

MARCO CONCEPTUAL PARA EL DESARROLLO DE UN MODELO DE INDICADORES DE DESEMPEÑO PARA EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE PUERTO RICO

INTRODUCCIÓN

Este documento presenta la información a incorporarse en el modelo de indicadores de desempeño para el Departamento de Salud en Puerto Rico. El mismo utiliza la nomenclatura y metodología descrita en el documento "Apuntes sobre el sistema de medición del desempeño: Modelo para el diseño de indicadores por agencia" que forma parte de este informe. Se evalúa la función pública de la agencia, su ejecución en relación a los estándares internacionales, la misión de la agencia y la política pública prevaeciente en el área. Se incluye y se analiza información sobre: las pautas y recomendaciones de organismos internacionales ligados al desarrollo de política pública en el área de salud, cómo ha evolucionado la política pública en esta área, cuál ha sido el papel del Departamento de Salud (DS) en la formulación e implementación de dicha política, y cómo compara Puerto Rico con la comunidad internacional. Además se analiza la estructura organizacional y programática de la agencia.

A base de este análisis se pasa a definir los indicadores de salud que corresponden a los niveles de prioridad identificados en el documento de metodología. Debemos señalar que este documento trabaja con los indicadores del Departamento de Salud solamente. En el caso de salud, se han creado nuevas agencias que están directamente ligadas a la política de salud pública en Puerto Rico y que deben incluirse en fases posteriores de este proyecto para tener un modelo de evaluación completo de las agencias del sector. Estas incluyen Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM), la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), y Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), entre estas se le debe dar particular atención a ASES que administra el programa de la Reforma de Salud.¹

DESCRIPCIÓN DEL ÁREA TEMÁTICA Y SU RELEVANCIA SOCIAL

La salud es un derecho universal, según lo describe el Artículo 25 de la Declaración de los Derechos Humanos Universales de la Asamblea General de las Naciones Unidas, cuando indica que: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad,

¹ Actualmente se presentó un proyecto de ley para unificar a ASSMCA dentro del Departamento de Salud.

invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.²

Por esta razón, se creó en 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el fin de que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud alcanzable. La Constitución de la OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es a base de esta definición que se enumeran las metas generales que la Organización de las Naciones Unidas ha trazado y busca cumplir mediante la creación de la OMS. Estas son: el aumento de la longevidad, la disminución de la mortalidad infantil y el control de las enfermedades.

Como parte fundamental que afecta los objetivos anteriormente mencionados y especialmente con respecto a la última, la OMS ha establecido las siguientes prioridades: reducir la incidencia de paludismo y tuberculosis mediante la colaboración mundial; fortalecer la vigilancia, supervisión y capacidad de respuesta en relación con las enfermedades propagadas a escala mundial; mitigar los efectos de las enfermedades intensificando la aplicación periódica de prevención y control; renovar los conocimientos, los métodos de intervención, las estrategias de aplicación y la capacidad de investigación para su utilización en los países en desarrollo; y la promoción de la atención primaria de la salud, el suministro de medicamentos esenciales, la mejora de la salubridad de las ciudades y la promoción de entornos y estilos de vida sanos (CINU, 2015). También establece objetivos y parámetros básicos a seguir como el desarrollo saludable de los niños; el fin de lograr por parte de cualquier Estado la promoción y la protección de la salud; la extensión de los beneficios médicos, psicológicos y otros relacionados a todos los miembros de la sociedad. La Constitución de la OMS claramente establece que los gobiernos tienen la responsabilidad sobre la salud de su sociedad, lo que solo puede ser alcanzado con la provisión de salud adecuada y medidas sociales efectivas (“Constitution of WHO”, 2015).

En el 2005 los países miembros de la OMS se comprometieron en alcanzar una cobertura de salud universal. Este compromiso colectivo responde a la necesidad de brindar acceso a los servicios de salud a todos los miembros de la sociedad como motor del desarrollo humano. Es decir, que la salud universal va más allá de los aspectos financieros y fiscales, sino que esta brinda a la sociedad oportunidades de bienestar, desarrollo económico y educativo, ya que ambientes saludables se traducen en gente saludable; servicios de salud preventiva y curativa se traducen en protección de los ingresos; y de la misma manera niños saludables y adultos saludables podrán contribuir mejor social y económicamente a la sociedad (Dye, et al 2013). El objetivo de alcanzar la salud universal se ha dividido en dos vertientes; una es la cobertura universal, que implica que las personas obtendrán directamente los servicios, los beneficios y la protección financiera del sistema de salud; y la otra vertiente es la de acceso universal, que tiene como fin garantizar las oportunidades o las posibilidades para que todas las personas tengan acceso a la salud (Evans, et al 2013).

Es importante revisar la diversidad de sistemas de salud que actualmente se están utilizando en algunos países del mundo y cuáles son sus características y beneficios. En una visión general se

² Declaración Universal de Derechos Humanos. (s.f.). Retrieved May 15, 2015, from http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml

presentan los sistemas de salud de Estados Unidos, Canadá y México, sus características, ventajas y desventajas. Estos representan tres tipos de sistemas de provisión, el primero que descansa en la provisión de servicios por el sector privado, el segundo que enfatiza en la provisión de servicios públicos y el tercero que presenta un sistema híbrido.

El sistema de salud de EE.UU. funciona como un sistema de tarifa por servicio brindado, donde el paciente le paga directamente al doctor por el servicio brindado o a una empresa aseguradora que le paga la respectiva tarifa al doctor. Es decir, la financiación de la salud pública es relativamente pequeña (comparada con otros países de altos ingresos). El Estado provee cobertura médica a los jubilados (a través de Medicare) y a los sectores vulnerables (a través de Medicaid). Aunque esto solo representa el 30% de la población con cobertura, está cubierta de fondos públicos aporta el 48% del gasto en salud del país. El gasto privado a través de terceros contribuye con el 40% (que cubre al 54% de la población cubierta) y el gasto individual de ingresos propios (“directamente de su bolsillo”) contribuye el 12% restante (Rice, et al, 2013, p. 22). Este es un sistema de libre selección de proveedores de servicio que le da la libertad a las personas a elegir de acuerdo a sus preferencias. Sin embargo, es el sistema de salud que destina mayor cantidad de gasto en salud per cápita en el mundo, con aproximadamente \$7,500, alrededor de un 66% más que el segundo país que mayor gasto tiene, que es Noruega con \$5,000 según datos de la OECD en 2010³.

En Canadá el sistema de salud es muy diferente, este sistema es uno de cubierta universal donde el 70% de sus fondos provienen de los recaudos por concepto de impuestos y donde se le brindan, sin costo alguno, los servicios de salud a sus residentes. El sistema, si bien es público, es uno relativamente descentralizado ya que una parte significativa de la administración de fondos recae en las provincias y territorios, y no en el gobierno federal. Además, los médicos participan de la red como contratistas individuales y existen muchas organizaciones regionales de salud y hasta hospitales administrados por el sector privado que apoyan a los gobiernos provinciales, contribuyendo a cierta descentralización. Todos los servicios médicos necesarios tales como hospitalización y estudios diagnósticos son cubiertos bajo el sistema. Las medicinas se proveen gratuitamente o son subsidiadas por algunas provincias y territorios (Marchildon, 2013).

Canadá posee uno de los índices de expectativa de vida más altos en la OECD (81 años) y un gasto per cápita en salud de aproximadamente \$4,000 según la OECD⁴. Sin embargo, el sistema ha tenido algunas críticas sobre todo por el tiempo de demora en la provisión de servicios y un desempeño relativamente pobre (comparado con otros países de la OECD) en salud infantil y materna.

El sistema de salud en México es uno con muchas particularidades, con un sector público que ofrece servicios gratuitos pero que atiende un espectro pequeño de la cobertura de salud, contando solo con un tercio de las camas de los hospitales en todo el sistema hospitalario del país. Un 49% de la población no tiene cubierta de salud pero tienen acceso a los servicios (pagan por los servicios mediante ingresos propios), mientras un 3% no tiene acceso a servicios de salud (2005). El resto de la población se divide en asegurados privados y públicos. Hay que recalcar que México destina 6.1% de su PBI a la salud, de los cuales 2.1%⁵ corresponde al gasto público, una de las cifras más bajas

³ Ver OECD Health Data 2010.

⁴ Ver OECD Health Data 2010.

⁵ Datos de OECD de 2002.

inclusive entre países de Latinoamérica como Argentina, Brasil y Costa Rica. México ha alcanzado muchas mejoras en salud infantil, materna y en expectativa de vida pero con un sistema altamente fragmentado donde el Estado solo aporta el 45% de gasto, este no ha sido efectivo en brindar un sistema de salud universal, de hecho la mayoría de las personas deben afrontar mediante gastos de seguro, o directamente de su “bolsillo”, los servicios de salud (OECD, 2005).

LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD EN PUERTO RICO Y EL ROL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

En Puerto Rico, el siglo XX trajo consigo un marcado aumento en los estándares de vida y por ende también mejorías notables en los indicadores de salud. Esto a su vez ha sido acompañado de transformaciones importantes en el ofrecimiento de servicios de salud y en el papel del estado como ente promocional de la salud pública en Puerto Rico.

Desde los tiempos de la colonización española la provisión de servicios médicos a las personas desprovistas había recaído sobre los gobiernos municipales y las instituciones religiosas. En el 1917, con la creación del Departamento de Salud (Sanidad) el gobierno central comienza a tener un rol más importante en el desarrollo e implantación de las políticas de salud pública en Puerto Rico. En la década de los 1920's se comenzó con la creación de las Unidades de Salud Pública las cuales enfatizaban la prevención y promoción de la salud, dejando la medicina curativa a los municipios y las entidades caritativas. A su vez el Gobierno Federal, durante la década de los 30's fue creando un sistema paralelo de dispensarios para sus empleados y familiares. Éstos, luego de que terminara el programa de la PRRA, pasaron a ser parte del sistema estatal. A finales de esta década también se terminaron de construir hospitales de distrito que servían a su vez de centros de enseñanza. Para el 1940 sistema de salud pública en Puerto Rico contaba con las unidades de salud, los dispensarios rurales, los hospitales municipales y 5 hospitales de distrito (Maldonado, s.f.). Estos hospitales de distrito tenían como propósito atender casos que requerían de recursos que no estaban disponibles en los hospitales municipales (Rigau-Pérez, 2000)

En las dos décadas posteriores, por un lado se consolida un sistema jerárquico de provisión de servicios a nivel público, el cual tenía como base los centros de servicio de salud municipales (que luego pasaron a ser Centros de Diagnóstico y Tratamiento), los hospitales de área para cuidados secundarios, los hospitales de distrito para cuidados terciarios y los hospitales que forman parte del Centro Médico de Río Piedras para ciudad supra-terciario. Por otro lado, el surgimiento de aseguradoras como Cruz Azul y Triple S, el advenimiento de Medicare y la ley Hill-Burton de 1946 (la cual promovía la inversión en hospitales) ayudaron al fortalecimiento simultáneo de un sistema de provisión de servicios a nivel privado para los grupos asegurados o pudientes. Esto dio paso a un sistema dual que fue criticado por diferencias en la calidad de los servicios. Entre las limitaciones del sistema regionalizado estaban una reducción en la calidad de los servicios a niveles primarios (Comisión para Evaluar el Sistema de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, 2005).

En el 1973 se nombra por primera vez una comisión para establecer un seguro de salud universal en Puerto Rico, cuyas recomendaciones nunca fueron implantadas. En los años 80's se producen los

primeros intentos de privatización de hospitales públicos (Rigau-Pérez, 2000). Ramírez (2012) señala que el saldo de estas transformaciones culminó en la competencia entre el sistema público y el sistema privado. A principios de los 90's, el 75% de la oferta de médica hospitalaria se concentraba en los hospitales privados. La competencia del sector privado, así como los avances tecnológicos contribuyeron a un aumento sustancial en los costos del sistema público.

Durante ese período de transformación del sistema de salud que se dió el siglo XX, se da a su vez un cambio en las prioridades. El crecimiento económico se tradujo también en mejores condiciones de salud superando "la transición epidemiológica del predominio de causas infecciosas a causas crónicas de mortalidad" (Rigau-Pérez, 2000, p.363)

En el 1993 se dá un nuevo giro a la política pública en Puerto Rico al implantarse la Reforma de Salud. Esta reforma iba dirigida a sustituir el sistema de provisión de servicios públicos por un programa de subsidio a los médico indigentes para que pudieran acceder los servicios en el mercado privado, sistema más parecido a la prestación de servicios en Estados Unidos. Los pilares de ésta reforma eran los siguientes:

- La venta de los hospitales y otras facilidades de servicios médicos gubernamentales como mecanismo para costear la reforma. Originalmente se esperaba arrendar las instalaciones médicas para generar recursos recurrentes, sin embargo terminaron poniéndose a la venta, aunque no todos consiguieron comprador.
- El ofrecer un seguro médico a los médico indigentes a través de la creación de un mercado de seguros con cubierta comprensiva.
- La creación de la Administración de Seguros de Salud (ASES) para administrar el mismo.
- la utilización del mecanismo de cuidado dirigido.

Problemas nuevos:

- El informe de la Comisión para Evaluar el Sistema de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (2005) identifica nueve limitaciones del sistema de la Reforma:

- 1. Incremento en costos de servicios e inequidad en cubiertas.*
- 2. Ineficiencia, complejidad y burocracia en procesos administrativos.*
- 3. Se crea bolsillos de personas no aseguradas*
- 4. No se provee servicios de alta calidad de forma consistente ni a todas las personas.*
- 5. Aumento en restricciones a servicios de alta tecnología, y múltiples deducibles y copagos.*
- 6. Genera competencia incorrecta entre aseguradoras, hospitales y gobierno; que no añade valor al paciente.*
- 7. Crea costos innecesarios al intercambiar costos entre aseguradoras, pacientes, e instalaciones de salud.*
- 8. No existe sistema de evaluación en torno a la eficiencia y efectividad del Sistema.*
- 9. No fomenta la prevención primaria y secundaria de forma continua, uniforme y sistemática." (p. 116)*

- Ramírez (2012) además recalca,

- el continuo alto gasto en salud, el cual se aproxima al 20% del Producto Nacional Bruto.
- la desarticulación del sistema al sustituir un sistema de cuidado coordinado por la provisión de servicios a nivel individual y de manera desarticulada.

Para contrarrestar la falta de coordinación del sistema, Sánchez (2012) recomienda: el uso de expedientes electrónicos, la coordinación de cuidado y la fusión de médicos en grupos de múltiples especialidades, como posibles alternativas para aminorar el problema de desarticulación del sistema. Destaca que tanto el acceso universal como el mejoramiento del cuidado de la salud deben mantenerse como objetivos simultáneos de la política de salud.

Cabe destacar que el Sistema de Salud Pública de Puerto Rico sigue siendo un sistema híbrido en la medida que los hospitales supra-terciarios así como otras instituciones de salud continúan siendo públicas. Inclusive de los 133 CDTs operando en Puerto Rico, 18 son propiedad del gobierno central. Entre estos hay gran diversidad de arreglos administrativos para sus operaciones. Cinco de los CDTs propiedad del gobierno central son administrados por los municipios, siete por empresas privadas, otros son administrados por el Departamento de Salud ya sea solo o en conjunto con empresas privadas. Además 17 CDTs son propiedad de gobiernos municipales, uno de los cuales (el de Vieques) es administrado por el Departamento de Salud. Además hay algunas salas de emergencia administradas por el Departamento (Departamento de Salud, 2014). Esta diversidad de formas de propiedad y administración por un lado ponen en evidencia las fallas del proceso de privatización que surgió con la Reforma de Salud del 1993, pero además crean un terreno fértil para la variabilidad en la calidad de ofrecimientos de servicio, así como para la falta de coordinación de los mismos. Ambos son problemas que han sido destacados en la literatura reciente en el caso de Puerto Rico.

Las transformaciones en el sistema de salud pública de Puerto Rico han alterado las funciones primordiales del Departamento de Salud desde su creación, Ramírez (2012) identifica tres grandes retos para el Departamento de Salud

- El velar por una planificación ordenada de instalaciones y tecnología
- El ejercer un poder de comprador inteligente de servicios.
- El mantenimiento de una red de informática que permita la evaluación de los servicios, la vigilancia epidemiológica y el monitoreo de la utilización de servicios.

Ramírez enfatiza que la estructura actual del Departamento de Salud responde a su vez a las redefiniciones legislativas en torno a su jurisdicción, en la medida que redirigen su atención a nuevos problemas y transfieren sus responsabilidades a otras agencias.

Esta fragmentación es particularmente preocupante cuando se plantea como uno de los problemas actuales la falta de coordinación de servicios. El resultado es un sistema donde las responsabilidades de servicio están divididas entre distintos organismos lo que complica la implantación de medidas de "accountability".

De este recuento pueden identificarse algunas áreas críticas que necesitan particular atención en el caso de Puerto Rico

- El alto costo del sistema de salud y solvencia del sistema - Para el 2013, el gasto de salud en Puerto Rico fue estimado como el 11.7% del PIB, lo cual está por encima del promedio para los países de la OECD, y similar al de EEUU y Canadá (Departamento de Salud, 2014). De este gasto el 59% corresponde al sector privado. La falta de solvencia de la Reforma de Salud es otro factor sumamente preocupante.
- La falta de coordinación del sistema de salud - La falta de intercambio de información entre proveedores de salud es otro factor que encarece el sistema y le resta eficiencia y efectividad.
- Falta de acceso de personas no aseguradas a servicios de salud - Se estima que aproximadamente el 8% de la población en Puerto Rico no está cubierta por seguros médicos ya sean privados o públicos (Departamento de Salud, 2014). Al tener un sistema mayormente privatizado esto limita seriamente el acceso a servicios médicos de esta población, a la vez que encarece el costo de operar salas de urgencia que tienen la obligación de brindarles servicios.
- Ineficiencia administrativa - El sistema actual de contratación de aseguradoras privadas para cubrir los beneficiarios del plan del gobierno implica un costo adicional que debe ser evaluado a través de medidas de seguimiento.
- Falta de uniformidad en la calidad de los servicios- la diversidad de suplidores de servicios públicos y privados abona a esta falta de uniformidad. Esto hace imperativo que se establezcan medidas adecuadas de calidad de servicios para todas las instituciones que brinden servicios similares, las cuales están bajo la supervisión y reglamentación del DS.

LA SALUD EN PUERTO RICO

El informe del Departamento de Salud del 2014 utiliza los datos de la OECD del 2010 para hacer una comparación entre los indicadores de gasto en salud y mortalidad para Puerto Rico y los indicadores internacionales que produce esta organización.⁶ También utiliza información del *Behavioral Risk Factors Surveillance Survey* (BRFSS) para comparar niveles de prevalencia de enfermedades y factores de riesgo entre Puerto Rico y los EEUU.

En términos de la relación entre la expectativa de vida y el gasto per cápita en Salud, Puerto Rico se encuentra levemente por debajo de la curva de correlación entre ambas variables a nivel internacional con un gasto per cápita de \$3,302 y una expectativa de vida al nacer de 78.73 años.⁷ Esto contrasta con países con gastos per cápita entre los \$3,000 a \$4,000, como España, Italia, Australia, Grecia y Finlandia, que tienen expectativas de vida sobre los 80 años, lo que implica que la eficiencia del gasto público en salud en Puerto Rico puede mejorarse. Incidentalmente, EEUU, que también concentra en el sector privado la provisión de servicios médicos, se posiciona como un caso extremo al tener el gasto per cápita más alto (\$8,000), mientras solo alcanza una expectativa de vida de 78.2 años.

⁶ A menos que se indique lo contrario la información que se presenta en esta sección proviene del (Departamento de Salud, 2014)

⁷ La gráfica parecen en el informe del Departamento de Salud (2014) pag. 13.

Otro aspecto en el que Puerto Rico compara de manera desfavorable es con relación a la mortalidad infantil. Del 2004 al 2014, la tasa de mortalidad infantil aumentó de 8.3 a 9.5 muertes por cada 1000 nacimientos vivos, ocupando el segundo lugar entre los países con las tasas más altas en la comparación de la OECD.⁸

Con relación a las tasas de mortalidad desglosadas por causa de muerte, es importante reconocer que, aunque por primera vez en el 2012 la tasa de mortalidad por cáncer superó la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón, a nivel internacional Puerto Rico ocupó el lugar número 27 de 28 en muertes por cáncer y la posición número 17 en muertes por enfermedades isquémicas del corazón. Preocupa la tasa de mortalidad por diabetes, que ha ido en aumento durante el periodo del 2004 al 2012, y de mortalidad por Alzheimer. En ambos casos Puerto Rico ocupó la posición número 2 en la comparación internacional, con la segunda tasa más alta. Más preocupante aún es la tasa de muertes por homicidio donde Puerto Rico ocupó la posición número 1 en el 2010.

Con relación a la prevalencia de enfermedades se observa lo siguiente:

- Se ha visto un crecimiento en la incidencia de cáncer, especialmente en mujeres.
- Con respecto al VIH/SIDA, Puerto Rico ocupa la posición número 10 entre todos los estados y territorios de EEUU en casos acumulativos de SIDA, la núm. 11 en incidencia de VIH, y la número 6 en prevalencia de VIH en adultos y adolescentes. Aunque la prevalencia de VIH ha seguido aumentando, la tasa de incidencia se redujo de 34.8 en el 2004 a 19.4 en el 2011. No obstante, en la comparación con los países que reporta la OECD, Puerto Rico presentó la tasa más alta de mortalidad por SIDA con 9 muertes por cada 100,000 habitantes.
- En cuanto a otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) se presenta un alto número de casos de Clamidia, especialmente en mujeres. El número de casos de clamidia en mujeres aumentó de 3,240 en el 2004 a 4,778 en el 2013.
- Con relación a la tuberculosis, que es la segunda causa de muerte a nivel mundial, Puerto Rico reportó una tasa de incidencia de 1.4 por cada 100,000 habitantes. Lo que representa una reducción de 60% con relación al 2004 y una tasa menor a la prevaleciente en EEUU para el mismo año.
- Puerto Rico ocupa el lugar número 10 en el porcentaje de sobre peso y obesidad de todos los estados y territorios de EEUU.

De la comparación internacional que se presenta en el informe de salud podemos identificar las siguientes áreas entre aquellas que deben ser prioridad a la hora de establecer el sistema de medición del desempeño:

- Mejorar la eficiencia del gasto en salud
- Atender la salud infantil y maternal para reducir las tasas de mortalidad infantil.
- Trabajar con prevención y manejo del: cáncer, diabetes, Alzheimer, VIH/SIDA y ETS, particularmente clamidia.
- Reducir el problema de sobrepeso y obesidad que implica un factor de riesgo a su vez para diversas enfermedades

⁸ Fue superado solo por México que presenta una tasa de 14.1.

MISIÓN Y DESCRIPCIÓN ORGANIZATIVA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

MISIÓN

La Ley 81 del 1912 define la misión de la agencia se la siguiente manera:

"La misión del DS es velar por todo lo relacionado a la salud, sanidad y beneficencia pública."
(Ley 81-1912: Ley del Departamento de Salud).

En el documento de presupuesto aprobado para la agencia para el 2014-15 se amplía esta misión como lee a continuación:

"Propiciar y conservar la salud para que cada ser humano disfrute del bienestar físico, emocional y social que le permita el pleno disfrute de la vida, y contribuir así al esfuerzo productivo y creador de la sociedad." (OGP, Presupuesto 2014-15)

Esta última está en armonía con los preceptos que propone la OMS.

Entre las metas y objetivos generales de la agencia, de acuerdo a su ley orgánica, están las siguientes (Ley 81-1912):

1. *Prevenir enfermedades y proteger la salud pública.*
2. *Coordinar las medidas de emergencia para contener enfermedades infecciosas y/o epidemias.*
3. *Monitorear y publicar estadísticas e informes sobre todas los asuntos que atañen a la salud pública*
4. *Coordinar y monitorear el Sistema de Tratamientos de Trauma y emergencias médicas y su respectivo transporte*
5. *Monitorear las obras publicas e instituciones relacionadas con la salud, incluyendo las de los municipios y su buen funcionamiento*

Estos 5 objetivos no incluyen (aunque no descartan) la provisión directa de servicios médicos curativos que se dan en los hospitales e instituciones que administra el Departamento. Nos dimos a la tarea de parrear estos 5 objetivos que establece la ley con los 17 programas que incluye el presupuesto de la agencia. Con excepción de las áreas administrativas se encontró alguna correspondencia entre los objetivos y los propósitos de los programas.

TABLA 1

PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS (EN ORDEN DE PRESUPUESTO ASIGNADO)	% DEL PRESUPUESTO ASIGNADO AF 2014	OBJETIVOS QUE ATIENDE
---	---	----------------------------------

Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres Embarazadas; Infantes y Niños (W.I.C.)	28.9%	1
Administración del Hospital Universitario de Adultos	19.0%	1,2
Promoción y Protección de la Salud	16.3%	1,2
Instituciones de Salud	9.4%	4,5
Administración del Hospital Universitario Pediátrico	7.7%	1,5
Retardación Mental	4.0%	1
Ayuda Económica a Médico-Indigentes	3.4%	1
Reglamentación sobre Salud Ambiental	2.8%	1,2
Inscripción y Expedición de Documentos en Registro Demográfico	1.7%	3
Dirección y Administración General	3.1%	
Servicios Auxiliares	1.1%	
Servicios de Laboratorios Clínicos	0.7%	1,2
Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud	1.2%	5
Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud	0.4%	5
Planificación, Evaluación y Estadísticas en el Área de Salud	0.3%	3
Servicios Integrados a Comunidades	0.0%	1
Plan de Salud	0.0%	1

Al evaluar la estructura organizacional del Departamento se observan un gran número de oficinas administrativas lo que produce un organigrama sumamente complejo.

Estructura organizacional según el Documento de Presupuesto 2014-2015

- Oficina de Asesores Legales
- Oficina de Asuntos Fiscales
- Oficina de Auditoría Interna
- Oficina de Comunicaciones y Asuntos Públicos
- Oficina de Epidemiología e Investigación
- Oficina de Información y Avances Tecnológicos
- Oficina de Preparación y Coordinación de la Respuesta en Salud Pública
- Oficina de Recursos Externos
- Oficina de Recursos Humanos y Relaciones Laborales
- Oficina de Registro Demográfico
- Oficina del Programa de Asistencia Médica
- Oficinas Regionales
- Programa de Coordinación y Apoyo Social
- Secretaría Auxiliar de Administración
- Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo

- Secretaría Auxiliar de Promoción de la Salud
- Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud
- Secretaría Auxiliar de Salud Ambiental y Laboratorios de Salud Pública
- Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados
- Secretaría Auxiliar de Servicios Médicos y Enfermería

De acuerdo a la página electrónica del Departamento de Salud, este cuenta con 11 unidades operacionales (<http://www.salud.gov.pr/Dept-de-Salud/Pages/Unidades-Operacionales.aspx>). El siguiente listado las incluye, junto con algunas sub-unidades.

- Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados
 - OCACET
 - División de Inmunización
 - División de Personas con Discapacidad Metal
 - Centro de Ayuda a Víctimas de Violación
 - WIC
- Secretaría Auxiliar para la Promoción de Salud
 - Unidad de Epidemiología
 - Programa de Promoción de la Salud
 - División para la prevención y control de Enfermedades
 - División de Control del Tabaco y Salud Oral
 - División de Salud y Bienestar
 - Internado de Nutrición y Dietética
- Secretaría Auxiliar de Servicios Médicos y Enfermería
 - Oficina de Secretaria Auxiliar
 - Enfermería y Educación Médica
 - Coordinación para el Ofrecimiento de Servicios Directos
 - Oficina de Fondos para Servicios contra Enfermedades Catastróficas Remediabiles
 - Oficina de Cumplimiento
 - Coordinación de Asuntos CDT y Hospitales
- Secretaría Auxiliar de Salud Ambiental y Laboratorios de Salud Pública
 - División de Agua Potable
 - División de Salud Radiológica
 - División de Higiene de Alimentos
 - División de Fábrica de Alimentos, Repostería, Almacenes y Transportación de carnes
 - División de Higiene de la Leche
 - División de Higiene del Ambiente Físico Inmediato
 - División de Zoonosis
 - Oficina Estatal para el Control de Animales
 - Oficina de Administración
 - División de Cumplimiento
- Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo
 - División de Planificación Estratégica

- División de Análisis Estadístico
- División de Evaluación y Monitoreo
- Oficina de Salud de las Minorías
- Oficina de Salud Primaria
- Secretaría Auxiliar de Reglamentación Acreditación de Facilidades de Salud
 - División de Certificados de Necesidad y Conveniencia
 - División de Medicamentos y Farmacias
 - División de Laboratorios
 - División de Certificados de Salud
 - Registro de Artistas y Estudios de Dermatógrafos
 - Registro de Perforadores y Estudio de Perforadores Corporales
 - División de Medicare
 - División de Certificación de Ambulancias
- Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública
 - Sección de Planificación y Evaluación Programática
 - Sección de Preparación en Emergencias de Salud Pública
 - Sección de Emergencias de Salud Pública
 - Sección de Administración y Finanzas
- Oficina de Investigación (Cumplimiento)
- Oficina de Epidemiología e Investigación
 - Sistemas de Vigilancia
 - Vigilancia de Tuberculosis
 - Oficinas Regionales de Epidemiología
 - Vigilancia de VIH/SIDA/ETS
- Comisión para la Prevención de Suicidio
- Comisión de Alimentación y Nutrición para Puerto Rico

Llama la atención que a pesar del complejo aparato administrativo del Departamento de Salud muchas de estas unidades operacionales a su vez incluyen sub-componentes administrativos.

COMPARACIÓN DE ESTRUCTURAS ORGANIZACIONAL Y PROGRAMÁTICA DE LA AGENCIA

Algunas estructuras organizacionales no existen en los informes de presupuesto que presenta OGP aunque se especifican en el Informe de Transición 2012 y en la página web del Departamento de Salud, éstas son: Comisión para la Prevención del Suicidio, Comisión de Alimentación y Nutrición, y la Comisión de Control de Radiación. La Comisión para la Prevención del Suicidio (según aparece en la web de la agencia) fue creada en 1999 bajo la Ley 227, con la misión de promover, desarrollar, implantar, coordinar acciones y estrategias para la prevención del suicidio adoptando un enfoque

integrador e interdisciplinario dirigido a individuos, a familias, a comunidades en riesgo, así como a profesionales de ayuda; haciendo énfasis en la investigación, en el desarrollo de programas de prevención e intervención y en la concienciación de la población respecto a la magnitud y seriedad del suicidio en Puerto Rico. La Comisión de Alimentación y Nutrición de Puerto Rico tiene como misión establecer un sistema que permita identificar las condiciones y analizar sistemáticamente la situación alimentaria y nutricional de Puerto Rico, y conforme a este análisis recomendar al Primer Ejecutivo el desarrollo, implantación y evaluación de una política pública coordinada y efectiva, articulada de forma inteligente y multisectorialmente. Estas unidades operacionales según el organigrama en el Informe de Transición 2012 le responden directamente a la Oficina de la Secretaria. La Comisión de Control de Radiación no aparece en la página web de la agencia, aunque si aparece la División de Salud Radiológica dentro de la Secretaria Auxiliar de Salud Ambiental.

Las diferencias más significativas se pueden notar cuando comparamos los programas que se muestran en el Presupuesto 2014-2015 (OGP) con las unidades operacionales de implantación de política pública del Departamento de Salud. De los documentos revisados no se pudo establecer una correspondencia clara entre los programas presupuestarios y las unidades operacionales de la agencia. Esto tiene implicaciones inmediatas para propósitos de la implantación de los indicadores pues el presupuesto responde a una estructura programática, que no parece responder a la estructura organizacional. Posiblemente será necesario que el personal de la agencia colabore estrechamente a la hora de establecer vínculos entre los indicadores, las áreas programáticas y las unidades organizacionales responsables por estos.

PLAN ESTRATÉGICO DE LA AGENCIA

Actualmente el Departamento de Salud trabaja en un plan decenal que incluye un esfuerzo multisectorial. Por esta razón el modelo de indicadores del desempeño no puede partir de un plan estratégico ya que se están trabajando concurrentemente. Sin embargo, en el 2012 el Departamento de Salud produjo el plan estratégico Puerto Rico *Healthy People 2020*, (Departamento de Salud, 2012). Este documento esboza seis áreas de atención prioritaria, las cuales en gran medida coinciden con los factores que fueron identificados anteriormente como áreas prioritarias en los estudios internacionales. Las seis áreas con sus objetivos se detallan a continuación.

- Enfermedades no contagiosas:
 - Reducir el número de nuevos casos, así como las enfermedades, incapacidades y muertes causadas por el cáncer
 - Promover la salud respiratoria a través de mejor prevención, detección, tratamiento y educación
 - Mejorar la salud cardiovascular y la calidad de vida a través de la prevención y tratamiento de ataques cardíacos y la prevención de eventos cardiovasculares recurrentes.

- Utilizar programas de prevención para reducir las enfermedades y carga económica de la diabetes y mejorar la calidad de vida de las personas que tiene o están en riesgo de tener diabetes.
- Enfermedades contagiosas
 - Promover la conducta sexual responsable, fortalecer la capacidad de las comunidades y aumentar el acceso a servicios de calidad para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y sus complicaciones.
- Nutrición y actividad física
 - Promover la salud y reducir las enfermedades crónicas asociadas con la falta de hábitos de alimentación saludables y de actividad física.
- Salud de madres, infantes y niños
 - Mejorar la salud y el bienestar de mujeres, infantes, niños y familias.
- Salud mental y abuso de sustancias
 - Mejorar la salud mental y asegurar el acceso a servicios apropiados y de calidad para la salud mental y el abuso de sustancias a la población de Puerto Rico
- Adultos mayores
 - Mejorar la salud y el bienestar de los adultos mayores en Puerto Rico.

Estas áreas de prioridad se tomarán en consideración en la selección de indicadores. En la medida que surjan nuevas áreas de prioridad de acuerdo al nuevo plan estratégico y se entienda que no están incluidas en el modelo que presentamos a continuación, las mismas pueden ser incorporadas. Los modelos de medición del desempeño no se conciben con modelos estáticos, sino por el contrario deben ser revaluados de acuerdo las prioridades y funciones de la agencia.

MODELO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

El modelo busca desarrollar un listado de indicadores que permitan medir el desempeño del Departamento de Salud de Puerto Rico que sirva para la evaluación continua, la redición de cuentas y el desarrollo de medidas correctivas.

Entre los indicadores que deberán ser reportados a la OGP se incluyen aquellos directamente relacionados a: la misión y objetivos del Departamento de Salud, las prioridades de la OMS, las áreas que se han identificado como críticas de acuerdo a la literatura revisada y la comparación internacional, y los objetivos del plan estratégico *Healthy People 2020*. La **Tabla 2** resume estos últimos cuatro elementos.

Hay una alta correspondencia entre las pautas de la OMS, los objetivos del plan 2020 y las áreas prioritarias que surgen de la comparación internacional. Las áreas identificadas en la literatura también en gran medida están relacionadas a la ineficiencia del gasto público que se identificó en la comparación internacional, así como a la pauta de la OMS relacionada al acceso universal a los servicios de salud de calidad. Los indicadores de salud mental serán trabajados más adelante dentro del modelo de indicadores de desempeño para ASSMCA.

TABLA 2

PAUTAS DE LA OMG	METAS PLAN 2020	ÁREAS DE PRIORIDAD QUE SURGEN DE LA LITERATURA	ÁREAS DE PRIORIDAD QUE SURGEN LA COMPARACIÓN INTERNACIONAL
El aumento de la longevidad	Enfermedades no contagiosas:	El alto costo del sistema de salud y solvencia del sistema	Mejorar la eficiencia del gasto en salud
La disminución de la mortalidad infantil	Reducir el número de nuevos casos, así como las enfermedades, incapacidades y muertes causadas por el cáncer	La falta de coordinación del sistema de salud	Atender la salud infantil y maternal para reducir las tasas de mortalidad infantil.
El control de las enfermedades.	Promover la salud respiratoria a través de mejor prevención, detección, tratamiento y educación	Falta de acceso de personas no aseguradas a servicios de salud	Trabajar con prevención y manejo del: cáncer, diabetes, Alzheimer, VIH/SIDA y ETS, particularmente clamidia.
Cubierta universal	Mejorar la salud cardiovascular y la calidad de vida a través de la prevención y tratamiento de ataques cardiacos y la prevención de eventos cardiovasculares recurrentes.	Ineficiencia administrativa	Reducir el problema de sobrepeso y obesidad que implica un factor de riesgo a su vez para diversas enfermedades
	Utilizar programas de prevención para reducir las enfermedades y carga económica de la diabetes y mejorar la calidad de vida de las personas que tiene o están en riesgo de tener diabetes.	Falta de uniformidad en la calidad de los servicios	
	Enfermedades contagiosas		
	Promover la conducta sexual responsable, fortalecer la capacidad de las comunidades y aumentar el acceso a servicios de calidad para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y sus complicaciones.		
	Nutrición y actividad física		
	Promover la salud y reducir las enfermedades crónicas asociadas con la falta de hábitos de alimentación saludables y de actividad física.		
	Salud de madres, infantes y niños		
	Mejorar la salud y el bienestar de mujeres, infantes, niños y familias.		
	Salud mental y abuso de sustancias		

PAUTAS DE LA OMG	METAS PLAN 2020	ÁREAS DE PRIORIDAD QUE SURGEN DE LA LITERATURA	ÁREAS DE PRIORIDAD QUE SURGEN LA COMPARACIÓN INTERNACIONAL
	Mejorar la salud mental y asegurar el acceso a servicios apropiados y de calidad para la salud mental y el abuso de sustancias a la población de Puerto Rico		
	Adultos mayores		
	Mejorar la salud y el bienestar de los adultos mayores en Puerto Rico.		

Una vez realizado el análisis de la misión, metas y áreas de prioridad, se definen los indicadores por nivel de prioridad siguiendo las pautas del documento de metodología.

Nivel de prioridad 1 - Incluye aquellos indicadores directamente relacionados a la misión del Departamento de Salud y de conformidad con las pautas y recomendaciones internacionales

TABLA 3 INDICADORES NIVEL DE PRIORIDAD 1

NOMBRE DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN
Expectativa de vida	Expectativa de vida al nacer
Gasto en salud per cápita	
% del Gasto total en salud proveniente de fondos públicos	gasto público en salud/gasto total en Salud
Riesgo de muerte prematura	Probabilidad de morir entre la edad de 30 a 70 años por enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad respiratoria crónica
HALE	# promedio de años de vida que una persona puede esperar vivir en "completa salud"
Índice de mortalidad infantil	# de muertes infantiles x cada 1,000 nacimientos vivos
Muertes prematuras por diabetes	
Tasa de incidencia de cáncer	# de nuevos casos de cáncer x 100,000 habitantes
Muertes prematuras por enfermedades del corazón	
Estimado de pacientes con Alzheimer diagnosticados en etapa temprana	[Estimado de pacientes de Alzheimer diagnosticados en etapa temprana/ estimado de pacientes con Alzheimer]*100
Incidencia de VIH por 100,000 habitantes	# de nuevos casos de VIH x cada 100,000 habitantes
Prevalencia en uso de tabaco en mayores de 18 años	[# de usuarios de tabaco mayores a 18 años/ estimado población mayor de 18 años]*100
Prevalencia en uso de tabaco en adolescentes	[# de usuarios de tabaco adolescentes/ estimado población adolescente]*100

NOMBRE DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN
Por ciento de partos por cesárea entre mujeres que dan a luz por primera vez	[# de partos por cesárea entre mujeres que dan a luz por primera vez/# total de partos entre mujeres que dan a luz por primera vez]*100

El nivel de prioridad 2 - incluye indicadores relacionados a las áreas que se han identificado como críticas para el contexto social y económico de Puerto Rico para el área de la salud. También incluyen los indicadores relacionados a economía (costos). Este nivel comprende los indicadores relacionados a las áreas fiscal y administrativa, así como indicadores de calidad de servicio y los relacionados a proyectos especiales.

TABLA 4 INDICADORES NIVEL DE PRIORIDAD 2

PROGRAMA	NOMBRE DEL INDICADOR
Indicadores relacionados a condiciones de salud y factores de riesgo	
Porcentaje de bebés nacidos con bajo peso	(Bebés con bajo peso/ total de nacimientos vivos) x 100
Por ciento de bebés con lactancia exclusiva hasta los 3 meses	(Bebés con lactancia exclusiva hasta 3 meses/ total de bebés) x 100
Por ciento de bebés con lactancia exclusiva hasta los 6 meses	(Bebés con lactancia exclusiva hasta 6 meses/ total de bebés) x 100
Por ciento de bebés que fueron lactados en algún momento después del parto.	
Población de 18 años o menos que ha completado las vacunas requeridas por el CDC	[Menores de 0 - 18 años con todas las vacunas requeridas por edad según el CDC/ estimado de población de 0-18 años]*100
Población de 18 años o menos que ha completado las vacunas recomendadas por el CDC	[Menores de 0 - 18 años con todas las vacunas recomendadas por edad según el CDC/ estimado de población de 0-18 años]*100
Porcentaje de menores 0-5 años vacunados contra la influenza	(# de menores de 0-5 vacunados contra influenza/ estimado de población menores de 0-5) x 100
Porcentajes de adultos de 65 años o más vacunados contra la influenza	(# de adultos 65+ vacunados contra influenza/ estimado de población de adultos 65+) x 100
Por ciento de población de 12 a 26 años que ha completado la primera dosis de la vacuna de VPH	# de personas de 12-26 con la primera dosis de la vacuna VPH/estimado de población de 12 a 26 años
Por ciento de población de 12 a 26 años que ha completado las tres dosis de la vacuna de VPH	# de personas de 12-26 con vacuna completa de VPH/estimado de población de 12 a 26 años
Tasa de mortalidad por diabetes (ajustada)	# de muertes debido a diabetes x cada 100,000 habitantes

PROGRAMA	NOMBRE DEL INDICADOR
Tasa de mortalidad por cáncer (ajustada)	# de muertes debido a cáncer x cada 100,000 habitantes
Mortalidad por enfermedades del corazón (ajustada)	(# de muertes por enfermedades del corazón en personas 65-/ # personas 65-) x cada 100,000 habitantes
Tasa de mortalidad de Alzheimer por 100,000 habitantes (ajustada)	# de muertes por Alzheimer x cada 100,000 habitantes
Tasa de nacimiento perinatal VIH	# de nacimientos perinatal VIH/# de nacimientos vivos
Tasa de mortalidad por VIH (ajustada)	# de muertes por VIH x cada 100,000 habitantes
Por ciento de pacientes de diabetes que requieren diálisis	# de personas en diálisis por diabetes/# de personas con diabetes
Incidencia de VIH por 100,000 habitantes por grupo de riesgo (Hombres con Hombres)	[# de nuevos casos de VIH en categoría relaciones hombre con hombres/ estimado de población en la categoría] * 100,000
Incidencia de VIH por 100,000 habitantes por grupo de riesgo (usuarios de drogas)	[# de nuevos casos de VIH entre usuarios de droga x estimado de población de la categoría]* 100,000
Incidencia de VIH por 100,000 habitantes por grupo de riesgo (heterosexuales de alto riesgo)	# de nuevos casos de VIH entre heterosexuales de alto riesgo/ estimado de población en la categoría] * 100,000
Incidencia de clamidia	# de nuevos casos de Clamidia x cada 100,000 habitantes
Tasa de fertilidad de adolescentes	
Porcentaje de población adulta en sobrepeso y/o obesidad	(estimado de personas de 18 años o más en sobrepeso y/o obesidad/estimado población de 18 años o más total) x 100
Porcentaje de población en sobrepeso y/o obesidad estudiantes 9no a 12mo grado	(estimado de estudiantes 9no a 12mo en sobrepeso y/o obesidad/estimado población estudiantil de 9no a 12mo) x 100
Indicadores relacionados al presupuesto y el área administrativa	
Razón entre el gasto y el presupuesto asignado (Por programa presupuestario)	(Gasto periodo anterior/presupuesto asignado para el periodo anterior)
Por ciento de Presupuesto que proviene de fondos federales (Por programa presupuestario)	(Fondos Federales recibidos año anterior)/(presupuesto gastado año anterior)
Por ciento de Presupuesto que proviene de fondos propios (por programa presupuestario)	(Fondos Propios generados el año anterior)/(presupuesto gastado año anterior)
Por ciento de Presupuesto que proviene de propios (H.U.R.R.A)	(Fondos Propios generados el año anterior)/(presupuesto gastado año anterior)
Proporción de gasto administrativo con respecto al total del gasto en servicio directo (Instituciones de Salud Administradas por el DS)	Gasto Administrativo/Gasto en Servicio Directo

PROGRAMA	NOMBRE DEL INDICADOR
Gasto por días paciente (Por Hospital: Pediátrico, Hosp. de Adultos, H.U.R.R.A.)	Gasto total/ # de días paciente
Porcentaje de casos para los cuales se hace una factura ya sea al paciente o al plan médico (Por Hospital: Pediátrico, Hosp. de Adultos, H.U.R.R.A.)	(# de facturas/ # de casos atendido) x 100
Porcentaje de facturación recaudada (Por Hospital: Pediátrico, Hosp. de Adultos, H.U.R.R.A.).	(Total de recaudos por facturación/ total facturado) x 100
Indicadores relacionados a calidad de servicios	
Tiempo promedio transcurrido entre la llegada a sala de emergencia y la primera evaluación médica (Por Hospital: Hospital Pediátrico, H.U.R.R.A.)	Suma del # de minutos transcurridos entre llegada a sala de emergencia y primera evaluación médica de los casos encuestados/ total de casos encuestados
Tiempo promedio transcurrido entre la primera evaluación médica y el traslado a cuarto para pacientes de sala de emergencia que son admitidos al hospital ((Por Hospital: Hospital Pediátrico, H.U.R.R.A.))	Suma del # de minutos transcurridos entre 1era evaluación médica y traslado a cuarto (de pacientes en sala de emergencia)/ # de casos encuestados
Tasa de readmisión (Por Hospital: Hospital de Adultos, Hospital Pediátrico, H.U.R.R.A.)	# de pacientes readmitidos/ # de admitidos
Tasa de pacientes con embolia pulmonar y/ trombosis luego de cirugía (Por Hospital: Hospital de Adultos, Hospital Pediátrico, H.U.R.R.A.)	(# de pacientes con embolia pulmonar y/o trombosis vascular post-cirugía/ # de pacientes operados) x 100,000
Tasa de pacientes con septicemia (infección) luego de cirugía (Por Hospital: Hospital de Adultos, Hospital Pediátrico, H.U.R.R.A.)	(# de pacientes con septicemia post-cirugía/# de pacientes operados)*100,000
Tasa de pacientes con infecciones vasocomiales (Por Hospital: Hospital de Adultos, Hospital Pediátrico, H.U.R.R.A.)	(Consultar definición con Epidemiología)
Porcentaje de niños (0 -5 años) en hogares que están bajo el límite de pobreza que participan en el programa WIC	(# de niños (0-5) participantes en WIC/ estimado de población de (0-5) en hogares bajo el límite de pobreza) x 100
Razón entre el gasto en comida por participante del programa WIC en Puerto Rico y el gasto en comida por participante promedio en EE.UU.	Costo en comida por participante Puerto Rico /Costo en comida por participante promedio EEUU

Recomendaciones para la Agencia:

1. Una de las áreas críticas identificadas en la literatura sobre el sistema de salud en Puerto Rico es la persistente diversidad en la calidad de los servicios. Siendo el Departamento de Salud el encargado, según su ley orgánica, de "*Monitorear las obras publicas e instituciones*

relacionadas con la salud, incluyendo las de los municipios y su buen funcionamiento", se recomienda la creación de una base de datos que reúna estadísticas sobre la administración y calidad de servicios de los CDTs, Salas de Emergencias y Centros 330 en Puerto Rico. De manera que para cada uno de estos tres grupos de instituciones se puedan producir los siguientes indicadores:

- presupuesto anual/# de casos atendidos
 - tiempo de espera en sala de emergencias
 - Promedio de paciente que han sido atendidos para la misma condición en un periodo de dos semanas
 - # de médicos (*Full time equivalente* FTE)/# promedio de pacientes atendidos semanalmente
 - # de enfermeras (FTE)/# promedio de pacientes atendidos semanalmente
 - Promedio de casos diarios que son referidos a hospitales secundarios y terciarios
2. Se recomienda también la estimación de indicadores relacionados a programas específicos que reciben 5% o más del presupuesto total de la agencia. En el caso del Departamento de Salud, de acuerdo al presupuesto gastado en el 2014 hay 5 programas que reciben más del 5% de los fondos de la agencia. Estos son:

Administración del Hospital Universitario de Adultos
 Administración del Hospital Universitario Pediátrico
 Instituciones de Salud
 Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres Embarazadas; Infantes y Niños (W.I.C.)
 Promoción y Protección de la Salud

En el caso de las Instituciones de Salud, los indicadores se incluyeron el punto anterior. La **Tabla 5** detalla los indicadores relacionados con el resto de estos programas.

TABLA 5 INDICADORES SUGERIDOS A LA AGENCIA

PROGRAMA	NOMBRE DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN
Adm. Hospital Pediátrico	ALOS (Estadía promedio)	Estadía promedio en el hospital
	Tasa de ocupación de camas de cuidado agudo	# de días paciente x100/ # de camas hábiles para cuidado agudo x # días del periodo seleccionado
	Numero de enfermeras "full time" por cama de cuidado agudo	# de Enfermeras (full time equivalente FTE)/ # de camas de cuidado agudo disponibles
	Número de médicos "full time" por camas de cuidado agudo	# de médicos FTE/ # de camas de cuidado agudo disponibles
	Porcentaje de visitas a sala de emergencias que se refieren a cuidado agudo	Pacientes de sala de emergencia admitidos a cuartos/total de pacientes atendidos en sala de emergencia

PROGRAMA	NOMBRE DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN
	Razón entre número de cirugías y admisiones	# de cirugías/# de admisiones
Adm. Hospital Univ. de Adultos	ALOS (Estadía promedio)	Estadía promedio en el hospital
	Tasa de ocupación de camas de cuidado agudo	(# de días paciente / # de camas hábiles para cuidado agudo x # días del periodo seleccionado)*100
	Número de enfermeras "full time" por cama de cuidado agudo	# de Enfermeras (full time equivalente FTE)/ # de camas de cuidado agudo disponibles
	Número de médicos "full time" por camas de cuidado agudo	# de médicos FTE/ # de camas de cuidado agudo disponibles
	Razón entre número de cirugías y admisiones	# de cirugías/# de admisiones
Promoción y Protección de la Salud	Incidencia de Herpes	# de nuevos casos de Herpes x cada 100,000 habitantes
	Incidencia de Influenza	# de nuevos casos de Influenza x cada 100,000 habitantes
	Incidencia de Dengue	# de nuevos casos de Dengue x cada 100,000 habitantes
WIC	Costo administrativo por participante	Presupuesto administrativo del programa/# de participantes
	Gasto en comida por participante (mensual)	Gasto en alimentos total/# de participantes
	Porcentaje de infantes con lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida	[# de participantes alimentándose solo con lactancia materna (hasta 6 meses)/# de participantes] x 100

- Los programas que reciben fondos federales que requieren pareo de fondos estatales deben recibir particular atención. El sistema federal incentiva su creación, no obstante, al requerir fondos estatales debe evaluarse su cobertura y efectividad en la Isla. De acuerdo al listado de OGP, en el 2014 el Departamento de Salud recibió \$387 millones en fondos federales de los cuales aproximadamente el 25% requerían algún tipo de pareo. La **Tabla 5** incluye los programas de transferencias federales correspondientes. También se incluyen dos programas que no se encontraron en el catálogo federal, probablemente por error en la codificación asignada. Para cada una de éstas partidas debe verificarse con la unidad presupuestaria de la agencia la cantidad de pareo de fondos estatales que se requirieron y los programas específicos que recibieron los fondos de manera que se puedan definir los indicadores de cobertura y eficacia para dichos programas.

TABLA 6 FONDOS FEDERALES RECIBIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD

NÚM. CATÁLOGO FEDERAL	TÍTULO	CANTIDAD 2014 (EN MILES DÓLARES)
42.493	Clinical Laboratory Improvement Act	\$475
66.432	State Public Water System Supervision	1,037
66.468	Drinking Water Revolving System	8,421
93.11	Maternal and Child Health Federal Consolidated Programs	886
93.235	Abstinence Education	1,395
93.778	Medical Assistance Program (Medicaid ; Title XIX)	27,580
93.917	HIV Care Formula Grants	40,011
93.961	Bioterrorism Preparedness	11,842
93.994	Maternal and Child Health Services Block Grant to the States	16,563

Referencias

- Armijo, M. (junio de 2011). Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público. *Serie Manuales*, 69. Obtenido de http://www.cepal.org/ilpes/publicaciones/xml/8/44008/SM_69_MA.pdf
- Bonnefoy, J., & Armijo, M. (2005). *Indicadores de Desempeño en el Sector Público*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social - ILPES, CEPAL.
- Bonnefoy, J., & Armijo, M. (2005). *Indicadores de Desempeño en el Sector Público*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social - ILPES.
- Bureau of Labor Statistics. (18 de diciembre de 2013). *Occupational Employment Statistics; May 2012 State Occupational Employment and Wage Estimates, Puerto Rico*. Recuperado el julio de 2015, de Bureau of Labor Statistics: http://www.bls.gov/oes/2012/may/oes_pr.htm#25-0000
- Calvo, C. (8 de diciembre de 2013). *La clave del éxito educativo de Singapur en Pisa: Todo se juega en la escuela primaria*. Recuperado el julio de 2015, de ABS.es: Sociedad: <http://www.abc.es/sociedad/20131208/abci-exito-educativo-singapur-201312051957.html>
- Centro de Información de las Naciones Unidas (CINU). (mayo de 2015). *Salud*. Obtenido de Centro de Información de las Naciones Unidas: <http://www.cinu.mx/temas/salud/>
- CEPAL. (2015). *Educación, cambio estructural y crecimiento inclusivo en América Latina*. Naciones Unidas. Obtenido de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37843/S1500197_es.pdf?sequence=1

- Comisión de Consenso Educativo. (2009). *Educación de Calidad Mundial: Un proyecto de país*. Fundación Comunitaria de Puerto Rico.
- Comisión para Evaluar el Sistema de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. (2005). *Hacia el Desarrollo Integral del Sistema de Salud de Puerto Rico*. Retrieved mayo 28, 2015, from https://apoyoalcuidador.files.wordpress.com/2007/10/informe_final_sist_salud_pr_gobernador.pdf
- Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. (25 de julio de 1952).
- Constitution of WHO*. (2015). Recuperado el mayo de 2015, de World Health Organization: <http://www.who.int/about/mission/en/>
- Departamento de Educación de Puerto Rico. (2015). *Filosofía Educativa*. Retrieved from Departamento de Educación de Puerto Rico: <http://de.gobierno.pr/conoce-al-de/41-institucion/1141-filosofia-educativa>
- Departamento de Educación, Sub-secretaría para Asuntos Académicos. (2013). *Agenda Académica: Una agenda de país para transformar la educación 2013-2016*. San Juan, Puerto Rico: Departamento de Educación .
- Departamento de Salud. (2012). *Puerto Rico Healthy People 2020: Strategic Plan*. San Juan, Puerto Rico: Secretaria Auxiliar de Planificación y Desarrollo.
- Departamento de Salud. (2014). *Informe de la Salud en Puerto Rico*. Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo.
- Disdier, O. M., & Marazzi Santiago, M. (2013). *Perfil del Sistema Educativo de Puerto Rico: Año Escolar 2010-2011*. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico. Recuperado el julio de 2015, de <http://www.estadisticas.gobierno.pr/iepr/LinkClick.aspx?fileticket=JmyeNRFU1ZI%3d&tabid=186>
- Disdier, O., Pesante, F., & Marazzi, M. (2012). *Encuesta de Alfabetización en Puerto Rico*. San Juan, Puerto Rico: Instituto de Estadísticas de Puerto Rico.
- Dye, C., Boerma, T., Evans, D., Harries, A., Lienhardt, C., McManus, J., . . . Zacharia, R. (2013). *The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage*. World Health Organization. Recuperado el mayo de 2015, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf
- El Nuevo Día. (2012, diciembre 17). Sin control la deserción escolar en Puerto Rico. *El Nuevo Día*.
- El Nuevo Día. (11 de julio de 2015). Tribuna invitada: pobreza y aprovechamiento escolar. *El Nuevo Día*.
- Evans, D., & Hsu, J. (2013). Editorial: Universal health coverage and universal access. *Who Bulletin*, 91(8). Recuperado el mayo de 2015, de <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450.pdf>

- Grifel, S. S. (verano de 1993). Performance Measurement and Budgetary Decision Making. *Public Productivity & Management Review*, 16(4), 403-407.
- Health and Development*. (2015). Recuperado el mayo de 2015, de World Health Organization: <http://www.who.int/hdp/en/>
- Hernández Cantero, M. C., & Maquillón Sánchez, J. (s.f.). Evaluación de las Características de las Características de Aprendizaje de los Estudiantes de Educación Primaria. Propuesta de Nuevas Herramientas para la Intervención. Facultad de Educación, Universidad de Murcia. Recuperado el julio de 2015, de http://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=c23ee44d-66e2-4d30-9755-44b6300631fd&groupId=299436
- IBM Institute for Business Value. (2011). *The Power of analytics for public sector: Building analytics to accelerate outcomes*. Somers, NY: IBM Global Services.
- Instituto Latinoamericano y de Caribe de Planificación Económica y Social, CEPAL. (noviembre de 2003). Los indicadores de evaluación al desempeño: una herramienta para la gestión por resultados en América Latina. *Boletín del Instituto*(13). Recuperado el febrero de 2014, de <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/14034/boletin13.pdf>
- Ladd, H., & Rivera-Batiz, F. L. (2006). Education and Economic Development. In S. M. Collins, B. P. Bosworth, & M. A. Soto-Class (Eds.), *The Economy of Puerto Rico; Restoring Growth* (pp. 189-254). Washington, DC: Center for the New Economy; Brookings Institution.
- Maldonado, N. (s.f.). Historia de los servicios de salud pública. *Galenus*(02). Recuperado el 28 de mayo de 2015, de <http://www.galenusrevista.com/Historia-de-los-servicios-de-salud.html>
- Marchildon, G. (2013). Canada: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 15(1), págs. 1-17.
- McKinsey & Company. (2007). *Cómo hicieron los sistemas educativos con mejor desempeño del mundo para alcanzar sus objetivos*. Recuperado el julio de 2015, de <http://www.mecd.gob.es/dctm/cee/encuentros/xxiencuentro/xxieccee05informemckinsey2007.pdf?documentId=0901e72b813f69f2>
- Ministry of Education Singapore. (21 de octubre de 2013). *Parliamentary Replies*. Recuperado el julio de 2015, de Ministry of Education Singapore: <http://www.moe.gov.sg/media/parliamentary-replies/2013/10/government-expenditure-on-education.php>
- National Performance Review. (1997). *Serving the American Public: Performance Measurement (Benchmarking Study Report)*. Recuperado el junio de 2014, de <http://govinfo.library.unt.edu/npr/library/papers/benchmrk/nprbook.html>
- OECD. (2005). *OECD Reviews of Health Systems: Mexico*. París. Recuperado el mayo de 2015, de http://www.borderhealth.org/files/res_839.pdf

- OECD. (2014). *Education at a Glance 2014: OECD Indicators*. OECD Publishing. doi:<http://dx.doi.org/10.1787/eag-2014-en>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Resumen: Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el julio de 2015, de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
- Ramírez, R. (2012, enero-mayo). El Sistema de Salud de Puerto Rico. (I. Collazo De Jesús, & J. Laborde, Eds.) *Boletín de Economía*, XI(2).
- Renewign America. (2013). *Remedial Education: Federal Education Policy*. Progress Report and Scorecard, Council on Foreign Relations. Recuperado el julio de 2015, de <http://www.cfr.org/united-states/remedial-education-federal-education-policy/p30141>
- Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L., Barnes, A., Saltman, R., & Van Ginneken, E. (2013). United States of America: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 15(3), pp. 1-431.
- Rigau-Pérez, J. (diciembre de 2000). La Salud en Puerto Rico en el siglo XX.
- Rodríguez Meléndez, R. (2006, junio). La educación en Puerto Rico (1900-2005). Retrieved from <http://www.puertadetierra.info/educacion2.asp>
- Ruggles, S., Alexander, J. T., Genadek, K., Goeken, R., Schroeder, M. B., & Sobek, M. (2010). Integrated Public Use Microdata Series: Version 5.0 [Machine-readable database]. Minneapolis: University of Minnesota.
- Salud. (s.f.). Recuperado el mayo de 2015, de Centro de Información de las Naciones Unidas (CINU): <http://www.cinu.mx/temas/salud/>
- Sánchez, J. (2012, enero-mayo). Sistemas Integrados de Salud - Una Alternativa. (I. De Jesús Collazo, & J. Laborde, Eds.) *Boletín de Economía*, XI(2).
- Shack Yalta, N. (agosto de 2003). Avances en la implementación de indicadores de desempeño en los organismos públicos en Perú. *Serie Seminarios y Conferencias : Gestión pública por resultados y programación plurianual*, págs. 39-59.
- The World Bank Group. (2015). *Data: School enrollment, primary (%net)*. Recuperado el julio de 2015, de The World Bank: <http://data.worldbank.org/indicator/SE.PRM.NENR/countries>
- UNESCO. (2009). *UNESCO*. París: Oficina de Información Pública UNESCO. Recuperado el julio de 2015, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001473/147330s.pdf>
- UNESCO. (2015). *Education for All Global Monitoring Report 2000-2015: Achievements and Challenges*. UNESCO Publishing. Recuperado el julio de 2015, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002322/232205e.pdf>
- Woodbridge, J. (12 de enero de 2012). El secreto de Singapur. *La Nación*. Recuperado el julio de 2015, de http://www.nacion.com/archivo/secreto-Singapur_0_1243875743.html