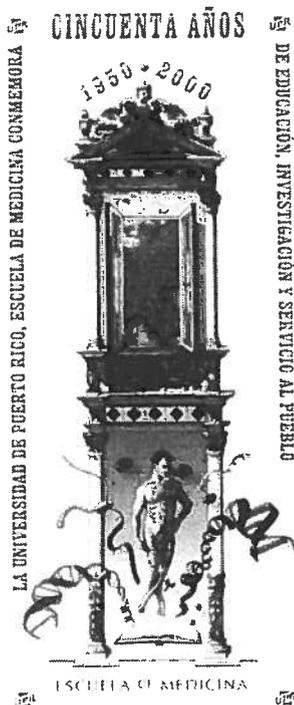




SIMPOSIO DE LOS SECRETARIOS DE SALUD

Egresados de la Escuela de Medicina de la Universidad de
Puerto Rico



Simposio
Secretarios
Salud

Dr. Jaime Rivera Dueño
Dr. Luis Izquierdo Mora
Dr. Enrique Vázquez Quintana
Dra. Carmen Feliciano de Melecio

SIMPOSIO DE LOS SECRETARIOS DE SALUD

En ocasión de la celebración del 50 aniversario de la fundación de la Escuela de Medicina del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico y coincidiendo con la semana de la colación de grados académicos del Recinto en junio de 2000, se llevaron a cabo múltiples actividades académicas, educativas, sociales y culturales.

Entre éstas, el 14 de junio hubo un Simposio donde participaron como ponentes los egresados de la Escuela de Medicina que han sido Secretarios de Salud de Puerto Rico, a saber: Dr. Jaime Rivera Dueño (1974 a 1984), Dr. Luis Izquierdo Mora (1985 a 1988), Dr. Enrique Vázquez Quintana (enero a septiembre de 1993) y la Dra. Carmen Feliciano de Melecio (desde 1993 hasta el presente). El simposio fue dirigido por el Dr. Mario R. García-Palmieri, Secretario de Salud en los años de 1966 y 1967.

A los Secretarios se le asignaron de antemano dos preguntas para ser elaboradas por cada uno de ellos. A continuación se reproducen las contestaciones individuales de los cuatro Secretarios de Salud a cada una de las preguntas.

Primera pregunta:

1. ¿Cuál debe ser el compromiso del Gobierno de Puerto Rico con el desarrollo de los recursos humanos de salud que Puerto Rico necesita?

Dra. Carmen Feliciano de Melecio
Dr. Luis Izquierdo Mora
Dr. Jaime Rivera Dueño
Dr. Enrique Vázquez Quintana

Segunda pregunta:

2. ¿Cómo mejorar y lograr la excelencia en los servicios de salud, incluyendo la evaluación de los servicios como instrumento para mejorar?

Dr. Enrique Vázquez Quintana
Dr. Jaime Rivera Dueño
Dr. Luis Izquierdo Mora
Dra. Carmen Feliciano de Melecio

PRIMERA PREGUNTA

¿Cual Debe Ser el Compromiso del Gobierno de Puerto Rico con el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud en Puerto Rico?

Dra. Carmen Feliciano de Melecio

*Secretaria de Salud
1993-Hasta el presente*



Quiero expresar mi agradecimiento a la Junta Directiva de la Sociedad de Médicos Graduados de la Universidad de Puerto Rico por organizar esta actividad y por brindarme la oportunidad de dialogar sobre los temas objeto de este foro. Antes de hacer mi presentación, quisiera hacer énfasis en lo siguiente:

La misión central de la salud pública es asegurarse de la existencia de las condiciones en las cuales la gente puede estar saludable, por medio de organizar los esfuerzos de la comunidad dirigidos a la prevención de las enfermedades y promoción de la salud (Instituto de Medicina, 1988).

Además en relación a la decisión de transformar nuestro sistema de salud, queremos citar al Dr. Avedis Donabedian:

"It seems socially wrong to have one specification of quality for the rich and another for the poor. The solution is for society to equalize the ability to pay for health care, using health insurance and other public or private program to achieve the purpose".

No hay duda que nuestro gobierno ha tomado la ruta encomendada por Donabedian: Se ha conceptualizado y operacionalizado la Reforma de Salud de Puerto Rico, un movimiento de justicia y equidad social sin paralelo en la Historia de la Salud Pública de Puerto Rico.

El personal de salud es parte fundamental de la dimensión humana de la atención de salud. El análisis de las exigencias de la Reforma de Salud colocan como prioridades las acciones orientadas al¹:

- Establecimiento de un marco regulador para el desarrollo de los recursos humanos,
- Fortalecimiento de políticas de recursos humanos,
- Desarrollo de sistemas de información apropiados

- para la planificación y gestión de recursos humanos,
- Desarrollo de habilidades de gerencia de recursos humanos en los diferentes niveles de los sistemas de salud,
- Impulso y apoyo a mejorar el desempeño de los trabajadores de la salud y desarrollo y fortalecimiento de procesos educativos en las instituciones formadoras y los servicios orientados a la integración de la medicina y la salud pública.

Los procesos de reforma del sector salud continuarán alcanzando el éxito y logros significativos en la salud de nuestro pueblo, solamente si los recursos humanos se comprometen en la búsqueda de los fines de la reforma, que es el alcance de la universalidad en el acceso, la atención y la equidad del sistema. Ello supone que el personal tenga flexibilidad para aceptar el cambio, el conocimiento, las habilidades, las destrezas requeridas, así como una clara comprensión y ubicación del papel que juegan para cuidar y preservar de manera integrada la salud de las comunidades.

En relación a la educación médica, se encuentra una pieza legislativa ante la consideración de la Oficina de Legislación del Gobernador de Puerto Rico.

Esta ley, se conocerá como Ley del Fondo para el Desarrollo de la Educación Médica Graduada de Puerto Rico y expone lo siguiente:

1. La educación médica es un proceso educativo que incluye estudios universitarios, la carrera de medicina, el adiestramiento formal de especialistas y se extiende a lo largo de la vida profesional en actividades de educación médica continuada.
2. Los centros de enseñanza son instrumentos vitales para el desarrollo del Sistema de Salud de Puerto Rico. Estos constituyen un instrumento esencial en la consecución de la política pública de preparar profesionales competentes y bien cualificados que prestarán servicios médicos a nuestra ciudadanía.

3. Los Programas de Residencia proporcionan la investigación científica que redundan en el mejoramiento de la calidad de los servicios prestados. El hecho de que el adiestramiento esté basado en hospitales acreditados, contribuye a que la investigación científica se pueda conducir en forma más efectiva. La investigación científica es esencial para que los programas mantengan su acreditación.
4. Entre los propósitos de esta Ley figura organizar a Puerto Rico en áreas o regiones académicas teniendo cada una como centro un hospital universitario, auspiciado por una escuela de medicina y estimular una continua comunicación entre las escuelas para mantener las guías a ser seguidas. De esta forma, se evita la centralización de la educación médica graduada y se propicia una mejor distribución de médicos por especialidad según la necesidad de cada área geográfica, evitando así una concentración de médicos en una área determinada como ocurre al presente.
5. Bajo el nuevo modelo que presenta la Reforma de Salud del Gobierno de Puerto Rico, el Departamento de Salud ya no opera hospitales excepto sus facilidades supraterciarias ubicadas en el Centro Médico de Puerto Rico. El Programa de Educación Médica Graduada, aunque dentro del Departamento de Salud, compartirá responsabilidades con los sectores educativos y hospitalarios a través de una junta con miembros de varios sectores.
6. Resulta difícil financiar en su totalidad los gastos que conlleva mantener un Programa de Residencia acreditado sin apoyo gubernamental.
7. La Asamblea Legislativa y el Gobierno de Puerto Rico, en reconocimiento a la valiosa aportación al país de las instituciones educativas y hospitalarias, entienden que es necesario establecer el mecanismo que asegure la capacidad económica de todos los programas de adiestramiento que deban mantenerse en nuestra isla para que los Residentes continúen exponiéndose a nuestro sistema de salud y a nuestra realidad médica. De no mantener los Programas de Educación Médica Graduada, se reduciría el número de médicos primarios

especializados. Es necesario continuar con un mecanismo adecuado para sustituirlos, evitando de esta manera una escasez de estos profesionales en un futuro cercano.

8. Por lo tanto, se establece el Fondo para el Desarrollo de la Educación Médica Graduada en Puerto Rico y la Junta de Educación Médica Graduada de Puerto Rico utilizando los siguientes mecanismos de financiamiento:
 - asignación directa de fondos recurrentes del Tesoro Estatal
 - aportaciones adicionales del Estado
 - donativos individuales

Como parte de nuestro plan de trabajo, los Centros Médicos Terciarios en Bayamón, Caguas, Mayagüez y Ponce se venderán en el año 2000. Estos centros médicos, además del Hospital Universitario de Adultos y Pediátrico son las sedes de programas post-graduados.

Los Hospitales de Bayamón, Caguas y Carolina estarán en manos de la Escuela de Medicina de la Universidad Central del Caribe, San Juan Bautista y Universidad de Puerto Rico respectivamente, todos sin fines de lucro. Mayagüez y Ponce serán administrados por el Municipio de Mayagüez y Hospital San Lucas Inc., ambos sin fines de lucro y en conversaciones con la Escuela de Medicina de Ponce para establecer consorcios educativos. El Departamento de Salud honrará el pago de todos los Residentes en estos hospitales durante el año 2000-2001, dando la oportunidad de establecer el plan arriba descrito y aprobar el proyecto de ley ya mencionado.

Además, se continúa trabajando activamente con varias universidades donde está representado el Departamento de Salud y el Recinto de Ciencias Médicas, entre otras entidades. Como consecuencia, se han realizado cambios en el currículo. Además, se le ha enviado carta a las otras instituciones de enseñanza. Se plantea convocar a una reunión a todas las instituciones que preparan profesionales de la salud y a otras instituciones, como la Asociación Médica, las aseguradoras y la Academia de Médicos Cirujanos. Esto podría llevar a la celebración de una plenaria en donde se formularán unas recomendaciones adicionales, a las cuales se le daría seguimiento. Como parte de este compromiso, nos proponemos celebrar un taller de dos días, enfocado en Cuidado Dirigido y Gerencia Médica durante el mes de octubre del presente año.

Dr. Luis Izquierdo Mora

Secretario de Salud
1985-1988



La industria de la salud está atravesando al presente momento por su cambio más drástico en la historia de la medicina. Este cambio ha sido provocado principalmente por:

1. la globalización de la economía
2. la feroz competencia
3. la implantación de la actual reforma de salud del Gobierno de Puerto Rico

Entendemos que el proceso actual de la reforma de salud no tiene marcha atrás, es irreversible en forma de derechos adquiridos por parte de los pacientes y que es hora de invertir esfuerzos dirigidos a convivir dentro del sistema de la mejor manera posible, en vez de lamentarnos del mismo.

El sistema y el estilo de prestación de los servicios de salud cambió y ahora el médico además de manejar asuntos clínicos, maneja asuntos propiamente de negocios dentro de la industria de la salud para lo cual no fuimos adiestrados y que sobre la marcha hemos ido aprendiendo poco a poco.

Obviamente, la actual reforma de salud necesita ajustes y la búsqueda de nuevas modalidades y estilos en la prestación de los servicios de salud en beneficio del que representa la razón de nuestro ser: el paciente.

Señalaba muy atinadamente nuestro Profesor, el doctor Mario R. García Palmieri, y cito: “Al dejar el Departamento de Salud de operar instituciones de servicios médicos a pacientes, la Escuela de Medicina ya no cuenta con muchos centros de salud ni con los Hospitales Universitarios de Mayagüez, Ponce y Caguas como centros importantes de enseñanza. Aún no está claro cómo funcionarán los Hospitales Universitarios de Adultos y de Niños ni cómo se operarán los mismos ni cómo será el financiamiento de éstos ni cómo será su sistema de referido de pacientes dentro de la reforma de salud. Esto representa un nubarrón sobre el futuro de los programas de residencias hasta ahora esenciales para formar los especialistas que Puerto Rico necesita, lo que amerita atención urgente por las autoridades gubernamentales y los encargados de proveer los recursos económicos para la operación de los Hospitales Universitarios.”

Entendemos que el compromiso del Gobierno de Puerto Rico con el desarrollo de los recursos humanos de salud que Puerto Rico necesita es uno de naturaleza que emana de la Constitución del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de 1952. razón por la cual este es uno insoslayable, total y absoluto. Puerto Rico no puede darse, bajo ninguna circunstancia, el lujo de perder sus programas acreditados de estudio pre-grado y post-grado.

Partiendo de la base que el Fondo General de la Universidad de Puerto Rico subsidia y garantiza todo lo relacionado con la docencia de los estudiantes de medicina, veamos lo que está ocurriendo...

Se ha estado planteando y discutiendo en varios foros sobre el futuro de los programas académicos acreditados — pre-grado, residencia y post-grado—sobre su necesidad, calidad y financiamiento de cara a la actual reforma de salud y al nuevo milenio.

Ante la incertidumbre que existe sobre el desarrollo y sobrevivencia de los programas de educación, proponemos lo siguiente:

1. Crear por ley un fondo y una administración para garantizar y asegurar los programas de la educación médica pre y post-grado que se nutriría de fondos recurrentes provenientes de las arcas:
 - a. estatales
 - b. federales
 - c. de la industria farmacéutica
 - d. compañías de seguros de salud
 - e. arbitrios sobre los espíritus destilados
 - f. arbitrios sobre el tabaco
 - g. los contratantes y/o los compradores de las facilidades de salud (estos deberán garantizar la acreditación de los programas de adiestramiento como base para la permanencia en esa facilidad de salud)
 - h. otros donativos libres de contribución sobre ingresos.
2. Desarrollo y ampliación por ley de los Centros Médicos Académicos en unión a las cuatro Escuelas de Medicina existentes en nuestra Isla.
3. Desarrollo por ley de un Instituto de Educación Médica para implementar las recomendaciones anteriores.
4. Utilizar el antiguo y remodelado edificio de la Escuela de Medicina Tropical, propiedad de la Universidad de Puerto Rico, ubicado en Puerta de Tierra, para este noble propósito.

5. El estudio, desarrollo e implementación de medidas para conseguir y retener pacientes en los Centros Académicos evitando la aplicación de la Regla del 2 x 9.

Hilemos finito y rememos todos en la misma dirección

para evitar la emigración de médicos jóvenes que desean especializarse y subspecializarse en Puerto Rico para evitar de esa forma consecuencias catastróficas para nuestra patria.

Dr. Jaime Rivera Dueño

Secretario de Salud
1974-1984



Se ha reconocido que toda persona tiene derecho a gozar de buena salud. Para alcanzar esa meta el estado tiene que comprometerse a asegurar que todos los elementos que conduzcan a hacer realidad ese derecho estén disponibles, estén accesibles, sean de calidad y que la capacidad de los profesionales a cargo sea meticulosamente probada

para permitirles practicar libremente.

Para lograr todo esto, el Gobierno ha establecido una serie de estructuras y leyes que se supone permitan lograr lo deseado. En el caso de uno de esos elementos, los recursos humanos en salud, podríamos decir que todo comienza con la formación primaria y secundaria de potenciales candidatos y se materializa con la enseñanza formal de cada profesión a nivel universitario. Una vez formado ese profesional, el Estado exige que este sea evaluado por sus *peers* mediante exámenes, para determinar sus capacidades y saber si es merecedor de una licencia que le permita la libre práctica de su profesión. Posteriormente el mismo Estado exige que ese profesional se mantenga al día a lo largo de su vida activa a través de educación continuada.

Ahora bien, en cuanto a estructura y leyes en papel todo esto suena perfecto. Pero veamos solo algunos pequeños detalles que inciden en realmente alcanzar lo deseado en la formación de esos recursos humanos.

Existen unas estructuras que velan por la calidad y el contenido de los currículos para instituciones primarias y secundarias tanto a nivel público como privado. Se espera que estos estudiantes al terminar su secundaria, puedan demostrar capacidades en matemáticas, inglés y español. Sin embargo, los resultados de pruebas estandarizadas en un gran porcentaje de los casos demuestran limitaciones crasas.

Con esas limitaciones muchos de esos estudiantes entran a niveles universitarios. Aquí se exponen a currículos diseñados para prepararlos para sus futuras carreras, pero en la mayoría de estos, tal parece que el énfasis es a la enseñanza mediante el mecanismo clásico de conferencias y a medir al estudiante utilizando exámenes que lo más que prueban es el factor memoria.

Esto, unido a las limitaciones que arrastran, impide que un buen porcentaje de estudiantes, aún con buenos promedios, puedan destacarse en exámenes de aptitud pre-profesión. Sencillamente no parecen estar preparados para tomar exámenes que han sido diseñados en base a análisis más que en memoria. Como resultado, potenciales buenos estudiantes, se ven impedidos de ser admitidos a escuelas post-graduadas.

Por otro lado, tal parece haber cierta deficiencia en la formación de varios profesionales a nivel de bachillerato y/o maestría en varias escuelas. Un buen ejemplo de esto, donde parece haber un buen consenso, lo es el área de enfermería graduada. La experiencia de un buen número de hospitales y médicos es que durante los últimos tiempos este personal parece egresarse con muchos conocimientos técnico-académicos pero con grandes limitaciones en los aspectos prácticos de manejo del paciente. Una ligera encuesta entre ejecutivos de hospitales, jefes de enfermeras y médicos revela consistentemente una gran preocupación de estos con el producto recién egresado de esas escuelas que se están reclutando. Muchos expresan que tienen que invertir tiempo y dinero para poderles utilizar libremente. Una directora de enfermería de un hospital en San Juan nos dijo: "hemos tenido que establecer un programa de enseñanza en el manejo práctico de pacientes, para dotarlas de las destrezas básicas que carecen". Esta situación, aunque quizás no tan dramática, parece ocurrir en otras profesiones. Mucha teoría y poca práctica.

Todo esto nos lleva al tuetano del tema en discusión: ¿Cuál debe ser el compromiso del Gobierno con el desarrollo de los recursos humanos de salud que Puerto Rico necesita?

Basados en lo expuesto anteriormente, el compromiso del Gobierno debiera comenzar por fortalecer, reorientando o cambiando, el énfasis curricular existente a nivel de primaria y secundaria. Hay que introducir nuevas modalidades de enseñanza que permita a potenciales candidatos agilizar sus capacidades retándolos intelectualmente. Para lograr esto hay que fortalecer las áreas básicas de matemáticas y lenguaje.

Una vez llegamos a nivel universitario debe ser la responsabilidad del gobierno el proveer recursos suficientes a las agencias educativas encargadas de supervisión y de licenciamiento, para que puedan tener el mejor personal posible y en cantidad suficiente para que puedan llevar a cabo sus funciones con la regularidad

y profundidad que se requiere. A esas agencias se les debe exigir el mantenerse al día en cuanto a los cambios que están ocurriendo en la práctica de estas profesiones para que a su vez lo exijan a los responsables de desarrollar los respectivos currículos tanto a nivel público como privado. Hay que partir del hecho que prácticamente todas las profesiones de la salud están practicando en un nuevo entorno, un juego nuevo con nuevas reglas. No podemos seguir tratando de resolver problemas nuevos con soluciones o currículos viejos. Tenemos que proveer para que los estudiantes sean retados en su capacidad intelectual de análisis, en vez de su capacidad para memorizar.

En cuanto a la profesión médica, el momento histórico o de transición que estamos viviendo requiere de una atención especial. Habiendo sido el Gobierno el principal modificador del sistema de prestación de servicios, entiendo le corresponde a este más que a nadie el comprometerse en proveer soluciones a los problemas surgidos para estabilizar los servicios y a su vez para asegurar el éxito de todas las cosas buenas que podrían surgir de los cambios introducidos. El éxito de todos los cambios introducidos, no tengo la menor duda, ubica en los hombros de los diferente recursos humanos o profesionales de salud envueltos.

La reforma de salud ha creado varias situaciones que requieren atención inmediata, entre otras: formación de un nuevo tipo de médico con orientación a la prevención y a los servicios primarios; necesidad de saber cuales son las especialidades a ser más necesarias para la implantación del nuevo enfoque, al igual que cuales son las menos necesarias y hacer los ajustes correspondientes; resolver el problema creado con la disminución de hospitales de enseñanza y el requerimiento de un médico a hacer un año de internado, para además de la reválida, poder obtener una licencia para la práctica de su profesión.

En cuanto a la formación del médico en áreas de prevención y prestación de servicios primarios creo esto es fundamental, irrespectivo de que escuelas en particular tengan una visión de formación de estudiantes en áreas más especializadas. El complejo sistema que vivimos hoy día requiere que todos los que participen de él, incluyendo los subespecialistas, lo entiendan y creen conciencia de su razón de ser. No hacerlo, ante su complejidad y alto costo, podría contribuir a más presiones que podrían convertirse en leyes más estrictas.

Para evitar todo esto, las agencias acreditadoras de Escuelas de Medicina deben exigir cambios curriculares que reflejen estas nuevas tendencias.

Por otro lado, es imperativo tener un estudio al día sobre

las necesidades de especialistas en Puerto Rico. Esto permitirá hacer énfasis en la formación de aquellos especialistas que realmente necesitamos y disminuir los esfuerzos en aquellos que no son de necesidad crítica.

Toda vez que a través de las últimas décadas el Gobierno ha sido el principal proveedor de oportunidades para hacer un internado o una residencia, reducir dramáticamente esas oportunidades crea un disloque de mayores proporciones. Los nuevos dueños de las facilidades hospitalarias que pertenecían al Gobierno y que eran base de adiestramiento no necesariamente están interesados en continuar esos programas. Esto ha creado una disminución en las plazas disponibles para residencias e inestabilidad en la administración de los programas que aún persisten.

Esta situación exige una pronta y completa acción donde se considere definir todas las residencias que se necesitan, el financiamiento de las mismas, la disponibilidad de recursos para pagar a los residentes y el respaldo para mantenerlas debidamente acreditadas.

En cuanto a los internados, si el estado exige un año de esa experiencia para, junto a la aprobación de la reválida, otorgar una licencia, entonces el estado tiene que asegurarse que exista lo requerido para poder cumplir con lo exigido. La casi total eliminación de los talleres para internados criollos ha dejado cientos de potenciales médicos sin oportunidad de poder cumplir con ese requisito. Creo que es responsabilidad del Gobierno facilitar esta experiencia. A esos efectos debieran asegurar que más hospitales, incluyendo privados, se interesen por estos internados y proveer los recursos para pagarles sus pasantías.

Igualmente el Estado (Departamento de Salud) debiera asegurar que esa experiencia sea rica en todo aquello que prepararía a esos médicos para la reforma de Salud, o sea énfasis en lo primario y preventivo.

Finalmente, el compromiso del gobierno para con la calidad de los recursos humanos de salud tiene que incluir el proveer los recursos económicos requeridos para fortalecer todas las actividades de licenciatura y la monitoría de esos profesionales. Al presente esas oficinas o agencias carecen de elementos vitales para poder llevar a cabo sus funciones: escaso personal y sistemas de información casi inexistentes u obsoletos. Todo esto resultando en un pobre rendimiento y retrasos en la culminación de los procesos administrativos.

El compromiso sincero y decidido del Gobierno en todas estas áreas permitirá el honrar el derecho a la salud del pueblo.

Dr. Enrique Vázquez Quintana

Secretario de Salud

enero a septiembre de 1993



Todo ciudadano tiene el derecho a recibir el mejor tratamiento médico disponible en la comunidad donde reside. La medicina es un bien social y común, por tanto el tratamiento médico debe estar a la disposición de todos los ciudadanos. Un pueblo saludable es un pueblo productivo y feliz.

Para que haya unos servicios médicos de excelencia, el gobierno debe colaborar en la educación de los profesionales de la salud. Por tradición, en el pasado el gobierno de Puerto Rico participó directamente en la educación de enfermeras, médicos y otro personal aliado a la salud. La prestación de servicios de salud está íntimamente ligado a la educación.

Existían en los hospitales de distrito diferentes programas de educación para los profesionales de la salud. Allí se prepararon enfermeras y tecnólogos médicos y se adiestraron una gran cantidad de médicos en las distintas especialidades médicas que ofrecen sus servicios al presente tanto a la clase pudiente como a los médico-indigentes.

El sistema de regionalización de la salud en Puerto Rico, establecido en la década del 1950, propició el que se llevara a cabo la educación en todas las disciplinas de los profesionales de la salud. Este sistema llevaba integrado el racionamiento de los servicios y la mejor utilización de los limitados recursos económicos de nuestro país. Los pacientes eran referidos del Centro de Salud y Tratamiento, o Centro de Salud Familiar, al Hospital de Area basado estrictamente en su condición médica y no en consideraciones económicas. Es interesante señalar que el sistema anterior, con todos los posibles defectos que tenía, siempre favorecía al paciente. Quizás algunos de ustedes recuerden que el doctor Guillermo Arbona realizó un experimento que fue sencillo, pero al mismo tiempo produjo un resultado muy interesante. Por un tiempo utilizó enfermeras graduadas con experiencia en lugar de médicos en los centros de salud primarios y el sistema continuó funcionando igual.

Hasta antes de que comenzara la Reforma de Salud existieron en Puerto Rico varios Centros de Salud Familiar que eran considerados como modelos en la prestación de servicios médicos a la comunidad. Los pacientes

provenientes de los diferentes barrios del pueblo en cuestión recibían el tratamiento y la prevención que ofrecían grupos multidisciplinarios que incluían médicos, enfermeras, dietistas, planificadores familiares, trabajadores sociales, al igual que los servicios de farmacia: todo en un mismo lugar. Estos centros eran visitados por estudiantes de medicina y por administradores de servicios de salud de otros países y de instituciones tan prestigiosas como la Universidad de Harvard. ¿Era esto una quimera, una fantasía o una ilusión? Algunos de esos centros aún están funcionando, pero con manejo dirigido y, debido a lo limitado de los recursos, no pueden cubrir todos los servicios médicos que cubre la tarjeta de salud.

La filosofía de cualquier sistema de prestación de servicios de salud debe estar basada en el principio de que todos los seres humanos somos iguales ante Dios y ante la ley. El problema es que ningún país del mundo, ni los Estados Unidos de Norteamérica, el país más rico y democrático del mundo y al cual utilizamos como modelo para mejorar nuestra condición económica, de salud, de educación y otros aspectos, ha podido ofrecer servicios de salud equitativos y justos para toda su población.

Los gobiernos de muchos países están insatisfechos con los servicios de salud que le ofrecen a sus ciudadanos. Pero en la mayoría de los países europeos y de hispanoamérica existen sistemas duales, uno para los pobres y otro para los ricos. El mero hecho de que el servicio sea provisto por el estado no tiene que necesariamente catalogarse o considerarse como de inferior calidad. España, por ejemplo tiene un sistema de salud público de excelencia.

En los Estados Unidos no ha existido ni existe un sistema de prestación de servicios de salud uniforme. En Puerto Rico teníamos un sistema de salud dual: uno para los pobres y otro para la población solvente económicamente. Este sistema proveía acceso para la población médico-indigente y aún para los pacientes con planes médicos privados con cubierta incompleta o condiciones catastróficas.

El sistema de servicios de salud de cualquier país para que sea justo y equitativo debe tener las siguientes características:

1. acceso universal
2. acceso a un nivel adecuado de servicios
3. acceso sin dificultades o problemas excesivos
4. aceptable por los pacientes y los proveedores

5. portátil
6. integrado
7. comprensivo, de gran alcance
8. distribución equitativa de la carga de racionar los servicios
9. incentivo o capacidad de mejorar hacia un sistema más justo
10. educación y adiestramiento de un número adecuado de proveedores de servicio de salud.
11. investigación biomédica de calidad
12. investigación biomédica en cuanto a costos.

A las compañías de manejo dirigido no les interesa la educación de estudiantes de medicina, ni el adiestramiento de los residentes, ni la investigación médica. Su finalidad es generar más y más ganancias para distribuirlas entre sus accionistas. Las compañías aseguradoras se han dedicado a manejar todos los adelantos que han ocurrido en la medicina durante los últimos 50 ó 60 años, tales como: alto número de médicos, tanto primarios como especialistas, un número adecuado de camas hospitalarias, tratamientos especializados, trasplante de órganos, antibióticos, hiperalimentación, nueva tecnología, etc. Algunos cínicos, pero que poseen buena salud mental, han dicho que lo que se maneja es el costo y no el tratamiento.

El concepto de manejo dirigido basado en la capitación es inmoral, no ético y demagógico. Interpone el dinero entre el paciente y el médico y crea un conflicto ético-moral insalvable. El concepto de portero médico (*gatekeeper*) es moralmente dudoso, porque crea un conflicto entre las responsabilidades del médico como defensor del paciente con la responsabilidad de ser el guardián de los recursos de la compañía aseguradora.

A la reforma de salud se le puede aplicar la Ley de Powell—que dice, “la demanda potencial de tratamientos médicos que son gratuitos desde sus comienzos se convierte en algo insaciable”.

El racionamiento de servicios médicos es inevitable bajo cualquier sistema de salud. La diferencia es quién o cómo se racionan los servicios. En el sistema anterior, el racionamiento lo hacían los políticos al asignar el presupuesto de salud y el Secretario de Salud al distribuirlo por las diferentes regiones de salud. En el sistema actual, los políticos rehuendo su responsabilidad han traspasado el racionamiento de los servicios a los médicos primarios.

La educación médica ha sido impactada negativamente por la reforma de salud. No sólo se han afectado los programas de residencias médicas de los hospitales de distrito sino también los programas de residencia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico. Es sorprendente el silencio de los líderes en educación médica y de los funcionarios a cargo de implantar la

reforma de salud. El Recinto de Ciencias Médicas deberá definir el complemento de facultativos que necesita para educar a los estudiantes de medicina y residentes en adiestramiento y asegurarles el pago de sus servicios de una fuente segura. Esa facultad no puede estar sujeta a los vaivenes políticos y de cambio en la política pública del gobierno de turno.

Se anticipa que, como ha ocurrido en los Estados Unidos, tendremos un exceso de especialistas. Las facultades universitarias tendrán menos pacientes, trabajarán más horas y sus pagos serán menores. Y lo que es seguro, las compañías de manejo dirigido no vendrán al rescate.

Las compañías de manejo dirigido están ahora incursionando en América del Sur. Esperan manejar los fondos destinados a la salud pública en Argentina, Chile, Brazil, Colombia y Ecuador, según aparece en un artículo en el *New England Journal of Medicine* del 8 de abril de 1999, titulado “*The exportation of managed care to Latin America*”. Es curioso que una de las compañías, Exxel, está incorporada en Gran Caimán, por lo que no informa sus ganancias ni paga contribuciones en los Estados Unidos. Esto demuestra lo que es el capitalismo deshumanizante.

Nuestra Constitución garantiza la educación hasta el nivel secundario. Tenemos una Universidad del Estado que ofrece educación con pagos de matrícula relativamente bajos. Aunque la Constitución no garantiza el derecho a los servicios médicos, nuestro gobierno siempre se ha ocupado de proveerle tratamiento a la población pobre de nuestro país.

De igual forma, debe haber un compromiso moral y real de ayudar a financiar y proveer los talleres de enseñanza para los estudiantes de medicina, residentes en adiestramiento y demás personal aliado a la salud. Si no lo hacemos, observaremos el deterioro en la calidad de los servicios médicos en Puerto Rico.

Desde mi punto de vista, aunque la Reforma de Salud llegue a funcionar excelentemente, no puede permitirse que se perjudiquen los programas de educación a estudiantes de medicina, residentes en adiestramiento y proyectos de investigación básica y clínica.

Lo que es una realidad no comprendida ni verbalizada por los políticos, y menos aún por los académicos, es el hecho de que la actual Reforma de Salud no ofrece incentivo alguno para salir de la pobreza. El brindar todos los servicios gratuitamente elimina todo intento o interés por educarse y trabajar para salir de la pobreza y eliminar la dependencia económica del gobierno. Debe estar claro que los trabajadores que aportan al erario público son los que financian todos los programas de beneficencia pública. El paternalismo excesivo perpetúa la pobreza y la dependencia.

SEGUNDA PREGUNTA

¿ Como Manejar la Calidad y Lograr la Excelencia en los Servicios de Salud, Incluyendo la Evaluacion de los Servicios como Instrumento para Mejorar?

Dra. Carmen Feliciano de Melecio

Secretaria de Salud

Jueves, 14 de junio de 2000

La Reforma del Sector Salud en Puerto Rico es un proceso orientado a introducir cambios fundamentales en diferentes componentes del sector salud, sus relaciones y funciones, con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficacia de su gestión y la efectividad de los servicios para la satisfacción de las necesidades de la población. El objetivo final es contribuir a mejorar las condiciones de vida y salud de la población, reduciendo las desigualdades y mejorando la atención.

Es evidente que el Proceso de Reforma del Sector Salud conlleva la implantación de Programas de Garantía de Calidad, toda vez que ello, permite el logro de cuatro objetivos importantes de los sistemas de salud en la actualidad:

1. eficacia (resultados)
2. eficiencia (contención de costos)
3. disminución de las inequidades
4. satisfacción del usuario

A su vez, la calidad y la excelencia de los servicios de salud, deben ser evaluados tomando en consideración el logro de los siguientes principios (1):

1. El mejoramiento de la calidad de la atención médica, la calidad del cuidado médico y la productividad están firmemente establecidos entre los objetivos de la Reforma de Salud de Puerto Rico.
2. La atención de la salud de calidad consiste en servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario.
3. La adecuación e interrelación de enfoques internos y externos y la participación de los diversos actores (administradores, personal de cuidado directo, usuarios y comunidad en general).

4. El mejoramiento continuo de la calidad ubica al recurso humano en un lugar central e insustituible lo que obliga a asumir responsabilidades importantes como son¹:

- Responder a la confianza que se depositan en ellos
- Mantener su nivel de competencia profesional y el uso del método científico para enfocar los problemas de salud.

Los requisitos esenciales para lograr esa mejora continua se basan en competencias básicas, como saber qué hacer, medir lo que se está haciendo y actuar en consecuencia.

Autores en el campo de la evaluación de la calidad del cuidado médico enfatizan prestarle más atención a las estrategias para mejorar la calidad que las estrategias de cómo medir calidad. Tres aspectos del cuidado médico que tenemos que considerar para mejorar la calidad son los siguientes (2):

- Componente interpersonal-cuán receptivo, sensible y atento es el profesional de la salud cuando interacciona con el paciente
- Amenidades-cuán atractivo, confortable y privado son las facilidades donde se prestan el cuidado médico
- Calidad técnica-cuán bien la ciencia y el conocimiento médico se aplican al diagnóstico y tratamiento de la condición presentada por el paciente.

Los esfuerzos para mejorar la calidad es más que identificar deficiencias y llevar a cabo acciones remediales.

La calidad está determinada por lo menos por aquéllos que prestan el servicio y cómo el medioambiente donde

1. Recursos Humanos: Un Factor Crítico de la Reforma Sectorial Reunión Regional-San José, Costa Rica 3-5 diciembre de 1997 División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud.

2. Donabedian Avedis: Quality Assessment and Assurance:Unity of Purpose, Diversity of Means, Inquiry: Volumen 25, No.1, Spring 1988

estos proveedores funcionan está estructurado. El balance entre los beneficios de salud y los daños es la esencia medular de una definición de calidad².

Un aspecto importante en mejorar la calidad del cuidado médico es cuán exitoso seremos en cambiar o mejorar los patrones de práctica de los médicos y los profesionales aliados a la salud. Cualquier esfuerzo para mejorar estos patrones será más aceptable si está dirigido, tanto en aspectos de costos como de calidad.

Al clasificar los estudios de calidad, debemos evaluar:

Estructura- las cualificaciones, certificaciones y atributos similares de los recursos humanos en el sistema de salud.

Procesos- las actividades de los médicos y otros profesionales concernidos en el cuidado médico.

Los estudios de estructura y proceso del cuidado médico son importantes si prueban que mejoran los resultados del cuidado médico.

El logro de la excelencia de los servicios de salud a través de la Reforma de Salud de Puerto Rico es un proceso continuo de evaluación y reestructuración con el cual se pretende medir la transformación del sector salud en Puerto Rico. Los estudios realizados han demostrado consistentemente el alto grado de satisfacción de la clientela y los beneficios para todos los sectores. Este año en alianza con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizaremos el estudio del Perfil de los Sistemas de Salud de Puerto Rico.

A continuación, presentamos los sistemas de vigilancia y las actividades de evaluación que se han llevado a cabo o están en proceso sobre la Reforma de Salud:

- QUIPRO-Evaluación de la Adecuación del Tratamiento por Diagnóstico.
- Custom Research-Evaluación de la Satisfacción del Cliente.
- Actividad de la Sección de Probene recibe observaciones y/o querellas de proveedores y beneficiarios y los refiere para investigación y solución.
- Advantage Business Consulting del Sr. Vicente Feliciano-Evaluación de Reforma Región de Fajardo y Guayama.
- Estudios Técnicos Oct/99-Evaluación Comprensiva de la Reforma de Salud incluyendo encuesta a usuarios isla, habitantes de San Juan, proveedores, análisis fiscal y de resultados.
- SARAFS-Evaluación por Ley 101 de proveedores, excepto médicos y dentistas.
- Evaluación Continua de Salud-Departamento de Salud:
 - a. Fortalecimiento Registro Demográfico-nuevos datos

- b. Sistema Central de Informática(ODSI)
- c. Creación Secretaría de Planificación, Evaluación, Estadísticas y Sistemas de Informática
- d. Muestra Básica-está en proceso. Se aplicarán 20,000 cuestionarios y se tendrán datos por municipio, seguro médico,etc...
- e. Behavioral Risk Factor Surveillance System(BRFSS)- nos ofrece datos sobre factores de riesgos, estado de salud y acceso a servicios
- f. Sistema de Vigilancia SIDA/ ETS
- g. Sistema Seguimiento Vacunación
- h. Sistema Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Infantil (SIVEMI)
- i. Vigilancia Defectos Congénitos
- j. Vigilancia Enfermedades Crónicas (asma, diabetes)

- Evaluación por Heidi Calero-Colegio de Médicos y Cirujanos
- División de Fraude y Abuso en el Departamento de Salud en conjunto con el Task Force del FBI,DEA,FDA y Fiscalía Federal
- Evaluación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Evaluación de la Oficina de Gerencia y Presupuesto, División de Auditoría Operacional-C.P.A. Wilma N. Miranda
- TEM-Evaluación de Prácticas Médicas
- En alianza con la OPS, CDC y el Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud definiremos las funciones esenciales de salud pública en el Departamento de Salud utilizando el instrumento para la medición de las funciones esenciales de salud, en su versión preliminar, preparado por estos organismos.

No debemos olvidar el aspecto legislativo, que establece regulaciones con fuerza de ley para lograr la calidad y la excelencia en los servicios de salud. Se han creado por iniciativa del Gobernador de Puerto Rico, Hon. Pedro Rosselló González, dos piezas legislativas claves que sentarán pautas en nuestra historia, las cuales están en diferentes etapas de evaluación por la Legislatura.

1. *Ley de Salud Mental*

- Establece un nivel de cuidado de mayor autonomía a mayor intensidad
- Clasifica los trastornos relacionados a las sustancias y trastornos co-mórbidos, haciendo uso del DSM-IV
- Establece las Cartas de Derechos de los Adultos y Menores con Trastornos Mentales
- Establece un Sistema Colaborativo Interagencial,

comunitario y entidades con y sin fines de lucro

- Crea las OOCA's (Oficina de Orientación y Coordinación de ASSMCA) que son un mecanismo de enlace entre el paciente mental, la red de proveedores y las agencias de servicios.

2. *La Carta de Derechos del Paciente*. Aprobada como el P. del S. 1871 el 30 de mayo de 2000. Garantiza el derecho de :

- Recibir servicios de la más alta calidad
- Respeto y trato igual al recibir servicios de salud
- Recibir información confiable sobre los servicios dados
- Participación en las decisiones sobre salud y tratamiento
- Acceso a servicios y facilidades de emergencia
- Continuación de los servicios, si meritorio
- Una infraestructura adecuada con servicios de calidad
- Confidencialidad de identidad y datos ofrecidos
- Acceso rápido a expedientes y récords médicos
- No restricción de comunicación si está en una instalación de salud
- Proceso de querrela por infracciones a la Carta de Derechos

En todo proceso tiene un rol vital las asociaciones profesionales y juntas examinadoras. Son los llamados a

establecer pautas y velar por la práctica de las profesiones de acuerdo a la ética y las leyes. Menciono como ejemplo el Tribunal Examinador de Médicos, organismo que tiene la responsabilidad legal de detectar e investigar los casos de impericia médica o de práctica en contra de los cánones de la profesión.

Por último, quiero traer las iniciativas conocidas bajo el nombre de *Healthy People 2000* y *Healthy People 2001*. Actualmente estamos en una etapa avanzada de evaluar el nivel de logros de Puerto Rico relacionándose a los objetivos del año 2000. También trabajamos para establecer nuestros objetivos del año 2001. Este será un documento esencial, para todos los que nos desempeñamos en el campo de la salud. Nos servirá de guía para evaluar dónde estamos y hacia dónde nos debemos dirigir en conseguir la meta de SALUD PARA TODOS EN EL SIGLO XXI.

Concluyo recordándoles a todos que la calidad y la excelencia en los servicios de salud es una meta de la academia, el gobierno, la empresa privada y la ciudadanía. Es responsabilidad de cada cual en sus diversos roles velar por el logro de esa meta y, en el desempeño de nuestras responsabilidades, ser continuos evaluadores y agentes de cambio. Los invito a todos que acepten el reto con altura de espíritu y valentía como puertorriqueños y hermanos todos.

Dr. Jaime Rivera Dueño
Secretario de Salud
1974-1984

Calidad y excelencia son dos términos que expresan lo máximo en atributos sobre algo, ya sea un talento, una obra o un servicio, entre otros. Naturalmente existen varias formas o criterios para medir el grado de calidad o excelencia.

En el caso de servicios de salud creo existen por lo menos tres dimensiones diferentes que contribuyen a definir los parámetros para establecer calidad y excelencia. Una es la que mide el grado de corrección, eficiencia y éxito en el proceso de diagnosticar, tratar y rehabilitar una condición de salud. Este suele ser el parámetro casi único que se utiliza al hablar de excelencia en la prestación de servicios de salud. Sin embargo, entiendo que existe otra dimensión que de añadirse a la anterior le da una profundidad al concepto. Me refiero a elementos a veces subjetivos, a veces emocionales que aparentan no estar atados a los problemas físicos con los cuales lidiamos a diario. La primera dimensión la podríamos llamar bio-médica, la segunda sicosocial.

A estas dos dimensiones tendrían que añadirle una tercera, sobre todo en estos momentos que estamos viviendo; el concepto que trasciende lo bio-sicosocial y que por siglos hemos llamado ética.

Son estas tres dimensiones las que a mi modo de ver, forman el entero, el todo, de lo que debe ser considerado al determinar lo que son servicios de salud de excelencia.

Desde mi punto de vista la contestación a la pregunta que se nos plantea en este segundo tema, reside sustancialmente en lo expresado en el primer tema.

Me explico: si mejoramos la formación general de nuestros estudiantes de primaria y secundaria, tendremos mejores candidatos para ingresar a las diversas profesiones de la salud. Si las Universidades en sus currículos estimulan la capacidad de análisis de los estudiantes, sobre el arcaico método de la memoria, mejoraríamos aún más la calidad del futuro profesional.

Si a todo esto, en la formación de profesionales, en la etapa de maestría y doctorado, además de lo académico relacionado a la patología y el tratamiento médico, inculcamos seria y efectivamente, aspectos éticos, preventivos y sicosociales, estaríamos contribuyendo, a lograr un mejor grado de excelencia en los servicios de salud.

Como creo que el gran énfasis cuando hablamos de calidad y excelencia se le da a lo bio-médico, dedicaré esta oportunidad a destacar la necesidad que tenemos de darle tiempo igual a lo sico-social. No hacerlo, para mí, es seguir botando dinero y energía, pues tarde o temprano en un gran porcentaje de los casos, lo resuelto con el enfoque biomédico se va al suelo cuando el paciente regresa a su entorno o realidad social con impactos psicológicos detrimentales.

A esos efectos, enfocaré mi ponencia desde una perspectiva más amplia destacando la ética, lo preventivo y lo sico-social como elementos vitales de un entero para mejorar la calidad de los servicios y aspirar a su excelencia.

En un mundo tan cambiante como el que estamos viviendo, donde cada quien establece sus propios valores en respuesta a sus propios intereses y donde los adelantos tecnológicos y farmacéuticos avanzan tan vertiginosamente, tal parece que como profesionales de la salud dejamos al paciente atrás y nos empeñamos en imponer nuestros conocimientos dentro del marco de la conveniencia de nuestros intereses. Esta actitud, en un buen porcentaje de los casos, choca con principios, a veces elementales, de eso que llamamos ética.

Desde tiempo inmemorial los grandes pensadores han reconocido la necesidad de contar con un código de ética que guíe nuestras acciones, tomando en consideración el bien común, la pureza de los procedimientos y el bienestar pleno de todos los que puedan afectarse por nuestras acciones.

En varios momentos de la historia se ha sido bien celoso con este concepto y sus resultados se han dejado sentir. Pero siempre que entramos a un momento histórico de transición intentamos liberarnos de las guías o controles que nos rigen y caemos en un período que en algunos casos ha rayado en libertinaje. Como resultado todo lo establecido se tambalea y cada quien trata de proceder por la libre, creando confusión y hasta desosiego.

Creo que en la práctica médica estamos atravesando por ese momento. Esto, no tengo la menor duda, está ya afectando la percepción que de nosotros tiene nuestro pueblo. Querámoslo o no, se nos percibe como fríos,

arrogantes, comerciantes, interesados solo en el dinero y hasta faltos de compasión.

Creo que estamos a tiempo para asumir un rol de liderato y comenzar a restablecer los cimientos éticos que han sido resquebrajados y solidificarlos con su enseñanza y nuestro modelaje.

En cuanto a prevención, aunque se han introducido varios esfuerzos para incorporarla en la mentalidad médica. La realidad es que lo que se ha logrado hasta ahora no es suficiente; la inmensa mayoría de los médicos siguen siendo adiestrados predominantemente en lo curativo. La enseñanza del aspecto preventivo en la salud se limita a ciertas conferencias en ciertos departamentos específicos. Esto contrasta grandemente con el modelo de sistema de salud que se está tratando de implantar, donde la prevención juega un rol estelar. El resultado: grupos de médicos, sobre todo primarios, con limitaciones de conocimientos en áreas de prevención, que les impide actuar individual y colectivamente para mantener la salud de su comunidad en buen estado.

La prevención es parte integral de ese gran entero de la salud que hemos venido hablando. Su implantación al máximo daría frutos de mejor salud colectiva e individual, a la vez que haría los servicios de salud más costo efectivos.

Por otro lado si deseamos dar un gran paso de calidad y excelencia tenemos que respaldar la enseñanza de lo sicosocial creando una nueva mentalidad médica. Si no lo hacemos y guiamos nuestros recursos hacia ello, seguiremos desperdiciando tiempo y esfuerzo sin alcanzar la excelencia plena.

La mayoría de nuestros problemas de patología física tienen su génesis en lo social y lo psicológico. Podemos tener servicios de calidad y excelencia para tratar un cáncer, un infarto, etc., pero de que vale si luego devolvemos esos pacientes al mismo ambiente de donde proceden sin siquiera averiguar cuan detrimental será para su recuperación.

Muchos dirán que eso no es responsabilidad nuestra como médicos, y se equivocan. Como médicos alcanzamos un gran nombre y respeto en el pasado por asumir el liderato, mediante investigación, diagnóstico y tratamiento y llevar a un nivel de calidad óptima los servicios de salud en el área de la medicina física o biológica. El impacto de lo logrado fue tan dramático y exitoso que llevamos esos servicios a un pico y nos cruzamos de brazos. "Qué buenos somos", nos repetimos a diario. Pero en realidad lo que hicimos, en la mayoría de los casos, fue simplemente remover y tratar la fachada del problema: lo bio-médico, destapando o exponiendo las verdaderas raíces del problema: lo sicosocial.

Pero eso no queremos tocarlo, nadie quiere tocarlo.

Nos hemos aferrado al concepto bio-médico de tal manera que se nos hace difícil aceptar o reconocer que las raíces en una inmensa mayoría de esos problemas son de naturaleza sico-social.

Y todos; los médicos, las escuelas de medicina, el Gobierno y sobre todo las aseguradoras, le hemos dado la espalda a esta situación, utilizando palabras huecas (*lip services*) y parchos. Esto ha hecho que la situación trascienda y hasta el mismo público se resiste a aceptar la realidad de esas raíces.

El resultado: una nueva patología. No la biológica que afectara la humanidad por siglos, las infecciosas; ni la bio-médica de las últimas décadas del siglo 20, las enfermedades crónicas, sino una de raíces profundas, que reside en lo sico-social, una que tiene sus bases en nuestros modernos estilos de vida y que se manifiesta principalmente en violencia, maltrato, estrés, obesidad, entre otras.

Hoy por hoy considero que la violencia en todas sus manifestaciones, es el primer problema de salud pública que nos afecta. La evidencia epidemiológica existente ubica la incidencia de este problema a todos los niveles: adultos, jóvenes, niños, ricos, pobres, en áreas rurales y en las urbanas, etc.

Esta realidad requiere que como líderes de la salud de un pueblo, hagamos investigaciones sico-sociales de este problema de salud, re-orientemos nuestros currículos para crear conciencia en nuestros estudiantes en formación, y desarrollemos los recursos humanos que se requieran debidamente adiestrados para enfrentar esta nueva epidemia.

No podemos permitir que siga sucediendo lo que ya ha pasado en varias ocasiones, como por ejemplo: llega un niño a sala de emergencias con un brazo roto, se le atiende excelentemente y con gran éxito se corrige la fractura. Se envía a la casa para regresar días más tarde muerto, como resultado de maltrato. Desde el punto de vista de la dimensión bio-médica la calidad del servicio ofrecido fue de excelencia. Sin embargo, el no prestarle la misma atención a lo sico-social resultó en una tragedia. Por lo tanto el balance final de los servicios que se le ofrecieron a estos niños no fue de calidad o excelencia. ¿Cuántos más tienen que morir para aprender la lección?

Quizás no tan dramáticamente, esta situación se repite a diario en el manejo de otros casos y en casi todas las especialidades. Pero, si no creamos conciencia en la formación de los profesionales de salud de la importancia de esos factores sico-sociales, jamás estarán en las mentes de ellos en momentos cruciales. Por lo menos si no podemos lidiar con el problema *per se*, debemos aprender a reconocerlo y a actuar debidamente.

Según el médico ha tenido que expandir en las últimas

décadas sus conocimientos a lo básico de inmunología y genética, también tiene que expandir esos conocimientos hacia los aspectos prácticos de lo sico-social.

Finalmente, en cuanto a lo de evaluación de los servicios como instrumento para mejorar, entiendo que esto es impostergable. Pero, para que esto pueda ocurrir en el mundo moderno y complejo que vivimos hoy, tenemos que orientar toda la estructura para que responda a esa meta. Esto significa definir claramente lo que se quiere evaluar, desarrollar el mecanismo que produzca la información que se requiere, recopilarla y analizarla en forma crítica y basado en los hechos concluir si existe o

no calidad en los servicios ofrecidos.

Este esfuerzo requiere destrezas técnicas y programáticas a todos los niveles, estadísticas al día y un buen sistema de información.

Evaluaciones continuas, toma de acciones en base a los hallazgos y seguimiento continuo proveerán razonablemente la garantía de que los servicios de salud podrían alcanzar un nivel alto de calidad y excelencia.

La excelencia en los servicios de salud se logra mezclando conocimientos en lo bio-médico, objetividad en lo ético y compasión en lo sico-social.

Dr. Enrique Vázquez Quintana

*Secretario de Salud
enero a septiembre de 1993*

La Reforma de Salud está basada en el concepto de manejo dirigido y capitación. Hay muchas maneras de evaluar la excelencia en los servicios de salud. La excelencia no se da en un vacío. Antes de llegar a tener servicios de salud excelentes, y que puedan ser catalogados como tal, debemos haber recorrido y superado otras situaciones que sin duda alguna inciden en la calidad de los servicios de salud.

Primeramente, la calidad del estudiantado admitido a una disciplina, en este caso en particular los estudiantes de medicina, debe ser superior. No sólo deben ser admitidos por un mejor índice académico sino por su actitudes humanas, de comportamiento y de la capacidad para trabajar en equipo con otros profesionales de la salud.

En segundo lugar, la facultad de la escuela de medicina debe gozar del reconocimiento de sus pares por su adiestramiento, experiencia clínica, experiencia educativa, investigación y publicaciones. Es ahí donde reside la autoridad que le adscriben los estudiantes y los residentes en adiestramiento a su facultad. Sólo así es que se acepta la autoridad de la facultad en los programas de adiestramiento. La relación educativa entre el estudiante y el profesor se verá afectada negativamente si no goza este último de la admiración de los primeros.

En tercer lugar, la institución debe contar con los recursos fiscales para compensar adecuadamente al complemento de facultad necesario para educar a un determinado número de estudiantes y residentes. No se puede depender de recursos externos que en innumerables ocasiones es incierto, creando un gran desasosiego e incertidumbre entre la facultad, estudiantes y residentes.

En cuarto término, la institución educativa al igual que las instituciones hospitalarias deben poseer las acreditaciones correspondientes tanto al nivel local como de los Estados Unidos. Los hospitales deberán contar con la tecnología necesaria para tratar adecuadamente a sus pacientes. Esto es una garantía de que la institución es poseedora de los recursos necesarios para la enseñanza de profesionales y para el tratamiento a los pacientes.

Los programas de residencias en las distintas especialidades deben a su vez estar acreditadas tanto a nivel local como nacional. Es por todos conocido que las agencias acreditadoras evalúan la calidad de la facultad, los recursos y el compromiso institucional para respaldar

esos programas y los resultados de los egresados del programa en los exámenes de las correspondientes juntas de especialidades.

Tanto los hospitales privados como los públicos privatizados deberán seleccionar a sus facultativos luego de un riguroso análisis de sus credenciales profesionales. De igual forma, la ejecutoria de esos profesionales debe ser evaluada periódicamente para garantizar que el servicio que se provee a los pacientes hospitalizados es de excelencia. Los programas de garantía de calidad institucionales son de gran ayuda para este proceso de evaluación entre los pares.

Los distintos departamentos deben realizar actividades de educación continua para que su facultad se mantenga al día en los últimos adelantos en su especialidad. Los directores de departamento deberán asegurarse de que los facultativos nuevos provean documentación de adiestramiento en nuevas tecnologías tales como procedimientos invasivos cardíacos, laparoscopia básica y avanzada, biopsias estereotáxicas del seno, reparación endoarterial de aneurismas abdominales, etc.

El estado también ejerce su función fiscalizadora al otorgarle la licencia a los profesionales de la salud luego de verificar la información requerida.

El Departamento de Salud deberá proveer las estadísticas vitales para poder evaluar en forma más abarcadora los resultados de la política pública adoptada por el gobierno.

Hago aquí un paréntesis para señalar que las estadísticas vitales de un pueblo se pueden afectar drásticamente en un corto período de tiempo. Cuando la Unión Soviética se desmembró y surgieron otros 15 países, en un período de cuatro años la longevidad de la mujer y del hombre ruso bajó cuatro años. De igual manera, la mortalidad infantil aumentó y comenzó a aumentar la criminalidad, los suicidios, la adicción a drogas, la violencia conyugal y otros problemas sociales.

A partir del establecimiento de todos estos programas, podemos proceder a evaluar la calidad de los servicios médicos.

En todos los hospitales se supone que se discutan mensualmente los casos de mortalidad y morbilidad. Los datos que se presentan y las minutas de esas reuniones son confidenciales y no pueden ser utilizados como

evidencia en casos de impericia profesional que resulte del manejo de los pacientes discutidos.

Bajo el sistema de manejo dirigido se hace extremadamente difícil evaluar la calidad de los servicios. Esto obedece al hecho de que puede haber una gran variabilidad en la forma que los distintos grupos médicos ofrecen sus servicios. Las compañías de manejo dirigido que han colocado los servicios médicos como una nueva utilidad sólo conducen estudios de satisfacción entre los usuarios del plan médico. Pero es por todos conocido que un alto grado de satisfacción no equivale a un servicio de excelencia.

El sistema actual no favorece al paciente; como cuestión de hecho, en muchas ocasiones lo perjudica. El sistema premia al médico que racionaliza los servicios y penaliza a los médicos honestos que brindan sus servicios correctamente. Solamente sobreviven los médicos que controlan y tienen a sueldo a otros compañeros médicos.

El manejo dirigido se basa en:

1. realizar prevención de enfermedades
2. proveer acceso
3. reducir los costos
4. mejorar la calidad de los servicios

Para poder evaluar la calidad de los servicios esos son los parámetros que hay que considerar.

Hay que realizar estudios para documentar si se está llevando a cabo la prevención. Esto envuelve las vacunaciones, el uso de mamografías, detección temprana de cáncer prostático, cáncer del cuello uterino, del intestino grueso y otros. Se debería considerar si los médicos primarios están debidamente cualificados para la función que llevan a cabo.

Hay que determinar si el acceso a los servicios médicos ha mejorado y si está disponible a todas las horas del día y de la noche. ¿En cuántos municipios se han cerrado los Centros de Diagnóstico y Tratamiento y cómo esto ha afectado la accesibilidad? No se puede negar que las dificultades para lograr el acceso a los servicios han aumentado al tener que trasladarse a lugares más distantes, llegando a producir lo que se conoce como racionamiento por inconveniencia. Tenemos que conocer si se están racionando los servicios de tal forma que puedan perjudicarse los pacientes al llegar al hospital en una etapa mucho más avanzada y complicada de su enfermedad.

Bajo el concepto de manejo dirigido se utilizan menos médicos. Hay que documentar si en efecto se están limitando las pruebas de rayos-x y de laboratorios, los referidos a los especialistas y las admisiones al hospital. Hay que comparar estos datos con las experiencias previas a la implantación de la Reforma de Salud. Esos datos existen, lo que falta es la voluntad y el deseo de divulgarlos.

Por necesidad imperiosa hay que verificar si los costos en que se incurre para prestar los servicios de salud se han reducido o no. En este aspecto, se debe determinar si las compañías de manejo dirigido absorben una cantidad significativa o excesiva en la administración del plan y en el margen de ganancia que se han fijado. Esos datos deberán hacerse públicos. Lo que es más importante es saber si el pueblo de Puerto Rico tiene los recursos económicos recurrentes para cubrir anualmente el costo total de la Reforma de Salud.

Luego de obtener toda esta información, se podrá concluir si la calidad de los servicios de salud ha sido excelente o no. La calidad de los servicios deberá ser también evaluada por los resultados obtenidos por el tratamiento: sea éste médico o quirúrgico. Esto incluye la evaluación en el servicio que se provee a la población de pacientes con problemas de salud mental, SIDA y enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad renal y otras.

En general, el proceso evaluativo comprende lo siguiente:

Evaluación Interna

- a. informal-la interacción diaria entre los profesionales para recordar sus responsabilidades
- b. formal-la revisión periódica de la ejecutoria de un profesional como se hace en los departamentos clínicos

Evaluación Externa

- a. informal-revisión al azar para evaluar la ejecutoria. Esto lo realizan las compañías de seguro, aunque enfatizando mayormente el factor económico.
- b. formal-revisión concurrente de la ejecutoria por medio de auditorías.

Aquí se incluye también a las agencias acreditadoras externas de escuelas de medicina, programas de adiestramiento y de hospitales.

Hay compañías privadas que llevan a cabo estudios en la calidad de los servicios de salud para el gobierno. En ocasiones, han expresado temor en divulgar los datos obtenidos por miedo a perder sus contratos. El pueblo debe conocer esos resultados pues los estudios son pagados por el erario público.

Finalmente, la forma de evaluación se completa con las demandas por responsabilidad profesional médica. Aunque podemos argumentar que resultados adversos no son necesariamente debidos a la mala práctica de la medicina y al hecho que hay demandas frívolas, éste es un recurso al que tienen acceso los ciudadanos. ¿Cómo se define un buen médico? No hay ningún estudio en la literatura médica que asocie a un buen médico con un

reducido número de demandas médico-legales.

La única posible garantía para reducir la amenaza de demandas por responsabilidad profesional es si seguimos la Regla de Oro de la Biblia: *hacer al prójimo, lo que te gustaría que te hicieran a ti*. Un buen juicio moral es lo único que puede garantizar una reducción en las demandas por responsabilidad profesional.

Todos sabemos que la sociedad marcha en ciclos, que las modas recurren. Karl Marx dijo que el ciclo de salud es de 80 años, nos tomamos 30 años planificándolo y 50 años sufriendolo, hasta que comenzamos un nuevo ciclo.

¿En qué etapa del ciclo estamos nosotros al presente?

La sociedad civil no debe permitir que los administradores de turno digan una cosa y hagan otra. Sin embargo, eso es lo que está ocurriendo actualmente. La prensa ha resaltado recientemente múltiples ejemplos de acciones contrarias a la supuesta política pública gubernamental.

Obviamente, los resultados del proceso de evaluación serán utilizados para corregir las deficiencias encontradas y para evitar su repetición.

Nota editorial

Una vez terminadas las presentaciones de cada uno de los Secretarios, éstos contestaron preguntas de la audiencia. Desafortunadamente no se grabaron, razón por la cual no se incluyen en este escrito.

El texto de la contestación del Dr. Luis Izquierdo Mora a la Segunda Pregunta no se había recibido en las oficinas del *Puerto Rico Health Sciences Journal* para la fecha en que se envió el material a la imprenta. De recibirse, será publicada en el próximo número de nuestra revista.

RVJ
