

CCCPA

Colegio de Contadores Públicos Autorizados de Puerto Rico

Recomendaciones al Sistema de Salud en Puerto Rico



junio 2009



PRESENTACIÓN

Consciente de la necesidad que existe de evaluar el Sistema de Salud de Puerto Rico y las estrategias administrativas de la gestión pública relacionada a la salud, el Colegio de Contadores Públicos Autorizados de Puerto Rico presenta estas “Recomendaciones al Sistema de Salud en Puerto Rico” para ayudar a establecer un modelo clínico económico que mejore los servicios de salud en Puerto Rico. Este documento ha sido elaborado por el Comité de Enlace con la Industria de la Salud del Colegio de CPA de PR, presidido por el CPA Fransisco Méndez.

Nuestra intención es presentar un programa abarcador de reducción de gastos de salud por parte del Gobierno, así como un reenfoque al modelo de prestación de servicios de salud en la Isla. Entendemos que la implantación de estas recomendaciones pudiera requerir un análisis adicional en algunos asuntos específicos.

Agradecemos a los miembros del Comité de Enlace la Industria de la Salud el tiempo invertido y su valiosa aportación en la elaboración de este documento tan trascendental para el bienestar de nuestro país. Ponemos nuestros recursos a la disposición de las ramas Ejecutivas y Legislativas del país para discutir estas recomendaciones y desarrollar las ideas presentadas.

Atentamente,

*CPA Rafael Del Valle
Presidente*

TABLA DE CONTENIDO

TRASFONDO	2
I. SISTEMA DE SALUD ACTUAL	5
SERVICIOS DE SALUD EN PUERTO RICO: RESUMEN	5
CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO (CFSE)	9
ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES (ACAA)	11
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS (ASEM)	12
SALUD CORRECCIONAL	13
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO (ASES)	14
DEPARTAMENTO DE SALUD	16
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONTRA LA ADICCIÓN (ASSMCA)	17
GASTO DE SALUD	18
RECOMENDACIONES FISCALES AL GASTO DE SALUD DEL ELA	21
II. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA	23
DEMOGRAFÍA GENERAL PUERTO RICO VS. ESTADOS UNIDOS	23
PIRAMIDE POBLACIONAL	28
RECOMENDACIONES	33
III. IMPLICACIONES FEDERALES Y MODELO ECONÓMICO	35
MEDICARE ADVANTAGE PUERTO RICO VS. USA	35
MINIMIZACIÓN DE COSTOS DE SALUD	38
RECOMENDACIONES DEL MODELO	39
APÉNDICE	I
PROPUESTA DEL PRESIDENTE BARACK OBAMA	- 1 -

TRASFONDO

El fin último de todo sistema de salud es contribuir a que la población mejore su salud y la conserve, y hacerlo de la manera más eficiente posible, siempre buscando que las condiciones en que se prestan los servicios de salud sean eficientes y en equidad. Para esto, el modelo a implantarse debe considerar las condiciones prevalecientes, la demografía actual y proyectada, la red de proveedores y los recursos fiscales del país. La meta es lograr un fino balance entre todos los elementos del sistema y del modelo de prestación. Es importante comprender que los recursos fiscales son finitos y que la asignación de dichos recursos se hace a base de las prioridades, pero bajo ninguna circunstancia se pueden dedicar más recursos que los disponibles a un renglón. A base de la información recopilada, el gasto de salud per capita para el año 2007 fue aproximadamente \$2,800 por cada puertorriqueño o el 19% del Producto Nacional Bruto. Estos números están por encima de países desarrollados y con economías más saludables¹.

La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) y la Administración de Servicios Médicos (ASEM) han operado con déficits en los últimos años. Para el año fiscal 2009, el déficit operacional de estas dos entidades estará cerca de los \$600 millones de dólares. Como resultado, el déficit tendrá que financiarse, aumentando la deuda pública del país y los costos de financiamiento. El sistema de salud de un país no puede sostenerse económicamente a largo plazo a base de financiar sus operaciones corrientes.

El Gobierno de Puerto Rico de una manera directa o indirecta impacta las primas de salud del país ya que es el pagador de aproximadamente el 50% del total de la población puertorriqueña asegurada. Esto convierte al Gobierno de Puerto Rico en un “pagador significativo y material” en la industria de la salud. En cualquier industria, cuando un componente significativo tiene problemas económicos, la industria en general tiene problemas económicos. Es por esto, y a base de la crisis fiscal que atraviesa Puerto Rico, que es imperante poder balancear el modelo económico de salud tomando en consideración

¹ Mckinsey & Company, Organization for Economic Co-operation and Development

la situación económica actual. Este estudio propone medidas fiscales para ayudar a crear el balance económico que necesita el Gobierno de Puerto Rico.

En primer lugar, es necesario reconocer que la población de Puerto Rico está envejeciendo en forma acelerada. La tasa de nacimientos está disminuyendo y esto va a crear un desfase en la pirámide demográfica, más personas longevas que jóvenes y niños. Esto trae un reto a mediano y largo plazo.

Es necesario por tanto establecer la infraestructura necesaria para brindar servicios adecuados a esta población. Es de todos conocidos que a medida que la persona envejece, su utilización de servicios de salud aumenta. Esto, atado al alza inflacionaria normal de la industria de la salud (más alta que la tasa normal de inflación) traerá retos de cómo asignar y utilizar los recursos disponibles para la prestación de servicios². El estudio del Colegio de Contadores Públicos Autorizados de Puerto Rico propone medidas para ayudar a establecer el modelo económico necesario para los servicios de salud de esta población.

La visión inicial de la Reforma de Salud era estrechar la brecha entre la calidad de servicios de salud públicos y los privados. Para esto el Gobierno de Puerto Rico creó la ASES y los contratos con las compañías aseguradoras. El modelo clínico-económico ha estado basado en el pago per cápita, siendo los médicos primarios del país los que asumen entre el 40% y el 50% del riesgo económico de los servicios. Este modelo clínico-económico tiene como objetivo controlar los costos de utilización y que los recursos se utilicen adecuadamente. Muchas han sido las modificaciones hechas desde el año 1993 cuando comenzó la Reforma de Salud, pero en términos generales, el modelo clínico-económico de pagos per cápita no ha sido enmendado.

Reconocemos que un Plan de Salud Integrado para el pueblo de Puerto Rico atiende el concepto de salud en su amplio espectro: estilos de vida, orden social, enfermedad mental y física, apoderamiento, auto prevención en salud del puertorriqueño y responsabilidades del ciudadano, entre otras. En términos generales, el modelo económico que propone el Colegio de Contadores Públicos Autorizados de Puerto Rico a través de este estudio es uno

² La inflación en la industria de la salud en los Estados Unidos de America para finales del primer trimestre del 2009 era de 3% comparada con el índice de precios al consumidor de -.07%.

basado en la alineación de incentivos financieros. Se deben utilizar incentivos económicos para fomentar conductas deseadas y penalidades económicas para desincentivar conductas perjudiciales. De esta forma se promueve mejorar la condición de salud de los residentes de Puerto Rico.

Queremos agradecer a todos los miembros del Comité de Enlace con la Industria de la Salud del Colegio de Contadores Públicos Autorizados de Puerto Rico por su cooperación, participación activa y motivación para que este estudio y sus recomendaciones se convirtieran en realidad. También queremos agradecer al economista Vicente Feliciano y al personal de Advantage Business Consulting por todo el apoyo técnico brindado.

A ustedes, el pueblo de Puerto Rico, les dedicamos este estudio.

I. SISTEMA DE SALUD ACTUAL

SERVICIOS DE SALUD EN PUERTO RICO: RESUMEN

Los servicios de salud de Puerto Rico son administrados y provistos por cinco (5) agencias gubernamentales, un (1) programa de salud y una (1) corporación pública. El presupuesto estimado para el año fiscal 2008-2009 en servicios de salud es de casi \$3,700 millones de dólares. Los ingresos provienen tanto del presupuesto general como de fondos federales, aportaciones de los municipios, asignaciones especiales e ingresos propios. La Corporación del Fondo del Seguro del Estado y la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles operan 100% con ingresos propios.

Existen otras agencias que aunque están adscritas al Departamento de Salud tienen autonomía fiscal y jurídica, como es el caso de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción. También es el caso del Programa de Salud Correccional, aunque fue transferida su administración a la Administración de Corrección. El programa fue creado por orden judicial en el caso Morales Feliciano en el 2004.

Otras partidas dentro del presupuesto de servicios de salud son los fondos del Medicare Advantage Platinum (cubierta parcial de medicamentos para los beneficiarios duales) que son administrados por la Administración de Seguros de Salud y las aportaciones que hace el Gobierno de Puerto Rico al plan médico de los empleados gubernamentales.

La partida dedicada al área de salud representa el 28% del total de recaudos de \$7,600 millones en contribuciones.

Presupuesto Salud 2009	\$1,537,000,000
Déficit	\$600,000,000
Total Gobierno Central	\$2,137,000,000
Total Recaudos	\$7,600,000,000
% Salud del Total Recaudos	28%

RECOMENDACIONES AL SISTEMA DE SALUD EN PUERTO RICO

Recursos Financieros Servicios de Salud de Puerto Rico					
<u>Agencia</u>	<u>Servicios de Salud</u>		<u>Presupuesto Fiscal 2009</u>		
	<u>Clientela</u>	<u>Números</u>	<u>Presupuesto</u>	<u>(Deficit)</u>	<u>Origen de Ingresos</u>
Corporación del Fondo del Seguro del Estado	Trabajadores Lesionados	542,187	\$468,722,000	\$0	100% Ingresos Propios Primas de Seguros
Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles	Ciudadanía en General	334,562	\$106,153,000	\$0	100% Ingresos Propios Primas de Seguros
Administración de Servicios Médicos*	Pacientes Centro Médico	36,000	\$184,447,000	(\$100,000,000)	83% Ingresos Propios 9% Asignaciones Especiales 8% Otros Ingresos
Administración de Seguros de Salud	Población General	1,477,004	\$1,495,025,000	(\$500,000,000)	67% Asignaciones Especiales 18% Fondos Federales 14% Otros Ingresos
Administración de Corrección: Salud Correccional	Población Penal	13,856	\$83,680,000	\$0	100% Fondo General
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción	Pacientes Mentales y Adictos	285,154	\$159,054,000	\$0	74% Fondo General 20% Fondos Federales 3% Asignaciones Especiales 3% Ingresos Propios
Departamento de Salud	Población General		\$837,151,000	\$0	37% Fondo General 2% Fondos Especiales Estatales 52% Fondos Federales 9% Ingresos Propios
Total			\$3,334,232,000	(\$600,000,000)	
<u>Otros</u>	<u>Servicios de Salud</u>		<u>Presupuesto Fiscal 2009</u>		
Medicare Advantage Platino	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Aportaciones al Seguro Médico	Empleados Gubernamentales**		\$349,900,000		n/a
Total			\$349,900,000		
Gran Total			\$3,684,132,000		

Fuente: Oficina de Gerencia y Presupuesto

*La Administración de Servicios Médicos incluye los siguientes servicios médicos centralizados: Sala de Emergencia, Sala de Operaciones, Implantes, Función Pulmonar, Hospital Agudo Especializado en Pacientes Politraumatizados, Clínicas Externas, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Radiología, Cirugía, Neuroendovascular, Anatomía Patológica, Medicina Hiperbárica, Instrumentación Biomédica, Suministros Estériles, Medicina de Campo y Centro de Envenenamiento.

**Aportación a los empleados de la Rama Ejecutiva, año fiscal 2008-09. No incluye empleados retirados.

Asignaciones del Fondo General a Programas de Salud							
<u>Agencias</u>	<u>Fondo General (a)</u>	<u>Ingresos Propios (b)</u>	<u>Fondos Federales (c)</u>	<u>Otros Ingresos (d)</u>	<u>Presupuesto Fiscal (e)</u> <u>(a+b+c+d)</u>	<u>Deficit (f)</u>	<u>Fondo General como</u> <u>% del Presupuesto (%</u> <u>e + f)</u>
ASEM*	\$16,700,000	\$153,577,000	\$0	\$14,170,000	\$184,447,000	\$100,000,000	63.3%
ASES	1,005,332,000	0	278,193,000	211,500,000	1,495,025,000	500,000,000	100.7%
Salud Correccional	83,680,000	0	0	0	83,680,000	0	100.0%
ASSMCA	121,455,000	5,000,000	32,599,000	0	159,054,000	0	76.4%
Departamento de Salud**	309,882,000	76,459,000	437,769,000	13,041,000	837,151,000	0	37.0%
CFSE	0	468,722,000	0	0	468,722,000	0	0.0%
ACAA	0	106,153,000	0	0	106,153,000	0	0.0%
Total Presupuesto Salud	\$1,537,049,000	\$809,911,000	\$748,561,000	\$238,711,000	\$3,334,232,000	\$600,000,000	64.1%

Fuente: Oficina de Gerencia y Presupuesto, Departamento de Hacienda: Proyección de Recaudo 2009 y CAREF.

*La Administración de Servicios Médicos incluye los siguientes servicios médicos centralizados: Sala de Emergencia, Sala de Operaciones, Implantes, Función Pulmonar, Hospital Agudo Especializado en Pacientes Politraumatizados, Clínicas Externas, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Radiología, Cirugía, Neuroendovascular, Anatomía Patológica, Medicina Hiperbárica, Instrumentación Biomédica, Suministros Estériles, Medicina de Campo y Centro de Envenenamiento.

** Otros ingresos en el caso del Departamento de Salud corresponden a Fondos Especiales Estatales

Presupuesto de Salud destinado a Servicios Directos

Agencia	Cantidad	Total Servicio Directo	Presupuesto Total 2009	Servicio Directo* como % del Presupuesto
Corporación Fondo del Seguro del Estado	\$312,294,000	\$312,294,000	\$678,900,000	46%
Adm. De Compensaciones por Accidentes de Auto	78,921,000	78,921,000	106,153,000	74%
Adm. De Servicios Médicos (ASEM)	103,489,000	103,489,000	184,447,000	56%
Salud Correccional	83,680,000	83,680,000	83,680,000	100%
Adm. De Seguros de Salud (ASES)	1,495,025,000	1,495,025,000	1,495,025,000	100%
Departamento de Salud				
<u>Programas</u>				
Serv. Integrados a Comunidades	827,000			
Serv. Laboratorios Clínicos	5,939,000			
Retardación Mental	40,944,000			
Adm. Hosp. Universitario Pediátrico	53,424,000			
Adm. Hosp. Universitario de Adultos	82,200,000			
Promoción y Protección de Salud	156,992,000			
Prog. Esp. Nutrición Suplementaria M. Embarazadas	205,769,000	546,095,000	837,151,000	65%
Total	\$2,619,504,000	\$2,619,504,000	\$3,385,356,000	77%

* Datos estimados con información de la distintas agencias

CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO (CFSE)

La Corporación del Fondo del Seguro del Estado se creó a través de la Ley Núm. 45 del 18 de abril de 1935 conocida como la “Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo”. El propósito del Fondo es prestar servicios médicos, hospitalarios y/o garantizar compensaciones a la clase trabajadora o sus beneficios por accidente, enfermedades, incapacidades o muertes causadas por razones ocupacionales.

El Fondo opera con 100% de ingresos propios provenientes de las recaudaciones de las pólizas de seguro que pagan los patronos, tanto públicos como privados, conforme con lo que estipula la ley que lo creó. El presupuesto estimado y recomendado para el año fiscal 2009 es de \$468.7 millones. Se estima que el Fondo recaudará en \$678.9 millones en primas para este año fiscal. La Ley Núm. 45 estipula que de estos ingresos la Corporación no podrá excederse del 22% para gastos administrativos que totalizan poco más de \$149 millones de dólares.

La diferencia entre lo que se recaudará en primas y el presupuesto recomendado para el año fiscal son las reservas restrictas. Estas reservas restrictas son el cálculo de cuánto será el pago de reclamaciones durante este año fiscal. Aquí están incluidas las dietas, beneficios por muerte, beneficios a viudos y los beneficios en general.

Presupuesto 2009		
Corporación del Fondo del Seguro del Estado		
Presupuesto	%	2009
Ingresos estimados por primas	100%	678,900,000
Gastos Operacionales		461,529,000
Gastos Administrativos	22%	149,358,000
Servicios Médicos de Hospitalización	46%	312,294,000
Otros gastos operacionales	32%	217,248,000
Reserva Restringida para pago de reclamaciones		210,055,000
Mejoras Permanentes		7,193,000

En total el Fondo destina a los servicios de salud en su presupuesto 2009 \$522.3 millones entre los servicios médicos de hospitalización y la reserva restringida para pago de reclamaciones.

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES (ACAA)

La Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles se creó con el propósito de reducir los efectos sociales y económicos producidos por los accidentes de tránsito en las familias y dependientes de sus víctimas. Esta compensación que funciona como un seguro es creado por la Ley de Protección Social por Accidentes de Automóviles que es la Ley Núm. 138 de 26 de junio de 1968.

El seguro de la ACAA cubre servicios médicos-hospitalarios, compensación por pérdida de ingreso (incapacidad), compensación por muerte, desmembramiento y gastos fúnebres. El ingreso del seguro proviene 100% de las primas pagadas por los dueños de vehículos de motor, rendimiento de inversiones y recobro a las compañías de seguros privadas y públicas (CFSE).

El presupuesto recomendado para el 2009 es de casi \$106 millones. De éstos, \$79 millones están destinados a reclamaciones y compensaciones por accidentes automovilísticos.

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS (ASEM)

La Administración de Servicios Médicos, creada por la Ley Núm. 66 de 22 de junio de 1978 y adscrita al Departamento de Salud, provee servicios auxiliares en el campo de la salud a Centro Médico. Estos servicios auxiliares consisten en la prestación de servicios centralizados de alimentos, ropa y mantenimiento de edificios. En los servicios médicos centralizados directos a pacientes se incluye Sala de Emergencia, Sala de Operaciones, Implantes, Función Pulmonar, Hospital Agudo Especializado en Pacientes Politraumatizados, Clínicas Externas, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Radiología, Cirugía Neuroendovascular, Anatomía Patológica, Medicina Hiperbárica, Instrumentación Biomédica, Suministros Estériles, Medicina de Campo y Centro de Envenenamiento. Estos servicios médicos clasificados como terciarios y supra terciarios son ofrecidos 24 horas al día, los 365 días al año. Además, la ASEM tiene a su cargo implantar las normas médicas de la agencia, planificar, organizar y dirigir las actividades relacionadas con la calidad de los servicios, así como la investigación y educación médica.

Para el año 2009 el presupuesto recomendado es de \$184.5 millones de dólares. Aproximadamente \$16 millones más del presupuesto del año anterior. El 83% del presupuesto proviene de ingresos propios. El 9% proviene de asignaciones especiales y el 8% de otros ingresos. Según indica el informe preparado por el Consejo Asesor de Reconstrucción Económica y Fiscal (CAREF), esta agencia tendrá un déficit de \$100 millones. Este déficit lo asume el fondo general.

SALUD CORRECCIONAL

Este programa que posee autonomía fiscal, pertenecía al Departamento de Salud y mediante Orden Administrativa fue transferido a la Administración de Corrección, por orden judicial del Caso Morales Feliciano en enero de 2004. En este pleito de clase radicado en 1979, donde se alegó que las condiciones de confinamiento provistas por el Estado constituían una violación de sus garantías constitucionales, se ordenó en octubre de 1990 el “Plan de Cuidado Médico y Mental”. En septiembre de 2005, la Administración de Corrección firmó un contrato con “Correctional Health Services Corporation” (CHSC) para administrar y proveer los servicios de salud a la población confinada del país.

El propósito del programa es prevenir, restaurar y mantener la salud física, dental y mental de la población penal bajo la custodia de la Administración de Corrección. El presupuesto recomendado en 2009 para el programa es de \$83.6 millones de dólares y provienen en su totalidad del Presupuesto General.

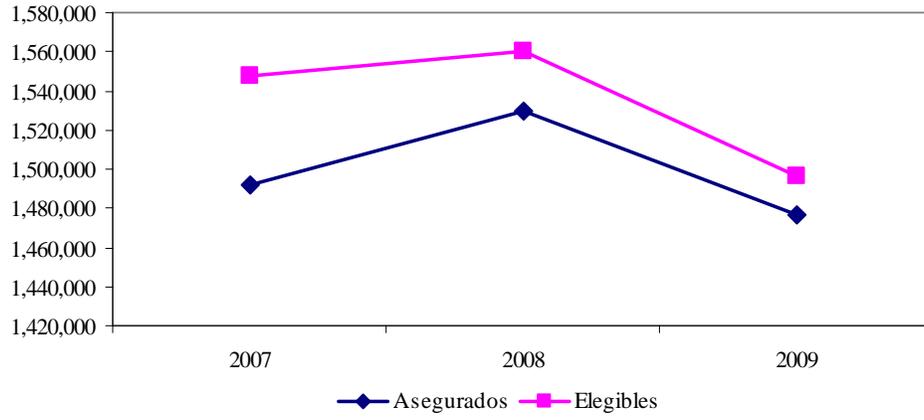
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO (ASES)

La Administración de Seguros de Salud fue creada mediante la Ley Núm. 72 del 7 de septiembre de 1993. El propósito de la agencia es implantar, un sistema de seguros de salud que eventualmente les brinde a todos los residentes de Puerto Rico acceso a cuidados médicos hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera.

El presupuesto recomendado a ASES para el año fiscal 2009 es de \$1,495 millones. De éstos, \$5.3 millones provienen del presupuesto general, \$1,000 millones de asignaciones especiales, \$278.2 millones de fondos federales y \$211.5 de otros ingresos. Estos otros ingresos se componen de la aportación de los municipios al Plan de Salud (\$166 millones), la aportación patronal de los empleados públicos acogidos al plan (\$27.5 millones), ingresos provenientes de la Lotería (\$16 millones), reembolso por compra de medicamentos (\$1.5 millones) e ingresos generados por concepto de intereses bancarios. Según el informe preparado por CAREF, esta agencia tendrá un déficit de \$500 millones. Este déficit lo asume el fondo general.

Para el año fiscal 2009 se contempla una disminución en el número de participantes y elegibles, como resultado de las auditorias realizadas por el Programa de Asistencia Médica del Departamento de Salud.

Datos Estadísticos de ASES



DEPARTAMENTO DE SALUD

El Departamento de Salud, creado por la Ley Núm. 81 del 14 de marzo de 1912 y por mandato constitucional, tiene el propósito de propiciar y conservar la salud como un estado o condición de bienestar físico, mental, emocional y social, que permita al ser humano el pleno disfrute de la vida y contribuir al esfuerzo productivo y creador de la sociedad.

El Departamento tiene un presupuesto que asciende a \$837.2 millones para el año fiscal 2009. Los fondos provienen de \$306.3 millones del Presupuesto General, \$3.5 millones de asignaciones especiales, \$13 millones de fondos especiales estatales, \$437.8 millones de fondo federales y \$76.5 millones de ingresos propios. Los ingresos propios provienen de la facturación y cobro a planes médicos y a ciudadanos con capacidad de pago por servicios prestados a través del Hospital Universitario de Adultos, el Hospital Pediátrico Universitario y en otras instalaciones del sistema público de salud.

**ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONTRA LA ADICCIÓN
(ASSMCA)**

La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra Adicción (ASSMCA) está adscrita al Departamento de Salud con personalidad jurídica propia, autonomía fiscal y administrativa. Fue creada por la Ley Núm. 67 de 7 de agosto de 1993. Su misión es garantizar la prestación de servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación en el área de salud mental, incluyendo abuso de sustancias que sean accesibles.

El presupuesto recomendado para ASSMCA para el año fiscal 2009 es de \$159 millones, que se componen de \$116.9 millones del Presupuesto General, \$4.5 millones de asignaciones especiales, \$32.6 millones de fondos federales y \$5 millones de ingresos propios. Los ingresos Propios son producto de la facturación por los servicios que brinda la Administración y cubre parte de los gastos operacionales.

GASTO DE SALUD

Los recursos el sector de salud en Puerto Rico para el año 2007 fueron de \$11 mil millones. La partida del gasto público fue de \$1.5 mil millones. Para evitar la doble contabilidad entre esta partida y el renglón de la facturación de los seguros médicos no se incluye como parte del presupuesto de las agencias el ingreso y/o pago por concepto de seguros médicos. Las transferencias de Medicare fueron de \$2 mil millones. Se presume que este renglón no incluye los Medicare Advantage.³

Como por ciento del Producto Nacional Bruto el gasto en el sector de salud en Puerto Rico representa un 18.9% comparado con Estados Unidos que es un 16.1%.

Recursos de Salud 2007: Puerto Rico vs. Estados Unidos (en miles)				
	<u>Puerto Rico</u>	<u>Como % del Gasto</u>	<u>Estados Unidos*</u>	<u>Como % del Gasto</u>
Seguros Médicos	5,932,108	53.6%	769,000,000	34.2%
Self Insurers	1,000,000	9.0%		
Medicare	2,016,000	18.2%	753,000,000	33.5%
Gasto Público*	1,507,065	13.6%	286,000,000	12.7%
CFSE	422,983			
ACAA	103,586			
ASEM	31,700			
Salud Correccional	79,955			
ASSMCA	159,987			
Departamento de Salud	708,854			
"Out of Pocket"	609,137	5.5%	269,000,000	12.0%
Otros Privados	-		169,000,000	7.5%
Total Gasto	\$11,064,310	100.0%	\$2,246,000,000	100.0%
PNB (2007)	58,563,100	-	13,910,000,000	-
Proporción del PNB como % del Gasto	18.9%		16.1%	

Fuente: Statistical Abstract of the United States, Projections 1960-2017, Junta de Planificación de Puerto Rico:

Informe Económico al Gobernador 2008, Oficina del Comisionado de Seguros, Informe Anual 2007.

*No Incluye partidas de Ingresos Propios de la agencias excepto CFSE y ACCA

³ Se investigará más a fondo cuánto es la transferencia de Medicare Advantage a Puerto Rico.

A continuación se presenta la tabla con los planes de seguro.

Seguros de Salud (2007)			
	Total Primas	Ganacia Neta	% de la Ganancia
Triple S Salud	1,302,048,965	41,742,896	3.2%
MMM Healthcare Inc.	1,084,601,054	44,338,310	4.1%
MCS Advantage Inc.	645,272,514	25,743,893	4.0%
Humana Health Plans of PR	624,673,212	-7,628,531	-1.2%
Preferred Medicare Choice Inc.	507,650,746	52,211,041	10.3%
MCS Health Mgmt Options Inc.	483,500,867	13,828,770	2.9%
First Medical Health Plan Inc.	481,837,254	-10,693,894	-2.2%
MCS Life	228,770,567	8,039,430	3.5%
American Health Inc.	162,265,039	1,741,280	1.1%
Cooperativa de Seguros de Vida	153,082,340	-504,022	-0.3%
La Cruz Azul de Puerto Rico Inc.	87,938,149	-21,717,296	-24.7%
Preferred Health Inc.	87,893,839	-5,230,466	-6.0%
SDM Healthcare Managment Inc.	30,040,270	-3,641,043	-12.1%
Mennonite Gen Hospital Inc.	15,824,696	-	-
Auxilio Platino Inc.	13,543,437	-3,759,720	-27.8%
Delta Dental Plan of Puerto Rico	11,252,387	-294,267	-2.6%
Servicios de Salud Bella Vista	4,427,894	178,156	4.0%
Ryder Health	3,128,695	15,948	0.5%
Golden Cross Health Plan Corp	2,117,672	20,779	1.0%
Global Health Plan & Insurance Company	1,343,007	-225,047	-16.8%
Health Medicare Ultra Inc.	526,968	-183,220	-34.8%
Red Médica de Puerto Rico Inc.	368,498	3,357,476	911.1%
Gran Total	\$5,932,108,070	137,340,473	2.3%

Fuente: Oficina del Comisionado de Seguros, Informe Anual 2007.

El costo de salud de Puerto Rico comparado con el Producto Nacional Bruto es de 18.9%, 2.8% mayor que el de los Estados Unidos de América. Esto representa un gran reto económico. No hay estadísticas oficiales que señalen que la cantidad de recursos económicos que se utilizan en la industria de la salud han incrementado o mejorado los estándares de salud de la población puertorriqueña. Esto, unido a la crisis fiscal que atraviesa el país, nos hace obligatoriamente preguntar si la cantidad de recursos que anualmente consume la industria de salud es sostenible.

RECOMENDACIONES FISCALES AL GASTO DE SALUD DEL ELA

A continuación presentamos varias recomendaciones que entendemos ayudarán al Gobierno de Puerto Rico a conseguir un balance fiscal y solucionar el déficit presupuestario actual en el área de la salud. Basado en la data disponible, estas recomendaciones pueden lograr disminuir el déficit en casi \$510 millones. Algunas de las recomendaciones, según el análisis presentado, son las siguientes:

- Modificar la cubierta de beneficios de Reforma para individuos bajo el nivel de pobreza federal (Medicaid) con el propósito de reducir el gasto en un 15%. Entre los beneficios de la cubierta se evaluaría la cubierta de farmacia y los estudios de alta tecnología, así como cubiertas extras que no están dentro de la cubierta básica de Medicaid. Además, es necesario revisar la estructura de deducibles dentro de las limitaciones legales que establece Medicaid y la responsabilidad social que tenemos todos con los médico-indigentes. Esto con el propósito de lograr un ahorro de unos \$250 millones en función de reducción de cubierta y utilización.
- Crear dentro del programa de Reforma de Salud una cubierta para los participantes que se ubican sobre el nivel de pobreza federal (Medicaid). Este grupo tendría una cubierta con deducibles y co-pagos superiores a los del grupo de Medicaid. Además, el beneficiario aportaría a su cubierta de manera escalonada según su ingreso. Se estima un ahorro de unos \$250 millones en función de la aportación hecha por los beneficiarios (tanto de deducibles como de prima) así como reducción de utilización.
- Transferir pasivamente a todos los participantes de Medicare Parte A y B y bajo el 100% de nivel de pobreza federal a planes Medicare Advantage. Esto traería un ahorro potencial de unos \$10 millones.
- Del sobrante anual del Fondo del Seguro del Estado, el Fondo se quedaría con un porcentaje para sus reservas, una contribución a la operación de ASEM adicional a los pagos que le corresponden al Hospital Industrial, y un porcentaje en devolución de primas.

Para poder implantar las primeras dos recomendaciones es necesario llevar a cabo el estudio actuarial “base” que recomendó el Colegio de CPA en el 2005.

La segunda recomendación, crear una cubierta para los participantes que se ubican sobre el nivel de pobreza federal (Medicaid), es parte de una línea también señalada por el Colegio de CPA en el 2005 de maximizar las asignaciones de fondos federales. La dirección de los esfuerzos de Reforma de Salud del Gobierno Federal está enfocada en cubrir a los no-asegurados y los sub-asegurados.

En la medida en que en Puerto Rico la Reforma cubra este grupo, la Isla podría tener dificultad en acceder los fondos federales que su condición económica le amerita. Tener una cubierta aparte para los participantes de Reforma que no cualifican para Medicaid provee a ASES la herramienta para estructurar la cubierta de tal forma que no se afecte nuestro acceso a fondos federales.

Las asignaciones presupuestarias deben ser consistentes con los recursos financieros del país. No es factible para el Gobierno de Puerto Rico, dentro de la crisis fiscal que experimenta la Isla, ofrecer cubiertas tan comprensivas y de mayores beneficios a los ofrecidos por la empresa privada.

Entendemos que las medidas arriba descritas ayudarán a balancear la carga presupuestaria del Fondo General y sientan las bases para el desarrollo de un modelo de incentivos necesarios para redefinir el modelo de prestación de servicios de salud dentro de un marco fiscal saludable.

II. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

DEMOGRAFÍA GENERAL PUERTO RICO VS. ESTADOS UNIDOS

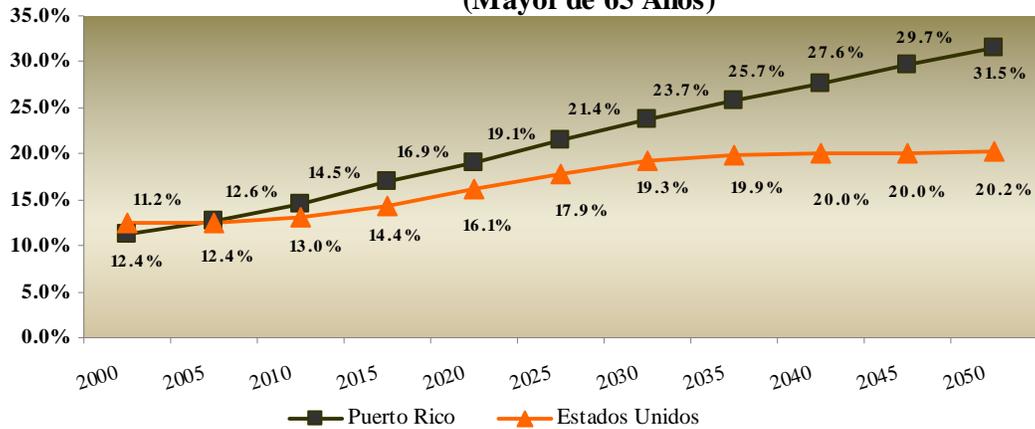
Actualmente la población longeva (mayor de 65 años) de Puerto Rico en términos proporcionales muestra una tendencia de crecimiento mayor que la de Estados Unidos. Según el Censo, para el año 2015 la proporción de personas mayor de 65 años representan un 17% comparado con Estados Unidos que es un 15%. Al hacer la comparación para el año 2050, se espera que más del 30% de la población sea mayor de 65 años, en comparación con Estados Unidos que será un 20%.

Es notable que la población de Puerto Rico venga envejeciendo a un ritmo mayor que en Estados Unidos.

Año	Puerto Rico		Estados Unidos	
	Población 65+	65+ Como % de Población Total	Población 65+	65+ Como % de Población Total
2000	428,013	11.2%	35,107,491	12.4%
2005	491,998	12.6%	36,746,912	12.4%
2010	577,435	14.5%	40,228,712	13.0%
2015	683,544	16.9%	46,836,822	14.4%
2020	777,549	19.1%	54,804,470	16.1%
2025	872,980	21.4%	63,907,444	17.9%
2030	963,700	23.7%	72,091,915	19.3%
2035	1,032,796	25.7%	77,543,487	19.9%
2040	1,088,370	27.6%	81,238,391	20.0%
2045	1,143,438	29.7%	84,455,986	20.0%
2050	1,177,760	31.5%	88,546,973	20.2%

Fuente: U.S. Census Bureau, International Data Base

**Cambio Porcentual en la Población Longeva como
Porcentaje de la Población Total
(Mayor de 65 Años)**



Fuente: U.S. Census Bureau, International Data Base

Una de las razones del por qué viene envejeciendo la población de Puerto Rico a un ritmo mayor es debido a la disminución en la tasa de natalidad⁴ que está por debajo del nivel de los EEUU. En adición, la tasa de migración neta⁵ en Puerto Rico actualmente es negativa. La tasa de inmigración en los Estados Unidos ronda cuatro (4) personas por cada mil habitantes y se espera que aumente.

Año	Puerto Rico		Estados Unidos	
	Tasa de Natalidad ¹	Tasa de Migración ¹	Tasa de Natalidad ¹	Tasa de Migración ¹
2005	13.0	-1.2	13.9	3.9
2010	12.0	-0.9	13.8	4.3
2015	11.5	-0.7	13.8	4.2
2020	10.9	-0.5	13.5	4.3
2025	10.2	-0.2	13.2	4.4
2030	9.5	-0.1	13.1	4.5
2035	8.9	0.0	13.0	4.5
2040	8.6	0.1	13.0	4.6
2045	8.4	0.1	13.0	4.6
2050	8.2	0.2	12.9	4.7

Fuente: U.S. Census Bureau, International Data Base

¹ Tasa por 1,000 habitantes.

⁴ Tasa de natalidad es el número promedio anual de nacimientos durante un año por cada 1,000 habitantes.

⁵ Tasa de migración es la diferencia de las personas que entran y salen de un país durante el año por cada 1,000 habitantes.

La tasa de mortalidad en Puerto Rico es mayor que en EEUU para diabetes pero menor para enfermedades del corazón.

Tasa de Mortalidad por Tipo de Enfermedad*: 2004									
	<u>Total</u>	<u>Enfermedades del Corazón</u>	<u>Cáncer</u>	<u>Enfermedades Cerebro Vasculares</u>	<u>Enfermedades Respiratorias Crónicas</u>	<u>Diabetes</u>	<u>Alzheimer</u>	<u>Neumonía e Influenza</u>	<u>Enfermedades Renales</u>
Puerto Rico	742.3	154.7	123.7	41.7	28.9	69.8	29.9	26.8	23.6
Estados Unidos	816.6	222.2	188.6	51.1	41.5	24.9	22.5	20.3	14.5

Fuente: U.S. Census Bureau, Statistical Abstract of the United States:2008.

*Tasa por cada 100,000 habitantes.

La tasa de mortalidad infantil viene descendiendo constantemente tanto en Puerto Rico como en los Estados Unidos.

Tasa de Mortalidad Infantil: Puerto Rico y Estados Unidos				
	<u>Puerto Rico</u>	<u>Tasa</u>	<u>Estados Unidos</u>	<u>Tasa</u>
2005	470	9.3	27,115	6.6
2010	402	8.4	26,515	6.2
2015	351	7.5	25,872	5.8
2020	303	6.8	24,952	5.4
2025	259	6.2	23,947	5.1
2030	221	5.7	23,122	4.7
2035	190	5.3	22,569	4.5
2040	166	4.9	22,094	4.2
2045	149	4.6	21,563	3.9
2050	132	4.3	21,003	3.7

Fuente: U.S. Census Bureau, International Data Base.

La expectativa de vida por sexo muestra un patrón en Puerto Rico diferente al de Estados Unidos.

Expectativa de Vida por Sexo: Puerto Rico vs. Estados Unidos				
	<u>Puerto Rico</u>		<u>Estados Unidos</u>	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2005	73.8	81.4	75.1	80.2
2010	74.9	82.4	75.8	80.8
2015	75.7	83.1	76.5	81.4
2020	76.5	83.7	77.1	82
2025	77.1	84.3	77.8	82.6
2030	77.7	84.8	78.4	83.2
2035	78.3	85.2	79.1	83.7
2040	78.8	85.6	79.7	84.3
2045	79.2	85.9	80.3	84.8
2050	79.6	86.2	80.9	85.3

Fuente: U.S. Census Bureau, International Data Base.

Los nacimientos vivos por el método de cesárea para el año 2004 representaron el 48%. Al compararlo con Estados Unidos la tasa para el mismo año fue de un 30%. Puerto Rico ocupa uno de los primeros países con tasa de nacimientos por cesárea más altas. Posibles razones para esto son:

- Los médicos prefieren realizar este procedimiento para evitar casos de impericia médica.
- Los programas de partos de conveniencia de la embarazada y a los horarios y días de trabajo de los médicos.
- Alegada no disponibilidad de los médicos en las sala de emergencia.⁶

⁶ Perfil de los Sistemas de Salud en Puerto Rico, Organización Panamericana de la Salud, Enero 2007.

Nacimientos Vivos por Método de Cesárea				
	2003	%	2004	%
Puerto Rico	23,443	46.1	24,465	47.7
Estados Unidos*	4,09	27.5	4,11	29.1

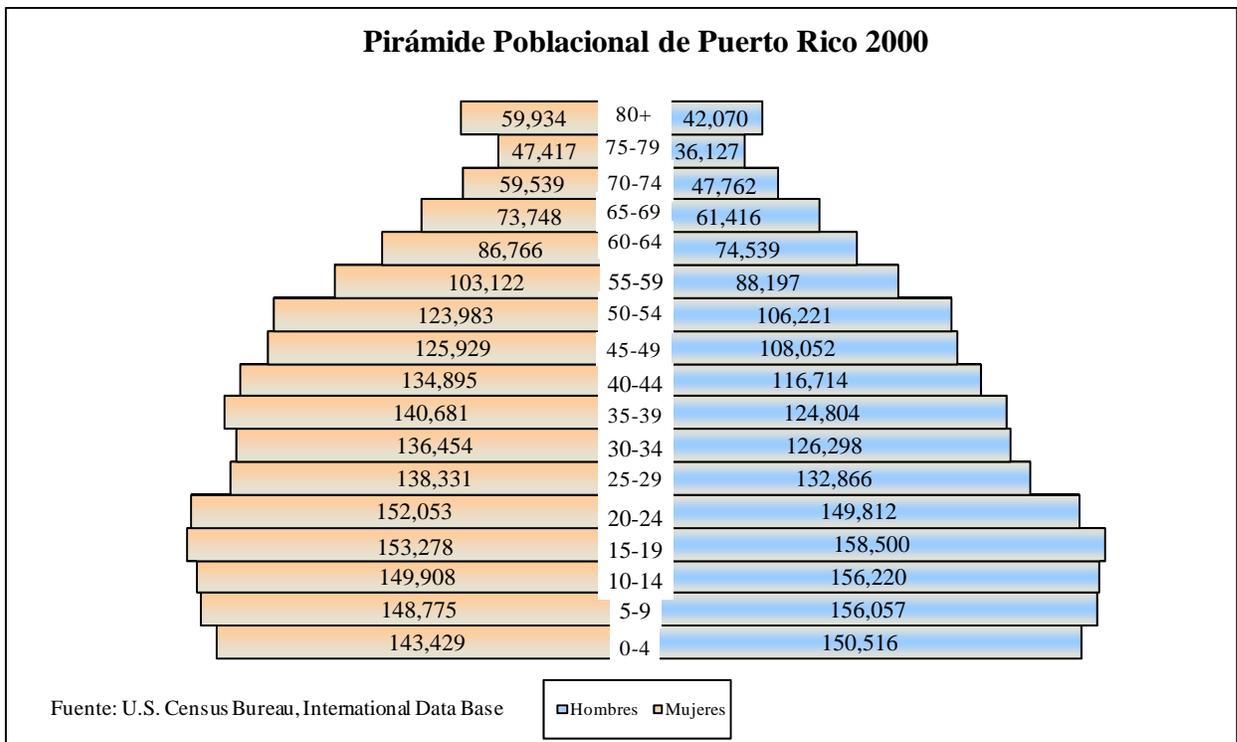
Fuente: Estadísticas Vitales, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo 2003,2004.

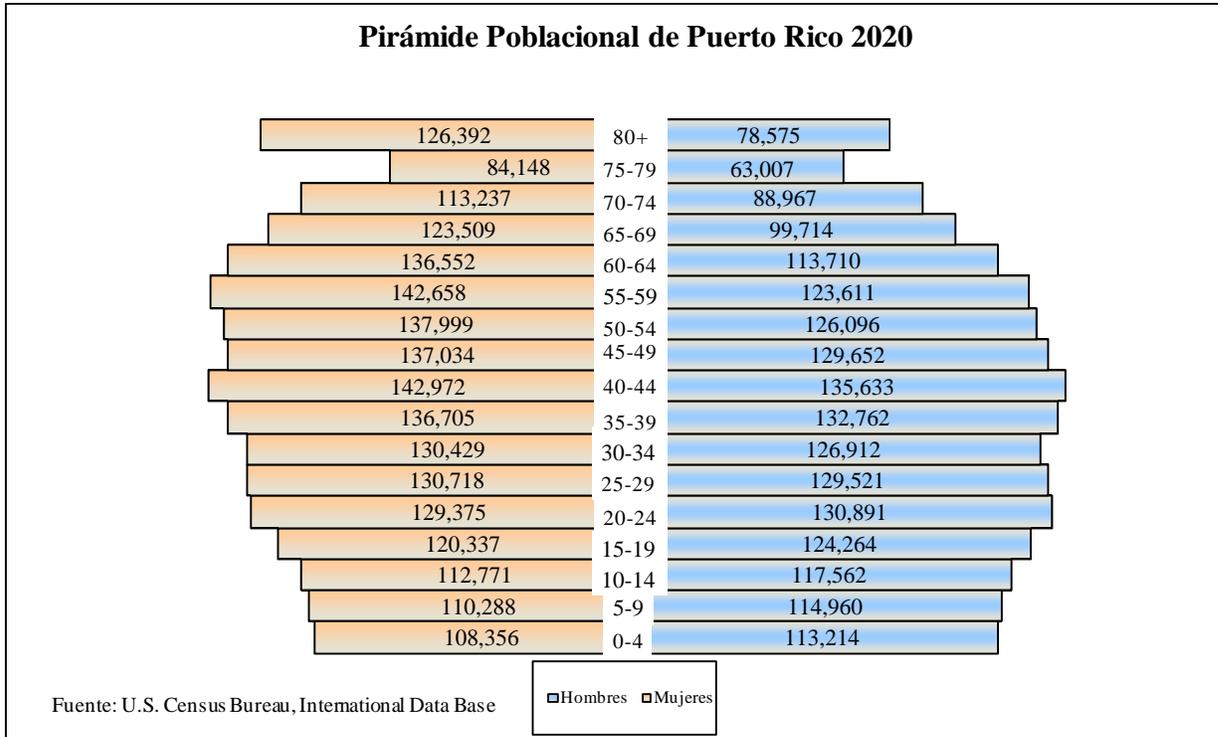
U.S. Census Bureau, Statistical Abstract of the United States: 2008.

Nota: Total de cesáreas en miles.

PIRAMIDE POBLACIONAL

La gráfica de pirámide poblacional presenta el comportamiento en la distribución de edades de la población para el periodo 2000 y 2020. Como se puede observar al pasar los años, la base de la pirámide se vuelve más angosta. Además, al pasar los años las mujeres van a tener una expectativa de vida mayor a la de los hombres inclinándose la pirámide al lado de los hombres.





ESTIMADO DE DEMANDA

Al haber un aumento en la población envejeciente la consecuencia inmediata es el aumento en la demanda de productos y servicios dirigidos a esta población. No obstante, la demanda de los productos depende no tan solo del número de personas que necesiten el servicio, también la capacidad que tengan de asumir los costos. Gran parte de la población no tendrá el ingreso suficiente para costear los servicios médicos, cuidado de salud en general y vivienda.

La población envejeciente en Puerto Rico sufre una merma en sus ingresos. El 44.1% de esta población vive bajo los niveles de pobreza. Contrario a Estados Unidos, donde la población bajo los niveles de pobreza se encuentra en un 10%.

Se observa una reducción en los ingresos de esta población a medida que alcanzan mayor edad. Para la gran mayoría de los envejecientes su único ingreso es el Seguro Social y éste no es suficiente para cubrir sus gastos de salud. Esta situación es preocupante debido a que estas personas demandan servicios de salud costosos. Si estimamos los recursos que el

Gobierno de Puerto Rico tendrá que utilizar para cubrir los costos de salud de esta población longeva futura, tenemos que concluir que los gastos de salud serán significativamente mayores a los actuales. Es fundamental el implantar modelos preventivos de salud para tratar de controlar la utilización de servicios por efecto de la edad y el alza inflacionaria normal de la industria.

En este análisis se estima la demanda por los servicios de envejecientes independientemente de si la oferta actual existe o no. Es decir, se estima la demanda total, para la cual se utilizan las proyecciones de la población de Puerto Rico. Las estadísticas de los Estados Unidos establecen que el 12.85% de las personas mayores de 65 años en los EE.UU vive en facilidades diseñadas para envejecientes o requiere servicios profesionales de cuidado prolongado. Utilizando este parámetro como comparación se puede estimar que en Puerto Rico un total de 65,955 personas requirieron de estos servicios para el año 2007. Este número ascenderá a 91 mil para el año 2025. Esto no incluye la cantidad de envejecientes que necesitarán servicios informales de cuidado en el hogar, es decir aquellos que serán cuidados por un amigo o familiar. Los estimados de EE.UU. indican que por cada persona recibiendo ayuda profesional hay 3 recibiendo ayuda informal.

Estimado de Demanda de Servicios de Vivienda y Cuidado Prolongado de Envejecientes en Puerto Rico (2007 al 2025)					
	<u>2007</u>	<u>2010</u>	<u>2015</u>	<u>2020</u>	<u>2525</u>
Total de Personas Mayores de 65 años	513,249	548,978	631,837	700,399	710,194
Personas requiriendo servicios de vivienda ó cuidado prolongado profesional	65,952	70,544	81,191	90,001	91,260

Fuente: Estimados de Advantage Business Consulting

Hogar con cuidado de enfermería

Estos hogares proveen asistencia a personas de mayor edad y que por alguna condición de salud no pueden estar la mayor parte del tiempo solos. Este programa ofrece asistencia de cuidado prolongado y los envejecientes deben ser supervisados. Los servicios de enfermería deben estar presentes en el lugar. Pueden requerir de equipos especiales para algunos de los residentes, tales como sillas de ruedas, camas de posiciones y/o camillas. Estos servicios se pueden dividir en dos tipos de servicios: vivienda asistida y cuidado diestro de enfermería.

- Vivienda Asistida- Este servicio se ofrece para personas que aunque tienen independencia y no necesitan de cuidado médico, necesitan algún tipo de asistencia médica, como ayuda para ingerir medicamentos o vigilancia para cualquier situación de salud.
- Facilidades de cuidado diestro de enfermería- Estos servicios se ofrecen a personas envejecientes que no puedan valerse por sí mismos. Estas facilidades dan asistencia médica así como asistencia para comer, bañarse, cuidado médico y ayuda para moverse.

Oferta

En el año 2007, el Departamento de la Familia tenía registradas 530 facilidades que brindan servicios a personas de edad avanzada. En total existen 342 instituciones de ancianos, 88 hogares sustitutos y 100 centros de actividades múltiples. El cuidado de la salud es el renglón de mayor relevancia para esta población, así como el costo de los mismos. Según los datos ofrecidos por el Departamento de la Familia, alrededor de 12,400 envejecientes se benefician actualmente de los servicios ofrecidos por las facilidades licenciadas. Cabe resaltar que muy pocos de los centros están a 100% de su ocupación. En promedio, están a un 67% de capacidad.

El estimado de oferta proyecta que los servicios de vivienda para envejecientes aumentarán a una tasa moderada de un 3% anual. El 45% de las unidades serán en facilidades de cuidado

de enfermería, incluyendo vivienda asistida, un 25% en cuidado en el hogar y el restante en vida independiente.

Estimado de Oferta de Servicios de Cuidado Prolongado en Puerto Rico					
	<u>2007</u>	<u>2010</u>	<u>2015</u>	<u>2020</u>	<u>2025</u>
Total	19,410	21,210	24,588	28,504	33,044
Hogar con Cuidado de Enfermería	9,276	10,136	11,751	13,622	15,792
Vida Independiente	5,134	5,610	6,504	7,539	8,740
Cuidado en el Hogar	5,000	5,464	6,334	7,343	8,512

Fuente: Estimado Advantage Business Consulting

Brecha en el Mercado

Los estimados de oferta y demanda de los servicios de cuidado prolongado para los envejecientes de Puerto Rico revelan que existe una brecha de demanda insatisfecha que afecta a 46 mil envejecientes. La brecha está concentrada mayormente en los servicios de vivienda asistida y de profesionales de cuidado en el hogar. Esta brecha continuará aumentando según vaya envejeciendo la población de Puerto Rico. Nota importante, esta brecha no significa que estos envejecientes no estén recibiendo un servicio, sino que el servicio que están recibiendo no es profesional.

Estimado de Brecha entre Oferta y Demanda de Servicios de Cuidado Prolongado en Puerto Rico (2007 al 2020)					
	<u>2007</u>	<u>2010</u>	<u>2015</u>	<u>2020</u>	<u>2025</u>
Estimado de Oferta	19,410	21,210	24,588	28,504	33,044
Estimado de Demanda	65,955	70,547	81,195	90,005	91,264
<i>Brecha entre Oferta y Demanda</i>	<i>46,545</i>	<i>49,337</i>	<i>56,607</i>	<i>61,501</i>	<i>58,220</i>

Fuente: Estimado de Advantage Business Consulting

RECOMENDACIONES⁷

Algunas de las recomendaciones según el análisis presentado son las siguientes:

- Crear incentivos para aumentar la oferta de servicios de ayuda a los envejecientes. Estos incentivos deben contribuir a compensar los altos costos de operación de los proveedores de servicios y facilitar el financiamiento comercial del desarrollo de instalaciones de servicios.
- Revisar las leyes que protegen y benefician a las personas de edad avanzada en Puerto Rico, para que faciliten y estimulen la oferta de servicios y de instalaciones de servicios.
- La mayoría de esta población, así como sus familiares, no saben de los programas y ayudas que se ofrecen para ellos. Es importante crear programas de orientación tanto a familiares como a la población envejeciente sobre los servicios existentes, instalaciones existentes, programas de ayuda; entre otros. Además, complementar estos programas de orientación con las diferentes ayudas de financiamiento que existen.
- Crear una base de datos sobre todas las instalaciones existentes donde se les ofrezcan a las personas todos los servicios, ayudas económicas y programas en los cuales se les facilite la búsqueda.
- Desarrollar un programa de capacitación para el personal de servicios de ayuda al envejeciente. Es importante que el personal esté capacitado física y psicológicamente para proveerle la mejor atención y ayuda a esta población y a sus familiares.
- Mejorar la accesibilidad a programas de ayudas nutricionales (PAN), para que personas envejecientes tengan mayor acceso a éstos.

⁷ Algunas de estas recomendaciones se presentaron en el Estudio del Mercado de servicios de cuidados a envejeciente preparado por Advantage Business Consulting para el Departamento de la Familia, en mayo 2007

- Crear programas de ayuda a envejecientes deambulantes o maltratados para que puedan recibir ayuda médica, económica y nutricional.
- Establecer como plan estratégico el reducir el sedentarismo, la obesidad y el ocio en la población longeva del país. ¡Mente sana en cuerpo sano!
- Establecer modelos de cuidado de salud basados en la prevención y el mantenimiento de la salud para las condiciones más prevalentes de la población longeva.

III. IMPLICACIONES FEDERALES Y MODELO ECONÓMICO

MEDICARE ADVANTAGE PUERTO RICO vs. USA

En Puerto Rico en el año 2008 el 54% de los individuos elegibles participan en el programa de Medicare Advantage, al compararlo con el de Estados Unidos que es sólo un 21%.⁸

Para el año 2008, los participantes en Medicare Advantage en Puerto Rico mostraron un patrón de aumento constante en el periodo 2004-2006. Como se puede apreciar en la siguiente tabla, en el caso de Puerto Rico el Programa de Salud Medicare Advantage comenzó en el año 2003, pero no es hasta el año 2005 que se ve un aumento a gran escala de participantes.

Total de Participantes en Medicare Advantage (MA)						
	<u>2003</u>	<u>2004</u>	<u>2005</u>	<u>2006</u>	<u>2007</u>	<u>2008</u>
Puerto Rico*	19,535	44,292	102,580	306,313	336,487	337,757
% de Crecimiento	-	126.7%	131.6%	198.6%	9.9%	0.4%
Estados Unidos	5,140,293	5,120,966	5,498,113	7,181,084	8,386,625	9,397,889
% de Crecimiento	-	-0.4%	7.4%	30.6%	16.8%	12.1%

Fuente: Statehealthfacts.org

* El Programa de Salud Medicare Advantage se implementó en Puerto Rico en el año 2003.

⁸ Statehealthfacts.org

Participación Porcentual de Individuos en Medicare Advantage						
	<u>2003</u>	<u>2004</u>	<u>2005</u>	<u>2006</u>	<u>2007</u>	<u>2008</u>
Puerto Rico	3.3%	7.4%	16.8%	49.4%	54.2%	54.0%
Estados Unidos	12.2%	12.1%	12.7%	16.3%	19.0%	21.0%

Fuente: Statehealthfacts.org

En la siguiente tabla se muestra la distribución de beneficiarios por edad para el año disponible 2004. Se puede apreciar que en Puerto Rico el 26% del total de beneficiarios tiene menos de 65 años. Estos son personas incapacitadas, padecen de alguna enfermedad renal, son veteranos o pertenecieron a las fuerzas armadas. En Estados Unidos esta población representa sólo el 16%.

Distribución por Edad de Beneficiarios de Medicare: Año 2004				
	<u>P.R. #</u>	<u>P.R. %</u>	<u>EEUU #</u>	<u>EEUU %</u>
0-64	152,412	26%	6,568,662	16%
65-69	129,067	22%	9,672,118	23%
70-74	99,535	17%	8,306,003	20%
75-79	76,870	13%	7,237,702	17%
80-84	53,471	9%	5,373,841	13%
85+	74,875	13%	4,570,474	11%
Total	586,23	100%	41,728,800	100%

Fuente: Statehealthfacts.org

Nota: Información del 1 de julio del 2004, que incluye los beneficiarios de Parte A y/o B.

El programa de Medicare Advantage ha hecho llegar a Puerto Rico aproximadamente \$2.5 billones en nuevos fondos federales desde su comienzo en el año 2003. Los planes de salud han aumentado las cubiertas mínimas requeridas por la Parte A y B de Medicare, haciendo los programas más atractivos para la población longeva del país.

Actualmente la administración del Presidente Obama considera una reducción en las primas del programa de Medicare Advantage de entre un 5% a un 10% para los próximos años fiscales. Según datos de la administración Obama, estos recortes se utilizarán para solventar el programa del Seguro Universal de los Estados Unidos de América. A base de la información provista por el Departamento de Servicios de Salud y Humanos de los Estados Unidos de América (HHS), se estima que para el año 2010, las primas de Medicare Advantage se ajusten aproximadamente por un 3%. La reducción en prima proyectada por HHS traerá un efecto significativo en la industria de la salud, ya que representa una disminución de aproximadamente \$70 millones en recursos disponibles para la población longeva del país.

MINIMIZACIÓN DE COSTOS DE SALUD

Los Estados Unidos es el único país que no ha podido proveerles un seguro médico a todos sus ciudadanos. Más de 46 millones de personas no tienen seguro médico, incluyendo más de 8 millones de niños. El 80% de los que no tienen seguro médico son familias asalariadas. Un dato importante es que los altos costos en los seguros médicos hacen imposible que la mayoría de los negocios pequeños pueda proveerle a sus empleados un seguro médico.

Los costos administrativos de seguro médico vienen incrementándose rápidamente en Estados Unidos para el periodo 2000 a 2006. Los costos administrativos per cápita aumentaron en un 68%, de \$289 a \$485 por persona, versus un 47% de aumento en el gasto nacional de salud per cápita.⁹ Los costos administrativos de seguro médico representan el 7.5% del total del gasto de las cuentas nacionales de salud. Comparado con otros países es la tasa más alta para el año 2005. Al compararla con Finlandia, Japón y Australia, ésta representa casi el triple de la tasa de gasto en salud comparada con los países mencionados. Por otro lado, los países con un porcentaje del gasto alto representan un 30% a un 70%. Esto se debe a las aseguradoras privadas que juegan un papel importante. Los países con porcentajes altos son Alemania, Suiza y Holanda.

La ineficiencia y la calidad pobre de los costos de salud le cuestan a la nación alrededor de \$50 a \$100 billones por año.¹⁰ Si se sigue con esta tendencia se espera que para la década siguiente le cueste a la nación el doble de los recursos económicos.

⁹ Calculated based on data in A. Catlin, C. Cowan, M. Hartman et al., "National Health Spending in 2006: A Year of Change for Prescription Drugs," *Health Affairs*, Jan./Feb. 2008 27(1):14-29.

¹⁰ Commonwealth Fund, *Why Not the Best? Results from a National Scorecard on U.S. Health Systems Performance*, July 2008.

RECOMENDACIONES DEL MODELO

La Ley 72 del 7 de septiembre de 1993 tiene como visión:

“la responsabilidad de implantar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores, un sistema de seguros de salud que eventualmente le brinde a todos los residentes de la Isla acceso a cuidados médicohospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera¹¹.

La política pública de salud en Puerto Rico ha girado, desde principios de este siglo, en torno a la actitud de que el Gobierno tiene la responsabilidad de prestar directamente los servicios de salud.

Al amparo de esa política, se han desarrollado dos sistemas de salud notablemente desiguales. En términos generales, podemos afirmar que en Puerto Rico la calidad de los cuidados de salud ha venido a depender preponderantemente de la capacidad económica de la persona para cubrir con recursos propios el costo de los mismos.

Dentro de ese esquema, al Departamento de Salud le ha correspondido la atención del sector médico-indigente de nuestra población. Las buenas intenciones de sus funcionarios no han sido suficientes para cancelar los efectos adversos que, sobre la cabida de servicios del Departamento, han tenido factores como los siguientes: La insuficiencia de los presupuestos; el costo creciente de la tecnología y los abastos médicos; el gigantismo y centralismo burocráticos, y la interferencia con la gestión departamental.

Desde 1967, en Puerto Rico se han realizado ensayos de reforma en los servicios médicohospitalarios del Departamento. Sin embargo, no se ha logrado estrechar una brecha que cada día se abre más entre la calidad de los servicios públicos y los privados.”

Podemos concluir que esta visión, en gran medida se ha logrado y que la brecha entre el sector privado y el público es menor o inexistente. La pregunta es a qué costo y si el Gobierno de Puerto Rico puede continuar financiado este proyecto social de tanto beneficio para la población médico-indigente puertorriqueña.

La Reforma de Salud hoy día no es muy diferente a la que se implantó originalmente. En el 2005 el Colegio de CPA recomendó evaluar el Seguro de Salud del Gobierno. Las

¹¹ LEY 72 del 7 de septiembre de 1993

recomendaciones de este informe muestran la dirección en que el Colegio de CPA entiende que debe tomar la Reforma en el futuro.

El fin del modelo de Reforma de Salud debe ser que la población, en general, mejore y mantenga su condición de salud. Como ya hemos visto, los recursos con que cuenta el Gobierno para este proyecto son finitos y se proyecta la necesidad de más fondos para atender una población que envejece.

La Reforma de Salud debe estar atemperada a la realidad fiscal de Puerto Rico. El modelo propuesto debe ser uno clínico-económico con incentivos y sanciones para todos sus componentes (pagador, proveedor y beneficiario) con el fin de atender la condición de salud de los residentes de Puerto Rico. El modelo debe estar validado por una certificación actuarial que calcule el impacto clínico económico del modelo. A corto y mediano plazo, el modelo debe incentivar positivamente a controlar la frecuencia de servicios y sus costos. De igual forma se debe crear un sistema definido, claro y sencillo de retroalimentación y monitoreo de resultados clínicos y económicos para modificar, según sea el caso, los incentivos o sanciones.

El método de pago debe incluir los principios de pago por calidad, alineamiento de incentivos económicos, equidad, simpleza y beneficio común para todos los integrantes del sistema de salud¹². Para esto sugerimos el dividir el modelo de Reforma de Salud en cinco (5) áreas generales. Estas son: prevención, mantenimiento de la salud, urgencias, emergencia y cubierta catastrófica. La alineación es como sigue:

¹² Healthcare Payment Reform, *From Principles to Action*, HFMA, June 2008

Modelo Clínico-Económico de Reforma de Salud (propuesto)			
Beneficio	Forma de pago	Riesgo	Beneficiario
<u>Prevención:</u> Primaria: la prevención desde temprana edad; Secundaria: la prevención para aumentar las posibilidades de que un adulto no contraiga enfermedades crónicas; Terciaria: la prevención para incrementar una mejor calidad de vida y longevidad	Pago por servicio y bonos por ejecutorias	Gobierno	Acceder los servicios preventivos y mantenerse saludable
Mantenimiento de la salud para las 4 ó 5 condiciones con mayor predominio	"Bundled Payment" con penalidades por no llevar a cabo los protocolos clínicos establecidos.	Grupo de Proveedores y Pagador	Cumplir con los requisitos del protocolo y mantenerse saludable
Situaciones de salud diarias	Pago per cápita	Grupo de Proveedores y Pagador	Acceder a su proveedor primario
Emergencias	Fondo de riesgo compartido por región de servicios	Grupo de Proveedores, proveedores de emergencia y Pagador	Acceder la Sala de Emergencia y coordinar con su proveedor primario
Catastróficas	Pago por servicio a proveedores preferidos	Gobierno y el pagador	Cumplir con los requisitos del protocolo

Como se puede observar de la tabla anterior, se propone alinear el área de beneficio con la forma de pago, el riesgo y la responsabilidad del beneficiario. En el caso de prevención se incentiva al proveedor para que provea servicios preventivos. El riesgo lo tiene el Gobierno pues es de interés de política pública el mantener saludable a la población. La responsabilidad del beneficiario es acceder a los servicios preventivos y mantenerse saludable. Todos los elementos comienzan a alinearse dentro de un marco fiscal saludable y prevenible.

El mantenimiento de salud provee que los grupos de proveedores (IPA, PHO, HCO, entre otros) sean capacitados y con la competencia necesaria para manejar las condiciones de salud más predominantes de una forma coordinada. La punta de lanza de los grupos de proveedores debe ser el médico primario. La idea es crear alianzas estratégicas entre los proveedores de salud para maximizar el dólar prima y conseguir un episodio de servicio de mejor calidad. En la medida en que los proveedores utilicen los protocolos aprobados y se elimine la duplicidad de servicios, se obtendrán eficiencias fiscales. Es la responsabilidad del pagador certificar solamente a grupos de proveedores que tengan las credenciales y las

competencias necesarias para administrar coordinadamente los servicios de salud. El Gobierno, los grupos de proveedores y el pagador deben establecer alianzas estratégicas para asegurar la educación continuada y profesional de todos los proveedores de salud.

En términos generales las emergencias y/o accidentes no son responsabilidad del grupo de proveedores primarios. Este es un riesgo general de la población que se asegura. Recomendamos crear un fondo de riesgo compartido entre todos los participantes (grupo de proveedores, proveedores de emergencia y pagador) para asegurar el acceso a servicios de urgencias, la no sobre-utilización de proveedores de emergencia y la fiscalización adecuada del pagador. En términos generales se le pagaría al proveedor de emergencia por su servicio menos un por ciento de retención, a establecerse. Los sobrantes se distribuyen a base de unos por cientos, primero a los proveedores de emergencia, segundo a los grupos primarios y tercero al pagador. En el caso de menoscabos, a base de unos por cientos de participación, el pagador y los grupos de proveedores asumen el riesgo. El pagador deberá crear mecanismos claros y sencillos de monitoreo y revisión de estos servicios.

Los servicios terciarios y/o catastróficos deben ser provistos en facilidades preferidas para garantizar el acceso, volumen y eficiencia fiscal del proveedor de servicios. En el caso de que el Gobierno de Puerto Rico cuente con una facilidad de salud que provea este tipo de servicio, debe ser una preferida. Esto ayudará a la situación fiscal de los proveedores gubernamentales y a mejorar los resultados a base de una mejor coordinación para este tipo de servicios. En la medida en que el Gobierno no cuente con facilidades de este tipo, será responsabilidad del pagador crear una red preferida que cumpla con estos objetivos.

El Gobierno de Puerto Rico debe crear un plan masivo de prevención y mantenimiento de la salud a través de todas sus ramas de gobierno. Este plan debe tener como objetivos medibles y alcanzables reducir el sedentarismo, la obesidad y el ocio en la población del país. Esto tendrá beneficios excelentes; mente sana en cuerpo sano! La población, en términos generales, estará más saludable, los costos de salud se podrán contener y ser utilizados más efectivamente y la salud mental del pueblo de Puerto Rico mejorará como consecuencia de una reducción en el ocio, en combinación con una diversión sana.

En términos de los beneficiarios, se debe estudiar la legitimidad de establecer deducibles y/o co-pagos más altos por el no-cumplimiento con el plan de tratamiento y el mantenimiento de su salud. De esto ser posible recomendamos que se establezcan los mecanismo para alinear a todos los participantes del modelo de salud.

En la medida que el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico se ajuste actuarialmente a la cantidad de recursos que el Fondo General y los demás fondos le pueden asignar, tendremos un sistema de salud más efectivo y fiscalmente solvente. No debe haber aumentos de cubierta o requisitos de prestación de servicios no contemplados actuarialmente. Al final del período de contrato o año operacional, el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico debe operar fiscalmente solvente y contar con las estadísticas necesarias para la toma de decisiones a nivel de política pública en el área de la salud.

APÉNDICE

PROPUESTA DEL PRESIDENTE BARACK OBAMA

El presidente Barack Obama presenta su plan para reducir los costos en el área de salud para asegurar la accesibilidad a todos los americanos a un seguro médico. La clave está en rediseñar el sistema de salud reduciendo la ineficiencia y mejorando la calidad de los servicios médicos. Esto podría reducir los costos a familias e individuos. Para lograr esto es vital proveer información, incentivos y ayudar a médicos primarios y a otros proveedores a trabajar en conjunto para mejorar la calidad del cuidado reduciendo los costos, esto incluye:

- ➔ Crear sistemas de cuidado para desarrollar habilidades y motivar a la fuerza trabajadora de salud, en el cual le den énfasis a la población de cuidado primario de salud.
- ➔ Desarrollar una cultura de continuo aprendizaje que promueva y que premie el reconocimiento de oportunidades para reducir los errores y aumentar resultados.
- ➔ Invertir en iniciativas de salud pública, investigación e información necesaria para informar, guiar y mejorar las decisiones de cuidado de la salud.

El Plan Obama ofrece mejorar la eficiencia y reducir los costos en los sistemas de salud, ofreciendo las siguientes alternativas:

- A. Adoptar e invertir en sistemas de manejo de información electrónica (EMRs siglas en inglés)
- B. Asegurar que los proveedores ofrezcan mejores servicios, incluyendo prevención y manejo de enfermedades crónicas.
- C. Reformar la estructura del mercado para incrementar la competencia.

Adoptar e invertir en sistemas de manejo de información electrónica (EMRs siglas en inglés)

Una de las alternativas presentadas por el presidente Barack Obama es transformar el manejo de información o expedientes médicos a información electrónica. Esta nueva alternativa tiene la capacidad de mejorar el procesamiento, coordinación y entrega de documentos relacionados al cuidado de salud de los pacientes. Esta alternativa reduciría los errores médicos, proveería un mecanismo de rastreo y evaluación más efectiva.

El procesamiento de información en papel, como por ejemplo: reclamaciones médicas, expedientes médicos; entre otros, podría llegar a costar el doble de lo que costaría procesarlas electrónicamente¹³. La implementación de sistemas de manejo de información electrónicos resultaría en una mejora en la eficiencia y calidad de los servicios, a la vez que reduciría los costos de operación.

Al presente, el presidente Barack Obama en su plan de reformar el sistema de salud de los Estados Unidos propone invertir \$50 mil millones en el transcurso de 5 años. Esto con el propósito de implementar o reforzar los esfuerzos de transformar el manejo de información electrónica como estándar para el sistema de salud de Estados Unidos.

La tabla a continuación presenta los estados que han implantado el sistema de manejo de información electrónica.

¹³ Federico Girosi, Robin Meili, and Richard Scoville (2005), *Extrapolating Evidence of Health Information Technology Savings and Costs*. RAND, página 79.

Estados en EE.UU con Manejo de Información Electrónica	
Actividad	Estados
Asistencia de Salud por Teléfono	HI, NE, NM, OR, WV
Recetas y Documentos por E-mails	AR, IL, MA, NH, PA, RI, KY
Manejo de Información Medicaid	ND
Expedientes Médicos Electrónicos	FL, HI, NM, OR, RI
Expedientes de Salud Electrónicos	AR, DC, KS, MN, MO
Expedientes de Salud del Paciente	OR
Ayudas para Manejo de Enfermedades Crónicas	ME, MO, IN, VT
Manejos de Casos	
Web-Herramientas	AL, MA, UT

Fuente: State E-Health Activities in 2007: Findings from a State Survey-The Commonwealth Fund Reports

El propósito de estos estados en implantar este sistema es para operar eficientemente y a la vez ofrecer mejor calidad de los servicios y cuidados de salud.

Asegurar que los proveedores ofrezcan mejores servicios, incluyendo prevención y manejo de enfermedades crónicas.

Según los expertos uno de los pasos inmediatos para ayudar a pacientes en el cuidado de enfermedades catastróficas es mejorar la red de servicios y proveedores.

Más del 80% de los costos de cuidado de salud se debe a pacientes que padecen de por lo menos una enfermedad crónica, como por ejemplo: diabetes, enfermedades del corazón, alta presión; entre otros.¹⁴

Muchos pacientes que padecen de enfermedades crónicas se beneficiarían de los programas de manejo de enfermedades, ya que esto tiene como propósito ayudar a los pacientes a manejar sus condiciones y tener acceso al cuidado que necesitan.

¹⁴ Gerard Anderson, Robert Herbert, Timothy Zeffiro, and Nikia Johnson *Chronic Conditions: Making the Case for Ongoing Care* (2004). Partnership for Solutions (Johns Hopkins and Robert Wood Johnson Foundation).

El Plan Obama propone que participen en el nuevo plan público, Medicare y “Federal Employee Health Benefits Program” (FEHBP) para que puedan utilizar sus programas de manejo de enfermedades. Es importante mejorar este servicio ya que hubo un aumento en los pacientes que padecen de enfermedades crónicas, específicamente en pacientes que padecen de diabetes y ataques de corazón, que es la incidencia mayor de incapacidad y muerte en los Estados Unidos. Las muertes causadas por enfermedades crónicas tienen un costo anual de \$1.7 trillones.¹⁵

Reformar la estructura del mercado para incrementar la competencia.

El plan Obama propone aumentar la competitividad en los seguros médicos y el mercado de medicamentos. Muchas familias americanas pagan un alto costo de deducibles para adquirir algún medicamento. La industria de seguros está dominada por un grupo de grandes compañías. El plan propone hacer la industria más eficiente y evitar que estas compañías sigan teniendo el control del mercado y aumentando los precios injustificadamente.

Por otro lado, está bajo consideración de la nueva administración del Presidente Barack Obama legislar para permitirles a los consumidores estadounidenses de medicamentos recetados tener acceso fuera de los Estados Unidos, siempre y cuando se haya demostrado que sean seguros y sus costos sean menores.

La compra de medicamentos con receta aumentó a razón de un 10.7% por año¹⁶.

¹⁵ CMS (February 2007). National Health Expenditure; Gerard Anderson, Robert Herbert, Timothy Zeffiro, and Nikia Johnson Chronic Conditions: Making the Case of Ongoing Care (2004).

¹⁶ Karen Davis, Cathy Schoen, Stuart Guterman et al. (January 2007), *Slowing the Growth of U.S. Health Care Expenditures: What are the Options?* Commonwealth Fund.

Acceso a todos los ciudadanos americanos a un seguro médico

El Plan Obama propone proveerle un seguro médico a todos los ciudadanos americanos. Actualmente, más de 45 millones de americanos no tienen una cubierta de seguro completa y millones más están a punto de perderla por los aumentos en los costos.

El nuevo plan proveerá nuevas opciones como: elegibilidad para cualquier seguro médico; crear un “National Health Insurance Exchange” para ayudar a los ciudadanos y negocios a comprar seguros médicos privados; proveer un nuevo crédito a familias que no pueden tener un seguro médico y a los negocios pequeños con un “Small Business Health Tax Credit”; requerir a un gran grupo de patronos que contribuyan a una cubierta de salud para sus empleados; requerir que todos los niños tengan una cubierta de salud; expandir la elegibilidad para los programas de Medicaid y SCHIP; y permitir flexibilidad para reformas de salud estatales.

El Gobierno de los EEUU se prepara para reducir los costos de salud a base de programas de prevención, pago por resultados de servicios, el uso de la tecnología y el asegurar aproximadamente 45 millones de personas sin seguro o sub-asegurados. Se espera que para el verano se esté discutiendo en el Congreso Federal proyectos de ley para reformar el modelo de salud de los EEUU. La interrogante es de dónde van a salir los recursos para crear este programa. Aunque aún no está claro, se habla de recortes en la primas de Medicare Advantage, reducir los pagos a los proveedores de Medicare A y B y reformar el sistema de pago a proveedores, incluyendo el pagar por resultados de servicios, entre otros.

Al momento no se ha mencionado si Puerto Rico participará de los beneficios del programa una vez se haya aprobado e implementado. En la medida en que se reestructuren los niveles de participación en la Reforma de Salud, continúe en aumento la pérdida de empleo y el aumento en los costos de salud sea mayor que la inflación normal del país, la población no asegurada y sub-asegurada continuará en aumento en la Isla. Esto traerá el efecto, al igual que en los EEUU, de aumentar los costos de operación para los proveedores, especialmente

los proveedores hospitalarios, ya que tendrán que brindar los servicios básicos de salud sin tener garantías de pago.

Es fundamental que Puerto Rico tenga una sola voz unida y con objetivos claros para requerirle al Congreso de los EEUU que incluya a la Isla dentro de la Reforma Nacional de Salud y poder contar con los recursos económicos necesarios para brindarle servicios de salud a la población no asegurada y sub-asegurada que va en ascenso.