino viscerales, sobretodo cuando la discusión se da en un país que enfrenta este fenómeno. El asunto se agudiza con el efecto que esto puede tener en la disponibilidad de recursos para atender necesidades básicas de la población del país. La discusión casi invariablemente se convierte en una de derechos que tienen los ciudadanos de un país recursos, frente a la amenaza del inmigrante. Cuando el que migra lo hace de forma ilegal, el reclamo se agudiza más aún. Se crea luego el enfrentamiento entre los derechos nacionales de los ciudadanos de un país y los derechos básicos que se le deben reconocer a todo individuo. Son pocas las oportunidades que se presentan para discutir la controversia entre los derechos nacionales y los derechos humanos. Asombra que a punto de entrar a un nuevo milenio, anunciamos un compromiso con los derechos humanos e inclusive se lanzan ofensivas militares contra países que practican la limpieza étnica, para luego limitar la política pública de salud para inmigrantes ilegales a una cuarentena en las fronteras y costas de esos mismos países.

Perfil de la Mujer Migrante a Puerto Rico

La mayor inmigración a Puerto Rico posterior a la ola de estadounidenses que inmigró a principios del siglo, ocurrió a partir de la década del sesenta. Esta se caracterizó mayormente por dos tipos de inmigración; una de naturaleza refugiada por

parte de la población cubana y otra de naturaleza laboral por parte de la población proveniente mayormente de la República Dominicana.

Para la década del sesenta, la mujer inmigrante cubana presentaba unas características socioeconómicas de clase media alta y con unos roles sociales de corte tradicionalista en los que se ocupaba de la atención del núcleo familiar. Era una mujer con un fuerte arraigo de la idea de familia tradicional, que le adjudicaba a la mujer el hogar como su esfera de acción principal. La población puertorriqueña de ascendencia cubana presenta una participación laboral de clase media alta a partir de la década de 1980. Esta población no representa hoy día un impacto distinto en el estado de salud de la población que pueda diferenciarse del resto de la población puertorriqueña de clase media alta o que pueda ejercer un impacto diferencial en el sistema de salud.

Nuestra discusión concentra más en la población de mujeres inmigrantes de la República Dominicana. En 1960, residían 1,070 dominicanos en Puerto Rico, aumentando a 11,000 en 1970 y 20,600 en 1980. Para ese año habían 2,700 hijos dominicanos nacidos en Puerto Rico (Vázquez, 1988). Hoy día, la población dominicana más propensa a migrar son mujeres jóvenes que migran solas dejando en su país sus familiares e hijos. Se caracterizan por ser de baja escolaridad y provenientes fundamentalmente de clase media baja. Estas características le permiten entrar a un tipo de actividad laboral que no requiere preparación académica, experiencia profesional ni destrezas especiales que no sean aquéllas relacionadas a los roles tradicionales de la mujer (Hernández, 1990).

Reforma de Salud y Política Pública de Salud de Puerto Rico: 1992

En el año 1992, se culminó un proceso de análisis y discusión de la problemática de atención de la salud en Puerto Rico, con una propuesta para reformar el sistema de salud que era ineficiente ante la dualidad de dos sistemas de salud, que enfrentaba problemas serios de calidad de servicio en muchas áreas y carecía de un enfoque claro que le permitiera implantar estrategias de atención primaria para promover un estado de salud y bienestar adecuado y prevenir enfermedades. El Consejo General de Salud del Departamento de Salud de Puerto Rico presentó una propuesta de reforma integral del sistema de salud que contemplaba la implantación de estrategias en cuatro áreas principales: desarrollo de modelos alternos de prestación de servicios y financiamiento; desarrollo de recursos humanos; desarrollo de un sistema de información de salud integrado a nivel del país; y la adopción de una política pública de educación en salud.

Esta propuesta se trabajó con la participación de un grupo de representantes del campo de la salud, las comunidades, empresas y sectores políticos. El grupo, que consistía de cerca de 300 personas elaboró esta propuesta luego de 16 meses de trabajo intenso. La misma fue referida a los tres partidos políticos del país para que ofrecieran sus reacciones y la tuvieran de insumo crítico para sus programas de salud ante las elecciones generales de ese año. Concluidas las elecciones de 1992, la propuesta desapareció, dejando atrás el producto de miles de horas de trabajo y recomendaciones de valía para la atención de la salud del país.

La propuesta de reforma de salud del Consejo General de Salud no atendió el asunto de salud de los inmigrantes legales ni los ilegales, aún cuando fue uno de los esfuerzos de mayor integración que se ha llevado a cabo en el sistema de salud de Puerto

Rico. El hecho de que los inmigrantes ilegales siempre han recibido servicios de salud en Puerto Rico, aún sin una política clara a los efectos, podría explicar en parte el que la propuesta del Consejo General de Salud no mencionara de manera explícita el asunto. Aunque esto no excusa la ausencia de este asunto en la discusión formal de la política pública de salud del país, es notable que en la adopción de la política de salud de 1993 no aparece tampoco.

Reforma de Salud de Puerto Rico 1993: La Tarjeta de Salud del Gobierno

En 1993, le tocó la oportunidad a la nueva administración de gobierno de adoptar una posición en cuanto a la transformación del sistema de salud. La Reforma de Salud de 1993, se desarrolló sobre dos supuestos básicos: que el sistema de servicios de salud privado es más eficiente que el sistema de servicios de salud gubernamental y que presta servicios de mayor calidad. Aunque ambos supuestos están abiertos a cuestionarse seriamente, sirvieron el propósito del estado para implantar dicha Reforma. La ley 72 del 7 de septiembre de 1993 crea el instrumento de seguro de salud mediante el cual se privatiza la administración del acceso en la Reforma de Salud de Puerto Rico. El gobierno de Puerto Rico contaba con la expectativa de recibir un incremento de seguro de salud mediante el cual se privatiza la administración del acceso en la Reforma de Salud de Puerto Rico. El gobierno de Puerto Rico contaba con la expectativa de recibir un incremento sustancial en la aportación federal al Programa Medicaid. Sin embargo, esto comprometía al modelo de la reforma a ajustarse a la primacía federal, en este caso al plan de salud del Presidente Clinton. Este plan expresaba claramente que los inmigrantes ilegales a Estados Unidos no estarían cubiertos en dicho plan. Asesores oficiales del

gobierno de Puerto Rico plantearon que lo mismo ocurriría aquí y de esa manera se protegía el acceso a esos fondos.

El concepto de primacía federal sobre Puerto Rico plantea, por lo menos, dos problemas que resultan en un conflicto socio-cultural. En un primer plano la primacía federal contrapone la disponibilidad de fondos federales con la decisión de brindar servicios a inmigrantes ilegales a Puerto Rico. En el segundo plano, la formulación de política pública en los Estados Unidos se lleva a cabo mediante consideraciones presupuestarias. En este escenario, las prioridades se ordenan de acuerdo con el valor que tienen ante el electorado y la disponibilidad de fondos.

En Puerto Rico la política pública se ha formulado históricamente a base de la argumentación de necesidades dentro de un modelo de salud pública que visualiza de forma integral la atención de la salud de toda la población. En este escenario, la Secretaría de Salud influía de manera decisiva en la adopción de la política pública, las estrategias a implantar y el monto del presupuesto a solicitar del estado. Dentro de ese modelo de salud pública se reconocía el problema de salud del integrante, que formando parte en su mayoría de un sector pobre, se atendía dentro del concepto de médico-indigencia, mediante el cual el Departamento de Salud certificaba y asumía la responsabilidad por la atención de salud del sector de población clasificado como de pobreza.

A partir de 1993, se observa un cambio en el proceso decisional con respecto a la política pública de salud del país. El alto costo de los servicios de salud, el tamaño de la población que depende del estado para obtener acceso a estos servicios y la presencia de dos sistemas paralelos de salud hicieron patente la necesidad de integrar ambos sistemas.

El alto porcentaje de la población que ejerce su derecho al voto, motivó debates políticos importantes entre los candidatos a puestos electivos. La salud se convirtió en el asunto electoral más importante en 1992. Esto motivó la adopción de un modelo de reforma basado en privatizar el acceso a los servicios de salud a nivel del usuario individual, creando así una base de beneficiarios identificables cuyo poder electoral se consolidó en el nivel ejecutivo.

Este último utilizó un estilo de formulación de política pública similar al estadounidense, al ofrecer una cubierta de servicios de salud a través de un sistema privatizado y financiado mediante pagos fijos administrados por compañías de seguros de salud operando en el país. Los centros de servicios de salud a los que acude esta población a procurar servicios se privatizan o se convierten a usos alternos, como resultado del proceso de reorganización y consolidación del sistema. Se altera de forma significativa la manera tradicional en que los usuarios de estos centros procuran sus servicios.

En adición al hecho de que los escenarios tradicionales en que se prestan servicios de salud a la población médico-indigente se sustituyen por entidades privadas, las cuales no tienen experiencia atendiendo esta población, se suma el problema de lo costoso que resulta atender a dicha población. El problema se agudiza más aún porque el estado decide aumentar la población elegible para el programa de la reforma a 200 por ciento sobre el nivel de pobreza. Esto obliga a incrementar el presupuesto para cubrir a casi el doble de la población médico-indigente. El presupuesto del Departamento de Salud, que en 1992 ascendía a cerca de \$1,280 millones, asciende en 1997 a \$2,600 millones. A este

ritmo será imposible continuar atendiendo tanta población y se podría afectar el sector más pobre, que incluye a los inmigrantes legales e ilegales.

La gran mayoría del presupuesto del Departamento de Salud, manejado ahora por la Administración de Seguros de Salud (ASES), provienen de contribuciones sobre ingreso locales. De hecho, menos del 20% del presupuesto proviene de fuentes federales, incluyendo el Programa Medicaid-Título XIX, el Programa de Planificación Familiar-Título X, el Programa en Bloque de Madres y Niños-Título V y los fondos del Programa Ryan White para personas con VIH-SIDA.

Implicaciones de la Reforma de Salud Para la Población de Mujeres Migrantes

La implantación de la Reforma de Salud de Puerto Rico está próxima a entrar en el municipio de San Juan, donde reside la gran mayoría de los inmigrantes dominicanos en Puerto Rico. El reto principal será lograr que la ciudad de San Juan retenga el control de su red de centros de diagnóstico y tratamiento y pueda hacer que los mismos cumplan con su cometido. Esto es de vital importancia porque el acceso a una fuente integral de servicios es un factor determinante del uso efectivo de servicios de salud. La población de inmigrantes legales tendrá acceso a los beneficios de la Tarjeta de Salud y podrán recibir los servicios a través de esta red de cuidado.

Sin embargo, el problema de esta población es muy similar al de la población de usuarios médico-indigente de Puerto Rico en general. La pobre utilización de servicios preventivos asociados a personas de clase socioeconómica media baja impiden alcanzar y mantener un estado de salud adecuado. Según Andersen y Newman (1973, 1992) los factores estructurales como educación, valores y clase social inciden de forma determinante en la predisposición a utilizar servicios de promoción de salud y prevención

de enfermedad. Por otro lado, se ha encontrado que el uso de servicios preventivos varía directamente con el nivel de ingreso. Sin embargo, Rundall y Wheeler (1988) encontraron que esta relación es indirecta y está determinada realmente por el nivel educativo, que también tiende a variar directamente con el nivel de ingreso. Por tal razón, la atención de la salud debe ofrecerse de manera integral para canalizar las dimensiones del entorno social, incluyendo las condiciones de vivienda, el escenario familiar, los estilos de vida, los hábitos nutricionales y el escenario ocupacional, para lograr cambios sustantivos en la salud de esta población.

Los modelos para implantar estrategias de atención de la salud orientada a generar estos resultados existen y están disponibles. El concepto tradicional del centro de diagnóstico y tratamiento (CDT) ha sido un recurso excelente cuando se les asigna los recursos necesarios y se les provee la libertad gerencial para operar con el mínimo de ataduras políticas. Un ejemplo clásico lo son los centros tipo CDT que operan con el auspicio financiero del Servicio de Salud Pública Federal (USPHS por sus siglas en inglés). Estos centros operan mediante un sistema de asignación presupuestaria basado en el cumplimiento de indicadores de desempeño tales como iniciación y continuidad de cuidado prenatal, manejo continuo de diabetes e hipertensión, entre otros.

El programa de la Reforma de Salud provee para la contratación de servicios médicos primarios y especialistas, al igual que servicios de apoyo y servicios aliados mediante distintos arreglos. El concepto de centro de cuidado multidisciplinario permite integrar todos estos servicios y coordinarlos de manera más efectiva dentro del modelo de cuidado dirigido que procura la Reforma. En otros escenarios, la coordinación requiere contratar con grupos médicos en sus prácticas privadas y contratar los servicios de apoyo

con entidades distintas. Esta coordinación es más complicada y hace más difícil el proceso de proveer un servicio integral. Esto es un asunto crítico ya que los problemas de salud de la población de clase media baja generalmente están asociados a una multiplicidad de factores biosociales que requieren un manejo de información de distintas fuentes y que este tipo de arreglo no siempre permite lograr.

La preocupación mayor con la población de inmigrantes es en aquello que lo hace ilegalmente y permanece de forma ilegal en la Isla. La Reforma de Salud oficialmente no provee para cubrir los servicios de salud de esta población. El perfil de la mujer inmigrante que hemos presentado predice una incidencia elevada de embarazos, muchos de estos complicados por el estado de salud pobre de la madre, la falta de acceso a cuidado prenatal y alimentación inadecuada, al igual que vivienda. Aún cuando se decidiera desarrollar el programa de reforma de salud de San Juan sobre la base de los CDT de la capital, el problema de acceso al seguro permanece como barrera de acceso a estas mujeres.

El gobierno federal impone la restricción de no ofrecer servicios a inmigrantes ilegales. El seguro de salud de la Reforma de Salud se nutre de fondos del Programa "Federal Medicaid", lo cual limita la cubierta a residentes legales. El gobierno federal provee excepciones solo para aquellos servicios cubiertos por el "Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996". Esta ley autoriza la prestación de servicios de salud a inmigrantes ilegales a los Estados Unidos con el propósito de administrar inmunizaciones, pruebas para detección de condiciones contagiosas y servicios del Programa Título X de Planificación Familiar. Estos servicios claramente

llevan una etiqueta de cuarentena destinados a evitar que nazcan más de estas personas y que las que lleguen no contaminen.

De manera extraoficial, se informa que el Departamento de Salud de Puerto Rico hace arreglos para atender a la población de inmigrantes ilegales. Las compañías de seguros de salud participantes de la Reforma de Salud reciben notificación de autorizar la prestación de servicios de salud de esta población. La agencia luego les reembolsa estos fondos. Sucede entonces que el estado aún mantiene un compromiso de prestar servicios a la población inmigrante ilegal, pero no lo puede oficializar en su política a las restricciones federales.

El fenómeno de la inmigración a Puerto Rico debe visualizarse como uno que atañe a Puerto Rico como parte de la realidad caribeña y no meramente como un asunto de aduana federal. La relación colonial de un siglo con los Estados Unidos provoca a menudo un distanciamiento de Puerto Rico de esta identificación geopolítica. El resultado es que se visualiza el problema de la inmigración en Puerto Rico con el lente social y político de los Estados Unidos, cuya realidad es ciertamente otra. Siendo un país de inmigrantes, Estados Unidos ejerce hoy día mayor discreción en quien decide aceptar como inmigrante. Y la razón, más que económica es una de la amenaza que siente el anglosajón de quedar pronto en minoría ante el avance de la población hispana.

En Puerto Rico, sin embargo, se asoma un conflicto con raíces más profundas. Se trata de un asunto de perspectiva histórica y de sensibilidad cultural. Los patrones migratorios de la segunda mitad del siglo 19 y la primera mitad del siglo 20 en el Caribe tuvieron como uno de sus protagonistas principales a puertorriqueños que viajaron a la República Dominicana en busca de empleo para mantener sus familias en Puerto Rico, ya

que el empleo escaseaba de manera crónica. En la segunda mitad del siglo 20 se invierte ese patrón migratorio, con ciudadanos dominicanos migrando hacia Puerto Rico, primero en busca de empleo y luego permaneciendo en el país. La experiencia de la migración puertorriqueña a la República Dominicana no se reconoce abiertamente y por tal razón se convierte en parte del síndrome de la memoria rota del puertorriqueño. Refleja además, una falta de sensibilidad cultural y de respeto a un pueblo con el cual formamos una realidad cultural, histórica y política común.