

Mario Puchi-Acuña, M.P.*
Carlos Rodríguez, MD, MPH**

Modelos de privatización de servicios y administración de salud pública: La Reforma de Salud en Puerto Rico y la Administración de Centros Primarios de Salud***

Se explican las ventajas y desventajas de este modelo y la experiencia histórica de los tres años que este proyecto lleva operando. Para ello se conjuga el enfoque investigativo académico del profesor Mario Puchi y la experiencia práctica del Director Médico de una de las corporaciones más reconocidas en Puerto Rico, la Administración de Centros Primarios de Salud. Estos centros son recursos para privatizarse. Esta ponencia ayuda a conocer diferentes vertientes del desarrollo de los procesos de privatización.

A. Introducción:

Antecedentes generales y económicos de Puerto Rico

Puerto Rico es un país que se encuentra en el Caribe, su extensión territorial es de aproximadamente 160 kilómetros de largo por 60 kilómetros de ancho, o sea, semejante al tamaño de la Isla Grande de Chiloé en Chile. Su población es de 3.7 millones de habitantes. Su organización política es un Estado Libre Asociado. Se administra independiente, pero la soberanía radica en Estados Unidos, o sea, que no es un país independiente en el sentido estricto de la palabra. Funciona con un Parlamento, con una Cámara

Resumen

La ponencia versa sobre el modelo de privatización de servicios de salud pública en Puerto Rico, denominado Reforma de Salud. Paralelo al proceso anterior, se privatizan las facilidades de salud pública, bajo acuerdos de la administración con corporaciones que compiten a los efectos. Este modelo, en la práctica, actualmente se ha extendido a más de 1,000,000 de personas, para una población total de 3,700,000 que tiene Puerto Rico.

*Profesor, Departamento de Gerencia, Facultad Administración de Empresas, Universidad de Puerto Rico.

**Doctor en Medicina y Maestría en Salud Pública. Presidente de MEDSUR.

***Ponencia presentada en el Simposio: La Globalización de Mercados y el Rol del Administrador en el Siglo XXI, Consejo Latinoamericano de Escuelas de Administración (CLADEA), 1º de septiembre de 1996, Santiago de Chile.

de Representantes (Diputados) y una de Senadores. Su sistema monetario está integrado al de Estados Unidos y la moneda nacional es el dólar norteamericano. Las lenguas oficiales son el español y el inglés.

Su economía es esencialmente de exportación, con una alta participación del turismo. Su Producto Nacional Bruto asciende a 28,000 millones de dólares, con un ingreso per cápita de 7,300 dólares anuales y un ingreso promedio por familia de 26,000 dólares anuales. El desempleo es de 14%, con una tasa de participación laboral baja, comparada con el 46% para países latinoamericanos. Las transferencias federales de Estados Unidos (el neto entre lo recibido y lo pagado) ascienden a 5,900 millones de dólares anuales. O sea que, aproximadamente un 20% del ingreso personal —que asciende a 27,000 millones de dólares— está constituido por transferencias federales. El Gobierno Federal otorga exenciones contributivas a las empresas norteamericanas que se establecen en la Isla.

1. Los gastos relacionados con salud en Puerto Rico

Los gastos de consumo personal en servicios de salud y funerarios ascienden a 3,300 millones de dólares, o sea, más de \$927 anuales per cápita. Este último número les da una idea de lo compleja y amplia que es la industria de servicios de salud en Puerto Rico.

En el área de previsión social, los puertorriqueños cotizan al Seguro Social Federal, aportando un 13.5% del salario, la mitad la aporta el patrono y la otra mitad el empleado; dentro de esa partida se paga una proporción de 1.5% para Medicare, que es una cubierta de servicios médicos para la población mayor de 65 años, la mayoría de la cual accesa servicios privados de salud porque puede seleccionar al proveedor.

De Estados Unidos, en el área de salud, viene además un aporte adicional, llamado MEDICAID, para proveerle servicios a la población médico indigente. Estos fondos se canalizan a través del Departamento o Ministerio de Salud de Puerto Rico, ascendían a 120 millones de dólares anuales, aproximadamente. Según el Departamento de Salud, bajo el sistema anterior de Servicios de Salud, antes de que se implementara la llamada Reforma de Salud, el total de la población médico indigente era de 1.2 millones para una población de 3.6 millones, o sea, un 33%. Si dividimos los \$120 millones entre la población médico indigente, nos daría que el estimado de MEDICAID anual por persona es de \$100, lo cual evidentemente no

cubre las necesidades de servicios de salud para esa población. Por esto, se provee con Fondos Generales del Estado el resto de los recursos económicos que se destinan para proveer los servicios de salud a la población de escasos recursos, a través del Departamento de Salud y la Administración de Facilidades y Servicios de Salud (AFASS).

B. Evolución del sistema de salud en Puerto Rico

La responsabilidad por la salud pública recae en el Departamento de Salud. Este Departamento o Ministerio regula toda actividad relacionada con la salud, exceptuando las que son de competencia del Gobierno Federal de los Estados Unidos de Norteamérica. El sistema opera por niveles de prestación de servicios de salud pública —utiliza el concepto de medicina por niveles de servicios, desde el nivel primario hasta el nivel supra terciario.

1. El nivel primario ofrece servicios preventivos y de cuidado ambulatorio en cada uno de los 78 municipios o municipalidades de Puerto Rico, y es por este nivel por donde el paciente entra al sistema.
2. El nivel secundario ofrece servicios de hospitalización y clínicas especializadas en los hospitales de área, que brindan servicios a los municipios que circundan el hospital.
3. El nivel terciario se ofrece en cada una de las seis regiones de salud que componen el país. En este nivel se ofrecen los servicios más especializados, cuentan con el equipo más sofisticado y está compuesto por los Centros Médicos y Hospitales Regionales.
4. Existe, además, un nivel supraterciario con una sola ubicación para servir a todo el país, donde se han concentrado unidades tales como: cardiovascular, quemaduras graves, neonatología, oncología, neurocirugía y otras. Este sistema facilita el control de gastos, ya que los servicios más generalizados se están ofreciendo en toda la Isla, mientras que los más especializados y, por ende, más costosos se han concentrado en puntos estratégicos.

El sector de salud en Puerto Rico tiene tres componentes: salud pública, salud privada y medicina del trabajo.

La salud pública está constituida por el Departamento o Ministerio de Salud, la Administración de Facilidades y Servicios de Salud, que es el

brazo operacional del Departamento de Salud para canalizar los servicios de salud a la población llamada médico indigente y el Centro Médico, que son facilidades de nivel supraterciario que se ubican en la Capital, San Juan. En estas facilidades se ubican también las facilidades del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, que provee servicios a través del Hospital Universitario y el Centro Cardiovascular de Puerto Rico y el Caribe, un complejo de facilidades de nivel terciario para condiciones cardiovasculares.

El sector privado canaliza sus servicios a través de los hospitales, clínicas, centros de cirugía ambulatoria y todos los servicios auxiliares, nutriéndose principalmente de pago con planes médicos privados, que pagan reclamaciones por servicios de sobre \$650 millones anuales a los proveedores, incluyendo cubiertas de medicamentos y dentistas. Estos planes privados cubren alrededor de 1.6 millones de personas (debemos hacer la salvedad de que no coincide el total de la población comparado con las personas que cubren los planes privados, sumado a la población médico indigente de 1.2 millones de personas).

La medicina del trabajo y accidente se atiende por medio del Fondo de Seguro del Estado y la Administración de Compensación de Accidentes Automovilísticos (ACAA) –este último, en el caso de Puerto Rico, es muy importante porque el nivel de utilización de automóviles es alto. Solamente para tener una idea de la magnitud de este sector, hay dos automóviles privados por cada tres personas, o sea, que hay 1.3 millones de automóviles registrados para una población de 3.7 millones de habitantes. Estas corporaciones públicas para canalizar la medicina del trabajo y de accidente funcionan como una corporación o compañía que cobra una prima al patrono -en el caso del Fondo del Seguro del Estado- y un pago anual a los dueños de automóviles cada vez que van a renovar su licencia del automóvil - en el caso de ACAA. El presupuesto operacional del Fondo del Seguro del Estado es de \$178 millones y el de la Administración de Compensación de Accidentes Automovilísticos es de \$72 millones.

En el nivel federal opera el Medicare, que cubre a la población mayor de 65 años y a personas con algunos tipos de incapacidad. Los pagos de Medicare a proveedores de servicios en Puerto Rico asciende a \$660 millones. Además se canalizan servicios de salud por medio de la Administración de Veteranos (excombatientes puertorriqueños en conflictos bélicos norteamericanos) a través del Hospital de Veteranos.

1. Regionalización de los servicios de salud

Los procesos de cambios y reformas, tanto económicas como políticas, que se dan en Puerto Rico a partir de la Segunda Guerra Mundial incluyen los servicios médico hospitalarios. El propio proceso de cambio que estableció el sistema lo demarcó hacia dos vertientes o modalidades. Una se provee sus propios fondos de manera privada y otra, le sirve a la población médico indigente obteniendo los servicios de forma gratuita con fondos asignados del presupuesto gubernamental, ayudado además, con una aportación limitada del Gobierno Federal de los Estados Unidos.

En el 1960 se regionalizaron los servicios de salud gubernamentales y se dividió la Isla en seis regiones. En resumen, esto logró:

- a. que los servicios municipales y centrales operaran como un solo sistema, proveyendo servicios primarios a no más de 20 minutos de transportación desde el domicilio del beneficiario al lugar donde se presta el servicio, no más de una hora desde ahí al servicio secundario;
- b. que se coordinara en un alto grado los servicios de salud pública y medicina preventiva con los de asistencia médico hospitalaria.

2. Cambios a nivel federal y su efecto sobre Puerto Rico

En 1966 el Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica aprobó una legislación conocida como “MEDICARE” y “MEDICAID”. Los beneficios de ambas leyes se extendieron a Puerto Rico. Mediante el programa MEDICARE toda persona con más de 65 años de edad está cubierta con un seguro de hospitalización. La ley requiere pagos de deducibles con los que muchos beneficiarios no cuentan, esto los obliga a recurrir a los servicios gubernamentales. La ley ofrece una póliza de seguro para cubrir honorarios médicos y servicios de diagnóstico.

Los fondos que hace disponible MEDICAID se canalizan a los servicios gubernamentales, donde se atiende la población cubierta por la asistencia pública. Estos fondos en 1995 ascendían a \$120 millones, los cuales no cubren ni la décima parte de lo que el Estado de Puerto Rico invertía en los servicios de salud en la población médico indigente.

3. Esfuerzos iniciales de reforma

En los inicios de la década de los '80, el gobierno de Puerto Rico emprendió un programa cuyo propósito era hacer a los hospitales públicos más competitivos, en algunos casos mediante su conversión en hospitales de comunidad. En estos últimos se contrataron firmas privadas para que administraran los hospitales. El Gobierno pagaba una suma global por los servicios ofrecidos a los médicos indigentes del área y las firmas cobraban por servicios a los asegurados o pudientes. Todos los pacientes utilizaban las mismas facilidades, el mismo equipo y eran atendidos por el mismo personal. Todos recibían igual trato o servicio porque no se les segregaba de acuerdo con su capacidad de pago. El gobierno retenía poderes sobre control de calidad. Se esperaba con este concepto una mejora en el acceso y calidad de servicios, en las condiciones de trabajo de los empleados y en el control de gastos. El concepto se implementó en cuatro áreas. En la actualidad continúa solamente en un área. El proceso se revirtió, mayormente por razones de tipo político y de evaluación sería de los resultados obtenidos, no por razones económicas.

La estructura financiera bajo la cual funcionan los sistemas de salud de Puerto Rico depende de los fondos originados por el gobierno local, el gobierno federal y los recursos privados de la economía. Las categorías de estos fondos son las siguientes: programas del Gobierno del Estado Libre Asociado, programas financiados con fondos municipales, programas del Gobierno Federal de los Estados Unidos, programas privados de seguros, planes de uniones o sindicatos, maestros o profesores, instituciones asociativas y empleados del Gobierno de Puerto Rico y desembolsos directos de los consumidores.

El desarrollo industrial y el desarrollo de una masa de trabajadores alrededor de esas industrias creó la necesidad del intermediario contratante de servicios médicos y hospitalarios para vender esos servicios a las empresas. Esta tendencia se extendió al gobierno y a los empleados públicos, así surgieron las compañías que mercadean seguros médicos prepagados. Los programas privados incluyen una gama de modalidades entre las cuales las cubiertas de las pólizas varían de una a otra. En Puerto Rico las formas más generalizadas de proveer protección al asegurado son los seguros a base de indemnización o servicios. En ambas modalidades, generalmente, los aseguradores funcionan con fines de lucro, aunque algunas empresas son con fines no pecuniarios.

Hasta 1993 el gobierno brindaba atención a alrededor de un 35% de la población mediante el servicio público, mientras que el restante 65% pagaba por los servicios privados, sea de forma directa o mediante planes médicos prepagados. Este sistema ha resultado ineficiente y un gran renglón de su asignación presupuestaria se perdía en los 22,000 empleados aproximadamente. Constituían una burocracia con sus características de funcionamiento que no propiciaba la eficiencia y efectividad del sistema. Para tener un indicador agregado relacionado con esto, podemos señalar que sólo el 30% de los médicos que practican su profesión en la Isla le prestaban sus servicios a este sector poblacional y el restante 70% ejercían la práctica privada. De ahí surge la necesidad de integrar los dos sistemas en lo que se conoce como la Reforma de Salud, que permita unos servicios médico hospitalarios iguales para toda la población, sin depender de su capacidad de pago.

Como complemento de lo anterior, la Reforma de Salud va privatizando las facilidades de servicios de salud que antes eran públicas, las cuales serán explicadas progresivamente más adelante.

C. La reforma del sistema de salud: Objetivos de la reforma, principales innovaciones en el ámbito de la atención, el financiamiento y los seguros

El sistema de prestación de servicios de salud en Puerto Rico ha ido evolucionando a partir de 1993 y, por tanto, ocurren cambios hacia un modelo llamado Modelo Uniforme de Prestación de Servicios. Hasta esa fecha existían dos modelos paralelos de servicios de salud. El Gobierno brindaba atención a cerca de un 35% de la población, mediante el servicio público, mientras que el restante 65% pagaba por los servicios privados.

En el nuevo sistema uniforme de salud, los fondos del Departamento de Salud se utilizan para contratar planes médicos prepagados para comprar una cubierta básica de salud, la cual sustituirá eventualmente al servicio público existente. El gobierno ha pasado de ser un proveedor de servicios a un comprador o asegurador de los mismos. El Departamento de Salud retiene su función reguladora y normativa de los servicios de salud. Esto ha sido posible mediante la aprobación de la Ley 72 que crea una corporación pública independiente, conocida como la Administración de Seguros de Salud (ASES). Los servicios se prestan por medio de un Sistema de

Cuidado Coordinado o Dirigido, el cual integra el financiamiento con la prestación de servicios médicos. Este concepto se enfoca en coordinar y organizar a los médicos, las empresas, los hospitales y a los usuarios, en agrupaciones que cooperen con el objetivo común de vigilar el aumento de los costos. Básicamente utiliza al médico primario como coordinador y administrador del cuidado médico. También incluye técnicas de revisión de utilización y manejo de casos.

1. Utilización de modelos de HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud) como medio de implantación de la Reforma

En este proceso y en la cubierta establecida en Puerto Rico por la Reforma de Salud, se ha incluido un enfoque significativo hacia la medicina primaria y preventiva. A partir de 1993 comienza este nuevo sistema de prestación de servicios, utilizando el modelo HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud) de cuidado coordinado. Este sistema de cuidado coordinado tiene unos elementos en común:

1. Considera la calidad (casi exclusivamente) para establecer unos requisitos claros y precisos en la selección de los proveedores.
2. Hace arreglos con los proveedores seleccionados para que presten los servicios médicos a sus asegurados.
3. Tiene programas formales para revisar la utilización de servicios.
4. Brinda incentivos financieros para que sus suscriptores utilicen los servicios de los proveedores y los procedimientos cubiertos por el plan.
5. Promueve y premia la racionalidad de la asignación de los recursos económicos entre las unidades de servicio base.
6. Se administra gerencial y operacionalmente bajo unos criterios de empresa privada tradicional; claro está, con enfoque de servicios de salud.

El modelo HMO persigue, a través de la integración del financiamiento médico con la prestación de servicios, mejorar la calidad y la continuidad del cuidado, a la vez que provee un vehículo para los servicios de medicina preventiva.

En Puerto Rico actualmente hay dos diferentes modelos de HMO que se están utilizando: los modelos **Group Model** (Modelo de Grupo) e **IPA** (Asociación de Prácticas Independientes).

El primero es un HMO que contrata a un grupo de médicos primarios y los pagos están basados en un **Capitation** (asignación fija por persona). Este grupo contrata y paga a otros médicos mediante acuerdos tarifarios. Este es el modelo que se utiliza actualmente en las regiones de Fajardo y Guayama (Este y Sureste).

El segundo modelo contrata a médicos o grupos de médicos con práctica independiente, los cuales atienden a los suscriptores en sus propias oficinas. Estos médicos pueden contratar más de un HMO. Se les paga **Fee for Services** (pago por servicios brindados) mediante tarifa prenegociada, pero también podría ser un pago basado en **capitation**.

El concepto de HMO va dirigido a la medicina preventiva y la educación en salud, centrando el predominio en el médico primario y no en el especialista o el subespecialista. Cualquier paciente que requiera estos servicios tiene que ser dirigido y referido por el médico primario. Como se puede observar, el acceso, el financiamiento y los sistemas de pago a los proveedores están especialmente orientados a los médicos primarios, lo cual evidentemente tiende a reducir de partida los costos de mantenimiento de salud de la población que accesa el servicio.

En arreglo contractual entre la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) y la compañía aseguradora, el paciente tiene la opción de visitar uno de estos centros de cuidado y mantenimiento de la salud (HMO). Éste puede ser una oficina médica privada o un hospital de la red de proveedores del plan médico que se ofrece, o puede escoger visitar las instituciones gubernamentales, las cuales están en proceso de pasar a ser administradas por empresas privadas, ya sean hospitales comunitarios u hospitales privados. A los HMO se les asigna por selección un grupo de contratos que pueden ser individuales, de pareja o de familia. Sobre estas bases se le asigna una cantidad mensual por persona, que se conoce como **capitation**.

Dependiendo del riesgo negociado con la aseguradora y asumido por el organismo primario, es la cuantía asignada. Como se puede deducir, si la entidad primaria asume el riesgo de los servicios médico hospitalarios primarios y secundarios y deja los servicios catastróficos o terciarios a la aseguradora, la cantidad será menor que si se asume el riesgo total. Cuando se asume el riesgo total, se le deja siempre un cantidad de dinero a la aseguradora para gastos administrativos de; mercadeo y promoción, beneficios, etc.

Este nuevo sistema de prestación de servicios de salud persigue fomentar más la prevención, la consejería, la orientación en salud sobre la curación.

La educación sobre la desinformación, la continuidad del cuidado sobre la medicina episódica y fragmentada y el costo-efectividad sobre la no efectividad, así como la práctica ambulatoria sobre la hospitalización.

La espina dorsal de este nuevo sistema a través de cuidado coordinado la constituye, entre otros factores:

1. tener un adecuado volumen de pacientes ,
2. practicar los controles adecuados,
3. disfrutar de un alto índice de satisfacción por los servicios recibidos de parte del paciente y sus familiares,
4. tener una red de proveedores en equipo accesibles, bien preparados, costo eficientes y conocedores del concepto de cuidado coordinado.

D. Los resultados comparados del Nuevo Modelo o Sistema de Salud

Para analizar el impacto, en término de costos antes de la Reforma de Salud y luego de la Reforma de Salud, calculamos el costo total del sistema de salud pública en Puerto Rico tomando aquella proporción de gastos que van dirigidos a la población médico indigente, tomando los gastos del Departamento de Salud, AFASS, una proporción de los gastos del Centro Médico y del Centro Cardiovascular y teniendo como unidad comparativa el costo promedio por visitas.

Estos costos hasta este momento no pueden verse por separado, dado que el sistema en su totalidad no está funcionando, todavía se está incurriendo en un doble gasto, o sea, que el sector público, aunque ha reducido sus gastos en aquellas regiones en que se ha implementado la Reforma de Salud, en las que no se ha implementado los ha seguido asumiendo. Por esta razón, los comparativos de costos que se presentan en esta sección hay que relativizarlos, si queremos ser rigurosos; sin embargo, éstos son indicadores agregados que para efectos de este análisis consideramos que son pertinentes.

El costo promedio por visita bajo el sistema tradicional era de \$88 por visita: esto incluye visitas a las unidades básicas de servicios que se ubican en los municipios –los llamados Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), el Centro de Salud Familiar (CSF)–, los costos de visitas a hospitales de área y hospitales regionales, y el costo de las unidades supraterciarias, proporcionales a la población.

Para comparar con los costos bajo la Reforma, tomamos como referencia la información de los gastos operacionales de una Corporación Privada que ofrece servicios en los pueblos de: Guayama, Arroyo, Patillas, Maunabo, Salinas y Santa Isabel. Ésta atiende a una población de 21, 000 personas, lo que geográficamente en Puerto Rico es una subregión o área de servicio.

El costo por visita bajo la Reforma se estima contabilizando los pagos que hace la compañía aseguradora en *capitation*, el margen con el cual se queda la compañía asegurada para **Cubierta Catastrófica** y administración, más un estimado de gastos de la Administración de Seguros de Salud (ASES) y costos provenientes del Departamento de Salud, el cual dirige la Reforma de Salud. Una vez computados todos esos costos y dividido entre el número de visitas que se atienden en el centro primario, en las oficinas de los especialistas, visitas a salas de emergencia, y el costo por visita, se estima que el costo asciende a \$33 por visita, comparado con los \$88 en el sistema anterior.

En resumen, los indicadores que se utilizaron para comparar ambos sistemas, fueron los siguientes:

1. Costo Promedio por Visita - El costo promedio por visita es de \$88 antes de la Reforma y \$33 después de la Reforma.
2. Visitas Promedio Anual atendidas por paciente - Las visitas promedio anual por paciente en 1993 eran de 4.9 visitas promedio anual por paciente médico indigente y en una de las regiones donde se ha implantado el nuevo sistema privatizado, el promedio de visitas anuales es de 7.3 visitas, lo que representa un 48% adicional a lo que había antes.
3. Costo Anual por Paciente - El Costo Anual por Paciente en 1993 era de \$1,125 anuales; bajo el actual sistema el costo anual asciende a \$733, o sea, un 35% más económico, sin tomar en cuenta que hay un factor adicional de mayor accesibilidad, cuantía y cubierta de servicios.
4. accesibilidad de los servicios - La cubierta exigida a la compañía aseguradora y, por tanto, a los proveedores de servicios, es casi tan o más amplia que la de algunos planes médicos privados tradicionales. El proveedor de los servicios contrata servicios de especialistas, subespecialistas, dentistas, laboratorios y servicios auxiliares en su misma región y, por tanto, están más accesibles para los pacientes.

5. por ciento adicional de la población que se atiende - Para poder llegar a una conclusión sobre este tópico, analizamos los datos de elegibilidad establecidos por el Departamento de Salud para cualificar a los beneficiarios del seguro y concluimos que es un 38% más de la población que se atendía previamente. Se utilizan, además, indicadores de productividad.
6. Pacientes por Empleado - Tomando como base el análisis hecho para una región, se pudo concluir que el promedio de pacientes por empleado antes era de 68 pacientes por empleado; bajo la privatización, el número de pacientes por empleado es de 331.
7. Índice de Eficiencia - El Índice de Eficiencia, medido por productividad laboral, resultó ser 350% más alto bajo el sistema privatizado.
8. por ciento de gastos administrativos sobre el total de gastos - En la estructura interna de gastos analizamos qué proporción del total constituyen los gastos administrativos.. En el caso del sistema público tradicional es el 35%; en la estructura de gastos actuales no sobrepasa el 10% del total de gastos.

Las implicaciones que podemos concluir del modelo, son las siguientes:

1. eficiencia administrativa del sistema - El sistema es más eficiente, desde el punto de vista económico y administrativo. Es un sistema que incorpora a la industria de servicios la agilidad, el dinamismo y la diligencia que hay en el sistema privado, por lo que induce a un nivel de eficiencia mayor.
2. efectos sobre los servicios y costos para el sector gubernamental - El efecto sobre la calidad de los servicios, medido por indicadores objetivos como promedio de visitas, costo de los servicios por paciente, accesibilidad, rapidez, etc., nos hace concluir que es positivo. Los costos para el gobierno se reducen y esto va acompañado de una mejor calidad y accesibilidad de los servicios.
3. desarrollo del sector privado en un sector donde participaba parcialmente -El sistema desarrollado incorpora al sector privado en un ámbito en el cual no se encontraban operando y ha tenido un efecto multiplicador, que implica, además, un aumento en las compensaciones

- promedio que pasan a recibir los profesionales de la salud en el sector privado.
4. limitaciones del modelo - Como todo sistema innovador, al inicio de su implementación se identifican limitaciones del mismo. En el caso bajo estudio, las limitaciones han estribado en que los procesos de privatización de las facilidades no han ido desarrollándose paralelos al proceso de canalización de los servicios por el sector privado y para las corporaciones que han asumido la privatización y administración de las facilidades no les ha resultado viable la operación existosa de algunas de ellas, entre otras, por tres razones:
 - a. el tamaño de las facilidades y los costos operacionales de mantenimiento son, en algunos casos, superiores a lo que su estructura de costos le permite,
 - b. los requerimientos de retención de número de empleados que le ha requerido el gobierno, no han coincidido con la necesidad de racionar los gastos operacionales de personal y la calidad de servicios que desea desarrollar el sector privado, y
 - c. el paciente que cuenta ahora con alternativas adicionales busca un cambio y aún establece, implícitamente, una asociación del lugar con el anterior sistema que definitivamente no cumplía con sus expectativas, por lo cual la tendencia es hacer uso de las nuevas facilidades privadas desarrolladas.

E. Conclusiones

La investigación y la evidencia que se presentó anteriormente nos permite concluir que:

1. El sistema tradicional de prestación de servicios de salud pública en el caso de Puerto Rico, probó ser ineficiente, de altos costos y no garantizaba acceso rápido y amplio a los servicios.
2. El costo y la burocracia del sistema impedía un desarrollo del sistema de salud pública que cumpliera con las expectativas y la calidad de los servicios.

3. La reforma que se introdujo al sistema, vía la privatización de las facilidades de salud y la canalización de los servicios por un sistema de cuidado dirigido o coordinado o sus alternativas similares, ha mostrado ser más eficiente y, a la postre, redundará en una economía significativa para el gobierno, sin menoscabar la calidad de los servicios para los pacientes. Las cubiertas de los servicios son más amplias que las ofrecidas por el sistema tradicional; en algunos servicios son hasta más amplias que las que ofrecen los planes médicos privados prepagados.
4. Los índices de productividad que se citaron prueban las diferencias significativas con el sistema anterior, sin menoscabar la calidad de los servicios para los pacientes.
5. Para que el modelo sea exitoso, necesariamente debe lograr que se complete el proceso de privatización de las facilidades públicas.
6. El nuevo modelo ha requerido una racionalidad gerencial dinámica y ha incorporado a las operaciones diarias de las corporaciones que administran los centros primarios, modernas técnicas de control de costos, medición de niveles de utilización, desarrollo de alternativas de economías de escalas, asignación racional de recursos humanos que cumplen con los niveles de condiciones y calidad de servicios que supervisa la Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Bibliografía

- Administración de Facilidades y Servicios de Salud (AFASS). *Informe Anual 1992-1993*.
- Administración de Facilidades y Servicios de Salud (AFASS). *Informe Anual de Costos, 1992-93, Región de Salud de Ponce*.
- Departamento de Salud de Puerto Rico. *Estadísticas Vitales de Puerto Rico*. 1991, 1992, 1993.
- Departamento de Salud. *Informe Anual de Estadísticas Institucionales, 1990-1991*, Departamento de Salud. *Informe Estadístico de Facilidades de Salud, 1989-90*, Departamento de Salud, Oficina de la Reforma de Salud. *Descripción del Área de Guayama y Datos Actualizados sobre Servicios de Salud, 1994*.
- Departamento de Salud, Oficina de la Reforma de Salud. *Descripción de la Región y los datos estadísticos de Salud - Región Este, 1996*.
- Departamento de Salud, Oficina de la Reforma de Salud. *Perfil de las Instalaciones de Salud y Recursos Humanos, Región Este, 1996*.
- Departamento de Salud, Oficina de la Reforma de Salud. *Perfil de Recursos y Servicios de Salud - Área de Guayama, 1994*.
- Departamento de Salud. *Registro de Hospitales y otras Facilidades de Salud, 1988-90*.
- Informes Financieros de Centro de Medicina Primaria de Puerto Rico, 1994 y 1995.
- Junta de Planificación de Puerto Rico. *Informe Económico al Gobernador.*, 1995.
- Negociado del Censo Federal, *Censo de Población 1990*.