

Revista [IN]Genios, Vol. 3, Núm. 2, pp.1-21 (febrero, 2017)

ISSN#: 2374-2747

Universidad de Puerto Rico, Río Piedras

© 2017, Copyright. Todos los derechos están reservados

UNA MIRADA COMPARATIVA A LOS SISTEMAS DE SALUD: ESPAÑA, LOS ESTADOS UNIDOS Y PUERTO RICO

Luis Xavier Mayol Vélez

Departamento de Biología
Facultad de Ciencias Naturales

Recibido: 22/4/2016; Revisado: 30/11/2016; 22/12/2016; Aceptado: 12/1/2017

Resumen

Los sistemas de salud son un componente integral de cada sociedad, ya que los mismos dictan el complejo sanitario de cada país. Según la Organización Mundial de la Salud, la salud se refiere al estado completo de bienestar físico y social que poseen los seres humanos. Algunas características que afectan y definen cómo se conceptualizan y se implementan los sistemas de salud incluyen: la administración de servicios, la composición del sistema, la eficiencia e inversión de este sistema de salud en diversos países. Este estudio, investiga el sistema de salud de Puerto Rico, España y los Estados Unidos con el fin de identificar las mejores características de los sistemas de salud y cuál se reconoce por su eficiencia para que éste sea un modelo a seguir por los otros países. Tras haber investigado seis características que definen la eficiencia del sistema de salud (suicidios, expectativa de vida, eficiencia, costos, número de doctores por paciente y obesidad) se pudo concluir que el sistema de salud español en comparación con el de Puerto Rico y Estados Unidos es el más costo eficiente. Por ello se recomienda que Puerto Rico se movilice a un sistema de salud universal inminentemente.

Palabras Claves: sistemas de servicios de salud, cuidado de salud universal, España, Puerto Rico, Estados Unidos

Abstract

Health care systems are an integral component of each society, since they dictate the health complex of each country. According to the World Health Organization, health refers to the full state of physical and social well-being that humans possess. Some characteristics that affect and define how health systems are conceptualized

and implemented include: the administration of services, the composition of the system, the efficiency and the total investment in health. This study investigates the health system of Puerto Rico, Spain and the United States in order to identify the best characteristics of them. After investigating six characteristics that define the efficacy of the health system (suicides, life expectancy, efficiency, costs, number of doctors per patient and obesity), it was concluded that the Spanish health system compared to Puerto Rico and the United States is the most cost-effective one. It is therefore recommended that Puerto Rico should move towards a universal health care system.

Keywords: health care systems, universal health care, Puerto Rico, Spain, United States

Breve introducción

El objetivo principal de esta investigación descansa en la búsqueda de características, elementos y políticas que nos lleven a identificar qué sistema de salud puede ser considerado como el más eficiente entre España, Puerto Rico y los Estados Unidos. La discusión inicia con una breve descripción histórica sobre el desarrollo de cada uno de ellos. La estrategia metodológica para esta investigación es una estrictamente bibliográfica, fundamentada en una identificación limitada de fuentes documentales y recursos bibliográficos con el objetivo de recopilar diferentes datos operacionales entre los sistemas antes mencionados para establecer un principio comparativo entre cada uno de acuerdo a la provisión de unos servicios de salud y la accesibilidad que se tiene a ellos, tomando en consideración la eficiencia, en cuanto a servicios y costos. Del mismo modo, la investigación se acerca a los sistemas de salud desde un punto de vista jurídico y de política pública haciendo estudio de casos pertinentes en los tres países estudiados. Debido a sus muy evidentes diferencias históricas, el estudio bibliográfico se enfoca en la historia más contemporánea que tiene cada uno de los casos de estudio.

El sistema de servicios de salud español

España posee la más longeva tradición asociada con la prestación de servicios médicos y de salud más antiguo entre los tres casos de estudio. Existe una copiosa evidencia arqueológica sobre el pasado fenicio, griego, romano, medieval, musulmán y renacentista asociado con una diversidad de prácticas curativas, de

sanación, hospitalarias y médicas que se extiende por poco más de 2,400 años a partir del presente.

El sistema contemporáneo de prestación pública de servicios de salud en España se inicia con el establecimiento de la Dirección General de Sanidad en 1847. Ésta fue creada como una división dentro del Ministerio de Gobernación (hoy Ministerio del Interior). Su principal objetivo fue atender los asuntos de higiene y sanidad que incluían el manejo de los recursos acuíferos y la calidad del agua, sobretodo de manantiales. Entonces, éstos eran la principal fuente de agua potable. La Dirección estuvo vinculada a este ministerio hasta el año 1936 cuando se creó el Ministerio de Salud y Asistencia Social. Más adelante, en 1942 se introdujo un proyecto de seguro universal y posteriormente el Seguro Obligatorio de Enfermedad, requiriendo que todos los ciudadanos estuvieran cubiertos frente a determinadas contingencias y se les garantizara prestaciones sociales a los ciudadanos. Según el informe *Sistema Nacional de Salud de España*, emitido por el Instituto de Información Sanitaria, la Constitución Española de 1978 establece en su Artículo #43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. Es decir, que la salud en este país es una garantía social elevada al rango de derecho constitucional. (Cabo Salvador, Cabo Muiños, Iglesias, 2010: 43-55)

El sistema de salud en este país se conoce como **Sistema Nacional de Salud** o **SNS**, por sus siglas en español y popularmente por la *Seguridad Social*. Este servicio se divide por comunidades y funciones. Por ejemplo, bajo la administración del estado está el coordinar la sanidad y crear las políticas de medicación. Las comunidades autónomas por su parte, se encargan de la gestión de los servicios de la salud y las corporaciones locales trabajan directamente con la colaboración en la gestión de los servicios públicos SNS (Sistema Nacional de Salud de España, 2010). Según este informe, la población cubierta por el SNS incluye a todos los ciudadanos españoles sin importar su nivel socioeconómico, los extranjeros documentados, así como los miembros de la Unión Europea ya que España tiene que cumplir con los términos jurídicos y políticos contenidos en la membresía de la Unión Europea. De hecho, José Ignacio Antón y Rafael Muñoz de Bustillo (2009; 490-496), argumentan que existen regiones en España donde la población que utiliza el sistema de salud público está compuesta por extranjeros, específicamente en Lleida, una ciudad en Cataluña donde la comunidad de inmigrantes es la más que utiliza el sistema público de salud, en específico, los servicios de pediatría y las salas de emergencia. (Blendon, Donelan, Jovell, Pellise & Costas Lombardi, 1991: 219)

En resumen, el conjunto de servicios que el Sistema Nacional de Salud ofrece a los ciudadanos incluye actividades preventivas, diagnósticos, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción, y mantenimiento de la salud (SNS, 2010). Ahora bien, ¿cómo se costean los gastos de este sistema público del que goza la mayoría de los ciudadanos? La cuarta parte del informe de salud español contesta esta pregunta pues la financiación del Sistema Nacional de Salud constituye uno de los principales instrumentos de las políticas redistributivas de la renta entre los ciudadanos españoles: cada persona aporta impuestos en función de su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud. Según ese mismo informe, para el año 2009 había un gasto de 1,420 euros por persona protegida, lo que supone que se cubran todos los gastos médicos de primera necesidad del ciudadano.

El sistema de servicios de salud estadounidense (al nivel federal)

El modelo federativo de prestación de servicios de salud estadounidense se aleja mucho del sistema español antes descrito. En realidad, en los Estados Unidos no existe un sistema de salud nacional. En su lugar operan cuatro sistemas de provisión de servicios de salud, cada uno con un nivel de diferentes competencias. La responsabilidad primaria por la prestación de los servicios de salud no recae en el gobierno federal de ese país. La obligación primaria es una compartida entre las jurisdicciones locales como los condados, en muchos casos, las ciudades y el estado. El sistema federal es el resultado de legislación del Congreso de los Estados Unidos. Esta legislación está dividida en dos grandes componentes: un sistema de programas y financiamiento de salud bajo la cláusula del Seguro Social que se le conoce como *Medicare*. Este sistema es el resultado de aportaciones que hacen los ciudadanos a la seguridad social y su fondo de retiro, conocido como Seguro Social.¹ El segundo sistema es uno legislado sujeto a la asignación de fondos y financiamiento por parte del Congreso. Este sistema no administra los servicios de salud. Eso le corresponde a los estados y a las jurisdicciones locales. En su lugar provee un sistema de asignaciones monetarias y programas de competencia a la que los estados y otras jurisdicciones compiten mediante propuestas. A este sistema se le conoce como *Medicaid*. En el año 2010, el Congreso aprobó un sistema de subsidios para asistir con la cubierta de pago a planes médicos privados de salud al que se le conoce popularmente como *Obamacare*, siguiendo la nomenclatura del nombre del presidente Barack Obama. (Emanuel, 2014: 17-24; 159-168)²

Existe un tercer sistema de servicios de salud, en este caso, operado y financiado por las jurisdicciones locales como los condados, municipios y sobretodo, por las ciudades. Estas jurisdicciones pueden ser operarias de estos sistemas o bien, subsidian sistemas privados, muchas veces organizados como entidades sin fines de lucro, los que a su vez fungen como el principal agente prestatario de los servicios. Tal es el caso de las universidades que operan hospitales y centros especializados de salud o centros públicos de salud, por lo general, en las ciudades y los grandes centros metropolitanos. Finalmente, existe una extensa red de hospitales, proveedores de salud y casas aseguradoras de servicios de salud que en conjunto operan un servicio privado, altamente rentable y remunerable.

Los Estados Unidos tienen una larga historia decimonónica de pequeños proveedores de salud básicos asociados con médicos consultores y boticarios establecidos en los pueblos. Las ciudades, por el contrario, fueron lugares donde se desarrolló la práctica médica, algunas vinculadas con instituciones educativas. No será hasta la década de 1930 cuando se creó el sistema *Blue Cross*, el primer sistema de salud nacional. Este programa estuvo relacionado con las iniciativas conocidas como el *Nuevo Trato* de la entonces administración de Franklyn Delano Roosevelt. Sin embargo, la American Medical Association y grupos con intereses privados se opusieron fuertemente a ese sistema. Eventualmente, y ante una creciente demanda por servicios, el Congreso creó en 1965 los programas hoy conocidos como el *Medicare* y *Medicaid* para la población de edad avanzada y para las personas con un bajo nivel de pobreza. Como mencionara anteriormente, el primero está vinculado con el Seguro Social y el segundo es un programa de subsidios, reembolsos, asignaciones fiscales a los estados y jurisdicciones locales para que sean estos los que procuren la provisión de los servicios a los sectores más vulnerables de la población. (Giaino, 2002:17-19; 186-191)

Goran Ridic, Suzzane Gleason y Ognjen Ridic (2012; 115-116) argumentan que muy a pesar de la existencia de programas como el *Medicaid*, tan sólo un 26% de la población estadounidense está cubierta por el sistema de salud público del país. Según los investigadores, este programa “...provides coverage for certain economically disadvantaged groups. Medicaid is jointly financed by the federal and state governments and is administered by each state”. (Ridic, Gleason & Ridic, 2012: 116). A pesar de la innovación farmacéutica y tecnológica, así como la diversidad y pluralidad en los programas de servicios, este programa de salud exhibe una importante desventaja relacionada con el acceso y garantías sociales a la

salud pública en el país. Cerca de 42 millones de ciudadanos en ese país no cuentan con una cubierta de salud. Los investigadores afirman que, “[The] United States has no single nationwide system of health insurance. Health insurance is purchased in the private marketplace or provided by the government to certain groups” (2012: 117). Por su parte, el *Medicare* presta servicios a las personas mayores de 65 años y discapacitados, esto es un 13% de la población.

Esto quiere decir que, a diferencia del sistema de salud español, el *Medicaid* no cubre a toda la población si no que abarca solo a los grupos con niveles socioeconómicos más bajos. Además, la administración de este sistema se le otorga a cada estado y no a los centros de primera asistencia en cada pueblo como ocurre en España. Es por esta razón que muchos ciudadanos estadounidenses no tienen acceso a la salud ya que para ser elegible al *Medicaid*, el solicitante debe presentar evidencia de ingresos, los cuales deben clasificarlo bajo el nivel pobreza para ser elegible. Adicional a ello, las regulaciones que tenga cada estado repercuten sobre los individuos. Al ser un plan que es opcional se da el caso que los estados deciden no ofrecer la cubierta de *Medicare* o *Medicaid* a sus ciudadanos. Como resultado, muchas personas no están cubiertas por ningún plan médico en su adultez, un asunto preocupante para una nación relativamente rica. (Giaino, 2002: 188-190; 2012: 116)

Ante esta situación, el gobierno de Barack Obama comienza las gestiones poco antes del año 2010 para crear una reforma al sistema de salud para que más personas tengan acceso a una cubierta de salud y no estén desprovistos de servicios. La **Ley para la Protección a Pacientes y Cuidados de Salud Asequibles** (*Patient Protection and Affordable Care Act-PPACA-ACA-HR-3590-2010*), mejor conocida como *Obamacare*, fue firmada en el 2010. La ley no estuvo exenta de controversia; su constitucionalidad fue retada en los tribunales de ese país, siendo validada por el Tribunal Supremo en el año 2012. Según se informa en la página oficial de la cubierta “*Obamacare Facts on the Affordable Act*” (<http://obamacarefacts.com/obamacare-facts/>) la nueva cubierta busca mejorar la calidad de los servicios de salud, ampliar la población a la que se cubre, garantizar que haya equidad en las aseguradoras privadas al no discriminar ante pacientes con enfermedades previas, entre otros servicios que ofrece.

El programa funciona como un sistema público-privado y se sustenta de impuestos y subsidios asignados por el Congreso, que son complementados (o “pareados”³) por las jurisdicciones locales. Cada ciudadano que participe podrá comprar su plan médico por internet, en un mercado virtual y debe escoger el plan

según sus ingresos y necesidades particulares. No obstante, la función de la ley es ofrecerle subsidios al ciudadano para que pueda pagar su plan médico todos los meses y a su vez obliga a las compañías a ofrecer la cubierta básica completa. Sin embargo, el paciente continuará pagando deducibles y gastos médicos regulares. Esta reforma también exige que a partir de 2014 todo ciudadano estadounidense que reside en alguno de los cincuenta estados y los territorios estadounidenses, debe estar cubierto por algún tipo de plan médico; de no cumplir con la ley, entonces sería multado. Esta medida tiene como fin evitar que haya personas sin acceso a la salud como sucedía años atrás. De igual forma, es importante aclarar que el *Obamacare* no sustituye el *Medicare* ni el *Medicaid*, es una cubierta totalmente diferente para las personas que quedan fuera del *Medicaid* pero, quienes están cubiertos con Medicare son elegibles para el *Obamacare*.⁴

En un artículo periodístico publicado por el prestigioso diario, *The New York Times*, se cita un informe publicado por el Instituto de Medicina de las Academias Nacionales en el que se afirma que, “The United States is among the wealthiest nations in the world, but it is far from the healthiest”. (2013) El informe discute que pese a los Estados Unidos tener ventaja sobre algunos países en expectativa de vida, control de alta presión y hasta menos muertes por cáncer, sigue siendo un país poco saludable. ¿Qué causa que uno de los países más ricos del mundo tenga una población con una salud pobre? El estudio apunta a que se debe a dos razones principales. La primera, los sistemas de salud y la segunda se refiere a los comportamientos. En el caso de los sistemas de salud, se advierte en un trabajo publicado sobre las prácticas médicas de prevención, mayormente en los Estados Unidos, lo siguiente:

Unlike its peer countries, the United States has a relatively large uninsured population and more limited access to primary care. Americans are more likely to find their health care inaccessible or unaffordable and to report lapses in the quality and safety of care outside of hospitals. (Sheinfeld-Gorin & Senathirajah 2014: 270)

El segundo factor es uno que está sujeto a estudios desde diferentes áreas disciplinarias en las Ciencias Médicas, Salud Pública y las Ciencias Sociales. Sobre este aspecto, argumenta Sherri Sheinfeld-Gorin (2014: 59-72) que en los Estados Unidos existen estudios que documentan los comportamientos que pueden servir para el desarrollo de modelos de prevención en los servicios de salud. Entre los indicadores de conducta cita como ejemplos, los patrones de comportamiento y programas de intervención asociados con el consumo de tabaco y alcohol como unos favorables a reducir el consumo. Pero también señala otros patrones de

comportamiento que también sirven como indicadores cuya persistencia tienden a elevar los costos de los servicios, tales como son, por ejemplo, el consumo de drogas, el sobrepeso y la obesidad, el excesivo sedentarismo, los accidentes automovilísticos y la utilización de armas de fuego.

Sistema de servicios de salud en Puerto Rico

Las primeras instituciones hospitalarias en Puerto Rico fueron construidas temprano en el siglo XVI. Como en el resto de la América hispánica los hospitales estuvieron vinculados a la Iglesia Católica, pero la sanidad y el servicio médico fue supervisado e institucionalizado por el Estado a partir del siglo XIX. (Fábregas, 2003) De hecho, al momento de la invasión estadounidense en 1898, el sistema de salud quedó en manos del gobierno estadounidense. Algunas instituciones hospitalarias funcionaron bajo el apoyo de organizaciones católicas y protestantes. (Rodríguez Vázquez, Muñiz, Santos Corrada & Chistenson, 2011). Por ejemplo, entre las congregaciones protestantes de principios del siglo XX, destaca la Iglesia Episcopal que construyó un hospital en Ponce y la Iglesia Presbiterana que hizo lo propio en San Juan y varios centros de asistencia pública. Más entrado el siglo, la Iglesia Menonita también colaboró en los servicios médicos y hoy opera en varios municipios de la región montañosa de la Isla varias instituciones y centros de salud. (2011)

El sistema de salud de Puerto Rico es hoy uno bastante similar a otros que también existen en los Estados Unidos, pero con ciertas diferencias. Existe un sistema público, principalmente centralizado en el Departamento de Salud. Desde 1993 éste es administrado a través de la **Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)**⁵ y la **Administración de Servicios Médicos de Salud (ASEM)**⁶. Esta última establece como su objetivo,

... proveer servicios especializados de salud a pacientes, instituciones consumidoras y educativas con eficiencia, prontitud y respeto; así como brindar las herramientas necesarias para la formación de profesionales de salud, actuando como taller de enseñanza y de investigación científica con el objetivo de velar por el bienestar y salud de la ciudadanía.

(<http://www2.pr.gov/Directorios/Pages/InfoAgencia.aspx?PRIFA=090>)

Entre los menesteres de ASEM se encuentra la operación del complejo hospitalario más grande que existe en la Isla, el Centro Médico de Puerto Rico.

Un segundo nivel de provisión de servicios de salud público lo constituyen los municipios. No obstante, esta participación es limitada. Algunas municipalidades operan lo que se conoce como **Centros de Diagnóstico y Tratamiento** o como popularmente se les conoce, CDT. Estos centros son propiedad de los municipios y funcionan bajo subcontratación a un proveedor privado. Paralelo a este sistema, existen los servicios de salud privados muy similares al estadounidense. Este incluye el conglomerado de hospitales privados del país que ofrece servicios a pacientes con seguros privados y, algunos a participantes del sistema de la Reforma de salud. La principal diferencia radica en que la mayoría de las entidades hospitalarias privadas en Puerto Rico aparecen organizadas como corporaciones sin fines de lucro. (Arbona & Ramírez de Arellano, 1980; Maldonado, 2010)

El sistema de salud de Puerto Rico cuenta con una importante aportación económica en muchas de sus operaciones, servicios o construcción de facilidades. De igual manera, toda institución, centro, agente privado o grupal que ofrezca servicios de salud en la Isla tiene que cumplir con todas las leyes, certificaciones y reglamentos que hayan sido aprobados por el Congreso de los Estados Unidos o las dependencias federales a cargo de definir aspectos de la política de salud en ese país. La participación federal se inició en la década de los años de 1930 cuando, bajo los auspicios de programas especiales para Puerto Rico durante la política del Nuevo Trato, se asistió con la asignación parcial de fondos públicos para la construcción de hospitales públicos de distrito en Arecibo, Bayamón y Ponce.

La participación federal en el desarrollo del presente sistema de servicios de salud incrementó con la aprobación en 1946 del Acta Hill Burton (senadores Harold Burton y Lister Hill) y conocida como, *The Hospital Survey and Construction Act*, El acta firmada por el entonces presidente, Harry S. Truman, perseguía promover la participación fiscal y prestataria del gobierno federal en la construcción de nuevas facilidades hospitalarias en los Estados Unidos, así como la rehabilitación de las existentes. El acta sirvió como incentivo para la participación de Puerto Rico como recipiente de fondos federales o elegible para préstamos garantizados por el gobierno federal estadounidense. Entre 1947 a 1955 se comienzan a construir nuevos hospitales y a desarrollar el concepto de CDT como lugares para la provisión primaria de servicios de salud en los municipios.

En 1954 el entonces Secretario de Salud, Dr. Juan A. Pons propone la descentralización del sistema de salud y la participación de la comunidad. Esta visión de un sistema de salud público comunitario se ve rápidamente como una

amenaza entre los sectores privados en Puerto Rico. Como solución a esto, para esa misma década el secretario de salud, el Dr. Guillermo Arbona puso en marcha la política de descentralizar y delegar la provisión primaria de los servicios en los municipios y regiones con unidades de salud pública en cada pueblo. (Arbona & Ramírez de Arellano, 1980)

El sistema de salud en Puerto Rico fue dividido por regiones, y a diferencia del de los Estados Unidos, los municipios y las regiones no tenían jurisdicción sobre el mismo. Existían siete regiones encabezadas por un hospital de distrito o un hospital regional. Estas regiones fueron Arecibo, Bayamón, Fajardo, Humacao, Mayagüez, Ponce y San Juan. Dependiendo del lugar de residencia, las personas acudían a los centros disponibles en la región correspondiente. Cada región contaba con centros de vacunación así como centros de servicios primarios y hospitalarios. Sin embargo, para recibir servicios especializados los pacientes eran referidos fuera del área, normalmente al Centro Médico de San Juan. (<http://www.salud.gov.pr/Pages/Regiones-de-Salud-y-Servicios-Directos.aspx>)⁷

El cambio más extenso introducido al sistema de salud pública en Puerto Rico fue efectuado en 1993 por la administración del entonces gobernador de la isla, el Dr. Pedro Rosselló González. La “reforma de salud” como es conocido, introdujo un sistema basado en una cubierta básica de salud mediante empleo de una tarjeta de salud provista por una empresa de seguros de salud, bajo subcontrato como proveedor del gobierno. Para desarrollar este concepto de servicios, el Departamento de Salud vendió casi todos los CDT que había en los municipios, otros fueron adquiridos por algunas municipalidades. En principio, se pretendía que la persona asegurada podía libremente seleccionar su proveedor primario y acudir a cualquier centro de salud hospitalario. En el informe *Perfil de los Sistemas de Salud en Puerto Rico* preparado para la Organización Panamericana de la Salud (2007), se incluye la Cubierta Básica donde los beneficios al portador de la tarjeta de salud incluyen: servicios de hospitalización, visitas médicas, servicios quirúrgicos, servicios preventivos, pruebas diagnósticas, servicios mentales limitados y agrupaciones de proveedores independientes (IPA’s, por sus siglas en inglés, *Independent Practitioner Association*). Por su parte, la Cubierta Especial es para las personas que requieren servicios de salud más especializados, como pacientes con enfermedades cardiovasculares o VIH.

Por otro lado, la legislación que creó el programa *Obamacare* en los Estados Unidos se hizo extensiva a Puerto Rico. El programa funciona al igual que en los Estados Unidos, salvo con unas excepciones, según aparece recogido en un

documento divulgado por la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (2012). En éste se estipula que en Puerto Rico no aplica el mandato individual. Esto es, la obligación ciudadana de buscar un proveedor y cubierta de seguros. Esto implica que, contrario a otras jurisdicciones, los individuos no están obligados a acogerse a un plan médico. El gobierno local provee esa cubierta a través del programa *Mi Salud*. Una medida que sí aplica desde enero del 2014, es la que establece que solamente se utilizará la edad de la persona asegurada como criterio de inscripción y no las condiciones médicas previamente diagnosticadas que él o ella pueda tener. Esta disposición es posiblemente unas de las más amplias y significativas.

En resumen, este sistema de salud cubre a todas las personas que cualifiquen al mismo y al igual que en Estados Unidos se centra en que la mayoría de la población tenga una cubierta médica, incluyendo a profesionales de diferentes niveles socioeconómicos y a personas de escasos recursos. Hay que añadir que el propio Departamento de Salud de Puerto Rico reconoce en sendos informes publicados en los años 2014 y 2015 (Sánchez Hernández, et. al., 2014a: 199-201; y Sánchez Hernández, et. al., 2015: 7-10), algunas de las debilidades que posee el sistema de salud puertorriqueño. Entre ellas se menciona que en Puerto Rico se limita el libre acceso a ciertos servicios como son una específica lista de medicamentos y servicios médicos altamente especializados, lo que se considera racionamiento de servicios. También menciona que hay tendencia a aumentar de forma desproporcionada, el número de personas que no poseen seguro médico, y se deterioran sus condiciones de salud debido la dificultad para acceder servicios de salud mental, dificultad a acceder ciertos medicamentos de necesidad para controlar condiciones crónicas como diabetes, hipertensión y asma y los servicios de transportación terrestre.

Discusión de la revisión estadística en la bibliografía

Una de las condiciones de salud más estudiadas en los tres casos de estudio son el sobrepeso y la obesidad. Según la Organización Mundial de la Salud (2016b) es posible definir las como "...una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede

ser perjudicial para la salud”. Este es un tema importante, especialmente en la población joven, ya que con el pasar de los años han sido el grupo que más ha incrementado el exceso de peso. El sobrepeso y la obesidad tienden a ser indicadores en perfiles asociados con países altamente urbanizados e industrializados, no obstante, no está limitado a ello. Igualmente, los indicadores de sobrepeso y obesidad ciernen una mayor importancia porque estudios realizados han sido exitosos en establecer que existe un vínculo entre estas condiciones y las dos enfermedades cuyos indicadores son los más altos de mortalidad en estos países: la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares. (Ogden, Carroll, Kit & Flegal, 2014: 809-812; Organización Mundial de la Salud-Staff, 2016a: 21-33).

En España por ejemplo, se ha observado un incremento en el peso corporal de la población. El dato fue resumido en un breve artículo que publicó el Instituto Médico Europeo, utilizando las fuentes estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas de España (2015). La pieza tipo “blog” titulada “Uno de cada dos españoles tiene kilos demás” afirma que el 52.7% de la población española, entre los 18 y 65 años, está por encima del peso considerado como normal. Este problema ocurre con mayor frecuencia entre los hombres (60.7%) que entre las mujeres (44.7%). Otro resumen estadístico, realizado y publicado por Organización para la Cooperación Económica y Desarrollo en el año 2014, afirma que España sufre un problema de obesidad. Éste afirma que

Obesity rates among adults have increased in Spain, with the rate rising from 12.6% in 2001 to 16.6% in 2011 (based on self-reported height and weight). This is much lower than in the United States (where the obesity rate was 28.6% in 2012 also based on self-reported data), but still the growing prevalence of obesity foreshadows increases in the occurrence of health problems (such as diabetes and cardiovascular diseases), and higher health care costs in the future. (OECD, 2014: 2)

No cabe duda que el sobrepeso y la obesidad representan un problema en el país español. Sin embargo, el Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad está encargado de crear campañas en contra de este mal, las cuales han sido bastante efectivas porque según el Ministerio, España se encuentra en un nivel intermedio de obesidad en Europa.

Este, por otro lado, no es el caso de los Estados Unidos, un país donde el sobrepeso y la obesidad se han convertido en un problema mucho más común y, a su vez, mucho más alarmante. Ogden, Carroll, Kit & Flegal (2014) identifican los años de la infancia, niñez y adolescencia como críticos al momento de adjudicar el problema de sobrepeso y obesidad en la población estadounidense, afirmando que los datos sugieren que

[In] 2011-2012, 8.1% (95% CI, 5.8%-11.1%) of infants and toddlers had high weight for recumbent length, and 16.9% (95% CI, 14.9%-19.2%) of 2- to 19-year-olds and 34.9% (95% CI, 32.0%-37.9%) of adults (age-adjusted) aged 20 years or older were obese. (2014: 808)

Lo alarmante de esta situación es que en los Estados Unidos se ven más casos de obesidad y no de sobrepeso. Esto se debe principalmente a la mala alimentación y el sedentarismo. A raíz de esta situación se han creado un sinnúmero de campañas que buscan disminuir la obesidad. Una de ellas es la *Campaña contra la Obesidad* (“Obesity Campaign”), una organización creada por médicos, profesores y diferentes profesionales de la salud pública que pretenden causar un impacto informado sobre la obesidad. La campaña funciona como una guía para las personas que deciden seguirla. Otra de las campañas en los Estados Unidos es “Let’s move” la cual es dirigida por la Primera Dama de este país, la Lcda. Michelle Obama, y se enfoca en erradicar la obesidad infantil mediante cambios en los patrones alimenticios y dietas con alto contenido de fibras, frutas, legumbres, semillas y carbohidratos complejos, y un incremento en la actividad física y la movilidad.

Por otra parte, en Puerto Rico la obesidad también representa un problema de salud recurrente. No obstante, los indicadores están por debajo de las marcas registradas en los Estados Unidos, aunque sí están por encima de las españolas. Según un informe publicado por el Departamento de Salud de Puerto Rico en el año 2014, los datos del BRFSS demuestran que para el año 2004, la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 63.3% para ambos sexos. La de los hombres fue de 69.0%, mientras que la de las mujeres fue de 58.1%. Con el cambio en metodología del BRFSS la prevalencia aumentó de 66.1% en 2011 a 66.2% en 2012. Para el 2012, el 69.9% de los hombres

estaban en sobrepeso u obesos en cambio el por ciento de las mujeres fue de 62.7. (2014b: 6) Al igual que en los otros dos países estudiados, Puerto Rico ha sido enfático en la creación de campañas para disminuir la obesidad en la población. Por ejemplo, la campaña “Yo te quiero saludable” en la cual participa la Academia de Nutrición y Dietética de Puerto Rico (PR-AND), la Alianza para la Prevención de la Obesidad Pediátrica (APOP) y la Oficina de la Primera Dama busca educar a las familias para crear hábitos alimenticios saludables.

Observamos que España es el país que menos obesos tiene en comparación con Estados Unidos y Puerto Rico. En los tres existen las campañas de prevención pero lo que distingue una nación de otra es el dinero que cuesta atender el problema de la obesidad. Según el OECD *Health Statistics*, los Estados Unidos gasta 210 mil millones al año en obesidad mientras que España emplea alrededor de 10 mil millones de dólares y Puerto Rico 2 mil millones. Es este impacto económico el que provoca disparidades entre los gastos de salud. Podemos observar que Estados Unidos invierte el 17% de su PIB en salud mientras que España emplea el 9% y Puerto Rico está próximo a invertir más de un 20%. ¿Qué causa esto? Hay ciertos factores que han aumentado el costo, entre ellos se encuentran el uso constante de nuevas tecnologías y drogas, el aumento de los costos de salud y servicios, el mercadeo de nuevas drogas, alta utilización de los servicios especializados, altos costos administrativos, costos de los médicos, costos de malas prácticas, medicina defensiva y el envejecimiento de la población.

Precisamente estas disparidades entre los costos en Estados Unidos y otros países son las que básicamente influyen directamente en la expectativa de vida de cada país. Según la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD por sus siglas en inglés) en Estados Unidos la expectativa de vida fue de 78.2 años, en Puerto Rico fue de 78.7 años y en España fue de 82.5 años. De la misma manera, con información recopilada de la base de datos estadística *Nation Master*, se puede apreciar una numeración estadística positiva del sistema de salud español de acuerdo a las seis categorías utilizadas para medir la eficiencia de un sistema de salud.

TABLA #1: COMPARACIÓN DE DIFERENTES CRITERIOS ASOCIADOS CON LA SALUD EN ESPAÑA, PUERTO RICO Y LOS ESTADOS UNIDOS

| PAÍS | # DE | ESPERANZA | OBESIDAD | COSTO DEL | TASA DE | CALIDAD Y |
|------|------|-----------|----------|-----------|---------|-----------|
|------|------|-----------|----------|-----------|---------|-----------|

| | MÉDICOS X 1000 HABITANTES | DE VIDA (EST. 2016) | | SISTEMA DE SALUD | SUICIDIOS X 1000 HABITANTES | EFICIENCIA DEL SISTEMA DE SALUD |
|----------------|--|--------------------------------|------|-----------------------------|--|--|
| España | 3.2 | 81.17 años | 29.6 | 85.78 | 3.2 | 74.54 |
| P. R. | 1.75 | 78.92 años | 13.1 | 69.64 | 9.2 | 60.53 |
| EE. UU. | 2.3 | 78.37 años | 30.6 | 45.41 | 4.5 | 69.03 |

Conclusiones

Claramente podemos observar que el sistema de salud de España es mucho más eficiente en las características estudiadas. Es por eso que el sistema de salud de Puerto Rico necesita inminentemente un reenfoque integral para que pueda proveer a sus ciudadanos una mejor calidad de vida. Cuando estudiamos todas las características del sistema de salud de España notamos que, con tan solo la mitad de nuestra inversión en salud, dicho país tiene mejores índices de calidad de sus servicios.

Por ello, Puerto Rico deberá eliminar los “pagadores múltiples” (aseguradoras privadas que buscan lucrarse), cambiar a un sistema de pagador único y a una visión preventiva de la medicina. Esto ayudaría a que los costos bajaran ya que el gobierno de Puerto Rico se convertiría en un ente capaz de negociar con las aseguradoras y establecer una uniformidad en los costos.

También, Puerto Rico pudiera darle autonomía a las ocho divisiones de salud que existen en la isla para que operen en sus diferentes puntos geográficos con un presupuesto determinado, en base a su población y su costo geográfico. De la misma manera así se podría descentralizar el sistema de salud para tener mayor eficiencia en los servicios. Al igual que España, Puerto Rico debería garantizar la salud como un derecho a nivel constitucional y ofrecer un Sistema de Salud Universal, sistema que garantiza el derecho a la salud desde el nacimiento de una persona hasta su muerte sin la necesidad de la misma sea afectada por su condición económica.

Bibliografía

Fuentes secundarias

- Antón, José Ignacio & Muñoz de Bustillo, Rafael. (2009). *Health Care Utilization and Immigration in Spain*. The European Journal of Health Care Economics. 11(5), 487-498. Digital
<http://biblioteca.uprrp.edu:2058/docview/750002162/fulltextPDF/433045ECA52146FFPQ/1?accountid=44825>
- Arbona, Guillermo & Annette Ramírez de Arellano. (1980). *La regionalización de los servicios de salud: la experiencia en Puerto Rico*. New York: Organización Panamericana de la Salud-Asociación Internacional de Epidemiología-Oxford University Press. Impreso
- Blendon, Robert J.; Donelan, Karen; Jovell, Albert J; Pellise, Laura & Costas Lombardia, Enrique. (1991). *Spain's citizens assess their health care system*. *Health Affairs*. 10(3), 216-228. Digital
<http://content.healthaffairs.org/content/10/3/216.full.pdf>
- Cabo Salvador, Javier; Javier Cabos Muiños; Juan Roberto Iglesias. (2010). *Capítulo 1: Sistemas de salud y reformas sanitarias en España, Canadá y Estados Unidos*. En Javier Cabo Salvador, *Gestión sanitaria integral: pública y privada*. Madrid: Centro de Estudios Financieros, 31-84. Digital
<http://www.gestion-sanitaria.com/sistemas-salud-reformas-sanitarias-espana-canada-EEUU.html>
- Emanuel, Ezequiel J. (2014). *Reinventing American Health Care: How the Affordable Care Act will improve our Terribly Complex, Blatantly Unjust, Outrageously Expensive, Grossly Inefficient, Error Prone System*. New York: Public Affairs Publishing. Print
- Fábregas Troche, Sandra M. (2003) *La institucionalización de la farmacia en Puerto Rico*. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas: Centro de Estudios Avanzados de Puerto Rico y el Caribe. Impreso
- Gaiamo, Susan. (2002). *Markets and Medicine: The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States*. Ann Arbor: The University of Michigan Press. Digital
<https://muse.jhu.edu/book/6362>

- Maldonado, Norman I. (2010). *On Health in Puerto Rico II: Healthier Living and Other Matters*. San Juan: Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
- Ogden, Cynthia L., Carroll, Margaret D., Kit, Brian K., & Flegal, Katherine M. (2014). *Prevalence of Childhood and Adult Obesity in the United States*. JAMA (Journal of the American Medical Association). 311(8), 806-814. Digital.
<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1832542>
- Ridic, Goran, Suzanne Gleason, and Ognjen Ridic. (2012). *Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada*. *Materia Socio-Medica*. 24(2), 112–120. Digital.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633404/pdf/MSM-24-112.pdf>
- Sheinfeld-Gorin, Sherri (2014). Models for Prevention. In Sherri Sheinfeld-Gorin (editor) *Prevention Practice in Primary Care*. Oxford: Oxford University Press, 57-92. Print.
- Sheinfeld-Gorin, Sherri, & Senathirajah, Yalini (2014). The Future of Prevention in Primary Care. In Sherri Sheinfeld-Gorin (editor) *Prevention Practice in Primary Care*. Oxford: Oxford University Press, 268-300. Print.

Fuentes documentales

- Instituto Europeo de Obesidad (España) e Instituto Nacional de Estadísticas (2015). *Uno de cada dos españoles tiene kilos de más*. (21 de octubre de 2015). Digital
<https://stopalaobesidad.com/2015/10/21/uno-de-cada-dos-espanoles-tiene-kilos-de-mas/>
- Oficina Comisionado de Seguros del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. (2012). *Preguntas y respuestas sobre los seguros de salud y la implementación del Affordable Care Act (ACA), también conocida como OBAMACARE*. San Juan: Comisionado de Seguros del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Digital
<http://ocs.gobierno.pr/ocspr/documents/obamacare/CONSUMIDORES-PREGUNTAS%20Y%20RESPUESTAS%20OBAMACARE-CON%20HYPERLINK.pdf>

- Organización Mundial de la Salud-Staff. (2016a). *Global Report on Diabetes*. Geneva: World Health Organization Press (WHO Press). Digital.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf?ua=1
Resumen ejecutivo en español:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2016b). *Obesidad y Sobrepeso*. Nota descriptiva #311. Digital.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Perfil de los sistemas de salud Puerto Rico. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Digital
https://www.academia.edu/23949963/PERFIL_DE_LOS_SISTEMAS_DE_SALUD_PUERTO_RICO_MONITOREO_Y_ANALISIS_DE_LOS_PROCESOS_DE_CAMBIO_Y_REFORMA
- Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD). 2014. *OECD Health Statistics-2014: How does Spain Compare?*. París: OECD. Digital
<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-SPAIN-2014.pdf>
- Sánchez Hernández, Eddy M.; Rosado Santiago, Nixa; Sánchez Alemán, Samira; Morales González, Jonathan; Rivera Rivera, Jessica N.; Bermúdez Lugo, Karim E. & Torres Concepción, Kenneth (2014a). *Informe de la Salud en Puerto Rico*. San Juan: Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo-Departamento de Salud. Digital
<https://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Estadisticas%20Vitales/Informe%20de%20la%20Salud%20en%20PUerto%20Rico%202014.pdf>
- Sánchez Hernández, Eddy M.; Rosado Santiago, Nixa; Sánchez Alemán, Samira; Morales González, Jonathan; Rivera Rivera, Jessica N.; Bermúdez Lugo, Karim E. & Torres Concepción, Kenneth (2014b). *Informe general sobre el estado de la salud en Puerto Rico, 2004-2013*. San Juan: Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo-Departamento de Salud. Digital

[http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Publicaciones/Resumen General Situacion de la Salud 2004-2013 Update tablas Final 21marzo.pdf](http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Publicaciones/Resumen%20General%20Situacion%20de%20la%20Salud%202004-2013%20Update%20tablas%20Final%2021marzo.pdf)

Sánchez Hernández, Eddy M.; Morales González, Jonathan; Machín Rivera, Sharon & Torres Concepción, Kenneth (2015). *Informe de la Salud en Puerto Rico*. San Juan: Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo-Departamento de Salud. Digital

[http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Publicaciones/Informe% 20de% 20la% 20Salud% 20en% 20Puerto% 20Rico% 202015_FINAL.pdf](http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Publicaciones/Informe%20de%20la%20Salud%20en%20Puerto%20Rico%202015_FINAL.pdf)

Sistema Nacional de Salud de España. (2010). *Informe: Sistema Nacional de Salud de España*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Digital

<https://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>

Recursos periodísticos

Rosenthal, Elizabeth. (2013). The \$2.7 Trillion Medical Bill. (Colonoscopies Explain Why U.S. Leads the World in Health Expenditures). *The New York Times*. June 1, 2013. Digital

<https://people.rit.edu/wlrgsh/Rosenthal2.pdf>

Notas

¹ El Congreso de los Estados Unidos creó una segunda entidad diferente al *Medicare* y al Seguro Social, totalmente financiada con fondos públicos asignados de forma recurrente por el propio Congreso. Este sistema es la red de hospitales que sirven a los veteranos(as) que han servido en los diferentes cuerpos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos. Esta red de hospitales, centros de salud y de tratamiento es operada por la Administración de Servicios al Veterano (US Veterans Administration).

² Ver la ponencia del Director de la Oficina de Presupuesto del Congreso, Douglas W. Elmendorf ante el Subcomité de la Cámara de Representantes de Salud, Energía y Comercio. *CBO's Analysis of the Major Health Care Legislation Enacted in March 2010*. <http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/ftpdocs/121xx/doc12119/03-30-healthcarelegislation.pdf>

-
- ³ En el lingo político y fiscal estadounidense, “pareado” significa que una jurisdicción receptora de una asignación de fondos federales debe a ser una inversión proporcionalmente similar a la asignación, sobre todo en lo que respecta a los criterios gerenciales, financieros y administrativos diseñados por la legislación para utilizar esos fondos.
- ⁴ En un informe fiscal presentado a la Cámara de Representantes de los Estados Unidos por la Oficina de Presupuesto del Congreso para el mes de marzo de 2016, la cubierta de salud cubra a cerca de 12 millones de estadounidenses, de los cuales 10 millones reciben subsidios directos para pagar un plan de seguro médico básico. Otros 11 millones de estadounidenses son ahora elegibles y participantes de los beneficios del programa de Medicaid, lo que ha elevado el número de participantes del programa a los 23 millones de ciudadanos. Un millón de personas más reciben beneficios de lo que se conoce como *ACA’s Basic Health Program* (cubierta básica del programa de Medicaid), lo que a su vez eleva la cifra de participantes en ese programa a 24 millones de ciudadanos. Ver, *Federal Subsidies for Health Insurance Coverage for People Under Age 65: 2016 to 2026*. Congressional Budget Office. <https://www.cbo.gov/sites/default/files/114th-congress-2015-2016/reports/51385-HealthInsuranceBaseline.pdf>
- ⁵ La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) es el ente administrativo del Departamento de Salud de Puerto Rico que negocia y contrata los seguros de salud para una población que cualifican para recibir el beneficio y acceso a estos servicios. ASES también fiscaliza, regula y evalúa los servicios que ofrecen las aseguradoras que son contratadas mediante el recurso de una convocatoria a subasta para la prestación del servicio. Esta entidad gubernamental fue creada mediante acción legislativa por la Ley Núm. 72 del 7 de septiembre de 1993. Fue enmendada por la Ley Núm. 1 del 8 de enero de 1994 (<http://www2.pr.gov/Directorios/Pages/InfoAgencia.aspx?PRIFA=187>). Ver también, *Ley de la Administración de los Servicios de Salud de Puerto Rico* (Ley Núm. 72 del 7 de septiembre de 1993, incluyendo todas sus enmiendas. (<http://www2.pr.gov/ogp/BVirtual/LeyesOrganicas/pdf/72-1993.pdf>)
- ⁶ La Administración de Servicios Médicos de Salud de Puerto Rico fue creada mediante acción legislativa de la *Ley de Administración de los Servicios Médicos de Salud de Puerto Rico*, o la Ley Núm. 66 del 22 de junio de 1978. (<https://www2.pr.gov/presupuestos/Presupuesto2013-2014/PresupuestosAgencias/suppdocs/baselegal/090/66-1978.pdf>)
- ⁷ Puerto Rico fue incluido mediante legislación en los Estados Unidos, en el sistema de servicios de salud Medicare en el año 1967. El Seguro Social de los Estados Unidos se extendió a Puerto Rico en 1954. Puerto Rico y los otros territorios insulares de los Estados Unidos fueron incluidos en los programas de Medicaid en 1977. La Samoa Americana tiene un sistema de inclusión diferente debido a que el Congreso no le ha extendido a los residentes de la isla la ciudadanía estadounidense.