



PROGRAMA DE SALUD DEL PARTIDO INDEPENDENTISTA PUERTORRIQUEÑO 2024

Documento Base

14 de mayo del 2024

Coordinadores:

Dra. Elba C. Diaz Toro

Dr. Heriberto A. Marín Centeno

Colaboradores:

Dra. Ada Mildred Alemán,

Dra. Yohana De Jesús,

Dr. Ralph Rivera Gutiérrez

Dr. Pablo Méndez Lázaro

Carlo Bosques

Edda López

German González



TABLA DE CONTENIDO

1	VISIÓN GENERAL	1-5
1.1	LA SALUD COMO UN DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL	1-5
1.2	HACIA UN SISTEMA DE SALUD UNIVERSAL	1-5
1.3	PRINCIPIOS RECTORES	1-6
2	DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL	2-7
2.1	PERFIL Y DESIGUALDADES DE SALUD EN LA POBLACIÓN	2-7
2.2	LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	2-10
2.3	CRISIS DEL SISTEMA DE SALUD.....	2-12
2.4	COMPONENTES DE UN SISTEMA DE SALUD	2-16
3	METAS Y PROPUESTAS.....	3-18
3.1	META 1: GARANTIZAR LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD, MEJORANDO EL ACCESO A LOS SERVICIOS Y LA EFICIENCIA EN EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD.....	3-18
3.1.1	INTRODUCCIÓN.....	3-18
3.1.2	PROPUESTAS	3-24
3.1.2.1	ESTABLECIMIENTO DE UN SEGURO NACIONAL DE SALUD	3-24
3.1.2.2	IMPLEMENTACIÓN DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD	3-25
3.1.2.3	VENTAJAS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD.....	3-27
3.1.2.4	FONDO DE APOYO NACIONAL PARA LA SALUD PÚBLICA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA	3-28
3.2	META 2: TRANSFORMAR EL SISTEMA DE SALUD HACIA UN ENFOQUE QUE PRIORICE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE ENFERMEDADES Y LA ATENCIÓN PRIMARIA A NIVEL COMUNITARIO.....	3-30
3.2.1	INTRODUCCIÓN.....	3-30
3.2.2	PROPUESTAS	3-33
3.2.2.1	RED NACIONAL DE COMUNIDADES SALUDABLES.....	3-33
3.2.2.2	IMPULSO AL ROL DE LOS LIDERES COMUNITARIOS DE SALUD	3-36
3.2.2.3	RED NACIONAL DE CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD	3-37
3.3	META3: ASEGURAR UNA OFERTA ADECUADA DE PROFESIONALES Y PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD EN PUERTO RICO TANTO AHORA COMO EN EL FUTURO, PARA SATISFACER LAS DEMANDAS DE UNA POBLACIÓN QUE ENVEJECE RÁPIDAMENTE.	3-40
3.3.1	INTRODUCCIÓN.....	3-40
3.3.2	PROPUESTAS	3-43



3.4 META 4: FORTALECER LA GOBERNANZA DEL SISTEMA DE SALUD PARA QUE SEA EFECTIVA Y PARTICIPATIVA, PROMOVRIENDO LA COLABORACIÓN ENTRE DIVERSOS SECTORES DE LA SOCIEDAD, TANTO A NIVEL NACIONAL COMO REGIONAL.	3-47
3.4.1 INTRODUCCIÓN	3-47
3.4.2 PROPUESTAS	3-48
3.4.2.1 FORTALECER EL ROL DE GOBERNANZA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD	3-48
3.4.2.2 RECONCEPTUALIZAR EL CONSEJO MULTISECTORIAL DEL SISTEMA DE SALUD	3-50
3.4.2.3 CREAR EL GRUPO DE TRABAJO INTERAGENCIAL DE SALUD	3-51
3.4.2.4 CREAR LOS CONSEJOS DE SALUD REGIONALES	3-52
3.4.2.5 FORTALECER LAS BASES DE DATOS Y SISTEMAS DE INFORMÁTICA	3-54
3.5 META 5: FORTALECER LA CAPACIDAD DEL SISTEMA DE SALUD Y LAS COMUNIDADES PARA PREPARARSE, RESPONDER, RECUPERARSE Y ADAPTARSE ANTE EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA, DESASTRES NATURALES Y EL CAMBIO CLIMÁTICO.	3-59
3.5.1 INTRODUCCIÓN	3-59
3.5.2 PROPUESTAS	3-60
3.5.2.1 PLANIFICACIÓN Y PREPARACIÓN PARA EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA	3-60
3.5.2.2 RESPUESTA A EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA	3-62
3.5.2.3 RESILIENCIA DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD	3-63
3.5.2.4 APOYO ECONÓMICO A LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD	3-64
3.5.2.5 SUMINISTROS MÉDICOS, MEDICAMENTOS, EQUIPOS Y TECNOLOGÍA	3-65
3.5.2.6 EL CAMBIO CLIMÁTICO Y SUS EFECTOS SOBRE LA SALUD	3-68
3.6 META 6: REDUCIR LAS INEQUIDADES EN EL ACCESO, LA ATENCIÓN Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD ENTRE LOS DIFERENTES GRUPOS POBLACIONALES Y COMUNIDADES.	3-73
3.6.1 INTRODUCCIÓN	3-73
3.6.2 PROPUESTAS POR TIPOS DE SERVICIOS DE SALUD	3-74
3.6.2.1 SERVICIOS DE NIVEL SECUNDARIO, TERCIARIO Y SUPRATERCIARIO	3-74
3.6.2.2 SALUD MENTAL	3-79
3.6.2.3 SALUD ESCOLAR	3-85
3.6.2.4 SALUD ORAL	3-90
3.6.2.5 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	3-94
3.6.2.6 SALUD VISUAL	3-97
3.6.2.7 SALUD AUDITIVA	3-99
3.6.3 PROPUESTAS PARA DIVERSAS POBLACIONES	3-103
3.6.3.1 SALUD DE LA MUJER	3-103
3.6.3.2 SALUD DEL HOMBRE	3-111



3.6.3.3	SALUD DE LA POBLACIÓN LGBTTIQ+	3-115
3.6.3.4	SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES	3-117
3.6.3.5	SALUD DE LA POBLACIÓN CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD Y DIVERSIDAD FUNCIONAL.....	3-127

3.7 META 7: IMPLEMENTAR UNA POLÍTICA DE SALUD EQUILIBRADA, INTEGRAL Y UNIFICADORA QUE OPTIMICE LA SALUD DE LAS PERSONAS, LOS ANIMALES Y LOS ECOSISTEMAS, RECONOCIENDO LA ESTRECHA E INTERDEPENDIENTE RELACIÓN ENTRE ESTOS..... 3-134

3.7.1	INTRODUCCIÓN.....	3-134
3.7.2	LA SALUD ANIMAL Y LOS SERVICIOS VETERINARIOS	3-135
3.7.2.1	PROPUESTAS	3-137



1 VISIÓN GENERAL

1.1 LA SALUD COMO UN DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL

El Partido Independentista Puertorriqueño (PIP) entiende que la salud es un **derecho humano fundamental para toda la población que reside en nuestra patria**. Además, nuestro sistema de salud debe guiarse por una ética basada en la solidaridad y en la justicia social, y no en el afán de lucro. Por lo tanto, tenemos como agenda construir un sistema de salud cuya meta principal sea alcanzar y mantener, para toda la población, un nivel óptimo de salud y de calidad de vida. Para lograr esto, es importante que el sistema de salud cumpla cabalmente con dos roles complementarios: 1) el rol de salud pública de proveer programas y servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades y preparación y respuesta para emergencia de salud; y 2) el rol de atender la enfermedad con el objetivo de restaurar la salud a su nivel óptimo a través de servicios de detección y tratamiento temprano, mantenimiento, y rehabilitación.

1.2 HACIA UN SISTEMA DE SALUD UNIVERSAL

Entendemos que el sistema de salud es una institución social que le pertenece a toda la población. Es por esto, que no se le puede entregar a los grandes intereses y poderes económicos con fines de lucro como, por ejemplo, las aseguradoras y las farmacéuticas. Además, planteamos que el gobierno tiene un rol protagónico y fundamental que desempeñar en salvaguardar el derecho a la salud de la población. Sin embargo, cuando se examina la experiencia internacional la evidencia científica demuestra que el sistema de salud de Estados Unidos no es el modelo para seguir si pretendemos tener un verdadero sistema de salud que garantice el derecho a la salud a la población¹.

La prestigiosa institución *The Commonwealth Fund* ha llevado a cabo desde el 2010 una serie de estudios que comparan el desempeño del sistema de salud de los Estados Unidos con otros países ricos en todo el mundo². El último fue en el 2021, y el mismo evaluó el desempeño de los sistemas de salud de los siguientes 11 países: Australia, Canadá, Francia, Alemania, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Suecia, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos. Se compararon los mismos en términos del acceso a los servicios, proceso de atención, eficiencia administrativa, equidad y resultados en el

¹ Katherine Baicker & Amitabh Chandra & Mark Shepard, 2023. "Achieving Universal Health Insurance Coverage in the United States: Addressing Market Failures or Providing a Social Floor?" *Journal of Economic Perspectives*, vol 37(2), pages 99-122. <https://www.nber.org/papers/w30854>

² *Mirror, Mirror 2021-Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly> .



estado de salud de la población. Los resultados demostraron, primero, que los países con mejor desempeño fueron Noruega, los Países Bajos y Australia, y segundo, que Estados Unidos ocupa el último lugar a pesar de gastar mucho más en términos per cápita y relativo en salud que el resto de los países ricos.

Además, el estudio concluyó que las cuatro características más importantes que distinguen a los sistemas de salud con mejor desempeño son las siguientes:

- 1) proveen una cobertura universal y eliminan las barreras de costos que impiden utilizar los servicios;
- 2) invierten en sistemas de atención primaria para garantizar que los servicios de alto valor estén disponibles equitativamente a todas las comunidades y grupos poblacionales;
- 3) reducen los gastos administrativos que desvían tiempo, recursos y esfuerzos para la atención directa a los pacientes; e
- 4) invierten en servicios sociales y en los determinantes sociales de la salud.

1.3 PRINCIPIOS RECTORES

Por lo tanto, el PIP sostiene que para garantizar el derecho humano a la salud necesitamos un sistema de salud universal que sea efectivo, eficiente, equitativo y sostenible donde el gobierno tiene que asumir un rol protagónico³. Proponemos, además, que este **sistema de salud universal** debe estar fundamentado en los siguientes principios rectores;

- Principio 1. Garantizar el derecho fundamental a la salud a través de la cobertura universal asegurando a toda la población bajo un mismo seguro de salud nacional desde el nacimiento hasta el final de la vida.
- Principio 2: Garantizar una cobertura amplia e integral de servicios de salud bajo el seguro de salud nacional que incluya desde la atención primaria hasta los niveles más avanzados de cuidado médico, incluidas la rehabilitación y el cuidado prolongado para todas las dimensiones de la salud incluyendo la salud física, salud mental, salud oral, salud visual y salud auditiva.
- Principio 3. Promover e invertir más en la salud pública para así lograr mantener a la población saludable a través de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, lesiones e incapacidades, la preparación para emergencia y atender de forma integral los determinantes sociales de la salud.
- Principio 4. Adoptar el esquema de salud en todas las políticas para la formulación de políticas públicas intersectoriales en las áreas de educación, desarrollo

³ Esta aseveración está fundamentada en el capítulo 13 del libro de Rice, Unruh, & Barnes, *The Economics of Health Reconsidered*, 5th edition (2023), titulada *Ten Lesson on the Role of Government in Healthcare Systems*. <https://www.ache.org/learning-center/publications/books/2462i>



económico, desarrollo social, asuntos ambientales y transformación gubernamental, entre otras, que tienen efectos directos e indirectos sobre el bienestar de la población, para así maximizar su beneficio sobre la salud.

- Principio 5. Adoptar un enfoque unificador y equilibrado, basado en el concepto de **Una Salud** (*One Health*), que busque maximizar de forma sostenible la salud de los seres humanos, los animales y los ecosistemas.

2 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

2.1 PERFIL Y DESIGUALDADES DE SALUD EN LA POBLACIÓN

Para el 2023 la esperanza de vida al nacer en Puerto Rico fue de 79.9 años, sin embargo, las enfermedades crónicas y las condiciones relacionadas con el envejecimiento son altamente prevalentes y ocasionan una alta morbilidad, pérdida de calidad de vida y mortalidad prematura. De hecho, las principales causas de mortalidad en Puerto Rico han mostrado tendencias específicas en los últimos años. Las enfermedades del corazón son la principal causa de muerte, seguidas de cerca por condiciones como el Alzheimer, el cáncer, y la diabetes mellitus. Además, el COVID-19 ha sido una causa significativa de mortalidad, manteniendo una posición prominente entre las causas principales de muerte en la isla.

En detalle, las enfermedades del corazón encabezaron las muertes en 2021, representando el 16.5% de más de 32,881 muertes reportadas hasta ese momento, una tendencia común en los últimos años en Puerto Rico. Estas enfermedades incluyen fallos coronarios, enfermedades congénitas, infarto agudo de miocardio, y aneurisma aórtico, entre otros⁴. El Alzheimer también ha ganado terreno como una de las principales causas de muerte, especialmente entre la población de mayor edad. En 2022, se registraron 2,425 decesos por Alzheimer hasta octubre, y en el grupo de edad de 65 años o más, esta enfermedad ocupó la segunda posición en 2021, después de las enfermedades del corazón. La prevalencia del Alzheimer es notablemente alta en Puerto Rico, especialmente entre mujeres de 65 años o más, donde superó las muertes por cáncer a partir de 2021⁵.

El COVID-19 también ha tenido un impacto significativo, con proyecciones que indicaban no menos de 2,200 defunciones por esta condición en 2022, manteniéndose en la quinta posición entre las causas principales de muerte en Puerto Rico. Además, un estudio del Departamento de Salud detalló un exceso de muertes en 2022, con un riesgo de morir

⁴ <https://hospitalespr.org/noticias-del-dia/esta-es-la-principal-causa-de-muerte-en-puerto-rico/>

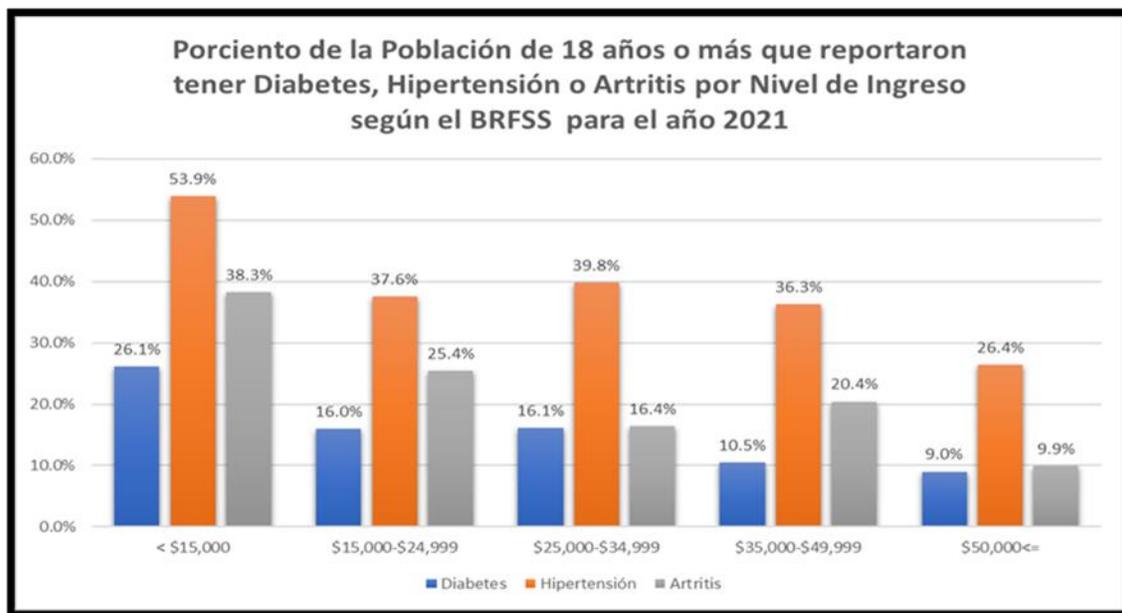
⁵ <https://www.primerahora.com/noticias/puerto-rico/notas/avanzan-el-alzheimer-y-el-covid-como-causas-de-muerte-en-puerto-rico/>



ese año 24% mayor en comparación con ocho años atrás. La tasa de mortalidad subió de 6.4 por cada 1,000 habitantes en 2015 a 7.9 por cada 1,000 habitantes en 2022⁶. Estos datos subrayan la importancia de abordar las enfermedades crónicas y mejorar la respuesta a emergencias de salud pública como el COVID-19 para reducir la mortalidad en Puerto Rico.

Por otra parte, la tasa de Diabetes Tipo 1 en niños ha ido aumentando con el tiempo. En 2009, fue de 20.5 casos por cada 100,000 niños, mientras que en 2021 subió a 38.4 lo que implica un aumento promedio anual del 1%. En 2022, la tasa fue de 34.2 casos por cada 100,000 niños lo que es bien preocupante⁷. Todo esto ha generado una “paradoja” en el estado de salud de la población en Puerto Rico donde, por una parte, la tasa de mortalidad general ajustada por edad ha estado disminuyendo y la expectativa de vida ha estado aumentando, pero a la misma vez, la prevalencia e incidencia de condiciones crónicas de salud han estado aumentando. Es decir, tenemos una población que vive más tiempo, pero más enferma y con menos calidad de vida.

Gráfica 1-Prevalencia de Condiciones Crónicas por Nivel de Ingreso



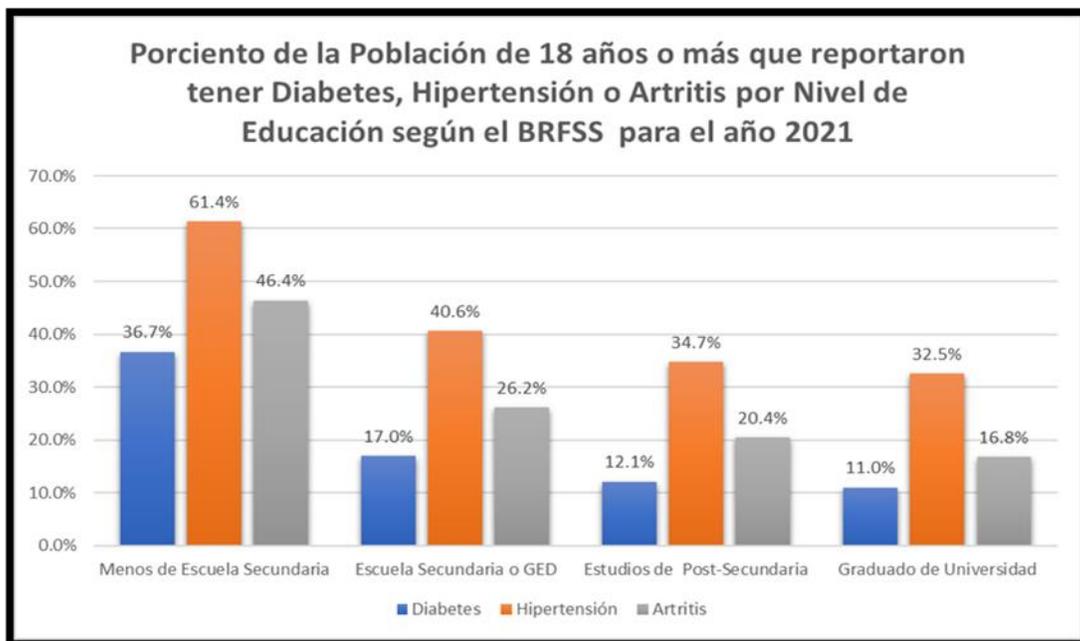
⁶ <https://hospitalespr.org/noticias-del-dia/estudio-del-departamento-de-salud-detalla-que-hubo-un-exceso-de-muertes-en-el-2022/>

⁷ <https://estadisticas.pr/en/media/3651>



A su vez, existen unas desigualdades bien importantes en el estado de salud a través de diferentes grupos poblacionales. Los ingresos bajos están asociados con mayores tasas de enfermedades, una menor esperanza de vida y peores resultados de salud en general⁸. Por ejemplo, como se muestra en la Gráfica 1, según el BRFSS⁹ para el año 2021, hay una asociación directa entre el nivel de ingreso de la población en Puerto Rico y la prevalencia de Diabetes, Hipertensión y Artritis. Es decir, mientras más bajo es el ingreso de las personas, mayor es la probabilidad de padecer una de estas condiciones.

Gráfica 2- Prevalencia de Condiciones Crónicas y Nivel de Educación



Por otra parte, ver Gráfica 2, las personas con niveles de educación más altos generalmente tienen una mejor salud, medida en términos de mejor estado de salud y mayor esperanza de vida. Por ejemplo, en el caso de Puerto Rico, de acuerdo con el BRFSS¹⁰, para el año 2021 las personas con niveles más bajos de educación padecían de prevalencias más altas de Diabetes, Hipertensión y Artritis que aquellas con mayores niveles de educación.

⁸ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2677433>

⁹ <https://www.cdc.gov/brfss/brfssprevalence/index.html>

¹⁰ <https://www.cdc.gov/brfss/brfssprevalence/index.html>



2.2 LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Como se observa en las Gráficas 1 y 2, diferencias en el nivel de ingreso y educación están asociados a desigualdades significativas en el estado de salud de la población. Por una parte, el ingreso influye en la capacidad de las personas y grupos para acceder a servicios de salud, alimentos nutritivos, vivienda adecuada y otros factores esenciales para un buen estado de salud. Por otra parte, un mayor nivel educativo, también genera un mayor ingreso, mejores oportunidades de empleo, mejor nutrición y seguridad alimentaria, mejor vivienda y acceso al transporte.

Pero no solo es importante el nivel de educación, sino también la calidad de la educación. Las escuelas con recursos insuficientes o entornos educativos con problemas como el acoso escolar pueden llevar a eventos adversos en la infancia, afectando el bienestar y el desarrollo en la adultez. Y a su vez, factores como los ingresos familiares pueden determinar el acceso a una educación de calidad. Es decir, ingreso y educación están íntimamente interconectados y tienen un efecto bien importante sobre las desigualdades económicas, sociales y de salud en la población lo que nos lleva a reconocer la importancia de los determinantes sociales de la salud.

El PIP reconoce que para poder mejorar el estado de salud de la población en general y reducir las desigualdades e inequidades de salud entre diferentes poblaciones es importante desarrollar políticas públicas que reconozcan que la salud es producto de factores sociales y ambientales que van más allá del cuidado clínico y del comportamiento de los individuos y que se conocen como los determinantes sociales de la salud (DSS). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales de la salud como "**las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana**" ¹¹. En la Gráfica 3 se pueden identificar directamente los determinantes sociales divididos entre los determinantes estructurales y los determinantes intermedios que inciden sobre las desigualdades en el estado de salud de la población ¹².

Los determinantes estructurales incluyen el contexto socioeconómico y político que establece las estructuras sociales, económicas y culturales dentro de una sociedad. Esto incluye sistemas de gobierno, políticas económicas, y la distribución de poder y recursos lo que resalta la importancia del doble rol que tiene el estado en, por una parte, mitigar las exposiciones y vulnerabilidades de la población y, por otra parte, en atender los determinantes estructurales mediante políticas públicas. A nivel político, el colonialismo ha sido y es un determinante estructural de la salud muy importante ya que ha generado un estado de dependencia forzada y falta de autodeterminación ante los problemas estructurales que afectan de manera negativa a las condiciones de vida. En particular, la

¹¹ <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

¹² <https://images.app.goo.gl/6tVeCPmhqAFjvmWh9>



subordinación política de Puerto Rico a la política federal de EE. UU. ha llevado a la degradación del sistema de atención de salud pública a través de un sistema de financiación fragmentado e ineficiente y la privatización de los servicios de salud.

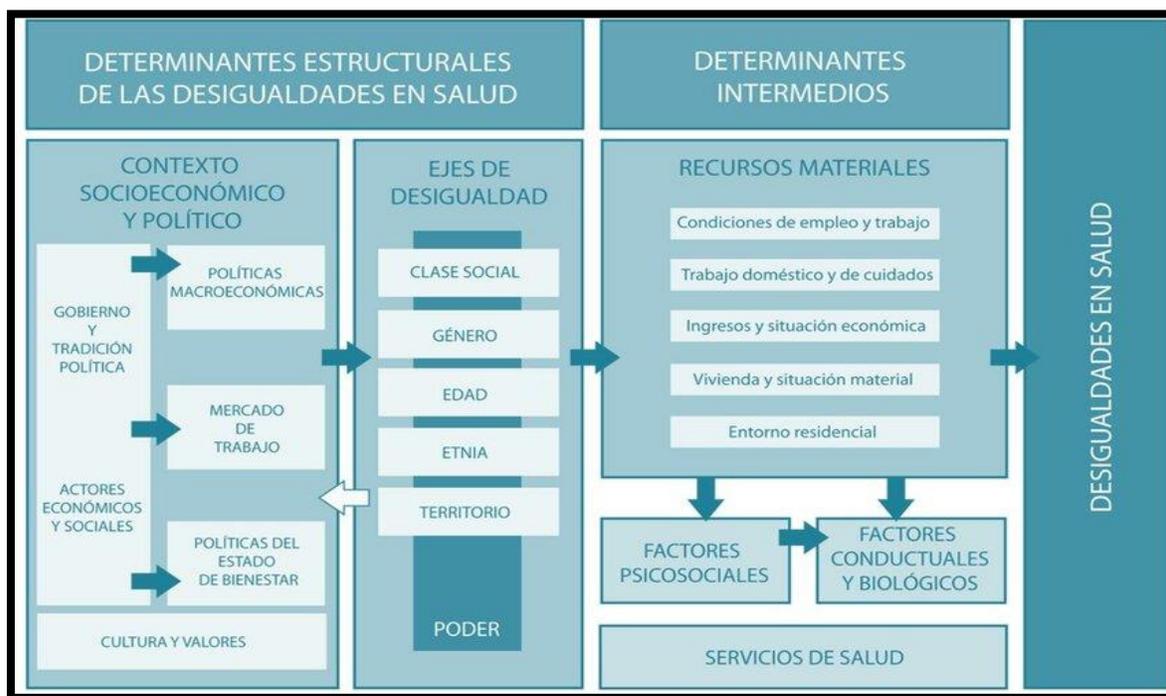
Por lo tanto, las inequidades de salud en Puerto Rico tienen sus orígenes en formas de inequidad social que fueron generadas por ideologías e instituciones coloniales. Como consecuencia de la falta de poderes políticos plenos y de la autodeterminación de nuestro pueblo (es decir, del colonialismo), la salud pública en nuestro archipiélago no es equitativa, ni responde a las necesidades de la población a la que sirve. A la vez, estos determinantes estructurales configuran los determinantes intermedios de la salud, que se refieren a factores más inmediatos que afectan la salud de las personas, como las condiciones de vida y trabajo, el acceso a la atención médica, la educación y los sistemas de apoyo social. Los determinantes estructurales e intermedios interactúan entre sí y tienen un impacto profundo en las desigualdades de salud. Por ejemplo, una distribución desigual de recursos y poder (determinante estructural) puede llevar a ciertas poblaciones a experimentar peores condiciones de vida y de trabajo, un acceso limitado a servicios de salud de calidad, educación insuficiente, y apoyo social reducido (determinantes intermedios).

Estas desigualdades en los determinantes intermedios de la salud pueden conducir a diferencias en el estado de salud de la población, con grupos vulnerados experimentando tasas más altas de enfermedades y una esperanza de vida más corta. Según el consenso de la literatura científica, aun cuando los servicios de salud son un determinante crítico de la salud este solo contribuye en un 20% al estado de salud de la población y el restante 80% corresponde a los otros determinantes sociales¹³.

¹³ Park H, Roubal AM, Jovaag A, Gennuso KP, Catlin BB. Relative Contributions of a Set of Health Factors to Selected Health Outcomes. Am J Prev Med. 2015 Dec;49(6):961-9.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26590942/>



Gráfica 3-Determinantes Sociales de la Salud



2.3 CRISIS DEL SISTEMA DE SALUD

El PIP sostiene que actualmente el “sistema” de salud en Puerto Rico está sumido en una crisis profunda, más aún, entendemos que ni siquiera tenemos un verdadero sistema de salud y que lo que tenemos es un sector de la salud desarticulado enfocado en la enfermedad y no en optimizar la salud de la población. Para entender la crisis actual en la que nos encontramos es importante entender la historia de como llegamos hasta aquí. En las décadas del 1950 al 1970 Puerto Rico construyó un sistema de salud regionalizado y de acceso universal a toda la población. A través de facilidades de salud financiadas y administradas por el Departamento de Salud y los municipios, el gobierno proveía servicios de salud a toda la población, independientemente de si la persona tenía plan médico o de su capacidad de pago. Este sistema de salud fue conocido popularmente como el **Sistema Arbona**, ya que su arquitecto principal fue el Dr. Guillermo Arbona Irizarry.

El primer nivel del sistema era la atención primaria provista a través de una red de centros de salud, conocidos como Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDTs), y por Unidades de Salud Pública (USP) localizados en todos los municipios de la isla. El nivel secundario lo constituía los hospitales de área, el nivel terciario los hospitales regionales y el nivel



supra terciario se proveía a través del Centro Médico de Río Piedras y de Mayagüez. Bajo el Sistema Arbona en efecto Puerto Rico tenía un sistema de salud público bajo la gobernanza del Departamento de Salud organizado y estructurado por regiones de salud basado en criterios epidemiológicos y de salud pública. Paralelo al Sistema Arbona, existía un sector privado de salud, constituido por las facilidades y proveedores de salud privados con y sin fines de lucro, el cual originalmente tenía un rol secundario y complementario. En el caso de la industria de seguros privada, comenzó con la creación de la Cruz Azul de Puerto Rico en 1948 como organización sin fines de lucro y la Triple S en 1959 como una compañía de accionistas¹⁴.

Sin embargo, desde la década del 1960 el sector privado, incentivado por los fondos federales, por el crecimiento económico artificial del país, y por el afán de lucro de los proveedores y de los seguros médicos privados, empezó a crecer junto con la llegada de aseguradoras privadas. El afán de lucro de algunos los proveedores y de los planes médicos privados se hizo sentir y comenzó una campaña de descrédito de lo público. En el periodo del 1970 al 1990, las administraciones del PPD y PNP, empezaron a socavar y a dismantlar el Sistema Arbona a través de la privatización de las facilidades de salud del gobierno. Este proceso culminó en el periodo del 1992 al 2000 con la implementación de la llamada “Reforma de Salud” bajo la administración PNP del gobernador Dr. Pedro Roselló. Con su campaña de acceso igual el Dr. Pedro Roselló convenció al país de privatizar el sistema de salud pública y durante ese periodo se privatizó gran parte del sistema de salud vendiendo a precios de baratillo la inmensa mayoría de los CDTs y hospitales públicos del país y se creó la famosa “tarjetita de salud” bajo el sistema de cuidado dirigido.

Tres décadas después vemos que el llamado acceso igual no llegó y nuestra gente tiene más problemas ahora que antes para conseguir servicios. Sus enfermedades no están siendo atendidas adecuadamente y a tiempo. Además, hay un sector de la población que no cualifica para la tarjeta de salud del gobierno ni gana lo suficiente para comprar una cubierta adecuada. Cuando se enferman sufren por los trámites burocráticos que retrasan o racionan el cuidado médico. Cuando su condición llega a catastrófica son canalizados al plan del Gobierno. Esto ocasiona aumento en los gastos del gobierno y aumento en ganancias a las aseguradoras privadas.

El dismantelamiento del Sistema Arbona dio paso al surgimiento de un sector de salud disfuncional, donde los intereses económicos y las aseguradoras privadas con fines de lucro asumieron un enorme control y rol protagónico en todos los niveles del sistema de salud. Es decir, por la falta de una gobernanza adecuada por parte del estado tenemos un sector de salud disfuncional y no un verdadero sistema de salud que padece de los siguientes males en sus ejes fundamentales:

¹⁴ Hasta el 2004 TS gozó de exenciones contributivas con el compromiso de mantener bajas las tarifas. Eventualmente, la Cruz Azul fue absorbida por Triple S en el 2009 y llegaron otros planes médicos.



- 1) Esta fragmentado, desarticulado y no hay coordinación entre las facilidades y proveedores de servicios de salud a través de los diferentes niveles de cuidado.
- 2) Es ineficiente en el uso de recursos y fondos, con una proporción significativa de la población todavía sin seguro médico o con una cubierta inadecuada.
- 3) Las aseguradoras privadas ostentan demasiado poder e influencia sobre el sistema de salud en perjuicio de los proveedores, pacientes y las comunidades.
- 4) Hay demasiado énfasis en los servicios médicos especializados que son más lucrativos, en detrimento de la atención primaria de salud.
- 5) Ha generado una fuga de profesionales de la salud hacia los Estados Unidos que provoca una escasez de éstos en ciertas áreas geográficas y de especialidades médicas, que contribuye a problemas serios de acceso a servicios.
- 6) La atención médica, los gastos y los recursos se han dirigido desproporcionalmente al manejo de la enfermedad, en detrimento de la prevención y promoción integral de la salud. Es decir, hay un gran déficit en la inversión en servicios, programas, intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- 7) Hay demasiada dependencia de fondos federales y por décadas se ha ido reduciendo en términos relativos la asignación e inversión de fondos estatales asignados al sistema de salud.

La “paradoja” en el estado de salud de la población que describimos anteriormente por lo tanto es el producto de un “sistema” de salud fragmentado y controlado por los grandes intereses económicos donde la atención, gastos y recursos han estado dirigidos desproporcionadamente al rol reactivo y curativo de los servicios de salud en detrimento del rol proactivo y protector lo que ha provocado un crecimiento insostenible en los gastos del sistema de salud. El problema es que este escenario es insostenible a largo plazo desde el punto de vista salubrista y económico ya que va a provocar un aumento sostenido en la necesidad, demanda y gastos de servicios de salud curativos, de prevención terciaria y de rehabilitación como demostraremos más adelante

La prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de estas condiciones son esenciales para reducir su prevalencia y mortalidad asociada pero también resaltan la necesidad de un enfoque integrado, multisectorial y holístico de salud pública que incluya el transformar nuestro sistema de salud. Necesitamos garantizar el acceso universal a la atención médica, enfocar más recursos en la prevención, educación y promoción de la salud para lograr estilos de vida más saludables, pero atendiendo a la misma vez los determinantes sociales de la salud. También subraya la importancia de la investigación y la recolección de datos precisos sobre la prevalencia de estas condiciones en la isla para planificar adecuadamente los servicios y el financiamiento necesarios para atender las necesidades de toda la población.



En resumen, lo que propone el PIP es usar lo aprendido del modelo Arbona para trascender a un sistema mucho mejor. Nuestra propuesta es crear un sistema de salud universal basado en el concepto de regionalización bajo una gobernanza fortalecida y con un Seguro Nacional de Salud que cubra el 100% de la población desde la cuna hasta la tumba, con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado óptimo de la población enferma que evite daños mayores.

Por otra parte, toda la evidencia científica demuestra que los recursos que invirtamos en mejorar nuestro sistema de salud dirigidas a dar cobertura universal y reducir las desigualdades e inequidades de salud de la población tienen a su vez un impacto positivo sobre la economía por lo que se debe considerar como una **inversión en capital humano y en la economía del país** por las siguientes razones¹⁵:

- 1) Mejora la productividad laboral: La inversión en salud lleva a una fuerza laboral más sana, lo que a su vez incrementa la productividad laboral. Los trabajadores sanos pueden trabajar de manera más eficiente, tienen menos días de enfermedad, y son capaces de contribuir de manera más efectiva al crecimiento económico del país.
- 2) Aumento de la esperanza y calidad de vida: El gasto en salud contribuye a mejorar la esperanza de vida al reducir las tasas de mortalidad. Una población con una vida más larga y saludable tiene más años productivos, lo que es beneficioso para la economía en general.
- 3) Desarrollo del capital humano: La salud es un componente crucial del capital humano, que incluye la educación, las habilidades y la salud de la población. Invertir en salud significa mejorar el capital humano de un país, lo cual es esencial para el crecimiento económico sostenido. Un mejor estado de salud permite a los individuos y a las comunidades alcanzar su máximo potencial humano, educativo y profesional.
- 4) Reducción de costos de salud a largo plazo: La inversión en programas de promoción de salud y de prevención primaria reducen los costos de atención médica a largo plazo al prevenir enfermedades crónicas y graves que requieren tratamientos costosos.
- 5) Estabilidad social y económica: Las inversiones en salud pueden contribuir a la estabilidad social al reducir las disparidades en el acceso a la atención médica. Una población saludable es menos propensa a conflictos sociales que pueden surgir de desigualdades en el acceso a servicios básicos.
- 6) Incentiva la inversión nacional y extranjera: Los países con sistemas de salud robustos y eficientes son más atractivos para la inversión nacional y extranjera ya que la seguridad de que la fuerza laboral es saludable y que el sistema de salud puede manejar posibles problemas de salud pública puede fomentar la inversión directa de capital nacional y extranjero.

¹⁵ <https://www.paho.org/es/noticias/8-6-2022-invertir-salud-debe-ser-nuestras-decisiones-mas-faciles-dice-directora-ops>



Por lo tanto, existe una interrelación dinámica entre el estado de salud de la población y su economía. Es decir, tener una población saludable es de por sí una meta importante, pero en el proceso de alcanzar esa meta también estamos contribuyendo al desarrollo económico de nuestra patria que tanto lo necesita ante el colapso del modelo económico colonial dependiente. A su vez, a través de un crecimiento y desarrollo económico sostenible y solidario podemos mejorar las condiciones y calidad de vida de nuestra población, aumentar el ingreso, reducir el desempleo, reducir las desigualdades económicas y sociales, mejorar el medioambiente, fortalecer el sistema de salud¹⁶, etc., que a su vez contribuye a mejorar el estado de salud de nuestra gente en el largo plazo.

2.4 COMPONENTES DE UN SISTEMA DE SALUD

Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** los objetivos y resultados generales que todo sistema de salud debe alcanzar, como se muestra en la Gráfica 4, son los siguientes: mejorar el nivel y equidad de la salud en la población, protección contra riesgos sociales y financieros, mayor eficiencia en el uso de recursos, y capacidad de respuesta adecuada¹⁷. La OMS identifica los siguientes como los componentes básicos de todo sistema de salud: prestación de servicios; personal de salud; información; productos médicos, vacunas y tecnologías; financiamiento; y liderazgo y gobernanza.

Además, como explicamos anteriormente, el sistema de salud tiene dos roles básicos e importantes; un rol proactivo y protector y un rol reactivo y curativo. En su rol proactivo y protector el sistema de salud tiene como objetivo mantener a la población sana y con una alta calidad de vida, lo que se traduce en programas y servicios de promoción de la salud, de prevención primaria de la enfermedad y de preparación para cualquier emergencia de salud, dirigidos a las comunidades, familias e individuos. Mientras, el rol reactivo y curativo del sistema de salud tiene como objetivo restaurar la salud de las personas a su nivel óptimo o evitar que la salud de estas empeore a través de servicios ya sea curativos, de mantenimiento y control de enfermedades, y/o de rehabilitación. Ambos roles son complementarios y son imprescindibles para tener un sistema de salud robusto y capaz de enfrentar los retos más importantes que enfrenta la salud de una sociedad.

Por lo tanto, basados en los principios rectores, el diagnóstico del sistema de salud, en el modelo conceptual de la OMS y en la experiencia histórica reciente de nuestro sistema de salud en la siguiente sección presentamos las metas y propuestas que el PIP se

¹⁶ <https://economiadelasalud.com/topics/difusion/la-oms-pide-priorizar-la-inversion-en-sistemas-sanitarios-fuertes-y-eficaces/>

¹⁷ Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>



propone implementar en el cuatrienio del 2025 al 2028 para construir el sistema de salud universal que nuestro pueblo se merece.

Gráfica 4-Componentes Básicos del Sistema de Salud





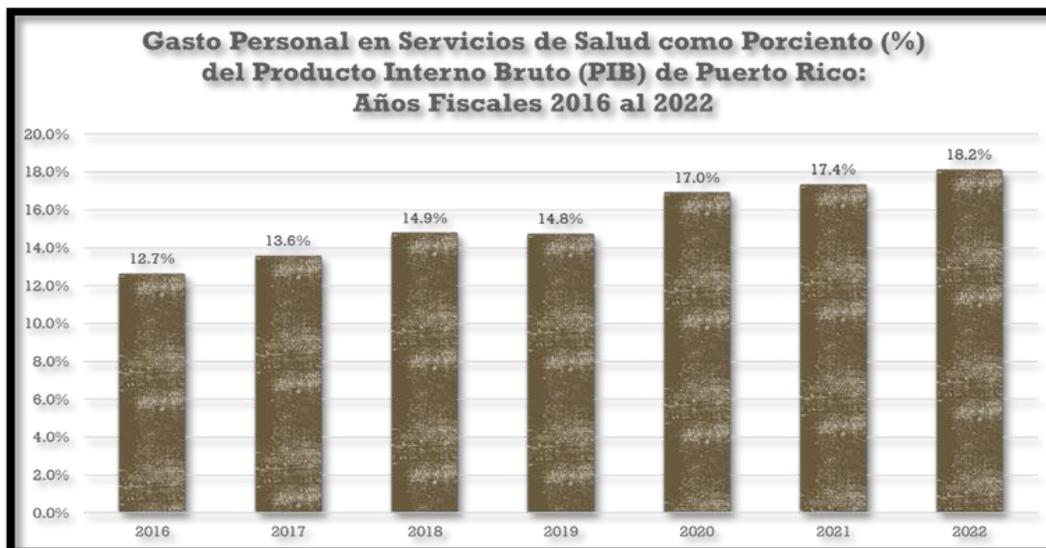
3 METAS Y PROPUESTAS

3.1 META 1: GARANTIZAR LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD, MEJORANDO EL ACCESO A LOS SERVICIOS Y LA EFICIENCIA EN EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD.

3.1.1 INTRODUCCIÓN

Producto del “sistema” de salud disfuncional que tenemos en Puerto Rico donde, como hemos explicado anteriormente, la atención, gastos y recursos han estado dirigidos desproporcionadamente al rol reactivo y curativo de los servicios de salud en detrimento del rol proactivo y protector ha sido el crecimiento insostenible en los gastos del sistema de salud. De hecho, en los últimos años Puerto Rico ha sido uno de los países del mundo donde más se gasta en servicios de salud en proporción al tamaño de su economía. Como se puede constatar en la Gráfica 5, según datos de la Junta de Planificación, desde el 2016 al 2022 el gasto personal en servicios de salud creció de un 12.7% a un 18.2% del Producto Bruto Interno (PIB) del país¹⁸.

Gráfica 5-Gasto en Salud como Porcentaje del PIB



¹⁸ Tablas del Apéndice Estadístico del Informe Económico al Gobernador del 2022, Junta de Planificación de Puerto Rico. <https://jp.pr.gov/apendice-estadistico-del-informe-economico-a-la-gobernador/>



Es decir, que para el 2022 de cada \$100 que se produjo en la economía del país, \$18 se invirtieron en el sector de la salud. De hecho, aparentemente Puerto Rico ya superó a los Estados Unidos como el país del mundo que más gasta proporcionalmente en salud ya que según el *Center for Medicaid & Medicare Services* (CMS), en el 2022 Estados Unidos gastó alrededor de un 17.3% de su PIB en el sector de la salud¹⁹.

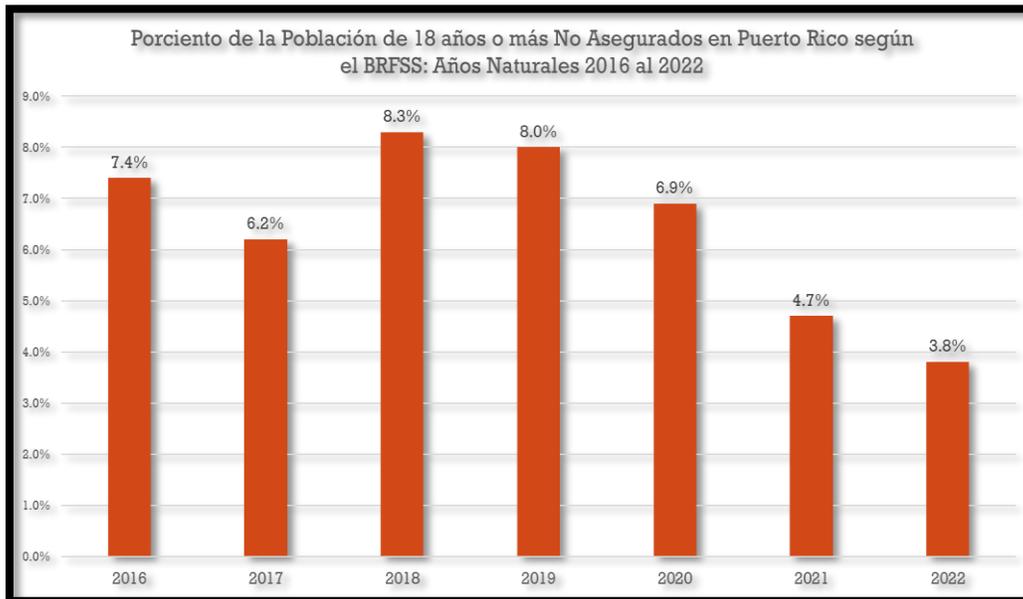
Sin embargo, todavía hay un sector significativo de la población que no tiene un seguro de salud. Según se observa en la Gráfica 6, del 2016 al 2018 se estima que el porcentaje de la población adulta de Puerto Rico que no tiene un seguro de salud aumentó del 7.4% a un 8.3%, y luego bajó a un 3.8% en el 2022, lo que podría representar cientos de miles de personas²⁰. Esta reducción en el número de personas no aseguradas, sin embargo, ha sido temporera ya que ha estado relacionada a aumentos temporeros en los fondos federales y en la flexibilización de las políticas de Medicaid que permitieron que durante el periodo después del huracán María, y durante la pandemia se pudieran expandir el número de personas asegurados. Sin embargo, se espera que durante el año 2024 y en el cuatrienio del 2025 al 2028, el porcentaje y número de personas no aseguradas vuelva a aumentar significativamente.

¹⁹ <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/national-health-expenditures-2022-highlights#:~:text=U.S.%20health%20care%20spending%20grew,rate%20of%2010.6%25%20in%202020>

²⁰ Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), Center for Disease Control (CDC): https://www.cdc.gov/brfss/data_tools.htm.



Gráfica 6 - Porcentaje de la Población No Asegurada



Por otra parte, aún entre los que tienen un seguro de salud, el acceso y calidad de los servicios de salud es bien desigual o inadecuada ya que existe un rompecabezas de diferentes tipos de planes médicos y cubiertas. Por ejemplo, según la Oficina del Comisionado de Seguros (OCS), para el 2022 la distribución porcentual de la población asegurada en Puerto Rico por tipos de planes médicos fue la siguiente: 21.3 % en Medicare²¹, 45.6 % en Plan Vital, y 33.1% en planes médicos privados grupales o individuales²².

Por otra parte, cuando se examina la distribución total de las primas pagadas a los planes médicos, para el 2022 el 55.2% fue de Medicare, el 28.0% para el Plan Vital, y el restante 16.8% para los planes médicos privados grupales o individuales. En resumen, casi un 67% de la población asegurada y un 83.2% de las primas están bajo los programas de Vital y Medicare que se financian en básicamente a través de fondos públicos estatales y federales. Estos últimos, con una variedad de cubiertas y costos que mantienen la desigualdad en el acceso al cuidado de la salud.

Es decir, tenemos en Puerto Rico una industria de seguros de salud altamente subsidiada con fondos públicos los cuales han sabido utilizar para enriquecerse enormemente. Veamos, según los informes anuales de la OCS para el periodo del 2016

²¹ Incluyendo Medicare Original, Medicare Advantage, y Medicare Platino.

²² Datos del Informe Anual de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico para el 2022: <https://ocs.pr.gov/NuestraOficina/Pages/Informes-Trimestrales-OCS.aspx> .



al 2022, la industria de seguros de salud²³ generó un total de \$9,982 millones de dólares en gastos administrativos generales, gasto de ajustes de pérdidas y ganancia bruta que **constituyen según CMS el costo neto de los seguros de salud**²⁴. Esto represento en promedio un 13.3% del total de la prima devengada para este periodo y alrededor de \$891 millones fueron ganancias netas lo que contribuyó a un crecimiento de \$615 millones en el patrimonio neto de la industria de seguros de salud del 2016 al 2022 lo que represento un aumento de 73.2% en la riqueza de esta industria.

Por lo tanto, hay que derrumbar el mito que por años los portavoces de la industria de seguros de salud han planteado ante los medios de comunicación del país de que las aseguradoras privadas no han generado ganancias altas y que no se han estado enriqueciendo. Para esto han subestimado de manera artificial el margen real de ganancias de la industria de seguros debido a que han utilizado convenientemente una definición puramente contable de lo que es el margen de ganancias. Sin embargo, según nos indica la teoría económica de la demanda por seguros de salud²⁵, y las metodologías utilizadas por el *Bureau of Economic Analysis* (BEA)²⁶ y por CMS para estimar los componentes del gasto en salud para Estados Unidos, el margen real de ganancias de la industria de seguros debe calcularse utilizando como base solo el costo neto de los seguros de salud y no la totalidad de los ingresos.

²³ Según la OCS la industria de seguros de salud incluye las aseguradoras clasificadas como organizaciones de servicios de salud (HMO) y las aseguradoras de incapacidad domésticas.

²⁴ Centers for Medicare & Medicaid Services, National Health Expenditure Data.

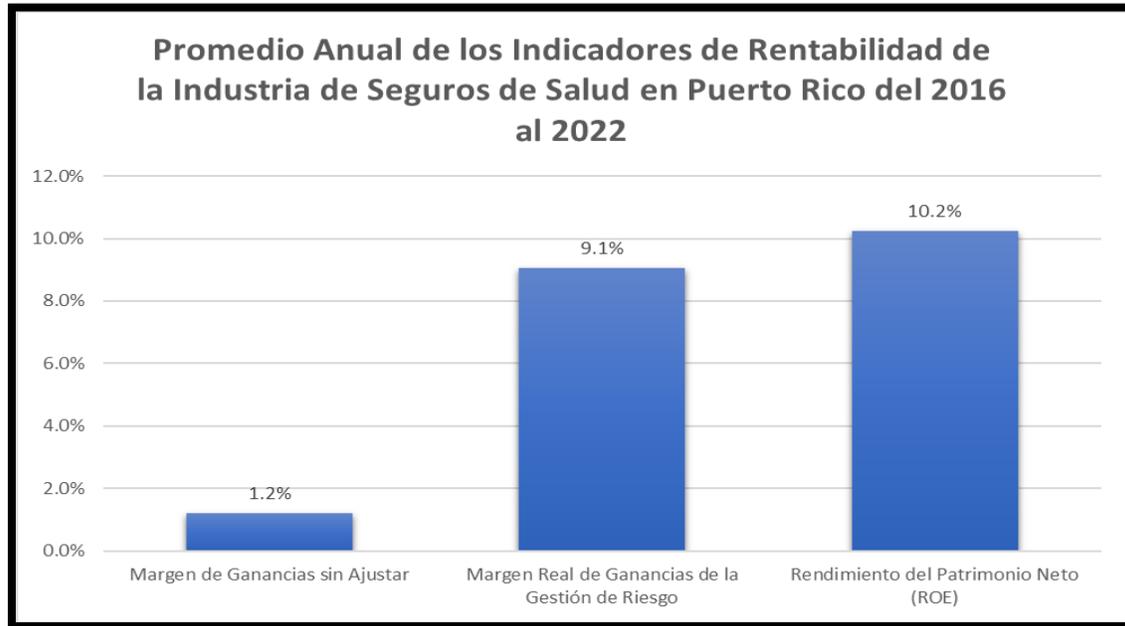
<https://www.cms.gov/data-research/statistics-trends-and-reports/national-health-expenditure-data>

²⁵ *The Economics of Health Reconsidered*, Chapter 5, (Fifth Edition, 2013). Lynn Unruh PhD, Andrew J. Barnes PhD & Thomas Rice PhD. Health Administration Press. <https://www.ache.org/learning-center/publications/books/2462i> .

²⁶ Bureau of Economic Analysis, Input-Output Accounts Data. <https://www.bea.gov/industry/input-output-accounts-data> .



Gráfica 7-Rentabilidad de la Industria de Seguros de Salud



En la Gráfica 7 se presenta para el periodo del 2016 al 2022 los estimados que hemos realizado, basados en los propios datos de los informes anuales de la OCS, del promedio anual del margen de ganancias sin ajustar, del margen real de ganancias producto de la gestión del riesgo²⁷, y del rendimiento anual promedio del patrimonio neto²⁸. Mientras que el promedio anual del margen de ganancias sin ajustar fue de solo un 1.2%, el promedio anual del margen real de ganancias producto de la gestión del riesgo fue de 9.1% y el rendimiento anual promedio del patrimonio neto fue de 10.2%. Es decir, que el margen real de ganancias de la industria de seguros fue 7.5 veces mayor al reportado tradicionalmente por la industria de seguros de salud.

Mas aún, los estudios económicos en Estados Unidos y Puerto Rico, incluyendo el estudio más reciente encomendado por la propia OCS, han encontrado consistentemente que los mercados de seguros de salud son altamente concentrados y

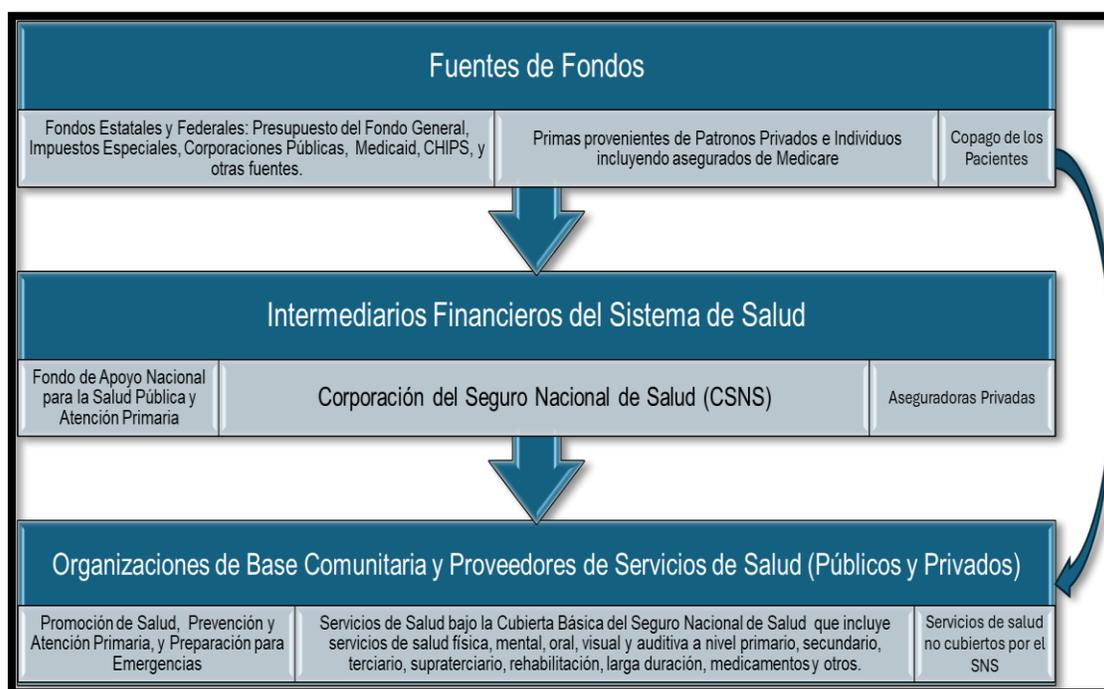
²⁷ El margen de ganancia sin ajustar se calcula dividiendo el ingreso neto entre el total de los ingresos generados por la aseguradora que incluye el total de las primas devengadas que incluye la parte de la prima pura (costo actuarial de los gastos médicos) y el costo neto de los seguros de salud (*loading fee*). Mientras que el margen de ganancia real producto de la gestión del riesgo se debe calcular dividiendo el ingreso neto entre el costo neto de los seguros de salud que corresponde al total de los gastos administrativos generales, ajuste de perdidas, y ganancia bruta.

²⁸ El rendimiento del patrimonio neto o ROE (*Return on equity*) se calcula dividiendo el ingreso neto entre el patrimonio neto (*equity*) de la aseguradora.



de tipo oligopolístico donde un puñado de aseguradoras han acumulado enormes riquezas²⁹. A su vez, este puñado de compañías no solo utiliza su enorme poder económico para controlar el mercado, sino también para controlar los medios de comunicación, contratar a cabilderos y portavoces, algunos de los cuales se hacen pasar por analistas políticos, y para financiar e influenciar a los líderes políticos del PNP y PPD para que defiendan sus intereses en el Capitolio y en la Fortaleza. **En conclusión, le hemos quitado la máscara al lobo disfrazado de oveja que es la industria de seguros de salud y demostrado que su discurso tradicional es simplemente propaganda y falso.**

Gráfica 8- Nuevo Esquema de Financiamiento del Sistema de Salud



Esto implica que para alcanzar la meta de una cobertura universal de salud donde toda la población tenga un seguro de salud con una cubierta amplia y adecuada de servicios necesitamos hacer una reingeniería del esquema de financiamiento prevaleciente que

²⁹ Estudio de los economistas Ramón J. Cao García, Ph.D. y José J. Cao Alvira, Ph.D., titulado *Un Estudio Económico de las Compañías de Seguros de Salud y sus Proveedores de Servicios para Identificar Posibles Enmiendas a la Regla Núm. 91* de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.



está basado en el enriquecimiento de las aseguradoras privadas, sus dueños y accionistas. En la Grafica 8 presentamos de forma simplificada el esquema de financiamiento del sistema de salud que el PIP va a implementar para lograr la cobertura universal de la población, hacer un uso más eficiente de los fondos, y aumentar la inversión en el componente en los programas y servicios de promoción de la salud, prevención y atención primaria, y preparación para emergencias en salud pública. En la próxima sección explicamos en detalle cada componente del esquema de financiamiento propuesto.

3.1.2 PROPUESTAS

3.1.2.1 ESTABLECIMIENTO DE UN SEGURO NACIONAL DE SALUD

Para usar de manera más eficiente y efectiva los fondos disponibles destinados al cuidado de la salud de nuestra población el PIP propone la creación de un **Seguro Nacional de Salud (SNS)** público que cubra a toda la población de Puerto Rico **durante todo su ciclo de vida** no importa su nivel socioeconómico y tendrá las siguientes características esenciales:

- 1) todo individuo residente en Puerto Rico cualificará para el mismo no importa su edad, estatus laboral, estatus marital, estatus legal, ni estado de salud.
- 2) tendrá una **cubierta amplia** de servicios incluyendo servicios de prevención primaria, atención de nivel primario, secundario, terciario, supraterciario, de rehabilitación y cuidado prolongado, medicamentos de primera línea, procedimientos quirúrgicos, laboratorios, estudios de imágenes y rayos x, ambulancia, entre otros.
- 3) tendrá una **cubierta integrada** de servicios incluyendo salud física, salud mental, salud oral, salud visual, y salud auditiva.

Para administrar el SNS se creará la **Corporación del Seguro Nacional de Salud (CSNS)** que será una corporación sin fines de lucro encargada de canalizar y administrar los fondos para operar el seguro de salud, y de pagar a los proveedores de servicios de salud. El CSNS funcionará como una cooperativa de tal manera que todos los asegurados junto al gobierno de Puerto Rico serán codueños y accionistas. La gobernanza participativa también deberá prevalecer en el CSNS por lo que estará dirigido por una Junta donde habrá representación de los siguientes sectores: gobierno central, incluyendo el Departamento de Salud y el Departamento de Hacienda; habrá representantes de los asegurados que serán electos en asambleas regionales según las regiones de salud definidas por el Departamento de Salud; y por último de los proveedores de servicios de salud. La Administración de Seguros de Salud (ASES), la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE), y la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) serán reorganizadas ya que gran parte de sus fondos, personal y funciones serán eventualmente reasignados y trasladados al CSNS.



El CSNS obtendrá sus fondos de las siguientes fuentes:

- 1) Fondos estatales provenientes del presupuesto general del gobierno central de partidas existentes y posibles impuestos especiales al consumo de productos dañinos a la salud y a ingresos pasivos.
- 2) Fondos federales en bloques provenientes de *Medicaid*, del *Children Health Insurance Program (CHIP)* y otros programas.
- 3) Primas que se calcularán de manera actuarial usando como base el riesgo promedio de la población a ser asegurada y ajustada por el ingreso de las personas. Estas primas se nutrirán total o parcialmente de las primas que actualmente pagan los patronos (públicos y privados), su empleomanía, e individuos autoempleados, jubilados, y beneficiarios de *Medicare* a las siguientes entidades: la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE), la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA), y los planes médicos privados.

3.1.2.2 IMPLEMENTACIÓN DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD

Como explicamos a continuación, el establecimiento del SNS representará una transformación profunda del financiamiento de los servicios de salud donde las aseguradoras privadas, con la excepción del mercado de seguros para la cubierta de *Medicare*, ya no podrán ofrecer planes médicos que cubran los mismos servicios que se ofrecen bajo la cubierta del SNS. Sin embargo, las mismas podrán vender cubiertas complementarias³⁰ para los servicios de salud que no estén cubiertos bajo el SNS. En específico, proponemos que la implementación se haga de forma gradual y siguiendo las siguientes etapas durante el cuatrienio del 2025 al 2028:

- 1) Etapa I: se legislará para crear CSNS y se establecerá la cubierta de servicios de salud del SNS. La determinación de las tarifas y pagos será un proceso participativo y transparente con el insumo de los proveedores de servicios de salud y evitando modelos de pago que comprometan la ética y confianza médico-paciente. Para esto se asignará un presupuesto anual al **Instituto de Estadísticas de Puerto Rico** para que estime los costos de producción de los diferentes servicios de salud para usarlos como base en el proceso de determinar las tarifas y métodos de pagos a los proveedores. Mientras tanto, el gobierno de Puerto Rico negociará con CMS para que los fondos federales de *Medicaid* y de *CHIP* puedan ser utilizados para financiar el SNS como fondos en bloque. Se

³⁰ En esta propuesta cubiertas complementarias se define como las cubiertas de planes médicos privados que van dirigidas a cubrir servicios y beneficios de salud que no están incluidos en la cubierta del SNS.



iniciará el plan de transición de los servicios ofrecidos por ACA y FSE, incluyendo los cambios de ley y la captación del recurso humano con experiencia.

- 2) Etapa II: los fondos provenientes de las fuentes estatales, de *Medicaid*, *CHIPS*, y del cobro de primas a patronos públicos y privados, su empleomanía e individuos empiezan a nutrir el fondo mancomunado del CSNS primordialmente para que la población de que no está cubierta por Medicare pueda registrarse y estar cubierta bajo el SNS incluyendo la población que actualmente no tiene un seguro de salud, los que tienen planes médicos privados, y los que están bajo el Plan Vital. Además, los planes médicos privados podrán empezar a vender las cubiertas complementarias al SNS a la población ya asegurada.
- 3) Etapa III: el gobierno de Puerto Rico negociará con CMS que se certifique al SNS como aseguradora de Medicare para las cubiertas de servicios bajo las Partes A, B, D y *Medigap*. De esta manera los asegurados de Medicare tendrían la opción de asegurarse a través del SNS pagando una prima como lo hacen actualmente a través de los planes médicos privados bajo *Medicare Original*, *Medigap*, *Medicare Advantage* o *Medicare Platino*³¹. Proponemos que el SNS a través de las economías de escala, mayor eficiencia administrativa y un mejor manejo del riesgo financiero pueda ofrecer una cubierta amplia de servicios con una prima sumamente competitiva de forma tal que eventualmente una mayoría de los asegurados de Medicare escoja el SNS como su plan médico.

Al final de la Etapa III esperamos eventualmente alcanzar la meta de que gran parte o el 100% de la población de Puerto Rico estará cubierta bajo el SNS. Preliminarmente, hemos estimado que para cubrir al 100% de la población de Puerto Rico y dependiendo de la amplitud de la cubierta de servicios, el CSNS necesitará capturar alrededor del 75% al 80% de la totalidad de las primas que actualmente recibe la industria de seguros de salud en Puerto Rico. El restante 20% a 25% de las primas suscritas caerían bajo el mercado privado de cubiertas complementarias.

Sin embargo, para garantizar el uso adecuado de los fondos, por legislación se estipulará que el CSNS tendrá que invertir un mínimo del 95% de los ingresos que reciba en pagar por los gastos médicos de los asegurados. Es decir, que la “proporción de pérdida médica” (*Medical Loss Ratio* en inglés) no podrá ser menor a un 95% lo que es más alto que el promedio anual de 86.4% para la industria de seguros de

³¹ Medicare Platino es el plan de Medicare Advantage para los asegurados de Vital que son también elegibles a Medicare.



salud en Puerto Rico para el periodo del 2016 al 2022³² según datos de la OCS. De esta manera garantizamos que la mayor parte de los recursos se inviertan en la atención de los pacientes y no vayan a parar en las arcas de las aseguradoras privadas.

3.1.2.3 VENTAJAS DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD

A través del establecimiento del SNS no solo nos proponemos lograr eventualmente la meta de la cobertura universal para la población de Puerto Rico, sino que también tendremos un esquema de financiamiento de los servicios de salud mucho más eficiente por las siguientes razones:

- 1) Dispersión más eficiente del riesgo financiero a través de un fondo mancomunado donde toda la población está cubierta.
- 2) Eficiencias de escala en el área administrativa para minimizar el gasto administrativo promedio por persona asegurada.
- 3) Utilización del poder de compra de SNS para negociar y regatear precios más bajos de medicamentos de primera línea, suministros y equipos médicos directamente con las farmacéuticas, manufactureros y/o distribuidores.
- 4) Reducción al mínimo necesario todo los requisitos y procesos administrativos relacionados a la elegibilidad de los participantes del SNS³³.
- 5) Reducción de los gastos de publicidad exorbitantes que existen actualmente y se enfocarán los esfuerzos publicitarios en educar la población sobre los beneficios del SNS y cómo inscribirse en el mismo.
- 6) Los proveedores y profesionales de la salud también reducirán sus gastos administrativos asociados a la facturación y pago de reclamaciones.
- 7) La organización que maneje el SNS será una sin fines de lucro, por lo tanto, el salario, compensación y gastos asociados al personal gerencial será uno adecuado, pero no exorbitante ni superfluo.
- 8) Desde el punto de vista del mercado laboral, el SNS facilitará la movilidad laboral, ya que las personas empleadas que no están satisfechas con sus empleos puedan explorar más libremente mejores oportunidades de empleo sin tener el riesgo de perder los beneficios de un plan médico. De hecho, también incentivará el empresarismo y los pequeños negocios ya que tendrán garantizados la cubierta médica del SNS.
- 9) Por último, al tener a toda la población bajo un mismo plan médico permitirá que la información para cada asegurado sobre los diagnósticos, utilización y gastos de los servicios de salud bajo la cubierta del SNS estén todos bajo un mismo sistema de datos e informática. Esto facilitará el monitoreo y la vigilancia epidemiológica

³² Estimados según datos de los Informes Anuales de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico: <https://ocs.pr.gov/NuestraOficina/Pages/Informes-Trimestrales-OCS.aspx> .

³³ <https://www.elnuevodia.com/noticias/locales/notas/esto-es-inhumano-avalancha-de-personas-en-oficinas-de-medicaid-tras-acercarse-la-hora-cero-para-recertificaciones/>



para la salud pública y el mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de salud.

Finalmente, las eficiencias y ahorros que se van a generar con el establecimiento del SNS pueden a su vez invertirse para mejorar nuestro sistema de salud en las siguientes áreas; promoción y educación en salud; expandir la cobertura de servicios de salud del SNS; disminuir los deducibles, copagos y coaseguros que pagan los asegurados; aumentar las tarifas y pagos a los proveedores y profesionales de la salud; e invertir para aumentar el acceso a servicios de atención primaria y de especialistas.

3.1.2.4 FONDO DE APOYO NACIONAL PARA LA SALUD PÚBLICA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA

Además de tener una cobertura universal de servicios de salud es sumamente importante tener un sistema de salud efectivo, eficiente, robusto y resiliente con suficientes fondos y recursos dirigidos a fortalecer el componente de salud pública que incluye la promoción de la salud, la prevención primaria de las enfermedades, la preparación para emergencias y la atención primaria de salud. Sin embargo, según estimados de un estudio realizado por la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la UPR para el Departamento de Salud, para el periodo del 2010 al 2018 la inversión total en salud pública estaba por debajo del 4.0% del gasto total en salud³⁴. Por lo tanto, si queremos a mediano y largo plazo mantener a la población saludable, mejorar su calidad de vida y contener el aumento en los gastos de salud no tenemos otra alternativa como sociedad que aumentar la inversión en salud pública en términos absoluto y relativo.

Por lo tanto, para aumentar la inversión en salud pública y la atención primaria, el PIP propone la creación por ley del Fondo de Apoyo Nacional para la Salud Pública y la Atención Primaria (FANSPAP). Este tendrá como propósito aumentar la inversión en programas, intervenciones y actividades de promoción de la salud, de prevención primaria, de preparación de emergencias en salud pública y de atención primaria de salud particularmente para comunidades vulnerables, aisladas y de bajos ingresos a través de todo Puerto Rico. Hemos estimado preliminarmente que el FANSPAP podrá comenzar con una inversión inicial a \$100 millones anuales en el 2025 que gradualmente podrá ser aumentado. Los mismos se distribuirán de la siguiente manera: 40% para la promoción de la salud y prevención primaria; 40% para la atención primaria de salud; y el restante 20% para la preparación de emergencias en salud pública. EL FANSPAP se podrá nutrir de varias fuentes como asignaciones del fondo general, partidas específicas

³⁴ Gastos en Salud del 2010 al 2018, Estudio de Salud en Puerto Rico 2019 Para la Elaboración del Plan Estratégico 2020-2025, Departamento de Salud de Puerto Rico (2020).



provenientes de impuestos a productos que son dañinos a la salud, de donativos de fundaciones, corporaciones e individuos.

El Fondo será manejado por el Departamento de Salud, pero tendrá un Consejo Asesor que determinar las políticas y criterios para el uso de los fondos y preparar el reglamento de este. El Departamento de Salud podrá retener hasta un máximo del 2.5% de los fondos para la administración, fiscalización, y evaluación de estos. El Consejo Asesor estará compuesto por un representante de cada uno de los consejos de salud regionales (CSR), la academia, y organizaciones sin fines de lucro. Los fondos se distribuirán de la siguiente forma:

- 1) El 40% de los fondos correspondientes al componente de promoción de la salud y prevención primaria se otorgarán exclusivamente a organizaciones de base comunitaria sin fines de lucro para proyectos en comunidades donde al menos el 50% de la población este por debajo del nivel de pobreza y estén dirigidos a mantener las comunidades saludables.
- 2) El otro 40% correspondiente a la atención primaria de salud se otorgarán a organizaciones de base comunitarias y a centros de salud primarias sin fines de lucro que planeen establecer, expandir o fortalecer los servicios de atención primaria en comunidades con poblaciones donde al menos el 50% de la población este por debajo del nivel de pobreza y que tengan problemas de acceso a estos servicios.
- 3) Finalmente, el restante 20% de los fondos se otorgarán a las organizaciones de base comunitarias sin fines de lucro, centros de atención primaria, hospitales y otras facilidades de salud para fortalecer la preparación para emergencias de salud pública a nivel comunitario y del sistema de salud.

La meta es que gradualmente los fondos asignados al FANSPAP vayan aumentando de forma tal que la inversión en salud pública, prevención y atención primaria, y preparación para emergencias logre revertir al aumento creciente en los gastos de salud en la medida en que logremos reducir la incidencia y prevalencia de condiciones crónicas y estar mejor para las emergencias en salud pública como los huracanes, epidemia y pandemias.



3.2 META 2: TRANSFORMAR EL SISTEMA DE SALUD HACIA UN ENFOQUE QUE PRIORICE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE ENFERMEDADES Y LA ATENCIÓN PRIMARIA A NIVEL COMUNITARIO.

3.2.1 INTRODUCCIÓN

Los servicios de promoción de la salud y prevención primaria de enfermedades desempeñan roles cruciales en los sistemas de salud, enfocándose en mantener y mejorar la salud de las poblaciones, reduciendo la incidencia de enfermedades crónicas y agudas, y disminuyendo la necesidad de atención médica de alto costo. Estos servicios son fundamentales por varias razones:

- 1) Mejorar la salud pública: La promoción de la salud y la prevención primaria de enfermedades buscan mejorar la salud general de la población a través de actividades que fomentan estilos de vida saludables, como la nutrición adecuada, la actividad física regular, y la prevención del tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol y mediante la creación de entornos que favorezcan la salud y otras estrategias de intervención.
- 2) Reducción de la carga de enfermedades crónicas: Muchas enfermedades crónicas, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, pueden prevenirse mediante intervenciones tempranas y cambios ambientales, sociales y en los estilos de vida. Estas acciones no solo mejoran la calidad de vida de los individuos, sino que también reducen los costos asociados con el tratamiento de enfermedades avanzadas.
- 3) Eficiencia económica: La prevención primaria de enfermedades es más costo-efectiva que su tratamiento. Invertir en servicios de promoción de la salud y prevención puede reducir significativamente los gastos médicos al disminuir la necesidad de tratamientos costosos, hospitalizaciones y procedimientos quirúrgicos.
- 4) Equidad en salud: Estos servicios juegan un papel vital en la reducción de disparidades en salud entre diferentes grupos socioeconómicos, ofreciendo programas de prevención y promoción accesibles a comunidades desfavorecidas, lo que contribuye a una sociedad más equitativa.
- 5) Fortalecimiento de la capacidad comunitaria: La promoción de la salud involucra a la comunidad en la gestión de su propio bienestar, fortaleciendo las capacidades comunitarias para identificar y resolver problemas de salud, y fomentando la creación de entornos saludables.
- 6) Respuesta a emergencias de salud pública: Los servicios de prevención primaria son esenciales para la preparación y respuesta ante emergencias de salud



pública, como pandemias y brotes de enfermedades, a través de la vacunación, educación en salud y medidas preventivas.

La inmensa mayoría de las discapacidades, morbilidad, pérdida de calidad de vida y causas de muertes en Puerto Rico son producto o están asociadas a condiciones crónicas de salud que afectan más severamente y de manera desproporcionada a las comunidades y poblaciones más vulnerables, aisladas y de escasos recursos económicos de nuestra patria. Por lo tanto, es imprescindible que para poder reducir las inequidades en salud y el crecimiento en los gastos de salud aumentemos la inversión en salud pública en cuanto a la promoción de la salud y prevención primaria dirigidos particularmente a beneficiar a las comunidades y poblaciones que más lo necesitan.

Por otra parte, la atención primaria de salud (APS) es fundamental para el sistema de salud de cualquier país, actuando como el primer nivel de contacto entre los individuos y el sistema de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado su importancia desde la Declaración de Alma-Ata³⁵ en 1978, enfatizando que la APS es clave para alcanzar el objetivo de "Salud para Todos". A continuación, se describe el rol y la importancia de la APS para la salud de la población³⁶:

- 1) Acceso universal a la atención de salud: La APS busca proporcionar un acceso equitativo a servicios de salud básicos y esenciales para toda la población, independientemente de su ubicación geográfica o capacidad económica.
- 2) Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Además de tratar enfermedades, la APS pone un fuerte énfasis en la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables, incluyendo la vacunación, alimentación nutritiva, accesible y equitativa, el cernimiento para la detección temprana y tratamiento oportuno de las enfermedades y la educación en todos los temas preventivos y protectores para la salud.
- 3) Atención integral y continua: Ofrece una atención que abarca desde la prevención y el tratamiento hasta la rehabilitación y los cuidados paliativos, siguiendo a los pacientes desde su gestación a lo largo de toda su vida.
- 4) Coordinación de la atención: La APS actúa como coordinadora o navegador del cuidado del paciente, asegurando una transición fluida entre los diferentes niveles del sistema de salud cuando se requiere atención especializada.
- 5) Enfoque centrado en la persona: Se enfoca en las necesidades para mantener la salud de los individuos y las comunidades, en lugar de solo atender las enfermedades, lo que promueve una atención más personalizada y humana.
- 6) Mejora de la salud pública: Los sistemas de salud con una fuerte APS tienen mejores indicadores de salud, incluyendo menores tasas de mortalidad infantil y de la madre asegurando una mayor esperanza de vida.

³⁵ <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

³⁶ <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>



- 7) Eficiencia económica: La APS reduce la necesidad de servicios de salud más costosos, como las hospitalizaciones y procedimientos especializados, al prevenir enfermedades y detectar problemas de salud en etapas tempranas.
- 8) Equidad en salud: Proporciona un medio para reducir las disparidades en salud y los determinantes sociales de la salud entre diferentes grupos socioeconómicos y regiones geográficas.
- 9) Respuesta a emergencias de salud pública: La APS es esencial en la respuesta a emergencias de salud pública, como pandemias y desastres naturales, ofreciendo una plataforma para la implementación de medidas de salud pública, vacunación, acceso a alimentos nutricionales y primeros auxilios psicológicos.

La mayor parte de los servicios de atención primaria se ofrecen en centros de atención primaria de salud como son los centros de salud primaria 330, Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDTs), clínicas de salud privadas como los IPAS, y oficinas privadas de profesionales de la salud. Por ejemplo, actualmente hay alrededor de 21 centros de salud primaria 330 que operan sobre 100 clínicas sirviendo a 68 municipios de la isla incluyendo a Vieques y Culebra y están agrupados bajo la Asociación de Salud Primaria de Puerto Rico (ASPPR) y la Alianza 330. Para el 2022, esta red de centros atendió a 446,903 pacientes de los cuales el 22,659 (5.0%) no tenían seguro de salud, 299,525 (67.0%) eran de Vital, 60,868 (13.6%) eran de Medicare, y 63,851 (14.3%) eran de planes médicos privados.

Sin embargo, según del *U.S. Census Bureau* para el 2022 el 41.7% de la población en Puerto Rico estaba bajo el nivel de pobreza y de estos los centros 330 atendieron a 318,284 (24%), es decir, casi una cuarta parte. Por lo tanto, las restantes tres cuartas partes de la población bajo el nivel de pobreza que son alrededor de un millón de compatriotas está siendo atendida por los otros proveedores de salud primaria o simplemente no están recibiendo los servicios que necesitan. Sin embargo, la población que vive bajo el nivel de pobreza y que vive en las áreas rurales de Puerto Rico enfrenta desafíos significativos en cuanto al acceso a servicios de salud. De hecho, la tasa de pobreza en las áreas rurales de Puerto Rico es del 60.0%, en contraste con el 47.7% en las áreas urbanas. Estos desafíos se deben a varios factores además de la pobreza, como la falta de educación y el desempleo, que son más pronunciados en estas áreas en comparación con las zonas urbanas. Además, un 24.1% de la población rural no ha completado la educación secundaria, y la tasa de desempleo en estas áreas es del 10.4%.

Sin embargo, uno de los factores más importantes para la falta de acceso a servicios de salud es la poca disponibilidad de servicios que estén cercanos a las comunidades rurales particularmente en los municipios y barrios de la Cordillera Central de nuestra patria. Hay muchas comunidades donde la población tiene que viajar una hora o más para encontrar los servicios que necesita. Esto es así aún con la presencia de las clínicas de los centros de salud primaria 330 en la región montañosa de nuestra patria. Esto se



debe a que existen “bolsillos” de comunidades que quedan bien distantes de las facilidades de servicios de salud y de los centros urbanos y que no son servidas adecuadamente por los proveedores de servicios de salud. Esto contribuye en parte a una gran inequidad en el acceso a servicios de salud primaria y del estado de salud de la población bajo el nivel de pobreza comparado con el resto de la población como veremos en la sección de Determinantes Sociales de la Salud.

Por lo tanto, para abordar estos desafíos, es crucial aumentar la inversión en infraestructura de salud en áreas rurales, fortalecer las redes de proveedores de salud que pueden atender a estas poblaciones, y asegurar que los servicios de salud sean accesibles económicamente para todos, independientemente de su situación económica o ubicación geográfica.

3.2.2 PROPUESTAS

3.2.2.1 RED NACIONAL DE COMUNIDADES SALUDABLES

Para aumentar los esfuerzos dirigidos a la promoción de la salud y prevención, el PIP propone la expansión y fortalecimiento de proyectos de **Comunidades Saludables** que son iniciativas diseñadas para mejorar la salud y el bienestar de la población en comunidades específicas. Estos proyectos se basan en el principio de que los determinantes sociales de la salud impactan su salud y a través de la autogestión comunitaria puedan identificarlos, entenderlos y modificarlos para crear una comunidad lo más sana posible³⁷. Aquí hay algunos ejemplos de las iniciativas y programas que los proyectos de Comunidades Saludables pueden incluir:

- 1) Promoción y protección de una alimentación nutritiva: Esto se logra con:
 - a) La disponibilidad. Se reconoce como tema transversal y este tema será discutido con más detalles en el sector de agricultura. La disponibilidad va a depender de la agricultura en el país, la producción de alimentos, la reducción de pérdidas post cosechas; de las políticas comerciales; del volumen de las importaciones versus exportaciones; de los precios internacionales de los alimentos; de la cantidad de fondos para importar alimentos y de la capacidad de ayuda alimentaria a la población de pobre acceso. El ejemplo del enfoque comunitario de mejorar la disponibilidad de alimentos nutricionales podría ser el fomentar y establecer huertos comunitarios, facilitando alimentos asequibles y frescos.
 - b) El acceso. PR tiene el 1er lugar al comparar los costos de canasta básica con América Latina. 43% de la población vive bajos niveles de pobreza. Será discutido como tema transversal con más detalles tanto en el sector de economía y el de medio ambiente. El acceso depende de aspectos

³⁷ https://www.cdc.gov/healthyplaces/docs/healthy_community_design_s.pdf



- económicos, físicos (geográficos) y culturales. Se espera que las personas tengan los recursos para comprar, intercambiar, cosechar, producir u obtener los niveles apropiados de alimentos necesarios para mantener una dieta y nivel de nutrición adecuados y por consiguiente conservar la salud o controlar sus condiciones de salud; además, para que esto ocurra los alimentos deben de estar disponibles y que los individuos puedan llegar a ellos sin barreras. El programa de huertos comunitarios y escolares facilitarán el acceso a gran parte de la población sobre todo en áreas geográficas y de poblaciones vulnerables.
- c) **Uso y Consumo adecuado de los alimentos.** En PR 1.5 Millones de personas sufren de alguna enfermedad crónica. 68% de la población vive con sobrepeso u obesidad Debemos de educar para lograr que la capacidad de la población para decidir adecuadamente sobre la forma de seleccionar, almacenar, preparar, distribuir y consumir los alimentos sea la adecuada para conservar su salud o controlar sus enfermedades. Entendiendo que también estas prácticas estarán determinadas por las costumbres, prácticas de alimentación, nivel educativo, el conocimiento sobre alimentación y nutrición que los individuos hayan obtenido a lo largo de su vida. Y que, además, estarán influenciada por el patrón de conducta y comportamiento, condiciones de salud existentes y acceso a servicios de cuidado y mantenimiento de la salud que tengan los individuos. Es indispensable la creación de programas de educación nutricional desde las edades escolares tempranas y estos programas de educación escolar en salud serán discutido con detalles en el área de educación, bajo educación en salud escolar. Y luego se debe de dar seguimiento a estos conceptos de alimentación nutritiva a través de toda la vida del individuo por medio de campañas masivas de educación en este tema tan vital para conservar la salud y controlar los problemas de salud.
- 2) **Fomento de la actividad física y recreación:** Los proyectos pueden incluir la construcción de parques, senderos para caminar o andar en bicicleta seguros, programas de ejercicio grupales comunitarios, y la promoción de eventos deportivos, de recreación, no necesariamente competitivos, comunitarios.
 - 3) **Prevenir problemas graves de salud mental y mejora de la salud mental:** Esto puede implicar, pero no se limita a, proporcionar servicios de detección temprana, apoyo psicológico, crear espacios seguros para la discusión de problemas de salud mental, y promover prácticas de bienestar como la meditación y el yoga.
 - 4) **Acceso a servicios de salud:** Los proyectos pueden trabajar para mejorar el acceso a la atención médica, incluyendo la prevención y el tratamiento de enfermedades, a través de clínicas móviles, campañas educativas sobre salud y medidas preventivas como la vacunación contra enfermedades prevenibles infecciosas, entre otros.
 - 5) **Entornos saludables:** Esto podría implicar iniciativas para mejorar la calidad del aire, tierra y del agua, reducir la exposición a sustancias tóxicas, y promover alimentación, viviendas y áreas de trabajo saludables.



Los proyectos de comunidades saludables a menudo requieren la colaboración de múltiples sectores, incluyendo gobiernos locales, organizaciones sin fines de lucro, empresas privadas, y los propios miembros de la comunidad, para ser efectivos. Su éxito se mide no solo en la mejora de los indicadores de salud de la población, sino también en la creación de entornos sostenibles que promuevan la salud y el bienestar a largo plazo. Las Comunidades Saludables son en última instancia proyectos comunitarios que a través de la organización y participación van dirigidos a empoderar a las comunidades para que ellas sean las protagonistas y tomen control de su salud y calidad de vida a nivel individual y colectivo³⁸.

Proponemos usar el 40% del Fondo de apoyo nacional para la salud pública y atención primaria (FANSPAP) dirigido a la promoción de la salud y la prevención primaria a para financiar de Comunidades Saludables proyectos para crear una **Red Nacional de Comunidades Saludables** a través de toda nuestra patria. Los fondos se asignarán a las organizaciones de base comunitarias sin fines de lucro por etapas para los siguientes componentes importantes;

- 1) hacer una evaluación de las necesidades de salud y sociales de la comunidad que incluya un perfil socioeconómico y epidemiológico de la misma,
- 2) generar de manera participativa y democrática un plan a cinco años sustentado en las mejores prácticas y evidencia disponible con metas, objetivos, actividades, e indicadores a ser evaluados y un presupuesto detallado para la transformación de la comunidad en una Comunidad Saludable,
- 3) y financiar las actividades y servicios que se proponen en el plan que pueden incluir alianzas con los Centros de Salud Primaria 330, IPAs, otras organizaciones sin fines de lucro, los municipios, la academia, y el sector privado.

Cada organización de base comunitaria escogida se le dará un máximo de \$500,000 anuales de forma recurrente para financiar su proyecto de Comunidad Saludable. Dado que para el primer año proponemos que el FANSPAP tenga una asignación de \$100 millones, el 40% del mismo son 40 millones lo que posibilita el que para el primer año se puedan financiar un mínimo de 80 proyectos de Comunidades Saludables a través de toda nuestra patria. Todos los proyectos se unirán en una Red Nacional de Comunidades Saludables que servirá de mecanismo para que las diversas comunidades puedan colaborar entre ellas, compartir experiencias, y aunar esfuerzos.

³⁸ <https://www.paho.org/es/historias/construyendo-comunidades-saludables-aprendiendo-caldas>



3.2.2.2 IMPULSO AL ROL DE LOS LIDERES COMUNITARIOS DE SALUD

Los líderes comunitarios de salud, también conocidos como promotores o trabajadores de salud comunitaria, juegan un papel vital en la mejora de la salud y el bienestar de las poblaciones, especialmente en comunidades marginadas o de difícil acceso³⁹. Estos actúan como enlaces entre los servicios de salud y la comunidad⁴⁰, desempeñando funciones clave que contribuyen significativamente al sistema de salud⁴¹. A continuación, describimos su rol e importancia:

- 1) Educación para la salud: Proporcionan información vital sobre salud y prevención de enfermedades, fomentando hábitos saludables y estilos de vida preventivos entre los miembros de la comunidad.
- 2) Asesoramiento y apoyo: Ofrecen asesoramiento personalizado y apoyo emocional a individuos y familias, especialmente en temas de nutrición, actividad física, y manejo de condiciones crónicas.
- 3) Enlace con servicios de salud: Facilitan el acceso a servicios de salud, ayudando a las personas a navegar el sistema de atención médica y conectarlas con los recursos de salud necesarios.
- 4) Participación comunitaria: Movilizan a la comunidad para participar en actividades y programas de salud, contribuyendo al desarrollo de entornos saludables y promoviendo la participación ciudadana en la toma de decisiones de salud.
- 5) Monitoreo de la salud comunitaria: Ayudan a monitorear y evaluar las necesidades de salud de la comunidad, identificando problemas de salud pública y colaborando en el diseño de intervenciones.
- 6) Promoción de la equidad en salud: Trabajan para reducir las disparidades en salud, asegurando que todos los sectores de la comunidad tengan acceso a la información y servicios de salud necesarios.
- 7) Mejora del acceso a la salud: Al ser miembros de las comunidades a las que sirven, los líderes de salud comunitaria tienen una comprensión única de las barreras culturales, económicas y lingüísticas que enfrentan sus comunidades, lo que les permite ofrecer servicios de salud más accesibles y pertinentes.
- 8) Prevención de enfermedades: A través de la educación y la promoción de estilos de vida saludables, contribuyen significativamente a la prevención de enfermedades crónicas y transmisibles.
- 9) Fortalecimiento de los sistemas de salud: Al mejorar la comunicación entre los servicios de salud y la comunidad, contribuyen a un sistema de salud más eficiente y centrado en el paciente.
- 10) Empoderamiento de la comunidad: Empoderan a los individuos y a la comunidad para tomar un papel activo en su salud y bienestar, fomentando la autosuficiencia y el desarrollo comunitario.

³⁹ <https://www.cdc.gov/minorityhealth/spanish/promotores/index.html>

⁴⁰ <https://www.paho.org/es/noticias/28-10-2022-promotores-salud-fortalecen-salud-comunitaria-pueblo-guarani-chaco-boliviano>

⁴¹ <https://prsciencetrust.org/community-health-promoters-capacity-building-program/>



Para fortalecer y expandir las actividades e iniciativas de promoción de la salud y prevención primaria y el empoderamiento de las comunidades, proponemos que, como parte de los proyectos de Comunidad Saludable, uno de los componentes importantes debe ser el adiestramiento y contratación de los residentes de sus propias comunidades como **Líderes Comunitarios de Salud (LCS)**. Un líder comunitario de salud podrá ser un residente de la comunidad con o sin estudios formales en el área de la salud, una enfermera, un educador en salud o un trabajador social.

Las organizaciones de base comunitarias podrán usar estos los fondos otorgados por el FANSPAP para sus proyectos de Comunidad Saludable para contratar recursos de la academia y de otras organizaciones sin fines de lucro que tengan las credenciales para adiestrar a los LCS. Además de servir como una fuente de empleo, los promotores serán la conexión entre las comunidades y el sistema de salud trabajando en estrecha colaboración con los centros y clínicas de salud primaria y sus equipos de profesionales de la salud en las áreas de medicina familiar, general, pediatría, ginecología, dental, enfermería, educación para la salud, nutrición, trabajo social y psicología entre otros. **La meta es que eventualmente tengamos un ejército de cientos de líderes comunitarios de salud impactando comunidades a lo largo y ancho de Puerto Rico.**

3.2.2.3 RED NACIONAL DE CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD

El PIP se propone crear una **Red Nacional de Centros Comunitarios de Salud** para fortalecer y expandir el acceso a los servicios de atención primaria de salud. Para crear esta red nos proponemos utilizar el 40% del Fondo de Inversión en Salud Pública y Atención Primaria (FANSPAP) lo que equivale para el primer año fiscal a cerca de \$40 millones basado en una asignación inicial de \$100 millones para el fondo. Los fondos se asignarán de forma recurrente a organizaciones de base comunitarias sin fines de lucro ya sea para fortalecer y expandir Centros Comunitarios de Salud (CCS) ya existentes o establecer nuevas clínicas en áreas donde no hay servicios disponibles. Para asignar los fondos proponemos el siguiente proceso y criterios:

- 1) El Departamento de Salud a través de los Consejos de Salud Regionales, descritos más adelante, harán un análisis para cada región de salud para identificar las comunidades a las cuales se les dará prioridad basado en criterios epidemiológicos, socioeconómicos, geográficos y de la disponibilidad de servicios de salud.
- 2) El Departamento de Salud hará pública una solicitud de propuestas por regiones de salud para anunciar la disponibilidad de los fondos para establecer las CCS. Los proponentes y recipientes solo podrán ser organizaciones de base comunitaria sin fines de lucro.



- 3) Las propuestas para **fortalecer y ampliar las CCS** ya existentes deberán tener los siguientes componentes:
 - a) Perfil general de la población a servir en términos epidemiológicos, demográficos y socioeconómico y descripción de la brecha existente entre la necesidad y disponibilidad de servicios existentes.
 - b) Descripción de los servicios provistos actualmente y como los fondos solicitados van a contribuir a fortalecer y ampliar los servicios que se ofrecen en la clínica para reducir o eliminar la brecha entre necesidad y disponibilidad de servicios. Los fondos podrán utilizarse para mejoras en la planta física, infraestructura, equipo y para aumentar el personal de la clínica.
- 4) Las propuestas para establecer **nuevos CCS** deberán contener los siguientes componentes:
 - a) Descripción de la ubicación y facilidades físicas donde ubicará la clínica y estimados de cualquier inversión en planta física, infraestructura y equipos que haya que realizar.
 - b) Descripción de los servicios de atención primaria que se ofrecerán en la clínica y el personal necesario para ofrecerlos. Los mismos deben incluir visitas al hogar para proveer servicios a personas encamadas, con dificultades de movilidad o personas de adultos mayores.
 - c) Cuál será la estructura organizacional del centro y su funcionamiento para garantizar la calidad en los servicios, la gobernanza democrática y la transparencia de los procesos administrativos y financieros.
 - d) Análisis económico sobre la viabilidad económica de establecer y operar el centro que incluya los costos operacionales y como se proyecta que el 75% o más de los mismos serán cubiertos por los ingresos generados por la facturación de servicios al SNS y a las aseguradoras privadas u de otras fuentes de ingreso.
- 5) Ya sea para centros existentes o nuevos, se requerirá que la población a servir sea de un mínimo de 5,000 personas y que al menos la mitad este bajo el nivel de pobreza.
- 6) El Departamento de Salud en consulta con el Consejo Asesor del FANSPAP evaluarán las propuestas y escogerán a los proponentes garantizando una distribución equitativa entre las regiones de salud.
- 7) Finalmente, la cantidad máxima de fondos recurrentes a otorgar para cada CCS será de un máximo de \$1,000,000 anuales o el 25% del total de costos operaciones cuál sea la cantidad mínima. En el caso de nuevas clínicas, el primer año de otorgación de los fondos los proponentes podrían utilizar los fondos para invertir en la planta física, infraestructura, equipos, tecnología y acondicionamiento de las facilidades, permisología y contratación de personal. El



requisito será que a más tardar a un año de haberse otorgado los fondos la clínica ya debe estar operando, aunque sea parcialmente.

Para el 2028, la meta del PIP es lograr que a través del FANSPAP se estén subsidiando parte de los costos operacionales de al menos 40 centros de salud comunitarios. Además, estos centros formarán parte de la **Red Nacional de Centros Comunitarios de Salud** que les servirá de plataforma para poder colaborar entre ellos, compartir datos, experiencias, y para hacer abogacía por el fortalecimiento de la atención de salud primaria.

La meta es que año tras año ir aumentando la inversión en los centros de salud comunitarios hasta que el Departamento de Salud determine que ya toda la población de nuestra patria tiene el acceso adecuado y oportuno a servicios de atención primaria. Por último, con el objetivo de mejorar y fortalecer la atención primaria a través de todo el país, el Seguro Nacional de Salud tendrá la encomienda de aumentar de forma sostenida las tarifas y pagos correspondientes a los servicios de atención primaria para todos los proveedores.



3.3 META 3: ASEGURAR UNA OFERTA ADECUADA DE PROFESIONALES Y PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD EN PUERTO RICO TANTO AHORA COMO EN EL FUTURO, PARA SATISFACER LAS DEMANDAS DE UNA POBLACIÓN QUE ENVEJECE RÁPIDAMENTE.

3.3.1 INTRODUCCIÓN

El PIP está consciente de los retos que representa transformar nuestro sistema de salud a uno orientado a la promoción, mantenimiento de la salud y a la prevención de la enfermedad, a la vez que damos el cuidado necesario a la población ya enferma. Para lograr ambos objetivos necesitamos una fuerza laboral enfocada y preparada en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención de salud primaria como puerta de entrada al sistema de salud. También, necesitamos tener el personal necesario y capacitado adecuadamente para proveer un cuidado óptimo a las personas enfermas.

Para cumplir con este rol dual del sistema de salud necesitamos, primero, priorizar en la formación, el reclutamiento y la retención de médicos primarios –entiéndase generalista, médico de familia, médico internista, pediatra, internista y pediátrico combinado, ginecólogos y geriatras –, enfermeras, dentistas, educadores en salud, profesionales de la salud mental y farmacéuticos entre otros. Y segundo, hay que asegurar que en adición contamos con los especialistas necesarios para proveer los cuidados a la población más enferma ya sea para curarlos, evitar las complicaciones y la incapacidad; y ofrecerle calidad de vida, incluyendo control de dolor hasta el final de la vida.

Sin embargo, los profesionales de la salud en Puerto Rico enfrentan varios desafíos y retos significativos que afectan tanto a la prestación de servicios de salud como a su propia práctica profesional. Estos incluyen:

- 1) Escasez y Éxodo de Profesionales de la Salud: En las últimas décadas nuestra patria ha experimentado una reducción en el número de profesionales de la salud incluyendo médicos, dentistas, enfermeras y otros profesionales. Este descenso ha sido causado en parte por la emigración hacia Estados Unidos buscando mejores condiciones laborales y salariales⁴² debido a dos factores importantes; la crisis socioeconómica que vive el país producto del colapso del modelo económico colonial del ELA y el control económico enorme de las aseguradoras sobre el nivel y método de pago a los profesionales de la salud y sobre el cuidado de la salud.

⁴² <https://efe.com/mundo/2023-02-19/el-sistema-de-salud-en-puerto-rico-otro-colapso-social-de-la-isla/>



Esto ha puesto a muchos profesionales de la salud en una situación económica difícil y también ha creado mucha frustración e insatisfacción en los médicos y otros profesionales de la salud que no pueden ofrecer al paciente la calidad de servicio que amerita en el tiempo apropiado. Por ejemplo, los retrasos en la aprobación de estudios de diagnóstico y tratamiento han creado una nueva burocracia de apelaciones que consumen tiempo no pagado y lesiona la salud de los pacientes y de los médicos.

- 2) Sistema de Cuidado Dirigido y Capitación: En el caso particular de los médicos que están contratados por las aseguradoras bajo el esquema de cuidado dirigido donde se utiliza la capitación (*capitation*) como método de pago ha sembrado un conflicto ético entre el bolsillo de los médicos primarios y los servicios que requiere el paciente, mientras asegura las ganancias de las aseguradoras. Todo esto conduce a la insatisfacción laboral y el agotamiento físico y mental (*burnout*) de los profesionales de la salud que genera que algunos profesionales reduzcan sus horas de trabajo, cambien de profesión u opten por emigrar.
- 3) Atracción del Mercado Laboral de Estados Unidos: Al mismo tiempo, la escasez de médicos, dentistas, enfermeras y terapeutas en Estados Unidos ha causado la búsqueda activa de profesionales de la salud nuestros que se les recluta pagándole mucho más y dándole beneficios marginales como plan de retiro, seguro de impericia y tiempo libre. También, les proveen mejores condiciones laborales y les reducen su carga de trabajo, ya sea proveyendo más ayuda para el trabajo no médico o creando turnos de horario limitado que les permita el descanso. Esto es muy distinto a la explotación que viven nuestros profesionales, muy en particular el personal de enfermería y los terapeutas. Esta tendencia hay que revertirla.
- 4) Sistema de Salud Desorganizado: Como hemos mencionado, tenemos un sector de la salud en Puerto Rico que está fragmentado, desarticulado y desorganizado y que no constituye un verdadero sistema de salud. La privatización de los centros de salud y la influencia política han contribuido a la desorganización y al colapso del sistema de atención médica, lo que ha complicado aún más la prestación de servicios eficientes y efectivos a la población.
- 5) Desafíos Financieros de los Hospitales: Los hospitales enfrentan problemas significativos relacionados con el financiamiento, el alto costo operacional y de energía eléctrica, y la modernización de infraestructuras anticuadas. Además, los hospitales se han afectado por la reducción poblacional y el descenso en los nacimientos. Además, gracias a las nuevas tecnologías y la expansión en el conocimiento, hoy día muchos procedimientos diagnósticos y curativos se hacen ambulatorios o requieren hospitalizaciones más cortas lo que les reduce los ingresos por facturación. Además, se destacan problemas de ciberseguridad que han afectado recientemente a numerosos hospitales en la isla⁴³.

⁴³ <https://www.metro.pr/noticias/2023/08/17/hospitales-exponen-los-factores-que-inciden-en-crisis-del-sector/>



- 6) Retos en la Regulación y Legislación: Existe una falta de implementación efectiva de medidas legislativas destinadas a mejorar el acceso a los servicios médicos y a regular la relación entre las aseguradoras y los proveedores de servicios de salud. Esto incluye regulaciones que deberían prohibir a las aseguradoras negar la debida autorización para procesos de hospitalización, tratamientos entre otros usualmente negados por no pares o por manejadores de casos que ponen en duda los criterios médicos.
- 7) Inequidad en la Distribución Geográfica de los Profesionales de la Salud: Además de la escasez de profesionales de la salud, también nuestro sistema padece de un problema serio de inequidad en la distribución geográfica de los profesionales. Esto provoca problemas de acceso a servicios de salud, particularmente en municipios y áreas rurales que carecen de acceso adecuado a médicos, dentistas, psicólogos y psiquiatras, entre otros. Para lograr que la distribución de los profesionales por área geográfica y por especialidad corresponda a las necesidades de cada región anticipamos una planificación cuidadosa que paree necesidades de salud y recursos humanos necesarios.
- 8) Efectos a Largo Plazo de la Pandemia del COVID19: La pandemia del COVID-19 ha tenido un impacto profundo y multifacético en los profesionales de la salud, tanto en Puerto Rico como a nivel mundial. A continuación, se presentan algunos de los efectos más significativos basados en información disponible y referencias generales:
 - a) Aumento de la carga de trabajo, estrés y agotamiento profesional: Los profesionales de la salud enfrentaron un aumento significativo en su carga de trabajo debido al alto número de pacientes con COVID-19, lo que requirió horas extras y turnos más largos. Esto llevo a niveles elevados de estrés, ansiedad y agotamiento profesional (burnout) entre los trabajadores de la salud, debido a la presión constante, el miedo al contagio y la gestión de casos graves y muertes por COVID-19. Por ejemplo, en el caso de los médicos, se estima que el 50% desarrollan Síndrome de Burnout (BOS por sus siglas en inglés) en algún momento de su carrera. Esto los pone a mayor riesgo de depresión y suicidio, siendo una de las profesiones con mayor tasa de suicidio.
 - b) Aumento en el costo de los materiales y equipos médicos. El aumento de a veces hasta un 200% en los costos de practicar la medicina nunca ha sido compensado del todo o las aseguradoras no han hecho los ajustes en las tarifas para compensar los gastos extras que trajo la pandemia y que se han quedado.
 - c) Desbalance de Vida-Trabajo: El desbalance vida-trabajo ha aumentado el esfuerzo de trabajo en perjuicio del bienestar de los profesionales de la salud. Este escenario laboral ha llevado a que menos escojan las carreras de profesionales de la salud, a que cambien de carrera, a retirarse



- prematuramente o a que reduzcan sus horas de trabajo para complementar con otros trabajos que le den mayor satisfacción y remuneración.
- d) **Riesgo de exposición y contagio:** Los profesionales de la salud han estado en primera línea de riesgo de exposición al virus, lo que ha resultado en tasas más altas de infección entre este grupo en comparación con la población general.
 - e) **Adaptación a nuevas prácticas y tecnologías:** La pandemia aceleró la adopción de tecnologías de telemedicina y ha requerido la adaptación a nuevas prácticas de seguridad e higiene para prevenir la transmisión del virus.
 - f) **Impacto emocional y psicológico:** El manejo de pacientes con COVID-19, especialmente durante los picos de la pandemia, ha tenido un impacto emocional y psicológico significativo en los profesionales de la salud, incluyendo el trauma de perder pacientes y la dificultad para separar las experiencias del trabajo de su vida personal.

Estos son solo algunos de los desafíos y se requieren una acción coordinada y sistemática por parte de las autoridades gubernamentales, los profesionales de la salud, y otros actores relevantes del sistema de salud en Puerto Rico para mejorar la situación de los profesionales de la salud en nuestra patria. La propuesta de un plan nacional de salud con acceso y cobertura universal es un paso importante en la dirección correcta.

3.3.2 PROPUESTAS

Para retener a los profesionales de la salud en Puerto Rico y lograr más equidad en la distribución geográfica de los mismos, el PIP propone ya sea mediante legislación o iniciativas de la rama ejecutiva las siguientes medidas e iniciativas:

- 1) Realizar un **Estudio del Mercado Laboral de los Profesionales de la Salud** cada cinco años por el Departamento de Salud en colaboración con el Departamento del Trabajo, el Instituto de Estadísticas y los Consejos de Salud Regionales (CSR) para todo Puerto Rico y para cada una de las regiones de salud. Este estudio debe proporcionar una base sólida para entender las dinámicas del mercado laboral de los profesionales de la salud en Puerto Rico, permitiendo diseñar estrategias dirigidas a mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios, la satisfacción laboral de los profesionales de la salud, y la eficiencia del sistema de salud en general. El mismo deberá contener los siguientes elementos:
 - a) **Demanda de Profesionales de la Salud:** Análisis detallado de las especialidades médicas y áreas de la salud con mayor demanda en Puerto Rico, considerando factores como el envejecimiento de la población,



- enfermedades prevalentes y emergentes, y la necesidad de servicios de salud mental.
- b) Oferta de Profesionales de la Salud: Evaluación de la disponibilidad de profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeras, técnicos y otros especialistas. Análisis de las tendencias de graduados en las facultades de medicina y ciencias de la salud, así como la emigración de profesionales de la salud.
 - c) Brechas de Habilidades y Competencias: Identificación de las discrepancias entre las habilidades y competencias de los profesionales de la salud disponibles y las necesidades del sector salud, incluyendo la preparación en nuevas tecnologías médicas, atención a la salud digital e inteligencia artificial.
 - d) Análisis Salarial en el Sector Salud: Estudio de las tendencias salariales para diferentes roles dentro del sector salud, incluyendo comparaciones con otras jurisdicciones y el análisis de factores que influyen en la remuneración, como la especialización y la experiencia.
 - e) Tendencias de Empleo en Salud: Investigación sobre las modalidades de empleo emergentes en el sector salud, como el teletrabajo en telemedicina, la contratación temporal, y cambios en las expectativas laborales, especialmente en el contexto del efecto de la pandemia de COVID-19.
 - f) Políticas Laborales y Legislación en Salud: Revisión de las políticas y legislaciones que afectan específicamente al sector salud, tales como normativas sobre licencias profesionales, acreditación de instituciones de salud, y regulaciones sobre prácticas médicas.
 - g) Educación y Formación en Salud: Análisis de cómo las instituciones educativas y programas de educación continua se están adaptando a las necesidades cambiantes del sector salud, incluyendo la formación en nuevas tecnologías, atención sanitaria preventiva, y enfoques holísticos de la salud.
 - h) Movilidad Laboral de los Profesionales de la Salud: Estudio sobre la movilidad geográfica y profesional de los trabajadores de la salud dentro de Puerto Rico y en el extranjero, incluyendo los factores que influyen en la decisión de migrar o cambiar de especialidad.
 - i) Inclusión y Diversidad en el Sector Salud: Evaluación de la diversidad e inclusión entre los profesionales de la salud, identificando barreras y oportunidades para mejorar la representación de grupos minoritarios y promover ambientes de trabajo inclusivos.
 - j) Impacto Económico y Social del Sector Salud: Análisis del impacto de las tendencias laborales en salud sobre la economía de Puerto Rico, la calidad de la atención sanitaria, y el bienestar social, incluyendo recomendaciones para fortalecer el sistema de salud.
- 2) Facilitar la incorporación de los graduados a la vida laboral mediante legislación que facilite la integración inmediata de los profesionales de la salud a la práctica correspondiente una vez se gradúen. En el caso del Seguro Nacional de Salud



(SNS) todo profesional de la salud debidamente licenciado automáticamente cualificará para ser proveedor de los asegurados del SNS no importa si es un recién graduado o tenga muchos años de experiencia. En el caso de las aseguradoras privadas se legislará para acelerar y flexibilizar el proceso de contratación que puede durar hasta un año o prohibir que se restrinja injustamente la contratación de nuevos profesionales. El proceso de validar las credenciales ha de ser uno solo, centralizado y eficiente.

- 3) Crear un programa de incentivos económicos para que más profesionales de la salud escojan la medicina primaria como su trabajo principal. Este programa incluirá las siguientes medidas:
 - a. Pago parcial o total de los préstamos estudiantiles para graduados licenciados que hayan estudiado medicina, odontología, y otras áreas de atención primaria y que al graduarse decidan trabajar 60% o más de su tiempo en centros de atención primaria de salud.
 - b. Pago parcial o total de los préstamos estudiantiles para aquellos profesionales de la salud que localicen su práctica clínica (60% o más) en las áreas geográficas que se hayan identificado como de alta necesidad.
- 4) Establecer que una solicitud de autorización a tratamiento o estudio diagnóstico ambulatorio, que no se conteste en menos de 48 horas queda automáticamente aprobada.
- 5) Apoyar a los colegios profesionales de la salud en Puerto Rico a que continúen haciendo su gran labor de fiscalización de las profesiones y destacar la importancia de estos como entidades de autorregulación, fiscalización, y promoción de la educación continua entre sus miembros. La decisión del Tribunal Supremo de descolegiar a los médicos ha generado preocupaciones significativas dentro de la comunidad profesional de la salud, ya que se considera que podría comprometer la calidad del cuidado, la ética profesional y la seguridad de los pacientes. El PIP sostiene lo siguiente:
 - a) los colegios profesionales desempeñan funciones críticas que las Juntas Examinadoras bajo el Departamento de Salud no están equipadas para manejar, debido a limitaciones presupuestarias y de mandato. Estas funciones incluyen la fiscalización clínica, la atención de quejas éticas y la promoción de la educación continua, todas esenciales para mantener altos estándares de práctica profesional y proteger el bienestar de la población.
 - b) la existencia de estos colegios durante décadas ha servido al país sin cuestionamientos significativos, actuando en muchas ocasiones en lugar del Estado para asegurar la protección de la salud pública. Por lo tanto, el PIP considera que los colegios profesionales de la salud contribuyen al interés apremiante del Estado de proteger la vida, la salud y la seguridad de sus ciudadanos.



- c) la validez constitucional de la colegiación compulsoria debe ser evaluada mediante un escrutinio estricto, considerando el interés apremiante del Estado caso por caso. En este sentido, el PIP aboga por una batalla legislativa y pública para prevenir la des colegiación de otras profesiones de la salud, argumentando que los colegios no solo cumplen con funciones de interés público esenciales, sino que también representan una forma de democratización y participación comunitaria dentro del sistema de salud.
- d) debido a las complejidades del sistema de salud el PIP subraya la necesidad de mantener estructuras que aseguren la competencia, la ética y la responsabilidad dentro de las profesiones de la salud en Puerto Rico.
- e) en el caso de los profesionales de la salud que actualmente no tiene colegios profesionales el PIP someterá legislación para auscultar la manera la posibilidad de colegiarlos u organizarlos de alguna manera que a la misma vez proteja la salud del pueblo y puedan promover sus intereses como gremios.



3.4 META 4: FORTALECER LA GOBERNANZA DEL SISTEMA DE SALUD PARA QUE SEA EFECTIVA Y PARTICIPATIVA, PROMOVRIENDO LA COLABORACIÓN ENTRE DIVERSOS SECTORES DE LA SOCIEDAD, TANTO A NIVEL NACIONAL COMO REGIONAL.

3.4.1 INTRODUCCIÓN

El sistema de salud es una institución social que debe responder a los intereses de toda la población, particularmente los más vulnerables y debe ser organizado y estructurado de forma democrática. Por lo tanto, la transformación del sistema de salud requiere devolverle la gobernanza al Estado y hacer partícipe al pueblo, tanto en la toma de decisiones programáticas, como en la implementación y evaluación de este. La gobernanza no puede ser delegada a intereses económicos ni al afán de lucro, ya que socavamos el fundamento ético del sistema de salud basado en la solidaridad y en la justicia social.

Reconocemos que es importante que se fortalezca y reafirme el rol del Departamento de Salud como la autoridad sanitaria máxima que tiene a su cargo el salvaguardar el derecho a la salud de toda la población en Puerto Rico. Sin embargo, entendemos que las comunidades, pacientes, proveedores de servicios de salud, trabajadores de la salud y la academia también deben tener un rol importante en gestionar y fiscalizar de forma participativa y transparente la construcción e implementación de un sistema de salud universal, solidario, equitativo y responsivo a las necesidades de las comunidades.

Por otra parte, es crucial que el Departamento de Salud adopte el concepto de **Salud en Todas las Políticas** (*Health in All Policies* o HiAP)⁴⁴ que es un enfoque colaborativo para la formulación de políticas que integra y articula consideraciones de salud en la toma de decisiones a través de diferentes sectores, con el objetivo de mejorar la salud de todas las comunidades y personas. Este enfoque fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud como una "caja de herramientas" para aplicar HiAP en la toma de decisiones y la implementación a niveles nacionales y subnacionales. Se puede adaptar fácilmente para su uso en diferentes contextos de países, así como a nivel regional y global.

Las implicaciones de políticas públicas de HiAP son significativas⁴⁵. El enfoque busca sistemáticamente tener en cuenta las implicaciones para la salud de las decisiones en varios sectores, buscando sinergias y evitando impactos perjudiciales para la salud. Esto incluye consideraciones sobre la equidad en salud y los determinantes sociales de la salud. HiAP promueve la colaboración y el diálogo entre el sector de la salud y otros

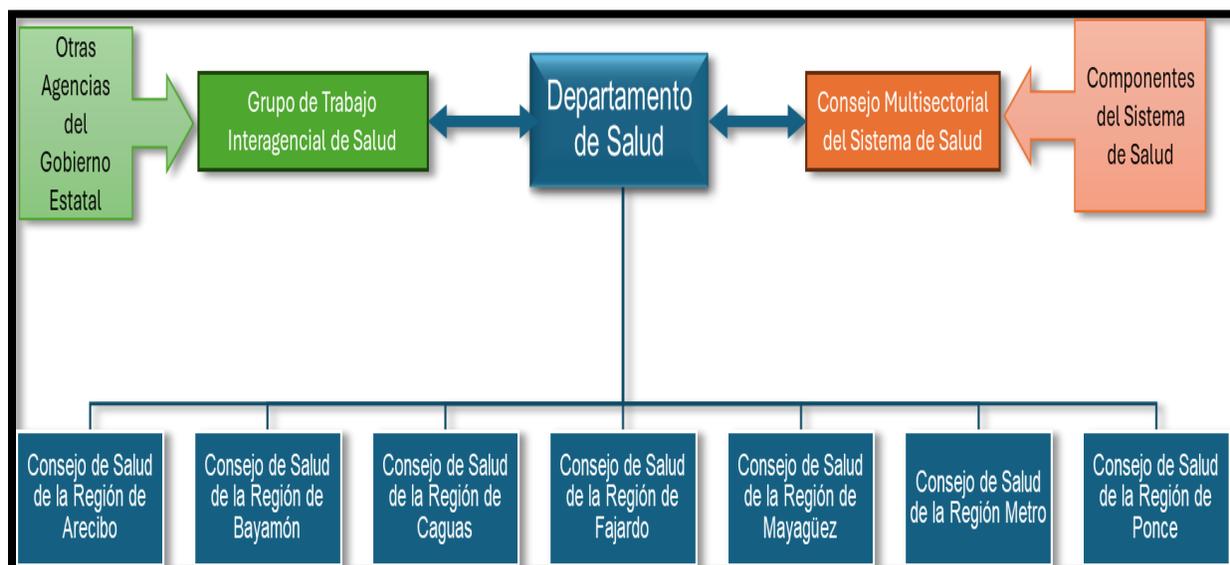
⁴⁴ <https://www.paho.org/es/temas/salud-todas-politicas>

⁴⁵ <https://www.cdc.gov/policy/hiap/index.html>



sectores para mantener la salud en la agenda de políticas, generando beneficios que impactan en todos los sectores involucrados. En resumen, es un enfoque colaborativo que busca mejorar la salud de la población y la equidad en salud a través de políticas públicas intersectoriales.

Gráfica 9-Esquema de Gobernanza del Sistema de Salud propuesto por el PIP



En la Gráfica 9 presentamos de forma simplificada el esquema de liderazgo y gobernanza que el PIP va a implementar para fortalecer el rol de liderazgo del Departamento de Salud y a la misma vez ampliando y fortaleciendo la gobernanza democrática y participativa del sistema de salud. En la próxima sección explicamos en detalle las propuestas específicas y la racional del esquema propuesto.

3.4.2 PROPUESTAS

3.4.2.1 FORTALECER EL ROL DE GOBERNANZA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

Una de las prácticas más nefastas para nuestro país ejecutadas por el bipartidismo PNP-PPD a través de las últimas cinco décadas ha sido que cuando suben al poder descartan o ignoran totalmente el trabajo, programas, propuestas y planes meritorios que los gobiernos anteriores han desarrollado y el sector de la salud no ha sido la excepción. El PIP ha denunciado históricamente esta práctica y está comprometido a adoptar, fortalecer e implementar todo programa, propuesta y planes que entendamos beneficia



a la salud de nuestra población no importa bajo qué administración o partido se haya desarrollado. Es por esto por lo que bajo nuestra administración vamos a **adoptar, revisar e implementar el Plan Estratégico 2020-2025 del Departamento de Salud**⁴⁶ ya que entendemos que el mismo es un documento sumamente valioso y que en términos generales esta alineado con el programa de salud del PIP.

Sin embargo, la historia lamentablemente nos ha enseñado que bajo las administraciones PNP-PPD muchas veces la politiquería, la ineptitud, y la corrupción hacen que aún las mejores propuestas y planes estratégicos se queden solo en papel, se implementan parcialmente, o fracasan. Es por esto por lo que el PIP se propone abordar estos problemas con un enfoque holístico que incluya un liderazgo fuerte, comunicación efectiva, flexibilidad, recursos adecuados y estrategias para implementar de forma adecuada y a tiempo las propuestas contenidas en el Plan Estratégico y fortalecer así el rol de liderazgo y gobernanza del Departamento de Salud. El PIP propone lo siguiente:

- 1) Evaluación y Revisión del Plan Estratégico del Departamento de Salud para el periodo del 2020-2025 aprobado en el 2020: Realizar una evaluación y detallada de la implementación del Plan Estratégico del Departamento de Salud para el periodo del 2020-2025 para identificar y medir en que grado se han alcanzado las metas y objetivos propuestos por dicho plan. También se revisará el plan para hacer cualquier ajuste que sea necesario para hacerlo consonó con el programa de salud del PIP.
- 2) Revisión y Actualización del Plan Estratégico para el periodo del 2026 al 2030: Revisar y actualizar el Plan Estratégico del Departamento de Salud para el periodo del 2026 al 2030 según sea necesario para reflejar los avances científicos, las necesidades emergentes de salud pública y los cambios demográficos. El proceso de preparar el nuevo Plan Estratégico para el periodo del 2026 al 2030 debe estar listo para más tardar enero del 2026.
- 3) Fortalecimiento de Programas Existentes: Fortalecer los programas existentes que han demostrado ser efectivos en mejorar la salud de la población, asegurando su adecuada financiación y ejecución.
- 4) Transparencia y Rendición de Cuentas: Establecer mecanismos de transparencia y rendición de cuentas para el seguimiento y evaluación del Plan Estratégico y de las iniciativas de salud implementadas.
- 5) Reingeniería de la Estructura Organizacional del DS: Contratar los servicios y peritaje experto de la Escuela de Administración Pública del Recinto de Río Piedras de la UPR para que en el 2025 hagan una evaluación de la estructura organizacional del DS. El producto final de esta evaluación será un plan de reingeniería de la estructura organizacional del Departamento de Salud que le permita implementar y ejecutar el Plan Estratégico 2026-2030 de una manera mucho más efectiva y eficiente. Actualmente el DS tiene una estructura

⁴⁶ Departamento de Salud. (2020). Plan Estratégico 2020-2025 del Departamento de Salud, San Juan, PR: División de Planificación Estratégica. <https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/DOCUMENTO/910>



organizacional y burocrática bien compleja con unidades que incluyen secretarías auxiliares, oficinas y programas, por lo que la meta del plan de reingeniería de la estructura organizacional será el de rediseñar fundamentalmente la estructura y los procesos del DS con el objetivo de mejorar la eficiencia, la efectividad, la transparencia, y la capacidad de adaptación al cambio.

- 6) Darle Estabilidad a la Fuerza Laboral del DS: Por último, identificar los recursos humanos que necesita el DS para poder implementar su Plan Estratégico de manera adecuada. En específico, el DS lleva muchos años contratando por servicios profesionales a cientos de empleados que trabajan en diversas unidades sin ofrecerles beneficios marginales ni plazas permanentes ya que son pagados a través de fondos de propuestas federales que son temporeros o no recurrentes. Por lo tanto, como medida de justicia laboral y de salud pública, se identificarán cuáles son los puestos necesarios y se identificarán los fondos necesarios para que en el cuatrienio del 2026 al 2028 se les pueda ofrecer las plazas y beneficios marginales que este personal tan importante y valioso se merece.

3.4.2.2 RECONCEPTUALIZAR EL CONSEJO MULTISECTORIAL DEL SISTEMA DE SALUD

Con el propósito de tener una gobernanza participativa en el sistema de salud se creó el **Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico (CMSSPR)**, adscrito al Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, mediante la Ley 235-2015. Aunque la creación del CMSSPR fue un paso en la dirección correcta, el esfuerzo se quedó corto ya que, a base del texto actual de la Ley, la Legislatura y el Gobernador no están obligados a responder, ni a adoptar las recomendaciones del CMSSPR. Por tal razón, la tendencia ha sido que el gobernante y la Legislatura de turno lo han ignorado. Por ejemplo, el CMSSPR en el 2016 sometió a la Asamblea Legislativa y a dos gobernadores, su primer informe titulado *Basta Ya de Parchos en el Sector Salud*⁴⁷ que propone una reestructuración completa de nuestro sistema de salud. Sin embargo, el informe fue completamente ignorado por la rama ejecutiva y legislativa. El PIP propone lo siguiente:

- 1) Legislación Mandatoria: Proponer y aprobar legislación que obligue al Gobernador y a la Legislatura a entrar en diálogo y responder a las recomendaciones del CMSSPR dentro de un plazo establecido.
- 2) Diálogo Obligatorio: Establecer un mecanismo legal que requiera la inclusión del CMSSPR en el diálogo y la toma de decisiones sobre políticas de salud, garantizando que sus recomendaciones sean consideradas seriamente.

⁴⁷ Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico. (2016). *Basta ya de parchos en el sector salud: Primer informe*. San Juan: Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico.
<https://rcm1.rcm.upr.edu/consejomultisectorial/>



- 3) **Asignación de Recursos:** Asegurar la asignación de un presupuesto recurrente y adecuado para el CMSSPR, permitiéndole operar de manera efectiva y cumplir con sus objetivos.
- 4) **Reestructuración del Sistema de Salud:** Trabajar hacia la implementación de las recomendaciones del CMSSPR para una reestructuración completa del sistema de salud hacia uno que sea universal, participativo, transparente, y enfocado en la prevención.
- 5) **Mecanismos de Rendición de Cuentas:** Desarrollar e implementar mecanismos de rendición de cuentas para garantizar que las recomendaciones del CMSSPR sean atendidas de manera efectiva.

Este conjunto de propuestas no solo reforzar el papel del CMSSPR como un actor clave en la reforma del sistema de salud, sino también hay que asegurar que su trabajo tenga un impacto real y positivo en la salud de la población puertorriqueña, promoviendo un sistema de salud más inclusivo, equitativo y eficiente.

3.4.2.3 CREAR EL GRUPO DE TRABAJO INTERAGENCIAL DE SALUD

Para implementar el enfoque de Salud en todas las Políticas en Puerto Rico proponemos a través de orden ejecutiva crear el **Grupo de Trabajo Interagencial de Salud (GTIS)** que tendrá las siguientes características, funciones y responsabilidades. El PIP propone lo siguiente:

- 1) **Coordinación Efectiva:** El GTIS estará coordinado por el Departamento de Salud y estará compuesto por las personas que dirigen las siguientes entidades: Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, Departamento de Educación, Departamento de la Vivienda, Departamento de Desarrollo Económico y Comercio, Departamento de Recreación y Deportes, Departamento de Recursos Naturales, Departamento de Agricultura, Departamento de la Familia, y el Departamento del Trabajo.
- 2) **Evaluación de Políticas y Programas:** El GTIS va a identificar, monitorear y evaluar continuamente las políticas y programas de las diferentes agencias gubernamentales para determinar su impacto en la salud de la población y en los determinantes sociales de salud.
- 3) **Promoción de Mecanismos Ágiles de Colaboración:** El GTIS va a promover la creación de mecanismos ágiles que permitan el dialogo y la colaboración intersectorial buscando sinergias para ser más efectivos y eficientes en mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud.
- 4) **Presentación de Informes Anuales:** El GTISP le someterá un informe anual a la Fortaleza quien entonces tendrá 30 días para evaluarlo y enviárselo a los presidentes de los cuerpos legislativos y hacerlo público al país. El informe tendrá una evaluación de como las políticas públicas implementadas por las diferentes



agencias del gobierno ha contribuido o no a mejorar el estado de salud de la población y reducir las inequidades.

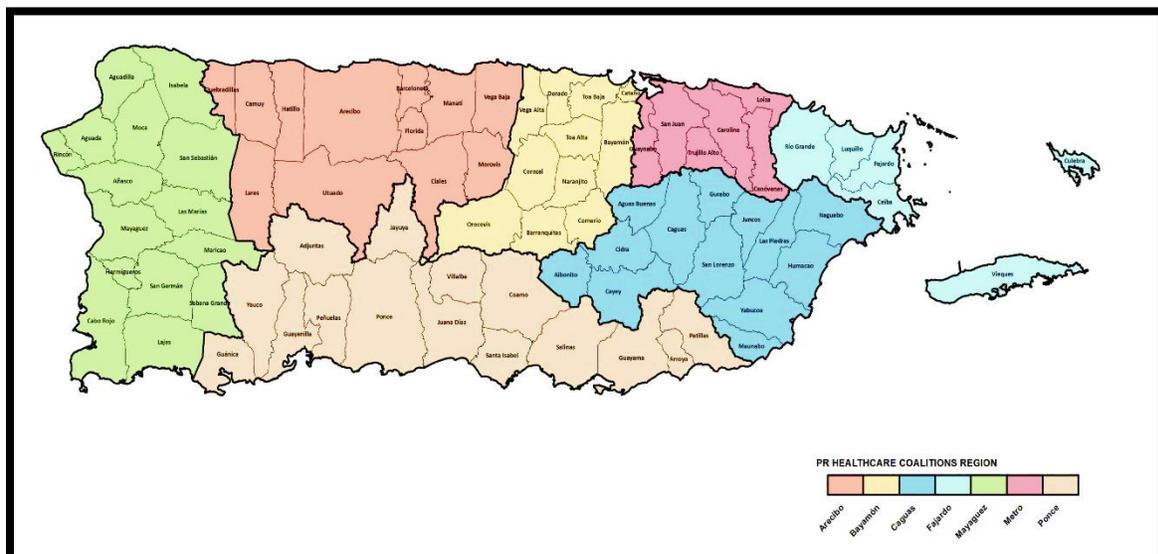
- 5) Impacto en los Determinantes Sociales de la Salud: El informe también contendrá recomendaciones sobre ajustes y cambios que hay que hacer en las políticas públicas de las agencias para impactar los determinantes sociales de la salud y poder incrementar los beneficios sobre la salud de la población a corto y largo plazo.

Este conjunto de propuestas se enfoca en la creación de un marco de trabajo que integre la salud en todas las políticas públicas, promoviendo la salud de la población y reduciendo las inequidades a través de una colaboración efectiva y sostenida entre los diversos sectores del gobierno.

3.4.2.4 CREAR LOS CONSEJOS DE SALUD REGIONALES

Para rescatar el principio de la regionalización del sistema de salud el PIP propone que se lleve la gobernanza participativa y democrática al nivel regional y más cercano a las comunidades. Para esto vamos a legislar para establecer dentro del propio Departamento de Salud los **Consejos de Salud Regionales (CSR)** para cada una de las siete (7) regiones de salud según establecidas por el Departamento de Salud que son las siguientes: Arecibo, Bayamón, Caguas, Fajardo, Mayagüez, Metro y Ponce (ver Gráfica 10).

Gráfica 10-Regiones de Salud según el Departamento de Salud





Actualmente existen bajo el Departamento de Salud las Coaliciones de Servicios de Salud (HCC) para las siete regiones de salud y trabajan con múltiples agencias públicas y privadas para estar listos ante emergencias de salud⁴⁸. Los Consejos de salud regionales podrían incorporar o fortalecer el rol de los HCC, pero además tendrán una función más abarcadora y amplia de gobernanza y planificación de los servicios de salud. El PIP propone lo siguiente:

- 1) Creación de los CSR: Legislar para la formación de Consejos de Salud Regionales para las siete regiones de salud establecidas por el Departamento de Salud: Arecibo, Bayamón, Caguas, Fajardo, Mayagüez, Metro y Ponce.
- 2) Composición Multisectorial de los CSR: Asegurar que los CSR estén compuestos por una representación del sistema de salud a nivel regional y de sus comunidades, incluyendo a funcionarios del Departamento de Salud, gobiernos municipales, proveedores de servicios de salud, profesionales de la salud, centros académicos y organizaciones de base comunitaria.
- 3) Desarrollo de Perfiles Epidemiológicos y Sociodemográficos Regionales: Cada CSR deberá desarrollar un perfil epidemiológico y sociodemográfico detallado de su región para entender mejor las necesidades y desafíos específicos.
- 4) Identificación y Priorización de Problemas e Inequidades de Salud: Los CSR identificarán y priorizarán los problemas de salud y las inequidades existentes en sus regiones, basándose en el análisis de datos y la participación comunitaria.
- 5) Evaluación de Necesidades de Servicios y Programas de Salud: Evaluar las necesidades regionales de servicios y programas de salud, para asegurar una respuesta adecuada a las demandas de la comunidad.
- 6) Elaboración de Planes Regionales de Salud: Cada CSR elaborará un plan regional que promueva la creación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)⁴⁹ en cada una de las regiones fundamentadas en la promoción de la salud, la prevención y la atención primaria. Las RISS se definen en términos generales como sistemas de salud orientados a mejorar la accesibilidad, la calidad, la eficiencia, la equidad y la satisfacción proveyendo una atención continua y coordinada que abarque desde la prevención y promoción de la salud hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Estas redes buscan integrar y organizar los servicios de salud alrededor de las necesidades y expectativas de las personas, familias y comunidades, asegurando una atención centrada en el paciente.
- 7) Integración de Determinantes Sociales en las Políticas Públicas Regionales: Incluir en los planes regionales recomendaciones de política pública para abordar los determinantes sociales de la salud, a través de alianzas con agencias, empresas y organizaciones del sector público y privado a nivel regional.

⁴⁸ <https://www.salud.pr.gov/CMS/134>

⁴⁹ <https://www.paho.org/es/temas/redes-integradas-servicios-salud>



- 8) Apoyo del Departamento de Salud: Para cumplir con sus roles proponemos que el DS le de apoyo administrativo y logístico a cada uno de los CRS incluyendo la asignación de personal con preparación en las áreas de, bioestadística, epidemiología, demografía, planificación, educación en salud y atención de salud primaria y otras que se estimen necesarias.
- 9) Aprobación de los Planes Regionales por el Departamento de Salud: Los planes regionales generados por cada CSR serán evaluados y aprobados finalmente por el Departamento de Salud, asegurando que para su implementación tengan el apoyo fiscal y logístico necesario.

3.4.2.5 FORTALECER LAS BASES DE DATOS Y SISTEMAS DE INFORMÁTICA

El PIP reconoce la creciente importancia y papel crucial que las bases de datos, conocida también como *Big Data*, y la informática tienen en gerenciar, monitorear, evaluar y mejorar el desempeño del sistema de salud por las siguientes razones⁵⁰:

- 1) Monitoreo y Evaluación de la Salud Pública: Es fundamental para el seguimiento de la salud pública y la evaluación de programas de salud. Permite la vigilancia de enfermedades, la identificación de brotes y la respuesta rápida a emergencias de salud pública. La recopilación y análisis de datos de salud pública ayudan a formular políticas de salud efectivas, asignar recursos de manera eficiente y evaluar el impacto en la salud poblacional de la política.
- 2) Mejorar la Calidad de los Servicios de Salud: La informática en salud permite el análisis de grandes volúmenes de datos para identificar tendencias, mejorar la calidad de atención y la seguridad del paciente. A través del análisis de datos, es posible identificar áreas a mejorar y aplicar cambios basados en evidencia que directamente impactan la calidad de los servicios de salud.
- 3) Toma de Decisiones Basada en Evidencia: La disponibilidad de datos precisos y en tiempo real facilita la toma de decisiones basada en evidencia. Los sistemas de información en salud proporcionan datos cruciales a los proveedores y profesionales de la salud para la planificación de recursos, y la gestión y evaluación de los servicios.
- 4) Interoperabilidad y Acceso a la Información: La interoperabilidad entre diferentes sistemas de información en salud es crucial para el acceso oportuno y seguro a los datos del paciente. Facilita la coordinación de la atención entre diferentes proveedores de servicios de salud y asegura que la información clínica esté disponible cuándo y dónde se necesite, mejorando así la continuidad de la atención.
- 5) Eficiencia en la Administración de los Servicios y Sistemas de Salud: La informática en salud ayuda a optimizar los procesos administrativos y clínicos,

⁵⁰ <https://www.paho.org/es/temas/sistemas-informacion-para-salud>



reduciendo los costos y mejorando la eficiencia. La automatización de tareas administrativas y la gestión electrónica de registros médicos reducen el tiempo dedicado a tareas manuales y minimizan errores. Mas aún, las bases de datos y los sistemas de informática viabilizan que el sistema de salud pueda cumplir adecuadamente y de forma más efectiva su rol dual de proteger la salud de la población de forma proactiva y de proveer servicios curativos de forma ágil y adecuada.

- 6) Empoderamiento del Paciente: El desarrollo de la telesalud y salud digital, a través de la telemedicina, expediente médico y recetas electrónicas, favorece la continuidad de la atención, especialmente útil en situaciones donde los servicios pueden verse alterados como son los desastres naturales y las emergencias en salud pública. También los pacientes tienen mejor acceso a su propia información de salud, y a través de herramientas digitales, aplicaciones móviles y soluciones de inteligencia artificial les permite participar más activamente en su cuidado de salud, particularmente para aquellos con condiciones crónicas.

En resumen, la implementación efectiva de bases de datos e informática en los sistemas de salud permite no solo mejorar la atención al paciente sino también optimizar los procesos administrativos y de gestión de la salud pública, contribuyendo así a sistemas de salud más eficientes y resilientes.

El PIP entiende que de por si el establecimiento de un Seguro Nacional de Salud (SNS) es un paso importante y necesario para promover la integración efectiva de las bases de datos e informática en nuestro sistema de salud para mejorar su desempeño y optimizar la salud de nuestra población. En específico proponemos lo siguiente para fortalecer las bases de datos y sistemas de informática del sistema de salud:

- 1) Legislar para darle más poder de ley, recursos, personal y herramientas al Departamento de Salud (DS) para poder crear un **sistema nacional e integrado de vigilancia epidemiológica** para fortalecer, crear y mantener las bases de datos que se necesitan para realizar su función de vigilancia epidemiológica de forma adecuada y efectiva para atender las condiciones de salud existentes y emergentes que provocan la mayor mortalidad y morbilidad en la población. Estas bases de datos típicamente son las siguientes:
 - a) Bases de Datos de Registros de Casos: Son bases de datos que recopilan información sobre casos individuales de enfermedades específicas. Permiten el seguimiento detallado de la incidencia y prevalencia de enfermedades, así como de las características demográficas y clínicas de los pacientes. Ejemplos incluyen registros de cáncer, VIH y tuberculosis, fallo renal crónico, demencias y otros.
 - b) Base de Datos de Equipo Médico Portátil o Estacionario en el hogar: Recoge información sobre los pacientes que usan equipo médico portátil o



estacionario tales como máquina de terapia respiratoria, CPAP, concentradores de oxígeno y otros. Estos equipos evitan el empeoramiento de su enfermedad y disminuyen las visitas a sala de emergencia. La información permite planificar los recursos de apoyo durante una catástrofe y evitar el abarrotamiento de las salas de emergencia

- c) Bases de Datos de Laboratorio: Almacenan resultados de pruebas de laboratorio que son cruciales para confirmar diagnósticos de enfermedades infecciosas y no infecciosas. La integración de estos datos con otros sistemas de información permite realizar vigilancia basada en laboratorio y detectar brotes en etapas tempranas.
 - d) Sistemas de Información Geográfica (SIG): Utilizan datos geospaciales para mapear la distribución y propagación de enfermedades. Esto es crucial para la identificación de áreas de alto riesgo y la implementación de medidas preventivas dirigidas.
 - e) Bases de Datos de Vigilancia Centinela: Se centran en la recolección de datos de ciertos hospitales, laboratorios o centros de salud designados como "centinelas" para monitorear tendencias de enfermedades específicas. Esto permite una vigilancia más focalizada y eficiente.
 - f) Bases de Datos de Farmacovigilancia: Recopilan información sobre los efectos adversos de los medicamentos. Son esenciales para monitorear la seguridad de los medicamentos después de su comercialización y para identificar efectos secundarios no detectados en los ensayos clínicos.
 - g) Bases de Datos de Mortalidad y Morbilidad: Incluyen certificados de defunción y registros hospitalarios para monitorear las causas de muerte y enfermedad en la población. Estos datos son fundamentales para evaluar la carga de enfermedad y las necesidades de salud pública.
 - h) Bases de Datos de Inmunización: Registran información sobre vacunaciones. Son esenciales para el seguimiento de la cobertura vacunal, la identificación de poblaciones en riesgo y la planificación de campañas de inmunización.
- 2) Legislar para que el Departamento de Salud (DS) cree una base de datos agregada de reclamaciones que anualmente integre los datos del SNS y las aseguradoras de salud privadas para sus asegurados incluyendo datos sociodemográficos, utilización de servicios de salud (por tipo de proveedor, servicio, y diagnósticos) y los pagos y copagos por los servicios de salud facturados. Esta base de datos tendrá los siguientes requisitos:
- a) El SNS y las aseguradoras privadas por ley se verán obligadas anualmente a compartir todos estos datos con el Departamento de Salud obviamente bajo los protocolos que protejan la seguridad y confidencialidad de la información del paciente que exigen las leyes estatales y federales correspondientes (Ley HIPPA, etc.).



- b) El DS utilizará estos datos para monitorear la utilización de los servicios de salud y los hará disponible al Instituto de Estadísticas de Puerto Rico y la academia para generar investigación científica que permita evaluar el acceso, efectividad y eficiencia de los servicios de salud a nivel clínico y poblacional.
- 3) Legislar para que anualmente el DS en colaboración con la academia y el Instituto de Estadísticas estimen anualmente una **Cuenta Nacional de Salud** (*System Health Accounts* en inglés) que permita producir una descripción actualizada y sistemática de los flujos financieros asociados a la utilización de bienes y servicios de salud en Puerto Rico basados en la metodología propuesta y validada por la OCDE, la OMS y la Comisión Europea.⁵¹ Las Cuentas Nacionales de Salud es un sistema contable a nivel agregado diseñado para organizar, recopilar y presentar información sobre el gasto y financiamiento de los sistemas de salud en un país. En esencia permite a los países medir cuánto se gasta en salud, quién paga esos gastos y en qué se gastan los recursos por lo que es una herramienta crucial para la planificación y gestión de los sistemas de salud ya que proporciona una visión integral de cómo fluyen los recursos financieros dentro del sector salud. Para la gobernanza del sistema de salud las Cuentas Nacionales de Salud ofrece los siguientes beneficios:
- a) Facilita la comparación internacional de la información sobre el financiamiento y gasto en salud.
 - b) Mejorar la transparencia del financiamiento de la salud.
 - c) Facilitar el análisis y la política de formulación relacionada con el gasto en salud. Como por ejemplo el alza desmedida en el precio de algún medicamento, un tratamiento etc.
 - d) apoyar el monitoreo y la evaluación del sistema de salud y de los cambios en política pública
 - e) Por último, mediante el análisis de los datos recopilados se pueden identificar áreas de ineficiencia, evaluar la equidad en la financiación del cuidado de la salud, y tomar decisiones informadas sobre cómo asignar recursos de manera más efectiva para mejorar los resultados de salud de la población.
- 4) Acelerar y fortalecer la implementación del sistema de intercambio de información de datos de salud entre los diferentes proveedores del sistema de salud a través del centro de **Intercambio de Información de Salud de Puerto Rico**, conocido como el *Puerto Rico Health Information Exchange* (PRHIE, por sus siglas en

⁵¹ OECD/Eurostat/WHO (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en> .



inglés)⁵², del Departamento de Salud para que en el 2029 todos los proveedores estén interconectados e intercambiando información.

⁵² <https://www.salud.pr.gov/CMS/410>

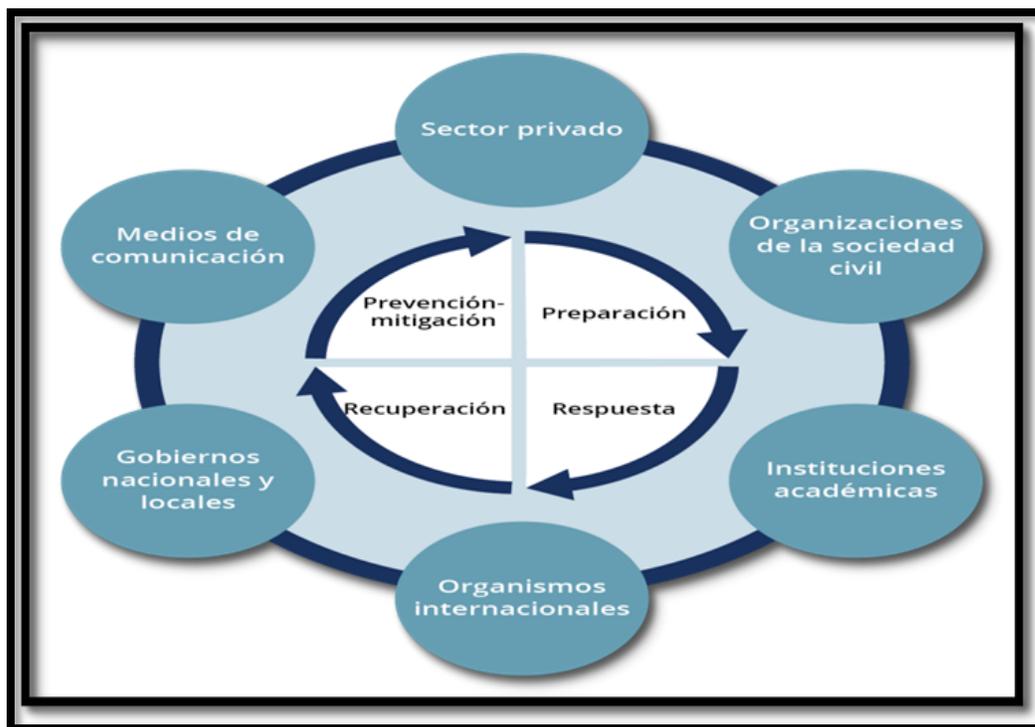


3.5 META 5: FORTALECER LA CAPACIDAD DEL SISTEMA DE SALUD Y LAS COMUNIDADES PARA PREPARARSE, RESPONDER, RECUPERARSE Y ADAPTARSE ANTE EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA, DESASTRES NATURALES Y EL CAMBIO CLIMÁTICO.

3.5.1 INTRODUCCIÓN

El Departamento de Salud de Puerto Rico tiene la responsabilidad de liderar la preparación y respuesta a emergencias y desastres en el ámbito de la salud. Esto incluye coordinar con otras agencias, como también con las organizaciones comunitarias y el sector privado para establecer planes de contingencia, protocolos, garantizar suministros médicos y servicios esenciales, así como brindar orientación a la comunidad para mitigar riesgos y proteger la salud pública. Además, el Gobierno tiene la responsabilidad de declarar un estado de emergencia, proveer asistencia y protección a todas las personas afectadas, coordinar los esfuerzos entre las agencias nacionales y adaptar procesos regulatorios para facilitar la llegada de asistencia internacional.

Gráfica 11-Esquema Estratégico de la Planificación para Emergencias





El desastre humano y la desesperación causado por la falta de acciones coordinadas, casos desvergonzados de corrupción, y procesos ineficaces de preparación básica y respuesta inmediata del gobierno, ocurridos durante los eventos recientes de huracanes, temblores y pandemias, y la tardanza en la ayuda y desprecio de Estados Unidos ante las necesidades urgentes del pueblo de Puerto Rico, hace necesario un nuevo enfoque en la preparación y respuesta de emergencias y desastres. Dicho enfoque debe estar coordinada desde el gobierno, con rol protagónico del Departamento de Salud, planificada desde cada comunidad y sector, y con la asistencia de entidades humanitarias internacionales para asegurar una adecuada y oportuna asistencia para salvar vidas y reducir el impacto.

Como se presenta en la Gráfica 11 este enfoque en un plan de emergencias debe estar basado en acciones previas (prevención, mitigación, preparación) y posteriores (respuesta, recuperación y reconstrucción) a la emergencia, donde cada comunidad es el origen de la planificación, y se sumen a este esfuerzo todos los sectores públicos y privados. De igual forma, en una situación de emergencia o desastre, la información es la materia prima más preciada e importante, que se busca y se necesita para tomar decisiones para poder brindar una respuesta oportuna, rápida y adecuada.

3.5.2 PROPUESTAS

3.5.2.1 PLANIFICACIÓN Y PREPARACIÓN PARA EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA

El Negociado para el Manejo de Emergencia y Administración de Desastres (NMEAD), en colaboración con el Departamento de Salud, coordinará la elaboración del **Plan de Respuesta Comunitaria a Emergencias y Desastres (PRCED)**. Se establecerá como política pública la reducción del riesgo y la resiliencia como parte integral de la dimensión ambiental, social, económica y política del desarrollo sostenible; y la descentralización de la autoridad y los recursos para impulsar la reducción de la vulnerabilidad y del riesgo de desastre a nivel municipal y regional. Esta política pública se implantará tomando como guía el manual de la Organización de Naciones Unidas (ONU) titulado *Cómo desarrollar ciudades más resilientes* y mediante la adopción de medidas que incluyen⁵³:

- 1) Elaborar planes de preparación y respuesta comunitaria ante emergencias y resiliencia a nivel comunitario, municipal, regional y estatal con la participación intersectorial de grupos comunitarios (educación, salud, transporte, medio ambiente, académico, empresarial y comercial).
- 2) Establecer procesos de capacitación, educación y concienciación pública sobre la necesidad de establecer comunidades y pueblos resilientes.

⁵³ https://www.unisdr.org/files/26462_manualparalideresdelosgobiernosloca.pdf



El Plan de Respuesta Comunitaria a Emergencias y Desastres (PRCED) incluirá entre otras estrategias:

- 1) implementación de un análisis de vulnerabilidad, riesgo y necesidades en todos los hospitales, en las comunidades;
- 2) ofrecimiento de cursos educativos en las escuelas sobre preparación y respuesta comunitaria a emergencias, resiliencia, vulnerabilidad y reducción de riesgos;
- 3) campañas de concienciación pública;
- 4) protección del medio ambiente y fortalecimiento de los ecosistemas y programas de capacitación a nivel comunitarios, municipal y a profesionales de diversos sectores sociales, económicos e instituciones especializadas locales y nacionales;
- 5) desarrollo de guías claras para la población con acciones a seguir para distintos escenarios: huracanes, sismos, inundaciones, tsunamis y pandemias, entre otros fenómenos;
- 6) implementación de un proceso de evaluación anual de los centros de refugio, centros de acopio de alimentos, protocolos de asistencia municipal, regional y estatal, entre otros, y proceso a seguir por las agencias gubernamentales ante la activación del plan, incluyendo la coordinación con organizaciones y profesionales de salud mental para la atención a la población.

El Departamento de Salud también implementará programas integrales de adiestramientos con simulacros y otros ejercicios prácticos anuales para el personal de los hospitales, profesionales de salud en general y las organizaciones comunitarias. El objetivo es proveerles el conocimiento y las competencias necesarias para manejar diversos escenarios de emergencias para fortalecer las capacidades generales de respuesta a emergencias y desastres a nivel hospitalario, en las oficinas médicas, los laboratorios y las farmacias comunitarias, como también las organizaciones comunitarias.

Para el funcionamiento efectivo del Plan, se tomarán los siguientes pasos, entre otros, en coordinación con el Departamento de Salud: se desarrollará una red efectiva para el aviso temprano de tsunamis, huracanes, terremotos y epidemias, los centros universitarios especializados y organizaciones relacionadas; se aumentará el presupuesto de la Red Sísmica de Puerto Rico para que pueda funcionar efectivamente las 24 horas, siete días de la semana; y se establecerán **Centros Regionales de Distribución** (CRD), donde se mantendrán alimentos y equipo de primera necesidad.

Además, se establecerá un Centro Comunitario Resiliente (CCR), preferiblemente en colaboración con una organización comunitaria existente, que, según el documento *Comunidades Unidas: Guía para el diseño de centros comunitarios resilientes en comunidades isleñas*, es un espacio nuevo o existente, en donde se brindan servicios educativos y sociales durante todo el año, pero preparado para servir a la comunidad en



casos de emergencias⁵⁴. Cada CCR será administrado por la Junta de una organización de base comunitaria, cuyos miembros serán elegidos por los residentes y recibirán apoyo y colaboración de la administración municipal.

Como espacio seguro y accesible para la comunidad, cada CCR tendrá, entre otros elementos, acceso a agua y provisiones esenciales, generación de energía a base de fuentes renovables y baterías de almacenamiento, programas comunitarios, plan de preparación para emergencias, comunicación confiable y huertos comunitarios. En los centros se realizarán actividades durante el año para repasar y actualizar con las comunidades el Plan de Respuesta Comunitaria a Emergencias y Desastres. Además, el Fondo Nacional de Inversión en Salud Pública y Atención Primaria (FANSPAP) podrá proveer fondos a las organizaciones de base comunitaria para establecer los CCR.

3.5.2.2 RESPUESTA A EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA

Inmediatamente el gobernador/a o declare un estado de emergencia, se activará el Plan de Respuesta Comunitaria a Emergencias y Desastres. Basados en los planes comunitarios y municipales, ya preparados, la ciudadanía y las administraciones municipales velarán por la movilización de los residentes que lo requieran a refugios o áreas seguras, de ser necesario. En coordinación con las juntas o asociaciones comunitarias, se utilizarán los Centros Comunitarios Resilientes para brindar servicios de emergencia a los residentes según sus necesidades y de acuerdo con el análisis comunitario realizado.

Ante la declaración de un estado de emergencia, como parte del plan estatal y regional se activará un Equipo de Respuesta a Desastres (ERD), coordinado por el Departamento de Salud y organizado con anterioridad, y conformado por especialistas en salud y desastres, que contarán con las herramientas y la formación necesaria. Este equipo multidisciplinario incluirá, entre otros, a expertos en diferentes áreas técnicas, como epidemiología, salud mental incluyendo primeros auxilios psicológicos⁵⁵, agua y saneamiento, servicios médicos, dentales, salud ambiental y control de vectores, veterinarios, ingeniería, administración, organización comunitaria, logística y especialistas en comunicación. El propósito fundamental del equipo de respuesta es brindar apoyo a las operaciones de emergencia, estimar riesgos potenciales a la salud pública de la población, evaluar rápidamente los daños y necesidades del sector, y compartir los resultados con las entidades pertinentes que intervienen en la respuesta.

Es muy importante que los miembros del ERD trabajen coordinadamente. De esta manera, los comunicadores entenderán mejor el alcance y dinámica del desastre y los

⁵⁴ <https://www.construirencomunidad.org/lp-courses/riesgos/comunidades-unidas-guia-para-el-diseno-de-centros-comunitarios-resilientes-en-comunidades-islenas/>

⁵⁵ https://prsciencetrust.org/wp-content/uploads/2020/05/PFA-CARES-ECHO_Version_.pdf



expertos en salud utilizarán la comunicación para mejorar el proceso de toma de decisiones y brindar una mejor respuesta. La información y comunicación del ERD y del Gobierno se regirán por el conjunto de principios establecidos por los socios del Grupo de Trabajo de Riesgos, Desastres y Emergencias del Comité Permanente Interagencial de la Región Americana y el Caribe (REDLAC)⁵⁶, que incluyen accesibilidad, integración, interoperabilidad, responsabilidad, veracidad, relevancia, objetividad, humanidad, oportunidad y sostenibilidad.

Toda agencia y/o funcionario del Gobierno de Puerto Rico que otorgue un contrato convenido al amparo de un Boletín Administrativo u Orden Ejecutiva que, como respuesta a una emergencia (declarada o no declarada), exima a los contratistas y a cualquier agencia de cumplir con algún requisito establecido mediante legislación, reglamento, orden administrativa o directriz aplicable, que regule los procesos de contratación gubernamental, publicará el texto íntegro del contrato en su portal cibernético en el portal de La Fortaleza y mediante comunicado de prensa dentro de un término de 24 horas contadas a partir de su otorgación.

En las acciones posteriores (respuesta, recuperación y reconstrucción) a una emergencia o desastre, se dará prioridad en la contratación a personas de las propias comunidades, cuyas profesiones y destrezas fueron identificadas en el análisis comunitario. De igual forma, se apoyará prioritariamente a toda gestión que realicen las organizaciones sin fines de lucro en la respuesta, recuperación y reconstrucción.

3.5.2.3 RESILIENCIA DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

Para reforzar la preparación y resiliencia de los hospitales, centros de atención primaria de salud y otros proveedores, el Departamento de Salud les va a requerir invertir en el fortalecimiento de sus instalaciones físicas para resistir huracanes y otros fenómenos atmosféricos fuertes y garantizar un sistema de energía eléctrica redundante (de por lo menos dos a tres plantas eléctricas en el caso de los hospitales). Para financiar parte de estas inversiones, el PIP propone que el 20% del Fondo de Inversión en Salud Pública (FANSPAP) y Atención Primaria se utilice para subsidiar estas inversiones. Específicamente, para el 2028 se estarían asignando alrededor de \$20 millones anuales inicialmente para que los proveedores puedan realizar estas inversiones. El Departamento de Salud junto al Consejo Asesor desarrollaran los criterios y proceso para determinar cómo se asignará estos fondos a los proveedores. Estos fondos sin embargo no se les asignará a los proveedores de manera recurrente.

Además, el Departamento de Salud fomentará canales de comunicación eficaces, estableciendo protocolos de comunicación claros con los hospitales, los centros de salud

⁵⁶ <https://response.reliefweb.int/latin-america-and-caribbean/regional-group-risks-emergencies-disasters-latin-america-and-caribbean>



primaria y las agencias pertinentes puede agilizar el flujo de información durante las emergencias, permitiendo respuestas más rápidas y efectivas, y la asignación adecuada de recursos. El Departamento de Salud también tendrá la encomienda de mejorar la colaboración con organizaciones locales e internacionales para ampliar la red de apoyo, participando en asociaciones para compartir recursos, intercambiar conocimientos y experiencias. En conclusión, para fortalecer el sistema de salud de Puerto Rico y garantizar su resiliencia frente a emergencias y desastres, es vital un enfoque multifacético que incluye el mejoramiento de la infraestructura de las facilidades hospitalarias, centros de salud primaria, y otros proveedores la optimización de las comunicaciones, la capacitación profesional y los esfuerzos de colaboración.

3.5.2.4 APOYO ECONÓMICO A LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

Según la experiencia reciente de los desastres naturales y las emergencias de salud pública que han afectado a Puerto Rico como los huracanes Irma, María, los terremotos y la pandemia del COVID19, uno de los problemas más graves que ha confrontado el sistema de salud es el efecto económico que han tenido dichos eventos sobre los proveedores de servicios de salud al verse obligados a disminuir o cesar operaciones por semanas e inclusive meses. Esto implicó que, al no poder proveer los servicios, tampoco podían facturar a los planes médicos provocando que sus ingresos mermaran dramáticamente. Esto puso a los proveedores en una situación económica bien precaria que, en algunos casos, implicó eventualmente el cierre de operaciones de manera permanente de alguno de ellos, que aceleró la fuga de profesionales de la salud del país. Esto a su vez ha afectado negativamente el acceso a servicios de salud, la calidad de vida y el estado de salud de la población, particularmente entre los pacientes con condiciones crónicas y en la población de adultos mayores. En última instancia esto puede haber sido un factor que haya contribuido al incremento en la mortalidad general que experimentamos durante y después de estos desastres naturales y de la pandemia

Ante esta situación el PIP propone lo siguiente para mitigar el efecto económico de los desastres y emergencias sobre los proveedores de servicios de salud:

- 1) que el Seguro Nacional de Salud (SNS) les ofrezca a los proveedores la opción de continuar pagándoles de forma prorrateada a los proveedores el equivalente a la facturación histórica de cada proveedor. Es decir, a pesar de que los proveedores se hayan visto imposibilitados de ofrecer los servicios o sus pacientes no hayan podido utilizar los mismos, el SNS les continuará pagando por el tiempo que se determine adecuado y luego que los servicios vuelvan a la normalidad se harán los ajustes si necesario. Esta opción será voluntaria para el proveedor.
- 2) someter legislación para que los planes médicos privados durante situaciones de emergencia también se vean obligados a proveerles la opción a los proveedores de hacerles pagos prorrateados según la facturación histórica de cada uno



mientras dura la declaración de emergencia. Al igual que para el SNS esta opción será voluntaria para el proveedor.

De esta manera, entendemos que los proveedores seguirán recibiendo un ingreso que mitigue los efectos económicos adversos de la emergencia y les permita sostener sus operaciones, aunque sea a un nivel básico mientras se vuelve a la normalidad y así se reduce el riesgo de que cierren permanentemente o se vayan del país.

3.5.2.5 SUMINISTROS MÉDICOS, MEDICAMENTOS, EQUIPOS Y TECNOLOGÍA

La disponibilidad de suministros médicos, medicamentos, equipos, laboratorios y tecnología es crucial para el sistema de salud y para la preparación y respuesta ante emergencias de salud pública. Estos recursos son fundamentales para garantizar una atención médica eficaz, oportuna y de calidad, así como para mejorar los resultados de salud de la población. A continuación, describimos la importancia de cada uno de estos componentes, basándonos en las referencias consultadas:

- 1) **Suministros Médicos y Medicamentos:** La disponibilidad de suministros médicos, medicamentos de primera línea y vacunas es esencial para la prevención y tratamiento efectivo de enfermedades, la realización de procedimientos médicos seguros y la prevención de infecciones. En situaciones de emergencia, como brotes de enfermedades, desastres naturales o pandemias, la necesidad de estos recursos se intensifica para atender a un número mayor de pacientes y prevenir la propagación de enfermedades⁵⁷.
- 2) **Equipos:** Los equipos médicos permiten realizar diagnósticos precisos, tratamientos especializados y monitoreo de pacientes. La calidad y disponibilidad de estos equipos afectan directamente la capacidad de los sistemas de salud para responder a emergencias, realizar intervenciones críticas y mantener la continuidad del cuidado en circunstancias desafiantes.
- 3) **Laboratorios:** Los laboratorios son fundamentales para la detección y seguimiento de enfermedades, especialmente durante brotes. La capacidad de realizar pruebas rápidas y precisas es crucial para identificar casos, rastrear la propagación de enfermedades y tomar decisiones informadas sobre medidas de control y tratamiento⁵⁸.
- 4) **Tecnología:** La tecnología en salud, incluyendo sistemas de información sanitaria, telemedicina y dispositivos de monitorización remota, juega un papel vital en la mejora de la eficiencia, la gestión de recursos y la coordinación de la respuesta ante emergencias de salud pública. La tecnología permite un mejor seguimiento

⁵⁷ <https://www.ismp.org/resources/drug-supply-and-equipment-shortages-continue-compromise-patient-care>

⁵⁸ <https://www.taskforce.org/medicines-medical-equipment-and-supplies/>



de los recursos, facilita la comunicación entre diferentes niveles de atención y ayuda a garantizar una respuesta rápida y efectiva en situaciones de crisis⁵⁹.

Sin embargo, durante las recientes emergencias de salud pública, como los huracanes Irma, María y Fiona y durante la pandemia de COVID-19, el sistema de salud de Puerto Rico y otros países alrededor del mundo enfrentaron varios retos y desafíos relacionados con los suministros médicos, medicamentos, equipos, laboratorios y tecnologías. Estos desafíos han destacado la importancia de una gestión eficaz de la cadena de suministro en el sector salud y la necesidad de mejorar la resiliencia frente a futuras emergencias. A continuación, se resumen algunos de los principales desafíos identificados:

- 1) Interrupción de la Cadena de Suministro: Las emergencias de salud pública a menudo resultan en interrupciones significativas en la cadena de suministro, lo que dificulta el acceso a suministros médicos esenciales, medicamentos y equipos necesarios para brindar atención a los pacientes. Esto se ha observado tanto durante la pandemia de COVID-19 como en el caso de desastres naturales como huracanes, donde el daño a la infraestructura puede obstaculizar la entrega de suministros⁶⁰.
- 2) Carencia de Unidades de Diálisis resilientes accesibles en la emergencia: Durante el Huracán María muchos pacientes carecieron de acceso a las unidades de diálisis, lo que aumentó la mortalidad. El Plan de Emergencia ha de anticipar cuántas unidades se necesitan y su ubicación. La información ha de estar accesible a estos pacientes y sus familiares.
- 3) Carencia de salas alternas para facilitar el uso equipo médico personal: Durante el huracán María las salas de emergencia se abarrotaron con pacientes que dependen de máquinas de terapia respiratoria, concentradores de oxígeno, máquinas de CPAP y otros que requieren electricidad. El Plan de Emergencia ha de identificar y equipar salas comunitarias que faciliten a sus residentes el uso de este equipo y evitar así la sobrecarga de las salas de emergencia.
- 4) Escasez de Equipos de Protección Personal (EPP): Durante la pandemia de COVID-19, la demanda sin precedentes de EPP (como mascarillas, guantes y batas) llevó a una escasez global, afectando la capacidad de los trabajadores de la salud para protegerse adecuadamente mientras prestaban atención a los pacientes⁶¹.
- 5) Acceso a Medicamentos y Vacunas: Los desafíos en el acceso a medicamentos esenciales y vacunas han sido significativos, especialmente en áreas afectadas por desastres naturales o donde la infraestructura de salud ha sido debilitada. La

⁵⁹ <https://www.paho.org/en/topics/medical-devices>

⁶⁰ <https://www.cambridge.org/core/journals/disaster-medicine-and-public-health-preparedness/article/lessons-learned-community-engagement-in-emergencies-in-puerto-rico/6CC4AC183F804F668A044AD9A92DC7D4>

⁶¹ <https://www.wlm.org/health/2023-12-04/puerto-rico-mortality-rate-healthcare-system>



pandemia de COVID-19 también ha resaltado la importancia de una distribución equitativa de vacunas y tratamientos⁶².

- 6) Capacidad de los Laboratorios: Tanto la pandemia como otros eventos de salud pública han puesto de relieve la importancia de la capacidad de los laboratorios para realizar pruebas diagnósticas rápidas y precisas. La falta de equipos de laboratorio adecuados o la escasez de reactivos pueden retrasar la identificación de enfermedades y la respuesta a brotes.
- 7) Adopción de Tecnología: La necesidad de tecnologías de salud, como la telemedicina y los sistemas de información en salud, ha aumentado durante las emergencias de salud pública para facilitar la atención a distancia y gestionar los recursos de salud de manera más efectiva. Sin embargo, la adopción desigual y los desafíos en la implementación han limitado su impacto en algunos contextos.

Estos desafíos subrayan la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, mejorar la gestión de la cadena de suministro, y aumentar la inversión en infraestructura y tecnología para garantizar una respuesta más efectiva frente a futuras emergencias de salud pública. La colaboración internacional, el fortalecimiento de las capacidades locales y la planificación estratégica son esenciales para abordar estos desafíos de manera efectiva.

La preparación para emergencias de salud pública depende en gran medida de la disponibilidad y accesibilidad de estos recursos. La falta de suministros médicos, medicamentos, equipos adecuados y tecnología avanzada puede limitar severamente la capacidad de nuestro sistema de salud para responder eficazmente a las emergencias, resultando en peores desenlaces de salud, mayor mortalidad y la propagación de enfermedades. El PIP propone las siguientes medidas y estrategias para fortalecer este componente tan importante del sistema de salud:

Para garantizar la disponibilidad de suministros médicos, medicamentos, vacunas, equipos, laboratorios y tecnología durante huracanes, epidemias y pandemias en Puerto Rico, se pueden adoptar varias medidas y estrategias basadas en la experiencia de otros países y las recomendaciones de organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Estas estrategias se centran en fortalecer la resiliencia del sistema de salud, mejorar la gestión de la cadena de suministro y fomentar la cooperación internacional y local. A continuación, se detallan algunas de las medidas recomendadas:

- 1) Fortalecimiento de la Infraestructura de Salud: Invertir en la infraestructura de salud para que sea resistente a desastres naturales y situaciones de emergencia. Esto incluye la construcción de instalaciones que puedan soportar huracanes y la implementación de sistemas de energía alternativos para garantizar la continuidad de las operaciones durante cortes de energía.

⁶² <https://camarapr.org/financical-challenges-of-the-health-ecosystem-in-puerto-rico/>



- 2) Reservas Estratégicas de Suministros: Crear y mantener reservas estratégicas de suministros médicos esenciales, medicamentos y equipos de protección personal (EPP), así como establecer protocolos para su distribución rápida en situaciones de emergencia.
- 3) Mejora de la Cadena de Suministro: Desarrollar planes de gestión de la cadena de suministro que incluyan evaluaciones de riesgo, estrategias de diversificación de proveedores y la creación de sistemas de información para el seguimiento en tiempo real de los suministros. La colaboración con el sector privado puede ser crucial para mejorar la eficiencia y la respuesta en situaciones de emergencia.
- 4) Fomento de la Producción Local: Incentivar y apoyar la producción local de medicamentos, vacunas y equipos médicos para reducir la dependencia de las importaciones y mejorar la autosuficiencia del país en situaciones de crisis.
- 5) Capacitación y Preparación de Personal: Capacitar al personal de salud y a los Consejos de Salud Regionales en la gestión de emergencias, incluyendo el manejo de brotes epidémicos y la respuesta a desastres naturales. La formación continua y los simulacros pueden ayudar a mejorar la preparación y la respuesta del personal ante situaciones reales.
- 6) Implementación de Tecnología y Telemedicina: Adoptar tecnologías de salud digital, como la telemedicina, para facilitar el acceso a la atención médica durante confinamientos o cuando las instalaciones de salud estén inaccesibles. La digitalización de los sistemas de salud puede mejorar la eficiencia y la capacidad de respuesta en situaciones de emergencia.
- 7) Cooperación Internacional y Colaboración Regional: Aun con las limitaciones que nos impone nuestra relación colonial con los Estados Unidos, tratar de participar activamente en redes internacionales y regionales para el intercambio de información, recursos y mejores prácticas en la gestión de emergencias de salud pública. Aparte del acceso La cooperación internacional puede facilitar el acceso a vacunas, tratamientos y tecnologías avanzadas.

La inversión en estas medidas y estrategias, junto con la planificación y preparación adecuadas, son esenciales para fortalecer el sistema de salud, mejorar la capacidad de respuesta ante emergencias y proteger la salud pública.

3.5.2.6 EL CAMBIO CLIMÁTICO Y SUS EFECTOS SOBRE LA SALUD

Las comunidades insulares como Puerto Rico (PR) se ven profundamente impactadas por los eventos climáticos extremos. Las islas también se ven agravadas por aislamiento geográfico que interrumpe las cadenas de suministro y las respuestas de emergencia. Las comunidades en Puerto Rico se ven obstaculizadas por una compleja estructura de gobernanza compuesta por capas de burocracias federales y estatales que frecuentemente conducen a decisiones incorrectas. Los huracanes, las tormentas, los episodios de calor extremo, las sequías y el aumento del nivel del mar ya están



perjudicando la salud humana, los ecosistemas, el suministro de agua y alimentos y la infraestructura crítica en Puerto Rico. Las comunidades desventajadas y desatendidas sufren los impactos del cambio climático desproporcionalmente. Los huracanes y otros eventos extremos relacionados con el clima se han asociado a tasas más elevadas de enfermedades, trastornos mentales y mortalidad general, así como a la pérdida de patrimonio cultural que es fundamental para la identidad de la comunidad⁶³.

El cambio climático ha tenido varios efectos en Puerto Rico, y algunos de estos efectos han impactado la salud de la población. A continuación, se describen algunos de los efectos del cambio climático en Puerto Rico y su relación con la salud de la población:

- 1) Acceso a Servicios: Se prevé que los eventos extremos, combinados con el deterioro de las infraestructuras y la distribución desigual de los determinantes sociales de la salud, sigan provocando interrupciones y un acceso insuficiente a los servicios de atención médica
 - 1) Enfermedades Vectoriales: La abundancia de *Ae.aegypti* y *Ae.albopictus* está influida por la temperatura y las precipitaciones, y ambas especies tienen una excelente capacidad de adaptación en condiciones extremas de temperatura y precipitaciones. Entre los factores que favorecen los brotes de VBD en el Caribe se incluyen el cambio climático, la desigualdad, la pobreza, el perfil del serotipo (variación del virus), la inmunidad, el manejo ineficiente del agua y los residuos y la falta de concienciación de la comunidad⁶⁴.
 - 2) Enfermedades Zoonóticas: Pruebas recientes sugieren un exceso de riesgo de leptospirosis en PR asociado a zonas propensas a inundaciones, lluvias torrenciales y temperaturas más elevadas. Se prevé que eventos meteorológicos extremos como tormentas tropicales, lluvias torrenciales e inundaciones provoquen un aumento del número y la magnitud de los brotes de leptospirosis
 - 3) Calor Extremo: Las condiciones de calor extremo en el Caribe se han intensificado desde 1980. Investigaciones recientes sugieren una tendencia creciente en el número de días con estrés térmico por calor para la región del Caribe desde 1980. Varios factores contribuyen a la vulnerabilidad y sensibilidad al calor, entre los que se encuentran:
 - Poblaciones en los extremos de la edad (p. ej., recién nacidos, niños y adultos mayores).
- a) Mujeres embarazadas/personas.
 - b) Personas que:
 - i. viven en hogares unipersonales;
 - ii. viven por debajo del umbral de pobreza;
 - iii. trabajan en espacios reducidos con poca ventilación;

⁶³ <https://nca2023.globalchange.gov/chapter/23/>

⁶⁴ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3616967/>



- iv. trabajan al aire libre y están expuestas a factores de riesgo como la luz solar directa o una humedad elevada combinada con una temperatura del aire extremadamente alta;
- v. viven con discapacidades;
- vi. padecen afecciones de salud crónicas (p. ej., obesidad, hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular y enfermedad respiratoria);
- vii. no tienen cobertura de seguro médico.

En San Juan, ya se están dando muestras de estos efectos donde episodios de calor extremo se han asociado a un aumento significativo de la mortalidad y a un mayor riesgo relativo de derrames cerebrales y enfermedades cardiovasculares.

- 4) Polvo del Sahara: Estudios recientes sugieren que el calentamiento global intensificará las tormentas de polvo en el Mediterráneo y el Atlántico. Las partículas de polvo transportadas a través del Atlántico desde el Sáhara, sobre todo durante el verano, afectan el clima, las condiciones meteorológicas y los ecosistemas, incluidos los arrecifes de coral, los bosques y las poblaciones humana. En Puerto Rico, el polvo sahariano se ha asociado a mayores riesgos cardiovasculares y respiratorios.
- 5) Sargazo: La evidencia sugiere que estos eventos amenazan los ecosistemas costeros y las actividades sociales y culturales (p. ej., la pesca), con impactos económicos negativos (p. ej., reducción del turismo y degradación de las infraestructuras) y efectos adversos para la salud humana (p. ej., palpitaciones, dificultad para respirar y sarpullido) debido al sulfuro de hidrógeno en el aire procedente del sargazo en descomposición y a la exposición directa a las algas.
- 6) Huracanes y eventos climáticos extremos: Puerto Rico ha experimentado un aumento en la intensidad de los huracanes y eventos climáticos extremos debido al cambio climático. Estos eventos pueden causar daños a la infraestructura de salud, interrupciones en los servicios médicos y un aumento en el estrés psicológico y emocional en la población⁶⁵. El ejemplo más claro de esto fue el huracán María que tuvo un impacto devastador en la salud de la población y en los servicios de salud en Puerto Rico. Entre los efectos más significativos estuvieron los siguientes:
 - a) Aumento de mortalidad: Después del paso de huracán María en septiembre de 2017, Puerto Rico experimentó un aumento significativo en la mortalidad. Un estudio realizado por la Universidad de Harvard⁶⁶ estimó que hubo un aumento en la mortalidad en los meses posteriores al huracán de 4,645 muertes mientras que otro estudio realizado por Universidad de George Washington⁶⁷ estimó que de septiembre del 2017 a febrero del

⁶⁵ <https://nam.edu/event/preparing-for-the-health-effects-of-hurricanes/>

⁶⁶ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1803972>

⁶⁷ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32689-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32689-3/fulltext)



2018 hubo 2,975 muertes atribuibles directa o indirectamente al huracán María. Ambos estudios relacionaron estas muertes con factores como la falta de acceso a atención médica, la interrupción de servicios esenciales y las condiciones precarias de vivienda.

- b) Interrupción de servicios de salud: El huracán María causó daños extensos en la infraestructura de salud de Puerto Rico, incluyendo hospitales, clínicas y centros de atención primaria. Muchos centros de salud quedaron sin electricidad, suministros médicos y acceso a agua potable, lo que dificultó la atención médica y el tratamiento de pacientes⁶⁸.
 - c) Aumento de enfermedades transmitidas por vectores: Tras el huracán María, las condiciones de inundación y la falta de saneamiento adecuado contribuyeron al aumento de enfermedades transmitidas por vectores, como el dengue y el zika. La interrupción en la eliminación de criaderos de mosquitos y el acceso limitado a atención médica complicaron la respuesta a estas enfermedades⁶⁹.
 - d) Estrés psicológico y trauma: El huracán María causó un alto nivel de estrés psicológico y trauma en la población puertorriqueña debido a la pérdida de seres queridos, la destrucción de viviendas y la incertidumbre sobre el futuro. Esto tuvo un impacto negativo en la salud mental de la población, y se observaron aumentos en la depresión y la ansiedad⁷⁰.
- 7) Aumento del nivel del mar: El aumento del nivel del mar ha llevado a la erosión costera y la inundación de áreas bajas en Puerto Rico. Esto puede resultar en la pérdida de viviendas y el desplazamiento de comunidades, lo que tiene un impacto en la salud mental y el bienestar de las personas afectadas⁷¹.

Estos son algunos ejemplos de cómo el cambio climático ha afectado la salud de la población en Puerto Rico. Es importante tener en cuenta que estos efectos pueden variar en magnitud y alcance, y pueden interactuar con otros factores sociales y económicos.

3.5.2.6.1 PROPUESTAS

El PIP apoya por completo la adopción del Plan de Adaptación al Cambio Climático⁷² propuesto por el Comité de Expertos y Asesores sobre Cambio Climático (CEACC) de Puerto Rico. Y cónsono con las recomendaciones del CEACC proponemos en general las siguientes medidas e iniciativas para prevenir y mitigar los efectos del cambio climático sobre la salud de la población y el sistema de salud basado en nuestra propia

⁶⁸ <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0205821>

⁶⁹ <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6778-y>

⁷⁰ <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2722206>

⁷¹ <https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1748-9326/aa6cbf>

⁷² <https://www.drna.pr.gov/ceacc/eventos/vistas/#enc-borrador-p-marccpr>



experiencia y en la evaluación de las estrategias exitosas implementadas en otros países:

- 1) Mejorar la infraestructura de salud resiliente al clima para fortalecer la infraestructura de hospitales y centros de salud para garantizar que sean resistentes a eventos climáticos extremos, como huracanes. Esto incluye la instalación de generadores de energía de respaldo, sistemas de suministro de agua segura y medidas de resistencia a inundaciones⁷³. Para más detalles ver la sección de
- 2) Desarrollar planes de respuesta a desastres para establecer y poner en práctica planes de respuesta a desastres que incluyan protocolos específicos para situaciones de emergencia relacionadas con el clima. Esto garantiza una atención médica efectiva y una coordinación adecuada durante y después de eventos climáticos extremos⁷⁴.
- 3) Promover la educación y concienciación para educar a la población sobre los riesgos del cambio climático para la salud y cómo protegerse, incluyendo la promoción de medidas de seguridad durante eventos climáticos extremos y la concienciación sobre enfermedades transmitidas por vectores⁷⁵.
- 4) Fomentar la adaptación y la resiliencia comunitaria para incentivar la formación de comunidades más resistentes al cambio climático, promoviendo la construcción de viviendas seguras, la implementación de sistemas de alerta temprana y la creación de refugios seguros en caso de desastres⁷⁶.
- 5) Impulsar la mitigación del cambio climático reduciendo las emisiones de gases de efecto invernadero a nivel local, promoviendo la energía limpia y sostenible, el transporte público eficiente y la gestión adecuada de residuos⁷⁷.
- 6) Monitorear y evaluar los riesgos climáticos para la salud estableciendo sistemas de vigilancia de enfermedades relacionadas con el clima y evaluar regularmente los riesgos climáticos para la salud de la población. Esto permite una respuesta rápida y eficaz ante amenazas emergentes⁷⁸.
- 7) Colaboración intersectorial para fomentar la colaboración entre los sectores de salud, medio ambiente, infraestructura y gobierno para abordar de manera integral los riesgos climáticos para la salud⁷⁹.

Estas estrategias pueden contribuir a proteger la salud de la población y fortalecer el sistema de salud en Puerto Rico frente a los desafíos del cambio climático. Es importante que estas medidas se adapten a las necesidades específicas de la isla y se implementen de manera sostenible y coordinada.

⁷³ <https://www.phe.gov/Preparedness/planning/hpp/reports/Documents/pr-hcira.pdf>

⁷⁴ <https://prhcc.org/>

⁷⁵ www.salud.gov.pr/

⁷⁶ <https://toolkit.climate.gov/tool/puerto-rico-community-resilience-project>

⁷⁷ <https://www.resilientpuertorico.org/>

⁷⁸ <https://www.cdc.gov/nceh/tracking/topics/ClimateHealth.htm>

⁷⁹ <https://climatechange.pr.gov/>



3.6 META 6: REDUCIR LAS INEQUIDADES EN EL ACCESO, LA ATENCIÓN Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD ENTRE LOS DIFERENTES GRUPOS POBLACIONALES Y COMUNIDADES.

3.6.1 INTRODUCCIÓN

En esta meta estaremos explicando y presentando las propuestas que el PIP le está sometiendo al país para transformar y fortalecer la prestación de los servicios de salud por niveles y áreas de servicios. Los mismos son los siguientes: atención secundaria, terciaria y supraterciaria; salud mental; salud escolar; salud sexual y reproductiva; salud oral; salud visual; y salud auditiva. También estaremos presentando nuestras propuestas sobre cómo mejorar la salud y la prestación de servicios por grupos incluyendo poblaciones vulneradas en Puerto Rico que incluyen las siguientes: salud de la mujer, salud del hombre, salud de la población LGBTTT+, salud de la población de adultos mayores, salud de la población con discapacidad y salud de la población afrocaribeña. Nos enfocaremos en estos preceptos generales mínimos que adoptaremos para el cuidado de estas poblaciones:

- 1) Reducción de daños: La reducción de daños tiene como objetivo minimizar los efectos negativos de un comportamiento respetando la autonomía del paciente. Cuando un proveedor adopta un enfoque de reducción de daños, ayuda al paciente a reducir los riesgos potenciales al educar y apoyar una versión realista de esas actividades.
- 2) Ser inclusivo con el peso: Ser inclusivo con el peso es un enfoque holístico de la salud que cambia las conversaciones para incluir otros aspectos de la salud, además del peso. Cuando le quitamos importancia a los números en la báscula o en el IMC, podemos centrarnos en otros factores que tienen un efecto en la salud y el bienestar.
- 3) Consentimiento informado: El consentimiento informado educa al paciente sobre los riesgos, beneficios y alternativas de los procedimientos y tratamientos médicos. Un enfoque de consentimiento informado crea una toma de decisiones compartida a través del diálogo entre el proveedor y el paciente.
- 4) Equidad racial: Las profundas disparidades de salud para los afrocaribeños e isleños del Caribe han sido aceptadas y perpetuadas durante demasiado tiempo por el sistema de atención médica. Un enfoque de equidad racial trabaja para detener el racismo en la atención médica fomentando el aprendizaje continuo, interrumpiendo nuestros prejuicios, centrando la voz del paciente y abogando por el cambio.



- 5) Sexo positivo: Un enfoque de sexo positivo normaliza y celebra la sexualidad, los deseos y las prácticas de todos. Los proveedores aprecian cómo el sexo puede dar forma a aspectos de nuestras vidas de manera positiva, con exploración, confianza y placer.
- 6) Atención informada sobre el trauma: La atención informada sobre el trauma crea seguridad emocional y física y confianza entre el proveedor y el paciente. Los proveedores entienden que un paciente puede estar viniendo de un lugar de trauma pasado, lo reconocen y evitan la retraumatización en todos los aspectos de cada visita, posible examen, tratamiento y referido.

3.6.2 PROPUESTAS POR TIPOS DE SERVICIOS DE SALUD

3.6.2.1 SERVICIOS DE NIVEL SECUNDARIO, TERCIARIO Y SUPRATERCIARIO

La atención secundaria, terciaria y supraterciaria son niveles progresivos de atención dentro de un sistema de salud, cada uno diseñado para tratar problemas de salud más complejos y especializados que el nivel anterior. Aquí se describe la importancia de cada uno de estos niveles:

- 1) Atención Secundaria: La atención secundaria se refiere a los servicios especializados y de apoyo que necesita un paciente que luchan con condiciones de salud más complejas. Incluye servicios hospitalarios para pacientes ingresados y ambulatorios, atención especializada ofrecida por especialistas y algunas formas de diagnóstico avanzado. Es el puente entre la atención primaria y terciaria y sirve como un enlace crítico, proporcionando tratamientos que no están disponibles en el primer nivel de atención. Por lo general, el médico primary coordina la transición sin excluir que el médico especializado podría determinar por sí mismo que el servicio es requerido y proveerlo.
- 2) Atención Terciaria: La atención terciaria incluye servicios altamente especializados, ofrecidos generalmente en centros o hospitales de referencia, que atienden enfermedades más graves o complicadas que requieren cuidados intensivos, cirugías complejas, o tratamientos especializados como la quimioterapia. Proporciona tecnologías avanzadas y especialistas altamente cualificados para tratar enfermedades y condiciones severas y complejas. También actúa como centros de referencia para casos que exceden la capacidad de manejo de los niveles primario y secundario.
- 3) Atención Supraterciaria: La atención supraterciaria se refiere al nivel más alto y especializado de atención, que incluye servicios de extrema especialización y procedimientos de alta complejidad, a menudo en campos como la medicina genética, trasplantes de órganos y cirugías experimentales. Tiene un rol de liderazgo en la investigación médica y el desarrollo de nuevas terapias y tecnologías que provee soluciones para las condiciones más raras y complejas, muchas veces



siendo la última esperanza para pacientes con enfermedades que no pueden ser tratadas en otros niveles.

En Puerto Rico, los servicios de atención secundaria se ofrecen en hospitales generales alrededor de la isla, mientras que los servicios de atención terciaria y supraterciaria se ofrecen en hospitales universitarios y especializados muchos de ellos localizados en el Centro Médico ubicado en el Barrio Monacillos de Río Piedras que es un complejo de 225 cuerdas que alberga 12 hospitales y cerca de 20 otras entidades de servicios de salud. Este centro fue concebido en 1945, creado por ley en 1957, y su funcionamiento ha sido fundamental para la enseñanza médica y la provisión de servicios clínicos especializados, administrados por la Administración de Servicios Médicos (ASEM) desde 1978. Desde la implementación de la reforma de salud de 1993, el Centro Médico ha enfrentado desafíos financieros significativos, con gastos que superan los ingresos y una dependencia de fondos gubernamentales para operar. Esta situación ha sido exacerbada por cambios en la política de salud que han dirigido a pacientes hacia el sector privado, dejando al Centro Médico con los casos más complejos y costosos, y una reducción en la financiación que ha llevado a déficits operacionales crónicos⁸⁰.

La situación económica de ASEM y los hospitales universitarios ha sido precaria, con ingresos propios insuficientes para cubrir los gastos desde 1998, y un déficit fiscal anual que ha requerido subsidios gubernamentales recurrentes. Las reformas de salud y las políticas gubernamentales, incluyendo recortes de personal y congelación de plazas, han afectado negativamente la operación y la calidad del servicio. A pesar de estos desafíos, el Centro Médico ha continuado brindando servicios médicos de alta calidad gracias al compromiso de su personal médico y administrativo. La situación de ASEM ha empeorado con el tiempo, con un déficit operacional creciente y una deuda acumulada significativa. La necesidad de una redefinición y modernización de su estructura operacional y económica es urgente para preservar la calidad de los servicios y la educación médica que el Centro Médico proporciona, asegurando su funcionamiento eficiente y autosostenible en el futuro.

Además, el Centro Médico y el sector hospitalario en general de Puerto Rico ha enfrentado serios desafíos en los últimos años que incluyen los siguientes:

- 1) Problemas económicos y financieros: Muchos hospitales en Puerto Rico han experimentado dificultades económicas debido a la crisis económica en la isla. La falta de financiamiento adecuado ha afectado la capacidad de los hospitales para proporcionar servicios de atención médica de calidad⁸¹. En gran medida esto está relacionado al enorme poder de la industria de seguros privada y su enorme

⁸⁰ <https://www.metro.pr/opinion/2022/03/01/opinion-del-dr-ibrahim-perez-el-rescate-economico-de-centro-medico-es-impostergable/>

⁸¹ <https://www.elnuevodia.com/negocios/empresas/notas/los-hospitales-en-la-cuerda-floja/>



control sobre el mercado de servicios de salud, la reducción en la población y cambios en la práctica de la medicina.

- 2) Emigración de profesionales de la salud: La emigración de profesionales de la salud, como médicos y enfermeras, en busca de mejores oportunidades laborales y salarios en los Estados Unidos ha resultado en una disminución de la fuerza laboral de atención médica en Puerto Rico que laboran en los hospitales⁸².
- 3) Impacto de la pandemia del COVID19: La pandemia del COVID-19 tuvo un impacto significativo en los hospitales de Puerto Rico, al igual que en muchas otras partes del mundo. Aunque la información específica sobre el impacto detallado puede variar, algunos de los efectos generales incluyen⁸³:
 - a) Sobrecarga del sistema hospitalario: La pandemia llevó a un aumento significativo en la cantidad de pacientes que requerían atención hospitalaria, especialmente aquellos que necesitaban cuidados intensivos y asistencia respiratoria debido a complicaciones severas del COVID-19.
 - b) Retrasos y cancelaciones de procedimientos no urgentes: Para dar prioridad a la atención de pacientes con COVID-19 y reducir el riesgo de transmisión en hospitales, muchos procedimientos electivos y consultas no urgentes fueron pospuestos o cancelados.
 - c) Estrés en el personal de salud: Los profesionales de la salud enfrentaron niveles elevados de estrés y carga laboral debido al aumento en el número de pacientes, la necesidad de adaptarse a protocolos de seguridad nuevos y rigurosos, y el riesgo personal de infección.
 - d) Adaptación a nuevas formas de atención: Los hospitales tuvieron que adaptarse rápidamente a nuevas modalidades de atención, como la telemedicina, para seguir atendiendo a pacientes no relacionados con COVID-19, mientras se minimizaba el riesgo de exposición al virus.
 - e) Impacto financiero: Los costos operativos de los hospitales aumentaron debido a la necesidad de adquirir equipo de protección personal (EPP), implementar medidas de seguridad adicionales, y manejar el incremento en la demanda de ciertos servicios. Al mismo tiempo, la cancelación de procedimientos electivos, que suelen ser una fuente importante de ingresos, impactó financieramente a muchas instituciones.
- 4) Infraestructura envejecida: Muchos hospitales en la isla tienen infraestructuras envejecidas que requieren reparaciones y actualizaciones costosas. Esto ha llevado a problemas con la calidad y la disponibilidad de los servicios de atención médica⁸⁴.

⁸² <https://www.primerahora.com/noticias/puerto-rico/notas/la-salud-aun-se-recupera-de-irma-y-maria/>

⁸³ <https://www.elnuevodia.com/noticias/locales/notas/la-pandemia-lacero-la-industria-hospitalaria-en-puerto-rico/>

⁸⁴ https://www.washingtonpost.com/national/in-puerto-rico-crisis-over-hospitals-deepens/2019/01/02/33867b84-0c03-11e9-84fc-d58c33d6c8c7_story.html



- 5) Reembolsos de Medicare y Medicaid: Los bajos niveles de reembolsos de Medicare y Medicaid en Puerto Rico han afectado la sostenibilidad financiera de los hospitales y su capacidad para atender a pacientes con estos seguros de salud⁸⁵.
- 6) Desafíos climáticos: La vulnerabilidad de la infraestructura hospitalaria a eventos climáticos extremos, como huracanes, ha sido un problema recurrente en Puerto Rico y ha afectado la capacidad de los hospitales para brindar atención médica durante y después de estos eventos⁸⁶.

Estos desafíos han tenido un impacto significativo y negativo sobre el sector hospitalario de Puerto Rico y han requerido esfuerzos continuos para tratar de superar estas dificultades.

3.6.2.1.1 PROPUESTAS

Para fortalecer el sector hospitalario en Puerto Rico, especialmente en el contexto de la recuperación de la pandemia del COVID-19 y más allá, el PIP acoge los planteamientos y recomendaciones que prestigiosos miembros de la comunidad salubrista y médica del país llevan haciendo hace años y planteamos las siguientes propuestas:

- 1) Aprobar legislación para evaluar y desarrollar un plan de reorganización y reestructuración de la gobernanza y administración del Centro Médico de Río Piedras actualmente bajo ASEM. La meta es convertir al Centro Médico en una red integrada y sostenible que aproveche al máximo la interacción y colaboración entre sus componentes, hospitales, facilidades de salud incluyendo al Recinto de Ciencias Médicas de la UPR con sus escuelas, programas académicos, y facultad, para superar los desafíos operacionales y económicos que enfrenta ahora. Esta integración buscaría generar ingresos propios, empleo para profesionales de la salud, y asegurar la viabilidad económica del complejo, superando en lo posible la dependencia de apoyo económico gubernamental. La nueva estructura organizacional, administrativa y de gobernanza se enfocará en los siguientes aspectos:
 - a) aumento de financiamiento y recursos,
 - b) mejorar las instalaciones físicas e infraestructura hospitalaria,
 - c) asegurar el acceso a los equipos médicos esenciales, suministros, y equipo de protección personal,
 - d) fortalecimiento del personal médico incluyendo incentivos para atraer y retener a profesionales de la salud, incluyendo mejores salarios, beneficios y oportunidades de desarrollo profesional,

⁸⁵ <https://www.nytimes.com/2018/02/24/us/puerto-rico-medicare.html>

⁸⁶ <https://www.theguardian.com/us-news/2020/jan/07/puerto-rico-hospitals-hurricane-maria>



- e) invertir en programas de capacitación para el personal médico sobre las últimas prácticas y tecnologías en cuidado de la salud,
 - f) modernizar y adoptar modelos de gestión y sistemas de información hospitalaria para optimizar los procesos administrativos y clínicos,
 - g) revisar, desarrollar e implementar planes de contingencia para responder de manera efectiva a futuras crisis de salud pública o desastres naturales, y
 - h) mejorar la coordinación, integración y sinergia de los servicios de salud de los diferentes hospitales y facilidades de salud en el Centro Médico.
- 2) Aprobar legislación para asignar recursos al Departamento de Salud y al Recinto de Ciencias Médicas de la UPR para que en conjunto realicen un estudio donde se evalúe la necesidad de hospitales y camas hospitalarias en Puerto Rico del 2025 al 2050. Para esto el estudio deberá incorporar las tendencias de crecimiento poblacional, la distribución por grupos de edad y geográfica de la población, las tasas de prevalencia de diversas enfermedades, las proyecciones de ocupación hospitalaria y tasas de utilización de servicios para identificar patrones y necesidades insatisfechas. Además, el estudio deberá considerar cambios en las prácticas, estándares y avances tecnológicos en el cuidado médico. El estudio estimará el número óptimo de hospitales y camas necesarias para satisfacer las necesidades de salud de Puerto Rico de manera eficiente y equitativa hasta el año 2050. El reporte final del estudio deberá estar listo para junio del 2026 y entregarse a la legislatura y el ejecutivo para generar recomendaciones de política pública dirigidas a proveer el nivel de financiamiento, recursos e inversión que la red hospitalaria de Puerto Rico necesita para ser sustentable y mantenerse operando adecuadamente para garantizar un nivel óptimo de salud a la población.
- 3) Promover la medicina de precisión, también conocida como medicina personalizada, como un enfoque para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades más efectivo en la medida que toma en cuenta la variabilidad genética, el ambiente y el estilo de vida de cada persona. Este enfoque busca personalizar el cuidado de salud, con decisiones y tratamientos que sean específicamente adaptados a las características individuales de cada paciente. Este enfoque ofrece ventajas significativas sobre la medicina convencional, como un tratamiento más personalizado y específico, la posibilidad de identificar a personas en riesgo de desarrollar ciertas enfermedades antes de que aparezcan síntomas, y una optimización de los recursos de atención médica. Además, contribuye a una mejor toma de decisiones clínicas mediante la integración de datos genéticos, moleculares, y clínicos. Por ejemplo, en la oncología, se basa en el análisis genético de los tumores para seleccionar tratamientos dirigidos adaptados a las características moleculares de cada tumor, mejorando la eficacia del tratamiento y minimizando los efectos secundarios. El PIP propone lo siguiente:



- a) En la medida en que sea viable económicamente, se incluirá en la cubierta de servicios del Seguro Nacional de Salud las pruebas genómicas avanzadas disponibles que evidencien ser las más costo-efectivas en la prevención y tratamiento para las enfermedades que actualmente tienen un mayor impacto en nuestra población en términos de su prevalencia, morbilidad y mortalidad.
- b) Apoyar con más fondos estatales la investigación en medicina genómica que se realiza en el país a través del Centro Comprensivo de Cáncer de la Universidad de Puerto Rico⁸⁷ y otros centros de investigación, para mejorar la prevención y el tratamiento de enfermedades que representan la mayor carga para nuestra población en términos de prevalencia, morbilidad y mortalidad.
- c) Establecer un Centro de Medicina Genómica Avanzada como manera de utilizar los resultados de las investigaciones científicas realizadas en y fuera de Puerto Rico para impulsar la adopción, adaptación e implementación adecuada y viable de la tecnología y la práctica de la medicina de precisión a través del espectro de los servicios de salud desde la prevención primaria hasta los servicios supraterciarios.

3.6.2.2 SALUD MENTAL

La salud mental, como reconoce el PIP, es fundamental para el bienestar integral de los individuos y la sociedad en Puerto Rico. Se entiende no solo como la ausencia de trastornos mentales, sino como un estado de bienestar que permite a las personas afrontar el estrés de la vida cotidiana, trabajar productivamente y hacer una contribución significativa a su comunidad. Este concepto abarca la capacidad de disfrutar la vida, de recuperarse ante la adversidad, de lograr equilibrio emocional, de sentirse seguro y capaz, y de crear y mantener relaciones satisfactorias. La salud mental es, por tanto, una piedra angular para el desarrollo personal, la cohesión social y la capacidad de la población para afrontar los desafíos económicos, sociales y ambientales.

La salud mental en Puerto Rico enfrenta desafíos multifacéticos, marcados significativamente por el impacto de factores biológicos, socioeconómicos y ambientales, incluyendo la pobreza, el aislamiento social, y el consumo de sustancias. Los eventos traumáticos recientes, como huracanes severos, terremotos y la pandemia de COVID-19, han exacerbado estas dificultades, afectando profundamente el bienestar mental colectivo e individual. Estos eventos han incrementado la prevalencia de condiciones como el estrés postraumático, la depresión, la ansiedad y la conducta suicida,

⁸⁷ <https://www.primerahora.com/suplementos/suplementos/notas/estudio-all-of-us-inicia-reclutamiento-en-puerto-rico/>



presentando un panorama alarmante donde la salud mental se ha convertido en una crisis emergente.

Los datos revelan una alta incidencia de trastornos mentales y una creciente tasa de suicidios, con Puerto Rico posicionándose entre las jurisdicciones de Estados Unidos con mayores problemas de salud mental. En el 2018, la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) estableció que somos la 3ra jurisdicción de Estados Unidos, con mayores problemas de salud mental. Para el 2020, en nuestra patria, los trastornos mentales, neurológicos como la demencia tipo Alzheimer, por consumo de sustancias y el suicidio causaron el 19% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y el 32% de todos los años vividos con discapacidad (AVD). La enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el adulto mayor continúa en aumento. Para el 2022 se estimaron 116,000 casos. Además, se estima que 12 % de la población vive con algún desorden de ansiedad, 10 % viven con depresión mayor y 8% con dependencia de sustancias.

Los datos oficiales indican que cada año ocurren entre 200 y 300 muertes anuales por suicidio en Puerto Rico. Se estima que por cada muerte por suicidio 20 lo intentaron y 280 personas lo pensaron. Durante el año fiscal 2021-2022, la Línea PAS de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), atendió 135,220 llamadas asociadas a condiciones mentales⁸⁸. De esas, hubo 20,382 por conducta suicida, 1,277 por rehabilitación de drogas, 635 por rehabilitación de alcohol, y 164 por violencia doméstica. A junio de 2023, la Línea PAS había recibido 168,212 y 4,852 mensajes en su chat, para un total de 173,064 consultas a solo seis meses del año; 10,500 vinculadas a pensamientos suicidas. Los sistemas de apoyo actuales, aunque esfuerzos como la Línea PAS de ASSMCA han atendido un volumen significativo de llamadas relacionadas con la salud mental, subrayan la necesidad urgente de un enfoque más accesible y eficaz en el tratamiento y la prevención.

Otro de los problemas graves de salud mental que además tiene unos efectos sociales y económicos devastadores es el de las adicciones. Una adicción es un trastorno crónico y recurrente con origen en el cerebro; el circuito o red de la recompensa en los lóbulos temporales. La red neuronal implicadas en la motivación, el placer, el aprendizaje y el comportamiento adictivo activa reacciones de recompensa muy importantes en el desarrollo de adicciones. La adicción es una gestión dirigida al alivio mediante del consumo o uso de drogas y sustancias legales o ilegales, o a través de comportamientos dirigidos a obtener placer de otro tipo. Es una conducta muy difícil de controlar, que dificulta el abstenerse y el reconocer los problemas derivados de la adicción, y en las relaciones interpersonales, así como una respuesta emocional disfuncional.

Para abordar de manera integral el problema de las adicciones en Puerto Rico, el PIP propone un enfoque y estrategia salubrista que no solo se centre en la drogodependencia, sino que también incluya una gama más amplia de adicciones, tanto

⁸⁸ <https://www.assmca.pr.gov/estadisticas>



a sustancias como conductuales. Las adicciones a sustancias incluyen, pero no se limitan al uso del tabaco, alcohol, drogas lícitas e ilícitas, e incluso la cafeína. Por otro lado, las adicciones conductuales abarcan comportamientos asociados con el uso excesivo de nuevas tecnologías (tecnofilia), los videojuegos (trastorno por juego en Internet), el celular (nomofobia), la comida (hiperfagia), al trabajo, al ejercicio físico, al sexo (hipersexualidad), al juego especialmente a las apuestas (ludopatía), las compras compulsivas, y la acumulación de cosas (trastorno de acumulación compulsiva), entre otros. Este enfoque amplio reconoce la complejidad del problema de las adicciones y busca promover una prevención efectiva, opciones de recuperación accesibles, estrategias de reducción de daños, la descriminalización de las conductas asociadas a las adicciones, y el reconocimiento del papel crucial de las organizaciones de base comunitaria en el tratamiento y la recuperación.

Para afrontar estos retos, se requiere un enfoque intersectorial que vaya más allá del ámbito de la salud, integrando esfuerzos de prevención y tratamiento en los sistemas educativos, laborales y de bienestar social. La promoción de entornos saludables, el acceso universal a servicios de calidad y la desestigmatización de la salud mental son esenciales para construir una sociedad más resiliente. La propuesta del PIP hacia un sistema de salud universal que entrelaza la salud mental y física, junto con la promoción de derechos humanos y la inclusión de estrategias de prevención temprana, son pasos cruciales para superar los desafíos actuales y mejorar el panorama de la salud mental en Puerto Rico.

El PIP subraya la importancia de un sistema de salud universal que integre los servicios de salud mental y física, promoviendo una sociedad más resiliente y un futuro esperanzador para Puerto Rico. Además, la formulación e implementación de políticas, planes y leyes en el campo de la salud mental son fundamentales para establecer un marco sólido y efectivo que mejore la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental. Este enfoque, centrado en la promoción de la salud mental y la prevención de enfermedades mentales, subraya la necesidad de una acción seria y sostenida, basada en conocimiento científico actualizado y en el respeto de los derechos humanos. La meta es proporcionar una atención integral y de calidad en todos los niveles del sistema de salud, abordando no solo el tratamiento de trastornos mentales, sino también la creación de entornos que fomenten un estado de salud mental positivo.

Para lograr esto, es crucial reconocer y abordar diversos aspectos, incluyendo la organización y calidad de los servicios, la accesibilidad, el cuidado comunitario, y el fortalecimiento de los vínculos entre personas con trastornos mentales, sus cuidadores, y los principales indicadores de salud mental. Además, es importante considerar los entornos físicos y socioculturales en los que las personas viven, trabajando para maximizar sus efectos positivos en la salud mental. Esto requiere una participación intersectorial amplia, involucrando sectores más allá de la salud, como educación, trabajo, justicia, seguridad, transporte, medio ambiente, vivienda, asistencia social, servicios municipales y organizaciones de base comunitaria.



Por último, la investigación juega un papel crucial en este proceso, incluyendo estudios epidemiológicos de la población general y de grupos específicos, con un énfasis particular en la epidemiología social. Entender los determinantes sociales de la salud mental es esencial para desarrollar intervenciones más efectivas. Por lo tanto, es necesario profundizar en la investigación de los aspectos biopsicosociales de la salud y la enfermedad mental, para construir estrategias de intervención basadas en evidencia que puedan abordar efectivamente las necesidades de salud mental de la población. Este enfoque holístico e inclusivo es clave para avanzar hacia sistemas de salud mental más resilientes y capaces de promover el bienestar mental en todas las etapas de la vida.

3.6.2.2.1 PROPUESTAS

El PIP se compromete a promover un estado de salud mental positivo en Puerto Rico, asegurando servicios de alta calidad y accesibles para todos. Con este propósito acogemos e implementaremos la mayoría de las recomendaciones propuestos por entidades como la **Asociación de Psicología de Puerto Rico, la Coalición por la Salud Mental, y la Coalición Nueva Visión de Salud**. Basado en sus planteamientos y reconociendo la salud mental como esencial para el bienestar, el aprendizaje productivo y la contribución comunitaria, el PIP propone lo siguiente:

- 1) La salud mental de nuestra gente es un asunto que requiere un abordaje intersectorial e integral. Esto significa que debemos unir a todos los sectores relevantes y trabajar de manera que los servicios de salud física y mental se complementen. La importancia de este enfoque es evidente, ya que una cuarta parte de las personas que buscan asistencia primaria padecen de algún trastorno mental. Además, existe una interrelación significativa entre los trastornos mentales graves y las afecciones físicas crónicas.
- 2) Para enfrentar este desafío, proponemos un sistema que no solo trate y rehabilite los trastornos mentales, sino que también promueva activamente la salud mental. Esta promoción incluye fomentar un bienestar psicológico y emocional más allá de la mera ausencia de enfermedad, lo cual requiere evaluar y actuar sobre los determinantes socioeconómicos de la salud. Es por esto por lo que como parte de los **proyectos de comunidades saludables** incluidos en la **Red Nacional de Comunidades Saludables** financiados por el FANSAP se implementaran intervenciones que creen entornos y condiciones de vida favorables para la salud mental y física basadas en el respeto y la protección de los derechos humanos, elementos fundamentales para el bienestar mental.
- 3) La prevención en salud mental se debe abordar de manera distinta a la salud física, dividiéndose en prevención universal, selectiva e indicada, dependiendo del riesgo y la presencia de síntomas. Este enfoque diferenciado es crucial para intervenir de manera efectiva antes de que los trastornos se desarrollen o avancen.



- 4) En el ámbito de la atención primaria de salud, el manejo y tratamiento de los trastornos mentales no solo mejora el acceso a los servicios, sino que también optimiza la calidad de estos. Es por esto por lo que a través de los **centros de salud comunitaria** incluidos en la **Red Nacional de Centros de Salud Comunitarios** financiados por FANSAP se asignaran fondos para lo siguiente:
 - a) Formación de los profesionales de la salud para identificar y manejar urgencias psiquiátricas es clave para garantizar una atención integral y adecuada desde el primer contacto.
 - b) Contratación de profesionales de la salud mental como psicólogos clínicos para la promoción, prevención, diagnóstico inicial y tratamiento de primera línea.
 - c) Identificación temprana de los determinantes de la salud mental y la implementación de intervenciones para mitigar riesgos y fomentar la resiliencia.
 - d) Contratación de educadores en salud que junto a los profesionales de la salud mental estén encargados de realizar estudios de necesidades y diseñar intervenciones educativas adecuadas. Estas intervenciones deben abordar temas como la desestigmatización de la enfermedad mental y el desarrollo de la resiliencia psicológica.
- 5) Para garantizar la continuidad en los servicios de salud mental, se crearán espacios con este fin en el segundo nivel de servicios, es decir, los hospitales generales. Sólo en el nivel terciario, habrá centros especializados donde se trabajará específicamente con comportamientos suicidas, adicciones a alcohol y otras drogas y los comportamientos violentos. Esto incluye cuidado a largo plazo, cuidado psiquiátrico especializado y la disponibilidad de tratamientos psicotrópicos.
- 6) Como parte de la implementación del **Seguro Nacional de Salud** se hará lo siguiente:
 - a) Estructurar la cubierta de servicios de salud mental más amplia posible incluyendo servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y medicamentos de primera línea, incluyendo los trastornos de adicciones físicas y conductuales.
 - b) Se eliminará el casi monopolio que existe actualmente bajo el Plan Vital por parte de la compañía **APS Health Puerto Rico** como proveedor e intermediario de servicios de salud mental.
 - c) Negociar colectivamente con los colegios, asociaciones y grupos que agrupan a los profesionales de la salud mental aumentos en las tarifas para que sean más justas ya adecuadas.



- 7) Apoyar, proponer y aprobar legislación dirigida a asegurar los derechos y condiciones laborales de profesionales como por ejemplo los trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales para mejorar el acceso a los servicios de salud mental para la población.
- 8) Aumentar los fondos y recursos para las residencias psiquiátricas en el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.
- 9) Apoyar la gestión de la Coalición de Salud Mental para la creación y financiamiento de más internados en psicología clínica que tengan la calidad requerida y sean competitivos en términos de sus salarios.
- 10) Crear la **Comisión Nacional para el Estudio de las Adicciones** (CNEA), un cuerpo multisectorial y multidisciplinario encargado de revisar la evidencia científica sobre el impacto de la política de control de drogas y recomendar alternativas desde una perspectiva de salud pública. Esta comisión se enfocará en desarrollar una política integrada que no solo atienda las adicciones a drogas legales e ilegales, sino también las diversas adicciones conductuales mencionadas anteriormente.
- 11) Nos proponemos implementar las propuestas de la Asociación de Psicología de Puerto Rico dirigidas a lo siguiente:
 - a) Promoción de la Transparencia y Fiscalización: es esencial asegurar la transparencia y supervisión en el uso de fondos públicos, especialmente los destinados a servicios para poblaciones vulnerables con particular foco en los servicios ofrecidos por el Departamento de la Familia, el Departamento de Educación y la Administración de Servicios de Salud Mental y contra la Adicción (ASSMCA).
 - b) Fortalecimiento de la Evaluación de Servicios: para mejorar los servicios brindados por entidades clave como el Departamento de la Familia, el Departamento de Educación y ASSMCA es necesario fortalecer el personal y recursos para la evaluación de estos.
- 12) Desarrollar estrategias de prevención con un enfoque especial en los jóvenes para identificar tempranamente en esta población quienes están a riesgo de desarrollar adicciones y aumentar los fondos para programas de prevención que han demostrado ser efectivos basados en evidencia científica.
- 13) Reglamentar la publicidad de sustancias y comportamientos potencialmente adictivos y despenalizar las conductas asociadas a las adicciones y extender programas de reducción de daños.
- 14) Promover y apoyar las iniciativas y programas dirigidos a la reinserción social de los individuos afectados con adicciones.
- 15) Promover la musicoterapia como una opción terapéutica que utiliza la música para abordar las necesidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales de un individuo. La musicoterapia es aplicada por profesionales calificados que han estudiado tanto la música como la terapia, y están entrenados para adaptar las



sesiones de acuerdo con las necesidades específicas de cada paciente. Se puede usar como una terapia complementaria junto con otros tratamientos médicos y psicoterapéuticos para mejorar el bienestar general de los individuos. A través de actividades como escuchar música, cantar, tocar instrumentos y componer, los musicoterapeutas ayudan a los pacientes de salud mental en las siguientes áreas:

- a) **Expresión Emocional:** La música puede proporcionar una salida para expresar sentimientos y emociones que pueden ser difíciles de verbalizar. Esto puede ser especialmente útil para personas que experimentan depresión o ansiedad, permitiéndoles expresar su estado emocional de una manera no verbal.
- b) **Reducción del Estrés y la Ansiedad:** Escuchar o crear música puede tener un efecto relajante, reduciendo los niveles de estrés y ansiedad. La música tiene la capacidad de modificar nuestro estado de ánimo y puede inducir estados de mayor tranquilidad.
- c) **Mejora de la Autoestima y la Confianza:** Participar en actividades musicales puede ayudar a mejorar la autoestima y la confianza a través del logro de metas musicales y la mejora de habilidades.
- d) **Desarrollo de Habilidades Sociales:** La musicoterapia a menudo se realiza en un entorno grupal, lo que ayuda a los participantes a mejorar sus habilidades sociales y a fomentar un sentido de comunidad.
- e) **Manejo del Dolor:** La música puede ser una distracción efectiva del dolor y el malestar emocional, ayudando a las personas a manejar mejor su dolor mediante la focalización en experiencias placenteras y relajantes.
- f) **Mejora Cognitiva:** La musicoterapia puede ayudar a mejorar la atención, la memoria y la función ejecutiva en diversas poblaciones, incluidas aquellas con demencia o lesiones cerebrales traumáticas.

3.6.2.3 SALUD ESCOLAR

La salud escolar es fundamental para cualquier sociedad porque influye directamente en la capacidad de aprendizaje y bienestar general de los estudiantes. Según la UNESCO, una buena salud y nutrición son esenciales para el aprendizaje efectivo y representan una inversión crucial para un futuro sostenible, inclusivo y pacífico. Los programas de salud y nutrición escolares mejoran los rendimientos educativos y capacitan a los alumnos para prosperar, promoviendo la inclusión y la equidad tanto en la educación como en la salud. Además, estos programas tienen un impacto positivo que se extiende a los hogares y las comunidades⁸⁹.

⁸⁹ <https://www.unesco.org/es/health-education/nutrition>



MedlinePlus señala que las escuelas desempeñan un rol importante en enseñar sobre salud y promover hábitos saludables entre los estudiantes. A través de la educación física y otras iniciativas, las escuelas trabajan para prevenir comportamientos riesgosos como el consumo de alcohol y tabaco, así como para fomentar un estilo de vida saludable que incluye ejercicio y alimentación sana. Además, se ocupan de problemas de salud específicos de los estudiantes, como el asma, la obesidad y enfermedades infecciosas, contribuyendo a un entorno escolar seguro y saludable⁹⁰.

La UNESCO también destaca que la educación inclusiva y transformadora comienza con estudiantes sanos, felices y seguros. Hay una relación bidireccional entre la salud y la educación: los niños y jóvenes que gozan de buena salud tienen más probabilidades de recibir una educación de calidad y, a su vez, aquellos que reciben una educación de calidad tienen más probabilidades de gozar de buena salud. Este enfoque mejora tanto la salud física como mental de los estudiantes, reduciendo obstáculos al aprendizaje relacionados con la salud y empoderándolos para comprender sus derechos y llevar una vida plena⁹¹. En resumen, la salud escolar es un pilar esencial para el desarrollo integral de los estudiantes, impactando positivamente no solo en su rendimiento académico sino también en su calidad de vida a largo plazo.

Los programas de salud escolar suelen involucrar a un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud para abordar las diversas necesidades de los estudiantes. Estos equipos trabajan juntos para promover la salud y el bienestar, prevenir enfermedades y gestionar condiciones de salud existentes dentro del entorno escolar. Los profesionales de la salud se supone que colaboren estrechamente con el personal docente y la administración escolar para crear un entorno educativo que apoye la salud física, mental, y emocional de todos los estudiantes. Pero, de hecho, en este momento el Programa de Salud Escolar del Departamento de Educación (DE) está en condiciones muy precarias y en su peor momento. La posición de Maestros/as en Salud solo está en algunas escuelas, e incluso, muchos de los que ofrecen los cursos en salud escolar no poseen la licencia para hacerlo; licencia que otorga el mismo DE. Por mucho tiempo, estas plazas han sido ocupadas por personas que participaban en las campañas políticas de alcaldes y legisladores.

Se supone que en las escuelas hay un trabajador social y también un/a enfermero/a y un/a psicólogo/a sin embargo, estos tres profesionales pertenecen a programas diferentes sin coordinación alguna entre ellos. Y los terapeutas del habla-lenguaje y fisioterapeutas, sirven a través del Programa de Educación Especial y no atienden a toda la población. Se les contrata a través de grupos que mantiene contratos de servicios con el DE. La integración y el trabajo en equipo de estos profesionales son imprescindibles para el éxito de los programas de salud escolar, asegurando que los estudiantes reciban una educación integral que incluya la atención a su bienestar general. Sin embargo, la

⁹⁰ <https://medlineplus.gov/spanish/schoolhealth.html>

⁹¹ <https://www.unesco.org/es/health-education>



politiquería, corrupción, ineptitud y burocracia bajo años de administraciones PNP y PPD han provocado que esta integración no se haya dado.

El caso de profesionales de la psicología nos es de particular preocupación, ya que la iniciativa, hace más de dos décadas, de asignar psicólogos y psicólogas a las escuelas es del PIP. Actualmente el 90% de las escuelas tiene un psicólogo o psicóloga asignado pero las condiciones laborales en que se encuentran dificultan su tarea. Estas condiciones incluyen ausencia de oficina o de otros espacios privados para atender al estudiantado, un número exagerado de casos (situación que afecta también a otras personas del equipo de salud), y un énfasis en tareas de evaluación psicométrica soslayando tareas preventivas que podrían realizar. Además, se le ha concentrado en tareas con la población de diversidad funcional cuando el resto de la población también tiene necesidades de salud mental evidentes y urgentes.

Por otra parte, los desafíos y retos de la salud de la población escolar en Puerto Rico abarcan varios aspectos críticos, incluyendo las condiciones físicas y estructurales de las escuelas, así como en el bienestar socioemocional de los estudiantes, maestros y familias. Un informe de la Asociación de Maestros de Puerto Rico (AMPR) revela problemas persistentes en muchas escuelas, incluyendo deficiencias significativas en infraestructura, como problemas en la planta física de un 19% de las escuelas inspeccionadas, un 37% de escuelas con escombros que representan un riesgo para la salud y seguridad, y un 46.4% de escuelas que carecen de facultad completa. Estos problemas no solo afectan la calidad de la educación sino también la salud y seguridad de los estudiantes⁹².

Además, la Fundación Flamboyán destaca la importancia de atender no solo las necesidades físicas de las escuelas sino también el bienestar socioemocional de los estudiantes. La fundación señala que los estudiantes en Puerto Rico han sufrido interrupciones significativas en su educación debido a desastres naturales y la pandemia del COVID-19, lo que ha tenido un impacto negativo en su desarrollo académico, social y emocional. Se subraya la necesidad de servicios de salud mental para abordar síntomas relacionados con traumas, así como la importancia de una comunicación transparente y constante con las familias para construir confianza en el sistema educativo⁹³.

Estos retos indican que es esencial una transformación integral que aborde tanto las condiciones físicas de las escuelas como el apoyo socioemocional y académico necesario para estudiantes y maestros. La participación de todos los sectores, incluyendo el gobierno, las organizaciones sin fines de lucro, las comunidades educativas

⁹² <https://www.metro.pr/noticias/2023/08/10/persisten-los-problemas-en-las-escuelas-de-la-isla-segun-informe-de-asociacion-de-maestros/>

⁹³ <https://flamboyanfoundation.org/es/news-es/opinion/la-emergencia-en-el-sistema-publico-de-educacion-en-puerto-rico/>



y las familias, es crucial para lograr una educación pública de calidad y pertinente a las realidades actuales de Puerto Rico.

3.6.2.3.1 PROPUESTAS

El PIP propone enfatizar la promoción de la salud desde la niñez, proponiendo que las escuelas se conviertan en promotoras de salud mediante la integración de la salud en todas las facetas educativas, incluyendo currículo, recursos y formación docente. La propuesta incluye desarrollar un currículo que promueva la salud física, mental y oral desde preprimaria hasta cuarto año, adaptado a las necesidades y el entorno de cada escuela. Se enfatiza la sensibilización sobre salud mental para combatir el estigma.

Además, se reconoce la estrategia de la OMS de "entornos saludables" y se propone la implementación de políticas y un currículo de educación en salud que aborden el bienestar integral y la prevención de enfermedades a través de un enfoque sistemático y secuencial. Se busca fomentar competencias para manejar comportamientos no saludables y promover actividades educativas que integren la salud en el currículo escolar. Esto incluye la cooperación con la comunidad y otros sectores para apoyar la salud en las escuelas.

Específicamente, se busca que cada escuela cuente con un docente especializado en educación en salud, que trabajará en la identificación de necesidades de salud y en la coordinación de programas de promoción, protección y prevención de salud. Se prevé un plan de formación para docentes, administradores y la creación de acuerdos con universidades para fortalecer la formación en salud dentro del ámbito escolar. Este enfoque integral pretende no solo educar sobre la salud sino también crear un cambio cultural que promueva un bienestar general desde una edad temprana, enfatizando la importancia de un ambiente educativo saludable.

Proponemos convertir las escuelas de nuestra patria en entornos saludables a través de la implementación de un programa de **Escuelas Promotoras de la Salud (EPS)**. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), una Escuela Promotora de la Salud (EPS) es una institución educativa que integra de manera activa y consciente la promoción de la salud física, mental y social en todos los aspectos de su vida escolar, desde el currículo hasta las políticas y el ambiente físico y social⁹⁴. Este enfoque busca no solo educar sobre la salud sino también crear un entorno que apoye prácticas saludables entre estudiantes, personal docente y no docente, y la comunidad escolar en general.

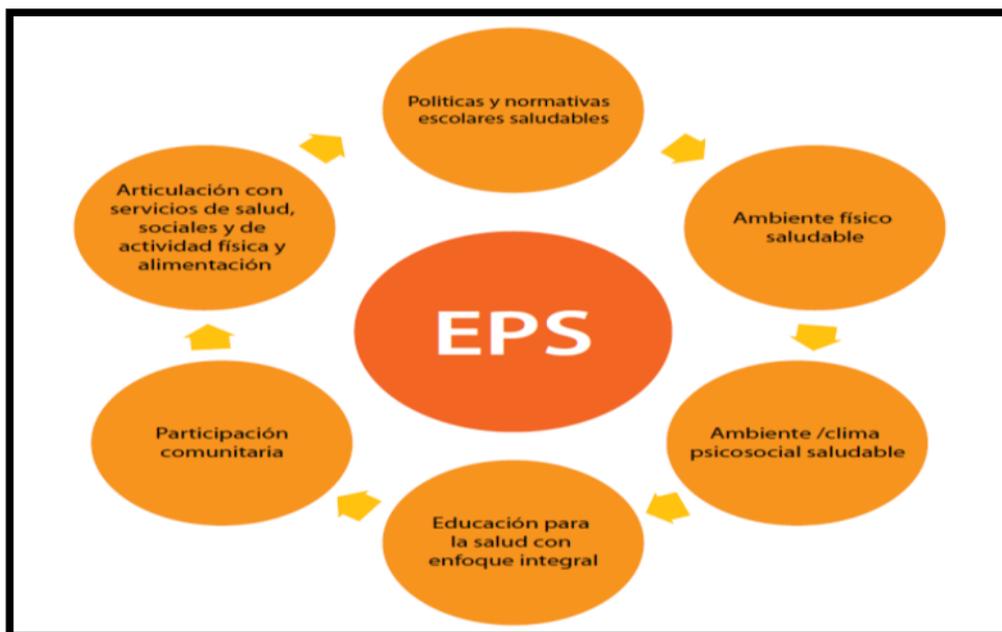
Las escuelas promotoras de la salud trabajan en áreas como nutrición, actividad física, bienestar mental, prevención de enfermedades y desarrollo de habilidades de vida

⁹⁴ Promover la salud en la escuela. ¿Cómo construir una escuela promotora de la salud?, Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2018.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49146/OPSARG18031-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



saludables. El objetivo es mejorar el bienestar de la comunidad educativa, aumentar el rendimiento académico y fomentar estilos de vida saludables que los estudiantes puedan llevar consigo a lo largo de sus vidas. En la Gráfica 12 presentamos un diagrama que recoge los componentes más importantes que debe tener un programa de escuelas promotoras de la salud (EPS).

Gráfica 12-Escuelas Promotoras de Salud (EPS)



A continuación, las propuestas específicas del PIP para lograr la meta de que todas las escuelas públicas y privadas del país se conviertan eventualmente en escuelas promotoras de la salud:

- 1) Integrar la promoción de la salud física, oral y mental en el currículo escolar desde preprimario hasta cuarto año, adaptando el contenido según el nivel educativo y las necesidades de la comunidad.
- 2) Preparar guías generales para el desarrollo e implementación del currículo de promoción de la salud por parte del Departamento de Educación y el Departamento de Salud.
- 3) Otorgar autonomía a cada escuela para priorizar objetivos específicos basados en las necesidades de su comunidad estudiantil y entorno.



- 4) Desarrollar actividades que fomenten el ejercicio físico, la alimentación balanceada y la salud mental, incluyendo la promoción de inteligencia emocional y sensibilización sobre salud mental para combatir el estigma.
- 5) Instituir políticas que respalden Escuelas Promotoras de Salud (EPS) y un currículo de educación en salud que integre aspectos físicos, mentales, emocionales, sociales, culturales y ambientales.
- 6) Fomentar el desarrollo de competencias para manejar comportamientos no saludables y promover la autogestión de emociones, resiliencia, comunicación efectiva y comportamientos prosociales.
- 7) Implementar actividades educativas transversales que conecten todas las asignaturas del currículo para mantener un estado óptimo de salud física, mental y social.
- 8) Ofrecer servicios de salud desde la escuela, incluyendo prevención, cernimiento y servicios de salud física y mental.
- 9) Mejorar el entorno físico de la escuela para influir positivamente en el bienestar de estudiantes y personal.
- 10) Fomentar la cooperación de padres y madres en todos los aspectos de la vida escolar y sus relaciones con la comunidad.
- 11) Promover la intersectorialidad para unir esfuerzos en pro de la salud integral en las escuelas.
- 12) Crear un currículo sistemático y secuencial para la promoción y protección de la salud, con el apoyo de un equipo multidisciplinario.
- 13) Compartir y ajustar el currículo desarrollado con la colaboración de expertos y organizaciones pertinentes.
- 14) Incluir temas esenciales de salud en el currículo, desde crecimiento y desarrollo humano hasta seguridad y primeros auxilios.
- 15) Capacitar al personal docente y administrativo en la implementación del currículo de salud y promover la formación de educadores en salud en colaboración con universidades.

Estas recomendaciones buscan fomentar un enfoque integral y colaborativo para promover la salud en el entorno escolar, adaptándose a las necesidades específicas de cada comunidad y contribuyendo a la formación de estudiantes conscientes de la importancia de la salud.

3.6.2.4 SALUD ORAL

La salud oral es parte integral de la salud general y por consiguiente un componente integral de todo sistema de salud. La mayor parte de la población piensa en los problemas de la boca en términos de caries, dolores de dientes y dientes torcidos o manchados. La carencia de encías y dientes sanos afecta la apariencia, pero también afecta la salud del organismo. Por ejemplo: el padecer enfermedades periodontales sin



controlar, puede tener como resultado el aumentar la probabilidad de padecer enfermedades cardíacas, diabetes y hasta enfermedades cognitivas como Alzheimer y otras enfermedades sistémicas. La ausencia de dientes puede afectar la salud mental, ya que puede hacer que se afecte la autoestima del individuo y está también relacionado a pérdida cognoscitiva. Si padece diabetes y enfermedades periodontales, puede tener más problemas para controlar los niveles de azúcar en su sangre y también puede desarrollar problemas cardíacos muy serios. Muchas enfermedades, tales como el VIH y algunos trastornos alimenticios, muestran sus primeras señales en forma de síntomas en la boca.

El componente bucal del proceso salud-enfermedad de los individuos familias y colectivos de una comunidad va a depender de sus condiciones específicas: , exposición a factores de riesgo como uso de tabaco, alcohol, respuestas a la exposición a agentes bacterianos, virales (VPH) u hongos, alimentación nutritiva con una dieta rica en fibra y carente de carbohidratos y azúcares, acceso al fluoruro en el agua o en barnices, hábitos higiénicos bucales, y acceso a servicios dentales, capacitación y educación sobre problemas bucodentales a través de la vida, responsabilidad individual con su propia salud oral, práctica o asistir periódicamente o sistemáticamente a los servicios dentales, acceso y práctica a medidas de prevención, y de seguimiento con sistema de vigilancia de las enfermedades orales en el país, etc.

3.6.2.4.1 PROPUESTAS PARA LA POBLACIÓN EN GENERAL

Estas son las propuestas que el PIP se propone implementar para mejorar la salud oral de la población en general:

- 1) Crear la Secretaría Auxiliar de Salud Oral del Departamento de Salud, como una oficina paralela a las subsecretarías de Salud y Salud Mental, que preparará un **Plan Nacional de Salud Oral** para la implementación de programas preventivos para toda la población desde las madres embarazadas infantes, niños escolares, adolescentes, jóvenes adultos, adultos y población de la tercera edad.
Se espera que mínimamente incluya:
 - a) Fluorización de aguas y acceso a toda la población a servicios de salud oral.
 - b) Detección temprana de cáncer y otras enfermedades orales, sellantes de fisuras y barniz de fluoruro a los niños, encamados, envejecientes y pacientes que sus condiciones de salud preexistentes así lo ameriten , entre otros programas que se impulsarán e implementarán por medio de políticas públicas.
 - c) Cuidados de salud especializados para pacientes de necesidades especiales como pacientes de diagnóstico de cáncer, Alzhéimer, Síndrome de Down, encamados, discapacidad disfuncional, salud mental, etc



- d) Promotores de salud y promotores de salud comunitaria (PSC) jugarán un papel esencial y protagónico en promover la salud oral en las comunidades a través de actividades educativas y preventivas.
- 2) Nos proponemos convertir a todos los centros y clínicas de atención primaria de salud en el **Hogar Dental** para la población en general incluyendo desde la gestación hasta la muerte. Un hogar dental se define como una fuente continua de atención de la salud oral accesible, integral, centrada en la familia, coordinada, compasiva y culturalmente eficaz, entregada o dirigida por un dentista profesional.
 - a) Contarán con un equipo multidisciplinario para atender la salud oral preventiva de toda la población incluyendo la niñez incluyendo al dentista generalistas, dentista pediátrico, asistentes y técnicos dentales, y la higienista dental que servirán a la población a la cual sirve cada centro.
 - b) Además, se ofrecerá atención de salud preventiva y primaria en el área de salud oral de acuerdo con la edad del adulto y niño por profesionales adiestrados en las áreas clínicas y del área de salud pública como enfermería, educación en salud, pediatría, salud-materno infantil y gerontología, incluyendo salud oral del envejeciente en hogares de cuidado o de estadía prolongada ya sea que esté encamado o no.
 - c) Se gestionará por medio de política pública la responsabilidad de los servicios a envejecientes públicos y privados para que no exista una brecha de disparidad para esta población servida en estos centros de cuidado prolongado o parcial.
 - d) Para servicios dentales especializados, de las poblaciones de necesidades especiales, se referirá a los y las pacientes a dentistas especialistas con los cuales se habrán establecido acuerdos y alianzas.
 - 3) Establecer un sistema de vigilancia completo (0 años hasta la muerte) de salud oral para poder basar las decisiones programáticas en evidencia científica y este servicio será subsidiado con fondos del Departamento de salud de forma recurrente.
 - 4) Todos los servicios dentales de emergencia integral, diagnóstica, preventiva y de rehabilitación estarán incluidos en el Seguro nacional de Salud. Sólo procedimientos estéticos o cosméticos como blanqueado de dientes (y carillas puramente estéticas) permanecerán descubiertos, siempre y cuando no sean necesarios como parte de una rehabilitación oral por una enfermedad como cáncer oral, accidente laboral o de tránsito:
 - a) Todos los servicios de ortodoncia y ortopedia preventivos antes de los 13 años estarán cubiertos con un tope de cubierta anual,



- b) Rehabilitaciones orales basadas en evidencia y tratamientos especializados por trauma, síndromes genéticos, condiciones orales extremas, como cáncer (Odontología oncológica) estarán cubiertas,
- c) Cualquier otra condición que lo amerite como parte del cuidado de una enfermedad o condición sistémica (como por ejemplo uropatías y trasplantes de órganos, tratamiento de cáncer en cualquier órgano, entre otras) serán cubiertas como parte del tratamiento que es reconocido como *best practice* en el manejo de esa enfermedad.

3.6.2.4.2 PROPUESTAS PARA LA POBLACION MATERNO INFANTIL

Una de las poblaciones de mayor importancia donde tenemos que enfocar esfuerzos para mejorar de forma significativa la salud oral del país es en la población infantil. Muchos niños, niñas y adultos sufren innecesariamente de enfermedades bucodentales que podrían prevenirse. No obstante, con el cuidado preventivo apropiado el riesgo de contraer enfermedades dentales puede disminuir en gran medida. Una buena salud oral para gestantes, los bebés y para la niñez sirve como precursora de una buena salud oral como adultos y es esencial para el crecimiento y desarrollo general, así como de conducta, del habla y lingüístico. Las siguientes propuestas del PIP se centran en la prevención y la intervención temprana basándose en la premisa de que la niñez debe gozar de buena salud para estar listo para aprender:

- 1) Como parte del **Plan Nacional de Salud Oral**, el Departamento de Salud trabajará en coordinación con el Departamento de Educación, Head Stars y Early Head Stars para la implementación de programas pre- escolares y escolares de salud oral. Estos programas serán parte fundamental del programa de salud escolar y de las escuelas promotoras de la salud. La prioridad de este programa es lograr una salud oral óptima para toda la niñez en Puerto Rico y el mantenimiento de esta durante toda su vida. Como parte del plan se remitirá a la población infantil a un centro o clínica de salud primaria para establecer un hogar dental para cada persona o a su dentista de la comunidad, donde puedan recibir cuidados de emergencia, integrales, diagnósticos, preventivos y de rehabilitación durante toda su niñez hasta su adolescencia. Este plan requerirá que las siguientes actividades tengan lugar en las primeras etapas tras el ingreso de nuestra población infantil a la escuela, maternal o cuidado. El programa de salud escolar será apoyado por política pública que se presentará a estos efectos y deberá:
 - a) identificar si nuestra población infantil tiene una fuente continua de cuidado de salud accesible, tal como un hogar dental o dentista primario en la comunidad, según éste se define más adelante;
 - b) determinar si nuestra población infantil está al día en su salud general según el Estado, incluyendo el dental haciendo que, al entrar a los cuidados de 0 a 3



- años, a la escuela en kínder, 3er grado, 6to grado, 9no grado y 4to año se le exija mínimamente estos exámenes, similar a lo que se hace con las vacunas;
- c) obtener y programar exámenes diagnósticos adicionales, examen y tratamiento por un profesional diplomado y certificado por el estado para ejercer la odontología para cada infante que tenga un problema de salud oral observable, conocido o que se sospeche exista;
 - d) desarrollar e implementar un plan de seguimiento para cualquier condición identificada;
 - e) sellar todos los dientes primarios de nuestra población infantil en edad escolar como requisito para entrar a la escuela.
- 2) Con el fin de mantener la salud oral de nuestra población infantil, es esencial que se implementen procedimientos para identificar cualquier preocupación dental nueva. Proponemos que el personal que tiene interacciones diarias con la niñez debe conocer estos procedimientos para ayudar a identificar lo antes posible quienes necesiten cuidados dentales.
- 3) Se propone que las evaluaciones o controles dentales, como parte de una visita del proveedor de cuidado primario, serán servicios compulsorios para toda la niñez en el Archipiélago. Se podrán utilizar a higienistas o asistentes dentales con funciones expandidas para llevar a cabo evaluaciones preliminares de salud oral en las escuelas. Estas evaluaciones no reemplazan el requisito de que el encargado del infante acuda a un dentista antes de que el infante cumpla el año y cada seis meses subsiguientes a su primera visita oral, a menos que una condición oral amerite visitas al dentista antes de los seis meses.

3.6.2.5 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual y reproductiva se define como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Esta definición implica no solo la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, sino también la libertad para decidir si procrear o no, cuándo y con qué frecuencia. Es fundamental que las personas tengan acceso a información veraz y a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, así como a servicios que permitan un embarazo adecuado, un parto sin riesgo y un bebé sano⁹⁵.

La importancia de la salud sexual y reproductiva radica en su impacto profundo en la salud y el bienestar general de las personas, afectando aspectos cruciales de la vida y los derechos humanos. Los derechos sexuales protegen el derecho de todas las personas a satisfacer y expresar su sexualidad y a disfrutar de la salud sexual, respetando los derechos de los demás y dentro de un marco de protección contra la discriminación. La salud y los derechos reproductivos, como el acceso a métodos anticonceptivos y la eliminación del aborto inseguro, son esenciales para la salud de las

⁹⁵ <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>



personas con capacidad de gestar, previniendo riesgos relacionados con embarazos no intencionados y promoviendo la autonomía de las mujeres, así como un crecimiento demográfico equilibrado y desarrollo económico sostenible⁹⁶.

La salud sexual también se entiende dentro del contexto más amplio de la sexualidad humana, incluyendo aspectos como el sexo, las identidades y roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, y la orientación sexual. La salud sexual no solo se refiere a la ausencia de enfermedad, sino al bienestar general, y está influenciada por una interacción compleja de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales⁹⁷.

En resumen, la salud sexual y reproductiva es fundamental para la salud humana y el desarrollo sostenible, ya que aborda aspectos esenciales del bienestar físico y mental, apoyando el ejercicio de los derechos humanos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Su promoción y protección son cruciales para garantizar que las personas puedan vivir vidas saludables, seguras y satisfactorias. Los problemas mayores de salud sexual y reproductiva en Puerto Rico incluyen una serie de desafíos relacionados con el acceso y la calidad de la atención, así como cuestiones sociales y legislativas. Algunos de estos problemas son los siguientes:

- 1) **Derechos Reproductivos:** En Puerto Rico, la lucha por los derechos reproductivos ha sido una constante, enfocándose en garantizar el acceso a métodos anticonceptivos y la educación sobre los derechos reproductivos. Organizaciones como Taller Salud y Profamilias PR han trabajado para promover la educación y proteger los derechos reproductivos, incluyendo el acceso al aborto seguro y educación sobre el cuerpo gestante⁹⁸.
- 2) **Partos por Cesárea:** Ha habido un aumento significativo en la tasa de partos por cesárea, con un porcentaje que supera considerablemente los niveles recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este incremento en las cesáreas, muchas de las cuales no tienen justificación médica, plantea preocupaciones sobre la práctica obstétrica en la isla y el bienestar de las madres⁹⁹.

Estos desafíos subrayan la importancia de políticas y programas que aborden de manera integral la salud sexual y reproductiva, incluyendo el fortalecimiento del acceso a servicios de calidad, la promoción de derechos reproductivos y sexuales, y la educación integral en sexualidad para toda la población. La colaboración entre organizaciones

⁹⁶ <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>

⁹⁷ <https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health>

⁹⁸ <https://pulsoestudiantil.com/los-derechos-reproductivos-en-puerto-rico-una-lucha-incesante/>

⁹⁹ <https://www.metro.pr/pr/noticias/2021/03/11/aumentan-drasticamente-los-partos-cesareas-puerto-rico.html>



comunitarias, profesionales de la salud y el gobierno es esencial para mejorar los resultados en salud sexual y reproductiva en Puerto Rico.

3.6.2.5.1 PROPUESTAS

El PIP propone las siguientes medidas e iniciativas para mejorar la salud sexual y reproductiva de nuestra población:

- 1) **Educación Integral en Sexualidad:** Ante la realidad de que una proporción alta de los adolescentes en Puerto Rico están sexualmente activos, promover otros acercamientos además de la invitación a la abstinencia, educando a la juventud sobre prácticas de sexo seguro y prevención de embarazos no deseados. Implementar programas de educación sexual integral en las escuelas y comunidades que aborden aspectos biológicos, emocionales, sociales y legales de la sexualidad. La educación debe promover el respeto, la igualdad de género, y el consentimiento, así como ofrecer información precisa sobre anticoncepción, prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y salud reproductiva.
- 2) **Acceso a Servicios de Salud Reproductiva.** Garantizar en la cubierta del Seguro Nacional de Salud el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar, consejería, pruebas y tratamiento para ETS, y atención prenatal y posnatal. Estos servicios deben ser confidenciales, asequibles y accesibles para todos, incluidos adolescentes, poblaciones marginadas y personas con discapacidad. Para la población que están activas sexualmente, se les deben realizar las pruebas para detectar enfermedades de transmisión sexual y asegurar cuando sea necesario el acceso a tratamiento.
- 3) **Promoción de la Anticoncepción:** Facilitar el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos seguros y efectivos para permitir a las personas tomar decisiones informadas sobre su reproducción. Esto incluye la disponibilidad de anticonceptivos de emergencia y la educación sobre su uso adecuado.
- 4) **Apoyo a la Maternidad Segura:** Mejorar la atención prenatal, durante el parto y posnatal para reducir la mortalidad y morbilidad materna e infantil. Esto incluye el fortalecimiento de los servicios de salud, la capacitación del personal médico en prácticas basadas en la evidencia, y el apoyo a la lactancia materna.
- 5) **Lucha contra la Violencia de Género:** Implementar programas para prevenir y responder a la violencia sexual y de género, que es un grave problema de salud pública y viola los derechos humanos. Esto implica la creación de líneas de ayuda, servicios de apoyo a las víctimas, y campañas de educación para promover relaciones sanas y respetuosas.
- 6) **Políticas Públicas y Legislación:** Desarrollar y fortalecer el marco legal y político que respalde los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el derecho al aborto seguro y legal, en contextos donde esto sea aplicable. Es esencial que las políticas promuevan la igualdad de género y combatan la discriminación.
- 7) **Investigación y Recopilación de Datos:** Fortalecer y ampliar la capacidad del Departamento de Salud y los programas académicos a través de las



universidades del país para fomentar la investigación y la recopilación de datos sobre salud sexual y reproductiva para informar políticas y programas basados en evidencia. Esto incluye estudios sobre las necesidades específicas de diferentes grupos poblacionales.

Al implementar estas medidas e iniciativas, se puede avanzar significativamente hacia la mejora de la salud sexual y reproductiva de la población, contribuyendo a una sociedad más saludable, equitativa y empoderada.

3.6.2.6 SALUD VISUAL

La salud visual es esencial para la calidad de vida, ya que nos permite interactuar con el mundo que nos rodea de manera efectiva y segura. La vista es responsable de recibir el 80% de la información de nuestro entorno, jugando un papel predominante en la forma en que conocemos y nos relacionamos con el mundo, incluyendo la percepción de formas, texturas, tamaños, distancias, colores y movimientos¹⁰⁰. Una buena salud visual implica no solo la ausencia de deficiencias visuales o enfermedades oculares sino también la capacidad de ver bien tanto de cerca como de lejos, y la habilidad para interpretar lo que vemos sin dificultades. Factores como el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo pueden repercutir negativamente en la salud visual. Por ello, es recomendable realizar una revisión anual con un profesional de la visión para prevenir, detectar y tratar a tiempo posibles problemas visuales y patologías oculares.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) resaltan la importancia de la atención oftalmológica y de la prevención de la ceguera y la discapacidad visual. Se estima que alrededor de 1.300 millones de personas en el mundo viven con alguna forma de deficiencia visual, con una gran proporción de estos casos siendo prevenibles o tratables, como las cataratas y los errores de refracción. El primer **Informe Mundial sobre la Visión** de la OMS revela que más de 1.000 millones de personas tienen deficiencia visual o ceguera que podría haberse evitado o aún no ha sido tratada, resaltando la necesidad de incluir la atención oftalmológica en los planes nacionales de salud para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal¹⁰¹.

Para mantener una buena salud visual, es importante realizar exámenes de ojos dilatados regularmente, ya que algunas enfermedades oculares pueden no presentar señales de advertencia en sus etapas iniciales. Estos exámenes pueden incluir pruebas de campo visual, agudeza visual, tonometría y dilatación de las pupilas, entre otros, para detectar enfermedades como el glaucoma, la miopía, la hipermetropía y las cataratas¹⁰².

¹⁰⁰ <https://www.paho.org/es/temas/salud-visual>

¹⁰¹ <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2019-who-launches-first-world-report-on-vision>

¹⁰² <https://medlineplus.gov/spanish/eyecare.html>



La atención a la salud visual es un componente crucial de la salud general y debe ser priorizada tanto a nivel individual como en las políticas de salud pública para mejorar la calidad de vida de las personas en todo el mundo.

Los problemas y desafíos mayores de la salud visual en Puerto Rico se centran en varias áreas críticas, incluyendo el acceso a servicios de cuidado de la vista y la prevalencia de condiciones visuales no tratadas entre la población pediátrica. Una de las principales preocupaciones es el alto porcentaje de niños y jóvenes en edad escolar con problemas visuales que afectan seriamente su desempeño académico. Un estudio realizado por la Escuela de Optometría de la Universidad Interamericana de Puerto Rico y el Colegio de Optómetras de Puerto Rico, en alianza con el Departamento de Educación y la Fundación Internacional de Leones, reveló que aproximadamente el 25.3% de la población pediátrica tiene problemas visuales.¹⁰³ Además, se estimó que uno de cada seis estudiantes está en riesgo de fracasar académicamente debido a graves problemas de visión. Estos problemas incluyen visión pobre a distancia, lo que dificulta la lectura de la pizarra y tareas lejanas, así como visión pobre de cerca, creando dificultades para leer un libro o copiar en su libreta.

Otro hallazgo alarmante es que cerca del 35% de los padres nunca ha llevado a sus hijos a un examen de la vista, y otro 19% no lo ha hecho en los últimos tres años, a pesar de que la ley requiere un examen visual para la inscripción escolar. Este desconocimiento y falta de acción preventiva aumenta el riesgo de que condiciones visuales tratables, como la miopía o la hipermetropía, no sean diagnosticadas a tiempo, lo que puede llevar a dificultades de aprendizaje y desarrollo¹⁰⁴.

La salud visual es una preocupación creciente en Puerto Rico, con retos significativos en el acceso a servicios ópticos y oftalmológicos adecuados. Estos problemas subrayan la importancia de promover una mayor conciencia sobre la salud visual desde una edad temprana, asegurando que los niños reciban exámenes de la vista regulares y tratamiento cuando sea necesario, para prevenir problemas de aprendizaje y garantizar el bienestar general de la población infantil y juvenil en Puerto Rico.

3.6.2.6.1 PROPUESTAS

Basado en las recomendaciones e informes de la OMS¹⁰⁵, la Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera¹⁰⁶, y la Unión Mundial de Ciegos (UMC)¹⁰⁷ que abogan por una mayor inclusión de la salud visual dentro de los marcos de salud pública, enfatizando

¹⁰³ <https://www.inter.edu/news/optometras-obtienen-los-primeros-y-reveladores-datos-sobre-la-salud-visual-pediatria-de-la-isla/>

¹⁰⁴ <https://www.primerahora.com/noticias/puerto-rico/notas/alarmantes-datos-sobre-la-salud-visual-en-los-ninos/>

¹⁰⁵ <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2019-who-launches-first-world-report-on-vision>

¹⁰⁶ <https://www.iapb.org/learn/vision-atlas/solutions/>

¹⁰⁷ <https://worldblindunion.org/es/programs/vision-health/>



la necesidad de prevención, detección temprana, y tratamiento accesible y asequible de condiciones visuales para toda la población el PIP propone las siguientes medidas e iniciativas:

- 1) Integración de la Atención Ocular en el Sistema de Salud: Hay que integrar los servicios de atención ocular en la cubierta del Seguro Nacional de Salud. Por lo tanto, el PIP propone garantizar a través de legislación que dentro de la cobertura del Seguro Nacional de Salud (SNS) se incluya y fortalezcan los servicios de salud visual en todos los niveles de atención y eliminar o reducir las barreras financieras para accederlos.
- 2) Prevención y Tratamiento de la Deficiencia Visual: Hay que invertir en prevenir la deficiencia visual mediante el tratamiento oportuno de condiciones como la miopía, la hipermetropía, el glaucoma y las cataratas.
- 3) Enfrentar las Desigualdades: Las enfermedades oftalmológicas y las deficiencias visuales afectan desproporcionadamente a las personas que viven en zonas rurales, a aquellas con bajos ingresos, a las mujeres, a las personas mayores, a las personas con discapacidad, etc. Abordar estas desigualdades es crucial.
- 4) Desarrollo de Infraestructura y Capacitación: Desarrollo de la infraestructura necesaria para la atención ocular y en la capacitación del personal de atención ocular, incluidos oftalmólogos, optometristas y personal de apoyo.
- 5) Tecnología y Acceso a Tratamientos: Promovió el uso de tecnología para mejorar la eficiencia y efectividad de los servicios de atención ocular, así como el acceso a tratamientos y cirugías asequibles para condiciones como las cataratas.
- 6) Conciencia Pública y Participación Comunitaria: La iniciativa buscaba aumentar la conciencia pública sobre la importancia de la salud ocular y fomentar la participación comunitaria en la prevención de la ceguera.
- 7) Investigación y Datos: Subrayaba la importancia de la investigación para comprender mejor las causas de la ceguera y la deficiencia visual y para desarrollar nuevas estrategias de tratamiento.

3.6.2.7 SALUD AUDITIVA

La salud auditiva se refiere al cuidado integral del oído y la audición, abarcando todas las intervenciones necesarias para prevenir, identificar, tratar la pérdida auditiva y las enfermedades relacionadas con el oído, así como la rehabilitación y el apoyo para personas con pérdida auditiva. Esta es una parte vital de la salud general, ya que afecta nuestra capacidad para comunicarnos, aprender, y participar en la sociedad. Más de 1.500 millones de personas en el mundo experimentan algún grado de pérdida auditiva, con un estimado de 430 millones sufriendo de pérdida auditiva de gravedad moderada o mayor. Se espera que para 2050, cerca de 322 millones de personas en la Región de las



Américas vivan con pérdida auditiva, lo que resalta la necesidad de acciones urgentes para prevenir y abordar este problema¹⁰⁸.

La importancia de la salud auditiva radica también en su impacto en la salud mental, la educación y las oportunidades laborales. La exposición prolongada y excesiva a sonidos fuertes, como la música a alto volumen y otros sonidos recreativos, pone en riesgo a más de 1000 millones de jóvenes entre 12 y 35 años de sufrir pérdida auditiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado normas para la escucha segura, especialmente en lugares y eventos de entretenimiento, para limitar el riesgo de pérdida auditiva sin comprometer la calidad del sonido¹⁰⁹. Estas normas incluyen recomendaciones como niveles sonoros máximos, seguimiento constante de los niveles de sonido, optimización de la acústica, distribución de protección auditiva personal, acceso a zonas silenciosas, y formación e información para los trabajadores.

La pérdida de audición provocada por sonidos fuertes es permanente pero prevenible. Se pueden adoptar medidas como mantener el volumen bajo en dispositivos de audio personales, usar auriculares con cancelación de ruido, utilizar tapones para los oídos en lugares ruidosos, y realizar controles auditivos regulares para proteger la audición. La OMS alienta a los gobiernos a promover la escucha segura a través de legislación, mientras que el sector privado, la sociedad civil, los padres, los maestros y los médicos pueden educar a los jóvenes sobre hábitos de escucha segura para preservar su salud auditiva¹¹⁰. La salud auditiva es un aspecto fundamental de la salud pública que requiere atención y acción coordinada a todos los niveles para garantizar una vida saludable y plena para todos.

Los problemas y desafíos de la salud auditiva en Puerto Rico abarcan una variedad de aspectos que afectan a la población, particularmente a la comunidad sorda y a aquellos con pérdida auditiva. Un aspecto crítico es la dificultad que enfrenta aproximadamente el 75% de la comunidad sorda al interactuar con agencias del gobierno local. Este desafío se extiende a un 53% de las personas con sordera parcial, quienes también han reportado enfrentar dificultades en dependencias públicas. La encuesta del Instituto de Estadísticas de Puerto Rico destaca estas barreras, subrayando la necesidad de mejorar la comunicación y accesibilidad para estas comunidades, especialmente en situaciones críticas como huracanes, terremotos, pandemias y otros desastres naturales¹¹¹.

Otro desafío importante es la subestimación de la cantidad de personas con problemas de audición en la isla. En el año 2021, se estimó que había 150,000 personas con

¹⁰⁸ <https://www.paho.org/es/temas/salud-auditiva>

¹⁰⁹ <https://www.who.int/es/news/item/02-03-2022-who-releases-new-standard-to-tackle-rising-threat-of-hearing-loss>

¹¹⁰ <https://www.who.int/es/news/item/02-03-2022-who-releases-new-standard-to-tackle-rising-threat-of-hearing-loss>

¹¹¹ <https://www.infobae.com/america/agencias/2022/07/22/el-75-de-sordos-en-puerto-rico-han-tenido-problemas-en-agencias-del-gobierno/>



impedimentos auditivos en Puerto Rico¹¹². Sin embargo, expertos en el campo de la audiología cuestionan esta cifra, sugiriendo que el número real podría ser mayor. La falta de atención preventiva y el reconocimiento tardío de los problemas auditivos contribuyen a este desafío. Factores como el envejecimiento poblacional, el uso excesivo de auriculares y la contaminación acústica están afectando a personas de todas las edades, incrementando la demanda de servicios audiológicos¹¹³.

Para abordar estos problemas desde una etapa temprana, Puerto Rico ha implementado la Ley de Cernimiento Auditivo Neonatal. Esta legislación establece que todos los recién nacidos deben ser sometidos a pruebas de detección auditiva para identificar pérdidas auditivas congénitas lo antes posible, facilitando así intervenciones tempranas. A pesar de este esfuerzo por parte del gobierno, existen críticas sobre la falta de desarrollo de programas de atención continua y la reducción de plazas para audiólogos en el sector público, lo que limita la capacidad de brindar servicios adecuados a esta población¹¹⁴.

Estos problemas y desafíos subrayan la importancia de fortalecer los servicios de salud auditiva en Puerto Rico, promoviendo una mejor comunicación e integración de las personas con problemas auditivos en todos los aspectos de la sociedad, y asegurando que se disponga de recursos suficientes para su atención y cuidado.

3.6.2.7.1 PROPUESTAS

Entendemos que es importante estudiar y evaluar las medidas y estrategias recomendadas por organizaciones internacionales e implementadas en diversos países orientadas a la prevención, identificación temprana, y tratamiento de la pérdida auditiva y trastornos relacionados. En específico, el PIP se propone adoptar las medidas e iniciativas sugeridas por la OMS en el Informe Mundial sobre la Audición¹¹⁵, que propone un conjunto de intervenciones y estrategias para garantizar un acceso equitativo a los servicios de atención otológica y audiológica para todas las personas que los necesiten. A continuación, las propuestas para mejorar la salud auditiva de nuestra población:

- 1) Cobertura universal de los servicios de salud auditiva: El PIP propone garantizar a través de legislación que dentro de la cobertura del Seguro Nacional de Salud (SNS) se incluya y fortalezcan los servicios de salud auditiva en todos los niveles de atención y eliminar o reducir las barreras financieras para accederlos. Específicamente, el SNS cubrirá las operaciones bilaterales de implantes cocleares y las actualizaciones tecnológicas cada 3-5 años¹¹⁶. Creemos que esto

¹¹² <https://api.census.gov/data/2021/acs/acs1>

¹¹³ <https://dialogo.upr.edu/audiologia-un-trabajo-para-apoyar-otros/>

¹¹⁴ <https://www.salud.pr.gov/CMS/598>

¹¹⁵ <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/deafness-and-hearing-loss/world-report-on-hearing/wrh-exec-summary-sp.pdf>

¹¹⁶ <https://blog.medel.pro/audiology/benefits-of-bilateral-cochlear-implants-for-children-adults/>



garantizará que los pacientes con sordera tengan acceso a la mejor tecnología auditiva disponible.

- 2) **Prevención de la pérdida auditiva:** La reducción de la exposición al ruido, tanto en el ambiente laboral como recreativo, y la promoción de prácticas de escucha segura son medidas preventivas sumamente importantes y efectivas. También implica la prevención de infecciones del oído a través de la mejora de la higiene y el acceso al cuidado de la salud. Además, en respuesta a la creciente amenaza de la pérdida de audición entre los jóvenes, la OMS ha publicado nuevas normas internacionales para la escucha segura en lugares y eventos de entretenimiento. Estas normas incluyen las siguientes recomendaciones:
 - a) Un nivel sonoro medio máximo de 100 decibelios, seguimiento y registro constante de los niveles sonoros, y la entrega de protección auditiva personal al público¹¹⁷.
 - b) Asimismo, en colaboración con la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT), la OMS ha establecido una norma sobre dispositivos de audio seguros, recomendando características como la función de "tolerancia sonora" y perfiles personalizados de escucha, entre otros, para prevenir la pérdida de audición en más de 1,100 millones de jóvenes¹¹⁸.
- 3) **Cernimiento y detección temprana:** La OMS recomienda el cernimiento auditivo universal para recién nacidos y escolares. La detección temprana de la pérdida auditiva puede permitir intervenciones tempranas que mejoren significativamente los resultados para el individuo. La OMS estima que para el 2050, casi 2,500 millones de personas tendrán algún grado de pérdida auditiva, de las cuales al menos 700 millones necesitarán servicios de rehabilitación. Por ello, se recomienda la implementación de programas basados en la evidencia para el cernimiento auditivo en diferentes grupos de edad, incluyendo recién nacidos, lactantes, niños en edad preescolar y escolar, personas mayores, y aquellos expuestos a ruido, sustancias químicas ototóxicas¹¹⁹ y medicamentos ototóxicos¹²⁰
- 4) **Acceso a tratamiento y rehabilitación:** Esto incluye el acceso a dispositivos auditivos asequibles y de calidad, como audífonos e implantes cocleares, y servicios de rehabilitación auditiva y del habla.

¹¹⁷ <https://www.who.int/es/news/item/02-03-2022-who-releases-new-standard-to-tackle-rising-threat-of-hearing-loss>

¹¹⁸ <https://www.who.int/es/news/item/12-02-2019-new-who-itu-standard-aims-to-prevent-hearing-loss-among-1.1-billion-young-people>

¹¹⁹ La palabra "ototóxico" se refiere a sustancias o agentes que pueden causar daño al oído o afectar negativamente la audición. Los efectos ototóxicos pueden resultar en pérdida auditiva temporal o permanente, y pueden afectar una o ambas partes del sistema auditivo: el oído externo/médio y el oído interno. La ototoxicidad puede ser causada por ciertos medicamentos, químicos, y otros factores ambientales.

¹²⁰ <https://www.paho.org/es/documentos/tamizaje-auditivo-consideraciones-para-su-implementacion>



- 5) Formación de profesionales de la salud: Capacitar a los profesionales de la salud en la detección temprana y manejo de la pérdida auditiva es crucial para mejorar la atención auditiva a nivel mundial.
- 6) Investigación y datos: Impulsar la investigación en salud auditiva y mejorar la recopilación de datos para informar mejor las políticas y prácticas.
- 7) Programas de educación y concienciación: También implantaremos programas de apoyo continuo para los pacientes y sus familias, así como por la promoción de la educación y concienciación sobre la importancia de la inclusión.

Entendemos que estas políticas y medidas pueden ser muy efectivas en prevenir y mitigar los efectos de la pérdida auditiva y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, promoviendo prácticas de escucha segura y facilitando el acceso a servicios de atención y rehabilitación auditiva.

3.6.3 PROPUESTAS PARA DIVERSAS POBLACIONES

3.6.3.1 SALUD DE LA MUJER

El campo de la salud de la mujer abarca una amplia gama de especialidades y áreas de interés que se enfocan en el tratamiento y diagnóstico de enfermedades y condiciones que afectan el bienestar físico y emocional de la mujer. Esta área incluye problemas de salud exclusivos de las mujeres, como la menstruación, el embarazo, y la menopausia, así como condiciones que afectan tanto a hombres como a mujeres pero que pueden tener un impacto diferente en las mujeres, como las enfermedades cardíacas y la diabetes¹²¹.

La importancia de la salud de la mujer para la salud humana es multifacética y se extiende más allá de los aspectos puramente médicos. Las mujeres desempeñan roles cruciales en el bienestar de las familias y comunidades, y su salud impacta directamente en la sociedad en general. Por ejemplo, las mujeres son mayoritariamente quienes proveen cuidados a otras personas en los hogares y comunidades, y representan aproximadamente el 70% del personal sociosanitario mundial. Sin embargo, se estima que la mitad de la contribución de las mujeres a la salud global, valorada en aproximadamente 3 billones de dólares anuales, no se remunera¹²².

Además, la salud reproductiva de la mujer tiene implicaciones directas en la salud neonatal y pediátrica. La atención prenatal y durante el parto, la nutrición, y la prevención y tratamiento de enfermedades durante el embarazo no solo afectan la salud de la madre, sino también la del bebé. Por ejemplo, la mortalidad materna y las complicaciones

¹²¹ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007458.htm>

¹²² <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>



relacionadas con el embarazo siguen siendo desafíos significativos, especialmente en países en desarrollo, donde la mayoría de estas muertes son prevenibles.

La salud sexual, el cuidado de la mama, la ginecología y los servicios para la salud reproductiva son aspectos clave de la salud de la mujer. Esto incluye el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama, el manejo de la salud sexual, incluyendo el control de la natalidad y la prevención de infecciones de transmisión sexual, y la atención a condiciones como la endometriosis, el síndrome de ovario poliquístico, y miomas uterinos, entre otros.

La salud de la mujer también se centra en aspectos específicos como la menopausia y los cambios que conlleva, así como en la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas que afectan desproporcionadamente a las mujeres, como la osteoporosis. La promoción de estilos de vida saludables, incluyendo la nutrición y el ejercicio físico, es fundamental para reducir los riesgos de enfermedades cardíacas y cáncer de mama, dos de los principales riesgos de salud para las mujeres¹²³.

En resumen, la salud de la mujer es un campo esencial para la salud humana que aborda las necesidades únicas de las mujeres a lo largo de su vida, con un impacto profundo en la sociedad en su conjunto. La atención integral a la salud de la mujer contribuye a sociedades más sanas, equitativas y prósperas.

Los problemas y desafíos que confronta la salud de la mujer en Puerto Rico son multifacéticos y profundamente arraigados en estructuras sociales y culturales. Uno de los principales problemas es la violencia de género, que incluye muerte, violencia física, sexual, y económica, así como la desigualdad de oportunidades. El último informe del Observatorio de Equidad de Género¹²⁴ documentó que de enero a junio del 2023 hubo un total de 32 feminicidios y 31 intentos de feminicidio. Además, las mujeres enfrentan brechas salariales y el llamado "techo de cristal", que limita su avance profesional. La licencia de maternidad, por ejemplo, se da a las madres y no a los padres, perpetuando la idea de que el cuidado de los hijos es responsabilidad exclusiva de las mujeres. La violencia económica también es un problema destacado, donde el control económico por parte de los hombres sobre las mujeres es una forma de violencia. Se señala además la falta de educación con perspectiva de género como un factor que perpetúa estos escenarios de violencia¹²⁵.

Aunque en enero de 2021, Puerto Rico declaró un estado de emergencia por la violencia de género, reconociendo la gravedad de este problema. La orden ejecutiva del gobernador Pedro Pierluisi supuestamente implementó políticas públicas para combatir este mal, que se describió como basado en la ignorancia y no alineado con un "Puerto

¹²³ <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/womens-health/basics/womens-health/hlv-20049411>

¹²⁴ <https://observatoriopr.org/download/2023-trimestre-ii-feminicidios-desaparecidas-violencia-genero/>

¹²⁵ <https://www.metro.pr/pr/equidad-de-genero/2021/11/24/muerte-violencia-fisica-sexual-economica-desigualdad-oportunidades-parte-los-desafios-mujer-puerto-rico.html>



Rico moderno". La declaración destacó que la violencia de género incluye conductas que causan daño físico, sexual o psicológico a otra persona motivado por estereotipos de género, incluyendo amenazas, agresiones, maltrato emocional o psicológico, persecución y aislamiento. La Orden Ejecutiva 2021-13 contra la violencia machista incluyó la designación de un comité asesor para recomendar e implementar políticas públicas, emitir órdenes de protección y darles seguimiento, y capacitar a las víctimas que carecen de independencia económica, entre otras medidas¹²⁶. Sin embargo, esta declaración de emergencia no ha sido efectiva como demuestran las estadísticas.

Estos problemas y la incapacidad de las administraciones PNP y PPD de atender efectivamente esta crisis de violencia de género, destacan la necesidad urgente de abordar la violencia de género en todas sus dimensiones, no solo como un asunto de salud pública sino también como una cuestión de derechos humanos. Las medidas tomadas por el gobierno de Puerto Rico han demostrado que no son suficientes y se destaca la necesidad de mayor educación, sensibilización y recursos para combatir efectivamente la violencia de género y promover la equidad.

3.6.3.1.1 PROPUESTAS GENERALES

- 1) Promover el acceso a servicios preventivos (ej. Exámenes físicos, vacunas, salud oral, salud visual y auditiva, entre otras) anualmente a las niñas de edad escolar y mientras se encuentran en estudios universitarios. Estudios previos demuestran una disparidad entre utilización de servicios preventivos entre las niñas y los niños de edad escolar.
- 2) Promover el acceso a servicios prenatales, de parto y postnatales adecuados y cónsonos con sus necesidades, sociales, económicas y geográficas (de fácil acceso dentro de sus pueblos y comunidades).
- 3) Promover la desmedicalización del parto y revisar la legislación sometida este cuatrienio sobre la partería para atender los reclamos sobre una amplitud de opciones.
- 4) Establecer la "Ley para el Acceso a la Información de Estadísticas de Partos en Puerto Rico" con el fin de requerir a toda instalación en la cual se realicen partos, someter al Departamento de Salud, y a las personas gestantes que así los soliciten, informes trimestrales en los que consigne, desglosado por obstetra u otro personal médico, el número total de partos, partos vaginales, partos inducidos y cesáreas, e identificar aquellos datos pertinentes tales como semanas de gestación al momento del parto, justificación para la inducción o cesárea, embarazos múltiples, cesáreas previas, condiciones médicas de la embarazada o la criatura por nacer, y cualquier otra circunstancia o evento pertinente relacionado con el embarazo o alumbramiento. (Véase el P. del S. Núm. 363 y el P. de la C. Núm. 813, de la delegación legislativa del PIP).

¹²⁶ <https://www.dw.com/es/puerto-rico-declara-estado-de-emergencia-por-violencia-de-g%C3%A9nero/a-56342242>



- 5) Establecer el “Banco Puertorriqueño de Leche Humana”. (Véase el P. del S. Núm. 1357 de la delegación legislativa del PIP).
- 6) Establecer la "Ley para la prevención, detección y tratamiento efectivo de la depresión posparto, con el propósito de ordenar al secretario de Salud que se implemente un protocolo preventivo de detección de síntomas y/o trastorno de depresión posparto. (Véanse el P. del S. Núm. 872 y el P. de la C. Núm. 1505 de la delegación legislativa del PIP).
- 7) Garantizar de manera real y efectiva el acceso de todas las mujeres, con o sin plan médico, a la salud reproductiva, incluyendo orientación, consejería, exámenes médicos, medicamentos, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, entre otros servicios.
- 8) Eximir mediante legislación a los productos ginecológicos, de higiene personal femenina y de extracción y/o preservación de leche materna del pago del Impuesto sobre Ventas y Uso. (Véase el P. del S. 850 de la delegación legislativa del PIP).
- 9) Acceso a programas de prevención, detección temprana y control adecuado a enfermedades de la mujer como cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes, entre otras.
- 10) Garantizar, a través de los centros y clínicas de atención que están ubicados a través de toda la isla, que las jóvenes entre las edades de 13-15 años puedan realizar su primera visita al ginecólogo, dependiendo de la madurez psicosexual de la joven. En esta visita, la adolescente debe recibir información sobre anticonceptivos y sexo seguro. Para aquellas jóvenes que están activas sexualmente, se les deben realizar las pruebas para detectar enfermedades de transmisión sexual y asegurar cuando sea necesario el acceso a tratamiento.
- 11) Establecer medidas que se atemperen a las condiciones de vida particulares que experimentan residentes de Vieques y Culebra. Viabilizar proyectos que atiendan problemas de salud tales como las altas tasas de diagnósticos de cáncer, enfermedades respiratorias y cardiovasculares (al menos 30% más altas en Vieques que en la Isla Grande). Por ejemplo, las mujeres residentes en Vieques en edad reproductiva (14-49 años) presentan unos niveles de mercurio (27%) más altos que los de la Isla Grande (6.6%), a un nivel suficiente como para causar daños neurológicos en sus fetos.
- 12) Expandir las opciones de tratamiento y la disponibilidad de espacios en centros de desintoxicación y de tratamiento para mujeres adictas a sustancias legales o ilegales.
- 13) Asignar los fondos necesarios al Instituto de Ciencias Forenses (desvinculado del Departamento de Seguridad Pública) para que la recopilación de evidencia forense relacionada con casos de agresión sexual y violencia en relaciones de pareja sea debidamente procesada.
- 14) Garantizar el cumplimiento de protocolos para la identificación de violencia doméstica en las salas de emergencia. Capacitar al personal de las salas de emergencia para el manejo de exámenes médicos forenses para la recopilación



de evidencia en casos de agresión sexual (rape kits), atendiendo la diversidad de género de sobrevivientes.

- 15) Articular una política enérgica de investigación epidemiológica que identifique necesidades y recursos de salud particulares a las mujeres con el fin de generar programas de prevención y tratamiento. Requerirá, además, la reorganización de los servicios de salud que actualmente no consideran esas necesidades y recursos.
- 16) Dar especial atención a la perspectiva de género en toda iniciativa de salud comunitaria.
- 17) Promover el acceso a información sobre salud con campañas educativas y fiscalización de las agencias concernidas para que las mujeres tomen decisiones verdaderamente informadas sobre procedimientos y tratamientos médicos.
- 18) Desarrollar mejores programas de prevención y manejo de salud física para atender condiciones prevenibles como condiciones cardíacas, diabetes y obesidad entre las mujeres.
- 19) Proveer programas de prevención y atención clínica a mujeres sin hogar.

3.6.3.1.2 PROPUESTAS PARA LA MUJER NEGRA Y AFRODESCENDIENTE

“La lacra del racismo continúa para las mujeres y las niñas negras de América, muchas de las cuales son descendientes de quienes fueron esclavizadas”. Natalia Kanem, directora de UNFPA

La estructura colonial impuesta por España a Latinoamérica está basada en el racismo, clasismo y patriarcado, que forman la trenza colonial. Mediante ese modelo, la sociedad puertorriqueña se formó a base de un sistema de castas que prima el poder y control. En consecuencia, la construcción social de Puerto Rico adjudica el valor de las personas a base de la jerarquía colonial: el hombre blanco, hombre negro, mujer blanca, mujer negra. Esta realidad ha normalizado la exclusión e invalidación de reclamos de mujeres racializadas como negras y afrodescendientes en la articulación de políticas públicas en el País.

Atendiendo estos reclamos, desde hace poco más de 20 años organizaciones internacionales han adoptado modelos y agendas de trabajo internacional que atienden las desigualdades que enfrentan las mujeres negras.¹²⁷ Una de las articulaciones más destacadas y difundidas mundialmente es la designación por la ONU del Decenio Internacional para les Afrodescendientes, que concluye este año, y que ha generado

¹²⁷ Organización de las Naciones Unidas, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), el Foro Permanente de Afrodescendientes de la ONU, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).



múltiples reclamos para la construcción de sociedades equitativas, antirracistas y decoloniales.

En Puerto Rico, las mujeres negras y afrodescendientes enfrentan retos ancestrales. Uno de los problemas estructurales para desarrollar medidas que atiendan el rezago social vinculado al modelo colonial, es la ausencia de datos oficiales que segreguen las condiciones que enfrenta este importante sector de la sociedad. Hace unos 25 años, el gobierno eliminó casi completamente las variables sobre etnia, dejando como opciones solo las "razas" blanca, negra y amarilla en formularios oficiales. En la actualidad, solo los datos recopilados por el Censo proveen variables étnicas diversas, aunque las mismas aparentan subestimar la cantidad de mujeres racializadas como negras y afrodescendientes.

Una de las manifestaciones de racismo normalizada en Puerto Rico es el *colorismo*. A pesar de contar con evidencia histórica abundante y rigurosa que apunta a que nuestra sociedad fue poblada por mujeres indígenas y negras esclavizadas -muchas violadas por españoles y hacendados criollos-, el valor "racial" de las personas se adscribe a base del pigmento de las pieles. En consecuencia, personas con tonos de piel más oscuros perciben el racismo con mayor frecuencia y brutalidad que personas de tonos de piel más clara, aunque sean racializadas como negras. Es decir, las manifestaciones de racismo se agravan a base del colorismo, lo que excluye a personas evidentemente negras de ocupar posiciones de liderato en las mesas de articulación estratégica de políticas públicas.

Durante generaciones, las mujeres negras han enfrentado mayor riesgo de padecer condiciones de salud crónicas del sistema pulmonar e inmune, el asma, la diabetes, hipertensión, condiciones cardíacas, entre otras. Nuestra condición colonial propicia que las mujeres negras sean oprimidas, racializadas, marginadas e invisibilizadas como norma en nuestra sociedad. Estudios publicados por el *Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)*¹²⁸ apuntan a la influencia de mitos en la enseñanza y práctica de la medicina normaliza el discrimen en la atención sanitaria a mujeres negras. Sesgos como ilustraciones y materiales académicos basados ejemplos de mujeres europeas o anglosajonas, no consideran diferencias anatómicas que varían ampliamente en características étnicas de las niñas y mujeres negras, implicando que otras presentaciones pélvicas son anormales o de alto riesgo. Evidencia muestra que el dolor manifestado entre madres primerizas racializadas como negras y afrodescendientes se minimiza o ignora por parte de profesionales de la salud, lo que podría conducir a complicaciones prevenidas en procedimientos de mujeres blancas.

¹²⁸ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (julio 2023). *La salud maternal de mujeres y niñas afrodescendientes en las Américas*. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA%20MM%20Factsheet%20-%20WEB-ES.pdf>



Las desventajas enfrentadas por niñas y mujeres negras que se adscriben a las creencias racistas, clasistas y patriarcales convierten la exclusión y desigualdad en una realidad estructural y sistémica. La estigmatización también adscribe características indeseables, como asumir el estereotipo de considerar a las niñas y mujeres negras como hipersexuales. Frecuentemente, pacientes negras reportan haber sido abusadas verbal o físicamente, rechazo en facilidades hospitalarias a la atención clínica programada con profesionales que las atienden, y provisión de cuidado prenatal y de parto a sus crías recién nacidas menos adecuado y oportuno.

La ausencia de recopilación de datos desagregados por edad, etnia, género y clase invisibilizan las condiciones que enfrentan las mujeres negras y las precarizadas. Se necesitan esfuerzos enfocados en el análisis y notificación de forma sistemática de estos datos para poder atemperar las políticas sanitarias a las condiciones que enfrentan las niñas y mujeres negras. Es vital implantar un sistema de recolección de datos ya que existen errores sistemáticos y estructurales de asignación racial en los datos que podrían resultar en la subestimación de las condiciones de salud y mortalidad de las niñas y mujeres negras. Por ejemplo, la investigación especial *Pigmentocracia, Violencia de Género y Necropolíticas: Femicidios y reporte*¹²⁹ publicada por la *Revista étnica* en diciembre de 2021 basada en fotos reveló que el 60% de las niñas, adolescentes y mujeres asesinadas y desaparecidas en el 2020 eran racializadas como negras. Contar con análisis similares relacionados con la salud de niñas y mujeres negras no solo visibilizaría la marcada desigualdad que experimentan, sino que servirían para establecer articulaciones específicas para mitigar desigualdades.

La historia de nuestra medicina no reconoce que niñas y mujeres negras y afrodescendientes fueron usadas sin su consentimiento para desarrollar y experimentar intervenciones obstétricas, como la esterilización y las pruebas de anticonceptivos. Por otro lado, estudios en Latinoamérica evidencian que entre el 50% y 60% de los proveedores de servicios médicos tienen creencias racistas sobre las personas negras¹³⁰. Es necesario reconocer el desequilibrio racial prevalente en Puerto Rico, propiciar el acceso a mejor educación, y establecer como política pública un modelo de protección social inclusivo, antirracista, decolonial.

La Agenda 2030 de la ONU¹³¹, así como organismos internacionales para la región de Latinoamérica como ONU Mujeres, la CEPAL¹³², entre otras, reportan avances en la

¹²⁹ *Revista étnica* y M. Morales Flores. (diciembre 2021). *Pigmentocracia, Violencia de Género y Necropolíticas: Femicidios y reporte*.

https://issuu.com/revistaetnica/docs/investigacion_especial_pigmentocracia_violencia_d

¹³⁰ ONU. *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Por un plan de rescate para las personas y el planeta* (2023). Agenda 2030. https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf

¹³¹ *Los afrodescendientes y la ODS* (2019). <https://www.ohchr.org/es/2019/02/people-african-descent-and-sdgs>

¹³² CEPAL. *Políticas prioritarias para reducir la desigualdad de género* (s.f.).

https://igualdad.cepal.org/sites/default/files/2022-02/DB_politicas_genero_es.pdf



articulación de políticas públicas inclusivas, equitativas y antirracistas para erradicar las diferencias estructurales evidentes en naciones colonizadas. Específicamente, articulan recomendaciones regionales para propiciar transformaciones en las políticas públicas, recomendaciones para que las escuelas de medicina eliminen ideologías racistas de sus programas académicos, que hospitales establezcan políticas que reconozcan el racismo e impidan la atención desigual y racista contra niñas y mujeres negras y afrodescendientes. El Partido Independentista Puertorriqueño propone:

- 1) Implantar un sistema riguroso y permanente para la recopilación y análisis de datos de calidad en salud desagregados por raza, género y clase para reportar las condiciones que enfrentan niñas y mujeres negras y afrodescendientes en el sector de salud.
- 2) Insertar la participación de mujeres negras y afrodescendientes en el diseño de las políticas de salud y las disposiciones en materia de rendición de cuentas. La participación es un principio fundamental de la equidad sanitaria y el derecho a la salud. Cualquier política de salud que tenga el propósito de mejorar los resultados maternos de las mujeres y niñas negras y afrodescendientes debe poner énfasis en la inclusión de estas en el diseño de dichas políticas, en los procesos de toma de decisiones y en la responsabilización de los gobiernos por los resultados.
- 3) Invertir en aumentar la representación de personas negras y afrodescendientes entre el personal que provee servicios de salud. El gobierno y el sector de la salud propiciarán la creación de vías educativas para que las mujeres negras y afrodescendientes reciban educación superior en investigación y atención sanitarias mediante la concesión de becas específicas, becas de investigación y préstamos a bajo interés. Los hospitales y facilidades médicas también pueden ofrecer oportunidades de residencia específicas para egresados en medicina de grupos subrepresentados.
- 4) Incorporar al Plan Universal los determinantes estructurales de la salud que incluyan la asignación de fondos para facilidades de salud, consultas médicas, el Centro Médico y academias de medicina para reconocer, abordar y mitigar los efectos del racismo en pacientes, proveedores, personal médico y facilidades de salud.
- 5) Revisar y fortalecer programas de educación escolar en salud desde una perspectiva interseccional que incorpore abordajes antidiscriminatorios del racismo, clasismo y patriarcado en los currículos ordinarios de los sistemas de educación pública, basados en el conocimiento científico y en los derechos humanos.
- 6) Promover la existencia de mecanismos de coordinación intersectorial, como programas de atención a víctimas de violencia, de sistemas y unidades de investigación y de justicia especializados, los cuales atienden tanto violencia de género como la trata de mujeres desde perspectivas de salud física, mental y emocional.



- 7) Fortalecer las políticas de cobertura obligatoria de planes médicos públicos y privados para asegurar la atención médica a mujeres negras que se dedican al trabajo doméstico remunerado.
- 8) Implantar programas que propicien que más niñas y jóvenes negras y afrodescendientes se inclinen a estudiar carreras en áreas de tecnología, ciencias, ingenierías y matemáticas (STEM por sus siglas en inglés).
- 9) Garantizar la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo para adolescentes y mujeres negras que, por pertenecer a sectores precarizados, tiene menos acceso a educación y salud sexual y reproductiva.
- 10) Diseñar y fortalecer planes, programas, estrategias intersectoriales y multidisciplinarias para prevenir el embarazo de adolescentes orientadas a la incorporación del enfoque de diversidad sexual, no discriminaciones centradas en la inclusión de niñas y mujeres negras y afrodescendientes.
- 11) Proveer y garantizar servicios y tratamientos médicos especializados para personas negras trans y no binarias.
- 12) Insertar estrategias enfocadas en la salud de las mujeres negras y afrodescendientes mayores de 60 años.

3.6.3.2 SALUD DEL HOMBRE

El campo de la salud del hombre, también conocido como salud masculina, se enfoca en cuestiones de bienestar físico, mental y emocional específicas de los hombres. Abarca una amplia gama de temas que afectan exclusiva o predominantemente a la salud masculina, tales como enfermedades cardíacas, cáncer de próstata, cáncer de testículo, salud mental (incluyendo depresión y ansiedad), salud reproductiva y sexual, y condiciones específicas como la hiperplasia benigna de próstata (agrandamiento de la próstata)¹³³

La salud del hombre busca promover una mayor conciencia sobre estas condiciones, fomentando la prevención, el diagnóstico temprano y los tratamientos adecuados. También aborda las diferencias de género en la salud, reconociendo que los hombres tienden a tener tasas de mortalidad más altas para la mayoría de las enfermedades no transmisibles en comparación con las mujeres, y que a menudo son menos propensos a buscar ayuda o tratamiento médico.

Además, este campo estudia cómo los factores socioculturales, económicos y ambientales impactan en la salud masculina, buscando estrategias para superar las barreras al cuidado de la salud y promover estilos de vida saludables entre los hombres de todas las edades. Para esto han surgido alrededor del mundo varios institutos, iniciativas y redes enfocados en la salud masculina. Estas entidades trabajan para

¹³³ <https://journal.paho.org/es/numeros-especiales/salud-hombres>



mejorar la salud y el bienestar de los hombres mediante la investigación, la educación, la formulación de políticas y la provisión de recursos. Algunos de los más destacados incluyen:

- 1) *Men's Health Network* (MHN)¹³⁴. Con sede en Estados Unidos, esta organización no lucrativa tiene como objetivo abordar las necesidades de salud de los hombres, niños y sus familias. MHN promueve la conciencia sobre la salud masculina a través de programas educativos.
- 2) *Global Action on Men's Health* (GAMH)¹³⁵. Esta es una organización global que trabaja para mejorar la salud de los hombres y los niños en todo el mundo. GAMH colabora con organizaciones miembros, gobiernos y otras entidades para abogar por la inclusión de la salud masculina en las políticas de salud globales.
- 3) *Movember Foundation*¹³⁶. Famosa por su campaña anual en noviembre, donde los hombres se dejan crecer el bigote para aumentar la conciencia sobre temas de salud masculina como el cáncer de próstata, cáncer de testículo y la salud mental. La fundación recauda fondos para proyectos de investigación y programas de apoyo relacionados con la salud masculina.
- 4) *Healthy Male*¹³⁷. Es una organización nacional que se enfoca en la salud masculina, con un énfasis particular en la salud reproductiva y sexual de los hombres. Proporciona información, servicios de educación y promueve la investigación en el campo de la andrología en Australia.
- 5) *Men's Health Forum*¹³⁸. Esta organización trabaja para mejorar la salud y el bienestar de los hombres en el Reino Unido. Se enfoca en áreas como la salud mental, enfermedades crónicas y promoción de estilos de vida saludables.
- 6) *The Institute of Men's Health Singapore*¹³⁹. Con ubicación en Singapur, este instituto se enfoca en ofrecer atención médica y apoyo específicamente diseñados para las necesidades de salud de los hombres, abarcando desde la salud mental hasta el bienestar físico y la medicina preventiva.

Estas organizaciones realizan una amplia variedad de actividades, desde campañas de concienciación y recaudación de fondos hasta investigación y políticas de salud pública, todas dirigidas a mejorar la salud y la calidad de vida de los hombres.

Es importante reconocer que la salud masculina abarca un espectro amplio que va más allá de las condiciones específicas del sistema reproductor o sexual, incluyendo la salud mental, emocional y hormonal, reflejando la complejidad y la integralidad del cuidado necesario para abordar las diversas necesidades de salud de los hombres. Los hombres también enfrentan riesgos más altos en áreas como enfermedades cardiovasculares,

¹³⁴ <https://menshealthnetwork.org/>

¹³⁵ <https://gamh.org/>

¹³⁶ <https://movember.com/>

¹³⁷ <https://www.healthymale.org.au/>

¹³⁸ <https://www.menshealthforum.org.uk/home>

¹³⁹ <https://www.instmhs.com/>



cáncer de colon, y comportamientos de riesgo, lo que subraya la importancia de una visión integral de la salud que incluya la prevención, el diagnóstico temprano, y el manejo de estas condiciones¹⁴⁰.

Los problemas y desafíos que confronta la salud de los hombres en Puerto Rico se enmarcan en un contexto amplio de desafíos de salud pública que afectan a toda la población. Aunque la información específica sobre los desafíos de salud exclusivos de los hombres en Puerto Rico es limitada, se pueden identificar varios problemas importantes basándose en el contexto general de salud en la isla y las tendencias observadas a nivel regional y global.

- 1) **Enfermedades Crónicas y Condiciones de Salud:** Las enfermedades crónicas como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares son problemas significativos en Puerto Rico, lo que refleja tendencias similares en otras partes del mundo. La prevalencia de estos problemas de salud puede ser más alta entre los hombres, dadas las tendencias globales que muestran una mayor incidencia de ciertas enfermedades crónicas en la población masculina.
- 2) **Salud Mental:** La salud mental es un desafío creciente, con trastornos como la ansiedad y la depresión afectando a una porción significativa de la población. Aunque estos problemas afectan tanto a hombres como a mujeres, hay un estigma particular en torno a la salud mental masculina que puede impedir que los hombres busquen ayuda.
- 3) **Acceso y Calidad del Cuidado de Salud:** El sistema de salud de Puerto Rico ha enfrentado desafíos significativos, incluyendo problemas de acceso y calidad del cuidado. Esto afecta a toda la población, pero puede tener implicaciones particulares para los hombres, especialmente aquellos con enfermedades crónicas que requieren manejo y tratamiento continuos.
- 4) **Impacto de la COVID-19:** La pandemia de COVID-19 ha resaltado y exacerbado los desafíos existentes en el sistema de salud. Aunque las tasas de vacunación han sido altas, la pandemia ha tenido un impacto significativo en la salud de la población, con los hombres enfrentando riesgos particulares debido a factores como tasas más altas de ciertas enfermedades crónicas.

Para enfrentar estos desafíos, es crucial la implementación de políticas públicas y estrategias de salud pública que promuevan la equidad y el acceso al cuidado de salud, así como iniciativas específicas dirigidas a abordar los problemas de salud que afectan desproporcionadamente a los hombres. Esto incluye mejorar el acceso a servicios de salud mental, promover estilos de vida saludables, y asegurar que el sistema de salud pueda responder efectivamente a las necesidades de todos los puertorriqueños.

¹⁴⁰ <https://medlineplus.gov/spanish/menshealth.html>



3.6.3.2.1 PROPUESTAS

La propuesta principal del PIP para mejorar la salud de los hombres consiste en someter legislación para crear la **Coalición para la Salud del Hombre** en Puerto Rico que promueva la salud y el bienestar de los hombres en la isla. Esta coalición tendría como sede el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico y se encargara de promover y apoyar las siguientes iniciativas:

- 1) Campañas de concienciación: Desarrollar campañas de concienciación pública dirigidas a hombres de todas las edades, enfocándose en la importancia de la prevención y el cuidado de la salud, incluyendo temas como salud mental, enfermedades crónicas, cáncer de próstata, cáncer testicular, y salud sexual y reproductiva. En las campañas de concientización se podría incluir cómo las masculinidades provocan que los hombres asuman conductas de exposición conducentes a enfermedades, lesiones y/o muerte temprana.
- 2) Programas de detección temprana: Organizar eventos y programas de detección temprana para enfermedades comunes en hombres, como el cáncer de próstata, hipertensión, diabetes, y chequeos de salud mental. Estos podrían incluir clínicas móviles que visiten diferentes comunidades, especialmente las más desatendidas.
- 3) Talleres y seminarios educativos: Ofrecer talleres y seminarios sobre temas relevantes para la salud masculina, como nutrición, ejercicio, manejo del estrés, salud sexual y prevención del abuso de sustancias. Estos programas pueden ser particularmente útiles en escuelas, universidades, y lugares de trabajo.
- 4) Apoyo a la salud mental: Crear programas de apoyo para la salud mental que incluyan líneas de ayuda, grupos de apoyo y recursos de terapia accesibles. Es crucial abordar el estigma asociado con la salud mental para alentar a más hombres a buscar ayuda cuando la necesiten.
- 5) Colaboración con profesionales de la salud: Trabajar en conjunto con médicos, dentistas, enfermeros, psicólogos y otros profesionales de la salud para promover prácticas que sean más adecuadas y efectivas para el cuidado de la salud masculina.
- 6) Promoción de estilos de vida saludables: Promocionar programas que fomenten estilos de vida saludables, como el ejercicio regular, una alimentación sana, el abandono del tabaco y la moderación en el consumo de alcohol.
- 7) Investigación y recopilación de datos: Apoyar investigaciones para entender mejor las necesidades de salud de los hombres en Puerto Rico, incluyendo estudios sobre disparidades de salud, factores de riesgo y barreras para acceder a servicios de salud.
- 8) Abogacía y políticas públicas: Abogar por políticas que promuevan la salud masculina, como mejor acceso a servicios de salud, programas de prevención financiados por el gobierno y legislaciones que apoyen la salud y el bienestar de los hombres.



- 9) Creación de redes de apoyo: Fomentar la creación de redes de apoyo entre hombres para compartir experiencias y consejos sobre salud y bienestar, lo que puede ser especialmente valioso para aquellos que enfrentan enfermedades o condiciones de salud específicas.
- 10) Alianzas estratégicas: Formar alianzas con otras organizaciones, tanto locales como internacionales, que trabajen en la promoción de la salud o en áreas relacionadas, para ampliar el alcance y la efectividad de la coalición.

Al implementar estas iniciativas, la coalición podría hacer una contribución significativa a la mejora de la salud de los hombres en Puerto Rico, promoviendo una mayor conciencia, prevención y tratamiento de los problemas de salud que más aquejan a esta población.

3.6.3.3 SALUD DE LA POBLACIÓN LGBTTIQ+

La salud para la población LGBTT+ implica abordar los peores resultados de salud y disparidades que enfrentan en comparación con las personas heterosexuales. Esto incluye tasas más altas de depresión, ansiedad, consumo de tabaco, abuso de alcohol, y suicidio, exacerbados por el estigma y la discriminación. El acceso a servicios de salud integrales y de calidad es crucial. La Organización Panamericana de la Salud subraya la importancia de eliminar las barreras al acceso para garantizar servicios sensibles a las necesidades específicas de esta población ¹⁴¹.

Las personas que pertenecen a las comunidades homosexuales, lesbianas, transexuales, bisexuales y transgéneros y otras en Puerto Rico, sufren de disparidades de salud únicas. Aunque en muchas ocasiones nos referimos a estas comunidades por el acrónimo de LGBTTIQ+, donde todas estas poblaciones son agrupadas como una comunidad, cada una de estas letras representa distintas poblaciones de Puerto Rico con diferentes problemáticas y preocupaciones sobre su salud y calidad de vida. Además, existen subpoblaciones dentro de estos grupos basados en la raza, etnicidad, estatus socioeconómico, escolaridad, localización geográfica en el Archipiélago y edad, entre otros factores. Así que, aunque se utiliza esta comunidad como un ejemplo de disparidad en salud, donde como sociedad tenemos que luchar para su equidad e inclusión en cuanto a su salud, sabemos que el colorismo, edadismo, etnia y hasta religión entre otros son otras comunidades que sufren de disparidades de salud.

En Puerto Rico, estas poblaciones estigmatizadas como minorías sexuales han sido ignoradas en cuanto a la prestación de servicios de salud general. No abunda la información sobre su estatus y necesidades específicas de salud. Es importante que se integren y se hagan visibles al gobierno de tal forma que sean consideradas e incluidas

¹⁴¹ <https://www.paho.org/es/noticias/26-9-2018-informe-ops-sobre-situacion-salud-personas-lgbt-instal-eliminar-barreras-acceso>



cuando se planifiquen los programas y sistemas de salud que regirán en Puerto Rico. Es por esto por lo que el PIP, en su plataforma de salud, considera imprescindible incluir expresamente las necesidades de las comunidades LGBTTIQ+ en el desarrollo de la prestación de servicios preventivos y de salud, para así eliminar una de las disparidades de salud más apremiante que existe en Puerto Rico.

3.6.3.3.1 PROPUESTAS

El PIP entiende que estas comunidades deben ser entendidas y atendidas basando las decisiones referentes a sus servicios de salud en el contexto de los factores que influyen sus vidas. Algunos de los factores incluyen la violencia comunitaria y sistémica a la que se enfrentan, el efecto del estigma, las leyes o políticas públicas o la falta de estas para que les protejan o cuiden de sus derechos, los factores demográficos y sobre todo las barreras a servicios en general, pero no menos importantes a los servicios de salud. Todos estos factores del entorno en que estas comunidades se desarrollan y viven, están interrelacionados y contribuyen a que ocurra esta tan abismal disparidad en salud cuando los comparamos con el resto de la población. Para lograr esto el PIP propone lo siguiente:

- 1) Establecer una base de evidencia sólida de vigilancia de cerca sobre la salud de las comunidades LGBTTIQ+ y otras poblaciones dispares que permita construir un sistema adecuado y equitativo para estas comunidades y que a su vez nos permita implementar prácticas de prevención y cuidados de salud basados y guiados por la evidencia científica. Para lograr esto se necesitaría compilar más datos sobre:
 - a. elementos demográficos a lo largo de la vida de estas comunidades y de los subgrupos dentro de ellas,
 - b. estructuras de apoyo social que son parte fundamental de la salud mental de los individuos,
 - c. inequidades en los cuidados de salud existentes en cada una de las comunidades y subgrupos,
 - d. posibles intervenciones exitosas de salud que han sido desarrolladas en Puerto Rico para estas poblaciones, pero nunca han sido evaluadas,
 - e. cómo crear servicios de salud necesarios y específicos para las comunidades transexuales.

- 2) Capacitar a profesionales de la salud a nivel primario y de especialidades para atender óptimamente a estas comunidades dispares en salud mediante la capacitación y educación al renovar sus licencias para que sean sensitivos culturalmente a estas comunidades, ya que se ha demostrado que el desconocimiento y falta de adiestramiento son los principales factores que contribuyen a la estigmatización por parte de profesionales de la salud a estas



- comunidades y a la existencia de barreras estructurales o institucionales para el acceso de estas poblaciones a los servicios de salud.
- 3) La cubierta de salud del Seguro Nacional de Salud estará disponible y accesible a las personas integrantes de estas comunidades y cubrirá las necesidades y protocolos especiales específicos, basadas en evidencia científica, de las mismas, como, por ejemplo, tratamiento y seguimiento de hormonas en la comunidad transexual.
 - 4) Por último, los Centros de Atención Primaria de Salud harán un esfuerzo especial por promover y hacer accesible sus servicios de promoción de salud, prevención y clínicos en la comunidad LGBTTIQ+ y cualquier otra población con servicios de salud dispares dentro del área geográfica que atienden y desarrollar las actividades y clínicas necesarias para atender las necesidades especiales de esta población.

3.6.3.4 SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES

Según la opinión de muchos expertos, uno de los retos más importantes que enfrenta Puerto Rico como país es la crisis demográfica que ha generado una reducción y envejecimiento poblacional muy significativos y que se estima continuará en las próximas décadas. La población de nuestra isla se ha ido reduciendo y se proyecta siga disminuyendo en el futuro previsible hasta caer por debajo de los tres millones de habitantes, y las causas para esto son múltiples¹⁴². En este momento, somos el segundo país del Caribe con él por ciento más alto de adultos mayores; un 28% de nuestra población tiene 65 años o más. La ONU estima que para el 2050, el porcentaje de envejecimiento de nuestra población alcanzará un 34%¹⁴³.

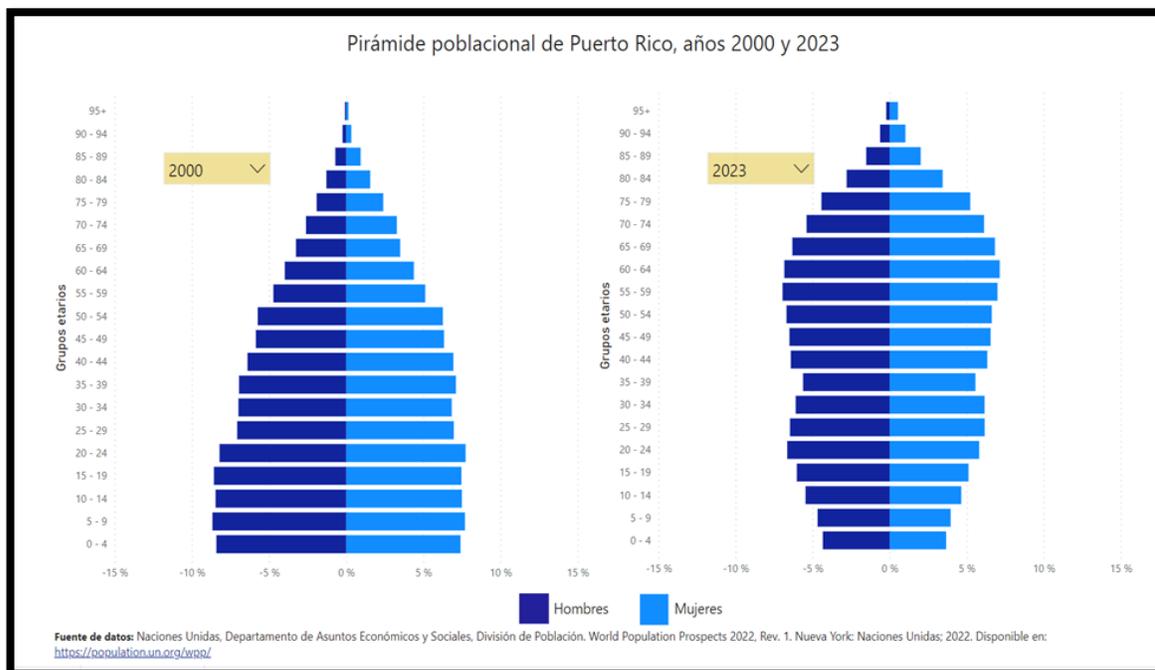
Una de las causas inmediatas más importantes es la reducción sostenida en la natalidad y el aumento en la mortalidad general no ajustada. De hecho, del 2016 en adelante la cantidad de defunciones superó a la cantidad de nacimientos anuales. Cada vez más, las nuevas generaciones de mujeres tienen menos niños y más tarde en sus vidas. Otro factor inmediato importante ha sido la migración masiva neta negativa donde por años cada vez más boricuas particularmente jóvenes y profesionales se han ido del país, particularmente hacia los Estados Unidos, en búsqueda de mejores oportunidades de empleo y calidad de vida. Esto a su vez ha contribuido al descenso en los nacimientos ya que muchas mujeres en etapa reproductiva se han ido del país.

¹⁴² Estudio de Salud en Puerto Rico 2019 Para la Elaboración del Plan Estratégico 2020-2025, Departamento de Salud de Puerto Rico (marzo, 2020)

¹⁴³ <https://cnnespanol.cnn.com/2018/09/04/los-paises-de-latinoamerica-con-la-poblacion-mas-vieja/#:~:text=UU.%2C%20Cuba%2C%20Puerto%20Rico,65%20a%C3%B1os%20en%20la%20regi%C3%B3n>.



Gráfica 13-Pirámide Poblacional



Esta reducción y éxodo masivo de nuestra población ha sido provocado en gran medida por el colapso del modelo económico colonial que nos ha llevado a la quiebra y al establecimiento de la Junta de Control Fiscal bajo la ley federal PROMESA. Por otra parte, nuestra población venía experimentando una reducción sostenida en la tasa de mortalidad general ajustada por edad, que a su vez produce un aumento en la expectativa de vida de la población, que se vio interrumpido - quizás temporariamente - por el huracán María y la pandemia del COVID-19.

El efecto neto ha sido el aumento absoluto y relativo en la población de adultos mayores de 65 años o más, también conocida como personas de edad avanzada. Esto se puede observar en la Gráfica 13, donde la famosa pirámide poblacional tradicional que se veía en el 2000 para el 2023 ya no es una pirámide si no una vasija donde la base que representa a la población infantil y pediátrica es cada vez más pequeña y angosta. Los estimados más recientes del *U.S. Census Bureau* en comparación con el 1ro de julio del 2020, frente al año más reciente disponible, 1ro de julio del 2021, indican que:

- 1) La población menora 18 años se estima disminuyó en un 3.4%, de 567,614 (2020) a 545,790 (2021). La población menor de edad (<18) comprendía el 17% de la población total de Puerto Rico para el año 2021.



- 2) Su contraparte, la población en edades de 65 años o más, aumentó en 2.4%, de 723,165 (2020) a 740,489 (2021). Esta población de adultos mayores (65+) comprendía el 23% de la población total de Puerto Rico en el año 2021.
- 3) La población joven-adulta (18-64) disminuyó en un 0.7%, de 1,990,749 (2020) a 1,977,305 (2021). Esta población, conocida también como la población activa o independiente (18-64), resultó ser cerca del 60% de la población total de Puerto Rico para el año 2021.

La mediana de edad de la población total aumentó de 43.8 a 44.2 años. Como mencionamos anteriormente, nuestra población ha experimentado un aumento de la expectativa de vida; es decir, la gente vive más años, lo que se refleja en el incremento en la mediana de edad. Pero, por otra parte, la población de adultos mayores también sufre de una alta incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas que provocan discapacidades, una alta morbilidad y reducción en la calidad de vida. Por ejemplo, según la Encuesta de la Comunidad del *U.S. Census Bureau*, en Puerto Rico para el 2021 alrededor del 35% de toda la población de 65 años a 74 años sufría algún tipo de discapacidad física, de movilidad o cognitiva, mientras que el 62% de toda la población mayor de 75 años sufría algún tipo de discapacidad. De hecho, casi el 50% de toda la población de Puerto Rico que tenía algún tipo de discapacidad eran personas con 65 años o más¹⁴⁴.

En términos de condiciones de salud crónicas, el *Behavioral Risk Factor Surveillance System* del CDC¹⁴⁵, reportó que para el 2022, el 15.9% de la población de 65 años o más padecía de condiciones del corazón, el 39.7% de diabetes, 7.7% de COPD, 53.9% de artritis, y el 73.3% padecía de alta presión. Es decir, que la población de adultos mayores, aunque vive más años de vida que las generaciones anteriores no son necesariamente años de calidad de vida debido a las condiciones de salud que padecen.

En cuanto a la salud mental, un informe de 2021, de la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada (OPPEA), identificó la depresión entre las primeras tres condiciones de salud que afectan a ese grupo. Lo que puede ser solo la punta del iceberg, pues esa generación es muy resistente a aceptar alguna condición mental, pues la asocian con debilidad. Sabemos que, entre los adultos mayores, la demencia de tipo de Alzheimer y la depresión, aportan significativamente a la carga de enfermedades no transmisibles. Las proyecciones indican que el número de personas con estos trastornos se duplicarán cada 20 años.

Por lo tanto, el aumento proporcional y numérico de la población de adultos mayores en Puerto Rico presenta un reto para el Estado en términos de la planificación de servicios y la destreza para atender las necesidades resultantes de una estructura de edad que refleja el envejecimiento de la población del país. El envejecimiento de la población de

¹⁴⁴ <https://api.census.gov/data/2021/acs/acs1>

¹⁴⁵ <https://www.cdc.gov/brfss/brfssprevalence/index.html>



Puerto Rico es un factor que está relacionado con un aumento en impedimentos y en necesidad de asistencia en actividades básicas e instrumentales del diario vivir. Según avanza la edad, se afecta la capacidad de la persona de adultos mayores de autocuidado y funcionalidad, de prepararse alimentos, de tomarse adecuadamente los medicamentos, de poder quedarse sola en el hogar y de poder salir de su hogar.

Los impedimentos físicos constituyen el tipo de impedimento más común entre las personas de 60 años o más indistintamente del criterio que se considere, ya bien sea, nivel de pobreza u otros impedimentos. La mayoría de los adultos mayores vive en la comunidad y no en hogares sustitutos o instituciones de cuidado prolongado. La mayoría de la población que vive en estos alojamientos de grupo tiene al menos un impedimento.

3.6.3.4.1 PROPUESTAS GENERALES

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha declarado esta década como el **Decenio del Envejecimiento Saludable** (2021-2030) con el objetivo de promover la salud y el bienestar de las personas mayores y apoyar el envejecimiento en condiciones de salud óptimas. Esta estrategia busca fomentar la colaboración entre países, organizaciones internacionales, sociedad civil, el sector privado, académicos y medios de comunicación para mejorar la vida de las personas mayores, asegurando su participación en la sociedad, el acceso a servicios de salud adecuados, y la protección de sus derechos y dignidad. A través de este decenio, la ONU aspira a catalizar acciones que aborden los desafíos y oportunidades asociados con el envejecimiento demográfico global, promoviendo entornos inclusivos y sostenibles que benefician a todas las generaciones.

A estos efectos el Programa de Envejecimiento Saludable del Departamento de Salud ha preparado el **Plan Decenal de Envejecimiento Saludable en Puerto Rico**¹⁴⁶. Este plan destaca la importancia de abordar el envejecimiento saludable desde múltiples perspectivas, incluyendo la promoción de entornos físicos y sociales favorables, la prevención de enfermedades crónicas, y el desarrollo de políticas que apoyen la integración y participación de los adultos mayores en la sociedad. Además, organizaciones como la *American Association of Retired Persons* (AARP) han planteado propuestas específicas para mejorar el estado de salud de la población de adultos mayores en Puerto Rico¹⁴⁷. El PIP va a impulsar una política pública que adopte, impulse implemente y fortalezca las estrategias y propuestas principales contenidas en el Plan Decenal de Envejecimiento Saludable y en las propuestas de AARP. En específico, proponemos expandir y fortalecer los servicios de salud a la población adulta mayor a través de las siguientes iniciativas:

¹⁴⁶ <https://www.salud.pr.gov/CMS/80>

¹⁴⁷ Plataforma Gobierno 2025-2028, Agenda Adulto Mayor 360, AARP, Puerto Rico:
<https://states.aarp.org/puerto-rico/nuestra-agenda-del-adulto-mayor-360-para-puerto-rico>



- 1) Incluir el Cuidado Prolongado como parte de la Cubierta del Seguro Nacional de Salud: Se incluirá en la cubierta del Seguro Nacional de Salud (SNS) los servicios de cuidado prolongado para la población de adultos mayores. y también se buscará reglamentar, conforme a las mejores prácticas contemporáneas, a los hogares privados que proveen estos servicios.
- 2) Modernizar y Fiscalizar las Instituciones de Cuidado Prolongado: Revisar la legislación y reglamentación actual que regula las facilidades y establecimientos que ofrecen cuidado prolongado a adultos mayores para:
 - a) modernizarlas y hacerlas más responsivas a las necesidades de esa población
 - b) supervisarlas y fiscalizarlas más adecuadamente, y
 - c) facilitar que el adulto mayor pueda integrarse a la sociedad y envejecer en su entorno familiar
- 3) Subsidiar los Servicios de Cuidado Prolongado: A través de organizaciones sin fines de lucro y de base comunitaria, subsidiar los servicios de cuidado prolongado empleando también a adultos mayores que se encuentren debidamente capacitados.
- 4) Expandir el servicio de Amas de Llaves y de Cuidadores Formales: Nos proponemos expandir y fortalecer la fuerza laboral de amas de llaves y cuidadores formales y que asisten a la población de adultos mayores en Puerto Rico. Para esto procuraremos aumentar el presupuesto y recursos destinados a los servicios de amas de llaves y de cuidadores formales a través de las agencias gubernamentales como el Departamento de la Familia, la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada, AMSSCA, los municipios, organizaciones sin fines de lucro y de base comunitaria. Es importante diferenciar el rol y función de ambos tipos de personal:
 - a) Las amas de llaves no deben tener una preparación académica formal y primordialmente asisten a los hogares de adultos mayores en el ámbito doméstico, es decir, limpieza, lavado, planchado, compra de alimentos y, en algunos casos, la preparación de comidas.
 - b) Mientras que el cuidador formal es una persona que brinda cuidados y asistencia a personas mayores con discapacidades o aquellos que se están recuperando de enfermedades, como parte de un servicio profesional y organizado. Los cuidadores formales son remunerados por su trabajo y generalmente tienen formación o certificación profesional en el campo de la salud, la asistencia social o áreas relacionadas. Sus responsabilidades pueden abarcar desde la asistencia en actividades de la vida diaria, administración de medicamentos, hasta la realización de tareas médicas específicas, siempre siguiendo un plan de cuidados establecido por profesionales de la salud.



- 5) **Capacitar y Apoyar a los Cuidadores Informales:** Nos proponemos asignar los fondos y recursos necesarios al Departamento de la Familia para que pueda implementar adecuada y prontamente la Ley 82 del 2023. En específico, es prioritario que el Departamento de la familia cree el registro de cuidadores informales y desarrolle y ofrezca los cursos de capacitación que estos necesitan. La labor de los cuidadores informales es fundamental en los sistemas de salud y asistencia social, ya que contribuyen significativamente al bienestar y la calidad de vida de las personas a su cargo, a menudo asumiendo un gran impacto emocional, físico y financiero en sus propias vidas. Un cuidador informal se define de la siguiente manera:
 - a) como una persona que brinda apoyo y cuidados a un familiar, amigo o vecino que tiene limitaciones debido a la edad, una discapacidad física o mental, o alguna enfermedad crónica, sin recibir una compensación económica por estas labores.
 - b) suelen ofrecer una amplia gama de servicios y apoyos, que incluyen asistencia con actividades de la vida diaria (como bañarse, vestirse, y alimentarse), gestión de medicamentos, acompañamiento a citas médicas, así como apoyo emocional y social.
 - c) suelen asumir estas responsabilidades por compromiso personal o familiar, sin contar necesariamente con una formación específica en cuidados.
- 6) **Promoción de Hábitos Saludables:** Fomentar una dieta nutritiva, actividad física regular y abstención del consumo de tabaco y alcohol para reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles.
- 7) **Entornos Amigables con los Adultos Mayores:** Desarrollar ciudades y comunidades que faciliten la movilidad y accesibilidad de los adultos mayores, permitiéndoles mantener su independencia y participación social. Esta es una medida que ayuda a lidiar con la situación de soledad que muchos adultos mayores experimentan.
- 8) **Prevención y Detección Temprana de Enfermedades:** Implementar programas de detección temprana y prevención para enfermedades crónicas y condiciones asociadas al envejecimiento, como demencia y osteoporosis, pobre salud oral y pérdida de dientes, pérdida de visión y audición, mala alimentación o desnutrición, etc.
- 9) **Promover Programas de Prevención y Promoción de Salud Mental:** Aumentar los fondos y recursos para que más programas y servicios de promoción y prevención de salud mental sean provistos a la población de adultos mayores ya sean a través de ASSMCA, el Departamento de Salud u organizaciones sin fines de lucro y de base comunitaria.
- 10) **Promoción de Tecnología de Salud:** Utilizar tecnologías para mejorar el acceso a la atención médica, especialmente para poblaciones en áreas remotas o con movilidad reducida.



- 11) Formación del Profesionales de la Salud: Capacitar a profesionales de la salud en el manejo de múltiples afecciones crónicas y en el enfoque de la salud desde una perspectiva de ciclo de vida. Revisar los currículos y los requisitos de educación continua de las diferentes profesiones de salud para incorporar cursos de geriatría y gerontología.
- 12) Inclusión Social y Económica: Modificar políticas para incentivar la participación de los adultos mayores en la fuerza laboral y en actividades comunitarias, reconociendo su valory contribución a la sociedad. Esta es otra medida que ayuda a lidiar con la situación de soledad que muchos adultos mayores experimentan.
- 13) Otras alternativas para trabajar con la soledad: Fomentar que en las comunidades se desarrollen grupos que fomenten actividades que favorezcan la socialización de los adultos mayores. Por ejemplo, asociaciones culturales o de jubilados que ofrezcan cursos o talleres, excursiones cortas, actividades deportivas, juegos de mesa y aprender a utilizar las nuevas tecnologías, ente otras. Estas actividades serán coordinadas e implementadas por los líderes comunitarios, quienes, junto a educadores en salud, habrán censado las necesidades de los grupos y creado un plan de intervención.
- 14) Servicios de hospicio: Dar a conocer y educar sobre el derecho a recibir este servicio, reconociendo que se puede beneficiar del mismo cualquier persona con una enfermedad terminal, que tenga derecho Medicare. Se es elegible si se tiene una prognosis médica de seis meses o menos. Cubre todo lo que se necesite, desde la perspectiva paliativa no curativa, relacionado con su enfermedad terminal.
- 15) Promoción de Programas Arte, Música y Cultura: La relación entre el arte, la cultura, la música y la salud física y mental ha sido demostrada con evidencia científica y sugiere que la participación en actividades artísticas y culturales puede tener efectos positivos significativos sobre el bienestar físico y psicológico de la población particularmente de los adultos mayores¹⁴⁸. Por lo tanto, el PIP se propone aumentar el presupuesto y recursos del Instituto de Cultura Puertorriqueña para aumentar los programas, iniciativas y actividades culturales dirigidas particularmente a los adultos mayores alrededor de toda nuestra patria. Además, como parte de los fondos asignados a la Red Nacional de Comunidades Saludables se incluirá una partida para promover actividades e iniciativas culturales, artísticas y musicales para la población de adultos mayores en sus propias comunidades. A continuación, se destacan algunos de los beneficios que este tipo de programas e iniciativas pueden generar:
 - a) Mejora de la Salud Mental: La participación en actividades artísticas, como la música, la pintura o el teatro, ha demostrado tener efectos positivos en la salud mental, incluyendo la reducción de los síntomas de depresión y ansiedad.

¹⁴⁸ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29708025/>



- b) Estimulación Cognitiva: El arte y la música, en particular, han sido asociados con la mejora de la función cognitiva, especialmente en personas mayores. Las investigaciones sugieren que la participación en programas de música y arte puede mejorar la cognición y la calidad de vida en adultos mayores, incluso aquellos que viven con demencia o enfermedad de Alzheimer.
 - c) Manejo del Dolor y Recuperación: La música ha demostrado ser efectiva en el manejo del dolor, tanto en entornos clínicos como en el hogar y puede reducir el dolor y la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía, mejorando su satisfacción general con el cuidado recibido.
 - d) Bienestar Emocional y Reducción del Estrés: La participación en actividades culturales y artísticas puede ser una fuente importante de relajación y satisfacción, contribuyendo al bienestar emocional. Estudios han mostrado que actividades como visitar museos, asistir a conciertos o participar en grupos de danza pueden reducir significativamente los niveles de estrés y mejorar el bienestar emocional.
 - e) Conexión Social y Sentido de Comunidad: Las actividades artísticas y culturales a menudo promueven la interacción social y el desarrollo de una sensación de comunidad. Esto puede ser particularmente importante para grupos vulnerables o aislados, proporcionando un sentido de pertenencia y apoyo social que es vital para la salud mental.
 - f) Expresión Personal y Autoestima: El arte ofrece una plataforma única para la expresión personal, lo que puede ser terapéutico y fortalecer la autoestima y la identidad personal. La capacidad de expresar emociones y experiencias a través del arte puede facilitar el procesamiento de eventos traumáticos o desafiantes, contribuyendo a la recuperación emocional.
- 16) Problema de los Adultos Mayores Abandonados en Hospitales: El problema del abandono de adultos mayores en hospitales en Puerto Rico ha ido en aumento y desde el 2017 se han reportado casi 4 mil casos¹⁴⁹. Este aumento destaca la necesidad urgente de recursos adicionales para atender adecuadamente estos casos, así como la posible implementación de penalidades para los familiares que abandonen a los adultos mayores. La Asociación de Hospitales de Puerto Rico ha señalado la dificultad de dar de alta a estos pacientes debido a la falta de alternativas de vivienda o cuidado adecuado, lo que a menudo resulta en que los hospitales retengan a los pacientes incluso después de que estén médicamente listos para ser dados de alta¹⁵⁰. Este problema está íntimamente asociado también a la falta de centros de cuidado adecuados, de suficientes cuidadores formales y la falta de apoyo

¹⁴⁹ <https://www.primerahora.com/noticias/gobierno-politica/notas/casi-4-mil-viejos-abandonados-en-los-hospitales-desde-el-2017/>

¹⁵⁰ <https://hospitalespr.org/noticias-del-dia/levantan-bandera-sobre-aumento-de-envejecientes-abandonados-en-instituciones-hospitalarias/>



a los cuidadores informales. Se necesita una estrategia coordinada y multifacética que incluya tanto el apoyo gubernamental como la participación del sector privado y las organizaciones sin fines de lucro, para asegurar que los adultos mayores reciban el cuidado y el respeto que merecen. A continuación, presentamos las propuestas que el PIP va a implantar para atender esta problemática basado en prácticas y políticas que han sido efectivas en otros lugares del mundo:

- a) **Leyes de Protección y Bienestar para los Adultos Mayores:** Revisar, fortalecer e implementar las leyes existentes o aprobar nueva legislación que protejan específicamente a los adultos mayores del abandono, el abuso y la negligencia. Esto podría incluir la definición clara de abandono, las responsabilidades legales de los familiares y las sanciones por incumplimiento.
- b) **Programas de Apoyo Familiar y Comunitario:** Desarrollar programas a nivel comunitario que ofrezcan apoyo a las familias que cuidan de personas mayores, incluyendo asistencia financiera, servicios de respiro y consejería. Como parte de la inversión en la Red Nacional de Comunidades Saludables se fomentará el establecimiento de iniciativas a nivel comunitario que ayuden a reducir la carga sobre los cuidadores y disminuir la probabilidad del abandono.
- c) **Sistemas de Alerta Temprana:** Establecer sistemas en hospitales y otras instituciones de salud para identificar tempranamente a las personas mayores que corren riesgo de ser abandonadas. Esto podría incluir la colaboración con trabajadores sociales y agencias de servicios sociales para intervenir antes de que el abandono ocurra.
- d) **Promoción de Viviendas Asistidas y Alternativas de Cuidado:** Incentivar la creación y utilización de viviendas asistidas y otras alternativas de cuidado para personas mayores que no pueden vivir de manera independiente, pero que no necesitan estar en un hospital.
- e) **Educación y Concienciación Pública:** Implementar campañas de educación y concienciación dirigidas tanto a la población en general como a los profesionales de la salud sobre las necesidades y derechos de los adultos mayores, así como sobre los recursos disponibles para su cuidado.
- f) **Colaboración Intersectorial:** Fomentar la colaboración entre agencias gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, el sector privado y comunidades religiosas para desarrollar una red de apoyo integral para los adultos mayores, incluyendo aquellos en riesgo de abandono.
- g) **Asistencia Legal y Representación para Adultos Mayores:** Asegurar que los adultos mayores tengan acceso a asistencia legal gratuita o a bajo costo para proteger sus derechos, incluyendo la representación en casos de abandono o abuso.



- h) Capacitación para Profesionales de la Salud y Servicios Sociales: Ofrecer capacitación regular a profesionales de la salud y servicios sociales sobre cómo manejar situaciones de abandono de adultos mayores, incluyendo el conocimiento de las leyes relevantes y los recursos de apoyo disponibles.

3.6.3.4.2 PROPUESTAS PARA REDUCIR EL EDADISMO

En un mundo que ha rendido culto a la juventud, el envejecer no es bien visto. De hecho, el Informe Mundial sobre el Edadismo de la ONU y la OMS del 2021¹⁵¹, plantea que el 50% de la población mundial discrimina contra los mayores; lo que llama edadismo o discriminación por edad. Estereotipo, prejuicio y discrimen que supone que todos los mayores piensan y se comportan igual o tienen las mismas necesidades, o intereses. Este modo de pensar, sentir y actuar incluye comportamientos para excluirlos o invisibilizarlos, infantilizarlos o suponerlos frágiles, o menos capaces. Este es un prejuicio aceptado, en casi todos los ámbitos de la sociedad y se expresa como:

- 1) Edadismo institucional: leyes, normas y/o servicios que discriminan y limitan las oportunidades o participación de las personas según su edad.
- 2) Edadismo interpersonal: presente en la interacción familiar, comunitaria y social. Por ejemplo, uso de lenguaje estereotipado asociados al envejecimiento.
- 3) Edadismo autoinfligido: adultos mayores que han interiorizado los discursos negativos relacionados con la edad.

Este discrimen, impacta negativamente en la salud y el bienestar físico, mental, espiritual, y social de los adultos mayores. Esto incide en:

- Peor salud física y mental
- Menor esperanza de vida; mayores tasas de muertes prematuras.
- Menor bienestar y en consecuencia, menor calidad de vida.
- Mayor aislamiento social y soledad emocional.
- Incremento de la pobreza e inseguridad económica.
- Mayor riesgo de sufrir violencia y abuso.

Para reducir el problema del edadismo se requiere que instituciones, empresas, organizaciones y medios de comunicación adopten estrategias que evidencien el valor de la aportación social de los adultos mayores. Nos proponemos impulsar las siguientes medidas e iniciativas:

¹⁵¹ <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>



- 1) Fortalecer las políticas, leyes y reglamentos que garanticen los derechos humanos de este grupo. El fin es fomentar una visión de la vejez como una etapa más de la vida. Que los mayores sean reconocidos en su diversidad, y como ciudadanos con derechos plenos.
- 2) Establecer vigilancia que asegure la aplicación de las normas para evitar el edadismo. Monitoreo estructurado de instituciones, profesionales y procesos, en cuanto al cumplimiento de estas. Instituir vigilancia epidemiológica para el monitoreo de eventos de salud que pueden impactar a este grupo. Eso datos servirán para crear y reevaluar políticas, asignar recursos de salud, y satisfacer necesidades de los pacientes de este grupo.
- 3) Garantizar que las instalaciones, los bienes y los servicios de salud estén disponibles, accesibles, asequibles, aceptables y sean de buena calidad. Es decir, que respondan a las necesidades y situaciones de los mayores.
- 4) Crear e implementar iniciativas educativas para desarrollar comportamientos prosociales -simpatía, empatía y compasión- para con las personas mayores. Iniciativas que incluyan a toda la sociedad; la escuela, la familia, las comunidades, las ONG, los centros de cuidado y los de atención primaria, etc. La meta es conectar con empatía y actuar con compasión.
- 5) Fomentar la interacción entre personas de diferentes generaciones (intergeneracionalidad); un buen ejemplo de esto es la abuelidad, explicada en la sección de Salud Mental. Requiere considerar diferencias y similitudes entre las generaciones, para compartir tareas y funciones. El fin es fomentar y normalizar las relaciones entre las generaciones; o sea, convivir. Como parte de la iniciativa educativa anterior, se deben de propiciar programas, actividades y vivencias intergeneracionales, para compartir conocimientos, experiencias y capacidades.

En resumen, además de lograr un envejecimiento saludable a través de un mayor acceso y disponibilidad de servicios de salud de larga duración y servicios de apoyo social, hay que trabajar para alcanzar un envejecimiento activo y digno. Implica replantearse el concepto de envejecimiento, para propiciar la participación continua de los mayores en la vida social, económica, cultural y cívica. Alentarlos a seguir activos desde el punto de vista físico, político, social y económico por el mayor tiempo posible. Esto beneficiará no sólo al individuo, sino también a la sociedad en su conjunto. Entonces, la promoción y la protección de los derechos de los mayores debe ser tarea de todos, porque llegar a viejo es un privilegio del que disfrutaban solo unos pocos.

3.6.3.5 SALUD DE LA POBLACIÓN CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD Y DIVERSIDAD FUNCIONAL

La **discapacidad física** se define como la “disminución o ausencia de funciones motoras o físicas que, a su vez, repercute en el desenvolvimiento o forma de llevar a cabo



determinadas actividades en una sociedad que presenta severas limitaciones y barreras”. Mientras que la **discapacidad orgánica** se define como “una discapacidad física, en este caso producida por la pérdida de funcionalidad en uno o varios sistemas corporales, debida al desarrollo de condiciones de salud crónicas y por la existencia de barreras sociales que limitan o impiden la participación social plena y el ejercicio de los derechos y libertades en igualdad de oportunidades.”¹⁵²

Por otra parte, el término **diversidad funcional** es uno de origen más reciente y se usa para referirse a la variedad de habilidades y capacidades que pueden tener las personas incluyendo a las que tienen algún tipo de discapacidad. Este concepto se adoptó como una alternativa más positiva al término discapacidad, enfatizando que todas las personas tienen diferentes niveles de funcionalidad en lugar de centrarse en la falta de habilidad o en la discapacidad. La idea detrás de diversidad funcional es resaltar que cada individuo tiene capacidades únicas, y estas diferencias deben ser reconocidas y valoradas. Es parte de un enfoque más inclusivo y respetuoso que busca promover la igualdad de oportunidades y el acceso a derechos para todas las personas, independientemente de sus características físicas o mentales. Este término es especialmente prevalente en contextos de derechos humanos y en discusiones sobre inclusión y accesibilidad. En esta sección usaremos ambos términos dependiendo del contexto.

La adecuada atención a la salud de las personas con diversidad funcional es crucial por múltiples razones, destacando la importancia de garantizar su bienestar, autonomía y participación plena en la sociedad. Las personas con discapacidad enfrentan desafíos únicos que requieren una atención médica y apoyo específico para vivir vidas saludables y satisfactorias. El acceso a una atención médica adecuada y programas de salud es esencial para las personas con discapacidad, no solo para tratar cualquier condición relacionada directamente con su discapacidad sino también para promover su salud general y prevenir enfermedades adicionales.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) subrayan la importancia de la actividad física para mejorar la salud cardiovascular, mental y la independencia, recomendando ejercicios adaptados a las capacidades individuales para asegurar que todos, incluyendo aquellos con diferentes tipos de discapacidades, puedan beneficiarse de los efectos positivos del ejercicio regular ¹⁵³. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) trabaja para promover la equidad en la atención sanitaria para las personas con discapacidad, mejorando los sistemas de salud para hacerlos más accesibles e inclusivos. Esto incluye la preparación y respuesta ante emergencias, la recolección de datos sobre discapacidad, y la promoción de la rehabilitación basada en la comunidad para empoderar a las personas con discapacidad y sus comunidades¹⁵⁴.

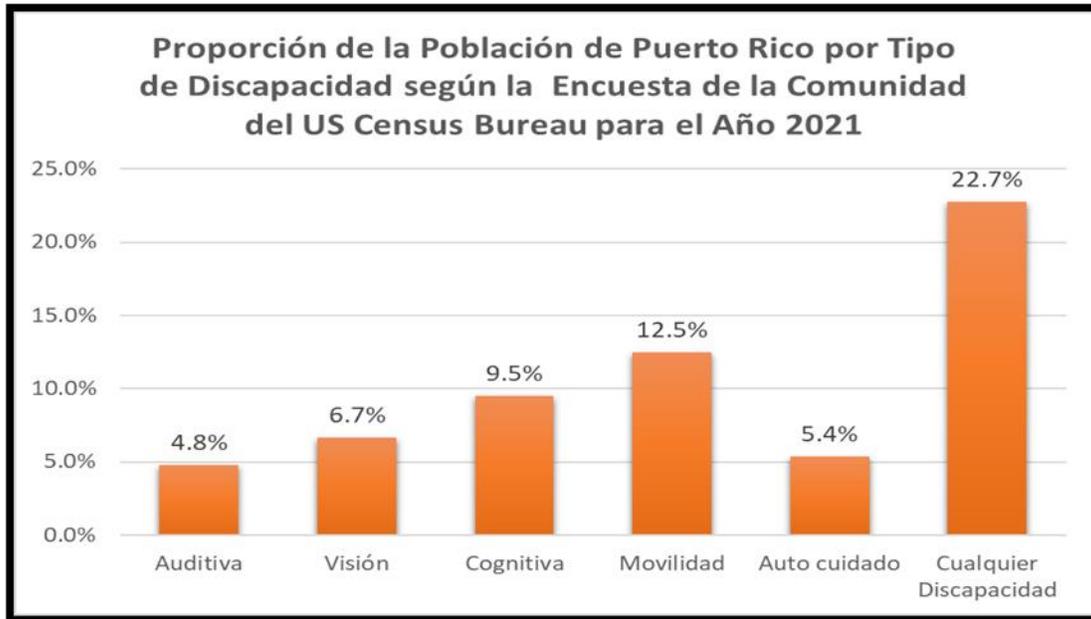
¹⁵² https://www.cocemfe.es/wp-content/uploads/2019/02/20181010_COCEMFE_Lenguaje_inclusivo.pdf

¹⁵³ <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/healthyliving.html>

¹⁵⁴ <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>



Gráfica 14-Prevalencia por Tipo de Discapacidad



La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que alrededor de 1,300 millones de personas en el mundo viven con alguna forma de discapacidad, enfrentando barreras significativas para acceder a servicios de salud. Estas barreras incluyen desde la inaccesibilidad física de los establecimientos de salud hasta la falta de conocimientos especializados entre el personal médico. Además, las personas con discapacidad tienen un mayor riesgo de desarrollar condiciones de salud adicionales, como la depresión o la diabetes, y pueden enfrentarse a la estigmatización y discriminación, lo que afecta negativamente su salud física y mental¹⁵⁵.

Como se muestra en la Gráfica 14, para el 2021 alrededor de 712,517 personas en Puerto Rico tenían algún tipo de discapacidad, lo que represento alrededor del 22.7% de la población según la Encuesta de la Comunidad del *U.S. Census Bureau*¹⁵⁶. Estas incluyen 150,633 personas con impedimentos de audición (4.8% de la población), 209,607 personas con discapacidad visual (6.7% de la población), 297,633 personas con discapacidad cognitiva (9.5% de la población), 390,596 con discapacidad de movilidad (12.5% de la población) y 168,568 con discapacidad de autocuidado (5.4% de la población). Estos datos subrayan la importancia de abordar las necesidades de salud

¹⁵⁵ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

¹⁵⁶ <https://api.census.gov/data/2021/acs/acs1>



específicas de las personas con discapacidad y eliminar las barreras que impiden su pleno acceso a los servicios de salud. Hacerlo no solo mejora la calidad de vida de las personas con discapacidad, sino que también contribuye a la creación de un Puerto Rico más inclusivo y equitativo.

Los desafíos y retos más importantes de la población con discapacidad en Puerto Rico son variados y complejos. Según varios informes y análisis, estos desafíos incluyen la falta de cumplimiento con las leyes que protegen los derechos de las personas con discapacidad, la reducción de recursos y personal para atender sus necesidades, dificultades en transporte y accesibilidad, así como desafíos particulares presentados por la pandemia de COVID-19. Durante la pandemia de COVID-19, las personas con discapacidad visual enfrentaron desafíos únicos, como dificultades para mantener el distanciamiento físico y acceder a las vacunas y pruebas de detección del virus. La falta de filas expreso para vacunación y la inaccesibilidad de las pruebas caseras de COVID-19 para personas ciegas fueron problemas significativos¹⁵⁷. La falta de personal y recursos en la Defensoría de las Personas con Impedimentos es un problema significativo. La agencia ha visto una reducción en su plantilla, lo que limita su capacidad para fiscalizar y proteger los derechos de las personas con discapacidad en los 78 municipios de la isla.

Además, se destaca la importancia de promover la independencia funcional a través de la inclusión, autosuficiencia, integración y vida autónoma. Esto incluye consideraciones en áreas médicas, psicológicas, sociales, culturales, educativas, vocacionales y espirituales para mejorar la calidad de vida. En el ámbito laboral, existe una falta de inclusividad y diversidad en Puerto Rico. Mejorar las prácticas de diversidad podría atender retos de reclutamiento y satisfacer la demanda de trabajadores que desean contribuir al cambio social. La adopción de prácticas inclusivas es crucial, pero requiere un compromiso firme por parte de los líderes organizacionales¹⁵⁸. Estos desafíos resaltan la necesidad de una acción coordinada y comprometida por parte del gobierno, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad en general para mejorar la calidad de vida, la accesibilidad y la inclusión de las personas con discapacidad en Puerto Rico.

3.6.3.5.1 PROPUESTAS

Es sumamente importante poder mejorar los servicios de salud, la calidad de vida y el estado de salud de la población con algún tipo de diversidad funcional para garantizar su bienestar y su integración plena en la sociedad. Basados en el principio de la salud como un derecho humano y en las políticas, recomendaciones y mejores prácticas reconocidas

¹⁵⁷ <https://www.primerahora.com/noticias/gobierno-politica/notas/los-retos-de-la-poblacion-con-discapacidad-visual-en-la-pandemia/>

¹⁵⁸ <https://www.metro.pr/noticias/2023/06/01/falta-inclusividad-y-diversidad-en-espacios-laborales-de-puerto-rico/>



internacionalmente por la ONU¹⁵⁹, la OMS¹⁶⁰, y el CDC¹⁶¹ de los Estados Unidos en el campo de la salud pública, dirigidas a la inclusión y los derechos de las personas con diversidad funcional el PIP propone lo siguiente:

- 1) Fortalecer la Defensoría de las Personas con Impedimentos: Se someterá legislación para aumentar el presupuesto y los recursos humanos de la Defensoría de las Personas con Impedimentos para garantizar que pueda realizar su rol y funciones de una manera mucho más efectiva y comprensiva. De esta manera esperamos fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación para asegurar la implementación efectiva de las políticas y programas dirigidos a las personas con discapacidad y asegurar que toda la información y comunicación relacionada con la salud sea accesible, incluyendo formatos digitales, braille y lengua de señas.
- 2) Acceso Universal a los Servicios de Salud: Se incluirá en la cubierta del Seguro Nacional de Salud (SNS) la más amplia gama de servicios de salud viable que se requieran para atender las necesidades de toda la población con algún tipo de discapacidad. Como por ejemplo el manejo y tratamiento de salud oral como parte de su salud integral, incluyendo sedación y visitas dentales en salas de operaciones cuando sea necesario. También hay que garantizar que la cubierta del SNS provea el acceso adecuado a medicamentos y cirugías que pueden mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Como, por ejemplo, en el caso de la discapacidad auditiva donde hay tratamientos para infecciones crónicas del oído que pueden incluir medicamentos o, en algunos casos, cirugía para colocar tubos diminutos en el tímpano para drenar el líquido y cirugías para corregir partes del oído externo o medio que no se formaron correctamente. Además, se aumentarán los recursos del Departamento de Salud para asegurar que todas las instalaciones de salud sean accesibles para personas con cualquier tipo de discapacidad y que se ofrezcan servicios de salud personalizados que tomen en cuenta las necesidades específicas de las personas con discapacidad. También se enfatizará en incrementar la capacitación al personal de salud en la comunicación inclusiva, accesible y en el trato adecuado hacia las personas con discapacidad.
- 3) Programas de Prevención, Promoción de la Salud y Detección Temprana: Desarrollar programas de educación para la salud adaptados a las necesidades y capacidades de las personas con discapacidad e implementar programas de detección temprana y prevención de enfermedades más comunes o riesgosas específicas para las personas con discapacidades. Por ejemplo, la prevención de condiciones que llevan a la discapacidad visual es clave. Esto incluye el tratamiento oportuno de enfermedades oculares como las cataratas, glaucoma, y retinopatía diabética, las cuales son causas principales de la discapacidad visual.

¹⁵⁹ <https://www.undp.org/es/blog/considerar-la-inclusion-de-las-personas-con-discapacidad-para-lograr-los-ods>

¹⁶⁰ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

¹⁶¹ <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/index.html>



La corrección de errores refractivos no corregidos y las cataratas mediante anteojos y cirugía, respectivamente, son intervenciones coste-efectivas. Sin embargo, se estima que solo un porcentaje bajo de las personas que necesitan estos tratamientos tienen acceso a ellos.

- 4) Apoyo Psicosocial y Rehabilitación: Ofrecer servicios de rehabilitación que incluyan terapias físicas, ocupacionales y del habla, así como apoyo psicológico y fomentar la creación de redes de apoyo entre personas con discapacidad, familias y profesionales de la salud. En el caso de las personas con discapacidad visual, la rehabilitación de la visión es efectiva para mejorar la funcionalidad de las personas con pérdida de visión irreversible. Esto puede incluir el uso de productos de asistencia como gafas o bastones blancos
- 5) Actividad Física: Enfatizar la importancia de la actividad física para las personas con discapacidad particularmente los que tiene discapacidad de movilidad, destacando que caminar es una forma común y beneficiosa de ejercicio. A través del proyecto de Comunidades Saludables se darán fondos a las comunidades para eliminar las barreras en sus vecindarios, como falta de aceras accesibles o áreas seguras para caminar, que impiden el que las personas con discapacidad de movilidad puedan ejercitarse.
- 6) Inclusión Social y Económica: Promover el acceso a una educación inclusiva que permita a las personas con discapacidad desarrollar al máximo sus capacidades e implementar políticas de empleo inclusivo que faciliten la incorporación de personas con discapacidad en el mercado laboral.
- 7) Legislación y Políticas Públicas: Revisar, desarrollar y aprobar legislación específica que garanticen y expandan los derechos de las personas con discapacidad, incluyendo el derecho a la salud y la integración social.
- 8) Tecnología Asistidas y Adaptativas: Aumentar el acceso a las tecnologías asistidas y adaptativas e incentivar que las universidades desarrollen nuevas a tecnologías asistidas que faciliten la autonomía y la participación social de las personas con discapacidad. Por ejemplo, en las personas con discapacidad auditiva estas tecnologías incluyen lo siguiente:
 - a) Audífonos para amplificar el sonido para personas de todas las edades, incluidos los bebés.
 - b) Implantes cocleares para ayudar a quienes no pueden oír bien con audífonos, enviando señales de sonido directamente al nervio auditivo.
 - c) Prótesis auditivas ancladas al hueso para aquellos que tienen pérdida auditiva conductiva, mixta o unilateral y no pueden usar audífonos convencionales.
 - d) Dispositivos de asistencia, como sistemas de FM, subtítulos en televisión y videos, alarmas con luz y vibración, y teléfonos de texto (TTY), entre otros.

En resumen, implementar estas medidas puede ayudar a mejorar significativamente la calidad de vida de las personas con diferentes tipos de discapacidad permitiéndoles participar más plenamente en la sociedad y reduciendo el impacto adverso de la



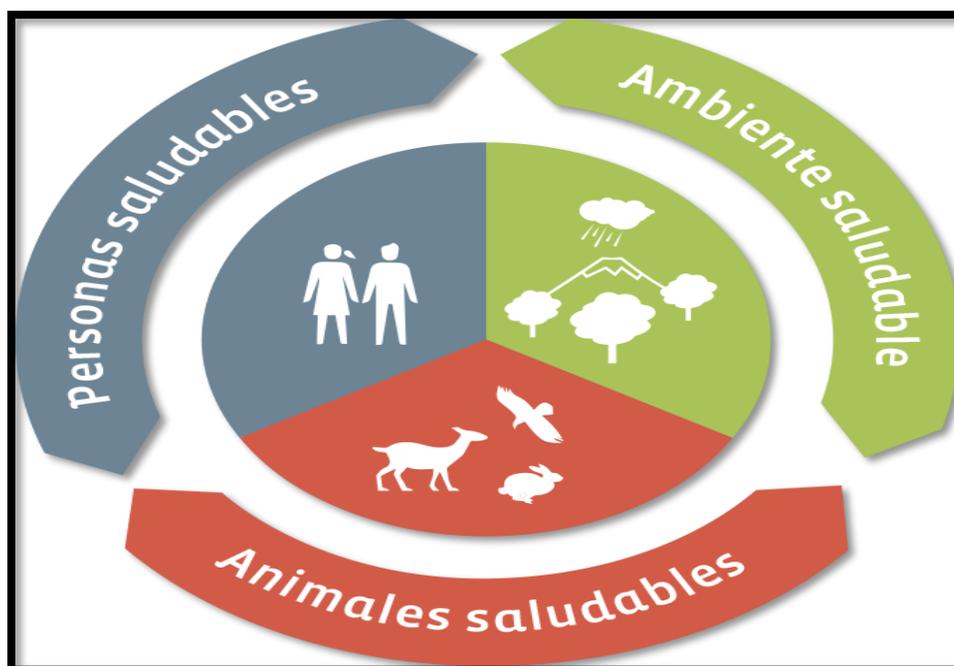
discapacidad en su vida diaria. Obviamente, estas medidas son generales así que tendrán que ser adaptadas y personalizadas a cada población y persona dependiendo del tipo de discapacidad. La meta es promover la equidad en materia de salud para las personas con discapacidad mediante sistemas de salud accesibles e inclusivos. Esto también incluye mejorar los mecanismos de preparación y respuesta ante situaciones de emergencia, fortalecer la recolección de datos sobre discapacidad y promover el desarrollo inclusivo y la rehabilitación basada en la comunidad.



3.7 META 7: IMPLEMENTAR UNA POLÍTICA DE SALUD EQUILIBRADA, INTEGRAL Y UNIFICADORA QUE OPTIMICE LA SALUD DE LAS PERSONAS, LOS ANIMALES Y LOS ECOSISTEMAS, RECONOCIENDO LA ESTRECHA E INTERDEPENDIENTE RELACIÓN ENTRE ESTOS.

3.7.1 INTRODUCCIÓN

Gráfica 15- Esquema Conceptual de Una Salud



Como explicamos previamente, hay otros factores sociales y ambientales fuera del sistema de salud que tienen un rol importantísimo en contribuir al estado de salud de la población y a las disparidades e inequidades entre diferentes poblaciones y que se les ha denominado los determinantes sociales de la salud. Por otra parte, el concepto de Una Salud (*One Health*), ver Gráfica 15¹⁶², se define como los esfuerzos de colaboración de múltiples disciplinas (médicos, médicos veterinarios, investigador, etc.) que trabajan local, nacional y globalmente para lograr una salud óptima para las personas, los animales y nuestro ambiente¹⁶³. Este enfoque integral y unificador tiene como objetivo equilibrar y optimizar la salud de las personas, los animales y los ecosistemas,

¹⁶² <https://sigeamdotinfo.files.wordpress.com/2020/06/diagrama-salud.png>

¹⁶³ <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/one-health-una-sola-salud-o-como-lograr-a-la-vez-una-salud-optima-para-las-personas-los-animales-y-nuestro-planeta/90586/0>



reconociendo los vínculos estrechos e interdependientes entre estos campos para establecer nuevos métodos de vigilancia y control de enfermedades¹⁶⁴.

3.7.2 LA SALUD ANIMAL Y LOS SERVICIOS VETERINARIOS

En el PIP reconocemos que los animales tienen un valor intrínseco como sujetos de vida, independientemente de que se trate de animales domésticos, de granja o silvestres. Reconocemos su papel protagónico como acompañantes. Aspiramos al desarrollo pleno de una cultura nacional en la que la interacción individual, comercial e institucional con y hacia los animales esté guiada por el respeto de sus derechos y naturaleza.

Reconocemos, además, que la política pública existente es una fragmentada y sin los recursos necesarios para su implantación. Reconocemos el esfuerzo extraordinario de las organizaciones sin fines de lucro, de los rescatistas individuales y del personal veterinario a través de todo el territorio nacional para atender a miles de animales abandonados. Entendemos también que estas organizaciones voluntarias y grupos profesionales se han ganado el derecho a tener un papel protagónico en el desarrollo de la política pública y que el Estado tiene muchísimo que aprender de sus experiencias.

El PIP ha identificado cinco áreas principales en las cuales debe enfocarse la política pública respecto a los animales, ya sea para ejecutar medidas aprobadas o crear nuevas alternativas. Estas cinco áreas son: a) los animales realengos; b) el maltrato animal, c) los animales de servicio y los de apoyo emocional, d) la compra y venta de animales y e) la importación ilegal de especies exóticas.

- a) Animales realengos. El número de perros y gatos realengos en la Isla no se conoce a ciencia cierta. Los cálculos varían desde 25,000 hasta un millón y medio con muchos más gatos que perros. Los animales realengos en su mayoría han sido abandonados por sus dueños o han nacido en la calle. Muchos han nacido por la resistencia o imposibilidad de esterilización de parte de sus dueños y dueñas. Otros han sido abandonados por personas que han emigrado emigrado o por quienes les cuidaban que, por diversas razones, no pueden seguir con ellos. La sobrepoblación de animales realengos conlleva importantes preocupaciones de salud pública y seguridad, incluyendo la transmisión de enfermedades zoonóticas a humanos y otros animales, lesiones causadas por comportamientos agresivos, y accidentes en las vías. Además de la población de perros y gatos, en Vieques, hay un problema de caballos realengos cuyo número se estima entre 4-5,000. Para todos los animales mencionados el problema se complica por la falta de albergues para recibirlos y atenderlos y por las complicaciones que generan para el ambiente y aspectos económicos como el turismo. La falta de un manejo

¹⁶⁴ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health>



adecuado y la insensibilidad hacia esta problemática agravan la situación, haciendo que los centros de control, albergues, santuarios, organizaciones de rescate y rescatistas independientes no den abasto. La Ley 154-2008, según enmendada y la Ley 81-1912, según enmendada establece la responsabilidad de los municipios en el manejo de animales realengos, pero muchos no cumplen con esta obligación, lo que contribuye a la perpetuación del problema. La situación se complica al tener un número mayor de animales disponibles para adopción que hogares disponibles para adoptar. Esto ha obligado a extender los esfuerzos de rescate y adopción hacia los Estados Unidos, donde hay una mayor disposición hacia la adopción de animales mixtos o "satos".

- b) **Maltrato animal** – Este no solo incluye actos de violencia o abuso físico, sino también situaciones que involucran la negligencia respecto a la falta de cuidado y de diligencia. Ejemplos de esto incluyen: hábitat o espacio inadecuado, mala alimentación, falta de higiene y atención veterinaria y encadenamiento. Muchas personas no reconocen estos actos como maltrato y si lo reconocen no se atreven a reportarlo. Aunque el maltrato animal se ha establecido como delito en la Ley 154 del 2008, la falta de atención de la policía ante querrelas de la ciudadanía reportando situaciones de maltrato animal, ocasiona que estos actos queden impunes y se dejen de reportar, lo que contribuye a perpetuar estas prácticas.
- c) **Animales de servicio y animales de apoyo emocional** – Los animales de servicios sirven de apoyo a personas con alguna discapacidad física mientras los animales de apoyo emocional proveen acompañamiento a personas con problemas de salud mental. Hay evidencia científica reciente que muestra el beneficio del acompañamiento y apoyo de ambos tipos de animales para la salud física y mental. La comunidad en general conoce poco de estos beneficios y de la diferencia entre estos animales. Este desconocimiento lleva a su rechazo en lugares públicos lo cual resulta en el detrimento de sus dueños y dueñas. Además, escasean los lugares para entrenar a los animales de servicio.
- d) **Compra y venta ilegal de animales** - La reproducción y crianza ilegal, la ausencia de regulación sobre las ventas en línea y hasta posibles vínculos con el crimen organizado son solo algunos de los desafíos en la lucha para asegurar un trato digno a los animales domésticos en el país. Nunca se ha desarrollado un estimado formal de la cantidad de reproductores o criadores que se lucran del comercio clandestino de animales, particularmente perros. Solo hay tres criadores licenciados para la venta de animales, aunque La Ley 154 de 2008 tipifica como un delito grave de cuarto grado la crianza o venta de animales sin licencia. El Colegio de Médicos Veterinarios (CMVPR), las organizaciones de rescate animal y los y las rescatistas independientes se oponen a la crianza para fines comerciales, porque fomenta el problema de animales abandonados y la disminución de adopciones de animales rescatados.
- e) **Importación ilegal de animales exóticos**: En Puerto Rico se ha puesto de moda importar animales exóticos que luego escapan o se abandonan. Los casos más típicos son réptiles, incluyendo las iguanas y caimanes, y aves, aunque se sabe



de otras especies como los cerdos vietnamitas y los monos. Lo más difícil de controlar es la entrada de especies exóticas a través del correo, compañías de carga que hacen entregas a domicilio y embarcaciones privadas. La venta se hace a través de contactos personales y redes sociales.

A estas cinco áreas se le suma la de facilitar el cuidado, la socialización y la recreación de personas con sus mascotas. Además, en Puerto Rico son insuficientes los espacios públicos de dimensiones apropiadas para que nuestras familias y sus animales domésticos puedan compartir y socializar, ni se ha impulsado la creación de dichos espacios.

Como primeros pasos hacia la implementación de la política pública necesaria, y sin perjuicio de otras medidas que se puedan tomar luego de haber buscado afirmativamente el insumo de la ciudadanía y las organizaciones profesionales concernidas, presentamos las siguientes propuestas:

3.7.2.1 PROPUESTAS

Este complejo panorama requiere de una acción coordinada que involucre al gobierno, los municipios, las organizaciones de rescate y la comunidad en general, enfocándose no solo en el rescate y la adopción, sino también en la educación y la promoción de la esterilización y el cuidado responsable de los animales y la creación de un registro de mascotas. Como primeros pasos hacia la implementación de la política pública necesaria, y sin perjuicio de otras medidas que se puedan tomar luego de haber buscado afirmativamente el insumo de la ciudadanía y las organizaciones profesionales concernidas, presentamos las siguientes propuestas:

- 1) Expandir y fortalecer los programas de adopción que incentiven y faciliten la adopción de animales mixtos o "satos". No se debe discriminar por raza y se debe fomentar la adopción consciente y responsable. La adopción de las mascotas implica responsabilidad, no tan sólo de proveer un hogar seguro sino de los cuidados básicos, incluyendo examen físico, vacunación y esterilización. Podrían establecerse campañas de "vouchers" para que el guardián de la mascota se haga responsable de una parte del pago y el Estado o Municipio subsidie el restante.
- 2) Organizar, con mayor frecuencia, junto al Colegio de Médicos Veterinarios, organizaciones sin fines de lucro, albergues de animales y gobiernos municipales campañas de esterilización y vacunación gratuitas. Se podrían adquirir clínicas móviles para facilitar el acceso a estos servicios en áreas remotas o desatendidas.
- 3) Aumentar la Inversión en Educación y Capacitación para la formación de más médicos veterinarios y personal técnico, incluyendo especializaciones en diferentes áreas de la medicina veterinaria: Actualmente los médicos veterinarios que ejercen en Puerto Rico cumplen con uno de los estándares más alto a nivel mundial, el NAVLE (*North American Veterinary Licensing Examination*), sin



embargo, enfrentaron altos costos para recibir su educación. Por lo tanto, proponemos invertir en becas y subsidios para abaratar los costos de educación y condonarles total o parcialmente la deuda por prestamos estudiantiles de profesionales del área veterinaria que decidan quedarse en Puerto Rico y servir en áreas geográficas rurales.

- 4) Ampliar la Infraestructura Veterinaria para desarrollar más clínicas y hospitales veterinarios, especialmente en áreas rurales o menos accesibles. En Australia, por ejemplo, el gobierno ha apoyado la expansión de servicios veterinarios en áreas remotas mediante subvenciones y apoyo logístico.
- 5) Reforzar los Programas de Salud Pública Veterinaria que existen bajo el Departamento de Salud, División de Zoonosis, y el Departamento de Agricultura que vinculan la salud animal con la salud pública, como los programas de vigilancia de enfermedades zoonóticas¹⁶⁵.
- 6) Ofrecer Subsidios y Ayudas Financieras para Servicios Veterinarios de las mascotas cuyos propietarios para familias de bajos ingresos.
- 7) Incrementar las Campañas de Educación y Concientización Pública con sobre la importancia del cuidado preventivo de los animales, la esterilización y la vacunación. En Alemania, campañas públicas sobre el bienestar animal han aumentado la conciencia y la utilización de servicios veterinarios preventivos.
- 8) Mejorar la Accesibilidad a través de la Tecnología e implementar telemedicina veterinaria para ofrecer consultas a distancia, especialmente útil en áreas geográficamente aisladas. Países como Canadá han adoptado la telemedicina para mejorar el acceso a los servicios veterinarios en áreas remotas.
- 9) Actualizar el Censo de Animales Realengos llevado a cabo por el Dr. Neftalí Ríos para el Colegio de Médicos Veterinarios de Puerto Rico (CMVPR). Esta actualización debe incluir un recuento preciso de animales, evaluación de sus condiciones de vida y la definición de estrategias concretas para abordar sus necesidades.
- 10) Explorar y evaluar métodos alternativos a la eutanasia para manejar la población de animales realengos, como programas de esterilización masiva, reubicación de animales en Estados Unidos y otros países, implementación de políticas de "captura, esteriliza y devuelve", y la promoción del aborto en animales para controlar nacimientos no deseados.
- 11) Creación del Registro de Rescatistas Independientes para establecer un registro oficial de rescatistas independientes que puedan ser fácilmente convocados y coordinados para participar en esfuerzos comunitarios y emergencias relacionadas con el bienestar animal.
- 12) Promocionar la Adopción de Mascotas implementando campañas y políticas que fomenten la adopción de mascotas en lugar de su compra, para reducir el número de animales sin hogar y promover una cultura de responsabilidad y compromiso hacia el bienestar animal.

¹⁶⁵ <https://www.fundacionaquae.org/wiki/consejos-para-protger-a-los-animales/>



- 13) Educar sobre el Bienestar Animal en las Escuelas implementando un currículo desarrollado por el CMVPR en las escuelas elementales a través del Departamento de Educación y la Asociación de Escuelas Privadas de Puerto Rico. Este programa educativo debería centrarse en el desarrollo de una conciencia sobre el trato adecuado a los animales, enseñar a los estudiantes a considerarse custodios responsables de sus mascotas, y exponerlos a las diversas carreras profesionales relacionadas con el cuidado animal.
- 14) Desarrollar un Currículo de Seguimiento para Escuelas Superiores solicitándole al CMVPR la creación de un currículo avanzado para estudiantes de nivel secundario que continúe educando sobre el bienestar animal y preparando a los jóvenes para posibles carreras en campos relacionados con los animales.
- 15) Crear Programas Educativos y Talleres de Capacitación Comunitaria destinando recursos para la realización de programas educativos y talleres de capacitación sobre responsabilidades hacia los animales, reconocimiento y reporte del maltrato animal, importancia de la esterilización y la atención veterinaria regular, y el reconocimiento y aceptación de animales de servicio y de apoyo emocional.
- 16) Ampliación del Alcance de las Capacitaciones Mediante Medios de Comunicación utilizando medios de comunicación como la radio, televisión y plataformas digitales para extender el alcance de las capacitaciones y educación sobre el bienestar animal a una audiencia más amplia.
- 17) Creación de Albergues Municipales proveyendo recursos financieros a los municipios para que establezcan albergues que cumplan con la legislación vigente y proporcionen un refugio adecuado para los animales abandonados en cada ciudad y pueblo de la isla.
- 18) Capacitación Específica para la Policía mediante programas de capacitación para que cubran las diferentes formas de maltrato animal, la problemática de la venta ilegal de animales, y la importancia de controlar la importación de animales exóticos, para mejorar la aplicación efectiva de las leyes.
- 19) Evaluación y Fortalecimiento de la Ley 154 realizando un estudio detallado sobre la implementación de la Ley 154 de 4 de agosto de 2008 y asignar recursos adicionales basados en los resultados del estudio para garantizar que la ley cumpla eficazmente con sus objetivos. Identificar estrategias para asegurar que los criadores comerciales se registren y certifiquen conforme a la ley, y para expandir y potenciar las alianzas estratégicas entre organizaciones rescatistas y municipios en coordinación de compras y otros servicios que reduzcan costos y mejoren la efectividad.
- 20) Creación de un Registro Electrónico Nacional de Mascotas promulgando legislación que incluya el uso obligatorio de microchips como método de identificación para todos los animales domésticos, incluyendo animales de servicio y de apoyo emocional. Este sistema facilitará el seguimiento y la recuperación de animales perdidos, y ayudará a controlar la población de animales realengos.



- 21) Aprobar Legislación sobre Animales de Apoyo Emocional para establecer criterios y procedimientos claros sobre la admisión de animales de apoyo emocional en lugares públicos y privados, garantizando que sus dueños puedan acceder a estos espacios sin discriminación, mientras se educan a los establecimientos sobre los derechos y responsabilidades relacionados con estos animales.
- 22) Establecer un Plazo de Reclamación de Mascotas en Albergues de treinta (30) días para que las mascotas que se encuentren en albergues puedan ser reclamadas por sus dueños. Si no son reclamadas en ese plazo, el Estado o la agencia correspondiente debería tener la autoridad para esterilizar, ponerle un microchip y preparar estos animales para su adopción, asegurando así que tengan otra oportunidad de encontrar un hogar permanente.
- 23) Crear la Reserva Equina en Vieques para establecer una reserva específica para los caballos realengos en Vieques, donde se recogerán, identificarán y evaluarán estos animales. Los que no tengan dueños serán alojados en esta reserva, que además podría ofrecer actividades como clases de equitación y terapias equinas, generando beneficios educativos y terapéuticos para la comunidad.
- 24) Convertir el Zoológico de Mayagüez en un Santuario Educativo transformando las instalaciones del zoológico de Mayagüez para que sirva como centro de estudio, rehabilitación y protección de especies endémicas y migratorias del Caribe. Este santuario funcionaría como un laboratorio práctico para estudiantes y facultad de la Universidad de Puerto Rico en Mayagüez, y se buscaría su autofinanciamiento a través de colaboraciones con entidades científicas internacionales.