



# SENADO DE PUERTO RICO

## DIARIO DE SESIONES

### *PROCEDIMIENTOS Y DEBATES DE LA DECIMOCUARTA ASAMBLEA LEGISLATIVA*

#### *DUODECIMA SESION EXTRAORDINARIA*

*AÑO 2004*

---

**VOL. LII**

**San Juan, Puerto Rico**

**Lunes, 27 de diciembre de 2004**

**Núm. 2**

---

A la una y veintiséis minutos de la tarde (1:26 p.m.) de este día, lunes, 27 de diciembre de 2004, el Senado inicia sus trabajos bajo la Presidencia del señor Antonio J. Fas Alzamora.

#### ASISTENCIA

Senadores:

Modesto L. Agosto Alicea, Luz Z. Arce Ferrer, Eudaldo Báez Galib, Norma Burgos Andújar, Juan A. Cancel Alegría, Norma Carranza De León, José Luis Dalmau Santiago, Velda González de Modestti, Sixto Hernández Serrano, Rafael Luis Irizarry Cruz, Pablo Lafontaine Rodríguez, Fernando J. Martín García, Kenneth McClintock Hernández, Yasmín Mejías Lugo, José Alfredo Ortiz Dalot, Margarita Ostolaza Bey, Migdalia Padilla Alvelo, Orlando Parga Figueroa, Roberto L. Prats Palerm, Bruno A. Ramos Olivera, Jorge A. Ramos Vélez, Julio R. Rodríguez Gómez, Angel M. Rodríguez Otero, Rafael Rodríguez Vargas, Cirilo Tirado Rivera y Antonio J. Fas Alzamora, Presidente.

SR. PRESIDENTE: Se reanuda la sesión.

#### INVOCACION

El Diácono José A. Morales, miembro del Cuerpo de Capellanes del Senado de Puerto Rico, procede con la Invocación.

DIACNO MORALES: En el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo. Amén.

Antes de comenzar la oración quisiéramos unirnos al Monseñor Roberto González, ante la muerte de su señora madre, y nuestras oraciones van dirigida también hacia ella.

Leemos el Salmo XXIV: “A ti, Señor, levanto mi alma. Dios mío, en ti confío. No quede yo defraudado. Señor, enséñame tus caminos, instrúyeme en tus sendas, haz que camine con lealtad. Enséñame, porque tú eres mi Dios y Salvador, y todo el día te estoy esperando. El Señor es bueno y es recto. Y enseña el camino de los pecadores. Hace caminar a los humildes con rectitud, enseña Su camino a los humildes. Las sendas del Señor son misericordia y lealtad para los que guardan su alianza y sus mandatos.”

Oremos. Señor y Dios nuestro, Tú Hijo prometió su presencia a cuantos se reunieran en Su Nombre. Haz que los sentamos ahora presente entre nosotros al comienzo de esta sesión. Infunde en cada uno de los que van a participar en ella el espíritu de inteligencia, de verdad y de paz, para

que reconozcan de veras lo que a ti te agrada. Y una vez conocido, lo realicen con un mismo sentir y querer en beneficio de nuestro pueblo. Te lo pedimos por el mismo, Jesucristo, nuestro Señor. Amén.

En el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo. Amén.

### **APROBACION DEL ACTA DE LA SESION ANTERIOR**

SR. TIRADO RIVERA: Para que se deje para un turno posterior, señor Presidente.

SR. PRESIDENTE: El compañero senador Cirilo Tirado hace la propuesta de que se deje para un turno posterior, ¿hay alguna objeción? No habiendo objeción, así se acuerda.

### **INFORMES DE COMISIONES PERMANENTES, ESPECIALES Y CONJUNTAS**

La Secretaría da cuenta de los siguientes Informes de Comisiones Permanentes, Especiales y Conjuntas:

De la Comisión de Hacienda, dieciocho informes, proponiendo la no aprobación de los P. del S. 55; 978; 993; 1629; 1759; 1869; 1955; 2493; 2736; 2799; de las R. C. del S. 1476; 1477; 1479; 1482; 1483; 1498; 1516 y de la R. C. de la C. 2628.

De la Comisión de Gobierno Municipal, Corporaciones Públicas y Asuntos Urbanos, dos informes, proponiendo la no aprobación de los P. del S. 2852 y 2967.

SR. TIRADO RIVERA: Señor Presidente.

SR. PRESIDENTE: Compañero senador Cirilo Tirado.

SR. TIRADO RIVERA: Para que se den por recibidos.

SR. PRESIDENTE: ¿Alguna objeción? No habiendo objeción, así se acuerda.

### **SOLICITUDES DE INFORMACION AL CUERPO, NOTIFICACIONES Y OTRAS COMUNICACIONES**

La Secretaría da cuenta de las siguientes Solicitudes de Información al Cuerpo, Notificaciones y Otras Comunicaciones:

De la Oficina del Contralor, una comunicación, remitiendo el informe de auditoría núm. M-05-33, sobre el Municipio de Utuado.

SR. TIRADO RIVERA: Señor Presidente, para que se dé por recibido.

SR. PRESIDENTE: ¿Alguna objeción? No habiendo objeción, así se acuerda.

### **MOCIONES**

Relación de Mociones de Felicitación, Reconocimiento, Júbilo, Tristeza o Pésame  
(Anejo A)

La Secretaría da cuenta de la siguiente Relación de Mociones de Felicitación, Reconocimiento, Júbilo, Tristeza o Pésame:

Por el senador José A. Ortiz Daliot:

“El Senador que suscribe, propone que este Alto Cuerpo exprese sus condolencias a Su Excelencia Reverendísima, Monseñor Roberto González Nieves, Arzobispo de San Juan, con motivo del fallecimiento de su señora madre, doña Frances Nieves Alvarez, de 75 años de edad, natural de Nueva Jersey y residente de la Urbanización Villa Borinquen, Sector Puerto Nuevo de San Juan.

Que, asimismo, a través de la Secretaría de este Alto Cuerpo, se le remita copia de esta Moción, a su dirección en Calle del Cristo número cinco, San Juan Antiguo, Puerto Rico 00901.”

SR. TIRADO RIVERA: Señor Presidente.

SR. PRESIDENTE: Compañero senador Cirilo Tirado.

SR. TIRADO RIVERA: Para que se apruebe la moción presentada por el senador José Ortiz-Daliot, incluida en el Anejo A, del Orden del día de hoy.

SR. RODRIGUEZ GOMEZ: Señor Presidente.

SR. PRESIDENTE: Compañero senador Julio Rodríguez.

SR. RODRIGUEZ GOMEZ: Para pedir el consentimiento unánime y que se nos una a la Mayoría a dicha Resolución.

SR. PRESIDENTE: ¿Alguna objeción? No habiendo objeción, así se acuerda.

SR. McCLINTOCK HERNANDEZ: Señor Presidente.

SR. PRESIDENTE: Compañero senador Kenneth McClintock.

SR. McCLINTOCK HERNANDEZ: Señor Presidente, para solicitar que se pueda unir a los miembros de la Delegación del PNP a la moción hecha de condolencia a la Familia González Nieves, por la pérdida de su señora madre.

SR. PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción? No habiendo objeción así se acuerda. La Presidencia se une al acuerdo aprobado por el Senado relacionado al pésame al Arzobispo de San Juan, con relación a la muerte de su madre.

SR. TIRADO RIVERA: Señor Presidente.

SR. PRESIDENTE: Compañero senador Cirilo Tirado.

SR. TIRADO RIVERA: Para que se incluya en el Calendario de Ordenes Especiales del Día, el Informe Final sobre la Resolución del Senado Núm. 53 y 55, para el día de hoy. Es un Informe de dos (2) resoluciones.

SR. PRESIDENTE: Que se incluya.

SR. TIRADO RIVERA: Señor Presidente.

SR. PRESIDENTE: Compañero senador Cirilo Tirado.

SR. TIRADO RIVERA: Para que se considere el Calendario de Ordenes Especiales del Día.

SR. PRESIDENTE: ¿Alguna objeción? No habiendo objeción, así se acuerda.

**CALENDARIO DE LECTURA**

Como primer asunto en el Calendario de Lectura, se da cuenta del Informe sometido por la Comisión de Nombramientos en torno a la confirmación por el Senado de Puerto Rico de la licenciada Gretchen Coll-Martí, como Jueza del Tribunal de Apelaciones.

-----

Como primer asunto en el Calendario de Lectura, se da cuenta del Informe sometido por la Comisión de Nombramientos en torno a la confirmación por el Senado de Puerto Rico de la licenciada Wanda I. Concepción Figueroa, como Jueza en el Tribunal de Primera Instancia.

-----

Como primer asunto en el Calendario de Lectura, se da cuenta del Informe sometido por la Comisión de Nombramientos en torno a la confirmación por el Senado de Puerto Rico de la licenciada Wanda A Linares, como Jueza en el Tribunal de Primera Instancia.

-----

Como próximo asunto en el Calendario de Lectura, se da cuenta del Informe Final, en torno a las Resoluciones del Senado 53 y 55, sometido por la Comisión de Salud y Asuntos Ambientales:

### **CALENDARIO DE ORDENES ESPECIALES DEL DIA**

Como primer asunto en el Calendario de Ordenes Especiales del Día, se anuncia el Informe sometido por la Comisión de Nombramientos, en torno a la confirmación por el Senado de Puerto Rico de la licenciada Gretchen Coll-Martí, como Juez del Tribunal de Apelaciones.

### **“INFORME**

#### **AL SENADO DE PUERTO RICO:**

Vuestra Comisión, previa evaluación y consideración de la designación de la Lcda. Gretchen Coll- Martí como Jueza del Tribunal de Apelaciones, recomienda favorablemente su confirmación.

#### **I**

El Poder Judicial de Puerto Rico constituirá un sistema judicial unificado en lo concerniente a jurisdicción, funcionamiento y administración. Estará compuesto por el Tribunal Supremo como tribunal de última instancia, el Tribunal de Circuito de Apelaciones como tribunal intermedio, y por el Tribunal de Primera Instancia, los que conjuntamente constituirán el Tribunal General de Justicia.

El Estado Libre Asociado de Puerto Rico está constituido en un solo distrito judicial, sobre el cual el Tribunal General de Justicia ejercerá su poder y autoridad.

El Tribunal de Apelaciones será un tribunal intermedio entre el Tribunal Supremo y el Tribunal de Primera Instancia. El Tribunal de Apelaciones cumplirá el propósito de proveer a los ciudadanos de un foro apelativo mediante el cual un panel de no menos de tres (3) jueces revisará, como cuestión de derecho, las sentencias finales del Tribunal de Primera Instancia, y de forma discrecional, las decisiones finales de los organismos y agencias administrativas y cualquier otra resolución u orden dictada por el Tribunal de Primera Instancia.

De acuerdo a la Sección 8 del Artículo V de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, y el Artículo 4.003 de la Ley de la Judicatura de 2003, el Senado de Puerto Rico tiene el

deber de otorgar su consejo y consentimiento al nombramiento de los jueces del Tribunal de Apelaciones.

Nadie será nombrado Juez del Tribunal de Apelaciones a no ser que tenga diez (10) años de experiencia profesional posterior a su admisión al ejercicio de la abogacía en Puerto Rico. Desempeñarán su cargo por el término de dieciséis (16) años.

## II

Nace la Lcda. Gretchen Coll- Martí el 1 de febrero de 1950 en Santurce, Puerto Rico. Cursa estudios superiores en la Academia Santa Teresita en Santurce, Puerto Rico, de donde se gradúa en 1967. Posee un Bachillerato en Artes con concentración en Economía de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras (1971) y un grado de Juris Doctor de la Escuela de Derecho de la Universidad de Puerto Rico (1974).

De 1975 a 1976 es abogada en el Departamento de Asuntos del Consumidor (DACO), especializada en contratos. De 1976 a 1977 es “*trial litigation attorney*” en la Comisión de Igualdad en Oportunidades en el Empleo. De 1977 a 1980 es abogada en la Unidad Especializada de Legislación del Trabajo en la Corporación de Servicios Legales de Puerto Rico. De 1980 a 1982 es coordinadora de litigación en la Corporación de Servicios Legales de Puerto Rico. De 1982 a 1987 es supervisora del Centro de Apoyo de la División de Litigación de la División de Migrantes y Paneles Especializados en la Corporación de Servicios Legales de Puerto Rico. De 1987 a 1989 labora para el bufete Ramírez y Ramírez. De 1990 a 2001 es Directora Ejecutiva en la Corporación de Servicios Legales de Puerto Rico. De 2001 al presente es Administradora de la Administración de Desarrollo Socioeconómico de la Familia, adscrita al Departamento de la Familia.

Pertenece al Colegio de Abogados de Puerto Rico.

## III

Como parte de los procedimientos realizados por esta Comisión, se llevó a cabo una vista pública el 21 de diciembre de 2004, donde depuso la Lcda. Gretchen Coll- Martí.

La nominada hizo una exposición sobre su trayectoria académica y profesional. Además, planteó elocuentemente su capacidad y disponibilidad para ocupar el cargo al que se le designó.

Durante su presentación los miembros de la Comisión de Nombramientos del Senado tuvieron la oportunidad de formular múltiples preguntas a la nominada dirigidas a evaluar su experiencia, capacidad y disponibilidad para ocupar la posición de Jueza del Tribunal de Apelaciones.

Durante la vista pública la deponente señaló estar comprometida con el cargo para el cual se le designó y cumplir cabalmente con los deberes y responsabilidades que conlleva el mismo.

## IV

La Comisión de Nombramientos conforme lo establece su reglamento, culminó con el proceso de evaluación de la nominada y se llevaron a cabo investigaciones de campo con el propósito de verificar la reputación moral que goza la designada en su vecindario y comunidad.

Como parte de los procedimientos, la nominada sometió ante la Oficina de Ética Gubernamental de Puerto Rico un informe financiero conforme lo dispone el Artículo 4. 2 (a) de la Ley Núm. 12 de 24 de Julio de 1985, según enmendada, conocida como “Ley de Ética Gubernamental del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.”

Además, como parte de la evaluación se sometió a la nominada a una evaluación psicológica, realizada por la Dra. Marion Wennerholm, psicóloga clínica.

Esta Comisión quedó convencida de la integridad moral de la nominada, así como de su profesionalismo.

Celebrada la vista, y luego de haber estudiado los documentos que obran en el expediente, concluimos que la nominada está cualificada para la posición de Jueza del Tribunal de Apelaciones; y recomendamos favorablemente su confirmación.

Respetuosamente sometido,  
(Fdo.)  
Bruno A. Ramos Olivera  
Presidente  
Comisión de Nombramientos”

SR. TIRADO RIVERA: Señor Presidente.

SR. PRESIDENTE: Compañero senador Cirilo Tirado.

SR. TIRADO RIVERA: El Senado de Puerto Rico tiene ante su consideración el Informe Final de la Comisión de Nombramientos, recomendando a la licenciada Gretchen Coll-Martí, como Jueza del Tribunal de Apelaciones, recomendándola favorablemente. Así que solicitamos que se confirme a la licenciada Gretchen Coll-Martí, como Jueza del Tribunal de Apelaciones.

SR. PRESIDENTE: ¿Alguna objeción? No habiendo objeción, se apruebe el Informe de la Comisión de Nombramientos, y como consecuencia, se confirma la designación de la licenciada Gretchen Coll-Martí, como Jueza del Tribunal de Apelaciones. Notifíquesele a la señora Gobernadora.

-----

Como próximo asunto en el Calendario de Ordenes Especiales del Día, se anuncia el Informe sometido por la Comisión de Nombramientos, en torno a la confirmación por el Senado de Puerto Rico de la licenciada Wanda I. Concepción Figueroa, como Jueza del Tribunal de Primera Instancia.

## “INFORME

### **AL SENADO DE PUERTO RICO:**

Vuestra Comisión, previa evaluación y consideración de la designación de la Lcda. Wanda I. Concepción Figueroa como Jueza Municipal en el Tribunal de Primera Instancia, recomienda favorablemente su confirmación.

### I

El Poder Judicial de Puerto Rico constituirá un sistema judicial unificado en lo concerniente a jurisdicción, funcionamiento y administración. Estará compuesto por el Tribunal Supremo como tribunal de última instancia, el Tribunal de Circuito de Apelaciones como tribunal intermedio, y por el Tribunal de Primera Instancia, los que conjuntamente constituirán el Tribunal General de Justicia.

El Estado Libre Asociado de Puerto Rico está constituido en un solo distrito judicial, sobre el cual el Tribunal General de Justicia ejercerá su poder y autoridad.

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Núm. 201 de 22 de agosto de 2003, conocida como la “Ley de la Judicatura de 2003”, los jueces municipales forman parte del Tribunal de Primera Instancia.

Para ser nombrado Juez Municipal se requiere tener, por lo menos siete (3) años de experiencia profesional posterior a su admisión al ejercicio de la abogacía en Puerto Rico, y gozar de buena reputación moral, intelectual y profesional. Todo Juez Municipal será nombrado y desempeñará su cargo por el término de doce (8) años.

De acuerdo a la Sección 8 del Artículo V de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, y el Artículo 5.002 de la “Ley de la Judicatura de 2003”, el Senado de Puerto Rico tiene el deber de otorgar su consejo y consentimiento al nombramiento de los jueces del Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico.

## II

Nace la Lcda. Wanda I. Concepción Figueroa el 18 de agosto de 1971 en Río Piedras, Puerto Rico. Cursó estudios superiores en la Escuela Eloisa Pascual en Caguas, Puerto Rico, de donde se gradúa en 1989. Posee un Bachillerato en Artes con concentración en Justicia Criminal de la Universidad Interamericana de Puerto Rico (1994) y un grado de Juris Doctor de la Facultad de Derecho de la Universidad Interamericana de Puerto Rico (2000).

De 1989 a 1994 es secretaria en Looss Security Guard, Inc. de 1994 a 1998 es Coordinadora y Asistente de Director en el Proyecto de Fianzas Aceleradas. De 1997 a 1999 es investigador jurídico en la oficina de Lcdo. Arturo Dávila Toro. De 2000 al presente es abogada en el Bufete A.J. Amadeo Murga.

Pertenece al Colegio de Abogados de Puerto Rico y a la Federación Internacional del Colegio de Abogados de las Antillas.

## III

Como parte de los procedimientos realizados por esta Comisión, se llevó a cabo una vista pública el 22 de diciembre de 2004, donde depuso la Lcda. Wanda I. Concepción Figueroa.

La nominada hizo una exposición sobre su trayectoria académica y profesional. Además, planteó elocuentemente su capacidad y disponibilidad para ocupar el cargo al que se le designó.

Durante su presentación los miembros de la Comisión de Nombramientos del Senado tuvieron la oportunidad de formular múltiples preguntas a la nominada dirigidas a evaluar su experiencia, capacidad y disponibilidad para ocupar la posición de Jueza Municipal en el Tribunal de Primera Instancia.

Durante la vista pública la deponente señaló estar comprometida con el cargo para el cual se le designó y cumplir cabalmente con los deberes y responsabilidades que conlleva el mismo.

## IV

La Comisión de Nombramientos conforme lo establece su reglamento, culminó con el proceso de evaluación de la nominada y se llevaron a cabo investigaciones de campo con el propósito de verificar la reputación moral que goza la designada en su vecindario y comunidad.

Como parte de los procedimientos, la nominada sometió ante la Oficina de Ética Gubernamental de Puerto Rico un informe financiero conforme lo dispone el Artículo 4. 2 (a) de la Ley

Núm. 12 de 24 de Julio de 1985, según enmendada, conocida como “Ley de Ética Gubernamental del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.”

Además, como parte de la evaluación se sometió a la nominada a una evaluación psicológica, realizada por la Dra. Marion Wennerholm, psicóloga clínica.

Esta Comisión quedó convencida de la integridad moral de la nominada, así como de su profesionalismo.

Celebrada la vista, y luego de haber estudiado los documentos que obran en el expediente, concluimos que la nominada está cualificada para la posición de Jueza Municipal en el Tribunal de Primera Instancia; y recomendamos favorablemente su confirmación.

Respetuosamente sometido,  
(Fdo.)  
Bruno A. Ramos Olivera  
Presidente  
Comisión de Nombramientos”

SR. TIRADO RIVERA: Señor Presidente.

SR. PRESIDENTE: Compañero senador Cirilo Tirado.

SR. TIRADO RIVERA: El Senado de Puerto Rico tiene ante su consideración el Informe de la Comisión de Nombramientos, recomendando a la licenciada Wanda I. Concepción Figueroa, como Jueza Municipal del Tribunal de Primera Instancia. Solicitamos la confirmación de la licenciada Wanda Concepción Figueroa.

SR. PRESIDENTE: ¿Alguna objeción? No habiendo objeción, se aprueba el Informe de la Comisión de Nombramientos, como consecuencia, se confirma la designación de la licenciada Wanda I. Concepción Figueroa, como Jueza Municipal del Tribunal de Primera Instancia. Notifíquesele a la señora Gobernadora.

- - - -

Como próximo asunto en el Calendario de Ordenes Especiales del Día, se anuncia el Informe sometido por la Comisión de Nombramientos, en torno a la confirmación por el Senado de Puerto Rico de la licenciada Wanda A. Linares, como Jueza del Tribunal de Primera Instancia.

## “INFORME

### **AL SENADO DE PUERTO RICO:**

Vuestra Comisión, previa evaluación y consideración de la designación de la Lcda. Wanda A. Linares Hernández como Jueza Superior en el Tribunal de Primera Instancia, recomienda favorablemente su confirmación.

El Poder Judicial de Puerto Rico constituirá un sistema judicial unificado en lo concerniente a jurisdicción, funcionamiento y administración. Estará compuesto por el Tribunal Supremo como tribunal de última instancia, el Tribunal de Circuito de Apelaciones como tribunal intermedio, y por el Tribunal de Primera Instancia, los que conjuntamente constituirán el Tribunal General de Justicia.

El Estado Libre Asociado de Puerto Rico está constituido en un solo distrito judicial, sobre el cual el Tribunal General de Justicia ejercerá su poder y autoridad.

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Núm. 201 de 22 de agosto de 2003, conocida como la “Ley de la Judicatura de 2003”, los jueces superiores forman parte del Tribunal de Primera Instancia, el cual es un Tribunal de jurisdicción original general, para actuar a nombre y por la autoridad del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, en todo procedimiento civil o criminal, según se disponga por ley.

Para ser nombrado Juez Superior se requiere tener, por lo menos siete (7) años de experiencia profesional posterior a su admisión al ejercicio de la abogacía en Puerto Rico, y gozar de buena reputación moral, intelectual y profesional. Todo Juez Superior será nombrado y desempeñará su cargo por el término de doce (12) años.

De acuerdo a la Sección 8 del Artículo V de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, y el Artículo 5.002 de la Ley de la Judicatura de 2003, el Senado de Puerto Rico tiene el deber de otorgar su consejo y consentimiento al nombramiento de los jueces del Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico.

## II

Nace la Lcda. Wanda A. Linares Hernández el 11 de noviembre de 1954 en San Juan, Puerto Rico. Cursa estudios superiores en el Colegio San Antonio en Río Piedras, Puerto Rico, de donde se gradúa en 1972. Posee un Bachillerato en Ciencias Secretariales de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras (1976) y un grado de Juris Doctor de la Escuela de Derecho de la Universidad de Puerto Rico (1979).

De 1994 a 2001 se dedica a la práctica privada de la profesión legal. De febrero de 2001 a enero de 2002 es Consultora en Legislación en la Comisión de Gobierno de la Cámara de Representantes. De abril de 1994 a noviembre de 2004 es Consultora del Municipio de San Juan en el área de cobro de patentes, cobro de cuentas morosas y patentes vencidas. De diciembre de 2002 a diciembre de 2004 es consultora en legislación y enlace con la Legislatura de la Oficina de la Coordinadora General para el Financiamiento Socioeconómico y Autogestión. De enero de 2002 a octubre de 2004 labora en La Fortaleza como enlace legislativo con el Senado y la Cámara de Representantes.

Pertenece al Colegio de Abogados de Puerto Rico.

## III

Como parte de los procedimientos realizados por esta Comisión, se llevó a cabo una vista pública el 22 de diciembre de 2004, donde depuso la Lcda. Wanda A. Linares Hernández.

La nominada hizo una exposición sobre su trayectoria académica y profesional. Además, planteó elocuentemente su capacidad y disponibilidad para ocupar el cargo al que se le designó.

Durante su presentación los miembros de la Comisión de Nombramientos del Senado tuvieron la oportunidad de formular múltiples preguntas a la nominada dirigidas a evaluar su experiencia, capacidad y disponibilidad para ocupar la posición de Jueza Superior en el Tribunal de Primera Instancia.

Durante la vista pública la deponente señaló estar comprometida con el cargo para el cual se le designó y cumplir cabalmente con los deberes y responsabilidades que conlleva el mismo.

#### IV

La Comisión de Nombramientos conforme lo establece su reglamento, culminó con el proceso de evaluación de la nominada y se llevaron a cabo investigaciones de campo con el propósito de verificar la reputación moral que goza la designada en su vecindario y comunidad.

Como parte de los procedimientos, la nominada sometió ante la Oficina de Ética Gubernamental de Puerto Rico un informe financiero conforme lo dispone el Artículo 4. 2 (a) de la Ley Núm. 12 de 24 de Julio de 1985, según enmendada, conocida como “Ley de Ética Gubernamental del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.”

Además, como parte de la evaluación se sometió a la nominada a una evaluación psicológica, realizada por la Dra. Marion Wennerholm, psicóloga clínica.

Esta Comisión quedó convencida de la integridad moral de la nominada, así como de su profesionalismo.

Celebrada la vista, y luego de haber estudiado los documentos que obran en el expediente, concluimos que la nominada está cualificada para la posición de Jueza Superior en el Tribunal de Primera Instancia; y recomendamos favorablemente su confirmación.

Respetuosamente sometido,

(Fdo.)

Bruno A. Ramos Olivera

Presidente

Comisión de Nombramientos”

SR. TIRADO RIVERA: Señor Presidente.

SR. PRESIDENTE: Compañero senador Cirilo Tirado.

SR. TIRADO RIVERA: Para mí es un honor presentar ante el Cuerpo el Informe Final de la Comisión de Nombramientos del Senado de Puerto Rico, de la licenciada Wanda A. Linares Hernández, como Jueza Superior en el Tribunal de Primera Instancia.

Conocemos personalmente a la licenciada Wanda Linares, ya que laboró directa con este Senado de Puerto Rico, a través del enlace de La Fortaleza, con la Oficina de la Gobernadora relacionada con los asuntos de legislación y conocemos de su capacidad y de su integridad, y que habrá de servir con justicia en el Tribunal Superior en Puerto Rico.

Por lo tanto, solicitamos favorablemente la confirmación de la licenciada Wanda A. Linares Hernández, como Jueza Superior en el Tribunal de Primera Instancia.

SR. PRESIDENTE: ¿Alguna objeción? No habiendo objeción, se aprueba el Informe de la Comisión de Nombramientos, y como consecuencia, se confirma la designación de la licenciada Wanda A. Linares Hernández, como Jueza Superior en el Tribunal de Primera Instancia. Notifíquesele a la señora Gobernadora.

Y la Presidencia también se quiere unir a las expresiones del Portavoz. Nos parece que la licenciada Linares Hernández es un excelente nombramiento de parte de la Gobernadora. Estuvo laborando con nosotros aquí como enlace con Fortaleza, destacándose por su sentido de responsabilidad y conocimiento del proceso legislativo. Así que, la felicitamos a ella y a su familia que nos acompañan en las gradas de este Senado. Éxito y suerte en su gestión.

SR. McCLINTOCK HERNANDEZ: Señor Presidente.

SR. PRESIDENTE: Compañero senador Kenneth McClintock.

SR. McCLINTOCK HERNANDEZ: Si no estoy Fuera de Orden, también querría añadir unas palabras.

SR. PRESIDENTE: Con mucho gusto.

SR. McCLINTOCK HERNANDEZ: Señor Presidente, se la nominada es tan diligente en la Rama Judicial como era aquí en la Casa de Las Leyes, le auguro un buen futuro como miembro de la Judicatura. Y creo que, entonces, las aspiración que tiene el señor Juez Presidente, de acelerar los trámites judiciales, lo habrá de lograr con una aliada como la nominada que pasa ahora a la Judicatura.

SR. PRESIDENTE: Adelante con otro asunto.

-----

Como próximo asunto en el Calendario de Ordenes Especiales del Día, se anuncia el Informe Final sometido por de la Comisión de Salud y Asuntos Ambientales, en torno a las Resoluciones del Senado 53 y 55.

## **“INFORME FINAL SOBRE LA R. DEL S. 53 Y 55**

### **AL SENADO DE PUERTO RICO**

La Comisión de Salud y Asuntos Ambientales, previo estudio y consideración del R. del S. 53 y 55, rinde su informe con los hallazgos y conclusiones.

### **ANALISIS DE LA MEDIDA**

El día 19 de marzo de 2001 el Senado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico aprobó la R. del S. 53. Esta resolución ordenó a l Comisión de Salud y Asuntos Ambientales realizar una investigación sobre la relación y funciones que existen entre el Departamento de Salud y la Administración de Seguros de Salud (ASES) así como la legislación que creara la Oficina del Procurador del Paciente de manera que se garantice la política pública de la nueva administración de atender adecuadamente todos los intereses envueltos en la prestación de servicios de Salud en Puerto Rico.

De igual forma el 29 d marzo de 2001 el senado aprobó la R. del S. 55. Esta resolución ordenó a la mencionada Comisión senatorial otra investigación sobre la situación precaria de la Reforma de Salud y sus implicaciones en los servicios médicos que actualmente se ofrecen a la población médico indigente del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Por tratarse de dos resoluciones que ordenaban una investigación de gran envergadura con respecto a temas relacionados la Comisión de Salud y Asuntos Ambientales contrató los servicios de la Corporación de Servicios de Asesoría en Salud Inc. y presidida por el Dr. Roberto Ramírez. Presentado el informe en Reunión Ejecutiva de la Comisión de Salud dicho informe fue aprobado por sus miembros de la misma.

Se adjunta copia del informe al R. del S. 53 y 55 y sus anejos correspondientes. Este incluye un análisis profundo sobre la Reforma de Salud en el periodo 1993-2000.

Respetuosamente sometido,  
(Fdo.)  
Sixto Hernández Serrano  
Presidente Interino  
Comisión de Salud y Asuntos Ambientales”

**INFORME DE RESULTADOS DEL ESTUDIO DE LA RESOLUCION DEL SENADO NUM.  
53 DE ENERO DE 2001  
Y RESOLUCIÓN DEL SENADO NUM. 55 DE ENERO 2001**

**PRESENTADO A LA COMISION DE SALUD Y ASUNTOS AMBIENTALES DEL  
SENADO DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**

**PREPARADO POR SERVICIOS DE ASESORIA EN SALUD INC.**

**INDICE**

<b><u>SECCION</u></b>	<b><u>PAGINA</u></b>
Introducción y Alcance del R. Del S. 53 de enero de 2001 .....	1
Trasfondo.....	5
Metodología.....	8
Origen del Problema .....	9
Discusión .....	24
Organigrama Corporativo Modelo del Departamento de Salud .....	29
Recomendaciones .....	33
Introducción y Alcance R. Del S. 55 de enero de 2001 .....	35
Metodología.....	40
Rendimiento de la Prima Suscrita por el Médico Primario .....	42
Accesibilidad a Servicios de Salud .....	73
El Impacto en la Calidad de Servicios de Salud a los Médico Indigentes .....	83
Recomendaciones .....	90
Otras Consideraciones.....	96

Propuesta Para que el Gobierno se Convierta en Asegurador Unico .....	96
Sistema Integrado de Información de Salud.....	97
Atención Primaria de la Salud: Modelos de Salud Integrados .....	98
Referencias .....	108

## ANEJOS

### ANEJO I

- ✚ LEY #72 APROBADA EL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1993

### ANEJO II

- ✚ FINANCIAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN Y DEL PLAN DE SEGUROS DE SALUD; OTROS INGRESOS

### ANEJO III

- ✚ SOLICITUD DE PROPUESTA DE ASES

### ANEJO IV

- ✚ DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE CUIDADO DIRIGIDO DE LA CRUZ AZUL DE PUERTO RICO

### ANEJO V

- ✚ CUBIERTA DE BENEFICIOS DE LA CRUZ AZUL DE PUERTO RICO

### ANEJO VI

- ✚ MODELO DE CONTRATO ENTRE LA CRUZ AZUL DE PUERTO RICO Y PROVEEDORES PRIMARIOS

### ANEJO VII

- ✚ DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE CUIDADO DIRIGIDO DE HUMANA HEALTH PLANS DE PUERTO RICO

### ANEJO VIII

- ✚ CUBIERTA DE BENEFICIOS DE HUMANA HEALTH PLANS DE PUERTO RICO

### ANEJO IX

- ✚ DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE CUIDADO DIRIGIDO DE MEDICAL CARD SYSTEM (MCS)

### ANEJO X

- ✚ CUBIERTA DE BENEFICIOS DE MEDICAL CARD SYSTEM (MCS)

### ANEJO XI

- ✚ MODELO DE CONTRATO ENTRE MEDICAL CARD SYSTEM (MCS) Y PROVEEDORES PRIMARIOS

**ANEJO XII**

- ✚ DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE CUIDADO DIRIGIDO DE TRIPLE S

**ANEJO XIII**

- ✚ CUBIERTA DE BENEFICIOS DE TRIPLE S

**ANEJO XIV**

- ✚ MODELO DE CONTRATO ENTRE TRIPLE S Y PROVEEDORES PRIMARIOS

**ANEJO XV**

- ✚ CONTRATO ENTRE ASES Y LA CRUZ AZUL DE PUERTO RICO REGIÓN SURESTE

**ANEJO XVI**

- ✚ CONTRATO ENTRE ASES Y HUMANA HEALTH PLANS DE PUERTO RICO
  - REGIÓN
    - CENTRAL
    - ESTE

**ANEJO XVII**

- ✚ CONTRATO ENTRE ASES Y MEDICAL CARD SYSTEM
  - REGION
    - OESTE
    - SAN JUAN

**ANEJO XVIII**

- ✚ CONTRATO ENTRE ASES Y TRIPLE-S
  - REGION
    - METRO-NORTE
    - NORTE
    - NOROESTE
    - SUROESTE

**ANEJO XIX**

- ✚ PRIMAS CONTRATADAS DEL 1994-2001

**ANEJO XX**

- ✚ EVALUACIÓN DE QIPRO DE INDICADORES DE SALUD DE LA REGIÓN DE ARECIBO

**ANEJO XXI**

- ✚ ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS EVALUACIONES LLEVADAS A CABO POR QIPRO EN LAS ÁREAS NORESTE, SURESTE, NOROESTE, ESTE, SUROESTE,

OESTE, METRO-NORTE Y LAS REGIONES NORTE Y CENTRAL REALIZADO POR ASES

## **ANEJO XXII**

- +** ANÁLISIS COMPARTIVO DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL PLAN NUEVO DE LA TARJETA DE SALUD EN LAS ÁREAS DE NORESTE, SURESTE, NORTE, CENTRAL, NOROESTE, ESTE, SUROESTE Y OESTE REALIZADO POR ASES

### **COMISION DE SALUD Y ASUNTOS AMBIENTALES SENADO DE PUERTO RICO ANALISIS DE LA RELACION ENTRE EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y LA ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD**

**Preparado por Servicios de Asesoría en Salud**

#### **INTRODUCCIÓN Y ALCANCE**

La implantación del Programa de La Reforma de Salud de Puerto Rico de 1993, trajo cambios significativos en la manera en que el gobierno atiende las necesidades de salud de la población. Mediante la privatización de las instalaciones de prestación de servicios de salud y del acceso a dichos servicios, el gobierno cesó en sus funciones de proveedor directo de servicios de salud a la población, mayormente indigente. El gobierno vendió la gran mayoría de las instalaciones de servicios de salud que operaba el Departamento de Salud, con el supuesto de que la administración privada de estos servicios sería más eficiente y de mayor calidad que lo que lograba el Departamento de Salud. El pago por los servicios que prestan estas instalaciones privatizadas se hace mediante un seguro de salud que el gobierno compra para las personas elegibles al programa. Dicho seguro es administrado por compañías aseguradoras que contratan el riesgo a base de una prima por suscriptor por mes con el representante del gobierno, que es la Administración de Seguros de Salud o ASES, que recién se creaba para esos fines.

Este programa se implantó de forma acelerada durante la pasada administración y durante todo ese proceso, no se evidenciaron públicamente evaluaciones científicas que permitieran conocer el impacto de la misma en la calidad de los servicios prestados, en el estado de salud de los beneficiarios y en el impacto fiscal al gobierno. No obstante, la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, según enmendada, que creó la ASES, provee para que dicha entidad llevara a cabo evaluaciones periódicas de la implantación de este programa y monitoreo continuo.

Un asunto neurálgico en este proceso ha sido la difícil relación entre el Departamento de Salud y ASES. La coordinación estrecha que debe existir entre ambas entidades es clave para la

operación efectiva del programa de seguro de salud del gobierno. Sin embargo, en los aproximadamente ocho años que lleva operando este programa, dicha coordinación no parece haber sido del todo efectiva. Una parte importante del problema y quizás la más importante, ha sido la decisión de quien debe ejercer el rol de liderato en la operación del programa. Discrepancias legales, al igual que intereses económicos y políticos encontrados, han hecho extremadamente difícil tomar una decisión definitiva en este asunto. Para algunos sectores de opinión, el hecho de que ASES maneja la contratación del riesgo mediante primas capitadas, le corresponde el rol de velar por todos los aspectos de la prestación de los servicios cubiertos en la contratación. Para otros sectores, la opinión es que la responsabilidad a nivel constitucional por la atención de la salud de la población de Puerto Rico recae en la Secretaría de Salud. Si existe algún consenso, es que esta relación no está clara y hasta tanto no se atiende, la coordinación necesaria entre el Departamento de Salud y ASES continuará confrontando dificultades serias.

Ante esta preocupación y la necesidad de una coordinación más efectiva entre ambas agencias, la Resolución del Senado 53 del 29 de enero de 2001, provee para que la Comisión de Salud y Asuntos Ambientales del Senado de Puerto Rico estudie la relación entre el Departamento de Salud y la Administración de Seguros de Salud y presente sus recomendaciones en cuanto a como hacer más efectiva la relación entre estas dos agencias en beneficio de la salud del pueblo de Puerto Rico.

Por otra parte, el Senado, mediante la Resolución del Senado número 55 del 29 de enero de 2001, ha encomendado a la Comisión de Salud y Asuntos Ambientales que examine la contratación entre ASES y las compañías aseguradoras de servicios de salud y a su vez la contratación entre estas compañías y los médicos primarios que contratan con estas para coordinar y prestar servicios a pacientes médico indigentes, beneficiarios del seguro de salud del gobierno. Esta resolución se aprueba ante la inquietud que se detecta por un lado en la población médico indigente con respecto a la continuidad y calidad de los servicios médicos y por otro, las dificultades que alegan los médicos contratados por las compañías aseguradoras en mantener la rentabilidad de sus oficinas y cumplir con su responsabilidad de prestar los servicios de salud que exigen sus pacientes. Esto unido a la preocupación por el aumento dramático en los costos de operar este programa.

Este trabajo presenta argumentos para sostener que la responsabilidad por la atención de la salud de la población le corresponde al Secretario de Salud y que como tal, se necesitan implantar cambios sustantivos para que en la relación entre el Departamento de Salud y ASES se coordinen los esfuerzos para lograr una mejor atención de la salud del pueblo en general y una administración efectiva del programa de la Reforma de Salud. En los cambios que se recomiendan como resultado del análisis llevado a cabo, se revisan y reasignan funciones entre ambas agencias que deberán agilizar su operación individual y la productividad resultante de una coordinación más estrecha y efectiva. En cuanto a la relación contractual entre ASES, las compañías aseguradoras y los proveedores de cuidado primario, se examinan hallazgos y se presentan recomendaciones para atender los problemas detectados en los modelos de contratación que se utilizan para organizar, financiar y prestar los servicios de salud del programa de La Reforma.

La operación exitosa del programa de La Reforma de Salud no debe medirse exclusivamente en las dimensiones de salud y costo. Aún cuando la salud de la población y la administración prudente de los recursos económicos públicos son responsabilidades de alta prioridad para el país, estas dos dimensiones son parte de una realidad mucho más compleja. Es sorprendente notar que siendo el escenario de intervenciones en salud pública uno de alcance tan amplio, la Reforma de Salud de Puerto Rico se redujera en alcance a una estrategia de privatización de la administración del acceso a la prestación de servicios de salud y convirtiera el mecanismo de seguros en piedra

angular de la política pública de salud nacional. La salud pública, al estar fundamentada en el reconocimiento de factores de riesgo, que surgen del entorno del diario vivir que afectan a la población y no solo al individuo, procura minimizar la posibilidad de que se materialice un riesgo y afecte la salud de la comunidad o la población. Esto, a través de intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Al descargar su rol de protector de la salud pública, el gobierno interviene en varias áreas de importancia a saber:

1. Servicios de promoción y prevención de enfermedad para individuos.
2. Prevención de exposición a contaminantes químicos y físicos a la población.
3. Coordinación inter-agencial de recursos para atender problemas de salud complejos.
4. Coordinar la integración de programas categóricos al alcance de la cubierta de beneficios que se ofrecen en el seguro de salud del gobierno.
5. Asegurar acceso a servicios de salud, con atención especial a poblaciones indigentes y con necesidades especiales.
6. Vigilancia epidemiológica, socio-demográfica, de utilización y costo.
7. Asegurar la calidad de la atención de la salud a la población.
8. Planificación, desarrollo y evaluación de los programas e intervenciones en la atención de la salud.

La actividad número cinco señala la responsabilidad de asegurar acceso a servicios de salud. Siendo esta solo una de muchas intervenciones necesarias para una salud pública efectiva y que en muchas reformas de salud esto se atiende a través del mercado de seguros, se debe reconocer que el alcance de la Salud Pública va más allá que proveer un seguro de salud. Es necesario, por lo tanto, ampliar el alcance del continuo de salud para incluir intervenciones, programas y servicios que trasciendan el escenario médico.

La Reforma de Salud debe visualizarse también como parte de una visión y una política pública dirigida a desarrollar de forma integral los recursos humanos del país. Al unirse esta a las políticas de educación, empleo y bienestar social, se reconoce la necesidad de estas intervenciones en el desarrollo socioeconómico de Puerto Rico, especialmente en una era en que las economías mundiales van transformándose de economías que operan a base de recursos naturales a economías de servicios, que operan a base de recursos humanos y técnicos. A tales efectos, la salud y la educación de la población necesitan ser metas principales para lograr funcionar efectivamente y de forma competitiva en este nuevo escenario económico mundial.

### **TRASFONDO**

La Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, aprobada en 1952, dispone en el Artículo 4, Sección 6, el establecimiento del Departamento de Salud de Puerto Rico. Como parte de su mandato Constitucional, la agencia asume la responsabilidad de establecer e implantar los mecanismos para atender las necesidades de salud de la población.

A partir de 1954 y como parte de la iniciativa de Manos a la Obra, se reorganiza el sistema de salud del país en seis regiones de salud, definidas a base de criterios epidemiológicos. A estas regiones se les dota de un sistema de prestación de servicios de salud a base de niveles de cuidado, con énfasis en el nivel primario. En este nivel se concentrarían en las comunidades los servicios de promoción de salud y prevención de enfermedad, al igual que la atención de condiciones agudas

ambulatorias. Este sistema se considera el primer modelo de cuidado coordinado que se ensaya en Puerto Rico. Utilizando como apoyo el perfil epidemiológico de la población, se designaron regiones geográficas que eran internamente consistentes en términos de sus condiciones de salud. A cada región se le definía un programa de servicios (hoy día llamado cubierta de beneficios) y un presupuesto para lograr la prestación de los mismos. El Departamento de Salud fungía como asegurador del riesgo y proveedor del servicio. En efecto, este fue un modelo de cuidado coordinado adelantado a su época.

Desafortunadamente, la delegación de autoridad presupuestaria a las regiones no se materializó, quedando el proceso de toma de decisiones en el nivel central del Departamento de Salud. Esto a su vez impidió el desarrollo del sistema de cuidado coordinado en que estaba basado el modelo. La década de 1970, que resulto ser, entre otras, una de intensa actividad legislativa, produjo varios intentos de reforma y reorganización del sistema de salud. Para mediados de la década, se separan las funciones normativas y operacionales del Departamento de Salud, las últimas quedando delegadas a la Administración de Facilidades de Servicios de Salud (AFASS). El objetivo de esta iniciativa fue agilizar la operación de la agencia en cuanto a la prestación efectiva y eficiente de los servicios de salud, toda vez que dejaba en manos del secretario de salud las funciones normativas de la agencia.

La Ley 11 del 23 de junio de 1976, según enmendada, se aprueba para ofrecer el marco de política pública de salud que serviría de guía a los procesos de reorganización del sistema de salud gubernamental. Esta ley, conocida como “Ley de Reforma Integral de los Servicios de Salud en Puerto Rico”, presentaba tres elementos fundamentales en la política pública de salud del país. Primero, la atención de la salud de la población se visualizaba como un valor que debía ser garantizado en ley como un derecho. Esto, claro esta, no podía hacerse ya que la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico no cobija dicho derecho. Cabe señalar que la versión original de la Constitución que se sometió para ratificación al Congreso de los Estados Unidos en 1951, contenía lenguaje que protegía el acceso a servicios de salud como un derecho. Sin embargo, este fue eliminado antes de que fuera ratificada la Constitución. En segunda instancia, la Ley 11, que hoy día permanece como la política pública oficial de Puerto Rico, asigna la más alta prioridad a la atención primaria de la salud, como un mecanismo para promover la salud y prevenir la enfermedad. Finalmente, el tercer elemento provee la flexibilidad administrativa que permite al Departamento de Salud la facultad legal para privatizar aspectos de su rol de prestación y administración fiscal de los servicios de salud.

Durante la década de 1980 se ensayó la estrategia de “Democratización de la Medicina”, mediante la cual, amparado en la Ley 11, se privatizó la administración de once hospitales de área y regionales. De hecho, esta estrategia coincidió con una política de consolidación de camas, en la cual el Departamento de Salud cerró las camas que aún estaban en operación en los centros de diagnóstico y tratamiento y las sustituyó por las que inauguró en los hospitales de área. Estos últimos representaban el nivel secundario del modelo de regionalización y que faltaba por desarrollar. La estrategia de privatizar estos hospitales mediante contratos de arrendamiento, consistía en que el Departamento de Salud financiaba parte del costo de operar dichas facilidades y el arrendatario cubría la diferencia. El intento del Departamento de Salud era lograr que mediante este alivio financiero, los arrendatarios tuvieran el incentivo de operar de forma eficiente y retuvieran como ganancia el excedente de los ingresos de la operación. Esto a su vez resultaría en un ahorro al gobierno. Sin embargo, la falta de indicadores de desempeño para velar por la

administración de estos contratos, se señala como el factor principal para el fracaso de esta estrategia.

Para finales de la década de 1980, el costo de operar el sistema público de salud de Puerto Rico era prohibitivo. El gasto del Departamento de Salud en operar el sistema público se había duplicado cada cinco años desde 1970 (Muñoz y Villamil 1991). Peor aún, este incremento en gasto por parte del Departamento de Salud crecía a un ritmo dos veces más rápido que el incremento en las rentas periódicas del gobierno. Un efecto inmediato de esto era que el Departamento de Salud estaba comenzando a consumir recursos presupuestarios de otras agencias.

En 1992 el Consejo General de Salud del Departamento de Salud culminó un proceso de planificación estratégica del cual surgió una propuesta para reformar el sistema de salud. El Consejo dedicó dieciséis meses a un proceso de análisis exhaustivo que contó con la participación de más de trescientos representantes de distintos sectores del campo de la salud. Esta propuesta presentaba un modelo de integración del sistema de prestación de servicios de salud, poniendo énfasis nuevamente en el nivel primario. Se incluyeron además, recomendaciones para crear una política pública de recursos humanos del sector salud; una política pública de educación en salud y un modelo para desarrollar un sistema de información a nivel de todo el sistema de salud de Puerto Rico. Estas recomendaciones fueron obviadas por la decisión de implantar el Programa de La Tarjeta de Salud, como resultado de una nueva administración gubernamental en 1993.

En el año 2000 y luego de seis años de operación del programa de La Tarjeta, el costo de la atención de la salud se vuelve a duplicar, el reto financiero y de salud pública para el gobierno permanece como asunto de primer orden y una nueva administración de gobierno hereda dicho reto. Para atender el mismo, la nueva administración de gobierno ha identificado problemas en la relación entre el Departamento de Salud y la Administración de Seguros de Salud, que podrían estar impidiendo la operación efectiva del gobierno en lo referente a la implantación de la reforma de salud. En adición, el Senado ha identificado problemas en la relación contractual entre la Administración de Seguros de Salud (ASES), las compañías de seguros de salud participantes en la reforma y los médicos primarios que son responsables de la contratación y coordinación de los servicios a los beneficiarios de este programa.

## METODOLOGÍA

Para la realización de este estudio se utilizaron varias fuentes. Se estudiaron los informes y evaluaciones de comisiones legislativas que fueron provistas por la Comisión de Salud del Senado. Se estudiaron informes sometidos a dicha Comisión por parte de organizaciones profesionales y grupos de la comunidad. Se analizó la experiencia de diferentes organizaciones de prestación de cuidado primario que contrataron con compañías aseguradoras para participar en el programa de la Reforma. Se entrevistaron personas claves en el sector salud y se llevó a cabo un análisis minucioso de información provista por ASES, que incluye informes de estadísticas y datos financieros para examinar, entre otros aspectos, la distribución de riesgo con el proveedor primario, la distribución de la prima por renglones y la forma en que se incluyen los beneficios cubiertos entre diferentes compañías aseguradoras. Esto último es importante para poder llevar a cabo análisis comparativos entre los distintos modelos de contratación.

Se analizó la adecuacidad de las primas de seguros y el capitation que se le paga a los proveedores de cuidado primario o HCO por modelo o plan médico. Se puso énfasis en el riesgo financiero de los proveedores, estados financieros de los HCO's y las compañías aseguradoras y los procesos para determinar la adecuacidad de las reservas retenidas a los HCO para gastos incurridos y

no reportados (IBNR por sus siglas en inglés), entre otros. Para corroborar el análisis, se examinaron los contratos entre ASES y las compañías aseguradoras y luego se compararon el contenido de esta contratación con los contratos entre las compañías aseguradoras y los HCO.

Las conclusiones y recomendaciones de este estudio deben resultar en una contribución significativa por parte de la Comisión de Salud y Asuntos Ambientales del Senado para lograr una mejor operación del sistema de salud del país. Esto a la luz del rol del Departamento de Salud y ASES y los profesionales y servicios que contratan para cumplir su compromiso de atender la salud de la población médico-indigente del país.

### **ORIGEN DEL PROBLEMA**

Para cumplir con los propósitos de este estudio es de fundamental importancia conocer el origen de los problemas que se detectan hoy día en la operación del programa de La Reforma de Salud. Esto permite identificar soluciones que pueden ser consideradas por el gobierno para corregir dichos problemas y agilizar la operación de dicho programa. La discusión debe comenzar con explicar como marco de referencia, la conceptualización del programa de La Reforma bajo la pasada administración. Mediante este marco de referencia, podremos tener una idea de cómo interactuaron las variables políticas, económicas, sociales y normativas de este proceso.

Hasta el año 1993 la atención de la salud de la población médico indigente y el financiamiento de los servicios que se les prestaba, descansaba en el sistema de salud gubernamental, que era administrado por el Departamento de Salud. Dicha agencia era responsable simultáneamente del financiamiento y cuidado directo de aproximadamente 1.3 millones de personas. El Departamento de Salud, que operaba con un presupuesto combinado de \$1.2 billones, estaba dividido en dos componentes organizacionales principales. El componente normativo lo administraba el Secretario de Salud. Para cumplir sus funciones, el Secretario contaba con distintas secretarías auxiliares para atender la política pública de la agencia en lo referente a, entre otros, salud ambiental, ambulatoria, emergencias médicas, madres y niños, salud oral y promoción de salud y prevención de enfermedad.

El componente operacional era administrado por la Administración de Facilidades y Servicios de Salud (AFASS). La AFASS estaba a cargo de la administración de las facilidades de atención de la salud pertenecientes al gobierno, incluyendo los recursos humanos, técnicos y financieros, al igual que la reglamentación de las facilidades de salud tanto gubernamentales como privadas. Esto último, de hecho, recibió muchas críticas por parte del sector privado, que se quejaba de que el Departamento de Salud era juez y parte cuando reglamentaba al sector privado y luego se reglamentaba a si mismo, creando situaciones de conflicto en áreas como la aprobación de Certificados de Necesidad y Conveniencia.

En lo que se refiere a recursos fiscales, Puerto Rico, distinto a las jurisdicciones de los cincuenta estados, opera su sistema de cuidado de la salud para la población médico-indigente con una mayoría de fondos provenientes del fondo general del gobierno local. Esto es, Puerto Rico recibe una asignación anual del Programa de Asistencia Médica Federal, conocido también como el Título XIX-Medicaid, que se computa a base de una participación federal fija de fondos pareados al 50%. Contrario a los estados federados, este fondo mantiene un tope de \$177.9 millones de pareo federal, lo que equivale a aproximadamente 8% del total que gasta el Departamento de Salud para la atención de la salud de la población médico-indigente. En cambio, las demás jurisdicciones estatales reciben en promedio 60% de pareo federal y hasta 87.5% si son extremadamente pobres. Esta

disparidad se establece por razones de que Puerto Rico no paga contribuciones federales y por lo tanto no tiene derecho en ley a obtener dicha paridad de fondos federales en el Programa Medicaid.

Con el presupuesto asignado a la agencia, el Departamento de Salud era responsable de cubrir los servicios de cuidado primario, secundario, terciario y supraterciario para toda la población médico-indigente, elegible a través del Programa de Asistencia Médica. Los servicios de cuidado primario, que se ofrecían en los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), incluían además de los servicios médicos, el Programa WIC, el Registro Demográfico y el Programa de Asistencia Médica. El presupuesto de los CDT se componía de fondos estatales, fondos federales de programas categóricos y en bloque y transferencias municipales, incluyendo servicios en especie.

El nivel secundario incluía los hospitales de área que servían a la población de entre tres a siete municipios. Estos hospitales brindaban servicios de cuidado general agudo, ya fuera institucional o ambulatorio. El nivel terciario incluía los hospitales regionales y subregionales que ofrecían servicio agudos para condiciones especializadas. Estos hospitales estaban localizados en los municipios que servían de cabecera de región en el modelo de regionalización en que estaba organizado el Departamento de Salud. Finalmente, el Centro Médico de Puerto Rico se establece en Río Piedras para ofrecer servicios supra-terciarios a toda la población de la Isla.

Para 1991 el gasto del Departamento de Salud en proveer servicios de salud a la población era prohibitivo; tanto como porcentaje del presupuesto total del gobierno de Puerto Rico, como en el ritmo de crecimiento. Esta preocupación llevó a varios sectores del campo de la salud a examinar opciones para corregir el problema. No obstante, era de reconocimiento general que el problema fundamental que generaba este incremento en el gasto en servicios de salud era el costo e operar dos sistemas paralelos. Aún cuando el sector de salud privado y el sector público atendían a poblaciones mayormente distintas, se reconocía la existencia de un fenómeno de competencia entre ambos sectores, que entre otros, produjo un aumento desmedido en la adquisición de tecnología diagnóstica, la duplicidad de servicios y facilidades de salud costosas y como resultado, un incremento en el gasto total en servicios de salud, que no se traducían en mejores servicios o mayor acceso (Consejo General de Salud 1989).

El consenso se formó rápidamente en la necesidad de reformar el sistema de salud mediante la integración de los sectores privado y gubernamental. Para el mes de agosto de 1992, el Consejo General de Salud, órgano adscrito a la Oficina del Secretario de Salud para ofrecer asesoría en materias de política pública, presenta los resultados de un proceso de planificación estratégica que culmina dieciséis meses de análisis intenso por parte de más de trescientos representantes del sector salud. El informe del Consejo produce recomendaciones en cuatro áreas fundamentales para reformar el sistema de salud del país:

1. una estrategia integradora del sistema de servicios de salud y financiamiento;
2. una política pública de educación en salud;
3. una política de desarrollo de recursos humanos para el sector salud; y
4. un modelo de desarrollo para un sistema de información de salud.

Las recomendaciones del Consejo fueron divulgadas a los distintos sectores profesionales y de política pública en Puerto Rico. En el mes de octubre de 1992 se presentó inclusive un foro al cual fueron invitados a reaccionar los candidatos a la gobernación de los tres partidos políticos del país. Estos esfuerzos fueron en vano ya que con la elección en el mes de noviembre de ese año del Dr. Pedro J. Rosselló González, como gobernador, el programa para desarrollar La Tarjeta de Salud ya estaba en una etapa adelantada.

### LA REFORMA DE SALUD DE 1993

En 1993 el nuevo gobierno comienza la implantación del programa de reforma de salud con el nombre de La Tarjeta de Salud. Como modelo de privatización, este programa contestaba la gran disyuntiva que permanecía a finales de 1992 en cuanto a la dirección que debía tomar la integración de los sectores de salud privado y gubernamental. Este programa tenía como objetivo principal ser neutral en cuanto al crecimiento del presupuesto. De hecho, los supuestos que dieron lugar al programa de La Tarjeta fueron que el sistema privado era más eficiente que el sector público, por ende el objetivo de neutralidad presupuestaria y que el sistema privado prestaba servicios de mayor calidad que el sector público.

Para administrar el programa de La Tarjeta, el gobierno crea una agencia paralela al Departamento de Salud llamada la Administración de Seguros de Salud (ASES). La ASES se crea mediante la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, según enmendada, dentro de la sombrilla del Departamento de Hacienda, con el Comisionado de Seguros como presidente de su junta de directores. El Secretario de Salud es nombrado como miembro de dicha junta y responde al Comisionado de Seguros en materias de la operación de ASES.

El presupuesto para financiar La Tarjeta se nutriría de los ahorros que el gobierno generaría al dejar de ser un prestador de servicios directos. Estos fondos serían sustituidos por el dinero recaudado por concepto del arrendamiento de las facilidades de salud y que sería utilizado para pagar las primas de seguros a las compañías aseguradoras participantes. El proceso de arrendamiento de las facilidades de salud del gobierno se suponía que ocurriría simultáneamente con la contratación de las regiones a las compañías aseguradoras. Esto le permitiría al gobierno generar el objetivo de neutralidad presupuestaria.

La decisión inicial del nuevo gobierno fue crear un sistema de proveedor único que atendería a la población beneficiaria en los centros de diagnóstico y tratamiento (CDT) de los municipios de la región de Fajardo. El proceso de subasta del arrendamiento de las facilidades de salud del gobierno resultó en la selección de la empresa Sunrise. Esta empresa asumiría el riesgo de todas las vidas a contratarse en el plan piloto de la región de Fajardo. Aún cuando Sunrise entendía que la tarifa contratada mediante pago per cápita o “capitation” era insuficiente para cubrir los costos de operar el programa de La Tarjeta en los CDT, el hecho de que contarían con el 100% de las vidas le ofrecía espacio para generar economías.

Pocas semanas antes de dar inicio al programa de La Tarjeta en Fajardo, el gobierno cambió la decisión de proveedor único y la sustituyó con una de competencia abierta. Muchos proveedores se organizaron en grupos médicos y compitieron contra Sunrise por la población de beneficiarios al programa. Sunrise terminó con menos del 50% de la población a ser atendida en los CDT. Esta disminución en vidas cubiertas hacía del proyecto uno oneroso para Sunrise, por lo que se retiró del programa. Las vidas que retenía a ese momento fueron contratadas a otros grupos de proveedores.

La estrategia del gobierno de arrendar sus facilidades de salud confrontó problemas desde el inicio. La porción de la prima negociada a la compañía aseguradora Cruz Azul de Puerto Rico, que se transfería al proveedor primario resultaba insuficiente para cubrir los costos fijos de operar un CDT. De igual manera, el arrendamiento de los hospitales públicos era muy oneroso. Los arrendadores potenciales tenían la preocupación adicional de la poca preferencia de los beneficiarios del nuevo programa por estas facilidades.

En un último intento, el gobierno remodeló los CDT de la región para hacerlos más atractivos y así poder competir con el sector privado, al que había invitado a participar de este programa. Aún así no logró retener más del 45% de la matrícula. Confrontado con una política de no despedir personal, unido al hecho de que tenían que asumir el 100% del gasto, con unos gastos fijos

onerosos y una prima que representaba un dólar de capitation descontado en más de 60%, el gobierno estaba perdiendo un promedio de \$100,000 mensuales en un CDT con 25,000 vidas.

Al confrontar problemas de fuentes de fondos, el gobierno procedió a vender los CDT y los hospitales para generar el dinero necesario para pagar las primas contratadas a las compañías aseguradoras. Esto último, sin embargo, le permitiría financiar solamente un ciclo de contratación. El financiamiento de los contratos subsiguientes permanecía incierto. El gobierno reconocía la importancia política de este programa y no estaba dispuesto a dar marcha atrás.

Para continuar el programa, el gobierno se vio obligado a recurrir al sistema tradicional de financiamiento de los servicios de salud. A tales efectos, el programa de La Tarjeta se pagó con fondos allegados de diversas fuentes: fondos estatales provenientes del fondo general y posteriormente líneas de crédito del Banco Gubernamental de Fomento; transferencias de fondos que retenía el Departamento de Salud para sus funciones normativas y que se ven afectadas al perder el presupuesto para ser integrado al fondo de La Tarjeta; fondos federales recibidos del Programa de Asistencia Médica Medicaid, mediante un acuerdo con el gobierno federal; y fondos municipales, allegados como aportación de los municipios a cambio de la elegibilidad de sus residentes a este programa de seguro estatal.

Los últimos dos años de la implantación de la reforma resultaron ser sumamente difíciles desde el punto de vista de financiamiento. Con las líneas de crédito del Banco Gubernamental de Fomento comprometidas y las fuentes de fondos del Departamento de Salud ya utilizadas, fue necesario transferir dinero asignado al Departamento de Educación (1998-99) para mantener operando el programa. Curiosamente, esto se señaló de manera similar en el informe al Consejo General de Salud en 1991, cuando se encontró que el crecimiento en el gasto en servicios de salud por parte del Departamento de Salud corría el peligro de consumir recursos de otras agencias (Consejo General de Salud 1991).

Los sobregiros del programa de La Tarjeta, generados en Fajardo, pudieron resolverse mediante subsidios del presupuesto de otras regiones. Esto funcionaba mientras se seguían añadiendo regiones y aumentando el presupuesto. Sin embargo, una vez adjudicadas todas las regiones, se produce un tranque fiscal. La situación se complica más aún con la venta de las facilidades de salud del gobierno, la deuda millonaria que acumula el Departamento de Salud y la extinción de sus líneas de crédito. Esto último le impide transferir dinero adicional a ASES.

En gran medida estos se veían venir. El Departamento de Salud aún se hace responsable por varios hospitales, CDT's y el Centro Médico de Puerto Rico. Esto representa un presupuesto de varios cientos de millones de dólares. Además, el gasto en salud ha ido en aumento por inflación entre 3%-4% anual desde 1994, pero el presupuesto real de la agencia, visto en términos del pago de capitation, no ha aumentado al mismo ritmo. Tómese como ejemplo las primas de la Cruz Azul de Puerto Rico. Estas son hoy de aproximadamente \$60.00 por miembro/por mes, lo mismo que en 1994.

Otro problema que comprometió el desarrollo de La Reforma fue el hecho de extender la elegibilidad hasta 200% del nivel de pobreza. En efecto proveyendo beneficios de cubierta a más de 300,000 personas que no son realmente médico-indigente, pero son votantes. Y en Puerto Rico, el tema de salud siempre ha ocupado una posición prominente en las prioridades electorales del pueblo. Esto, unido al alto nivel de participación de la población en las elecciones generales, explica de forma significativa la estrategia de ofrecer la cubierta de La Tarjeta a esta población.

Finalmente, la eficiencia que se esperaba generar en el manejo adecuado de la población asegurada por el programa de La Tarjeta no se ha materializado. Esto se debe en gran medida a que los HCO no logran retener los beneficiarios y por tal razón no se puede aproximar la curva de

capitation perfecta. Esta supone que un paciente que permanece en un HCO utiliza muchos servicios al principio y luego de estabilizar su salud, la curva también se estabiliza económicamente.

### **EL VALOR POLÍTICO DE LA TARJETA**

Luego de ocho años de implantado el Programa de La Tarjeta, surgen interrogantes en cuanto al rol del gobierno, específicamente el Departamento de Salud, en llevar a cabo los programas y actividades de intervención comunitaria que se incluyen dentro del alcance de responsabilidades de la salud pública. Asuntos como la falta de actualización de las estadísticas vitales; el aumento en embarazos en adolescentes; la falta de coordinación entre programas categóricos; y los beneficios de La Tarjeta de Salud y la sustitución de criterios científicos por criterios políticos en la definición de las regiones de salud, entre otros, han resultado en la implantación de una estrategia de atención de la salud por parte del gobierno, que se caracteriza por un alcance limitado a la prestación de servicios médico-hospitalarios y a generar el apoyo político por parte de los beneficiarios identificables, en este caso los recipientes de La Tarjeta de Salud.

Otro aspecto político del programa de La Tarjeta fue la consolidación de los fondos municipales. Esto representó una estrategia sumamente efectiva para el nivel ejecutivo. El valor político de los fondos municipales destinados para salud y que se gastaban mayormente en medicinas recetadas, ya no beneficiaría al alcalde sino al gobernador. Al consolidar el poder presupuestario en el ejecutivo, el gobernador consolidó a su vez el poder electoral y político del país en el ejecutivo. A tales efectos, las decisiones principales del gobierno en cuanto a política pública de salud se producirían mayormente en el nivel ejecutivo y no en el legislativo ni el municipal.

El valor político de La Tarjeta se extendió al experimento de la contratación de beneficiarios en la región de Fajardo. La intensa actividad de competencia que esta generó entre la comunidad médica fue reseñada por la prensa regional, la radio y las campañas abiertas para suscribir vidas, ya que produjo inclusive choques entre grupos de proveedores participantes que competían por las vidas del programa.

Reconociendo el valor político de este programa, el gobierno procedió a extender de forma acelerada la implantación del mismo en las demás regiones geográficas en que se había dividido la Isla para este programa. Cabe señalar que dicha división regional obedeció a criterios de naturaleza política y no epidemiológica, como se había concebido originalmente en el modelo de regionalización y que se había anunciado se seguiría en este programa. Pero, los asuntos sobre política pública de salud se atienden como decisiones sociales. Y las decisiones sociales a su vez se toman en arenas políticas. Tan alto resultó ser el valor político de la reforma de salud, que la misma pareció ser un factor determinante en la victoria electoral del gobierno en 1996. Los altos niveles de satisfacción que mostraban los usuarios de La Tarjeta según encuestas realizadas periódicamente, sostienen este argumento.

### **✚ Discusión de Resoluciones del Senado de Puerto Rico Sobre La Relación Entre el Departamento de Salud y La Administración de Seguros de Salud**

El Senado de Puerto Rico ha expresado su preocupación por el desarrollo de La Reforma de Salud de Puerto Rico y ha sometido varias piezas legislativas a los efectos de que se estudie dicha situación y se tomen acciones correctivas. En esta sección se discute la Resolución del Senado 53 del 29 de enero de 2001 y el Proyecto del Senado 1038 del 18 de octubre de 2001. Ambas piezas legislativas se refieren específicamente a atender los problemas existentes en la relación entre el Departamento de Salud y la Administración de Seguros de Salud (ASES). La R. del S. 53 ordena a

la Comisión de Salud y Asuntos Ambientales a estudiar la relación y funciones que existen entre el Departamento de Salud y ASES para determinar la calidad de los servicios de salud y si operan de acuerdo con las disposiciones de sus respectivas leyes orgánicas. El Proyecto del Senado 1038 va un paso más allá y recomienda se enmiende la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, según enmendada para que ASES sea adscrita al Departamento de Salud. Se presentan los textos de ambas piezas legislativas y luego se presenta un análisis de las mismas. Se incluyeron ambas piezas ya que se relacionan al mismo asunto y los resultados y recomendaciones deben satisfacer los propósitos de ambas.

## **ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**

**14ta. Asamblea  
Legislativa**

**1a. Sesión  
Ordinaria**

### **SENADO DE PUERTO RICO**

**R. del S. 53**

29 de enero de 2001

Presentada por la señora Rodríguez Hernández  
Referida a la Comisión de Asuntos Internos

### **RESOLUCION**

Para ordenar a la Comisión de Salud y Asuntos Ambientales que realice una investigación sobre la relación y funciones que existen entre el Departamento de Salud y la Administración de Seguros de Salud (ASES), con el propósito de determinar la calidad de los servicios que ofrecen y determinar si están operando de acuerdo con las disposiciones de sus respectivas leyes orgánicas.

### **EXPOSICION DE MOTIVOS**

La Reforma de Salud ha traído cambios en todos los componentes del sistema de salud de Puerto Rico. Entre estos cambios se destaca la Administración de Seguros de Salud (ASES), creada por la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, según enmendada.

Por otro lado, tenemos la Ley Orgánica del Departamento de Salud, según ha sido enmendada, que rige la organización, funciones y facultades de dicho Departamento. En el pasado, los límites de deberes y responsabilidades de cada agencia han sido difusos.

Es la intención del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico mantener transparencia y accesibilidad en todo lo referente a la administración gubernamental y la prestación de servicios públicos. Esto tiene como fin que la ciudadanía sepa donde acudir en casos de dudas, querellas y otros asuntos relacionados a la prestación de servicios de salud.

La investigación deberá incluir, sin que se considere una limitación:

- 1- Cumplimiento con la política pública expresada en las leyes orgánicas que dieron origen a su creación.
- 2- Impacto en el ofrecimiento de servicios.
- 3- Relación entre proveedores de servicios y aseguradoras.
- 4- Nivel de satisfacción con los servicios.

**RESUELVASE POR EL SENADO DE PUERTO RICO:**

Sección 1.- Ordenar a la Comisión de Salud y Asuntos Ambientales que realice una investigación sobre la relación y funciones que existen entre el Departamento de Salud y la Administración de Seguros de Salud (ASES), de manera que se garantice la política pública de atender adecuadamente todas las partes envueltas en la prestación de servicios de salud en Puerto Rico. La investigación deberá incluir, sin que se considere una limitación: cumplimiento con la política pública expresada en las leyes orgánicas que dieron origen a su creación; impacto en el ofrecimiento de servicios; relación entre proveedores de servicios y aseguradoras y el nivel de satisfacción con los servicios.

Sección 2.- La Comisión rendirá un informe al Senado de Puerto Rico, con sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones dentro de los 10 días siguientes a la fecha de aprobación de esta Resolución.

Sección 3.- Esta Resolución entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.

## **ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**

**14ta Asamblea  
Legislativa**

**2da. Sesión  
Ordinaria**

### **SENADO DE PUERTO RICO**

#### **P. del S. 1038**

18de octubre de 2001

Presentado por el señor Cancel Alegría

Referido a las Comisiones de Salud y Asuntos Ambientales; y de Gobierno y Seguridad Pública

### **LEY**

Para enmendar la Sección 1 del Artículo IV de la Ley Num. 72 del 7 de septiembre de 1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico”, a fin de adscribir la Administración al Departamento de Salud.

### **EXPOSICION DE MOTIVOS**

El Estado Libre Asociado de Puerto Rico tiene la responsabilidad y el deber de velar por el bienestar general del pueblo al que sirve. Garantizar servicios de salud de excelencia a todos los puertorriqueños es uno de los objetivos del Gobierno. El Secretario de Salud, por disposición constitucional, es el jefe del Departamento de Salud y tiene a su cargo todos los asuntos relacionados con la salud, sanidad y beneficencia pública.

En 1993, como parte de una reforma de los servicios de salud, se creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico para implantar, administrar y negociar mediante contrato con las aseguradoras un sistema de seguros de salud para los residentes de Puerto Rico. Los propósitos de la Administración y del Departamento son similares, mejores servicios de salud al menor costo para todos los ciudadanos, especialmente los médico-indigentes. El Secretario de Salud, como miembro de la Junta de Directores de la Administración, es responsable de identificar y certificar a las personas y familias elegibles conforme con el nivel de ingreso y el cumplimiento de determinados requisitos para recibir beneficios de salud estatales y federales. El Departamento también ofrece servicios a poblaciones con necesidades especiales en sus facilidades regionales.

Por estar estrictamente las funciones de estas entidades gubernamentales, la Asamblea Legislativa estima necesario la aprobación de la presente medida, lo cual permitirá, que la Administración opere con mayor eficiencia para la consecución de sus fines, dentro de una estructura cuyos objetivos persiguen la excelencia en los servicios de salud para todo el pueblo.

**DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:**

Artículo 1.- Se enmienda la Sección 1 del Artículo IV de la Ley Num. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, para que se lea como sigue:

“ARTICULO IV  
ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD  
DE PUERTO RICO

Sección 1.- Creación.-

Se crea una corporación pública, como instrumentalidad del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, bajo el nombre de Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, *adscrita al Departamento de Salud*. La Administración tendrá existencia perpetua con personalidad jurídica independiente y **[separada de cualquier otra entidad, agencia, departamento o instrumentalidad del Gobierno de Puerto Rico y]** estará regida por una Junta de Directores.”

Artículo 2.- La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico continuará operando bajo las disposiciones de la Ley 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, en la medida que las disposiciones de la misma no conflijan con lo dispuesto por esta Ley.

Artículo 3.- Esta Ley entrará en vigor noventa (90) días después de su aprobación.

**DISCUSION**

La relación entre el Departamento de Salud y la Administración de Seguros de Salud (ASES) se examina en este estudio para identificar alternativas para integrar los roles y funciones de ambas entidades y que de esa manera puedan funcionar en armonía para lograr las metas y objetivos de atención de la salud de la población. La discusión se concentra en tres áreas principales: aspectos legales, estructura organizacional y sistema de información. Los hallazgos y recomendaciones que se desprenden de estas tres áreas deben servir de insumo positivo para la formulación de una política pública que facilite la integración de estas dos entidades en una estructura organizacional ágil y que sea representativa del sistema de cuidado integrado que se desea para Puerto Rico.

**Aspectos Legales**

El estado de derecho en cuanto a la responsabilidad por la atención de la salud de la población de Puerto Rico esta contemplado en la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. En la Sección 6 del Artículo 4 se establece que el Departamento de Salud será responsable por la atención de la salud del pueblo. Añade que dicha agencia estará dirigida por un Secretario de Salud y que este formará parte del gabinete de la oficina del Gobernador. En tanto y en cuanto ese estado de derecho permanezca así expresado en la Constitución del país, la responsabilidad y la autoridad legal sobre todos los aspectos de la atención de la salud de la población recaen en la posición del Secretario de Salud. Claro esta, este podrá contar con personas o entidades que le brinden apoyo en el descargo de sus funciones, pero serán de naturaleza asesora y en ningún momento deben ir por encima de la autoridad del Secretario.

La responsabilidad del Secretario de Salud se reafirma en la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, según enmendada, que crea la Administración de Seguros de Salud o ASES. En esta ley se expresa claramente que el Departamento de Salud es responsable de velar por la calidad de los servicios de salud que se prestan a los beneficiarios del seguro de salud del gobierno. Al contar con la responsabilidad legal y constitucional para cumplir con esta encomienda, el Secretario de Salud necesita contar con la autoridad legal y la estructura adecuada para cumplir con esta responsabilidad. Este es un principio de paridad organizacional en el cual se asume que la responsabilidad tiene que estar acompañada de la autoridad legal para cumplirla.

### **Estructura Organizacional**

La realidad desde 1993 hasta el presente ha sido que ASES ha asumido mayor ingerencia en las decisiones de la operación del sistema de salud para los médico-indigentes que el mismo Departamento de Salud. Este último ha visto su rol limitado a definir la elegibilidad de los beneficiarios al seguro de salud del gobierno y de esta forma aparentemente se cumple su responsabilidad de brindar acceso a los servicios de salud. Sin embargo, el acceso envuelve más que la otorgación de elegibilidad. Incluye además los servicios que se habrán de prestar de acuerdo a las necesidades identificadas, los modelos de atención de la salud que se desarrollarán para optimizar la atención de la salud y velar por la utilización, la calidad y el costo de los servicios y la efectividad de los modelos de cuidado. Estas funciones, aunque le corresponden al Departamento de Salud, se le asignaron a ASES.

La decisión de separar la fase normativa de la fase operacional en el funcionamiento de La Reforma de Salud tuvo su precedente en el Departamento de Salud desde mediados de la década de 1970. La creación de la Administración de Facilidades y Servicios de Salud (AFASS) tuvo el propósito de separar la administración operacional de la agencia de la fase normativa. El Secretario de salud nombraba en ese entonces y hasta 1994, un Director Ejecutivo que era Administrador de Servicios de Salud para dirigir AFASS. La fase normativa, de política pública, manejo de asuntos federales, salud pública y programas categóricos, se administraban directamente en la Oficina del secretario de Salud. La diferencia de ese modelo organizacional al que se implanta en 1993, es que la fase de administración de los servicios de salud, ahora privatizados, se hace a través del programa de seguros de salud de La Tarjeta. Y la autoridad operacional sobre ese programa se transfiere al Departamento de Hacienda.

La fase normativa que se supone conservara la Oficina del Secretario de Salud prácticamente desaparece. Los fondos asignados a la Secretaría de Salud se fueron transfiriendo a ASES para ayudar a solventar el programa de La Tarjeta. De esa manera, fueron cerrando plazas que eran necesarias para cumplir las funciones de vigilancia epidemiológica, sistemas de información, programas de salud pública y otras funciones programáticas. El alcance de atención de la salud en el gobierno de Puerto Rico se redujo básicamente a proveer seguros de salud a la población elegible. Y ese alcance quedó fuera de la esfera de acción del Departamento de Salud.

El problema de separar entre dos agencias la elegibilidad al seguro de salud del gobierno, la definición de cubierta de beneficios y los modelos de contratación, los dos últimos delegados a ASES en el Artículo VI, Sección 9, de la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, según enmendada, es que el Departamento de Salud pierde ingerencia en el diseño y desarrollo del modelo de prestación

de servicios de salud que mejor se ajusta a las necesidades de la población. Se corre el riesgo además, de que estas necesidades sean dictadas por consideraciones estrictamente actuariales.

Al tomar decisiones sobre el modelo de servicios de salud para la población asegurada y los servicios que esta recibe, ASES duplica funciones que corresponden al Departamento de Salud y entraría en conflicto con lo dispuesto en la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. A tales efectos y como principio fundamental, la coordinación del cuidado de la salud debe comenzar desde el nivel ejecutivo para que pueda crearse una verdadera cultura de cuidado coordinado que fluya desde el nivel normativo al nivel operacional de prestación de servicios de salud. Y esta supone que la autoridad principal en todos los asuntos relacionados a la atención de la salud le compete al Secretario de Salud y deben revertir a esa posición.

La razón oficial para ubicar a ASES en el Departamento de Hacienda fue que en dicha agencia se facilitaba la supervisión del sistema de contratación de seguros del Programa de La Tarjeta de Salud. Esto se haría específicamente a través de la Oficina del Comisionado de Seguros del Departamento de Hacienda, que se encarga, entre otras funciones, de velar por la sana administración de los procesos de contratación de seguros en el gobierno de Puerto Rico.

Esta definición de funciones y de distribución de autoridad presenta un conflicto de naturaleza legal y potencialmente constitucional. El Secretario de Salud es invitado a pertenecer a la Junta de Directores de ASES como miembro ex officio. El Comisionado de Seguros es presidente de esta junta, por lo cual ocupa una posición de autoridad sobre el Secretario de Salud en dicha junta. Si la posición del Secretario de Salud se interpreta como la de máxima autoridad en la atención de los asuntos de salud del pueblo y esto está contemplado expresamente por la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, entonces la configuración de ASES en el Departamento de Hacienda entra en conflicto con dicha interpretación. Así mismo, se presenta el conflicto de que el Secretario de Salud, como jefe de agencia designado a nivel de gabinete constitucional, responda a la autoridad de la Oficina del Comisionado de Seguros, una dependencia ubicada dentro de una agencia de gobierno distinta y que también está designada como parte del gabinete constitucional de la Gobernación.

Ante esta situación, es recomendable que para subsanar estos conflictos y a su vez salvaguardar las funciones y responsabilidades que cumplen estas dos agencias, la Administración de Seguros de Salud debe ser reubicada en el Departamento de Salud y bajo la autoridad y responsabilidad del Secretario de Salud. El Departamento de Hacienda debe continuar la función técnica de velar por la contratación correcta y adecuada del programa de seguro de La Reforma de Salud a través de la Oficina del Comisionado de Seguros. Esto, sin embargo debe especificarse de forma tal que esta función no intervenga en los asuntos normativos ni operacionales del programa de La Tarjeta y se limite a garantizar que los procesos que atañen a la definición y contratación de seguros sea conforme a la legislación y reglamentación vigente.

Para mantener la agilidad e independencia operacional de ASES y su director ejecutivo, el Departamento de Salud podría considerar la creación de una posición de Sub-secretaría de Administración de Sistemas de Salud. Esta posición respondería directamente al Secretario de Salud y sería responsable de dirigir las áreas de desarrollo de modelos de atención de la salud, seguros de salud, reglamentación y acreditación de facilidades de salud, programas categóricos, presupuesto y sistemas de información. Esta subsecretaría estaría dirigida por un Administrador de Servicios de Salud licenciado, a ser nombrado por el Secretario de Salud. Deberá contar con la experiencia necesaria y estar capacitado para atender asuntos de administración de servicios de salud, asuntos financieros, planificación estratégica y presupuestaria, al igual que evaluación de servicios de salud. Contaría con recursos humanos y técnicos para cumplir dichas funciones. En fin, las funciones que

debió cumplir ASES en el pasado y no logró hacerlo a capacidad, pasarían al Departamento de Salud bajo la posición de Subsecretario para Administración de Sistemas de Salud. Se acompaña un organigrama modelo de la estructura corporativa ejecutiva que podría conformar el Departamento de Salud en su nueva versión.

Con este diseño organizacional, el Departamento de Salud podría facilitar la integración y coordinación de los servicios que provienen de programas categóricos dentro de la cubierta de beneficios del seguro. De esta manera, se lograría un producto más integrado, con menos duplicidad de servicios y mayor alcance a individuos y poblaciones con necesidades especiales. Como ejemplo de esto último, se asignaría la Directoría de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedad de ASES, ya insertada en el Departamento de Salud, a coordinar los servicios de los programas categóricos con los servicios de La Tarjeta de manera tal que se presten estos de forma integrada a los beneficiarios.

### **Sistema de Información de Salud**

Por otro lado, los compromisos financieros y operacionales de ASES con la implantación del programa de La Tarjeta, limitó significativamente su capacidad para cumplir con las responsabilidades de evaluación y monitoreo de los servicios que compra para los beneficiarios de La Tarjeta. Esto dejó en manos de las compañías aseguradoras la labor de cumplir con estas tareas. El desarrollo por parte de las compañías aseguradoras de sistemas de información efectivos para operar su negocio, coincidió con el abandono por parte del Departamento de Salud de sus sistemas de estadísticas de salud. Esto provocó que el gobierno tuviera que depender de la información que suministraban las compañías aseguradoras para llegar a conclusiones sobre la efectividad del programa de La Tarjeta. La credibilidad sobre toda la información que se producía y se reportaba quedaba en entredicho al no poder ser corroborada de forma independiente. Más aún, el gobierno se limitó a evaluar la efectividad de La Reforma de salud desde la perspectiva de la satisfacción de la población beneficiaria con los servicios que recibían bajo este programa.

Debe señalarse, sin embargo, que la Administración de Seguros de Salud ha realizado esfuerzos significativos para desarrollar un sistema de información capaz de cumplir con las encomiendas que se le asignan a la entidad en la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, según enmendada. El acceso a la información en este sistema fue hasta recientemente muy limitado. Eso no permitió que se llevaran a cabo estudios confiables sobre La Reforma de Salud. La apertura de ASES para este estudio de la Comisión de Salud y Asuntos Ambientales del Senado de Puerto Rico se reconoce de forma expresa y se agradece.

Puerto Rico ha contado históricamente con uno de los mejores sistemas de información en las Américas. Esto ha sido reconocido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sin embargo, la experiencia de la Reforma de Salud de 1993 dejó en estado de abandono dicho sistema e hizo prácticamente imposible la labor de vigilancia y monitoreo de la atención y el estado de salud en el país. Es por esto que una de las necesidades más apremiantes es el desarrollo de este sistema de información integrado. Este sistema debe residir, como antes, en el Departamento de Salud. Y toda vez que el sistema se administre de forma centralizada, debe operar de forma descentralizada para que sea accesible a todos los sectores de la comunidad que necesitan información válida y consistente para cumplir con sus compromisos. El sistema de información no debe estar a la merced de consideraciones presupuestarias. Debe contar con un compromiso legislativo fijo para garantizarle al país que la información se recopila, se analiza y se divulga.

Al contar con un sistema de información de salud integrado que recopile a nivel de todo el sistema de salud del país las estadísticas vitales, estadísticas de servicios, estadísticas de costo e información que facilite el avalúo de calidad, el Departamento de Salud adquiere la capacidad de determinar las necesidades y el alcance de servicios de salud para cada región de salud y la capacidad para evaluación y monitoreo del sistema de salud y sus componentes contratados, al igual que los programas que opera directamente la agencia.

El sistema de información que ha desarrollado ASES es de gran valor para cumplir con muchas de estas funciones, especialmente en las áreas de evaluación y monitoreo del cumplimiento de responsabilidades de servicios contratados con los proveedores de cuidado de la salud. Por su parte, el Departamento de Salud esta desarrollando el sistema de información en las áreas de estadísticas vitales, estadísticas de servicios de salud, Registro de Cáncer y el Estudio Continuo de Salud (Muestra Básica), entre otros. Esto le capacitará para llevar a cabo las funciones de vigilancia epidemiológica, planificación de estrategias de intervención en salud comunitaria y evaluación de los resultados de estas intervenciones. La integración de los esfuerzos de ambas entidades permitirá el desarrollo de un sistema de información más integrado y capaz de medir en todas sus dimensiones de salud, utilización, calidad y costo, el estado de la atención de la salud en el país.

La Sección 10 del Artículo VI de la Ley de ASES establece que se utilizaría el sistema de regionalización establecido por el Departamento de Salud. Sin embargo, la implantación se llevó a cabo utilizando regiones que no están definidas de acuerdo a criterios científicamente validados. A tales efectos, el modelo resultante no esta fundamentado en criterios epidemiológicos ni socio-demográficos. Esto crea problemas de planificación de servicios de salud y de los recursos necesarios para atender a la población. Limita los esfuerzos de planificación a un estimado actuarial y a la respuesta de un mercado de prestadores de servicios en lugar de una oferta de servicios integrados y organizados a base de necesidades. Como asunto crítico para el desarrollo exitoso del sistema de información de salud, es necesario que las regiones de salud se vuelvan a definir amparadas por el criterio científico de un perfil epidemiológico de la población de la Isla. Al utilizar conjuntamente el criterio epidemiológico y el actuarial se puede lograr una contratación de riesgo más precisa y a su vez representativa de las necesidades particulares de cada región de salud. Con esto se rescataría un instrumento valioso del modelo de regionalización y se pondría al servicio del sistema de salud ante este nuevo escenario.

### **RECOMENDACIONES**

1. Transferir la Administración de Seguros de Salud (ASES) al Departamento de Salud, bajo la autoridad del Secretario de Salud. De esta manera se podrá facilitar la integración normativa y operacional de las funciones de identificación de necesidades de salud, definición de cubierta, elegibilidad y negociación y evaluación de servicios.
2. Para viabilizar la transferencia de ASES al Departamento de Salud y asegurar que cuenta con el apoyo de una estructura gerencial normativa, se recomienda la creación de la posición de Subsecretario de Salud Para Administración de Sistemas de Salud. Esta posición respondería al Secretario de Salud y tendría la responsabilidad directa de dirigir ASES, desarrollo de modelos de atención de la salud, planificación y presupuesto, reglamentación y acreditación de facilidades de salud, programas categóricos y sistemas de información. Esta subsecretaría estaría dirigida por un Administrador de Servicios de Salud licenciado, a ser nombrado por el Secretario de Salud.

3. Asignarle a la Directoría de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedad de ASES, ya insertada en el Departamento de Salud, la responsabilidad de coordinar los servicios de los programas categóricos con los servicios de La Tarjeta, de manera tal que estos se presten de forma integrada a los beneficiarios.
4. El Departamento de Hacienda debe continuar la función técnica de velar por la contratación correcta y adecuada del programa de seguro de La Tarjeta a través de la Oficina del Comisionado de Seguros. Esto, sin embargo, debe especificarse de forma tal que esta función no intervenga en los asuntos operacionales del programa de La Tarjeta y se circunscriba a garantizar que los procesos que atañen a la definición y contratación de seguros sea conforme a la legislación vigente.
5. Desarrollar el sistema de información de salud para el país, integrando el sistema desarrollado por ASES al sistema desarrollado por el Departamento de Salud. Este sistema debe ser coordinado de forma centralizada en el Departamento de Salud, pero debe operar de forma descentralizada, para que sea accesible a todos los sectores de la atención de la salud. El sistema debe considerarse como parte de la infraestructura principal del sistema de salud de Puerto Rico y como tal debe financiarse con una partida fija que resida fuera de consideraciones presupuestarias.
6. El Secretario de Salud debe rescatar el Consejo General de Salud. Este ente, creado por la Ley 11 del 23 de junio de 1976, según enmendada, constituye un grupo de personas representando los sectores proveedor, asegurador, usuario, comunidades, movimiento laboral, sector privado y gobierno. El Consejo General de salud sirve de asesor al Secretario de Salud. En esa capacidad, el Consejo ha demostrado su valía en administraciones pasadas y debe servir en este tiempo en que se dan tantos procesos de transformación acelerada en el sistema de salud. El Consejo le ofrece al Secretario de Salud un instrumento para escuchar las necesidades del sistema de salud de forma continua y un insumo valioso para la formulación de política pública de salud.

## **COMISION DE SALUD Y ASUNTOS AMBIENTALES**

### **SENADO DE PUERTO RICO**

#### **ANALISIS DEL SISTEMA DE CONTRATACION ENTRE LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONTRATAN CON LA ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD Y CON LOS PROVEEDORES DE CUIDADO PRIMARIO EN LA REFORMA DE SALUD DE PUERTO RICO**

**R. del S. 55 enero de 2001**

### **INTRODUCCIÓN Y ALCANCE**

En este segundo informe ante la Comisión de Salud y Asuntos Ambientales se examina la Resolución del Senado número 55 del 29 de enero de 2001. Esta resolución ordena examinar la contratación entre las compañías aseguradoras de servicios de salud con ASES y con los médicos primarios para coordinar y prestar servicios a pacientes médico indigentes, beneficiarios del seguro de salud del gobierno. Esta resolución se aprueba ante la inquietud que se detecta por un lado en la población médico indigente con respecto a la continuidad y calidad de los servicios médicos y por otro, las dificultades que alegan los médicos contratados por las compañías aseguradoras, en mantener la rentabilidad de sus oficinas y cumplir con su responsabilidad de prestar los servicios de salud que exigen sus pacientes. Esto unido a la preocupación por el aumento dramático en los costos de operar este programa.

**Resolución del Senado de Puerto Rico Num. 55 del 29 de enero de 2001**

Se presenta a continuación la Resolución del Senado Num. 55 del 29 de enero de 2001 según fue aprobada:

**Texto Aprobado En Votación Final Por El Senado  
(29 de marzo de 2001)  
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**

14ta Asamblea  
Legislativa

Ira Sesión  
Ordinaria

**SENADO DE PUERTO RICO**

**R. del S. 55**

29 de enero de 2001

Presentado por el señor Tirado Rivera y la señora Rodríguez Hernández

Suscrita por el señor Dalmau Santiago

Referida a la Comisión de Asuntos Internos

**RESOLUCION**

Para ordenar a la Comisión de Salud y Asuntos Ambientales realizar una investigación sobre el sistema de contratación entre las compañías de seguros de servicios de salud que contratan con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico y los médicos primarios contratados por estas para proveer servicios a pacientes médico indigentes.

**EXPOSICION DE MOTIVOS**

La Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, según enmendada, creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico a la cual se le encomendó implantar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores, un sistema de seguros de salud que le brinde acceso a cuidados médico hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera.

No empecé a los nobles cimientos de esta legislación, pasados más de siete (7) años de la creación de la Administración de Seguros de Salud, los objetivos de acceso igual a servicios médico hospitalarios de calidad no se han alcanzado en el nivel y calidad que necesita nuestro pueblo. Por el contrario, muchos pacientes médico indigentes en vez de recibir acceso igual, se confrontan con servicios médicos limitados. Los médicos primarios contratados por las aseguradoras, a su vez, se ven impedidos de proveer todos los servicios y referidos médicos necesarios, ya que el esquema de financiamiento contratado con la aseguradora se lo impide.

Al presente, los médicos primarios contratados por las aseguradoras dependen de un nivel de pagos denominado “capitation” por paciente, los cuales no pueden ser excedidos. En la mayoría de los casos, el médico tiene que pagar los gastos en exceso del llamado “capitation”. Se alega que este esquema de pagos, donde la ganancia del médico depende del volumen de visitas, servicios y referidos que se dan a los pacientes médico indigentes, ha ocasionado serias dificultades. Incluso, se señala ese esquema como la razón por lo que muchos médicos primarios y grupos médicos se han ido a la quiebra, ocasionando el cierre de distintas instalaciones médicas, tales como clínicas externas, salas de emergencia y servicios hospitalarios, que por años brindaron servicios a los pacientes médico indigentes. Un ejemplo lamentable de esta situación es el cierre súbito del Hospital Regional de Humacao, lo cual ha provocado una sobrecarga de pacientes en los demás hospitales del área, afectando los servicios de salud de los pacientes médico indigentes de dicha región. Además, una parte considerable de la población se encuentra sin servicio de sala de emergencia en sus regiones y tienen que ir al Centro Médico en San Juan y Mayagüez, para recibir servicios médicos en emergencias en que los minutos pueden ser la diferencia entre la vida y la muerte.

Existe gran inquietud en la población médico indigente con respecto a la continuidad y calidad de los servicios médicos, porque las dificultades alegadas por los médicos primarios contratados por las aseguradoras para mantener la rentabilidad de sus oficinas y hospitales, son de conocimiento público. Además, muchos pacientes médico indigentes manifiestan, casi a diario en distintos sitios, que los médicos primarios se niegan a referirlo a especialistas, bajo la excusa de que no cuentan con presupuesto para tal referido. El riesgo de utilización pesa actualmente en el médico primario, circunstancia que amenaza con colapsar el sistema de prestación de servicios de médicos, tanto público como privado.

La Sección 20 de la Carta de Derecho de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico reconoce como un derecho fundamental de todos los ciudadanos, el derecho a disfrutar de un nivel de vida adecuado que asegure para sí y para su familia, salud y la asistencia médica necesaria.

Es menester que el Senado de Puerto Rico investigue la situación expuesta anteriormente y su efecto en la calidad de los servicios de salud que deben recibir los pacientes médico indigentes de acuerdo con la ley que creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

#### **RESUELVESE POR EL SENADO DE PUERTO RICO:**

Sección 1.- Se ordena a la Comisión de Salud y Asuntos Ambientales que realice una investigación exhaustiva sobre el sistema de contratación entre las compañías de seguros de servicios de salud que contratan con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico y los médicos primarios contratados por esas compañías para proveer servicios a pacientes médico indigentes en Puerto Rico. La Comisión deberá determinar el efecto que tal situación tiene en la calidad de los servicios médicos que deben recibir los pacientes médico indigentes en Puerto Rico.

También recomendará las medidas legislativas o de otra naturaleza que considere necesarias o convenientes para mitigar y resolver los problemas que se comprueben con la investigación aquí ordenada.

Sección 2.- Con sujeción al cumplimiento de las disposiciones de la ley y del Reglamento del Senado de Puerto Rico de 2001, la Comisión de Salud y Asuntos Ambientales podrá requerir la comparecencia de cualquier persona o la presentación de cualquier documento, incluyendo contratos otorgados entre la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico y las compañías aseguradoras y entre estas y los médicos y grupos médicos contratados para proveer servicios a pacientes médico indigentes. También podrá requerir los contratos de médicos y grupos médicos con suplidores, tales como farmacias, laboratorios clínicos, centros de tomografía y otros. Asimismo, podrá requerir la reproducción de cualquier informe, estadística, estudio, convenio u otro documento sin importar como se denomine, que sea pertinente y necesario para cumplir con los propósitos de esa Resolución.

Sección 3.- La Comisión de Salud y Asuntos Ambientales para poder llevar a cabo su encomienda podrá solicitar al Presidente del Senado el nombramiento de técnicos para analizar los documentos que se presenten o recopile la Comisión y asesoría con respecto a los mismos.

Sección 4.- Si como parte de su investigación, la Comisión encuentra cualquier violación a las leyes y reglamentos vigentes, procederá de inmediato de conformidad con la ley y con el Reglamento del Senado de Puerto Rico de 2001, para que se refiera el asunto a las autoridades del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o de los Estados Unidos de América que corresponda.

Sección 5.- La Comisión de Salud y Asuntos Ambientales someterá al Senado de Puerto Rico un informe preliminar por lo menos 15 días antes de finalizar la Primera Sesión Ordinaria de esta Asamblea Legislativa, que incluya las conclusiones y recomendaciones de los asuntos y hallazgos que deban atenderse con prioridad. Además, rendirá un informe final, antes de concluir la Segunda Sesión Ordinaria, con relación completa de todos los hallazgos, conclusiones, explicaciones y recomendaciones.

Sección 6.- Esta Resolución entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.

Del texto de la R. del S. 55 de enero de 2001, se desprenden tres áreas que son el objetivo de este estudio:

- el rendimiento de la prima mensual pagada al médico primario;
- cuan adecuado es el acceso a servicios de salud para los médico-indigentes;
- el impacto en la calidad de servicios de salud a los médico-indigentes.

## **METODOLOGÍA**

El análisis de las tres áreas mencionadas se llevó a cabo utilizando varias fuentes de información. Para el análisis de la pregunta de si el dinero que se invierte en el programa de La Tarjeta es suficiente para cumplir con los compromisos de la cubierta del seguro de salud, se examinaron en detalle las propuestas que someten a ASES las compañías aseguradoras para proveer el seguro de salud en una región bajo subasta; los contratos que suscriben las compañías aseguradoras con ASES; contratos que suscriben las compañías aseguradoras con los grupos de médicos primarios; los informes semestrales y anuales de distribución del dólar prima; pago de “capitation”; matrícula de vidas por centro; gasto real por categoría de servicio e informes

actuariales. Esto permite determinar no solo si el “capitation” rinde en términos de la tarifa por miembro por mes, sino el rendimiento de acuerdo con la distribución del riesgo entre la compañía aseguradora y el médico primario.

Para llevar a cabo el análisis del impacto de La Reforma en la accesibilidad a los servicios de salud a los médico indigentes, se examinó accesibilidad desde varias perspectivas. Primeramente, se examina desde la perspectiva del diseño del plan de salud del gobierno de Puerto Rico. Esto define el contenido y alcance de los servicios que cubre el programa de La Tarjeta, en el cual el usuario recibe servicios coordinados y canalizados a través de un médico primario que este selecciona. Segundo, se examina el impacto de la implantación de la Reforma en la disponibilidad de servicios primarios, de médicos especialistas y servicios diagnósticos especializados alrededor de la Isla. Tercero, se examina la accesibilidad desde la perspectiva de la distribución de riesgo que se utiliza en cada modelo de seguro de salud contratado para la Reforma. En este último renglón, se hace énfasis en la cubierta de servicio por la que se hace responsable el médico primario y el asegurador. Esto pretende identificar la capacidad que cada uno tiene para cumplir con la responsabilidad contratada y como esto pueda afectar la accesibilidad a los servicios para los médico indigentes.

Finalmente, la Resolución número 55 ordena estudiar el impacto del sistema de contratación de las compañías aseguradoras con ASES y con los médicos primarios sobre la calidad de los servicios que reciben los médico indigentes. Para este análisis examinamos las evaluaciones que lleva a cabo la empresa Quality Improvement Professional Research Organization Inc. (QIPRO por sus siglas en inglés). Esta empresa ha sido contratada desde los inicios de la Reforma de Salud para evaluar el cumplimiento de indicadores desarrollados para medir distintos aspectos de la calidad de los servicios de salud. QIPRO lleva a cabo revisiones retrospectivas de la calidad de los servicios médicos prestados a los médico indigentes beneficiarios de la Reforma de Salud a nivel primario. Las evaluaciones de QIPRO van dirigidas a tres áreas principales en la calidad del cuidado médico a nivel ambulatorio: documentación en el expediente médico, manejo y prestación de servicios preventivos.

Para las últimas evaluaciones que QIPRO llevó a cabo, ASES le requirió la inclusión de indicadores que evaluaran la ocurrencia de racionamiento de servicios de salud. Los indicadores de salud se evalúan de forma concurrente con los criterios de calidad de documentación del expediente médico, manejo y prestación de servicios preventivos. Los indicadores se seleccionaron para las condiciones de diabetes mellitus, hipertensión arterial y asma. Al momento de examinar las evaluaciones de QIPRO, había disponible la evaluación de solo una región. Sin embargo, el resultado de esta evaluación coincide con los resultados reportados en un informe resumen que preparó ASES sobre las evaluaciones de todas las regiones.

Es importante señalar que las evaluaciones que ASES contrata a QIPRO se circunscriben a la prestación de servicios ambulatorios primarios. Por tal razón, no se cuenta con evaluaciones de cuidado médico hospitalario. Sin embargo, la experiencia sugiere que los problemas de calidad de cuidado médico se concentran en la prestación de servicios ambulatorios. De hecho, el Area de Servicios a Proveedores y Beneficiarios de ASES (PROBENE) recibe a través del programa electrónico “Complaint Tracking System” las quejas de los beneficiarios del programa de La Tarjeta. De los 38,168 casos atendidos en el 2001, más del 90% fueron por problemas de elegibilidad. El porcentaje restante es por preguntas sobre dudas de la cubierta de servicios o por alegaciones de denegación de referidos. De estos últimos, se podrían dar casos de referidos a especialistas cuyo

manejo requeriría hospitalizar al paciente y por no recibir el referido, se le niega el cuidado hospitalario.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

### I. Rendimiento de la Prima Suscrita por el Médico Primario

Descripción del proceso de solicitud de propuesta y otorgación de regiones

El proceso de solicitud de propuesta para cada año de renovación de contrato comienza con la publicación del aviso en dos periódicos de circulación general. Luego en la fecha indicada en el aviso publicado se entrega la solicitud de propuesta a las aseguradoras interesadas. Las aseguradoras interesadas en someter propuestas de servicio tienen que participar de un ciclo de reuniones y conferencias mandatorias, en las que van aclarando las dudas que puedan surgir durante la redacción de la propuesta, además se discuten detalles de las regiones y del proceso de análisis de propuesta con las aseguradoras.

Una vez culmina el ciclo de conferencias mandatorias, ASES recibe las propuestas por parte de las aseguradoras y comienza el examen de las propuestas por parte del Comité de Revisión y Análisis. En este Comité participan los directores de las diferentes divisiones de ASES, actuarios contratados por ASES para que realicen la validación de las primas calculadas y sometidas en las propuestas por las aseguradoras y en ocasiones cuentan con la participación de contadores, personas con experiencia en el campo de seguros y proveedores. Para la evaluación de las propuestas sometidas para la contratación de octubre de 2001, participaron los consultores de Andersen Consulting Group. Las propuestas se evalúan considerando elementos adicionales a la prima establecida por el asegurador para la región, se asigna valor al cumplimiento con las especificaciones, calidad relativa y adaptabilidad de los servicios ofrecidos, la responsabilidad y capacidad financiera del asegurador proponente, destrezas, experiencia, historial de integridad en las negociaciones, habilidad para proveer servicios de manejo de riesgos, historial de servicios, incluyendo facilidades físicas y técnicas y capital para el financiamiento de los servicios de manera que las reclamaciones puedan ser pagados dentro del termino contratado (Fuente: Solicitud de Propuesta de ASES). Los elementos específicos que consideran en el proceso de evaluación y análisis es el siguiente:

1. Capacidad, eficiencia y adecuacidad del sistema utilizado para registrar encuentros y procesar reclamaciones.
2. El monto relativo de las tarifas negociadas con los proveedores de servicios.
3. Capacidad, eficiencia y adecuacidad del sistema computarizado del asegurador proponente.
4. Disponibilidad y eficiencia de los programas de contención de costos, incluyendo la revisión de utilización, control de racionamiento de servicios y los programas de garantía de calidad.
5. Condición y capacidad financiera del asegurador proponente.
6. Eficiencia del programa de coordinación de beneficios con terceros del asegurador proponente.
7. Garantía de la contratación como proveedor participante de todas las facilidades del Estado contratadas o no con el sector privado en las áreas donde se contratará el Seguro de Salud, así como aquellas facilidades municipales que existan en dichas áreas.
8. Capacidad, ámbito de la cubierta y calidad de la red de proveedores de cuidado dirigido.
9. Extensión de los servicios ofrecidos por la red de proveedores del cuidado dirigido.

10. Red de proveedores primarios y especialistas disponibles dentro y fuera de las Áreas.
11. Confidencialidad y funcionalidad de su programa de medicina preventiva.
12. Confidencialidad y funcionalidad e su programa de salud mental.
13. Experiencia en el manejo del sistema de cuidado dirigido.
14. Historial de quejas y querellas de beneficiarios; la atención y acción correctiva brindada.
15. Experiencia y apego a cumplimiento contractual con términos de contratos previos.
16. Cualquier otro criterio que se entienda necesario.

Además se evalúan las siguientes áreas técnicas:

1. Accesibilidad
2. Cubierta
3. Solvencia económica, capacidad financiera y transferencia de riesgo
4. Costo del Plan y distribución del dólar prima
5. Garantía de Calidad
6. Administración del Plan
7. Servicios de farmacia
8. Sistemas de información e informes periódicos
9. Contención de costos
10. Resolución de querellas

Este comité verifica que cada propuesta cumpla con los requisitos establecidos en la solicitud de propuesta. Al examinar las propuestas se descalifican aquellas que no cumplan con los requisitos mínimos establecidos. Las propuestas que si reúnen los requisitos establecidos por ASES son entonces analizadas por el Comité de Evaluación Administrativa de ASES.

El Comité de Evaluación Administrativa de ASES considera el informe con las recomendaciones realizadas por el Comité de Revisión de Documentos y Análisis Preliminar de Propuesta. Este Comité analiza las propuestas desde una perspectiva administrativa, siguiendo los mismos parámetros que utiliza el Comité de Revisión de Documentos y Análisis Preliminar de Propuesta. Una vez el Comité de Evaluación Administrativa redacta su informe de recomendaciones, la Junta de Directores de ASES selecciona la aseguradora cuya propuesta se consideró la más ventajosa para los beneficiarios y para el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Luego de la selección de aseguradora por región, se le notifica a las aseguradoras seleccionadas y comienza el proceso de negociación para definir la cubierta de servicios y las primas a contratarse. Una vez se define la cubierta de servicios y se establece la prima para la región, se firma el contrato entre ASES y la aseguradora.

En el contrato firmado entre ASES y las aseguradoras, se establecen los términos y condiciones del mismo. El contrato recoge básicamente todas las áreas requeridas en la propuesta. Establece la responsabilidad del asegurador de:

1. Mantener su capacidad organizacional y administrativa para cumplir con su función de proveer todos los servicios de salud contratados a los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
2. Establecer el procedimiento para matricular a los beneficiarios del Plan de Salud y asegurar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios contratados.
3. Asegurar la libre de selección de proveedores a los beneficiarios de la Reforma de Salud.
4. Desarrollar los mecanismos para actuar como pagador secundario ante la cubierta de otro plan de salud.
5. Mantener servicios de emergencia en la región.

6. Asegurarse de incluir todas las provisiones y requerimientos del contrato entre ASES y su organización en el contrato para la prestación de servicios entre el asegurador y el médico primario.
7. Realizar el proceso de suscripción de beneficiarios y emisión de la tarjeta del Plan.
8. Entregar un libro de descripción de la cubierta del Plan a cada beneficiario que matricule.
9. Establecer procedimientos para la atención de quejas y querellas.
10. Asegurar la composición adecuada de los grupos primarios y la distribución de especialistas en su red de proveedores.
11. Asegurar el pago de todos los servicios médicamente necesarios a los proveedores que prestaron el servicio.
12. Establecer un programa de revisión de utilización y calidad de servicio.
13. Establecer las políticas necesarias para cumplir con las regulaciones estatales y federales y establecer los protocolos necesarios para que ASES, el personal del Departamento de Salud y sus consultores puedan tener acceso a los expedientes médicos durante las auditorías a la región o a la aseguradora.
14. Cumplir con los reportes e informes mensuales que requiere ASES.

El contrato entre ASES y la aseguradora establece la responsabilidad y el compromiso entre las partes. El contrato es detallado para la mayoría de las obligaciones entre las partes, pero no incluye como parte de la contratación los criterios de la propuesta que llevaron a la adjudicación de la región. A pesar de que el contrato establece que los servicios y el modelo serán los incluidos en la propuesta, este no aclara los mismos. Cuando se lee las propuestas se encuentra que hay algunos modelos que no se detallan. Otras no informan el porcentaje de riesgo que asumirá la compañía aseguradora versus el porcentaje de riesgo que asumirá el médico primario. Hay servicios que se incluyen en las propuestas, que luego en la contratación se excluyen.

Es importante establecer, si estos puntos fueron analizados como parte de la evaluación y se aclararon con las aseguradoras. Al no ser incluidos en el contrato, los puntos que no están claros en la propuesta, se prestan luego a interpretaciones que pueden estar lejos de lo negociado. Un ejemplo de esta situación es el siguiente: al analizar las propuestas se encontró que los modelos de contratos propuestos para los proveedores en ocasiones son diferentes a los que se suscriben con los proveedores, a pesar que el contrato entre ASES y la compañía aseguradora indica que serán igual al presentado en la propuesta. Un reflejo de esta situación fue lo ocurrido con La Cruz Azul de Puerto Rico en la región Este, La Cruz Azul presentó un modelo de servicios y distribución de riesgo que luego cambio radicalmente durante el proceso de contratación. Al describir su modelo de cuidado dirigido, La Cruz Azul incluía en su propuesta un fondo de reciprocidad, el fondo 50/50 y la cubierta especial. Pero al contratar con los proveedores, eliminó el fondo 50/50 y todos los servicios incluidos en esta partida de riesgo pasaron a ser responsabilidad del médico primario. Ante la disputa entre La Cruz Azul y los proveedores, ASES investiga y se percata del cambio en el modelo presentado en la propuesta y que no le fue notificado. El contrato provee espacio para que de ser necesario se puedan realizar ajustes o cambios a los procesos propuestos. Pero, hace la salvedad que la aseguradora debe notificar cualquier cambio a ASES y posterior al visto bueno de ASES, entonces la aseguradora puede realizar el cambio solicitado.

Durante la recopilación de información para realizar este estudio, identificamos que aunque las aseguradoras cumplen con los reportes mensuales, semestrales y anuales que les requiere ASES, cada una presenta la información de forma diferente. Esto limita la utilidad de los datos, ya que no brinda la información necesaria para levantar estadísticas comparables y hacer análisis de

contabilidad de costos de seguro de forma comparable entre las aseguradoras. Para subsanar este problema ASES esta estandarizando los reportes con la asesoría de Andersen Consulting Group, de forma que todas las aseguradoras presenten sus informes utilizando el mismo formato e incluyendo las mismas variables. Esto sin duda facilitará el análisis financiero de contabilidad de costos de seguro y ASES podrá tener un espectro más claro de cómo se transforma el dinero que paga en primas a servicios de salud para los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Al analizar los contratos entre las aseguradoras y ASES encontramos lo siguiente:

1. El contrato varía en el artículo XVII, inciso 3.a.1, que establece la tarifa por miembro/por mes (pm/pm) contratado.
2. La cubierta de servicios contratada para cada región es la misma.
3. Los contratos de las aseguradoras incluyen en el Addendum III la política y el proceso para la radicación de quejas y querellas de los usuarios.
4. El contrato incluye la propuesta como una de sus partes, pero no aclaran las ambivalencias que presentan en términos de la distribución de dólar prima, distribución de riesgo y porcentaje de reserva o IBNR.
5. Las cláusulas y términos del contrato son claras y específicas.

Para el análisis de los contratos entre las aseguradoras y los proveedores, se utilizaron los modelos de contratos incluidos en las propuestas del 2001. Las tablas I, II, III, presentan los artículos de los contratos entre las aseguradoras y los proveedores que evidencian las ambivalencias en el arreglo financiero. El análisis del contrato entre Humana y los proveedores no se incluye, ya que no se encontró el modelo del mismo en la propuesta.

Desde la perspectiva de financiamiento, las principales preocupaciones de la Comisión de Salud y Asuntos Ambientales del Senado con el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico son el presupuesto, la distribución del dólar prima y el porcentaje de riesgo que las aseguradoras le transfieren a los asegurados.

La prima es la cantidad de dinero mensual que ASES acuerda pagar a la aseguradora por haber asumido el riesgo financiero de proveer la cubierta de beneficios del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. A este método de pago se le conoce como el pago por miembro por mes o pm/pm. Para determinar la cantidad de prima se utiliza un análisis actuarial. En las propuestas, cada aseguradora debe presentar el análisis actuarial que incluye el detalle de gastos médicos, utilización de servicios y costos de los servicios rendidos; además del desglose de los gastos administrativos. Junto a este análisis se presenta la distribución de dólar prima, que es el porcentaje de cada dólar que se destina para cubrir cada uno de los renglones de servicio que incluye el Plan de Salud del Gobierno.

La distribución de dólar prima se utiliza para:

1. asignar peso actuarial de acuerdo a la experiencia de utilización y necesidad de servicios, presumiblemente desde el punto de vista epidemiológico;
2. guiar el proceso de determinación del costo esperado de servicio por paciente;
3. calcular el pago de la prima pm/pm;

Para efectos de este estudio se utiliza la distribución del riesgo para el análisis del rendimiento del pm/pm. Sin embargo, al considerar utilizar la distribución de dólar prima como medida de comparación del rendimiento del pm/pm entre los distintos modelos de aseguradoras y aún entre diferentes años fiscales de una misma aseguradora, encontramos que la distribución de

dólar prima es dependiente de las reclamaciones que el asegurador paga en un mes dado, que en la mayoría de los casos fueron incurridas en meses anteriores.

En el movimiento intertemporal del capital proveniente de las primas cobradas mensualmente se hace posible generar una operación financiera que no esta reflejada en la distribución de dólar prima. Esto se refiere específicamente al flujo del dinero de primas cobradas durante el periodo que transcurre entre la fecha en que ASES le paga a la compañía aseguradora y esta le paga a los proveedores.

Se pueden identificar diferentes oportunidades en que la compañía aseguradora puede generar ingresos por concepto de inversiones a corto plazo aprovechando el flujo temporal de este dinero.

En la distribución de dólar prima se consideran los siguientes renglones de servicio: hospital, médico/quirúrgico, farmacia, laboratorios, radiología, educación y prevención, dental, administración y reserva. La distribución de dólar prima vigente contratada entre ASES y las aseguradoras en octubre de 2001 es la siguiente:

Hospital	Médico/Quirúrgico	Farmacia	Laboratorios	Radiología	Educación y prevención	Dental	Administración	Reserva
31%	29%	17%	3%	2%	1%	8%	7%	2%

**Fuente: ASES**

Al momento en que las aseguradoras contratan con los médicos primarios redistribuyen el dólar prima entre los riesgos financieros que asumirá cada uno. Esta segunda distribución de dólar prima, no comienza con el 100% del dólar prima contratado con ASES, dado que 7% está destinado a los gastos administrativos de la aseguradora. De esta manera, el dólar prima que paga ASES, se convierte en \$0.93 destinados a cuidado directo del beneficiario. Así que la redistribución del dólar prima se hace a partir de los \$0.93, que en promedio \$0.54 son destinados a cubrir los costos de la utilización de servicios incluidos en el riesgo del médico primario y \$0.39 están destinados para cubrir la utilización de los servicios incluidos en el riesgo asumido por la aseguradora.

En la tabla número I se pueden observar los servicios incluidos en cada una de las cubiertas y cuales son los que representan el riesgo asumido por la aseguradora y los que asumen los médicos primarios. Del análisis de la información contenida en la tabla número I, se desprende que en las cubiertas asumidas por el médico primario, los servicios son de alta utilización y bajo costo; mientras que en la cubierta asumida por la aseguradora, los servicios son de baja utilización y alto costo. Es decir, que las probabilidades de que los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno necesiten servicios de esta última cubierta, es menor. Estos servicios son asumidos por la aseguradora por el principio de seguros de dilución de riesgo. Al ser pocos casos, se necesita acumularlos para alcanzar un volumen que permita negociar los costos de los servicios y permita administrar los recursos económicos para cubrirlos.

Además de la diferencia en la intensidad de los servicios antes descrita, está la disparidad en la distribución del dólar prima. En la distribución del dólar prima antes mencionada, no se contempla una partida de gastos administrativos para el médico primario, lo que afecta el flujo de efectivo proveniente del pago per cápita. En principio, este fenómeno se debe a la presunción de que los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico iban a migrar hacia el sector privado a recibir la atención de salud en oficinas médicas ya establecidas y operantes y que por lo tanto los costos administrativos ya estaban cubiertos. La realidad es que al ocurrir el desplazamiento de la población médico indigente del un sector público al privado, aumentaron los gastos administrativos. Los gastos administrativos aumentan por la necesidad de establecer una estructura más compleja y de reclutar más recursos humanos para cumplir con la demanda de servicio. Esta misma premisa es aplicable a las compañías aseguradoras. Al momento de contratar con ASES estas ya contaban con una infraestructura de seguro privado y el contrato con ASES vendría a aumentar su volumen de negocio.

La pregunta, de si el dinero asignado a prima o pago per cápita es suficiente, se traduce en si es razonable y adecuada la distribución de dólar prima y de riesgo entre la aseguradora y el médico primario. En las tablas del II al IV se señalan las cláusulas del contrato entre la aseguradora y el médico primario que podrían estar afectando la distribución de dólar prima.

A la luz de los documentos que ASES nos permitió acceso y a nuestro análisis de los contratos y distribución de riesgo encontramos las siguientes situaciones que pueden estar afectando la distribución del dólar prima:

1. La distribución de dólar prima de \$0.39 para la aseguradora cubrir el riesgo que asume vs. los \$0.54 que se destinan para cubrir el riesgo del primario, podría parecer razonable, pero como se menciona anteriormente la intensidad de servicio en las cubiertas de servicios es diferente. Además la aseguradora por la naturaleza de su negocio, reasegura su riesgo, mientras que el médico primario no tiene la posibilidad, ni la estructura para reasegurar su riesgo y es responsable del 100% del mismo.
2. Los proveedores primarios se convierten en aseguradores de facto al asumir el riesgo de la cubierta básica. ASES debe considerar asignar el mismo costo administrativo que asigna a las aseguradoras, ya que la situación actual provoca una disparidad económica entre la aseguradora y el médico primario. Cuando se diseñó el modelo de la Reforma de Salud, no se incluyó la partida de gastos administrativos para el proveedor primario por entender que este prestaría sus servicios a los beneficiarios de la Reforma en las mismas facilidades ya establecidas. Sin embargo, no tomaron en consideración los nuevos grupos que se formaron y que prestan sus servicios en facilidades que están destinadas solo a atender a los beneficiarios de la Reforma. Tampoco se consideró la situación de los CDT's. La asignación de un porciento para gastos administrativos, se justifica para los proveedores primarios al considerar que tienen que establecer los mismos controles de utilización que implantan las aseguradoras; tienen que cumplir con parámetros de calidad; tienen que registrar las pacientes embarazadas y los pacientes con condiciones especiales; tienen que coordinar todos los servicios de salud médicamente necesarios; tienen que implantar protocolos administrativos para asegurar la continuidad de cuidado, que representan tareas administrativas que realmente son adicionales a la labor clínica.
3. Disparidad de acceso de la información:
  - a. ASES diariamente le transmite electrónicamente al asegurador la elegibilidad de los beneficiarios del Plan de Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico. ASES y las aseguradoras comparten la misma plataforma de información. Mientras, que los

médicos primarios tienen disponible la información de elegibilidad con días de diferencia y en algunos modelos con semanas de diferencia. Esto crea un problema a nivel de acceso de servicio, que se discute en detalle más adelante, y un problema en la administración de los recursos del centro, HCO o IPA. En ocasiones, por no tener la información de elegibilidad actualizada, el médico primario brinda servicios y referidos a pacientes con cubierta vencida, ya sea porque cambio de nivel de indigencia o porque no realizó los trámites de revisión anual en asistencia médica. En este caso, el médico primario no recibe pago per cápita por los servicios prestados y los costos incurridos en la atención de un beneficiario que ya no es elegible.

Aunque el médico en su estructura operacional tenga como protocolo la revisión de elegibilidad del beneficiario antes de darle los servicios, el no tener la información actualizada afectar el servicio que se le brinda al paciente y va en detrimento de la estabilidad económica del centro, IPA o HCO.

- b. La información sobre la utilización de servicios por regiones que ASES hace disponible a las aseguradoras al momento de solicitud de propuestas, no es accesible al médico primario. La falta de información al proveedor primario en cuanto a perfiles epidemiológicos, socio-demográficos y de utilización, le hace difícil cumplir con su rol de coordinación de servicios, que es fundamental en los sistemas de cuidado dirigido. Esto debido a que en el modelo de cuidado dirigido, la toma de decisiones se genera utilizando información resultante de estos datos. En otras palabras, la falta de acceso a esta información al proveedor primario impide el funcionamiento correcto de un sistema de cuidado dirigido.
  - c. Cada aseguradora tiene un formato diferente para realizar los informes de reclamaciones descontadas del pago per cápita de los médicos primarios. La forma en que se presentan estos informes es una compleja, que no facilita su análisis y requiere de mucho tiempo para entenderlos y poder tomar acciones correctivas e identificar errores en la asignación de reclamaciones entre cubiertas de riesgos. Es necesario que el proveedor primario pueda analizar las reclamaciones que se le descuentan de su pago per cápita, porque identificamos que en ocasiones la aseguradora hace descuentos contra el pago per cápita que no correspondían y esto afecta el flujo de efectivo del médico primario.
4. Arreglo financiero entre de las compañías aseguradoras y los proveedores primarios:
- a. En ocasiones, dependiendo de los días festivos o los fines de semana, los médicos primarios reciben su pago per cápita el día diez del mes corriente. Esto provoca que los proveedores primarios tengan que establecer retenciones para reservas internas, adicionales a las ya establecidas por la aseguradora. Esta situación provoca una disminución en la cantidad del dólar prima que se utiliza realmente en cuidado directo de la salud de los beneficiarios.
  - b. La aseguradora debe establecer un porcentaje fijo a descontar del pago per cápita por concepto de reserva. Al ser desconocido y variable este porcentaje, no les permite a los médicos primarios tener las herramientas necesarias para hacer proyecciones financieras. Además, el aumento en el porcentaje de retención por concepto de reserva afecta directamente el flujo de efectivo del médico primario. Al no establecer el porcentaje fijo a retener, esta acción queda a la discreción del asegurador, que no ajusta la cantidad correspondiente a reclamaciones realizadas al pago per cápita del proveedor primario, al establecer el porcentaje de retención.

Esta misma reserva, que no tiene asignada una cantidad fija, la utiliza el asegurador a su conveniencia. La aseguradora mantiene dinero del médico primario en reserva o IBNR y se esperaría que en el momento en que se sobregire un fondo, se utilice esta reserva para subsanarla. Sin embargo, las aseguradoras incluyen cláusulas en el contrato que les permite descontar los sobregiros de un fondo médico, del balance del fondo institucional y a la inversa. Con este mecanismo, la aseguradora mantiene el dinero de la reserva disponible para inversiones, mientras afecta el flujo de efectivo del médico primario.

- c. Las aseguradoras establecen en su contrato que las reclamaciones que el proveedor primario objete, las contestará en 60 días a partir de la fecha en que se someten las mismas. Esto siempre y cuando se haya entregado dentro de los primeros sesenta días luego de prestar el servicio. La realidad es que se dilatan mucho más de 60 días en contestar las objeciones a las reclamaciones. Mientras tanto, se continúa afectando el flujo de efectivo del proveedor primario como resultado de descuentos que no proceden.

Esto no debería ocurrir, porque los sistemas de información de las aseguradoras le permiten evaluar los códigos de facturación y se pueden detectar las reclamaciones que no corresponden al proveedor primario y hacer el descuento del fondo correspondiente.

- d. ASES debería fijar la cantidad de límite de pérdida o “stop loss”, que es el mecanismo utilizado para proteger a los proveedores primarios de los costos de los servicios que exceden el límite fijado por suscriptor por año contrato. La aseguradora asume el riesgo de este exceso.

A pesar de que los contratos entre las aseguradoras y los proveedores primarios incluyen la cláusula de límite de pérdida o “stop loss”, las aseguradoras no lo aplican al momento en que el beneficiario alcanza el límite por costos de servicios prestados, según establecido. Usualmente la aseguradora reconoce el límite de pérdida o “stop loss” al terminar el año contrato, pero esta práctica no solo afecta el flujo de efectivo del proveedor primario, sino que es una forma indirecta de transferencia de riesgo. El médico primario paga los costos directos de medicina primaria y mantiene la operación de su centro con el flujo de efectivo que le paga la aseguradora una vez ha tramitado las facturas correspondientes.

- e. Continuamente la prensa realiza reportajes relacionados a las quejas de los proveedores porque las aseguradoras no les pagan. Esto llama la atención ya que en el caso del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, las aseguradoras realizan los descuentos del pago per capita del médico primario al momento que trabajan las reclamaciones, pero no emiten el pago a los proveedores en el mismo momento. Es necesario que ASES examine este proceso, ya que en ocasiones las aseguradoras dejan acumular sus deudas con los proveedores y luego aprovechan la oportunidad de necesidad de flujo de efectivo de estos para negociar las deudas por cantidades menores. Mientras tanto, invierten a corto plazo los descuentos que realizan a los proveedores primarios. Esto debe ser auditado, ya que en los casos en que la aseguradora negocia las deudas, no reembolsa al primario la cantidad de dinero que se ahorran por concepto de la negociación. Esto es otra forma en que la aseguradora genera ganancias, ya que las reclamaciones se descuentan al 100%. Sin embargo, al negociar la deuda el excedente permanece en la aseguradora o es utilizado por esta

para cubrir otros renglones de su operación. Mientras tanto, se continúa afectando el flujo de efectivo de los proveedores primarios.

- f. El contrato entre ASES y las aseguradoras y a su vez entre las aseguradoras y los proveedores primarios estipulan un cláusula de no subcontratación. Cláusula que afecta uno de los principios del modelo de cuidado dirigido que es estimular los arreglos de subcontratación entre proveedores, para el desarrollo de la red de servicios del HCO. Esta cláusula limita los esfuerzos colaborativos que puedan realizar los médicos primarios para coordinar los servicios que requieran sus pacientes y para mantener la continuidad del cuidado de salud de estos. El propósito primordial de esta cláusula es mantener centralizada las reclamaciones, pero la realidad es que los proveedores primarios mantienen contratos con otros proveedores y las aseguradoras deberían proveerles alternativas para el reporte del servicio prestado bajo estos acuerdos económicos.
5. Distribución de riesgos:
- a. En los contratos entre las aseguradoras y los proveedores, se establece que pueden cambiar la distribución de riesgo y cambiar los renglones de servicios incluidos en los mismos. En el momento que la aseguradora aumente o cambie fondos, estará alterando la distribución de riesgo y esto podría colocar al médico primario en una situación económica difícil, ya que se afectará el flujo de efectivo del médico primario y cambiará la distribución de riesgo y de dólar prima. Mientras esto podría suceder, ASES continuará pagando durante el año contrato el PM/PM negociado.
  - b. La cubierta especial o catastrófica, al igual que la de obstetricia en la mayoría de los modelos es un riesgo asumido por la aseguradora. Pero, a pesar de este riesgo, la aseguradora establece que el médico primario tiene que registrar al paciente que cualifica para alguno de los fondos catastróficos; labor que resulta difícil para el primario, cuando los pacientes pueden acceder al especialista de su selección. El proceso de registro que impone la aseguradora es uno largo y tedioso que conlleva mucho esfuerzo. Mientras se logra el registro del paciente, la aseguradora no asume el riesgo del tratamiento del paciente y el proveedor primario viene obligado a brindarle los referidos y recetas médicamente necesarios al paciente. Estos servicios se descuentan del pago per cápita del paciente. Aunque luego del registro del paciente, la aseguradora en algún momento del año contrato o a reclamaciones del proveedor primario, le desembolsa las cantidades descontadas del pago per cápita que no correspondían. Pero durante el tiempo que se tramita el registro, el proveedor primario asume parte del riesgo de la aseguradora.
  - c. Otro factor que aumenta el nivel de riesgo del proveedor primario es que el modelo actual de La Tarjeta permite la libre selección de especialistas, proveedores de servicios ancilares y hospitales. Los conceptos de cuidado coordinado y libre selección están reñidos, porque en el modelo de libre selección los servicios se pagan por tarifa o “fee for service” y a mayor utilización de los servicios, mayor el ingreso del proveedor. Esto implica que los proveedores de servicios de apoyo, de servicios ancilares y de hospital están incentivados a una mayor utilización de servicios. Mientras que en el modelo de cuidado dirigido a mayor utilización de servicios, menor será el ingreso del proveedor primario. Dada esta mezcla de modelos, el proveedor primario no puede generar economías en los servicios ancilares y no se cumple la curva de “capitation”. Esta curva ilustra un

proceso en el cual el paciente que recién ingresa al plan de salud utiliza una gran cantidad de servicios en poco tiempo. Luego, se espera que la utilización se vaya reduciendo y se estabilice. Cuando el paciente se cambia de proveedor, la curva vuelve a experimentar el mismo comportamiento inicial y por tal razón, no logra estabilizarse. En los primeros meses de servicio la curva de “capitation” se va elevando hasta que se logra estabilizar las condiciones de salud de la población atendida y por ende se estabiliza la curva.

- d. En el contrato vigente el cambio de proveedor se limita a los primeros tres meses, a una vez durante el año contrato o por alguna acción del proveedor primario que ponga en riesgo la vida del paciente o que vaya en contra de los principios de buena práctica de la medicina. Esto ayuda a estabilizar la población que atiende el proveedor primario y a que se logre la coordinación de los servicios de salud. A largo plazo debe contribuir también a la contención de los costos de los servicios de salud cubiertos por La Tarjeta.
6. Modelo de cuidado coordinado: Cada aseguradora utiliza un modelo diferente de cuidado coordinado. ASES debería uniformar el modelo, ya que de esta forma al ocurrir cambios de aseguradoras en las regiones, la transición en la administración de la cubierta sería transparente para los beneficiarios y los proveedores. Hasta el momento, la experiencia ha demostrado que los cambios de aseguradora en una región altera la atención de la salud de los beneficiarios y la estabilidad económica de los centros, ya que el efecto de la curva de aprendizaje de los proveedores la sufren los beneficiarios. Además, ASES debe ejercer su rol de comprador prudente y crear un modelo de cuidado coordinado cónsono con las necesidades del beneficiario del Plan de Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico, que coloque al Departamento de Salud y a ASES en una posición de notaria. Esta acción también permitiría una contratación costo-efectiva para todas las partes.
7. Otra medida de riesgo es la tasa de pérdida o “loss ratio” del asegurador, de las regiones y de los proveedores primarios. Al momento del estudio solo estaban disponibles los cálculos de tasas de pérdida para las aseguradoras. Estas comprenden un periodo de quince meses, desde el 1 de julio de 2000 al 30 de septiembre de 2001.

Estas son:

Análisis de gastos directos sobre ingresos reportados en estados financieros de las aseguradoras del 1 de julio de 2000 al 30 de septiembre de 2001

**FUENTE: ASES, ABRIL 2002**

ASEGURADORA	TASA DE PERDIDA “LOSS RATIO (gastos vs ingresos)
SSS	
REGION NORTE	94%
REGION NOROESTE	91%
REGION METRO NORTE	92%
MCS	
SAN JUAN	82%
OESTE	No disponible al momento de solicitar la información

HUMANA	
CENTRAL	94%
SURESTE	94%
LA CRUZ AZUL DE PUERTO RICO ESTE, NORESTE	No disponible al momento de solicitar la información

NOTA: Para propósitos de análisis únicamente se consideraron los ingresos por concepto de primas y gastos médicos

Al analizar las tasas de pérdida de las aseguradoras, la mayoría de ellas están generando ganancias de su contrato con ASES para administrar la cubierta de servicios de salud del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Esto sin considerar la partida del dólar prima que se asigna para gastos administrativos de la aseguradora y los ingresos por concepto de inversión de las primas que genera el asegurador. Este análisis demuestra que la cantidad asignada para la prima de la cubierta de los servicios de salud es suficiente. Se puede observar que la aseguradora con mayor ganancia o menor porcentaje de pérdida es MCS, mientras que las tasas de Humana y SSS son comparativas. En el caso de La Cruz Azul su tasa de pérdida demuestra la situación económica delicada en la que se encuentra la aseguradora y que la ha llevado a enfrentar grandes dificultades para continuar ofreciendo sus servicios como asegurador. Entendemos que en el caso de La Cruz Azul de Puerto Rico ASES tiene que analizar a profundidad si podría contratar nuevamente alguna región con esta aseguradora, garantizando la atención de salud y la calidad de los servicios a los beneficiarios adscritos a la región que se le otorgara.

Para los meses en que fue calculada la tasa de pérdida o “loss ratio” las aseguradoras tenían incluidos en la cubierta los servicios de salud mental, tratamiento para pacientes con hepatitis C, tratamiento para los pacientes con hemofilia, hormonas de crecimiento, Ley 296 y educación primaria. En el contrato suscrito entre ASES y las aseguradoras el 1ero de octubre de 2001, se excluyen estos servicios de la cubierta, por entender que ofreciéndolos a través del Departamento de Salud, el Gobierno podía contratar una prima menos onerosa.

Además, se comenzó la contratación directa de ASES con las organizaciones de manejo de salud conductual, conocidas en inglés como “managed behavioral health organizations” (MBHO) y con el PBM MC-21 para la administración de la cubierta de fármacos para los servicios de los MBHO.

El promedio de las primas contratadas con las aseguradoras para el contrato vigente, que excluye los servicios antes mencionados es de \$62.59. Esta cantidad compara con la prima pagada en los contratos anteriores que incluían una cobertura de servicios mayor. Esto significa que la distribución de dólar prima para los servicios de salud física es mayor para las aseguradoras que para los proveedores primarios, porque los servicios excluidos de la cubierta contratada con ASES eran parte del riesgo que asumían las aseguradoras. Es decir que la exclusión de estos servicios redundó en un menor riesgo para las aseguradoras, pero no significó ningún cambio para el proveedor primario. Por lo que podemos presumir que las aseguradoras están generando ganancias o excedentes mayores del riesgo que asumen.

Lo antes expuesto señala que los problemas económicos que manifiestan los proveedores primarios, se debe a un problema en la distribución del dólar prima y a una transferencia de riesgo mayor al proveedor primario. Además, estas tasas de pérdida confirman la desigualdad que existe entre la intensidad del cuidado por la cual el proveedor asume riesgo y la cantidad de dólar prima asignada para cubrir estos costos. La desventaja es del proveedor primario al no poder administrar

el dinero designado para la cubierta de servicios y tener que depender de la aseguradora. Además, se demuestra la capitalización del dólar prima por parte de la aseguradora.

## **II. Accesibilidad a Servicios de Salud**

La accesibilidad por parte del paciente médico indigente a los servicios de salud del programa de La Tarjeta es una preocupación principal de la Resolución del Senado 55. De hecho, la accesibilidad a servicios de salud fue una de las metas principales del programa de La Tarjeta cuando se inauguró en 1993. En esta sección, se examina la accesibilidad a servicios de salud en el programa de La Tarjeta de la Reforma de Salud desde tres perspectivas: accesibilidad como resultado del diseño del modelo de cuidado; accesibilidad desde la perspectiva de la disponibilidad de médicos y otros servicios de apoyo; y accesibilidad desde la perspectiva de la capacidad del médico primario de cumplir con la responsabilidad de proveer la cubierta contratada, con el porcentaje de riesgo que asume en la distribución de riesgo del seguro de salud del gobierno.

### **II. A. Accesibilidad Desde la Perspectiva de Cubierta de Beneficios**

El diseño del programa de seguro de salud del gobierno, La Tarjeta de Salud, contempla entre otros, una cubierta de servicios sumamente amplia para servicios primarios, especializados, farmacia, rayos X, laboratorio clínico, hospitalizaciones y servicios para condiciones catastróficas y especiales. Esta cubierta compara muy favorablemente y en la mayoría de los casos excede las cubiertas que se ofrecen a precios más altos en el mercado de seguros de salud privados. Con una cubierta tan generosa y el hecho de que la gran mayoría de los beneficiarios de este seguro no tienen que aportar económicamente para recibirla, se tiene que concluir que desde el punto de vista de cubierta, el programa es accesible para la población médico indigente.

### **II.B. Accesibilidad Desde la Perspectiva del Modelo de Cuidado Coordinado**

El programa de La Tarjeta se diseñó para que el usuario ganara acceso a través de un médico primario que sirve de agente coordinador de todo el proceso de cuidado de la salud de ese usuario. El médico primario cuenta con la autoridad profesional y financiera de referir a su paciente a servicios de médicos especialistas, servicios de pruebas diagnósticas de radiología o laboratorio clínico, servicios de hospitalización y medicamentos recetados. Además, el programa de seguro de La Tarjeta le ofrece servicios de promoción de salud, prevención de enfermedad, cuidado catastrófico, cuidado para condiciones especiales, servicios de salud dental y servicios de salud mental.

El médico primario asume la responsabilidad de coordinar el proceso de cuidado de su paciente, ya que su adiestramiento le provee una visión amplia de las necesidades de servicios de salud de sus pacientes y como tal, sabe a que recursos profesionales y técnicos recurrir para atender de forma integral dichas necesidades. Este rol de coordinador de cuidado del paciente ofrece la ventaja de que el paciente cuenta con un agente fiduciario que le guiará a lo largo del complejo laberinto del sistema de salud. Esto es distinto al caso de un sistema de pago a base de tarifas, en el que el paciente emplea el mecanismo de libre selección para coordinar su propio proceso de cuidado. Para el paciente médico indigente, coordinar su propio proceso de cuidado médico resulta muy difícil, ya que no cuenta con los conocimientos ni la información necesaria para ejercer esta discreción. A tales efectos, el diseño del modelo de cuidado coordinado en función de un médico primario como representante del paciente, resulta ser un indicador de accesibilidad efectiva.

Sin embargo, un problema que enfrenta la operación del programa de La Tarjeta es que altera el diseño del médico primario como coordinador de cuidado, ya que le ofrece al paciente la libre selección de proveedores a lo largo del sistema de salud de su región e inclusive la capacidad de cambiar frecuentemente de proveedor primario. Esto tiene un efecto negativo en el diseño del modelo de cuidado coordinado, ya que la libre selección y el cuidado coordinado representan incentivos encontrados en este escenario. Sabemos que el elemento de libre selección se introdujo en el principio de la implantación de la Reforma de Salud como instrumento político más que como estrategia de salud pública. El usuario accedió al llamado del supuesto beneficio de la libre selección como instrumento de apoderamiento social. El resultado ha sido que el cuidado del paciente se hace más difícil de coordinar, el servicio se encarece y la calidad de cuidado es más difícil de lograr, sobre todo cuando requiere un proceso de continuidad de cuidado que se interrumpe por los cambios de médico primario.

## **II. C. Accesibilidad Desde la Perspectiva de Disponibilidad de Recursos**

En el sistema de servicios de salud gubernamental que operaba antes de la implantación de La Reforma de Salud de 1993, los servicios de médicos especialistas se concentraban mayormente en el Área Metropolitana de San Juan y en los municipios de Ponce y Mayagüez. Para lograr acceso a servicios de médicos especialistas, el paciente médico indigente tenía que acudir a los hospitales regionales y si en estos no encontraba el especialista que necesitaba, como ocurría tan frecuentemente, tenía que acudir al Centro Médico de Puerto Rico en Río Piedras. Esto representaba una carga muy pesada y costosa al paciente médico indigente y afectaba de manera directa su accesibilidad. La renuencia de los gobiernos de administraciones pasadas a dotar estas facilidades de los médicos especialistas que necesitaban por alegada falta de fondos, resultó en detrimento de la salud de esta población, a consecuencia de la falta de accesibilidad geográfica a proveedores.

Aún cuando las facilidades diagnósticas de radiología avanzada y laboratorios clínicos proliferaron alrededor de la Isla, la disponibilidad de médicos especialistas dejaba mucho que desear. Lo mismo ocurría con los servicios dentales. La implantación de La Tarjeta de Salud en toda la Isla, produjo una redistribución de médicos especialistas a las demás regiones geográficas. Esto resultó en una medida de acceso real en servicios médicos especializados y una conveniencia para cientos de miles de pacientes, que ya no tienen que viajar a San Juan para obtener este tipo de cuidado.

Hay que advertir, sin embargo, que la proliferación de facilidades de servicios de salud no necesariamente representa mayor accesibilidad. La expansión en la oferta de farmacias de comunidad, laboratorios clínicos de comunidad y centros de radiología computarizada, ha incrementado la disponibilidad de estos servicios pero no han contribuido de forma significativa a la accesibilidad de servicios. La relajación en la aplicación del reglamento de la Ley de Certificado de Necesidad y Conveniencia ha resultado en la proliferación de estas facilidades de salud, siguiendo el dictamen de la administración gubernamental anterior de que el usuario de La Tarjeta de Salud debe tener libre selección de proveedores. A tales efectos, la necesidad de estas nuevas facilidades de generar ingresos que garanticen su rentabilidad esta contrapuesto al principio de cuidado coordinado, en el cual el médico primario, actuando como comprador prudente, negocia precios por volumen con estas facilidades o las ubica como parte de su oferta de servicios primarios.

Este fenómeno es un ejemplo de lo que ocurre cuando el gobierno se convierte en comprador de servicios al sector privado, pero falla en implantar reglas conducentes a una actividad empresarial que beneficie al paciente y proteja al proveedor. En el escenario de retracción fiscal en que se encuentra el sistema de salud en su totalidad, las estrategias de contención de costos resultarán en una reducción necesaria en estas facilidades; algo que políticamente no es de provecho, pero es

necesario para la salud fiscal del sistema de salud. En su rol de velar por la atención de la salud de la población, el gobierno necesita lograr un sistema de salud que cumpla con las necesidades de dicha población y no resulte en una operación financiera que comprometa al erario. Esto último representaría un costo político aún mayor. De hecho, ya se ha observado como algunas compañías aseguradoras han ajustado los precios de los procedimientos de laboratorio clínico, con el propósito de reducir el incentivo del establecimiento de “estaciones de sangría”, laboratorios de comunidad que esencialmente toman muestras y las refieren a laboratorios de referencia, encareciendo el costo de las pruebas.

## **II. D. Accesibilidad Desde la Perspectiva de la Distribución de Riesgo**

El seguro de salud del gobierno de Puerto Rico incluye, como se menciona anteriormente, una cubierta de beneficios que es superior a la mayoría de las cubiertas disponibles en el mercado de seguros de salud privado. Esto en principio es indicativo de accesibilidad. Sin embargo, es necesario examinar la manera en que se ofrece esta cubierta para determinar si en efecto es tan accesible como lo indica su descripción de beneficios. Para esto, se examina la forma en que se diseña la distribución de riesgo de esta cubierta. Esto determina si la distribución de los servicios cubiertos en el seguro, por los cuales se hace responsable cada parte, es proporcional al dinero que recibe para administrar dicha responsabilidad. En otras palabras, se intenta determinar si la distribución del riesgo de la cubierta ofrecida afecta de manera positiva o negativa la accesibilidad a los beneficios de esta cubierta.

Al examinar la distribución de riesgo de esta prima en las distintas compañías aseguradoras, se encuentra que en promedio, esta distribución asigna 54% del riesgo a la cubierta básica; 39% es asignada a la cubierta especial, que incluye cuidado especial, cuidado catastrófico, cuidado obstétrico y cuidado dental; y 7% que se reserva para gastos administrativos de la compañía aseguradora. Esto significa que para efectos del modelo de contratación de riesgo, 93% del dolar prima se emplea en cuidado médico directo. Esto, claro esta, no contempla los gastos administrativos y los márgenes de ganancia de cada proveedor contratado a través de esta cubierta. Tampoco contempla el efecto que tiene el flujo del dinero de la prima que corresponde al médico primario y que retiene el asegurador para varios propósitos que se discuten más adelante.

Surge la interrogante de si los servicios que se incluyen en la cubierta básica, la cual asume el médico primario, guardan proporción con el riesgo que se le asigna. Aunque esta cubierta se caracteriza por alta intensidad en el uso de servicios de costo relativamente bajo, el alcance de dicha cubierta podría ser más amplia de lo que puede manejar el médico primario con el dinero que recibe por este riesgo. De ser así, se estaría afectando la accesibilidad de sus pacientes a los servicios incluidos en la cubierta básica. Esta cubierta incluye servicios médicos ambulatorios primarios, servicios médicos ambulatorios especializados, servicios médicos en el hospital, hospitalizaciones, medicamentos recetados, laboratorio diagnóstico clínico, radiología y radiología computarizada (hi tech).

Cabe señalar que bajo el Programa Medicare, la contratación de riesgo con el HCO se hace siguiendo el “Physician Incentive Rule”. Bajo esta regla, el médico no asume más de \$0.25 de riesgo por cada dólar prima que contrata. Medicare hace esto bajo el supuesto de que en el mejor de los casos, aquel en el que el médico contratante conoce el riesgo y las formas de administrarlo, exigirle más de un 25% de riesgo le pone en una posición conflictiva en su rol de proveedor. Esta regla debe estudiarse como parte de las opciones para determinar cual debe ser el límite máximo que debe transferirse de riesgo financiero al HCO en el modelo de Reforma de Salud de Puerto Rico. Se debe entender que en todo modelo de cuidado dirigido debe existir una distribución de riesgo entre todos

los participantes, pero esa distribución no debe ser tan onerosa como para que ponga en peligro el servicio al beneficiario y la estabilidad del proveedor.

Para determinar si el médico primario está siendo efectivo en la prestación de los servicios de salud que se incluyen en la cubierta básica y por lo tanto está proveyendo acceso a sus pacientes a través de esta cubierta, sería necesario examinar los informes de utilización, ingresos y gastos y los estados financieros de los grupos médicos operando en el programa de La Reforma de Salud de Puerto Rico. Esto no está dentro del alcance de este estudio. Pero, aún si lo estuviera, se necesitarían conseguir los estados financieros de cada HCO y eso no es viable por razones logísticas y de tiempo. Sin embargo, se puede llevar a cabo este análisis de forma global por regiones contratadas y calcular la tasa de pérdida para el componente de cuidado primario a nivel de cada región. Esto representa una aproximación razonable para determinar si el médico primario participante de La Reforma tiene la capacidad de cumplir con la cubierta básica de servicios de salud.

Para este análisis examinamos informes de datos provistos por ASES. En estos informes, ASES recopila información global por cada región contratada a través de las compañías aseguradoras participantes en el programa de La Tarjeta. El análisis de estos informes refleja que las cantidades de dinero que la compañía aseguradora proyecta para cada componente de cuidado supera, en promedio, la cantidad de gastos generados por los proveedores en cada componente de servicio. Desde esta perspectiva, la distribución de riesgo de la cubierta básica se puede decir que provee para accesibilidad a servicios de salud para el paciente médico indigente.

El análisis de la distribución de riesgo de la prima de seguro refleja que el pago de "capitation" es suficiente para cubrir la experiencia de utilización que ocurre en la Reforma de Salud. Se encontró que la tasa de pérdida para la prima pagada por miembro por mes es suficiente para cubrir el riesgo de utilización en general. Sin embargo, el análisis de las regiones en que los datos lo permitieron, reflejan que la cubierta básica, que define el riesgo que asume el médico primario, fue insuficiente. En el caso de la cubierta especial que asume como riesgo la compañía aseguradora, el análisis demuestra que la prima es suficiente. De hecho, esto último es de esperarse, ya que la compañía aseguradora negocia precios favorables para los servicios de cuidado dental y obstétrico que paga a base de tarifas y reasegura el riesgo de la cubierta especial y catastrófica. Esto, para todos los efectos prácticos, le reduce el riesgo casi en su totalidad a la compañía aseguradora. En el caso de la cubierta básica, se encontró, sin embargo, que el riesgo asignado es mayor a la capacidad de los médicos primarios de manejar su población dentro del límite presupuestario asignado. En esencia, los HCO pierden en esta cubierta.

Sin embargo, se han identificado unas prácticas que llevan a cabo las compañías aseguradoras, que trascienden el escenario de distribución de riesgo, pero crean problemas al médico primario en su proceso de prestar los servicios de la cubierta básica. Por estar estos asuntos relacionados a la accesibilidad del cuidado, se mencionan a continuación.

### **1.- Gastos Fijos de los Proveedores de Cuidado Primario (HCO)**

Cuando se inició La Reforma de Salud en 1994, el gobierno deliberadamente canalizó a los beneficiarios del programa hacia oficinas médicas. Esto ocurrió en detrimento de los centros de diagnóstico y tratamiento (CDT). De hecho, la prima que se asignó contemplaba que el gasto fijo de oficina médica no sería incurrido, ya que estas oficinas ya existían y cubrían estos gastos fijos con sus matrículas de pacientes privados (ver caso de Región de Fajardo 1994 en Informe número 1). Lo que ocurrió fue que los médicos primarios que se suscribieron al programa de La Reforma formaron grupos médicos y establecieron facilidades de servicios ambulatorios independientes de sus prácticas

privadas. Esto generó una partida de gasto fijo en los HCO que no se contemplaba y contribuyó al incremento en el gasto total de operar sus prácticas. Para el grupo que iniciaba con un número de vidas pequeño y poca experiencia administrativa, esto representó un golpe financiero debilitador a su práctica. Esto, claro está, no está contemplado en la distribución de riesgo que se le asigna al médico primario.

## **2.- Falta de Capacidad de Negociar Precios**

Una desventaja del modelo de distribución de la prima que administra la compañía aseguradora, es que retiene el dinero que le corresponde al HCO por concepto de “capitation” para administrarle dichos fondos desde la aseguradora. Esto crea varios problemas. Primeramente, esta acción le impide al HCO negociar precios descontados con médicos especialistas y facilidades de servicios diagnósticos. A tales efectos, el HCO se ve obligado a pagar estos servicios al precio que le facturen al asegurador. Segundo, el asegurador invierte estos fondos en instrumentos a corto plazo y genera ganancias que retiene para sí mismo. Esto ha sido comprobado mediante análisis de los estados financieros de varias compañías aseguradoras, al igual que en un estudio de auditoría independiente de una compañía aseguradora.

## **3.- Registro de Casos Obstétricos**

La compañía aseguradora le requiere al médico primario que, en el caso en que el obstetra no lo haga, este registre la paciente, para que la compañía aseguradora asuma la responsabilidad de pagar por los servicios. Este sistema penaliza al médico primario porque se le hace difícil saber cuando una paciente de su HCO está embarazada y el momento en que acude al obstetra para iniciar su cuidado prenatal. Si el obstetra no registra la paciente a tiempo, la compañía aseguradora le resta el pago correspondiente a este servicio de su “capitation” y se lo devuelve una vez se registra la paciente. Mientras tanto, la compañía aseguradora tiene la oportunidad de invertir este dinero y generar intereses. Esto, unido al caso anterior, representa una cantidad significativa de capital para inversión.

## **4.- Registro de Casos Catastróficos y Especiales**

Esta es una situación análoga a la anterior. En este caso, sucede que el médico primario es responsable, como agente coordinador de cuidado del paciente, de registrar todo caso que requiera cuidado catastrófico o para una condición especial. Ambos casos se pagan del fondo de la cubierta especial que asume como riesgo la compañía aseguradora. En ocasiones, el proceso de registro puede retrasarse por razones ajenas al médico primario. En ese caso, el asegurador le carga a la cubierta básica del médico primario todos los gastos que haya incurrido el paciente hasta el momento de su registro en la compañía aseguradora. Estas situaciones son de común ocurrencia, por lo que se repite el fenómeno de retención de dinero del médico primario que invierte el asegurador para su beneficio.

## **5.- Pago de Capitation a Mes Vencido**

En la revisión de las prácticas de pago de las compañías aseguradoras, se encuentra que existe un período de más de treinta días en que la compañía aseguradora retiene el pago de “capitation” del HCO. Es decir, ASES le paga a la compañía aseguradora cada quinto día laborable del mes corriente la prima mensual correspondiente al mes que comienza. Sin embargo, la compañía aseguradora le paga al HCO al quinto día laborable del mes vencido. Considerando el hecho de que

mensualmente ASES paga en exceso de \$100 millones, los intereses que este dinero genera, aún a corto plazo, resulta en ganancias millonarias a fin de año para las compañías aseguradoras. El problema, claro esta, no es que se invierta este dinero, es que el HCO asume el costo de oportunidad de un dinero que le pertenece, pero lo invierte otro para su propio interés.

#### **6.- Descuentos al Fondo del Médico Primario**

Aún cuando es normal que las reclamaciones que se hacen contra el fondo de la cubierta básica se descuenten, no es apropiado que la compañía aseguradora descuenta de este fondo de manera inmediata, reclamaciones por servicios prestados por concepto de referidos, cuando se reserva el derecho a pagar estas facturas a los proveedores a sesenta (60) días. Esta práctica le permite a la compañía aseguradora invertir este dinero a corto plazo y generar ganancias por dicha inversión. Se observa además, que cuando se descuentan cantidades significativas del fondo médico, se hace necesario recurrir a una fuente más solvente del médico primario. Sin embargo, en lugar de descontar este sobregiro del fondo de reserva de IBNR, la aseguradora lo descuenta del fondo institucional. Esto lo hace para liberar el IBNR y mantenerlo como instrumento de inversión continua.

### **III. El Impacto en la calidad de servicios de salud a los médico-indigentes**

La Administración de Servicios de Salud ha implantado varios mecanismos para hacer cumplir el contrato que suscribe con las aseguradoras, entre ellos velar por la calidad de los servicios y la satisfacción de los beneficiarios del Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico. En este estudio se presentan los mecanismos que utiliza ASES para velar por el cumplimiento de los contratos, la calidad de los servicios y el monitoreo de la satisfacción de los beneficiarios del Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

A pesar de que la política de ASES es lograr que se lleven a cabo evaluaciones sistemáticas de la calidad de los servicios que ofrecen dentro de la cubierta del programa de La Tarjeta, esto ha sido posible solo de forma parcial. Las peticiones presupuestarias de ASES incluyen partidas para comisionar estas evaluaciones de forma independiente con *Quality Improvement Professional Research Organization Inc.* (QIPRO por sus siglas en inglés). Sin embargo la experiencia hasta el presente, es que no se aprueba esta partida para evaluar todas las regiones anualmente. A tales efectos las evaluaciones se limitan a solo algunas regiones, impidiendo la comparación sistemática necesaria. Aunque hay que señalar que como mecanismos alternos para el cumplimiento de los contratos, la calidad de los servicios y el monitoreo de la satisfacción de los beneficiarios del Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico, ASES ha desarrollado procesos de auditoria que son realizadas por las Directorías de Auditoría Interna, PROBENE y Análisis y Evaluación Técnica.

El Área de Servicio a Proveedores y Beneficiarios, PROBENE (PRO - proveedores / BENE - beneficiario), cuenta con una oficina central ubicada en la facilidad de ASES ubicada en Río Piedras y seis oficinas regionales ubicadas en Fajardo, Guayama, Ponce, Mayagüez, Arecibo y Manatí. PROBENE, tiene tres funciones principales que ayudan a ASES a cumplir con el mandato de la Ley #72 de 1993, de velar por el cumplimiento de los contratos, la calidad de los servicios y el monitoreo de la satisfacción de los beneficiarios del Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Estas funciones son:

## **1. Servicio al cliente**

PROBENE recibe a través del programa electrónico “Complaint Tracking System” las quejas de los beneficiarios del programa de La Tarjeta. De los 38,168 casos atendidos en el 2001, más del 90% fueron por problemas de elegibilidad. El porcentaje restante es por preguntas sobre dudas de la cubierta de servicios o por alegaciones de denegación de referidos. De estos últimos, se podrían dar casos de referidos a especialistas cuyo manejo requeriría hospitalizar al paciente y por no recibir el referido, se le niega el cuidado hospitalario. Aunque estos casos, por el porcentaje tan bajo que representan de las quejas atendidas, no parecen ser muy frecuentes, el solo hecho de que ocurran y no se este midiendo, presenta una preocupación que debe atenderse.

### **a. Proceso de atención de quejas**

1. El beneficiario / proveedor se comunica a PROBENE y presenta su queja.
2. El representante de PROBENE registra la llamada y la naturaleza de la misma en el “Complaint Tracking System”.
3. El representante de PROBENE analiza la situación y realiza un plan de acción para resolver la situación del proveedor o el beneficiario.
4. El representante de PROBENE documenta su intervención con el proveedor o el beneficiario y da seguimiento al caso hasta que se resuelva la situación por la que se presentó la queja.
5. Cuando el representante de PROBENE identifica una situación de violación de términos contractuales o una situación que coloca en riesgo la vida del beneficiario, orienta al beneficiario para que presente una querrela formal. Esta querrela se refiere a la División de Asuntos Legales de ASES.

## **2. Evaluación formal**

- a. Una vez se establece el plan anual para las auditorias, el personal de PROBENE participa directamente de las mismas. El personal de PROBENE visita el 100% de los proveedores que participan en la región que se esté evaluando.
- b. Una vez tienen los resultados de las evaluaciones, realizan los señalamientos pertinentes a las aseguradoras, porque el contrato de los proveedores es directamente con la aseguradora y no con ASES.

## **3. Supervisión del proceso de suscripción**

- a. Cuando se otorgan nuevas regiones o cuando ocurren cambios de asegurador en una región, PROBENE supervisa el proceso de suscripción para asegurar que los beneficiarios son orientados correctamente sobre la cubierta de servicios de salud y que el beneficiario selecciona libremente a su médico primario.

En la cadena de recursos que ASES asigna para velar por el cumplimiento de contrato con las aseguradoras y por la calidad de los servicios, PROBENE realiza funciones parecidas a las de la Oficina del Procurador del Paciente. Al examinar la estructura y operación de ASES, la necesidad de contención de costos y cuadro del presupuesto asignado para servicios de salud, entendemos que PROBENE y la Oficina del Procurador del Paciente pueden integrarse para crear un solo organismo. La integración de estos dos organismos puede verse como la optimización de la interacción entre los componentes de un sistema para cuidar por la calidad de los servicios de salud que reciben los beneficiarios de La Tarjeta y para asegurar que reciben los servicios contratados.

Además, ASES cuenta con una Directoría de Auditoría Interna que realiza evaluaciones de los procesos financieros entre las aseguradoras y los centros. Evalúan si la distribución de dólar prima contratada es la que utilizan en su relación contractual con los médicos primarios, auditan los descuentos que se realizan al pago per capita a los centros, las reservas y el manejo de las mismas y todas las transacciones económicas entre el asegurador y los centros.

En ocasiones ASES ha contratado auditores externos para que evalúen el cumplimiento del contrato, con énfasis en los acuerdos económicos. En estas auditorias se han evaluado estos aspectos:

1. Modelo de pago per cápita
  - a. Distribución de dólar prima
  - b. Distribución de riesgo
  - c. Método de pago de reclamaciones
  - d. Gastos administrativos
  - e. Manejo del riesgo de cubiertas especiales o catastróficas
  - f. Reservas
  - g. Reportes de utilización
2. Reaseguros
3. Informes financieros
4. Reconciliación del pago de prima vs pago per cápita

Los resultados de estas auditorías externas no estuvieron disponibles para análisis.

Para el análisis de calidad de servicios se examinaron las evaluaciones que llevó a cabo la empresa *Quality Improvement Professional Research Organization Inc.* (QIPRO por sus siglas en inglés). Esta empresa ha sido contratada desde los inicios de la Reforma de Salud para evaluar el cumplimiento de indicadores desarrollados para medir distintos aspectos de la calidad de los servicios de salud. QIPRO lleva a cabo revisiones retrospectivas de la calidad de los servicios médicos prestados a los médico indigentes beneficiarios de la Reforma de Salud a nivel primario. Las evaluaciones de QIPRO van dirigidas a tres áreas principales en la calidad del cuidado médico a nivel ambulatorio: documentación en el expediente médico, manejo y prestación de servicios preventivos.

Para las últimas evaluaciones que QIPRO llevó a cabo, ASES le requirió la inclusión de indicadores que evaluaran la ocurrencia de racionamiento de servicios de salud. Los indicadores de salud se evalúan de forma concurrente con los criterios de calidad de documentación del expediente médico, manejo y prestación de servicios preventivos. Los indicadores se seleccionaron para las condiciones de diabetes mellitus, hipertensión arterial y asma.

Es importante señalar que las evaluaciones que ASES contrata a QIPRO se circunscriben a la prestación de servicios ambulatorios primarios. Por tal razón, no se cuenta con evaluaciones de cuidado médico hospitalario. Sin embargo, la experiencia sugiere que los problemas de calidad de cuidado médico se concentran en la prestación de servicios ambulatorios.

Dado el hecho de que esto es un modelo de cuidado coordinado es necesario evaluar la calidad de todos los servicios que se incluyen en la cubierta del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, al igual que la forma en que se coordinan los mismo.

QIPRO a realizado aproximadamente unos diez estudios de los cuales estuvo disponible uno, *Informe narrativo por indicador de salud de la Región de Arecibo, evaluación de enero a junio de 1999* (ver anejo).

QIPRO indicó que realizó una proyección de los casos de pacientes con indicadores de salud, utilizando la primera evaluación de la Región de Arecibo como base para la misma. Esta proyección fue de aproximadamente el 20% de los expedientes clínicos evaluados .

Al analizar los resultados se encontró lo siguiente:

- a. Del total de diabéticos evaluados el 71.4%, no recibió el beneficio de la prueba de hemoglobina glicosilada que se establece como indicador de seguimiento por el médico primario.
- b. El examen anual de retina fue efectuado en solamente el 43.3% de los casos.
- c. El examen de los pies debiera realizarse en cada visita de un paciente diabético. QIPRO estableció que el cumplimiento mínimo sería dos veces al año. Solamente el 48% de los pacientes obtuvieron el beneficio del examen de los pies en dos ocasiones en el año estudiado.
- d. Los pacientes diabéticos deben recibir educación y consejería para prevenir complicaciones de su condición. En esta región el 74.1% recibió este servicio.
- e. En la población hipertensa estudiada el 66.4% de los pacientes requerían de un referido y solo el 29.5% lo recibieron. El número de pacientes en los cuales la presencia del referido no estaba documentada fue de 60.6% de los casos.
- f. QIPRO señaló consistentemente la falta de documentación como uno de los agravantes en poder establecer el cumplimiento con los indicadores de calidad.
- g. En pacientes con asma bronquial se evaluó la presencia de un referido, la necesidad del mismo y en específico si el referido fue a sala de emergencia. La presencia de referido se evidenció en el 20.9%.

Los referidos provistos al paciente eran necesarios en el 99.3%.

Además de los estudios comisionados a QIPRO para medir parámetros de calidad, la Administración de Seguros de Salud ha comisionado once estudios de mercado dirigidos a evaluar el grado de satisfacción y utilización de los beneficiarios de La Tarjeta de Salud. Estos estudios fueron realizados por *Custom Research Center, Inc.*, una compañía externa a ASES.

Estas evaluaciones indican que la alta satisfacción de los usuarios de La Tarjeta con los servicios que incluye la cubierta, son productos de las siguientes razones:

1. Los usuarios sienten que tienen un mejor plan que el de antes.
2. La disponibilidad de más y mejores servicios-beneficios.
3. Más accesibilidad a medicinas y mejores servicios de farmacia.
4. Mejor atención en los centros de servicio de salud.
5. Es gratis o se paga poco.

Por la naturaleza de estas contestaciones es necesario hacer la salvedad de que el punto de referencia que tiene el usuario para comparar es el Sistema anterior. En este, el Gobierno no asignaba los recursos necesarios para brindar los servicios, por lo tanto es necesario incluir como conclusión alterna, que un incremento del 100% en el gasto público en servicios de salud explique la satisfacción con este nuevo modelo de acceso.

Otro aspecto es que a personas médico indigentes frecuentemente se les reporta contestaciones artificialmente positivas por temor a perder los beneficios.

### RECOMENDACIONES

En este estudio se examinaron asuntos relevantes en cuanto a los procesos de contratación de cubierta de beneficios de servicios de salud entre la Administración de Seguros de Salud (ASES) y compañías de seguros de salud participantes del Plan de Reforma de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Siguiendo su modelo de organización de servicios respectivamente, las compañías aseguradoras contrataron a su vez con médicos primarios, organizados en prácticas grupales, la cubierta de beneficios que le corresponden en ley. La preocupación manifestada por los beneficiarios y proveedores participantes de este programa, en cuanto al rendimiento de los fondos que se destinan al programa de La Tarjeta; el impacto en la calidad de los servicios; y el acceso a los médico indigentes, fueron objeto de la aprobación de la Resolución del Senado número 55 de enero de 2001. En esta resolución, se ordena a la Comisión de Salud y Asuntos Ambientales del Senado de Puerto Rico a estudiar los asuntos arriba mencionados. La Comisión contrató con Servicios de Asesoría en Salud Inc. para realizar este estudio, al igual que el de la R. Del S. 53 de enero de 2001, para estudiar la relación entre ASES y el Departamento de Salud.

Los hallazgos del estudio indican que es necesario integrar la Administración de Seguros de Salud al Departamento de Salud, pero dentro de una estructura organizacional que proteja y promueva su flexibilidad operacional.

Se encontró que la prima contratada para la cubierta del plan de seguro de salud del gobierno de Puerto Rico sugiere ser suficiente para satisfacer la cubierta ofrecida. Sin embargo, se encontró también que la distribución del dólar prima no es equitativa en la distribución de riesgo entre el médico primario y la compañía aseguradora. Como resultado de esto, el riesgo que asume el médico primario en la cubierta básica, le obliga a dedicar esfuerzos significativos en rendir los recursos asignados, de manera tal que no tenga que incurrir en conflictos de naturaleza fiduciaria en la atención de su paciente. La ausencia de sistemas de información e indicadores de desempeño, instrumentos esenciales para el médico que opera en un escenario de cuidado dirigido, crea dificultades significativas a los médicos primarios en su esfuerzo por cumplir con los parámetros que imponen las compañías aseguradoras.

En adición, la manera en que se administran los fondos asignados a la cubierta básica, benefician el margen de ganancias del asegurador, quien invierte parte de estos fondos en instrumentos financieros a corto plazo. El médico primario se queda sin la oportunidad de utilizar estos fondos de forma discrecional para negociar precios y tarifas competitivas, asunto que debería ser parte de un modelo que se introduce por los beneficios que se supone acarrea la competencia.

Por otro lado, el riesgo que asume la compañía aseguradora en la cubierta especial resultó ser adecuado, ya que salvo la experiencia de una compañía, las demás observan márgenes de ganancia positivos, según lo indican las tasas de pérdida examinadas en ASES. Es importante señalar que estos márgenes de ganancia que se reportan no incluyen los ingresos por concepto de inversiones que son parte de la operación de la compañía aseguradora. Además, con excepción de la cardiología invasiva y el VIH/SIDA, que se contratará de forma separada a partir del año contrato 2002, el Departamento de Salud asumió la responsabilidad financiera comenzando el 1 de octubre de 2001, por la promoción de salud y la prevención de enfermedad, Ley 296, los pacientes hemofílicos, hormona de crecimiento y Hepatitis C. Esto, unido a una prima que no ha aumentado significativamente, representa un margen de ingreso mayor en la cubierta especial de la compañía aseguradora.

Los resultados que se presentan en el estudio aparecen por regiones contratadas, ya que ese fue el nivel de análisis que permitía los datos examinados en ASES. Se recomienda un análisis más específico de la distribución del riesgo de la prima contratada para la Reforma de Salud, ya que se entiende que con algunas modificaciones en dicha distribución y en la forma en que el médico primario y el asegurador logran administrar su negocio respectivo, se puede mejorar de forma significativa este proceso de contratación sin necesariamente tener que incrementar la prima.

Aún cuando se señalan algunas áreas que inciden en el acceso a los servicios cubiertos por La Tarjeta, se entiende que la accesibilidad es adecuada. En cuanto al impacto en calidad de servicio, se encuentra que de los informes de evaluaciones realizadas por QIPRO, los indicadores de salud reportados son pobres. Ante la preocupación de que estos resultados puedan ser indicativos de racionamiento de servicio, es necesario examinar toda la documentación de servicios referidos y compararla con las reclamaciones. Se encuentra que existen deficiencias en la documentación de servicios prestados por parte de los médicos. Esto podría confundir los resultados. No obstante, las comparaciones que se recomiendan entre la documentación y las reclamaciones reflejarían si el problema es uno de documentación o de racionamiento.

Una limitación significativa en el avalúo de calidad de servicio, es que QIPRO solamente evalúa servicios ambulatorios. Los servicios de hospitalización y otros servicios institucionales no se evalúan. A tales efectos, cualquier resultado reportado se limita a cuidado ambulatorio. Obviamente se debe extender el alcance de las evaluaciones de ASES para incluir estos componentes de cuidado. Consiente del problema crónico de deficiencia presupuestaria, se debe considerar seriamente incrementar el presupuesto para estas evaluaciones. En el futuro cercano, se espera que con un sistema nacional de estadísticas de salud desarrollado, esto sea más fácil de hacer y más viable económicamente.

Las recomendaciones específicas del estudio aparecen en la sección que sigue.

### **1.- Considerar la creación de un modelo de auto -seguro (Cost Plus)**

Ante la gran preocupación por el aumento en el gasto del gobierno en el sector salud desde que comenzó La Reforma en 1994, el gobierno debe considerar el establecimiento de un programa piloto de contratación de una compañía aseguradora para que sirva de administrador del plan. En este proyecto, el gobierno asumiría el riesgo, compartido con el médico primario y la compañía aseguradora recibiría un porcentaje negociado (entre 2%-3%) por administrar la cubierta. Esto lo hace al presente la Autoridad de Energía Eléctrica con la Cruz Azul de Puerto Rico, a un costo de 2.8%.

### **2.- Adoptar una regla para limitar el riesgo del médico primario**

Para proteger al beneficiario y evitar el problema de racionamiento, se debe considerar la aplicación de una regla que limite el porcentaje de riesgo que deba asumir el médico primario en futuras contrataciones. Esto puede determinarse mediante un análisis de riesgo que incluye el perfil epidemiológico de la población contratada y la experiencia de utilización para llegar a un cálculo actuarial más preciso. Como referencia se puede estudiar el Physician Incentive Rule del Programa Medicare, que limita el riesgo del médico primario contratante a 25% del dólar prima.

### **3.- Adoptar reglas que faciliten la competencia por parte del médico primario**

Se debe permitir que el médico primario pueda negociar tarifas de descuento con médicos especialistas y los demás proveedores que utiliza para coordinar el cuidado de la salud de sus pacientes. Esto implica que se le permita mayor control de administración de la cubierta básica.

#### **4.- Adoptar controles en los precios de servicios ancilares**

En el caso en que el gobierno no pueda darle mayor flexibilidad y control al médico primario sobre los fondos de su cubierta básica, el gobierno luego debe imponer descuentos significativos en los precios de los estudios de laboratorio y radiología. No se incluye el componente de farmacia porque el gobierno ya manifestó que actuará sobre este renglón.

#### **5.- Regionalizar la contratación de los estudios de hi-tech**

En un esfuerzo adicional por reducir el costo de los servicios sin comprometer la calidad de los servicios, el gobierno debe contratar los servicios de radiología intervencional, tomografía y resonancia magnética (conocidos por hi-tech en la cubierta) a precios descontados. La alta proliferación de esta tecnología deja al gobierno en una posición de poder hacer esto como comprador prudente.

#### **6.-Evaluar prioridades en la cubierta del Seguro de Salud**

ASES debe identificar aquellas áreas de servicios, en las cuales el estado de salud de la población ha mejorado y determinar si es viable transferir una porción de la cubierta de dicha área a otras áreas de prioridad.

#### **7.- El usuario debe compartir el costo del seguro de salud**

La experiencia con los seguros de salud en el ámbito internacional, es que todas las personas pagan una porción de la cubierta como incentivo a controlar la utilización y como instrumento de responsabilidad social. El programa de La Tarjeta ofrece una cubierta que es la más amplia en el mercado. Sin embargo, no se le hace responsable al ciudadano de porción alguna de su costo. Esto se debe enmendar para que todas las personas contribuyan a costear parte de dicha cubierta.

#### **8.- Demostrar necesidad de cubierta del seguro de salud del gobierno**

Con el propósito de incrementar la participación y la responsabilidad del ciudadano con su salud y los beneficios del seguro de salud del gobierno, se debe exigir a todo solicitante de La Tarjeta que radique su Planilla de Contribución Sobre Ingreso y obtenga una certificación de ASUME.

#### **9.- Ofrecer los servicios primarios exclusivamente en modelos CDT**

Se ha demostrado a largo de los años que el cuidado primario integrado se presta de forma más efectiva en centros de cuidado primario integrados. Los centros de diagnóstico y tratamiento fueron diseñados para este tipo de cuidado. De hecho, en Puerto Rico, la experiencia se presenta en los centros que operan con fondos de la Sección 330 del Servicio de Salud Pública Federal de los Estados Unidos. Estos centros son modelos tipo CDT que cuentan con los recursos para operar y los sistemas de cuidado en equipos multi-disciplinarios con base en la comunidad. En Puerto Rico se debe exigir que la cubierta de servicios primarios se ofrezca en estos centros para integrar los servicios primarios en equipo con los programas categóricos y las estrategias de intervención de promoción de salud y prevención de enfermedad. La prima del seguro de salud debe ser incrementada en este caso para cubrir los costos fijos de este tipo de modelo que es más costoso en su operación, pero resultan ser más costo efectivos.

#### **10.- Definir la libre selección de médico primario dentro del CDT asignado**

La libre selección debe circunscribirse al médico primario dentro de la oferta disponible en el CDT asignado al usuario. Una vez seleccionado, este médico primario será responsable de la coordinación de todo el cuidado del usuario, según es la norma en modelos de cuidado coordinado.

### **11. - Restituir el Sistema de Regionalización de Servicios de Salud**

El Departamento de Salud debe invertir en un estudio epidemiológico de toda la población de Puerto Rico. Una vez se tenga este perfil, se deben crear las regiones de acuerdo al mismo y contratar el seguro de salud de La Reforma a la luz del perfil desarrollado. Esto permitiría una contratación más científica del riesgo por región y evitaría muchas dificultades resultantes de procesos de decisiones sin el apoyo de información válida.

### **OTRAS CONSIDERACIONES**

En el proceso de completar este estudio, se examinan muchas fuentes de información que son de gran importancia, pero no se relacionan directamente con el objetivo del estudio. Aún así, se identificaron tres áreas que se incluyen en esta sección de forma resumida para brindarle mayor profundidad a la discusión del tema. Estas áreas son: el gobierno como pagador único, el apoyo de los sistemas de información y el modelo de cuidado primario integrado.

### **PROPUESTA PARA QUE EL GOBIERNO SE CONVIERTA EN ASEGURADOR UNICO**

Como parte de la discusión que se lleva a cabo para reformar la Reforma de Salud, se ha mencionado de manera insistente el que el gobierno debe convertirse en un asegurador único. Esta propuesta supone un cambio significativo en el rol de las compañías aseguradoras que operan al presente. La presencia del asegurador añade un paso en la transacción entre el proveedor y el beneficiario que cuesta entre 9%-12% de la prima. Esto reduce significativamente la cantidad de dinero que queda para prestar el cuidado contratado.

Esto contrasta con el contrato que suscribe La Cruz Azul de Puerto Rico (CAPR) para cubrir los servicios de salud de los empleados de la Autoridad de Energía Eléctrica. Este contrato es un auto-seguro de la AEE y quien le paga a la CAPR solamente 2.5% del contrato por administrar la cubierta de beneficios. En este caso, la AEE asume el riesgo de utilización y establece controles internos a los efectos. La CAPR como asegurador recibe una compensación por ser el administrador de la cubierta y no asume riesgo financiero. Como parte de su responsabilidad contractual, la CAPR presenta junto con la factura por servicio un informe de utilización mensual que detalla las acciones que implanta para controles de utilización y garantía de calidad.

Resalta de forma impresionante la diferencia significativa entre lo que cobra la CAPR por ser administrador de una cubierta de beneficios y lo que cobran las compañías aseguradoras por asumir un riesgo de menos de 40% de la prima capitada. Esta diferencia debe estudiarse para determinar cual debe ser el porcentaje justo y adecuado y si la experiencia de la AEE puede y debe replicarse a la población de La Reforma de Salud.

Se debe entender que de el gobierno pretender sustituir a las compañías aseguradoras, este deberá convertirse en asegurador per se. Esta propuesta no parece tener mucho apoyo en un ambiente en el que se resiente el gigantismo gubernamental. No obstante, en un escenario alterno, el gobierno puede asumir el riesgo principal de la prima capitada y contratar a las compañías aseguradoras para que administren la cubierta como lo hace la CAPR para la AEE. De esta forma, se podrían generar ahorros significativos que el gobierno podría canalizar a los HCO para aliviar su carga financiera y facilitar el cumplimiento de la responsabilidad fiduciaria con el beneficiario.

### **SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION DE SALUD**

El Departamento de Salud de Puerto Rico contó por muchos años con uno de los mejores sistemas de estadísticas de salud de las Américas, según la Organización Panamericana de la Salud. Sin embargo, a partir de la implantación de la Reforma de Salud en 1994, el gobierno decidió que la responsabilidad de recopilar, procesar y generar información recaía en las compañías aseguradoras. El razonamiento para esto era que estas compañías estarían administrando la cubierta de beneficios de servicios de salud por delegación del gobierno y como parte de esta responsabilidad, se incluía el mantenimiento del sistema de estadísticas. Esto fue un error, ya que el sistema de información de las compañías aseguradoras requería estadísticas distintas a lo que el requiere el Departamento de Salud. Además, la información que se generaba no era accesible a las entidades que necesitaban la misma para planificación de servicios, evaluaciones independientes y proyectos relacionados a la atención de la salud. Finalmente, la responsabilidad de velar por la atención de la salud que reciben los beneficiarios de la Reforma de Salud no es de las compañías aseguradoras, sino del Departamento de Salud. A tales efectos y por la naturaleza de las responsabilidades y funciones que ocupa y por el estado de derecho que en vigor, el sistema de información debe ubicar en el Departamento de Salud.

Es importante reconocer que la responsabilidad del estado es indelegable, irrespectivo de a quien le delega la autoridad para prestar un servicio en su representación. Al quedar este sistema en el abandono, el país se quedó sin el apoyo vital de un sistema de información para cumplir con las responsabilidades de monitoría de la calidad de la atención de la salud, planificación estratégica, seguimiento a estadísticas vitales y de utilización y planificación presupuestaria. Este asunto ha sido reconocido por la actual administración del Departamento de Salud. A estos efectos, se están llevando a cabo esfuerzos para poner al día las estadísticas de salud. De igual forma, se están llevando a cabo esfuerzos para desarrollar e implantar un sistema de información mecanizado a la par con las exigencias reglamentarias de HIPAA y la necesidad de flexibilidad y eficiencia en la comunicación de datos.

### **ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD: MODELOS DE SALUD INTEGRADOS**

La transformación del sector salud ha resultado, entre otros cambios, en la oferta de una cubierta de servicios más amplia a cambio de una compensación económica fija y de rendimiento cuestionable. Esto hace necesario que se optimice la utilización de los recursos humanos, técnicos y fiscales para lograr tener una operación costo-efectiva, sin sacrificar la calidad de los servicios que se ofrecen.

Uno de los grandes cambios que experimentó el sector salud en Puerto Rico, fue la Reforma de Salud de 1993. Al iniciarse este ambicioso programa, se comenzó la fusión del sector público y el privado; dos sistemas paralelos que co-existían en el sistema de salud de Puerto Rico. Uno de los principales cambios que trae esta fusión es en la prestación de servicios de salud a la población médico-indigente, que adquiere la disponibilidad de acceder servicios de salud en el sector privado. Esto alteró por completo la forma en que la población médico-indigente accesa los servicios de salud. La libre selección de médico primario en este nuevo modelo, confrontó problemas desde sus inicios, ante la difícil tarea de coordinar los servicios entre los diferentes profesionales de la salud que son parte integral del cuidado de la salud. En adición, se hizo prácticamente imposible coordinar e integrar los beneficios de los programas categóricos al proceso de cuidado. En el modelo anterior,

específicamente en los Centros de Diagnóstico y Tratamiento, los servicios primarios se ofrecían a través de equipos multidisciplinarios que discutían el estado o condición de salud de los pacientes de forma integral y preparaban un plan de tratamiento integrado para atender las necesidades de salud del paciente.

Al transferir el cuidado primario de la población médico indigente a oficinas médicas privadas, los servicios se comenzaron a recibir de forma desarticulada. Según señalan evaluaciones realizadas por QIPRO y estudios comisionados a Estudios Técnicos y H. Calero Consulting Group, los servicios de salud dirigidos a la prevención y promoción de salud no se han brindado a la población médico-indigente según lo indican las guías de cumplimiento de servicios. Los porcentos de personas que logran acceder servicios de prevención y promoción de salud son bajos.

Esto se demuestra en los resultados del estudio realizado por Estudios Técnicos, Inc. y que fueron publicados en 1999, en el que indica lo siguiente:

1. 57% de los beneficiarios de la Reforma de Salud no reciben información sobre enfermedades y medidas de prevención;
  - a. 83.7% no ha recibido información impresa, talleres, seminarios u orientación directa de los proveedores de salud sobre como mejorar su salud física;
  - b. 87.4% no ha recibido información impresa, talleres, seminarios u orientación directa de los proveedores de salud sobre como mejorar su salud mental;
  - c. 82.4% no ha recibido información impresa, talleres, seminarios u orientación directa de los proveedores de salud sobre como mejorar su nutrición;
  - d. 86.6% no ha recibido información impresa, talleres, seminarios u orientación directa de los proveedores de salud sobre como mejorar su salud oral;
  - e. 88.3% nunca ha participado en una feria de salud;
  - f. 87.5% nunca ha participado de talleres educativos de salud;
  - g. 61.7% nunca ha recibido material educativo sobre su salud;
2. 54% no recibió orientación sobre los servicios de salas de emergencias.
3. 33% no sabe si las visitas al siquiatra están dentro de la cubierta.
4. 38% no sabe si la tarjeta cubre las visitas al psicólogo clínico.
5. 80.8% no ha recibido evaluación nutricional como parte del servicio de cuidado preventivo.

En el estudio realizado por H. Calero Consulting Group, Inc. indican que: “Los participantes con plan Reforma tuvieron menos pruebas de carácter preventivo, como colesterol, mamografías y cáncer, que los que tienen planes convencionales. A pesar de que la población de Reforma reportó una incidencia mayor de diabetes y salud mental, éstos no tienen una incidencia mayor de exámenes relacionados con estas condiciones.

Los equipos de salud multi-interdisciplinarios, analizan y discuten las necesidades de servicio de los pacientes de forma conjunta de manera tal que el manejo clínico resulta ser integral y tomando en consideración el ambiente familiar, comunitario y ocupacional del paciente. Esta es una fórmula comprobada para brindar servicios de salud de forma costo-efectiva. El actual modelo de servicios de la Reforma de Salud está basado en el modelo de cuidado dirigido, pero brinda a los

beneficiarios la opción de libre selección para los servicios de médicos especialistas, hospitales, laboratorios y farmacias. Esto contribuye a la pérdida de información sobre el cuidado de salud que recibe cada beneficiario. Además, presenta un conflicto entre los incentivos de contención de costos del modelo de cuidado dirigido que opera bajo arreglos de pagos per capita y los incentivos de sobre utilización de la libre selección.

A continuación se presenta un ejemplo: cuando un beneficiario accesa los servicios de sala de emergencias y luego de ser evaluado, es hospitalizado, el médico primary se enterará de la hospitalización de este beneficiario, cuando le descuenten del pago per capita del IPA (centro o HMO), las reclamaciones por servicios que somete el hospital a la aseguradora. Cuando este paciente regresa al IPA, le comunica al médico sobre su hospitalización, pero no puede darle los detalles clínicos. Al ser dado de alta, no existe garantía de que los médicos que le atendieron durante la hospitalización, le envíen un resumen de alta al médico primary. La única información que tiene el médico primary, es la información que pueda recordar el paciente y la receta que prescribieron al paciente al momento de darle de alta del hospital.

Ciertamente sería de gran beneficio para el paciente y para el médico primary recibir el insumo del tratamiento recibido durante la hospitalización y el (los) diagnósticos que hicieron necesaria la hospitalización. Al tener disponible esta información, el médico primary podría brindar seguimiento a la causa de la hospitalización y podría coordinar eficientemente los demás servicios clínicos que requiera el paciente. Una forma de evitar la pérdida de información es el expediente médico único, donde estaría documentada toda intervención de servicios de salud que reciba el paciente. Otra forma es creando redes de comunicación entre proveedores, donde el hospital una vez reciba un paciente beneficiario del Programa de La Tarjeta e identifique quién es el médico primary del paciente, le notifique al médico que uno de sus pacientes fue admitido. Esto independientemente de que el médico primary tenga o no privilegios en la institución hospitalaria.

Un problema adicional con las prácticas médicas independientes es que en el caso de los pacientes con condiciones catastróficas o especiales, la compañía aseguradora requiere que el médico primary se encargue de registrar el paciente con los manejadores de casos. Sin embargo, quien tiene los resultados de las pruebas de laboratorio y de las biopsias en la mayoría de los casos es el médico especialista. El proceso de registro consume una cantidad de tiempo considerable. Durante este tiempo la compañía aseguradora hace responsable al médico primary de las reclamaciones por los servicios de tratamiento de la condición catastrófica, hasta tanto haya registrado al paciente. Sin embargo, el riesgo es de la aseguradora. A tales efectos, se deberían crear mecanismos de control para que el especialista antes de comenzar el tratamiento documente el caso y lo registre en la compañía aseguradora.

En el modelo de centro de salud primaria integrado, se utilizaría un sistema avanzado de cuidado de la salud, en el que el usuario recibiría un cuidado integral en lugar de servicios para tratar episodios de enfermedad, como hasta ahora. En este sistema el usuario se trata de forma holística con énfasis en la promoción de salud y prevención de enfermedad. Será educado para visitar su centro para realizarse sus exámenes preventivos anuales, así como para recibir tratamiento para sus condiciones de salud pre-existentes.

El sistema avanzado de cuidado integral de la salud está basado en el trabajo en equipos multidisciplinarios de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, educador en salud, nutricionista/dietista, farmacéutico, tecnólogo médico, trabajador social y psicólogo), que utilizan protocolos clínicos para el cuidado coordinado de los pacientes. Dentro de este modelo se utilizarían los recursos dependiendo de las metas e intensidad de tratamiento, demanda de manejo de cuidado y resultado del avalúo de los factores de riesgo de salud que presente el paciente. Este trabajo se

facilita si el Departamento de Salud desarrolla un perfil epidemiológico de la población de Puerto Rico y lo utiliza para regionalizar las intervenciones de salud.

El paciente podrá acceder en un mismo lugar todos los servicios que requiere, incluso los servicios de médicos especialistas. Los pacientes con condiciones crónicas requerirán mayor número de intervenciones con el equipo multi-interdisciplinario para lograr estabilizar su condición. No obstante, todos los pacientes, independientemente de su estado, de salud recibirán servicios del equipo multidisciplinario de forma individual o grupal para lograr impactar de forma positiva sus estilos de vida.

En su visita inicial al centro, el paciente recibe un examen físico y se documenta su historial médico. Una vez el médico lo evalúa, lo refiere a los servicios ancilares que requiera. Por ejemplo, si es un paciente diabético, lo referirá a educación en salud para que oriente al paciente sobre la condición y la importancia de seguir el tratamiento para evitar complicaciones a corto y largo plazo; a nutrición para que diseñe y explique el plan alimentario que ayudará al paciente a controlar sus glicemias; al profesional de enfermería para que lo oriente sobre el cuidado del pie diabético; al cuidado farmacéutico para que oriente al paciente sobre la forma correcta de administrarse los medicamentos y sobre cualquier interacción entre drogas y alimentos; a trabajo social, si en su evaluación el médico encuentra algún factor social o familiar que podría afectar el cumplimiento del paciente con su tratamiento. Con estas intervenciones, el médico primario puede coordinar los servicios que requiere el paciente y luego puede reunirse con el equipo multidisciplinario para discutir el caso y establecer el plan de tratamiento.

Para los pacientes que no padezcan de condiciones de salud crónicas, su primera visita al centro serviría para que se le coordinen los servicios de salud preventivos primarios (PAP's, mamografías, prueba de palpación de próstata, etc.) y serán referidos a educación en salud para que los incluya en las actividades grupales de prevención primaria y promoción de salud.

Otras de las ventajas de este modelo de atención primaria integrada es que logra mantener compilado en el mismo expediente médico todas las intervenciones del equipo multidisciplinario. De esta forma se logra mantener la coordinación y continuidad de cuidado. Además permite cumplimentar toda la información necesaria para realizar los reportes y estadísticas de utilización de los servicios.

Este modelo también permitiría documentar de forma precisa el perfil epidemiológico de la población que asiste al centro. Esta información es de gran valor para planificar los servicios que requiere la población a la cual se sirve. Esto a su vez sirve como herramienta efectiva de negociación. Al conocer el perfil epidemiológico de la población se pueden establecer las metas de cuidado, la intensidad y demanda de manejo de cuidado, lo que permitiría al centro proyectar los recursos financieros que serán necesarios para cumplir con las metas de cuidado de salud. En adición, ASES puede evaluar la costo-efectividad de las inversiones que lleva a cabo para que cada miembro matriculado en el Programa de La Tarjeta reciba la atención de salud que necesita.

Una de las desventajas señaladas a los modelos de atención de salud primaria ofrecida bajo una misma estructura física, son los elevados costos fijos que requiere su operación. La cantidad pagada por miembro por mes en el programa de La Tarjeta no contempla estos altos costos fijos, por lo que será necesario incrementar el pago por miembro por mes y visualizarlo como una inversión costo-efectiva. La costo efectividad se demuestra en la reducción de gastos en servicios más costosos para atender condiciones prevenibles.

La viabilidad financiera de estos centros se complementa con el diseño y desarrollo de un programa para generar ingresos más allá del alcance tradicional de la oferta de servicios. Estos servicios son requeridos por otras personas y organizaciones que anteriormente no acudían al centro

para procurar servicios de salud. Luego, lo que debe hacer el centro es extender su oferta a la comunidad y ofrecer, por ejemplo, a los patronos cercanos los servicios para la renovación u otorgación del certificado anual de salud, brindarle la alternativa de mover personal del centro a sus facilidades para la toma de muestras de sangre, orina y la administración de la prueba de tuberculina, así como la expedición del certificado de salud para aquellos empleados que los resultados de su laboratorios sean negativos. Además el centro podría ofrecerles a estos patronos clínicas para sus empleados, lo que sería una ventaja ya que podría referir a sus empleados al centro y estos podrían regresar en un tiempo razonable a sus labores.

Otra oportunidad de negocio del centro es el desarrollo de una cafetería en el centro, donde los menús estarían diseñados por la nutricionista del centro y contemplaría varias alternativas saludables, bajas en calorías y modificaciones en el contenido de nutrimentos (alimentos bajos en contenido de sodio, sin azúcar, etc.) para los pacientes que visitan el centro, así como para las personas que laboran en la periferia del centro. Además este concepto podría entrelazarse con la creación de una clínica de control de peso. El centro tendría la oportunidad de ofrecer estos servicios a un menor costo, ya que cuenta con todos los profesionales de la salud que requiere una clínica de control de peso. Estos servicios son de gran demanda hoy día y el centro tendría la ventaja de ofrecerlos a un menor precio, lo que sin duda sería un gran atractivo para las personas de la comunidad.

Aún cuando los municipios aportan un por ciento de su presupuesto anual al Plan de Salud del Gobierno, los centros representan fuentes de creación de empleo, además de brindar atención de salud a la comunidad. Quizás los municipios podrían otorgar a los centros de atención de salud para personas médico-indigentes un alivio contributivo o descuento en el pago de las patentes municipales y de esta forma contribuir a la estabilidad económica de estos centros y a la protección de una importante fuente de empleo.

El Departamento de Salud, además de su rol como arrendatario de las facilidades que aún están bajo su tutela, podría convertirse en socio de negocio de los centros. Esto podría lograrse al combinar esfuerzos para coordinar los servicios de salud de La Tarjeta, los servicios de los Programas Categóricos y los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedad con los centros. De esta forma podrían realizar actividades conjuntas e impactar a un mayor número de población, además de compartir los recursos humanos y económicos con los centros.

El Departamento de Salud abandonó por muchos años los centros de diagnóstico y tratamiento, pese al hecho de que su diseño es el indicado para proveer un cuidado primario integral a una población con necesidades que requieren este enfoque y alcance de cuidado. Los centros que operan con fondos de la Sección 330 de la Ley del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, fueron diseñados como CDT's, pero reciben el presupuesto necesario para operar. La experiencia de treinta años de operación de estos centros en Puerto Rico, es suficiente para documentar su eficacia como proveedores de cuidado primario y como modelo idóneo para atender a la población médico indigente, participante de La Reforma de Salud.

El Departamento de Salud podrá requerir a todo proveedor que desee participar en este programa, que se organice como un CDT y así sea certificado por la Secretaría de Acreditación de Facilidades de Salud o SARAFS. Eso serviría de incentivo a las entidades que compraron los CDT's privatizados, a que se certifiquen como CDT participante como condición de suscripción de vidas. De esta forma, el Gobierno ejerce su rol de comprador prudente de servicios sin tener que ser dueño de las facilidades.

Estos centros a su vez pueden extender su alcance de oferta de servicios y población servida, integrando nuevos servicios y productos que le brinden una posición competitiva. Los CDT's

operarán como socios de valor añadido del Departamento de Salud, que le ofrecerá los programas de promoción de salud y prevención de enfermedad, al igual que los programas categóricos, para complementar la cubierta de la Tarjeta.

El Departamento de Salud podría proveerle a los centros el programa que utilizan para levantar las estadísticas vitales. De esta forma se podría levantar diariamente la información de salud necesaria para planificar la atención de salud que se brindara al pueblo y desarrollar estrategias de salud pública dirigidas a la atención de la salud.

SR. TIRADO RIVERA: Señor Presidente.

SR. PRESIDENTE: Compañero senador Cirilo Tirado.

SR. TIRADO RIVERA: Para que se reciba y se apruebe el Informe.

SR. PRESIDENTE: ¿Alguna objeción? No habiendo objeción, así se acuerda.

-----

SR. TIRADO RIVERA: Señor Presidente.

SR. PRESIDENTE: Compañero senador Cirilo Tirado.

SR. TIRADO RIVERA: Para declarar un receso en Sala.

SR. PRESIDENTE: ¿Alguna objeción? No habiendo objeción, receso en Sala de cinco (50) minutos.

## RECESO

-----

Transcurrido el receso, el Senado reanuda la sesión bajo la Presidencia de la señora Velda González de Modestti, Vicepresidente.

-----

SRA. VICEPRESIDENTA: Se reanuda la sesión.

SR. PRATS PALERM: Señora Presidenta.

SRA. VICEPRESIDENTA: Señor Portavoz.

SR. PRATS PALERM: Para que se incluya la Resolución del Senado 4760, en el Calendario de Ordenes Especiales del Día.

SRA. VICEPRESIDENTA: ¿Alguna objeción? No habiendo objeción, así se acuerda.

SR. PRATS PALERM: Señora Presidenta, para que se le dé lectura parlamentaria a dicha Resolución.

SRA. VICEPRESIDENTA: ¿Alguna objeción? No habiendo objeción, lectura de la medida.

## CALENDARIO DE LECTURA

Como próximo asunto en el Calendario de Lectura, se lee la Resolución del Senado 4760, la cual fue descargada de la Comisión de Asuntos Internos.

## “RESOLUCION

Para disponer el traspaso gratuito a la Legislatura Municipal de Humacao del escritorio ocupado, entre otros distinguidos puertorriqueños, por don Hipólito Marcano, don Gilberto Rivera Ortíz y don José Luis Dalmau Santiago en el Hemiciclo del Senado durante sus respectivos términos como Portavoz de la Mayoría y funcionarios electos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y para que dicha Legislatura Municipal lo tenga a título de dueño para su conservación y exposición.

#### EXPOSICION DE MOTIVOS

El Hemiciclo del Senado de Puerto Rico habrá de sufrir reparaciones que incluirán la sustitución de los escritorios o bancas utilizadas por los Miembros del Cuerpo durante sus sesiones. Uno de esos escritorios fue ocupado por los funcionarios electos por las respectivas delegaciones de mayoría como Portavoz. Los Senadores del Distrito de Humacao ha ostentado la distinción de dirigir las mayorías parlamentarias en tres ocasiones diferentes y por sobre veinte años en conjunto. Los Senadores Hipólito Marcano, Gilberto Rivera Ortíz y José Luis Dalmau Santiago han ostentado el cargo de Portavoz de la Mayoría en representación del Distrito Senatorial de Humacao.

El Lcdo. Hipólito Marcano es un hijo predilecto del pueblo de Humacao que por años fue un destacado miembro de la Asamblea Legislativa y senador por el Distrito de Humacao. Durante su incumbencia fungió como Portavoz de la Mayoría y fue miembro de la Asamblea Constituyente de 1951.

En el caso de Don Gilberto Rivera Ortíz, quien se desempeñó en la vida pública puertorriqueña comenzó su vida de servicio como maestro de escuela pública, profesor universitario y, posteriormente, Senador por el Distrito de Humacao. Fue electo Senador por el Distrito de Humacao en el 1970, donde sirvió hasta 1992. En el Senado tuvo el honor de compartir con Don Luis Muñoz Marín, formando parte del reducido grupo de personas que han tenido ese privilegio. En sus veintidós años como legislador presidió varias comisiones permanentes y especiales y fue Portavoz de la Mayoría, por los últimos doce años de su incumbencia.

Sus veintidós años de servicio legislativo convierten a don Gilberto Rivera Ortiz en el tercer legislador que más tiempo ha ocupado su escaño en la historia del país. Sin embargo, a pesar de estos haberes, es un ser humano que proyecta humildad y dedicación. Finalizada su encomienda legislativa, decidió continuar contribuyendo al país en otras facetas importantes, incluyendo la academia y el trabajo de Asesor Legislativo tanto de la ex-senadora Mercedes Otero de Ramos como del Portavoz de la Mayoría en el Senado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Hon. José Luis Dalmau Santiago.

De esta manera el Prof. Gilberto Rivera Ortiz ha dedicado por más de treinta (30) años al servicio del pueblo y del Senado de Puerto Rico. Los méritos del Prof. Gilberto Rivera Ortiz, evidenciados en sus gestiones profesionales, cívicas y legislativas, lo convierten en merecedor del reconocimiento y agradecimiento del país. La calidad de un ser humano se mide por sus buenas obras, y las de don Gilberto son numerosas y valiosas.

Por su parte, José Luis Dalmau Santiago fungió como Portavoz de la Mayoría desde enero de 2001 a diciembre de 2004 y fue reelecto como Senador por el Distrito de Humacao en las elecciones del año 2004. El Senador Dalmau Santiago ostentó tan distinguido cargo en su primera experiencia legislativa

Nada más apropiado para recordar la vida pública de estos tres ilustres ciudadanos que como acto de profundo valor histórico, el Senado de Puerto Rico retire la banca ocupada por éstos y la deposite al cuidado de la Asamblea Municipal de Humacao que perpetúa la imagen e ideas de estos servidores públicos. Este gesto de quienes les hemos sucedido en hacer gobierno desde la Rama

Legislativa, exalta no sólo su persona, su obra y su vitalísima intervención en la vida de nuestro pueblo, sino que subraya el significado de ser Senador puertorriqueño.

**RESUELVESE POR EL SENADO DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO:**

Sección 1. - Se autoriza al Presidente del Senado que transfiera a la Legislatura Municipal de Humacao el escritorio o banca que ocuparon como Senadores del Estado Libre Asociado y Portavoces de la Mayoría los señores Hipólito Marcano, Gilberto Rivera Ortíz y José Luis Dalmau Santiago.

Sección 2. - Dicha transferencia será gratuita para la Legislatura Municipal de Humacao y el Senado asumirá los costos de dicho traspaso.

Sección 3. - La Legislatura Municipal de Humacao obtendrá el título de propiedad en pleno derecho de dicha pieza como dueño y lo cuidará apropiadamente exhibiéndolo al público en la forma y el tiempo que estime pertinente a tono con su política establecida en estos asuntos.

Sección 4. - Se ha identificado el indicado escritorio o banca como el que antes de la remodelación del Hemiciclo del Senado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico se ubicaba actualmente en la primera fila al centro del mencionado recinto, primer escritorio, de frente al podio presidencial y que actualmente está ocupado por el Senador por el Distrito de Humacao y Portavoz del la Mayoría del Partido Popular Democrático, Hon. José Luis Dalmau Santiago.

Sección 5. - Aunque la información recibida apunta a dicho escritorio o banca como el usado por los ilustres ciudadanos que ostentaron el cargo de Portavoz de la Mayoría, el Presidente del Senado queda autorizado para investigar más extensamente y de descubrir es otro el escritorio o escaño, procederá acorde a la presente Resolución.

Sección 6. - Esta Resolución entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.”

SR. PRATS PALERM: Señora Presidenta.

SRA. VICEPRESIDENTA: Señor Portavoz.

SR. PRATS PALERM: Para que se considere la medida.

SRA. VICEPRESIDENTA: Adelante la consideración de la medida. ¿Alguna objeción? No habiendo objeción así se acuerda.

### **CALENDARIO DE ORDENES ESPECIALES DEL DIA**

Como próximo asunto en el Calendario de Ordenes Especiales del Día, se anuncia la Resolución del Senado 4760, titulada:

“Para disponer el traspaso gratuito a la Legislatura Municipal de Humacao del escritorio ocupado, entre otros distinguidos puertorriqueños, por don Hipólito Marcano, don Gilberto Rivera Ortíz y don José Luis Dalmau Santiago en el Hemiciclo del Senado durante sus respectivos términos como Portavoz de la Mayoría y funcionarios electos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y para que dicha Legislatura Municipal lo tenga a título de dueño para su conservación y exposición.”

SR. PRATS PALERM: Señora Presidenta.

SRA. VICEPRESIDENTA: Señor Portavoz.

SR. PRATS PALERM: Para que se apruebe.

SRA. VICEPRESIDENTA: ¿Alguna objeción? No habiendo objeción, aprobada.

- - - -

SR. PRATS PALERM: Señora Presidenta.

SRA. VICEPRESIDENTA: Señor Portavoz.

SR. PRATS PALERM: Para que se forme un Calendario de Votación Final y incluya la Resolución del Senado 4760, y que la Votación Final sea considerada como el Pase de Lista Final.

SRA. VICEPRESIDENTA: ¿Alguna objeción? No habiendo objeción, Calendario de Votación Final. Timbre.

## **CALENDARIO DE APROBACION FINAL DE PROYECTOS DE LEY Y RESOLUCIONES**

Son consideradas en Votación Final las siguientes medidas:

### R. del S. 4760

“Para disponer el traspaso gratuito a la Legislatura Municipal de Humacao del escritorio ocupado, entre otros distinguidos puertorriqueños, por don Hipólito Marcano, don Gilberto Rivera Ortiz y don José Luis Dalmau Santiago en el Hemiciclo del Senado durante sus respectivos términos como Portavoz de la Mayoría y funcionarios electos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y para que dicha Legislatura Municipal lo tenga a título de dueño para su conservación y exposición.”

## **VOTACION**

La Resolución del Senado 4760, es considerada en Votación Final, la que tiene efecto con el siguiente resultado:

## **VOTOS AFIRMATIVOS**

Senadores:

Modesto Agosto Alicea, Luz Z. Arce Ferrer, Eudaldo Báez Galib, Norma Burgos Andújar, Juan A. Cancel Alegría, Norma Carranza De León, Antonio J. Fas Alzamora, Sixto Hernández Serrano, Rafael Luis Irizarry Cruz, Pablo Lafontaine Rodríguez, Fernando J. Martín García, Kenneth McClintock Hernández, Yasmín Mejías Lugo, José Alfredo Ortiz Daliot, Margarita Ostolaza Bey, Migdalia Padilla Alvelo, Orlando Parga Figueroa, Roberto L. Prats Palerm, Bruno A. Ramos

Olivera, Jorge A. Ramos Vélez, Julio R. Rodríguez Gómez, Angel M. Rodríguez Otero, Rafael Rodríguez Vargas, Cirilo Tirado Rivera y Velda González de Modestti, Presidenta Accidental.

Total..... 25

VOTOS NEGATIVOS

Total..... 0

VOTOS ABSTENIDOS

Senador:

José Luis Dalmau Santiago.

Total..... 1

SRA. VICEPRESIDENTA: Fin de la Votación, aprobada la medida.

SR. DALMAU SANTIAGO: Señora Presidenta, para regresar al turno de Relación de Proyectos y Resoluciones.

SRA. VICEPRESIDENTA: ¿Alguna objeción? No habiendo objeción, regrésese a dicho turno.

RELACION DE PROYECTOS DE LEY Y RESOLUCIONES

La Secretaría da cuenta de la siguiente Relación de Proyectos de Ley, Resoluciones Conjuntas y Resoluciones del Senado radicadas y referidas a Comisión por el señor Presidente, cuya lectura se prescinde a moción del señor José Luis Dalmau Santiago:

RESOLUCION DEL SENADO

R. del S. 4760

Por el señor Hernández Serrano:

“Para disponer el traspaso gratuito a la Legislatura Municipal de Humacao del escritorio ocupado, entre otros distinguidos puertorriqueños, por don Hipólito Marcano, don Gilberto Rivera Ortíz[sic] y

don José Luis Dalmau Santiago en el Hemiciclo del Senado durante sus respectivos términos como Portavoz de la Mayoría y funcionarios electos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y para que dicha Legislatura Municipal lo tenga a título de dueño para su conservación y exposición.”  
(ASUNTOS INTERNOS)

SR. DALMAU SANTIAGO: Señora Presidenta, para que se deje sin efecto la Regla 46.8, a los efectos de que se le notifique inmediatamente a la Gobernadora los nombramientos que han sido confirmados por este Senado en el día de hoy..

SRA. VICEPRESIDENTA: ¿Alguna objeción? No habiendo objeción, déjese sin efecto dicha Regla y notifíquese a la señora Gobernadora los nombramientos aprobados en el día de hoy.

SR. DALMAU SANTIAGO: Señora Presidenta, para que el Senado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico recese sus trabajos hasta este próximo miércoles, 29 de diciembre de 2004 a las once de la mañana (11:00 a.m.).

SRA. VICEPRESIDENTA: ¿Alguna objeción? No habiendo objeción, el Senado de Puerto Rico recesa sus trabajos hasta próximo miércoles, 29 de diciembre de 2004 a las once de la mañana (11:00 a.m.).

**INDICE DE MEDIDAS  
CALENDARIO DE ORDENES ESPECIALES DEL DIA  
27 DE DICIEMBRE DE 2004**

**MEDIDAS**

**PAGINA**

Nombramiento de la Lcda. Gretchen Coll-Martí.....	65541 – 65543
Nombramiento de la Lcda. Wanda I. Concepción Figueroa .....	65543 – 65545
Nombramiento de la Lcda. Wanda A. Linares .....	65545 – 65548
Informe Final en torno a las R. del S. 53 y 55 .....	65548 – 65603
R. del S. 4760.....	65605 – 65606