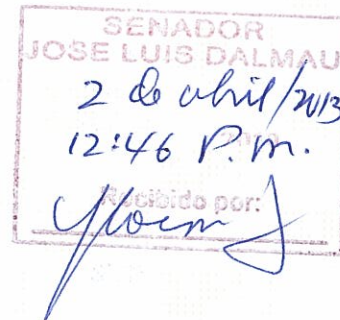


1 de abril de 2013

Hon. José L. Dalmau Santiago
Presidente
Comisión de Salud y Nutrición
Senado de Puerto Rico
El Capitolio
P.O. Box 9023431
San Juan, PR. 00902-3431



RE: PONENCIA SOBRE EL P. DEL S. 15

Estimado señor Presidente:

Reciba usted nuestros más cordiales saludos. Suscribimos esta comunicación en nombre de los socios de la Asociación Farmacias de Comunidad de Puerto Rico (AFCPR) y su Junta de Directores.

Acompaña esta comunicación, nuestro Memorial Explicativo, en torno al **Proyecto del Senado 15** cuyo objetivo lo es el crear el "**Plan Integral de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico**."

El P. del S. 15 es para que cubra a todos los puertorriqueños que sean residentes *bona fide* del país; establecer la nueva política pública de salud en Puerto Rico; crear la Administración Central del Plan Integral de Salud de Puerto Rico, corporación pública que pondrá en vigor y administrará el Plan Integral de Salud de Puerto Rico; definir sus poderes, deberes y funciones bajo los principios de integralidad, equidad, accesibilidad, responsabilidad ciudadana, libre selección, distribución de recursos, regionalización, eficiencia, educación y prevención; establecer los beneficios y servicios de salud física y mental a la ciudadanía puertorriqueña; establecer la Junta de Farmacología, sus poderes, funciones y deberes; disponer sobre las drogas y medicamentos, precio, despacho de recetas y la sustitución de éstos; disponer sobre las facilidades de salud participantes y la contratación de profesionales; establecer el Fondo del Plan Integral de Salud de Puerto Rico, las primas y contribuciones, sobre las cuentas del Plan Integral de Salud de Puerto Rico; disponer sobre las contrataciones y contratos de seguro; establecer sobre reclamaciones de daños y perjuicios; autorizar a dicha Corporación a desarrollar, construir,

ampliar, mejorar, arrendar y conservar proyectos para el establecimiento de facilidades de salud; proveer para el financiamiento y refinanciamiento de tales proyectos mediante la emisión de bonos pagarés por dicha Corporación, establecer la Cuenta Corpus y crear el Fondo de Infraestructura de Salud, disponer sobre el acrecentamiento y usos de los fondos de infraestructura, autorizar los convenios con otras agencias, corporaciones públicas, instrumentalidades y subdivisiones políticas del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sobre las facilidades de salud; conferir poderes a otras agencias y subdivisiones políticas del Estado Libre Asociado de Puerto Rico en relación con dichos proyectos; y para otros fines."

Quedamos a su disposición para aclarar cualquier duda que surja.

Cordialmente, quedo,



Elliot Pacheco Beauchamp
Presidente

MEMORIAL EXPLICATIVO DE LA ASOCIACIÓN DE FARMACIA DE COMUNIDAD DE PUERTO RICO ANTE LA COMISIÓN DE SALUD Y NUTRICIÓN DEL SENADO DE PUERTO RICO EN TORNO AL PROYECTO DEL SENADO 15

INTRODUCCIÓN

Agradecemos la oportunidad que nos ha ofrecido la Comisión de Salud y Nutrición del Senado de Puerto Rico de poder emitir nuestra opinión con relación a la propuesta de una nueva ley a ser adoptada. Nos referimos a la "*Ley del Plan Integral de Salud de Puerto Rico (PISPR)*." El proyecto de ley establece que serán cuatro los principios fundamentales, que regirán el PISPR, **el primero** es tener pleno acceso a la salud, **que es un derecho constitucional del cual es responsable el gobierno**. En **el segundo** lugar los pacientes están en todo su derecho de escoger y cambiar de médico, lo que es fundamental para conservar su autonomía. En **tercer lugar**, la búsqueda de fortuna personal no tiene lugar en el proceso de dar servicios médicos al paciente. **Finalmente** las decisiones médicas personales deben ser tomadas por los pacientes en conjunto con su médico, no por burócratas gubernamentales o corporativos que interfieran con esta relación que debe ser directa. **Estableciendo como meta el abolir las barreras que impiden que el dinero se dirija a cubrir las necesidades de salud.**

El Proyecto de Ley ante nuestra consideración establece que: "El Gobierno como pagador único es parte esencial de esta nueva política pública de manera que se le brinde estabilidad y salud financiera a los servicios de salud gubernamental. Entendiéndose que lo antes expresado "*es pieza esencial para minimizar los gastos y la complejidad de la administración y la facturación múltiple.*"

Conocemos que este proyecto ha sido radicado y atendido anteriormente, entendiéndose, según alegado, que las circunstancias políticas no permitían visualizar con claridad los beneficios y ventajas que ofrece este plan.

En el momento histórico en el cual nos encontramos, **entendemos que la oposición que pudiera surgir no es una de índole política, sino económica.** Reconocemos como un gran beneficio el que toda la población esté cubierta por el Plan Integral de Salud de Puerto Rico, en adelante PISPR. Lo que nos preocupa es: (1) la falta de recursos económicos, y de efectivo de caja de nuestro gobierno, (2) el alto costo de implementación del programa, (3) falta de peritaje en la materia por parte del Gobierno, (5) el que se politicen los servicios de salud, (6) la corrupción, y (6) el tiempo que tomaría el establecer y/o poner a funcionar el nuevo sistema de salud. El proyecto de ley tiene grandes méritos, es uno ambicioso, y favorable, pero entendemos que está a destiempo.

"Bajo este modelo el Gobierno retiene todo el dinero, lo que permite hacer movidas financieras y de inversión que, a su vez, le permita generar ganancias para ser reinvertidas en más y mejores servicios y facilidades de salud para beneficio exclusivo de los puertorriqueños."

El poder conferido al Estado- según anteriormente detallado- resulta uno de gran preocupación para nosotros. **Sin lugar a dudas el Gobierno ha demostrado no ser el ente jurídico más capacitado a la hora de administrar sus recursos económicos, careciendo de toda capacidad para administrar.** Más aún cuando ante el llamado "secuestro" federal, el Estado tendrá una reducción significativa en los fondos federales, así como la ya planificada reducción en el presupuesto del año 2014, para los Medicare Advantage. Nos aterra pensar que el Estado pretenda administrar NO solo el dinero del gobierno, sino los recursos privados.

El propio gobierno entiende que "ante la realidad fiscal de Gobierno de Puerto Rico, y la espiral ascendente de costos para el sistema de salud gubernamental, **el tema de la estructura de financiamiento toma una importancia primigenia.**" Que "la determinación de garantizarle a nuestra ciudadanía el derecho a la seguridad de la salud **tiene que estar acompañada, irremediamente, de la decisión de comprometer los recursos financieros para garantizar este derecho.**" Lo que a todas luces justifica

nuestra preocupación. El no entender nuestra posición es como darle la espalda a la realidad en que vivimos.

Según se establece en el proyecto de ley, "los ingresos de los que se nutrirá el PISPR son, la cantidad de dos mil doscientos millones (2, 200,000) de dólares al año por el primer año que anualmente destina el Gobierno del Fondo General para gastos del sistema de salud vigente. A esta cantidad se le sumará las aportaciones que hace el Gobierno como parte de los beneficios marginales a sus empleados por concepto de aportación patronal para el pago de cubiertas de servicios de salud, aportaciones patronales de patronos privados a sus empleados por concepto de cubiertas de seguros de salud, fondos federales para diversos programas de asistencia o cubierta médica, primas a base de ingreso de los contribuyentes y co-pagos estimados en cinco (5) dólares mensuales por familia para cubrir gastos de medicamentos y laboratorios. Entendiéndose, o mejor dicho presumiéndose "que **a partir del segundo año del Plan el mismo sea autofinanciable**, lo que libera una inversión anual de dos mil quinientos millones de dólares del Fondo General que ahora se destinan a pagar los costos del plan de salud del gobierno y que demuestran que no son suficientes, mientras se limitan los servicios cada vez más."

Reiteradamente se destaca en el proyecto de ley, que "el aspecto económico de este plan es de vital importancia", ya que "el mismo se nutrirá además de aportaciones de los contribuyentes". Nuestra realidad es otra, los contribuyentes no aguantan una carga económica adicional. En el futuro cercano se ve una reducción en el número de empleos, un aumento en empleos a tiempo parcial, y muchos más empleados acogidos al sistema de retiro".

Evaluando los recursos económicos y el costo del proyecto, tenemos que reconocer la falta de conocimiento y experiencia del Estado para administrar el plan de seguros de salud, incluyendo los distintos tipos de auditorías, y metodología de pagos, entre otros. Todos hemos sido testigos de la falta de fiscalización del Gobiernos para con las aseguradoras de servicios de salud con relación a sus obligaciones contractuales. Nos

referimos específicamente a los estudios de utilización, identificación de condiciones de salud por área geográficas y otras. ¿Qué nos asegura que ahora todo será distinto?

Será la Administración Central del Plan Integral de Salud de Puerto Rico, en adelante ACPISPR, la agencia que administre y ponga en vigor a PISPR. Todo lo relacionado a esta corporación, según establecido en el proyecto requiere un análisis ponderado. Entendemos excesivo su poder y facultades. Las inversiones en nuevos bonos parece no ser la mejor de las movidas, según se proyecta nuestra condición financiera parece estar en grave riesgo. Las expectativas contempladas en el proyecto nos parece no ser cónsonas con la realidad que vivimos.

Ciertamente la Asociación no puede apoyar el proyecto tal y como está en estos momentos, se pretende que a pesar de las circunstancias actuales se destruya lo existente para construir desde su base un nuevo sistema de salud. Entendemos que todo proyecto debe ir modificando lo existente y paulatinamente ir incorporando cambios sustantivos que nos dirijan hacia un plan de salud universal. Hay mucho que mejorar del sistema de salud actual, pero destruyendo lo construido en estos veinte años no resuelve el problema.

Clasificar la Administración Central Plan Integral de Salud de Puerto Rico, en adelante ACPISPR, como una corporación pública que funcionará como una entidad independiente y separada de cualquier otra agencia o instrumentalidad del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico **dirigida por una Junta de Directores que funcionará en coordinación con el Departamento de Salud del Estado del Estado Libre Asociado, no le confiere a la Corporación la independencia deseada para administrarse.** Basta con detenernos y ver lo que actualmente se ve con relación a este tipo de ente jurídico, ante cambios de índole política. Lo que a diario vemos es la intervención del gobierno en la

administración de dichas corporaciones. La salud no puede estar bajo los vaivenes de la política, más aún cuando se proyecta el insumo de capital privado.

El proyecto establece que "La Junta de Directores de ACPISPR estará compuesta por nueve (9) miembros **nombrados por el Gobernador de Puerto Rico, con el consejo y consentimiento del Senado.**" Todos sabemos lo que representa la determinación previa, y no la apoyamos. La Junta debe tener un grado de independencia y criterio no sujeta al gobierno ni a la política. Cuando media dinero privado el control no puede ser absoluto por parte del Estado.

Sugerimos que los miembros sean nominados por grupos/asociaciones profesionales en las cuales militen los potenciales miembros de la Junta a ser considerados. Que dos miembros sean denominados por el pueblo, que estos tengan igual facultad y responsabilidad que los restantes miembros, que en lugar del consentimiento mayoritario del senado se requiera 2/3 partes de aprobación por parte de los senadores, lo que reduciría la aprobación partidista (por mayoría).

De igual manera en el proyecto se estableció "Los Principios Fundamentales" que representan la *aspiración máxima del PISPR*.

a) Integralidad

Hasta donde los recursos lo permitan, todo residente *bona fide* de Puerto Rico tendrá derecho a recibir los servicios de salud que se ofrecen al amparo de esta

Ley, para lo cual no se requerirá prueba alguna de elegibilidad basada en la condición o capacidad económica del beneficiario.

Recomendaciones:

1. Definir término "bona fide" por desconocer **a que se refiere con el concepto.**
2. Actualizar el proyecto a la luz de la nueva política pública del Gobierno actual en relación a los extranjeros indocumentados.

b) Equidad.

La condición de salud de la persona será el factor determinante en la obtención y prestación de servicios y queda prohibida toda acción dirigida a recibir y conceder privilegios al amparo de esta Ley por razones económicas o de otra índole.

No se establecerá discrimen alguno en la prestación de los servicios de salud por motivo de raza, color, sexo, nacimiento, edad, origen o condición social o económica, ni por ideas políticas o religiosas.

Recomendaciones:

1. Desconocemos si se atiende el discrimen por razón de preferencia sexual, a la luz de una nueva política pública. Del texto del proyecto de ley no queda claro.

c) Accesibilidad.

Hasta donde los recursos lo permitan (**concepto vago y sujeto a arbitrariedad**), el sistema proveerá para que no se prive a nadie de los servicios de salud a que tenga derecho debido a impedimentos económicos o geográficos (**Nos preguntamos ¿incluye este concepto aspectos de origen o étnicos?**) dentro de Puerto Rico, o a la falta de recursos físicos o humanos.

d) Responsabilidad del Ciudadano.

El ciudadano debe tener conciencia de su responsabilidad por la salud propia, por la salud de la comunidad y por la utilización eficiente de los servicios y facilidades de salud. *Presunción amplia y muy vaga. Lleva un tono poético carente de lazos y principios jurídicos.*

Es necesario que el ciudadano conozca, entienda y acepte las normas de prevención y tratamiento que han sido definidas, probadas y aceptadas objetiva e integralmente por las profesiones para lograr un grado óptimo de salud, y debe estimularse para que exija y acepte únicamente aquellos servicios que satisfagan dichas normas. Esta *premisa que de su faz no es alcanzable por no ser cuantificable, ni exigible, a pesar que de la propia ley se reconoce que es una de carácter necesario. Esto nos lleva a concluir, y por ende sugerir, que previo a la adopción de este proyecto de ley, la educación al paciente es obligatoria.*

El Sistema establecerá un programa de educación pública y adoptará cualesquiera otras medidas que se consideren necesarias para ayudar al ciudadano a adquirir conciencia de sus responsabilidades. *La educación tiene que ser una continua, y debe preceder a la aprobación de la ley, por entenderse necesaria para su éxito. A nuestro entender el Gobierno no puede limitarse a categorizar su responsabilidad como una de "ayuda". Si el mismo Gobierno parte de la premisa de que "el ciudadano debe tener conciencia de su responsabilidad por su propia salud, por la salud de la comunidad y por la*

utilización eficiente de los servicios y facilidades de salud”, no puede limitarse a ofrecer para ello lo que han denominado una ayuda. Realmente el Estado, según el proyecto de ley, pasa a ser el ente con la responsabilidad de capacitar- con todo el espectro amplio que el concepto y la responsabilidad conferida posee- a nosotros los ciudadanos.

e) Libre Selección

Se tomarán las medidas necesarias para garantizar la libertad de seleccionar los proveedores de salud, en forma compatible con la disponibilidad de recursos y las necesidades médicas del individuo.

Recomendación:

1. *Establecer mediante reglamentación, y para efectos de uniformidad los criterios bajo los cuales se implementara la libre selección.*
2. *“Las necesidades médicas del individuo” según identificadas por su médico y no por la aseguradora de salud o el gobierno.*

f) Salud Integral

La organización y prestación de los servicios de salud estarán enfocados hacia la persona en su totalidad dentro del contexto de la familia, la comunidad y el ambiente físico, el individuo y se orientarán hacia la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades, el diagnóstico y tratamiento temprano y la rehabilitación del enfermo.

Recomendación:

1. *Definir si en esta premisa se considera a las personas sin hogar.*

2. Los problemas a ser considerados no son de poco valor, entre algunos que identificamos se encuentran: el problema del uso y abuso de sustancias controladas, el uso y abuso del alcohol, el incremento en el número de suicidios, las enfermedades mentales, la violencia, el alto número de niñas embarazadas, el VIH, las enfermedades de transmisión sexual, y muchas otras.

g) Servicios de Salud Integrados

Para hacer posible una planificación efectiva que resulte en una mejor utilización de la gama completa de facilidades y servicios de salud, incluyendo servicios preventivos, diagnósticos, curativos y de rehabilitación a nivel primario, secundario y terciario, todos los servicios de salud públicos y privados del país se integrarán funcionalmente en un solo sistema regionalizado.

h) Trabajo en Equipo

A los efectos de mejorar la calidad, asegurar la continuidad y aumentar la cantidad de los servicios de salud mediante el uso efectivo de las distintas disciplinas, se estimulará el trabajo en equipo y en un grupo bajo la dirección del médico.

Recomendación:

Corresponde considerar la escases en el número de proveedores de servicios de salud en renglones tan importantes como médicos, especialistas, farmacéuticos etc. Así como el determinar con qué recursos se atenderá el 100% de la población en un sistema que pretende ser 24 horas 7 días (24/7), bajo el sistema sugerido. El Gobierno no puede avalar una práctica que no sea legal, y la ausencia de profesionales predispone a la inobservancia de la ley.

i) Distribución de Recursos

El país deberá contar con los recursos necesarios distribuidos de acuerdo a las necesidades regionales y locales. Se tratará de lograr en el menor lapso de tiempo posible una distribución de nuestros recursos mediante la adopción de medidas democráticas y la creación de los incentivos correspondientes, basada en una planificación adecuada que responda a las necesidades de salud de la población.

Recomendación:

En la actualidad es reconocido por todos sobre la falta de profesionales de la salud en P.R., e incluso en el P. de la S. 016 (2013), en su Artículo 2.- Política Pública, se identifica que el año servicio público obligatorio "facilita a las instalaciones del gobierno, tanto estatal como municipal, de personal necesario para fortalecer los servicios de salud [...]". Por lo cual, la falta de profesionales de la salud en la actualidad tiene que ser atendida y resuelta previo a la consideración y aprobación de este proyecto, por constituir un talón de Aquiles para ello. Adoptar una ley, sin resolver problemas de índole fundamental para dicho proyecto, previo a su adopción es comenzar el fracaso de la misma.

j) Regionalización

Todos los servicios y facilidades de salud serán regionalizados, de suerte que se facilite la organización y administración para la prestación de dichos servicios de salud en un área geográfica. Esto, además, conlleva establecer una red coordinada de servicios de salud en colaboración recíproca que operen a nivel

de complejidad, para propiciar el flujo de pacientes de manera que éstos sean atendidos en el lugar y momento adecuado.

ACPISPR establecerá un itinerario que asegure que la regionalización de los servicios de salud habrá sido completada no más tarde de los siete (7) años siguientes a la aprobación de esta Ley. *Y mientras tanto ¿Qué?*

k) Participación

El pleno disfrute del derecho a la seguridad de la salud exige una participación educada, activa y militante en forma consciente y positiva de todos los ciudadanos. ACPISPR dará participación a los proveedores y consumidores de servicios de salud, en la toma de decisiones de origen organizativo, administrativo y directivo, así como en la planificación y evaluación de los servicios y en el desarrollo de su política pública.

Comentario:

Lo antes descrito requiere de tiempo y que el proyecto sea atendido con prioridad. En estos momentos, entendemos, que esa no es la prioridad y si la salud fiscal de la Isla.

l) Financiamiento Indirecto.

Para mantener una mejor relación médico-paciente los servicios de salud se financiarán de manera que los deducibles sean bajos pero que sirvan para evitar la sobreutilización de los recursos de salud.

Recomendación:

La práctica de los deducibles y copagos debe ser adoptada desde ya, pero la realidad ha sido otra, siempre que se ha intentado adoptar, la misma es revertida debido a las presiones políticas. Este es un buen ejemplo para evidenciar que las decisiones son tomadas bajo el crisol de una mente política y no de razonabilidad. Sugerimos el que se considere modificar el tipo de Corporación y la composición de su Junta de Directores, así como los requisitos de nombramiento y confirmación de sus miembros.

m) Eficiencia

Se establecerán criterios de eficiencia que maximicen el rendimiento de los recursos humanos, físicos y monetarios del país para obtener el nivel máximo de servicios de salud deseado. Esto requerirá aumentar la tasa de productividad de los recursos sin menoscabo de la calidad de los servicios y fiscalizar los procesos administrativos y gerenciales.

Recomendación:

Objetivo que de igual manera requerirá un cambio de cultura. Y nos preguntamos, ¿Por qué esperar a la aprobación de este proyecto para adoptar ese tipo de medidas?, ¿Por qué la misma no ha sido adoptada anteriormente?, ¿Qué sucedió con un proyecto de reingeniería que estaba en un momento dado identificado para adoptarse?, ¿Existe la voluntad del Gobierno para adoptarlo? Francamente, no tenemos la confianza en que así sea, y no nos referimos a este Gobierno en particular, sino a todos los gobiernos.

*Sugerimos que se utilice un programa similar de calificación de estrellas para categorizar la ejecución del ente administrador que ofrece la cubierta médica a la población. Esta calificación, que se conoce como **Star Rating**, garantiza que los planes médicos ofrezcan servicios coordinados, eficientes y de alta calidad a sus asegurados.*

n) Educación

Se planificarán y coordinarán los programas docentes en el área de la salud, de manera que éstos respondan a las necesidades del PISPR y produzcan los recursos humanos que a juicio de éste se necesiten.

Comentario:

La realidad es que por norma general, los programas docentes en el área de la salud están por mucho, más adelantados que el mismo Gobierno. Entendemos que el Estado no carece de capacitación, tal vez de buenos recursos no políticos, a los que se les permita implementar la política pública, incluyendo la capacitación de los recursos existentes, y llevarlos a nivel de la práctica de empresas privadas de igual naturaleza.

Otros:

1. Apoyamos, según se establece en la página 30 del proyecto de ley en su último párrafo, el que se provea programas de educación continua para los profesionales de la salud. Esperamos que los mismos se ofrezcan sin costo alguno para estos. Nada se especifica a esos efectos, por lo cual deberá ser incorporado. De igual manera, recomendamos que se amplíe los temas sobre los cuales se ofrecerán adiestramientos. Los

mismos deberán incluir, sin limitarse, a nueva tecnología, administración, nuevas terapias entre otras.

2. En relación a la Regionalización de los Servicios sugerimos que se limiten al máximo el número de los mismos. Establecer que la ACPISPR ofrecerá todos los servicios de salud que “los recursos físicos y humanos permitan.” nos parece una premisa vaga, amplia y retórica, en la cual se omite el criterio económico, **criterio que a nuestro entender es el más o uno de los más importantes.**

Los servicios primarios y secundarios deben incluir la educación y por ende la prevención.

3. El Gobierno, a nuestro entender, debe identificar, previo a la aprobación e implementación de este proyecto de ley, cuantas de las facilidades de salud en las distintas regiones estarán disponibles para incorporarse a este sistema. El número de facilidades disponibles afectara la determinación del área de una región, así como los presupuestos operacionales por región. El uso de facilidades privadas de salud estará sujetas a la voluntad de sus titulares. El proyecto establece que “La prestación de los servicios cubiertos se efectuara ACPISPR (sic) conforme al presupuesto global de funcionamiento que para cada oficina regional se autorice.”

4. Las facultades, poderes y responsabilidades de la ACPISPR son abarcadoras. Sugerimos que se evalúe el adoptar en forma análoga, medidas contenidas en la *Ley Núm. de 12 de agosto de 1988*, conocida como *Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme, en adelante Ley 170*. Con ello se garantiza el debido proceso de ley. El proceso investigativo, de reglamentación, adjudicativo, y de revisión judicial deben ser adoptados bajo el mismo rigor que en la Ley 170, supra, a las agencias.

5. Se establece que los sistemas de personal, presupuesto, contabilidad, compras y suministros, informes y cualquier otro sistema administrativo necesario para una operación eficiente, no estarán sujetas a ninguna otra Ley del Estado Libre Asociado de Puerto Rico sobre dichas materias. Estableciendo a su vez que la ACPISPR delegará a las regiones que cree la administración de los sistemas que establezca para ellas [...]. **O sea, ¿que habrá tantas políticas como regiones existan?** (Página 34, líneas 4-10). Nos parece absurdo.

6. Si el mapa de las regiones puede tardar seis meses para su publicación (Página 34, Línea 11), ¿Cuánto tiempo, a partir de la aprobación del proyecto de ley, se hace vigente los servicios de salud bajo este programa?

7. Se le confiere al Secretario de Salud la responsabilidad del “establecimiento de un programa de educación pública sobre el cuidado de la salud que capacite a los ciudadanos para mantenerse saludables.” (Página 34, líneas de la 20-22), responsabilidad que conforme al proyecto se hace necesaria, obligatoria e indispensable. La historia ha demostrado que no existe la voluntad y/o capacidad de esta agencia para cumplir con dicha responsabilidad. Prueba de ello es que la Reforma de salud, y/o Mi Salud nunca ha contado con medicina preventiva por la falta de educación a la población y la utilización de los datos obtenidos a través de las aseguradoras y los Administradores de Beneficios de Farmacias (PBM’s por sus siglas en inglés).

8. Entendemos que se debe reevaluar el inciso (n) en la Página 35, a la luz de las facultades y responsabilidades de la *Corporación de Intercambio Electrónico de Información de Salud de Puerto Rico*, creada bajo la **Ley Núm. 40 del 2 de febrero de 2012, Ley para la Administración y el Intercambio Electrónico de Información de Salud**. La Ley antes

mencionada debe prevalecer sobre este proyecto de ley ya que la misma fue presentada al **Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC)**, y opera bajo regulaciones y fondos federales.

9. **El inciso (p) en la Página 35, esta duplicado.**
10. **El inciso (bb) en la Página 37, debe ser evaluado a la luz de la situación económica fiscal en que nos encontramos.**
11. En el Artículo 13, inciso (a), (Página 37), se hace mención del término "*bona fide*", estableciéndose que "*según este término se define en esta ley*", cuando lo cierto es que no se define en el proyecto de ley. Recomendamos que se atempere a la luz de la nueva política pública esbozada por el Hon. Alejandro García Padilla.
12. Alcance del examen de salud anual debe estar claramente definido, ya sea mediante Reglamento. Ver Artículo 13, (c), inciso (a).
13. El proyecto de ley bajo nuestra consideración adopta nuevamente el llamado referido. Ver Artículo 13, (c), inciso (c).
14. Limitar el examen de la visión y espejuelos a niños menores de trece (13) años, nos parece inadecuado, ya que obvia condiciones degenerativas oculares como resultado del padecimiento de condiciones crónicas de salud como lo es la diabetes, entre otras. Dichos exámenes forman parte del protocolo del manejo de dichas condiciones de salud.
15. El proyecto debe indicar si bajo este Plan Integral se considera la entrega y/o servicios de equipos médicos, farmacias especializadas, servicios de infusión, entre otros.
16. Nos parece impropio que los servicios de salud mental se reciban con posterioridad al endoso de un referido por parte del médico primario. Tal requisito atenta contra el éxito de esa cubierta. [Página 39, línea 16- en adelante]. Vemos la aplicación de

Manejo de Caso tan censurada en la Reforma de Salud. Es de conocimiento general, que existen condiciones permanentes de salud, que no deberían estar sujetas a revisiones periódicas para continuidad de cubierta.

17. El Artículo 13, (i), inciso (b), [Página 41, líneas de la 1-4], resulta contraria a la política actual que se promulga, mediante la cual se establece que toda terapia farmacológica serán potestad del facultativo, teniendo que ser respetada por las aseguradoras de servicios de salud, y demás proveedores de salud. Razón por la cual no podemos entender, ni avalar, las facultades que se le pretende conferir al “Comité Sobre Tumores y Cáncer”.

18. Aparenta que el plan integral de salud a ser aprobado excluye la repetición de medicamentos en una receta médica. Ver página 42, línea 19. Nos parece una determinación incorrecta, que solo producirá un aumento en los servicios de salud y la sobre utilización de los servicios.

19. Línea 21, Página 42, el Artículo correcto lo es el Artículo 14.

20. Página 43, líneas de la 4-6 incluso, nos parece desacertada. Autorización previa de la ACPISPR para inyecciones, inmunizaciones o vacunaciones en masa para propósitos escolares o de un grupo o asociación es contraria a política pública de vacunaciones. Estatuto atenta contra seguridad en la salud.

21. El Artículo 16- Otros Servicios, es uno vago, y de excesiva amplitud. Criterios deben estar claramente definidos, no números “apertus”. La condición de “que los recursos lo permitan” pudiera ser uno trillado.

22. Con relación a la Junta de Farmacología, entendemos que la misma debe estar reglamentada y en cumplimiento con la actual Ley de Farmacia, Ley 247 de 3 de

septiembre de 2004, según enmendada. Debemos evitar cualquier incongruencia. La Ley sobre la cual debe regirse toda actividad relacionada a medicamentos debe ser la Ley 247, supra. Nos parece inaceptable que las facultades y responsabilidades de la Junta formen parte de este proyecto de ley.

23. Recomendamos que los miembros de la Junta de Directores que sean consumidores sean escogidos por la comunidad, bajo iguales circunstancias que los miembros representante de los consumidores en la Junta de la AEE.

24. Recomendamos que el formulario preparado por la Junta de Farmacología **no** tenga que ser aprobado por la ACPISPR. Ésta debe contar con un grado de independencia de la ACPISPR, y no limitarse a trabajar supeditada.

25. Página 47, línea 22, requiere ser revisada, por no entenderse que “indicara la forma del envase” [...] a todas luces parece ser un error.

26. Página 48, inciso (d), líneas de la 1 a la 5. Aunque es práctica actual condicionar cantidad de medicamentos en conformidad a su uso, pero reiteramos que la práctica reta la política pública de intervenir con lo dispuesto por el médico.

27. Recomendamos se reevalúe los métodos y niveles de notificación de cambios en el Formulario. Tomar en consideración adicionar la tecnología, páginas en Internet, entre otros. Tomar en consideración la uniformidad en los precios de los medicamentos bajo el Formulario, y la venta de dichos medicamentos en el mercado privado.

28. Sobre los Precios de Drogas y Medicamentos, entendemos que la comisión debe reunir representantes de los distintos proveedores y atender este asunto individualmente. Nos parece que los posibles miembros de la ACPISPR desconocen acerca de las compensaciones económicas (mercado) por medicamentos.

El P. del S. 15 establece que:

- a) **ACPISPR establecerá**, tantas veces como las circunstancias lo exijan, pero no menos de una vez por cada año natural, **el costo al por mayor de cada artículo, en los distintos niveles de distribución, en sus distintas formas, potencias, cantidades y tamaños de envase. Establecerá, además, el cargo que autorizará por el servicio del proveedor en el despacho de la receta, según se dispone más adelante.** El costo al por mayor al nivel del proveedor al detal más el cargo por servicio que se autorice, constituirán el precio máximo que podrá cobrarse a los consumidores en Puerto Rico por cada artículo. ACPISPR autorizará el precio para cada artículo que podrá cobrarse en los otros niveles de distribución.

*Sobre los precios de drogas y medicamentos, el proyecto, a nuestro entender, pretende afectar los poderes del DACO, así como la capacidad de los comercios a ejercer su derecho a la negociación. Esta parte de la Ley debe ser sometida a la evaluación y opinión del Departamento de Justicia. La capacidad y autoridad a negociar por cargo por concepto de servicios profesionales y suministro de artículos de salud está reglamentada por la **Regla 91** (Documento Núm. 7646, del 23 de diciembre de 2008, conocido como "**Normas para Regular el Proceso de Negociación Colectiva Entre las Organizaciones de Servicios de Salud o Administradores de Terceros Con Los Proveedores,***

Representantes de los Proveedores, y La Creación del Panel Revisor y la Junta Revisora de tarifas de Planes Médicos y Seguro. Ver Regla 91, Comisionado de Seguros de Salud. Sugerimos que éste proyecto de ley identifique y especifique las leyes y reglamentos afectados por el, dando la oportunidad a la enmienda de otras leyes, según corresponda.

- b) Cuando el costo al por mayor al nivel del proveedor o al detal de un artículo incluido en el Formulario varíe en forma significativa entre las distintas regiones de Puerto Rico, ACPISPR podrá, a su discreción, autorizar diferenciales regionales en el costo al por mayor para dicho artículo. Considerar el efecto que tendría dicha variación en relación al "*usual and customary effects*". Las políticas adoptadas mediante este proyecto debe estar en armonía con las regulaciones y estatutos federales de Medicare & Medicaid aplicables a la industria. En la actualidad el mercado privado ha adoptado las regulaciones de salud federal en el mercado privado, lo que facilita las auditorias, y el proceso administrativo, entre otros.
- c) Ningún proveedor de drogas y medicamentos, en cualquier nivel de distribución, podrá cobrar o aceptar un precio mayor autorizado por ACPISPR para su nivel de distribución.

Nos resulta preocupante esta parte de la reglamentación. Su carácter de “modo absoluto” pudiera no ser real en el mundo de los negocios. ¿Dónde queda la libre competencia, punta de lanza del capitalismo? ¿Habrá espacio para ella? Parece que **no**.

Nuevamente, el proyecto de Ley ante nuestra consideración, afecta la Ley de Farmacia, supra, al pretender reglamentar la autoridad del farmacéutico para sustituir medicamentos. Facultad ya reglamentada bajo dicha ley.

El proyecto de ley resulta ser uno excesivamente abarcador, trastocando leyes vitales vigentes, así como quitando autoridades reconocidas y conferidas en ley, tales como la Junta de Farmacia, secretarios de agencias, Comisionado de Seguros, entre otros.

Los procedimientos de apelación son unos amañados. Sus garantías y protección al debido proceso de ley resultan restrictivas al compararlo con aquellos contenidos en la Ley 70, supra.

CARGOS POR SERVICIOS EN EL DESPACHO DE RECETAS

29. Nos preocupa sobre manera el hecho de que quien le pagará al proveedor de servicios de farmacia lo será la ACPISPR. A pesar de que se establece que el proveedor no podrá cobrar o aceptar cantidad alguna de la persona elegible, la premisa choca con la asignación de posibles deducibles y copagos, los cuales se le imputarían a los

pacientes/beneficiarios. Por lo que la premisa 5, en la página 51, líneas de la 14-18 deberá ser reevaluada.

30. Sobre el Artículo 25- Publicación y Envío del Formulario.

Sugerimos se considere el uso de la tecnología [el Internet y páginas cibernéticas], eliminaría costos adicionales. En la actualidad los cambios en el Formulario suelen hacerse anualmente, nos parece inaceptable que se efectúen cambios cada 60 días, a menos que surja una situación extraordinaria que lo amerite.

31. En relación al Artículo 26- Autoridad del Farmacéutico para Sustituir, entendemos que la Ley de Farmacia atiende dicho asunto. Hacer referencia a la Ley 247, supra, Artículos 2.02 (3), 5.03, y el Reglamento 7902 (conocido como Reglamento 142) Artículo 8.11. Hay que atemperar el inciso (a) de ese Artículo 26, a la luz de los cambios introducidos como resultado de la adopción de recetas electrónicas. Sobre el inciso (d) del mismo artículo, resulta innecesario y hasta abusivo el que se le requiera a los proveedores de farmacia informes sobre las recetas en que se hayan hecho sustituciones, ya que esa información forma parte fundamental de los datos recopilados por el "pagador único", en este caso la Corporación, quien es el administrador con el control absoluto de la misma. Es más, dicha información forma parte de la facturación a ser pagada a los proveedores.

32. Las responsabilidades administrativas que se le imputaban a las aseguradoras deberán pasar a ser responsabilidades del "pagador único", o sea la Corporación. La misma deberá estar obligada a producir y analizar datos recopilados, producto de los servicios profesionales prestados por el proveedor de salud, así como del beneficiario o participante, exigidos anteriormente a las aseguradoras. Esos informes deberán formar parte fundamental las determinaciones administrativas de la Corporación, ya que las mismas no deben darse en el vacío.

33. Los salarios de los profesionales deben establecerse tomando en consideración, entre otras cosas, los salarios en el mercado general, incluyendo la disponibilidad de los mismos.

34. ¿Qué participación tendrá, si alguna, la Secretaria Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud, en adelante S.A.R.A.F.S., en la determinación de una facilidad de salud participante?

35. Artículo 29- El Fondo del PISPR

Inciso (c) – Nos preocupa la experiencia reciente del Retiro de Empleados del ELA, con relación a inversionistas y su participación.

Inciso (d) – Comprometerse en ley a mantener la contabilidad de ingresos y gastos al día nos parece poco realista.

Inciso (e)- Sugerimos se incorporen fuentes adicionales, incluyendo al Colegio de Contadores Públicos, así como representantes del paciente y sus proveedores, en la redacción/aprobación del reglamento para las operaciones del fondo.

Tenemos un ejemplo adicional que sostiene nuestra preocupación en relación a la “independencia de la Corporación”, y a la intervención directa del Ejecutivo a través de sus secretarios y las correspondientes agencias de gobierno.

Artículo 30. Primas y Contribuciones al Fondo.

37. Las retenciones del pago del seguro de salud por parte de los patronos se convierte en una carga/responsabilidad adicional para estos. El proyecto deberá considerar si se afectan las pensiones alimentarias de alguna forma ante una nueva retención obligatoria. No olvidemos que NO todos los patronos vienen obligados a ofrecer como beneficio la cubierta de un seguro de salud.

38. Un asalariado puede recibir ingresos de otras fuentes que no sean pensiones o salario, como es el caso de rentas, ¿estará esta persona obligada, en adición al 2% a ser pagado como asalariado, al pago de ese 3.5%?

Artículo 33.-Determinacion Anual Sobre Disponibilidad de Fondos.

39. ¿Con qué certeza, la Corporación podrá identificar la cantidad máxima que se podrá comprometer para ser desembolsada del fondo durante el año fiscal siguiente? ¿Qué probabilidades existen que las proyecciones se sostengan? ¿Qué posibilidades existen de que suceda lo que sucede año tras año con los presupuestos del Gobierno que nunca cuadran? ¿Cómo se van a garantizar los servicios de salud, y el pago a los proveedores de servicios de salud, según los términos establecidos en la ley vigente, si existen variables significativas en las aportaciones privadas al seguro? Así como los términos de pago de primas, los cuales no serán fuentes de ingresos mensuales.

40. Es materia de estudio el conferirle a “esta ley” mayor peso/relevancia que el Código de Seguros. Esta ley, de ser aprobada, sufrirá cuestionamientos e incertidumbre, normales dentro de la adopción de nuevos sistemas de salud. El Código de Seguros lleva vigente muchos años y pudiera representar una fuente de derechos más confiable a la hora de resolver una discrepancia o laguna en este proyecto.

41. El Artículo 44. Reclamaciones por daños y perjuicios, presenta un sin número de dudas. A quien le aplica la inmunidad es un asunto que resulta **no** estar claro. El inciso (a) así como la introducción al mismo es vago. ¿A quién se pretende darle inmunidad? ¿Al profesional de salud que verdaderamente asume el riesgo, y quien asume los costos de un seguro profesional privado? ¿O al profesional de oficina que ocupa un puesto de confianza dentro del Gobierno?

42. El Artículo 47- Poderes Generales de la Corporación ACPISPR, riñen con autoridades y facultades conferidas en el mismo proyecto a entes jurídicos que representan al ejecutivo y sus agencias. Entendemos que se le confiere un poder excesivo. “Emitir bonos, crear fideicomisos, expropiar, etc...”. Experiencias previas a esos efectos derrotan cualquier posible apoyo en estos momentos.

43. El P. del S. 15 establece en la página 77, inciso (t) que la Corporación podrá “Establecer su propia estructura administrativa y establecer, organizar y administrar sus propios sistemas de personal, presupuesto, contabilidad, compras y suministro, informes administrativos y cualquier otros sistemas administrativos, necesarios para una operación

eficiente y económica, sin sujeción a las disposiciones de la Ley de Personal del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, excepto aquellos de carácter general aplicable a las corporaciones públicas, y sin sujeción a la Ley de Compra y Suministro del Estado Libre Asociado de Puerto Rico ni a las reglas y reglamentos promulgados al amparo de dicha ley. Pero sin embargo, hay una intervención contradictoria en el mismo proyecto de ley, Página 80, cuando en el Artículo 49- Personal de la Corporación, se establece y citamos: "El sistema de personal autónomo que por esta Ley se faculta a la Corporación a establecer estará basado en el principio del mérito." ¿Qué propósito persigue esta intervención?

44. En la página 83, inciso 2 establece que se faculta además a la ACPISPR para: "Otorgar préstamos o concesiones o proveer cualquier otra asistencia financiera, según lo dispuesto en los incisos (c) al (f) de este Artículo." Nos preguntamos, ¿sobre qué fuente de ingresos se va a tomar el dinero a darse en calidad de préstamo o concesión? Entendemos que las fuentes de ingresos -ninguna de ellas- contempla ese uso. ¿A quién irán a favorecer las mismas? ¿Será que la Corporación pretende abrogarse facultades propias de una institución financiera? ¿Con qué propósito? De igual manera, nos resultaría inaceptable que la Corporación le haga donaciones y/o contribuciones económicas a entidades privadas. Igual desatino se repite en la página 86, inciso (c) y (d). Esas facultades dan lugar a prácticas políticas inaceptables y condenables que le restan credibilidad y confianza a este proyecto.

CONCLUSIÓN:

Nos reiteramos en que el P. del S. 15 carece del favor de la **AFCPR**. Para recibir nuestro apoyo tendría que sufrir cambios sustanciales. Nos preocupa seriamente la situación económica fiscal por la cual atraviesa Puerto Rico. Y pensamos que no es el momento para adoptarlo.

Este proyecto es una ambicioso pero muy costoso. No creemos que el Gobierno esté capacitado para asumir la responsabilidad que pretende a través de este proyecto. Los fundamentos que sostienen nuestra posición lo son: la forma en que opera SARAFS, ASSMCA, las Junta de Profesionales de la Salud, la falta de recursos humanos, el proyecto

de PRHIE, la implementación de nuevas prácticas dentro de lo que se conoce como ObamaCare.

Hay que gatear, luego caminar para finalmente correr. Y el Departamento de Salud y sus dependencias necesitan actualizarse, y estar al nivel de competencia que requiere este proyecto. Hacer lo contrario pudiera ser el comienzo del fracaso del mismo.

Siempre a la disposición de ustedes.

Listado de Documentos:

1. Informe Estudio Egresados 2003-2004 al 2004-2005. (Refiérase a las páginas de la 40 a la 51.)
2. whr06_es : buscar en internet.

**Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
Decanato de Asuntos Académicos
Oficina de Planificación, Investigación y Avalúo Institucional**

**Estudio de Egresados del Recinto de Ciencias Médicas-UPR
Cohorte 2003-04/2004-05**

**Profa. María E. Quintero
Investigadora Principal**

**Dra. Wanda L. Barreto
Editora y Directora**

Oficina de Planificación, Investigación y Avalúo Institucional

Abril de 2011

Tabla 2 - Características Socio-demográficas de los Egresados por Escuela

Características	RCM		Esc. Medicina		Esc. Medicina Dental		Esc. Farmacia		Esc. Grad. Salud Pública		Esc. Profesiones de Salud		Esc. Enfermería	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
n=	270	100	28	100	14	100	17	100	79	100	85	100	47	100
Sexo														
Femenino	212	78.5	19	67.9	7	50.0	14	82.4	61	77.2	75	88.2	36	76.6
Masculino	58	21.5	9	32.1	7	50.0	3	17.6	18	22.8	10	11.8	11	23.4
Edad														
29 años ó menos	131	48.5	17	60.7	5	35.7	10	58.8	21	26.6	57	67.1	21	44.7
30-39	87	32.2	10	35.7	9	64.3	7	41.2	34	43.0	20	23.5	7	14.9
40-49	30	11.1	-	-	-	-	-	-	11	13.9	6	7.1	13	27.7
50-59	20	7.4	1	3.6	-	-	-	-	12	15.2	2	2.4	5	10.6
60 años ó más	2	0.7	-	-	-	-	-	-	1	1.3	-	-	1	2.1
Estado civil														
Nunca casado(a)	93	34.4	11	39.3	4	28.6	6	35.3	31	39.2	30	35.3	11	23.4
Casado(a) legalmente o convive	150	55.6	17	60.7	9	64.3	11	64.7	38	48.1	48	56.5	27	57.4
Separado, viudo o divorciado	27	10.0	-	-	1	7.1	-	-	10	12.7	7	8.2	9	19.1

Tabla 3 - Características Académicas de los Egresados por Escuela

Grado académico más alto obtenido en el RCM	n	Grado Asoc.		Bachillerato		Cert. Post		1er Nivel Profesional		Maestría		MS Post Doc		Cert. Post Grad		Doctorado	
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
RCM	270	3	1.1	67	24.8	15	5.6	48	17.8	12	44.8	1	0.4	12	4.4	3	1.1
Esc. Medicina	28	-	-	-	-	-	-	25	89.3	1	3.6	-	-	-	-	2	7.1
Esc. Medicina Dental	14	-	-	-	-	-	-	11	78.6	-	-	1	7.1	2	14.3	-	-
Esc. Farmacia	17	-	-	-	-	-	-	12	70.6	5	29.4	-	-	-	-	-	-
Esc. Graduada Salud	79	-	-	-	-	3	3.8	-	-	65	82.3	-	-	10	12.7	1	1.3
Esc. Profesiones de Salud	85	3	3.5	41	48.2	12	14.1	-	-	29	34.1	-	-	-	-	-	-
Esc. Enfermería	47	-	-	26	55.3	-	-	-	-	21	44.7	-	-	-	-	-	-

Estudios completados en el tiempo establecido por el programa	n=	RCM		Esc. Medicina		Esc. Medicina Dental		Esc. Farmacia		Esc. Grad. Salud Pública		Esc. Profesiones de Salud		Esc. Enfermería	
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Si	270	270	100	28	100	14	100	17	100	79	100	85	100	47	100
No	239	239	88.5	26	92.9	12	85.7	17	100.0	63	79.7	76	89.4	45	95.7
No contestó / missing	30	30	11.1	2	7.1	2	14.3	0	-	15	19.0	9	10.6	2	4.3
Aprobación de reválida o certificación profesional para ejercer	1	1	0.4	-	-	-	-	-	-	1	1.3	-	-	-	-
Tomó una vez y aprobó	122	122	45.2	22	78.6	10	71.4	11	64.7	4	5.1	50	58.8	25	53.2
Tomó más de una vez y aprobó	29	29	10.7	2	7.1	3	21.4	1	5.9	5	6.3	14	16.5	4	8.5
Tomó examen pero no conoce resultados	0	0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
No lo aprobó	2	2	0.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4.3
Tiene planes de tomarlo	9	9	3.3	1	3.6	-	-	-	-	3	3.8	5	5.9	-	-
No piensa tomarlo	1	1	0.4	-	-	-	-	-	-	1	1.3	-	-	-	-
No le aplica	86	86	31.9	3	10.7	-	-	4	23.5	60	75.9	9	10.6	10	21.3
No contestó / missing	21	21	7.8	-	-	1	7.1	1	5.9	6	7.6	7	8.2	6	12.8

Institución donde continuó estudios	RCM		Esc. Medicina		Esc. Medicina Dental		Esc. Farmacia		Esc. Grad. Salud Pública		Esc. Profesiones de Salud		Esc. Enfermería	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
n=	81	100	24	100	6	100	2	100	19	100	21	100	9	100
Recinto de Ciencias Médicas	23	28.4	13	54.2	3	50.0	-	-	1	5.3	4	19.0	2	22.2
Otro recinto de la UPB	2	2.5	2	8.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Universidad privada en PR	29	35.8	-	-	1	16.7	-	-	12	63.2	11	52.4	5	55.6
Universidad fuera de PR	23	28.4	7	29.2	2	33.3	1	50.0	5	26.3	6	28.6	2	22.2
Hospital de Veteranos	1	1.2	-	-	-	-	1	50.0	-	-	-	-	-	-
No contestó/missing	3	3.7	2	8.3	-	-	-	-	1	5.3	-	-	-	-
Area en la cual continuó estudios	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
n=	81	100	24	100	6	100	2	100	19	100	21	100	9	100
En área de especialidad	46	56.8	19	79.2	6	100.0	2	100.0	5	26.3	8	38.1	6	66.7
En otra área relacionada	19	23.5	3	12.5	-	-	-	-	7	36.8	8	38.1	1	11.1
En otra área no relacionada	12	14.8	-	-	-	-	-	-	5	26.3	5	23.8	2	22.2
No contestó/missing	4	4.9	2	8.3	-	-	-	-	2	10.5	-	-	-	-
Nivel de estudio continuado	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
n=	81	100	24	100	6	100	2	100	19	100	21	100	9	100
Bachillerato	5	6.2	-	-	-	-	-	-	2	10.5	3	14.3	-	-
Cert. Post-Bachillerato	3	3.7	-	-	-	-	-	-	2	10.5	1	4.8	-	-
Maestría	16	19.8	-	-	-	-	1	50.0	-	-	8	38.1	7	77.8
1er Nivel Profesional	10	12.3	-	-	-	-	-	-	7	36.8	3	14.3	-	-
Doctorado	15	18.5	-	-	1	16.7	-	-	6	31.6	6	28.6	2	22.2
Residencia	13	16.0	13	54.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Especialidad/Subespecialidad	12	14.8	9	37.5	2	33.3	1	50.0	-	-	-	-	-	-
Maestría Post-Doctoral	2	2.5	1	4.2	-	-	-	-	1	5.3	-	-	-	-
Certificación	3	3.7	-	-	3	50.0	-	-	-	-	-	-	-	-
No contestó/missing	2	2.5	1	4.2	-	-	-	-	1	5.3	-	-	-	-
Planes de estudio en el futuro	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
n=	187	100	4	100	7	100	15	100	60	100	63	100	38	100
Si	87	46.52	-	-	-	-	3	20.0	31	51.7	27	42.9	26	68.4
No	43	22.99	3	75	5	71.43	9	60	5	8.3	18	28.6	3	7.9
No estoy seguro(a)	54	28.88	1	25	2	28.57	3	20	23	38.3	18	28.6	7	18.4
No contestó/missing	3	1.604	-	-	-	-	-	-	1	1.7	-	-	2	5.3

Tabla 5 - Características de Empleo de los Egresados por Escuela

Tabla 5 - Características de Empleo de los Egresados por Escuela

Situación de empleo	RCM		Esc. Medicina		Esc. Medicina Dental		Esc. Farmacia		Esc. Grad. Salud Pública		Esc. Profesiones de Salud		Esc. Enfermería	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
<i>n</i> =	270	100	28	100	14	100	17	100	79	100	85	100	47	100
Trabaja	241	89.3	18	64.3	14	100.0	17	100.0	69	87.3	78	91.8	45	95.7
Trabaja/Residencia	5	1.9	5	17.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trabaja/Especialidad	1	0.4	1	3.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trabaja y estudia	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1
Estudia	4	1.5	-	-	-	-	-	-	3	3.8	-	-	1	2.1
Estudia/Residencia	2	0.7	2	7.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estudia/Fellow	1	0.4	1	3.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estudia/Internado	1	0.4	-	-	-	-	-	-	1	1.3	-	-	-	-
Desempleado	6	2.2	1	3.6	-	-	-	-	2	2.5	3	3.5	-	-
Nunca ha trabajado	3	1.1	-	-	-	-	-	-	2	2.5	1	1.2	-	-
Se dedica a ser ama de casa	1	0.4	-	-	-	-	-	-	1	1.3	-	-	-	-
En licencia	2	0.7	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2.4	-	-
Trabajo voluntario	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.2	-	-
No contestó/missing	1	0.4	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Razón no trabaja														
<i>n</i> =	21	100	4	100	0	0	0	0	9	100	7	100	1	100
Estudiando	8	38.1	-	-	-	-	-	-	4	44.4	3	42.9	1	100.0
Completando residencia/	3	14.3	3	75.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
No ser bilingüe	1	4.8	1	25.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Se dedica a ser ama de casa	3	14.3	-	-	-	-	-	-	2	22.2	1	14.3	-	-
No hay plazas disponibles	1	4.8	-	-	-	-	-	-	1	11.1	-	-	-	-
No tiene licencia para ejercer	1	4.8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	14.3	-	-
Sobre cualificado	1	4.8	-	-	-	-	-	-	1	11.1	-	-	-	-
Haciendo internado	1	4.8	-	-	-	-	-	-	1	11.1	-	-	-	-
Evangelizadora	1	4.8	-	-	-	-	-	-	1	11.1	-	-	-	-
No contestó/missing	1	4.8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	14.3	-	-
	1	4.8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	14.3	-	-

Trabaja en campo relacionado área especialidad de estudio	RCM		Esc. Medicina		Esc. Medicina Dental		Esc. Farmacia		Esc. Salud Pública		Esc. Profesiones de Salud		Esc. Enfermería	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
n=	249	100	24	100	14	100	17	100	70	100	78	100	46	100
Sí	224	90.0	23	95.8	14	100.0	17	100.0	55	78.6	72	92.3	43	93.5
No	25	10.0	1	4.2	-	-	-	-	15	21.4	6	7.7	3	6.5

Razón no trabaja en campo relacionado	RCM		Esc. Medicina		Esc. Medicina Dental		Esc. Farmacia		Esc. Salud Pública		Esc. Profesiones de Salud		Esc. Enfermería	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
n=	25	100	1	100	0	0	0	0	15	100	6	100	3	100
No habían plazas disponibles	8	32.0	1	100.0	-	-	-	-	5	33.3	1	16.7	1	33.3
Más y mejores beneficios en área que trabaja actualmente	9	36.0	-	-	-	-	-	-	4	26.7	3	50.0	2	66.7
Perdió interés profesional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambiaron sus intereses	2	8.0	-	-	-	-	-	-	1	6.7	1	16.7	-	-
Denegado por falta de experiencia	1	4.0	-	-	-	-	-	-	1	6.7	-	-	-	-
Trabaja en negocio propio	2	8.0	-	-	-	-	-	-	2	13.3	-	-	-	-
No ha tenido tiempo de cambiar de profesión y ejercer	1	4.0	-	-	-	-	-	-	1	6.7	-	-	-	-
Continuó estudios	1	4.0	-	-	-	-	-	-	1	6.7	-	-	-	-
No hay muchas oportunidades de empleo	1	4.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	16.7	-	-

Empleo en área de especialidad es único empleo o empleo principal	RCM		Esc. Medicina		Esc. Medicina Dental		Esc. Farmacia		Esc. Grad. Salud Pública		Esc. Profesiones de Salud		Esc. Enfermería	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
n=	224	100	23	100	14	100	17	100	55	100	72	100	43	100
Si	209	93.3	21	91.3	14	100.0	17	100.0	52	94.5	66	91.7	39	90.7
No	11	4.9	2	8.7	-	-	-	-	1	1.8	5	6.9	3	7.0
No contestó/missing	4	1.8	-	-	-	-	-	-	2	3.6	1	1.4	1	2.3
Cantidad de empleos que posee	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
n=	224	100	23	100	14	100	17	100	55	100	72	100	43	100
Uno	153	68.3	21	91.3	8	57.1	15	88.2	38	69.1	42	58.3	29	67.4
Dos	54	24.1	-	-	4	28.6	2	11.8	13	23.6	24	33.3	11	25.6
Más de dos	13	5.8	2	8.7	2	14.3	-	-	3	5.5	5	6.9	1	2.3
No contestó/missing	4	1.8	-	-	-	-	-	-	1	1.8	1	1.4	2	4.7
Razón para tener más de un empleo	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
n=	67	100	2	100	6	100	2	100	16	100	29	100	12	100
Aumentar ingresos	36	53.7	1	50.0	2	33.3	2	100.0	11	68.8	15	51.7	5	41.7
Aumentar experiencia	15	22.4	-	-	2	33.3	-	-	3	18.8	5	17.2	5	41.7
Ha decidido trabajar fuera de su especialidad	1	1.5	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.4	-	-
Dificultad para conseguir empleo a tarea completa	6	9.0	-	-	-	-	-	-	-	-	6	20.7	-	-
Militar	2	3.0	-	-	-	-	-	-	2	12.5	-	-	-	-
Diversidad en mi especialidad	1	1.5	1	50.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ayudar a la profesión	1	1.5	-	-	1	16.7	-	-	-	-	-	-	-	-
Lleva 20 años en empleo en gobierno	1	1.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mucha demanda por mi servicio	1	1.5	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.4	-	-
No contestó/missing	3	4.5	-	-	1	16.7	-	-	-	-	-	-	2	16.7

Tiempo demoró en conseguir empleo en su área de especialidad de estudio	RCM		Esc. Medicina		Esc. Medicina Dental		Esc. Farmacia		Esc. Grad. Salud Pública		Esc. Profesiones de Salud		Esc. Enfermería	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
n=	224	100	23	100	14	100	17	100	55	100	72	100	43	100
Menos de 1 mes	105	46.9	18	78.3	9	64.3	11	64.7	17	30.9	34	47.2	16	37.2
De 1 a 6 meses	53	23.7	2	8.7	4	28.6	-	-	10	18.2	22	30.6	15	34.9
De 6 meses a 1 año	20	8.9	-	-	-	-	1	5.9	7	12.7	11	15.3	1	2.3
Más de 1 año	15	6.7	-	-	-	-	1	5.9	6	10.9	3	4.2	5	11.6
Inmediatamente	1	0.4	-	-	-	-	1	5.9	-	-	-	-	-	-
Ya estaba trabajando antes	26	11.6	1	4.3	-	-	3	17.6	15	27.3	2	2.8	5	11.6
Luego de especialidad	2	0.9	1	4.3	1	7.1	-	-	-	-	-	-	-	-
Residencia	1	0.4	1	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
No contestó/missing	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.3
Jornada que trabaja	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
n=	224	100	23	100	14	100	17	100	55	100	72	100	43	100
Completa (40hrs)	158	70.5	18	78.3	6	42.9	15	88.2	41	74.5	44	61.1	34	79.1
Parcial (<40hrs)	21	9.4	2	8.7	5	35.7	1	5.9	5	9.1	7	9.7	1	2.3
Combinación completa y	32	14.3	2	8.7	2	14.3	1	5.9	6	10.9	14	19.4	7	16.3
Todos parcial	12	5.4	1	4.3	1	7.1	-	-	2	3.6	7	9.7	1	2.3
No contestó/missing	1	0.4	-	-	-	-	-	-	1	1.8	-	-	-	-

Trabaja para...	RCM		Esc. Medicina		Esc. Medicina Dental		Esc. Farmacia		Esc. Grad. Salud Pública		Esc. Profesiones de Salud		Esc. Enfermería	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
n=	224	100	23	100	14	0	17	0	55	100	72	100	43	100
Gobierno estatal (PR)	42	18.8	6	26.1	1	7.1	-	-	17	30.9	10	13.9	8	18.6
Gobierno Federal	23	10.3	5	21.7	1	7.1	1	5.9	4	7.3	4	5.6	8	18.6
Gobierno Municipal	4	1.8	-	-	-	-	-	-	1	1.8	-	-	3	7.0
Corporación pública	16	7.1	1	4.3	2	14.3	-	-	5	9.1	3	4.2	5	11.6
Empresa privada	118	52.7	10	43.5	4	28.6	16	94.1	22	40.0	48	66.7	18	41.9
Negocio propio	20	8.9	1	4.3	6	42.9	-	-	6	10.9	6	8.3	1	2.3
No contestó/missing	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.4	-	-
Lugar donde trabaja	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
n=	224	100	23	100	14	0	17	0	55	100	72	100	43	100
Hospital	73	32.6	16	69.6	-	-	2	11.8	4	7.3	21	29.2	30	69.8
Cinica	14	6.3	2	8.7	3	21.4	-	-	4	7.3	3	4.2	2	4.7
Práctica privada	45	20.1	2	8.7	9	64.3	7	41.2	3	5.5	24	33.3	-	-
Institución académica	24	10.7	3	13.0	1	7.1	-	-	10	18.2	5	6.9	5	11.6
Compañía farmacéutica	12	5.4	-	-	-	-	5	29.4	5	9.1	1	1.4	1	2.3
Farmacia de cadena	1	0.4	-	-	-	-	1	5.9	-	-	-	-	-	-
Compañía de seguros de salud	7	3.1	-	-	-	-	2	11.8	2	3.6	2	2.8	1	2.3
Compañía de prestación de servicios de salud	20	8.9	-	-	-	-	-	-	10	18.2	9	12.5	1	2.3
Centros especializados (geriatria, rehabilitación, head start, etc)	5	2.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.3
Oficina gubernamental	6	2.7	-	-	-	-	-	-	5	9.1	1	1.4	-	-
Departamento de Salud	6	2.7	-	-	-	-	-	-	5	9.1	1	1.4	-	-
CDT	1	0.4	-	-	-	-	-	-	1	1.8	-	-	-	-
Departamento de Salud Federal	1	0.4	-	-	-	-	-	-	1	1.8	-	-	-	-
Compañía de sistemas de	2	0.9	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2.8	-	-
Entidad benéfica /Organización	2	0.9	-	-	-	-	-	-	2	3.6	-	-	-	-
Forense	1	0.4	-	-	-	-	-	-	1	1.8	-	-	-	-
No contestó/missing	4	1.8	-	-	1	7.1	-	-	-	-	1	1.4	2	4.7

Tareas desempeñadas relacionadas a ...	RCM		Esc. Medicina		Esc. Medicina Dental		Esc. Farmacia		Esc. Salud Pública		Esc. Profesiones de Salud		Esc. Enfermería	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
n=	224	100	23	100	14	0	17	0	55	100	72	100	43	100
Enseñanza	13	5.8	1	4.3	-	-	-	-	5	9.1	3	4.2	4	9.3
Administración	36	16.1	14	60.9	-	-	4	23.5	11	20.0	4	5.6	3	7.0
Investigación	14	6.3	-	-	-	-	1	5.9	10	18.2	3	4.2	-	-
Servicio clínico/médico/dental	62	27.7	-	-	11	78.6	3	17.6	5	9.1	40	55.6	3	7.0
Cuidado directo al paciente	49	21.9	4	17.4	1	7.1	6	35.3	5	9.1	13	18.1	20	46.5
Orientación	7	3.1	-	-	-	-	-	-	1	1.8	2	2.8	4	9.3
Subespecialidad en genética	1	0.4	1	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coordinación de servicios	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.3
Primeros auxilios	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.3
Manufactura	-	-	-	-	-	-	1	5.9	-	-	1	1.4	-	-
Validación	-	-	-	-	-	-	2	11.8	-	-	-	-	-	-
Adiestramientos	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.8	-	-	-	-
Análisis estadístico	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.8	-	-	-	-
Salud y seguridad	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5.5	-	-	-	-
Asesoría	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.8	-	-	-	-
Supervisión	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.8	-	-	-	-
Inspector/Auditoría de calidad	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3.6	-	-	-	-
Sistema de vigilancia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.8	-	-	-	-
Análisis clínico (DNA)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.8	-	-	-	-
Servicio al cliente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Servicio al estudiante	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.4	-	-
No contestó/missing	23	10.3	3	13.0	2	14.3	-	-	7	12.7	4	5.6	7	16.3

	RCM		Esc. Medicina		Esc. Medicina Dental		Esc. Farmacia		Esc. Grad. Salud Pública		Esc. Profesiones de Salud		Esc. Enfermería	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
n=	224	100	23	100	14	0	17	0	55	100	72	100	43	100
Menos de 1 año	31	13.8	6	26.1	3	21.4	2	11.8	3	5.5	8	11.1	9	20.9
De 1 a 2 años	52	23.2	3	13.0	5	35.7	7	41.2	13	23.6	15	20.8	9	20.9
De 3 a 4 años	95	42.4	13	56.5	5	35.7	4	23.5	15	27.3	41	56.9	17	39.5
De 5 a 6 años	12	5.4	1	4.3	-	-	-	-	10	18.2	1	1.4	-	-
Más de 6 años	33	14.7	-	-	1	7.1	4	23.5	14	25.5	7	9.7	7	16.3
No contestó/missing	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.3

⚡ Tiempo en el empleo

	RCM		Esc. Medicina		Esc. Medicina Dental		Esc. Farmacia		Esc. Grad. Salud Pública		Esc. Profesiones de Salud		Esc. Enfermería	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
n=	249	100.0	24	100	14	100.0	17	100	70	100	78	100.0	46	100
Menos de \$10,000	7	2.8	-	-	-	-	-	-	3	4.3	2	2.6	-	-
\$10,000 - 19,999	14	5.6	2	8.3	-	-	-	-	2	2.9	8	10.3	-	-
\$20,000 - 29,999	57	22.9	4	16.7	-	-	-	-	11	15.7	32	41.0	9	19.6
\$30,000 - 39,999	60	24.1	5	20.8	1	7.1	-	-	18	25.7	21	26.9	17	37.0
\$40,000 - 49,999	38	15.3	3	12.5	1	7.1	-	-	16	22.9	8	10.3	9	19.6
\$50,000 - 59,999	21	8.4	4	16.7	-	-	2	11.8	8	11.4	3	3.8	6	13.0
\$60,000 - 69,999	17	6.8	2	8.3	3	21.4	1	5.9	5	7.1	3	3.8	1	2.2
\$70,000 ó más	33	13.3	4	16.7	7	50.0	14	82.4	7	10.0	1	1.3	4	8.7
No contestó/missing	2	0.8	-	-	2	14.3	-	-	-	-	-	-	-	-

⚡ Ingreso anual

Tabla 6 – Satisfacción General de los Egresados con el Empleo

Satisfacción, en general, con su empleo	n	Muy satisfecho		Satisfecho		Insatisfecho		Muy insatisfecho		No contestó	
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
RCM	249	109	43.8	121	48.6	16	6.4	2	0.8	1	0.4
Esc. Medicina	24	15	62.5	9	37.5	-	-	-	-	-	0.0
Esc. Medicina Dental	14	10	71.4	3	21.4	-	-	-	-	1	7.1
Esc. Farmacia	17	8	47.1	9	52.9	-	-	-	-	-	-
Esc. Graduada Salud Pública	70	27	38.6	34	48.6	7	10.0	2	2.9	-	-
Esc. Profesiones de Salud	78	26	33.3	45	57.7	7	9.0	-	-	-	-
Esc. Enfermería	46	23	50.0	21	45.7	2	4.3	-	-	-	-