

5 LA SALUD Y EL DESARROLLO HUMANO EN PUERTO RICO

El estado de salud de la población es uno de los componentes básicos para evaluar el nivel de desarrollo humano alcanzado en cualquier contexto nacional, regional o local; junto con la dimensión económica y la educación, integra la medición del Índice de Desarrollo Humano (IDH). La constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió *salud* como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1946).

Con independencia de la amplitud del concepto de *salud*, la mortalidad y la morbilidad son las dimensiones que, en primera instancia, permiten medir las condiciones de salud mediante la ocurrencia de defunciones, así como la incidencia y prevalencia de enfermedades. En el cálculo del IDH se incorpora la dimensión salud mediante el uso del indicador esperanza de vida al nacer, con la intención de medir la cantidad y calidad de vida de las personas. De manera indirecta, permite asociar la cobertura, calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud, así como posibles parámetros de inequidad y desigualdad en la

prestación de servicios de salud que pudieran afectar el estado de la salud y el bienestar de la población puertorriqueña.

La salud ha sido uno de los temas centrales de la agenda internacional sobre desarrollo en todas sus etapas, desde la constitución de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a finales de la década de 1940. En 2000, en el marco de la Declaración del Milenio, la ONU proclama los denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). De los ocho objetivos, tres están directamente orientados a la dimensión salud; explícitamente, los ODM numerados 4, 5 y 6 están dirigidos a reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años (infantil), mejorar la salud materna, y combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades que afectan adversamente las capacidades y condiciones fundamentales para el desarrollo humano. Dichos objetivos buscan garantizar que la población alcance una vida larga y saludable.

Los principios de equidad, solidaridad, justicia social y bienestar promovidos por los ODM indican las vías para atender a los grupos y estratos más desfavorecidos, y para acceder

gradualmente a la sostenibilidad en todas las dimensiones, escenarios y factores que inciden en el desarrollo humano. En el plano de metas e indicadores que se integran en ciertos ODM, Puerto Rico refleja desventajas, privaciones y sesgos en parámetros básicos, que debieron haberse cumplido con anterioridad, en el periodo 2000-2015.

En la actualidad, la plataforma de salud que orienta políticas y programas de salud en Puerto Rico se basa en la iniciativa Healthy People 2020, programa de salud integral que por tres décadas ha establecido los puntos de referencia y seguimiento para alcanzar progresos en la salud de la población de Estados Unidos, incluido el territorio de Puerto Rico. Esta iniciativa plantea cuatro objetivos o metas de salud: 1) Lograr una elevada calidad y cantidad de vida, libre de enfermedades evitables, invalidez, lesiones y muerte prematura; 2) Lograr la equidad en salud, eliminar las disparidades y mejorar la salud de todos los grupos; 3) Crear entornos físicos y sociales que promuevan la buena salud para todos y 4) Promover la calidad de vida, el desarrollo y comportamientos saludables en todas las etapas de la vida. Los aspectos clave para contar con indicadores de progreso de los objetivos de Healthy People 2020 se orientan a los siguientes temas: estado de salud general; calidad de vida y bienestar en relación con la salud; determinantes de la salud y disparidades (US Department of Health and Human Service, 2014).

En este capítulo se aplica el enfoque de disparidades de salud de Healthy People 2020 con el fin de presentar la ubicación de Puerto Rico en el contexto internacional con respecto a indicadores de salud, específicamente referidos a la mortalidad, la morbilidad y aspectos relacionados con el sistema de salud del país. En un primer plano, se pretende profundizar sobre las implicaciones de la desigualdad e inequidad en el desarrollo humano de la población

puertorriqueña, con énfasis en los temas de las disparidades de salud que son prioritarias para elevar índices de desarrollo humano en el contexto puertorriqueño. En especial, se tratan las disparidades de género en salud debido a desigualdades entre mujeres y hombres, que se agudizan a partir de la década de 1970; y las disparidades en el acceso a servicios de salud que afectan a diversos grupos en Puerto Rico. Con referencia al estado de salud de la población puertorriqueña, se presenta un perfil epidemiológico y de salud que profundiza en el estudio de desigualdades e inequidades en salud. Estas últimas, en correspondencia con los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), resultan desencadenantes de disparidades en los resultados de salud, así como en la prestación de servicios de salud para grupos poblacionales específicos.

SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA: MIRADA A PUERTO RICO

El sistema de la salud pública en Puerto Rico comenzó a formalizarse a principios de 1900. Hasta entonces, la atención a la salud para la población pobre era brindada en cada municipio por beneficencias y hospitales municipales, cuyas funciones eran tanto de caridad como educativas. Para 1919 se reorganiza la estructura y se designa al Departamento de Salud de Puerto Rico (DS) como el organismo público rector de la salud en virtud de la Ley Núm. 81 del 14 de marzo de 1912, según enmendada. Ya para 1930 las unidades de salud pública componían gran parte del sistema de salud de la Isla (Maldonado, 2008).

En 1952, el DS adquirió rango constitucional en el Artículo IV, Secciones V y VI de la Constitución del Estado Libre Asociado (ELA). A partir de esta fecha, el sistema de salud continuó su crecimiento y desarrollo, con la

RECUADRO 13

OBJETIVOS DE DESARROLLO HUMANO Y OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO: ÉNFASIS EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN

Teresa Pedroso*

La Declaración del Milenio fue aprobada por jefes de estado y representantes de 189 países que participaron en la Cumbre del Milenio de Naciones Unidas, celebrada en Nueva York en septiembre de 2000. El contenido de la Declaración se plantea a través de Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los ocho objetivos se consideraron premisas clave para lograr progreso y avances en las expectativas de alcanzar la sostenibilidad en las múltiples dimensiones que conforman el desarrollo sustentable, para ser cumplidos en el periodo 2000-2015. En el seguimiento al estado de cumplimiento de los ODM, resalta el Informe sobre Desarrollo Humano 2003, titulado *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza*, que contiene valiosos argumentos para comprender la relación entre objetivos de desarrollo humano —expresados en términos de capacidades y condiciones fundamentales para el desarrollo humano— y los ODM. En específico, la referencia a “una vida larga y saludable” como capacidad fundamental para el desarrollo humano está contenida en los objetivos 4, 5, y 6 de los ODM. No obstante, si se reconoce que la salud es una premisa fundamental para el bienestar integral de las personas, entonces, las asociaciones de capacidades y condiciones fundamentales para el desarrollo humano, de manera subyacente, estarían en correspondencia con cada uno de los ODM.

¿Cómo se relacionan los objetivos de desarrollo humano con los Objetivos de Desarrollo del Milenio?

Capacidades fundamentales para el desarrollo humano	Objetivos de Desarrollo del Milenio correspondientes
Una vida larga y saludable	Objetivos 4, 5 y 6: reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir las principales enfermedades.
Educación	Objetivos 2 y 3: lograr la enseñanza primaria universal y la autonomía de la mujer mediante la igualdad entre los géneros en la educación.
Un nivel de vida apropiado	Objetivo 1: reducir la pobreza y el hambre.
Libertad civil y política que permita participar en la vida de la comunidad a la que se pertenece	No es uno de los Objetivos, pero es uno de los objetivos mundiales recogidos en la Declaración del Milenio.
Condiciones fundamentales para el desarrollo humano	Objetivos de Desarrollo del Milenio correspondientes
Sostenibilidad ambiental	Objetivo 7: velar por la sostenibilidad ambiental.
Equidad, especialmente equidad de género	Objetivo 3: promover la equidad de género y la autonomía de la mujer.
Permitir un entorno económico global	Objetivo 8: reforzar las asociaciones entre los países ricos y pobres.

La relación entre ambas propuestas de objetivos, con sus metas e indicadores, permite visualizar la salud como un fundamento clave para el desarrollo humano. Los ODM han formado parte de las plataformas programáticas de muchos países y territorios. En el caso de

Puerto Rico, la elaboración de este primer *Informe sobre Desarrollo Humano* resulta una apuesta para la medición de indicadores multidimensionales de desarrollo y evaluación del cumplimiento de metas e indicadores de cada ODM, precisamente en 2015, año límite del periodo de vigencia de los ODM.

*La autora es profesora e investigadora en la Universidad del Este, Sistema Universitario Ana G. Méndez.

misión de “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” (Oficina de Gerencia y Presupuesto, 2012). En 1957, luego de su nombramiento como secretario de Salud, el Dr. Guillermo Arbona, salubrista, médico, educador y funcionario público, con la ayuda de John B. Grant y de la Fundación Rockefeller, realizaron el proyecto de regionalización, en el cual brindaban servicios preventivos, atención temprana a enfermedades y servicios curativos a la población. Los cambios en las naturalezas de las enfermedades más prevalentes de Puerto Rico para esa época, de crónicas a degenerativas, impulsaron la prestación de los servicios médico-hospitalarios a través de un sistema regional, estableciendo tres niveles de servicio de cuidado médico:

- El nivel primario estaba constituido por un Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) ubicado en cada municipio, orientado a servicios preventivos y al manejo de pacientes ambulatorios. Se componía de médicos generalistas y profesionales de la salud en las áreas de nutrición, trabajo social, enfermería y salud mental. Este nivel representaba el primer contacto del paciente con el sistema de salud y servía a su vez de coordinador para su cuidado a través de los demás niveles.

- El nivel secundario se componía por un hospital de área, ubicado a corta distancia de los pueblos a los que servía, donde se podían encontrar especialistas básicos en medicina interna, pediatría, cirugía, obstetricia y ginecología.
- El nivel terciario era brindado en los hospitales regionales, donde se atendían condiciones más complejas que requerían de personal y tecnologías diagnósticas especializadas. Además, se incluyó un nivel supraterciario para servicios altamente complejos y especializados, los cuales eran ofrecidos en el Centro Médico de Río Piedras (Ramírez García, 2008).

En 1976 surge otra reforma en el sector de la salud, plasmada en la Ley 11 del 23 de junio de 1976, Ley de Reforma Integral de los Servicios de Salud de Puerto Rico, que establece tres elementos principales, a saber: 1) el acceso a los servicios de salud deberá ser responsabilidad del gobierno, de manera que vele por que se presten servicios de salud a la población sin distinción alguna; 2) la atención primaria de la salud debe ser la prioridad más alta en el sistema de salud, reconociendo que la promoción, la prevención y la atención temprana de condiciones que afectan la salud son estrategias que protegen el estado de salud de la población y contribuyen a su bienestar y 3) el estado debe contar con la participación y colaboración del sector privado en atender las necesidades. Luego

de aprobada esta ley, una vez que el modelo de regionalización estuvo vigente, fue que comenzaron los procesos de privatización de los centros de salud a través de un programa llamado “democratización de la medicina”.

Los procesos de privatización culminaron con la Reforma de Salud de 1993, que se presentó para corregir primordialmente el acceso desigual a servicios de salud y el aumento desmedido en el gasto gubernamental en servicios de salud. Esta reforma requirió: 1) la eliminación de la Administración de Facilidades y Servicios de la Salud (AFASS), brazo operacional del DS hasta ese momento; 2) la privatización de los servicios; 3) la venta de las instalaciones de salud y 4) la implantación del seguro de salud del Gobierno de Puerto Rico. Bajo la Ley Núm. 72 del 7 de septiembre de 1993, según enmendada, se creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), como una corporación pública con personalidad jurídica independiente. ASES pasó a ser el ente responsable de negociar y contratar seguros de salud de calidad para sus asegurados, particularmente para las personas médico-indigentes. A la vez, debía establecer mecanismos de control dirigidos a evitar un alza injustificada en los costos de los servicios de salud y en las primas de los seguros. Como resultado directo de la venta de las instalaciones y la privatización de los servicios, el gobierno quedó con un sistema de salud pública limitado para la prestación de servicios directos. Por tanto, ASES se quedó primordialmente con un rol rector en la salud pública y de fiscalización, monitoreo y regulación en distintos ámbitos de salud (Rosado Santiago *et al.*, 2004).

En octubre de 2010 se rebautizó el plan público de salud del ELA de Puerto Rico y a partir de entonces se le conoce como Mi Salud (Cámara de Comercio, 2013). Bajo esta nueva estructura se integran servicios de salud física y mental. En este nuevo sistema se eliminan los referidos a los especialistas

que pertenezcan a la red de proveedores a la que el paciente está adscrito. Además, se establecieron medidas de prevención incluyendo la vacunación, la mamografía, así como pruebas de Papanicolaou y de niveles de azúcar en la sangre. Finalmente, se estableció un programa de prevención y educación para el manejo de factores de riesgo para reducir las complicaciones relacionadas a la hipertensión, los problemas cardiovasculares, la diabetes, la obesidad, el asma, el cáncer y los problemas renales (ASES, 2014).

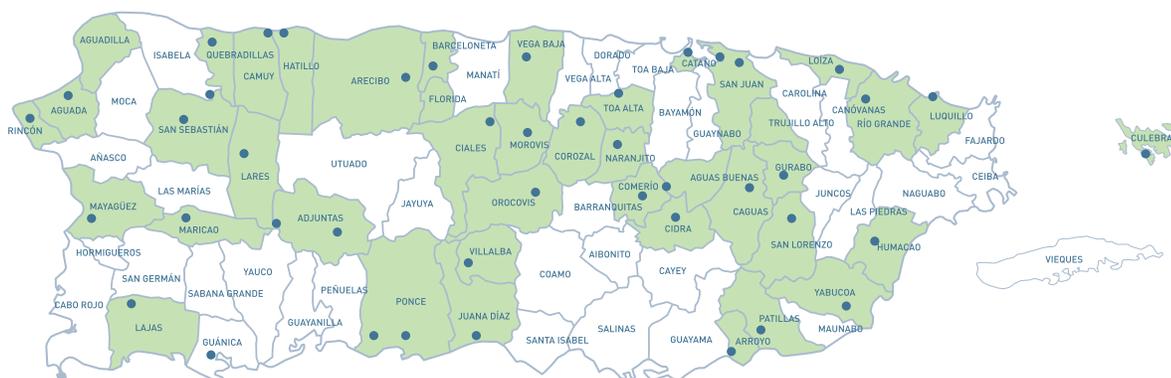
Históricamente, la atención al cuidado de la salud ha sido responsabilidad del gobierno. A través de un sistema de salud público, el gobierno ha atendido las necesidades de salud de la gran mayoría de la población. Todas las reformas de salud han compartido metas similares de garantizar el acceso a servicios de salud de calidad a toda la población, asignar mayor énfasis a la atención primaria de la salud, facilitar la integración de los niveles de prestación de servicios y fomentar la eficiencia en la operación del sistema de salud (Ramírez García, 2008).

Según consta en el *Informe de la salud en Puerto Rico 2014* (Departamento de Salud, 2014), en 2013 Puerto Rico contaba con una red de servicios de atención primaria con amplia cobertura en el territorio: 133 Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) privados y del gobierno, luego de que la Reforma de Salud de 1993 facilitó el traspaso de una gran parte de los CDT al sector privado; 50 “Federally Qualified Health Centers”, conocidos como Centros de Salud Primaria 330, corporaciones sin fines de lucro que reciben fondos del gobierno federal a través de la sección 330 del Public Health Service Act (PHSA). Este programa de salud comunitaria comenzó en Puerto Rico en 1969 y desde entonces reciben fondos federales para su ejecución con la obligación de ofrecer servicios con tarifas ajustadas o descuentos, según la situación económica y las necesidades de los usuarios.

CUADRO 3

UBICACIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA DE SALUD EN PUERTO RICO

CENTRO DE SALUD PRIMARIA (330) PUERTO RICO, 2013

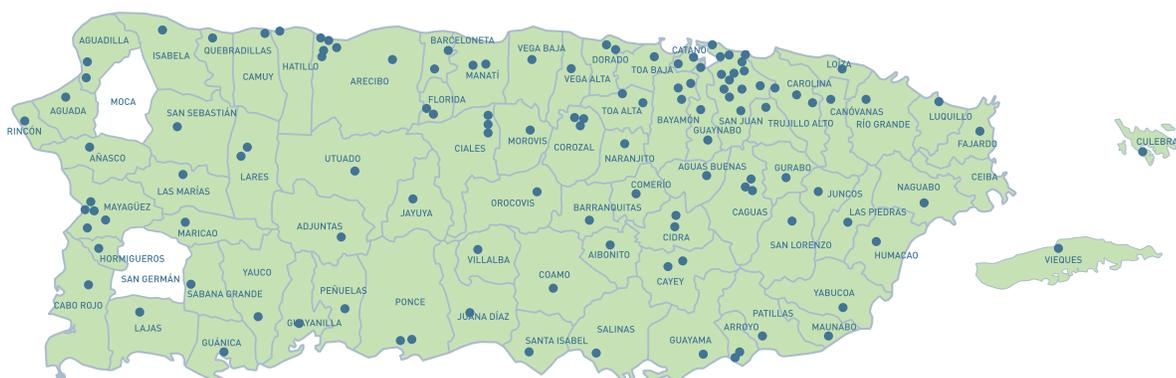


Fuente: Oficina de Servicios Primarios, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, Departamento de Salud.

Nota: Mapa preparado por la División de Sistemas de Información Geográfica. N=50



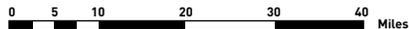
CENTROS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (CDT) PUERTO RICO, 2013



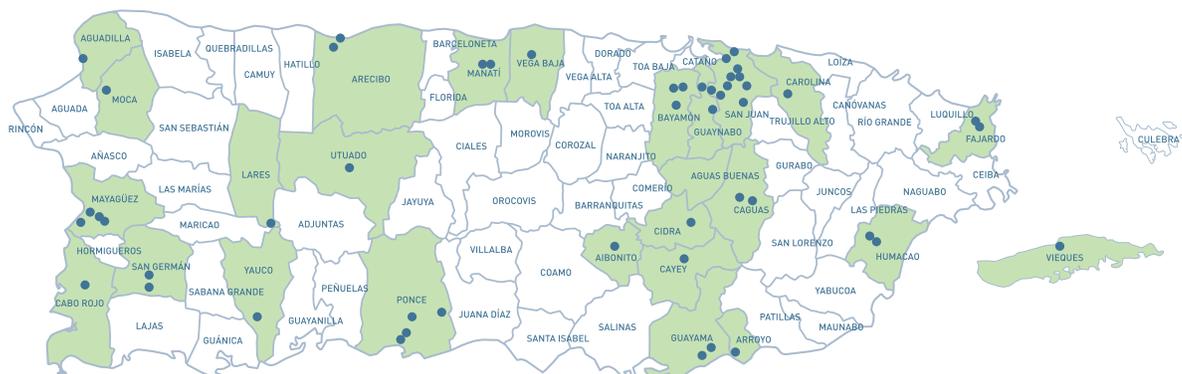
● CDT (133)

Fuente: Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadísticos de Salud.

Nota: Mapa preparado por la División de Sistemas de Información Geográfica.



HOSPITALES PUERTO RICO, 2013



Fuente: División de Análisis Estadísticos, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, Departamento de Salud.

Nota: Mapa preparado por la División de Sistemas de Información Geográfica.

0 5 10 20 30 40 Miles



Por su parte, la atención secundaria y terciaria en Puerto Rico en 2013 disponía de un total de 67 hospitales, varios de ellos ubicados en la ciudad capital y municipios aledaños. La atención especializada en hospitales se distribuye en: Hospitales Generales (52), Hospitales Psiquiátricos (8), Hospitales Pediátricos (3), Hospital de Rehabilitación (1), Hospital Cardiovascular (1), Hospital de Trauma (1) Hospital Oncológico (1).

A través de los años, el DS ha impulsado una serie de políticas públicas para promover la salud de la población. Una de estas medidas fue la Ley para Reglamentar la Práctica de Fumar en Determinados Lugares Públicos y Privados. Bajo esta ley se pretende minimizar el riesgo de desarrollar enfermedades asociadas a la exposición al humo del cigarrillo y concienciar sobre los efectos a la salud del uso del tabaco. Sin embargo, hay otros proyectos que tienen como propósito apoyar la salud de las poblaciones que aún no han sido atendidas del todo. Por ejemplo, el Proyecto de la Cámara 1845 de 2014

se presentó para que los establecimientos de comida que incluyen en sus ofertas bebidas azucaradas o carbonatadas, permitan al cliente intercambiar la bebida por agua embotellada sin costo adicional. Esto reconoce que el consumo de bebidas carbonatadas afecta negativamente la salud de las personas ya que aumenta el riesgo de obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares, entre otras. Este proyecto fue aprobado en abril de 2015.

En este breve recuento sobre la cobertura y calidad a lo largo de la historia del sistema de salud puertorriqueño, es preciso y oportuno señalar que existen diversas miradas críticas hacia el desempeño del sector de salud en Puerto Rico. La Dra. Sarah Huertas, en un recuento sobre el trasfondo del sistema de salud de Puerto Rico¹, señala algunas particularidades asociadas con el tema central de este *Informe*, la desigualdad y sus repercusiones en el desarrollo humano de Puerto Rico: “en las entrañas mismas de un sistema de salud que produjo cambios,

se iban gestando las semillas de un sistema posterior que desembocaría, a nuestro entender, en algunos de los problemas que hoy vivimos en el sistema de salud de Puerto Rico y en nuestra sociedad en general. Estos cambios a nuestro entender son:

- La desigualdad económica y de salud con la creación de un sistema dual de servicios personales de salud: un sistema privado para los pudientes y un sistema público para las personas en desventaja económica.
- El abandono de una visión abarcadora de la salud y de un sistema focalizado en concertadamente integrar los elementos necesarios para garantizar la salud de la población, es decir, de un sistema focalizado en la salud poblacional a uno focalizado en servicios personales de salud.
- El debilitado desarrollo de la participación ciudadana en las políticas y gobernanza de los sistemas”.

Actualmente existen organizaciones comunitarias que solicitan el mejoramiento y saneamiento de sus comunidades para mejorar la salud de las mismas. Se reconoce que el DS promueve campañas de salud para la población en general; no obstante, debe tomar un rol más activo para atender y trabajar las necesidades de las comunidades. Esto permitirá que las comunidades puedan gozar de salud y un ambiente adecuado para su desarrollo.

EL DESARROLLO HUMANO EN PUERTO RICO EN UN CONTEXTO SALUBRISTA

La situación de salud en Puerto Rico ha experimentado cambios en las últimas décadas debido a factores asociados con la transición demográfica², los avances que propicia la transición epidemiológica y otros factores, especialmente aquellos relacionados con la estructura del sistema de salud adoptado en Puerto Rico a través de los años. A la vez, se han experimentado cambios y adelantos en el campo de la medicina, en la cobertura y accesibilidad de los servicios de salud, en la educación en salud preventiva, en la vigilancia y el control de enfermedades y en la promoción de la salud, entre otros, que han sido clave para la salud de la población. Una de las repercusiones de estos adelantos ha sido que hoy la población puertorriqueña tenga una vida prolongada. Esto se puede comprobar al utilizar el nivel de la esperanza de vida al nacer por grupos de edades como indicador resumen del estado de la salud de una población. En una comparativa de Puerto Rico con el resto del mundo, la esperanza de vida al nacer de la población total para el año 2012 fue de 79.2 años, lo que ubica a la Isla entre los primeros 41 países del mundo (Population Reference Bureau, 2012).

En síntesis, este capítulo examina un cuadro general de la salud en Puerto Rico y se acentúa la diferencia por género en los diversos asuntos. El contenido está organizado según los siguientes temas: (a) mortalidad según diferentes atributos: género, edad, causas de muerte, (b) morbilidad, principales condiciones de salud que padece la población residente en Puerto Rico, (c) cobertura de salud y (d) sistema de salud.

RECUADRO 14

UN MODELO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL ESTABLECIMIENTO DE POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD: IMPLICACIONES PARA EL ESTADO DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO EN PUERTO RICO HACIA LAS RAÍCES DEL PROBLEMA: UNA PROPUESTA

Sarah Huertas*

La Alianza de Salud para el Pueblo, entidad multisectorial sin fines de lucro, comenzó sus trabajos en 2007 como un grupo informal de estudio y análisis por profesionales de diversas disciplinas. En 2011, se formalizó la Alianza de Salud para el Pueblo, compuesta inicialmente por nuestra organización original, Abogando por un sistema universal de salud, sindicatos relacionados a la salud como la Unión General de Trabajadores (UGT) y Service Employees International Union (SEIU), el Colegio de Médicos de Puerto Rico y el Colegio de Profesionales del Trabajo Social.

La Alianza se caracterizó desde sus orígenes por una fuerte orientación educativa y un interés en abogar por un sistema universal integrado de salud. La Alianza considera el sistema de financiamiento de pagador único como la mejor alternativa para lograr un sistema de salud basado, entre otros principios, en los siguientes: la salud como derecho humano y no mercancía, la equidad, un sistema universal e integrado con base en la prevención y en la atención primaria, a un costo asequible para los puertorriqueños, de alta calidad y con participación activa de la ciudadanía a todos los niveles, desde su cuidado personal hasta la gobernanza del sistema.

Partiendo de la experiencia de las múltiples comisiones y grupos de trabajo sobre la reforma del sistema de salud (1974, 2005, 2008) que han ofrecido valiosos insumos y recomendaciones, y que sin embargo no han sido acogidas, implantadas y ni siquiera discutidas ampliamente en nuestra sociedad, decidimos redactar un proyecto de ley por petición ciudadana a la Cámara de Representantes y la presidenta de la Comisión de Salud de la Cámara en mayo de 2013. El énfasis de dicho proyecto fue:

1. La planificación integral de un sistema basado en varios principios clave como la salud como derecho humano, la equidad y la participación ciudadana (entre otros ya mencionados).
2. La creación de una comisión de carácter continuo, constituida por diferentes sectores de la sociedad civil que incluyera, entre otros, a profesionales de la salud, usuarios de servicios, trabajadores de la salud, organizaciones comunitarias y de mujeres, y representación de sectores de la salud mental, la academia y el sector salubrista, patronos y aseguradoras.
3. El elemento que consideramos esencial en esta propuesta fue el método de selección de dichos miembros. La Alianza propuso que a diferencia de previas comisiones, esta vez los representantes fueran electos por sus grupos de origen respectivos.

La Cámara aprobó dicho proyecto en noviembre de 2013 con algunos cambios que no alteraron elementos esenciales como los principios que orientarían la planificación de un sistema de salud, la multisectorialidad y la elección de los miembros del Consejo por sus sectores de origen. Quedaron fuera elementos que daban mayor empoderamiento legal y fondos al consejo. Algunos de los cambios aprobados mediante negociación de los cuerpos incluyeron que el Consejo quedara adscrito administrativamente y convocado por el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Además se añadió la participación como miembro ex officio del director ejecutivo del Instituto de Estadísticas de Puerto Rico, facilitando así acceso a datos y a otros recursos técnicos del Instituto y se quitaron representantes de la rama legislativa, manteniendo representantes del Ejecutivo como el Departamento de Salud y la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico. Permanecieron los principios básicos de representación ciudadana, autonomía, continuidad y, muy importante, quedaron inalterados los propósitos y principios que orientarían el trabajo. No se aprobó presupuesto para la entidad, pero se acordó la ayuda del Recinto de Ciencias Médicas en administración y obtención de recursos técnicos. Fue finalmente aprobado como la Ley 235 por el gobernador el 22 de diciembre de 2015.

El Consejo se constituyó formalmente en 2016, siguiendo los parámetros establecidos en ley y rindió su primer informe en octubre de 2016, titulado “Basta ya de parchos en el Sector Salud”, con una revisión histórica de los cambios en políticas en salud y el sistema en las últimas décadas. Sus recomendaciones estuvieron enfocadas en dos áreas principales: la gobernanza y el modelo de financiamiento. En este momento, se trabaja en lograr un estudio económico/actuarial donde se consideren diversos modelos de organización y financiamiento de los servicios, con la meta de identificar, según lo requiere la Ley: “el modelo de prestación de servicios de salud y el modo de financiamiento mas adecuado para el funcionamiento del sistema de salud de Puerto Rico”.

¿Qué importancia tiene este modelo para el desarrollo humano en Puerto Rico y en otros lugares? Primero, crea un mecanismo de ley para un modelo de concertación social y colaboración gobierno-ciudadana. Segundo, planifica la creación de un sistema de salud justo, digno, de calidad, y costo efectivo que garantice una vida larga, saludable y gratificante para los ciudadanos y en cuya gobernanza sus participantes tengan insumo. Aún más importante por la amplitud de sus implicaciones, este modelo podría traer cambios verdaderamente transformadores para la sociedad puertorriqueña, como la inserción sistemática y amplia de los ciudadanos –con sus vivencias y conocimientos– en los procesos de solución a problemas difíciles; la negociación entre sectores por un bien común facilitando la solidaridad social; la esperanza y apoderamiento de los ciudadanos en políticas y asuntos que directamente afectan sus vidas y su desarrollo pleno.

Este proyecto de iniciativa ciudadana podría facilitar muchos de los elementos que han sido considerados claves para el desarrollo humano de Puerto Rico.

*La autora es catedrática retirada de la Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas. Aquí se recoge un extracto de un texto más extenso, del mismo nombre, preparado para este *Informe*.

¿DISFRUTANDO DE UNA VIDA LARGA Y SALUDABLE?

A lo largo de la historia, diversos autores y estudiosos de los vínculos entre la población y el desarrollo humano, han acentuado la relación directa que existe entre indicadores refinados de mortalidad y el modo de vida de la gente. La esperanza de vida al nacer es el número de años que vivirá un recién nacido si las pautas de mortalidad por edades imperantes en el momento de su nacimiento siguieran siendo las mismas a lo largo de toda su vida (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2004). Según Velázquez Estrada (2011), la esperanza de vida es un excelente indicador y es de suma importancia al analizar el comportamiento de la mortalidad y calidad de vida en las poblaciones, ya que puede reflejar el nivel de vida del país.

El análisis de la esperanza de vida al nacer, considerado por género, muestra que históricamente la brecha en años de esperanza de vida entre mujeres y hombres se amplía a

medida que asciende el nivel de desarrollo de un país o territorio. En asociación con el ingreso, también se ha encontrado evidencia de que, como patrón general, en los países de altos ingresos las mujeres tienden a vivir alrededor de seis años más que los hombres, mientras que, en los países de ingresos bajos, la brecha entre géneros es de alrededor de tres años (Organización Panamericana de la Salud, 2014). Según el *Population Reference Bureau 2012*, en una clasificación de las esperanzas de vida al nacer más altas entre países, las mujeres de Puerto Rico se encuentran entre los primeros 32 países; por su parte, los hombres estarían ubicados entre los primeros 49 países. Usando estos mismos datos, se analizó la disparidad por género y se encontró que Puerto Rico está entre los primeros veintinueve países con las diferencias más amplias en la esperanza de vida por género, con una diferencia promedio de ocho años. Por otro lado, el aumento en la esperanza de vida al nacer evidencia el incremento de la calidad de salud de la población en Puerto Rico durante el siglo XX.

TABLA 8

Esperanza de vida al nacer en años, países seleccionados y Puerto Rico: 2011-2012

País	Esperanza de vida al nacer (años)			Diferencia (3)-(2)
	Ambos géneros (1)	Hombres (2)	Mujeres (3)	
Puerto Rico	79	75	83	8
Trinidad y Tobago	71	68	74	6
España	82	79	85	6
Palau	69	66	72	6
Estados Unidos	79	76	81	5
Islas del Canal	79	77	82	5
Noruega	81	79	84	5
Suiza	82	80	85	5
Barbados	74	72	76	4
Cuba	78	76	80	4
Dominica	76	74	78	4
Holanda	81	79	83	4

Fuente: Population Reference Bureau (2012).

GRÁFICA 15

Aumento en años en la esperanza de vida al nacer, Puerto Rico: 1902-2012



Fuente: Departamento de Salud, *Informe anual de estadísticas vitales*.

En Puerto Rico hubo cambios significativos en la expectativa de vida al nacer en el periodo de 1950 a 2002, según el *Informe sobre la salud en el mundo* de 2003. En la Isla, la esperanza de vida al nacer para la población total registró un incremento sustancial desde 1920, cuando el promedio era de 38.4 años. A los inicios de la década de 1960 alcanzó los 69.3 años, y siguió incrementando a un ritmo más pausado hasta alcanzar en 2012 los 79.3 años para la población total (Gráfica 15).

Como media, la esperanza de vida aumentó en nueve años en los países desarrollados (por ejemplo, en Australia, los países europeos, el Japón, Nueva Zelandia y América del Norte), en 17 años en los países en desarrollo con elevados niveles de mortalidad de niños y de adultos (la mayoría de los países africanos y los países más pobres de Asia, la Región del Mediterráneo Oriental y América Latina) y en 26 años en los países en desarrollo con baja mortalidad (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Cuando se comparan estos datos con Puerto Rico, en el periodo mencionado, la esperanza de vida en Puerto Rico aumentó 16.2 años. Esto es comparable con el aumento promedio observado en los países en desarrollo que tenían una alta mortalidad.

En Puerto Rico los indicadores de mortalidad en épocas recientes indican una mejoría

GRÁFICA 16

Aumento en años en la esperanza de vida al nacer, países desarrollados y en desarrollo: 1950-2002



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2003).

TABLA 9

Esperanza de vida al nacer, grupos seleccionados

	Esperanza de vida (años)			
	Periodo			
	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012
Población de 30 a 34 años				
Total	49.0	49.6	50.4	51.0
Hombres	45.6	46.2	47.2	47.9
Mujeres	51.6	52.8	53.5	53.9
Población de 45 a 49 años				
Total	35.5	35.9	36.7	37.2
Hombres	32.7	33.1	33.9	34.6
Mujeres	37.2	38.6	39.2	39.6
Población de 60 a 64 años				
Total	22.9	23.2	23.9	24.3
Hombres	20.9	21.2	21.9	22.3
Mujeres	23.6	25.1	25.8	26.1

Fuente: Departamento de Salud, *Informe anual de estadísticas vitales* (datos preliminares).

notable en el estado de la salud, así como en la cantidad y calidad de vida de la población en general. Sin embargo, se aprecia una tendencia a la sobremortalidad masculina excesiva, que inicia alrededor de la década de 1960. En ese entonces, la esperanza de vida al nacer de las mujeres alcanzaba los 71.9 años y la de hombres los 67.1 años, para una brecha de 4.8 años; en los años ochenta la brecha se amplió a 8 años (Vázquez Calzada, 1984). En su estudio, Velázquez Estrada (2011) reporta una esperanza de vida al nacer de 82.7 en las mujeres y de 75 años para los hombres durante 2006-2008, lo cual mantiene la brecha entre géneros cerca de los 8 años. Además de la esperanza de vida al nacer, se evaluó el promedio de años de vida restantes en otros grupos de edad de la población. Al examinar el promedio de años por vivir de la población se observa que la brecha entre los grupos de edad, excepto para la población de 60 a 64 años, se mantiene bastante constante a medida que pasan los periodos.

CARACTERÍSTICAS DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA: MORTALIDAD

La tasa bruta de mortalidad (TBM) es un indicador crudo o bruto de la mortalidad; luego de un refinamiento y una estandarización, para ciertos fines indica con alguna precisión el impacto actual de la mortalidad en el crecimiento de la población (IndexMundi, 2014). Este indicador está significativamente afectado por la distribución por edades y tiene un comportamiento inverso con la esperanza de vida por edades; es decir, mientras más baja es la tasa de mortalidad, más alta es la esperanza de vida. La TBM de la población mundial se eleva a 8.1, producto de la ocurrencia de alrededor de 56.3 millones de decesos que se registran por año, lo que implica un poco menos de dos muertes por segundo (GloboMeter, 2014).

La tendencia de la TBM durante el siglo XX en Puerto Rico mostró un decrecimiento

TABLA 10

Tasa bruta de mortalidad (TBM)					
Año	TBM	Año	TBM	Año	TBM
1971	6.5	1986	6.9	2001	7.6
1972	6.6	1987	7.0	2002	7.3
1973	6.7	1988	7.3	2003	7.5
1974	6.7	1989	7.4	2004	7.7
1975	6.5	1990	7.4	2005	7.8
1976	6.6	1991	7.4	2006	7.5
1977	6.5	1992	7.7	2007	7.7
1978	6.4	1993	7.9	2008	7.7
1979	6.5	1994	7.7	2009	7.7
1980	6.4	1995	8.1	2010	7.8
1981	6.5	1996	8.0	2011	8.1
1982	6.5	1997	7.7	2012	8.1
1983	6.5	1998	7.8		
1984	6.5	1999	7.5		
1985	6.9	2000	7.5		

Fuente: Departamento de Salud. (2012). *Estadísticas vitales 2009-2010*. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. (2010). *Nuevas estadísticas de mortalidad 2000- 2008*.

Nota: Tasa bruta de mortalidad por cada mil habitantes.

constante desde 1930 —con una tasa de 23.1 muertes por cada mil habitantes— hasta 1970, cuando alcanzó una tasa de 6.5 muertes por cada mil habitantes y se mantuvo fluctuando cerca de esa cifra hasta mediados de 1980 (Vázquez Calzada, 1988). Durante las siguientes décadas la tasa bruta de mortalidad promedio fue de 7.6 muertes por cada mil habitantes. Para 2011, la TBM alcanzó las 8.1 muertes por cada mil habitantes y de igual forma se mantuvo para 2012 (Tabla 10). En la comparación de las tasas brutas de mortalidad debe tomarse en consideración el efecto de la estructura por edad de la población; en el caso de Puerto Rico la TBM aumenta por el proceso de envejecimiento poblacional que se ha venido produciendo a través de los años.

La mortalidad de los varones es más elevada que la de las mujeres en la mayoría de los países. En Puerto Rico, esta relación se ha conservado desde 1828, fecha en que se documenta esta información por primera vez (Vázquez Calzada, 1988). La tasa de

GRÁFICA 17



Fuente: Departamento de Salud, *Informe anual de estadísticas vitales*. Instituto de Estadísticas, *Nuevas estadísticas de mortalidad*.

mortalidad por género muestra cómo del año 2000 a 2012 la brecha entre las tasas de mortalidad de los hombres y de las mujeres se ha mantenido con una diferencia promedio de 1.7 muertes por cada 10,000 habitantes.

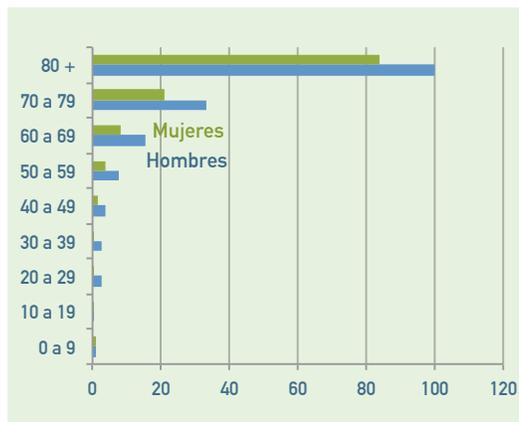
Al revisar las tasas de mortalidad específicas por grupos de edad, se observa que a medida que asciende la edad, mayor es el riesgo de morir, exceptuando el grupo de edad de 0 a 4 años (Gráfica 19). Este grupo de 0 a 4 años posee mayor riesgo de morir que otros grupos de edad jóvenes debido a la mortalidad que se registra específicamente en la población con edad menor a 1 año, conocida como mortalidad infantil. Se observa que la tasa de mortalidad infantil (TMI) de Puerto Rico ha descendido a niveles muy bajos, aunque aumentó entre 2011 y 2012 de 8.7 a 9.5 por cada 1,000 nacidos vivos; también se observó un aumento en la tasa de mortalidad infantil de menores de 5 años entre 2011 y 2012 (Gráfica 19). A partir de los 60 años, el riesgo de morir es mayor y la población suele registrar una tasa de mortalidad mayor a 8.3 muertes por cada mil habitantes (Gráfica 17). En relación con la última década, las tasas de

mortalidad han disminuido. Esta tendencia en su mayoría responde a una vida más longeva de la población de la Isla durante el siglo XXI.

Al evaluar las primeras diez causas de muerte durante el periodo 2011-2012, resaltan dos causas de muertes externas. Los homicidios y accidentes ocupan la posición seis y siete respectivamente. La razón de mortalidad por género nos indica una sobremortalidad masculina en nueve de las diez causas de muerte, salvo en las muertes a causa de Alzheimer, la única que registra mayor mortalidad en mujeres que en hombres. En cambio, resulta notable la diferencia por géneros en la mortalidad por homicidios, en la que la de los hombres es once veces superior que la de las mujeres en el periodo señalado. Las diferencias en la situación de salud de hombres y mujeres demuestran que existen factores que se identifican con la génesis biológica del sexo y con un patrón de sobrevivencia mayor en las mujeres. Sin embargo, son los factores socioculturales, inherentes al género, los que generan desigualdades e inequidades

GRÁFICA 18

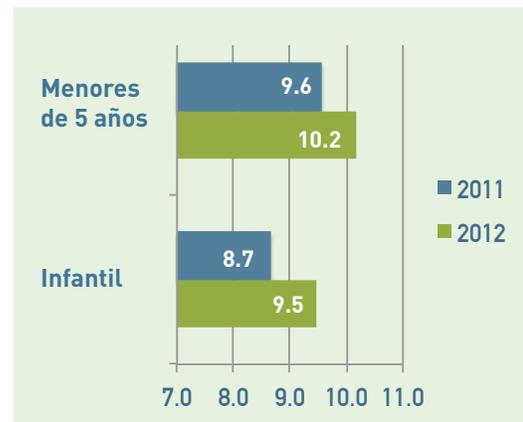
Tasa de mortalidad, por edad y género, Puerto Rico: 2012



Fuente: Departamento de Salud, *Informe anual de estadísticas vitales*. Instituto de Estadísticas, *Nuevas estadísticas de mortalidad*.

GRÁFICA 19

Tasa de mortalidad, por grupos específicos, Puerto Rico



Fuente: Departamento de Salud, *Informe anual de estadísticas vitales*. Instituto de Estadísticas, *Nuevas estadísticas de mortalidad*.

RECUADRO 15 MORTALIDAD INFANTIL EN MUJERES DE ORIGEN PUERTORRIQUEÑO

Idania Rodríguez Ayuso*

Durante el periodo 2008-2009 hubo 623 muertes de menores de un año. La tasa de mortalidad infantil (TMI) ponderada para el periodo fue de 7.59, es decir, alrededor de ocho muertes infantiles por cada mil nacimientos vivos sencillos en mujeres de origen puertorriqueño entre los 15 y 45 años. Para este mismo periodo, las primeras tres causas de muerte infantil representaron el 40% de las muertes registradas. Las primeras causas de muerte fueron: 1) malformaciones congénitas, deformaciones congénitas y anomalías cromosómicas (18.8%), 2) sepsis bacteriana del recién nacido (12.2%) y 3) insuficiencia respiratoria (9.9%).

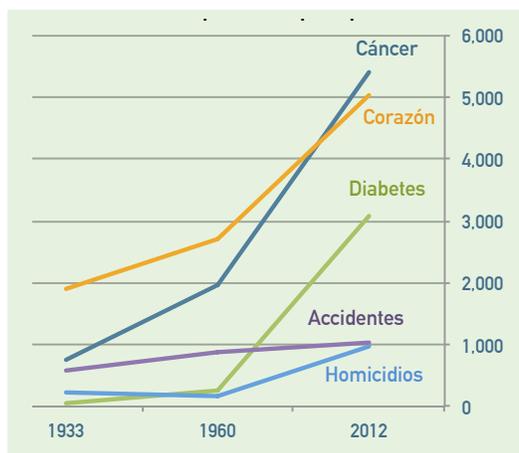
Del total de las muertes infantiles, el 72.9% ocurrieron en el periodo neonatal (antes de los 28 días de nacido). El 71% de los infantes que murieron nacieron pretérmino, o antes de las 37 semanas ($\mu = 30.8$ semanas). Además, el 73.5% nació con bajo peso (menos de 2,500 gramos o 5.5 libras). El peso promedio al nacer para esta población fue de 1,633.1 gramos o 3.6 libras. Por su parte, el valor promedio de la prueba de Apgar fue 6.6 de un máximo de 10. En cuanto a las madres, la edad promedio al momento del parto fue 25.6 años y el número promedio de visitas de cuidado prenatal fue 8.

Los casos de mortalidad infantil utilizados para este análisis cumplen con los siguientes criterios: 1) haber sido un parto simple (no parto múltiple), 2) la muerte del infante ocurrió en Puerto Rico entre los años 2008 y 2009 antes del infante tener 365 días, 3) el infante debió de haber nacido en Puerto Rico o Estados Unidos, 4) la madre era de origen puertorriqueño y 5) al momento del parto la madre debió tener entre 15 a 45 años de edad. Los datos fueron ponderados para minimizar el sesgo en las características del infante por aquellos casos en los que no se pudo enlazar el certificado de nacimiento con el de defunción.

Fuente: Se utilizaron los “period linked birth-infant death data files” publicados por el National Center for Health Statistics para Puerto Rico (2008-2009).

*La autora es gerente sénior de Proyectos estadísticos en el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico.

GRÁFICA 20

Muertes por cáncer, enfermedades del corazón y diabetes, población total


Fuente: Departamento de Salud, *Informe anual de estadísticas vitales*.

en la salud. Como se analiza más adelante, ambos tipos de factores interactúan entre sí en la determinación del estado de salud de la población³.

Como ya se comentó, en el patrón de principales causas de muerte de Puerto Rico resalta hoy la elevada proporción de muertes por causas externas o violentas, que da cuentas de disparidades de género en salud desfavorables para los hombres, y con las repercusiones sociales, económicas y de salud que implican estas muertes prematuras. Por ejemplo, en el ámbito social, estas muertes manifiestan un sentido de posible inseguridad de la población que habita el lugar. En el económico, se caracteriza por disminuir la población joven y hábil para trabajar y los gastos directos de fondos públicos que conlleva tratar y servir a los infortunados antes y después de la muerte. En el ámbito de salud

TABLA 11

Tasa de mortalidad ajustada por edad de las principales causas de muerte

Causas de muerte (ICD-10, 2004)	2011			2012			Razón Hombre/ Mujeres
	Ambos Géneros	Hombres	Mujeres	Ambos Géneros	Hombres	Mujeres	
1. Tumores malignos	123.4	161.4	96.3	124.4	160.7	98.6	1.6
2. Enfermedades del corazón	124.6	156	99.7	117.7	148.4	93.4	1.6
3. Diabetes	75.6	90.0	64.2	71.0	83.4	60.9	1.4
4. Enfermedad de Alzheimer	44.2	38.9	47.3	47.0	41.4	50.5	0.8
5. Enfermedades cerebrovasculares	35.8	40.5	32.0	31.6	36.8	27.4	1.3
6. Homicidios	29.8	56.8	4.2	26.8	50.1	4.5	11.2
7. Accidentes	28.4	46.7	12.2	25.8	42.9	10.7	4.0
8. Nefritis	22.5	29.1	17.5	23.3	29.4	18.7	1.6
9. Enfermedades respiratorias	24.9	31.8	19.8	23.3	30.0	18.6	1.6
10. Septicemia	19.7	24.5	16.1	18.7	21.9	16.1	1.4

Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico.

Nota: Tasa por cada 100,000 habitantes ajustada por la población estándar del año 2000 de Estados Unidos. La clasificación está basada en la tasa ajustada y no en el total de casos. Datos preliminares.

y calidad de vida, estas muertes congestionan los servicios de salud disponibles, entre otros servicios que requiere la población. Incluso, las muertes externas tienen un efecto directo en la esperanza de vida como indicador de calidad de vida y, por tanto, en este estudio resulta de interés profundizar en el análisis de tales efectos.

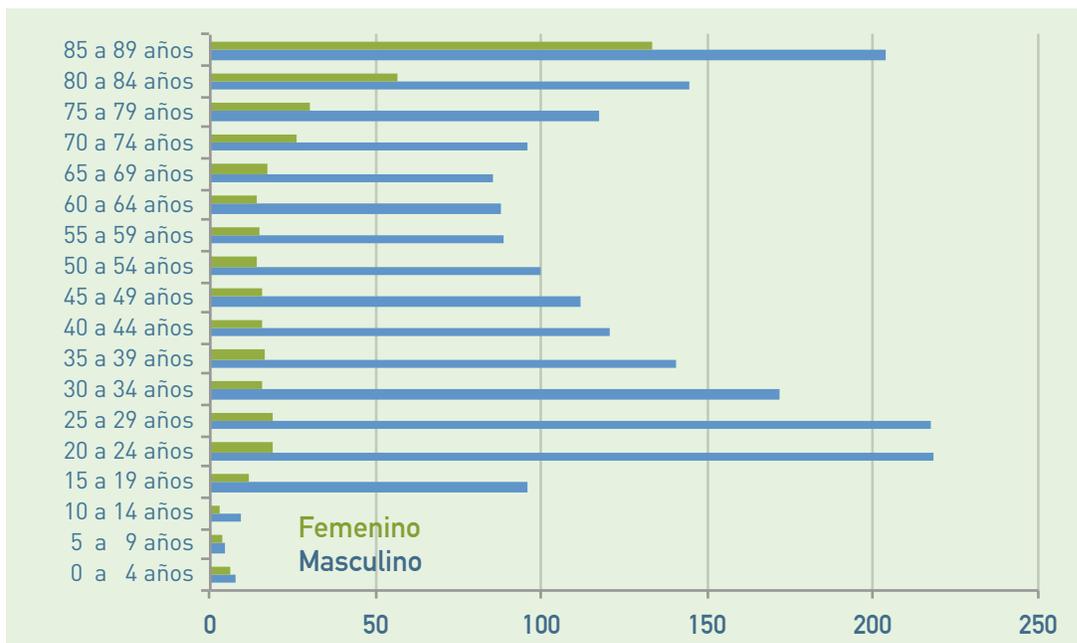
Históricamente, desde 1967, la frecuencia de la mortalidad por causas violentas en Puerto Rico ha oscilado entre 1,458 a 2,779 defunciones. Al desagregar la mortalidad violenta por géneros, se observa que un 85.1% de estas muertes ocurren en los hombres. Las personas que mueren por causas de muerte violenta presentan características demográficas particulares en comparación con las personas que mueren por causa natural. Al examinar la totalidad de las muertes violentas durante el periodo 2000-2012, se encontró que la población

en las edades de 20 a 29 años son las que tienen mayor probabilidad de morir por una de estas causas. En los grupos de edad de 70 años o más, la tasa específica por edad muestra un incremento principalmente debido a la mortalidad por accidentes (Tabla 11). Al examinar la tasa de muertes violentas por género, la de mujeres se mantuvo igual o menor a 19.3 muertes por cada 100,000 habitantes, mientras la de hombres se mantuvo sobre 100.4 muertes por 100,000. Esta diferencia considerable muestra una robusta tendencia del hombre a morir por alguna causa de muerte violenta.

Durante el periodo 2000-2012, la tasa cruda de muertes violentas para la población total de Puerto Rico alcanzó sus dos puntos más altos en los años 2000 y 2001, con tasas de 64.4 y 64.5 por cada 100,000 personas respectivamente. Al deslindar las muertes violentas por causas, se observa que la tasa de accidentes y homicidios

GRÁFICA 21

Tasas específicas de muertes violentas, por edad y género, Puerto Rico: 2000-2012
(por cada 100,000 habitantes)



Fuente: Departamento de Salud, *Informe anual de estadísticas vitales*.

son las más altas durante el periodo 2000-2012. Es hasta el año 2009 donde ambas causas intercambian posiciones dentro de las primeras dos causas de muerte violenta: los homicidios pasaron a ser la primera, seguida de los accidentes, siendo la tasa más alta la del año 2011 (Ver Gráfica 23).

MUERTES VIOLENTAS: REPERCUSIÓN EN LA ESPERANZA DE VIDA COMO INDICADOR DE SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO

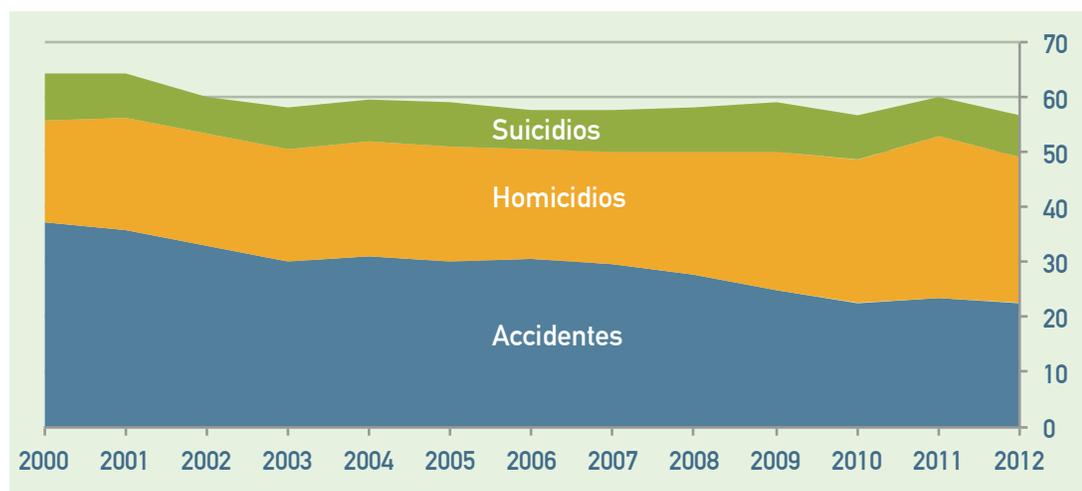
El análisis de género para la incorporación de la transversalidad de la perspectiva de género en salud resulta una premisa básica para la eficiencia en el cumplimiento de las funciones del sector de la salud, especialmente la atención de la salud, la prevención y control de enfermedades y la promoción de la salud que comparten todos los sectores de la economía con la sociedad civil y la participación ciudadana. En el caso de Puerto Rico, existen problemáticas de salud, asociadas con desigualdades e inequidades

de género, socioeconómicas, educacionales, de raza y etnia, entre otros determinantes sociales de salud. Estas problemáticas, desencadenantes de disparidades en la salud de mujeres y hombres, deberían ser objeto de atención para la formulación de políticas públicas y la adopción de programas de educación y alfabetización en salud dirigidas a individuos, familias y comunidades.

Un ejemplo de estas problemáticas en Puerto Rico es la elevada proporción de muertes por causas externas. Se conoce que las muertes violentas bien pueden ser evitadas, y es de interés conocer el impacto que estas tienen en el indicador esperanza de vida al nacer. En años recientes, se realizó un estudio en Puerto Rico centrado en el caso hipotético de que estas muertes no ocurrieran en el patrón de mortalidad de la población. El estudio encontró que, si no se hubieran registrado muertes violentas, la población total de Puerto Rico hubiera alcanzado una esperanza de vida al nacer de 78.9 años durante el periodo 2000-2003, y al final del periodo analizado 2010-2012 hubiera sido de 81 años. En el periodo más reciente

GRÁFICA 22

Tasas de muertes violentas por causas, población total
(por cada 100,000 habitantes)



Fuente: Departamento de Salud, *Informe anual de estadísticas vitales*.

RECUADRO 16 VIOLENCIA DOMÉSTICA Y GÉNERO

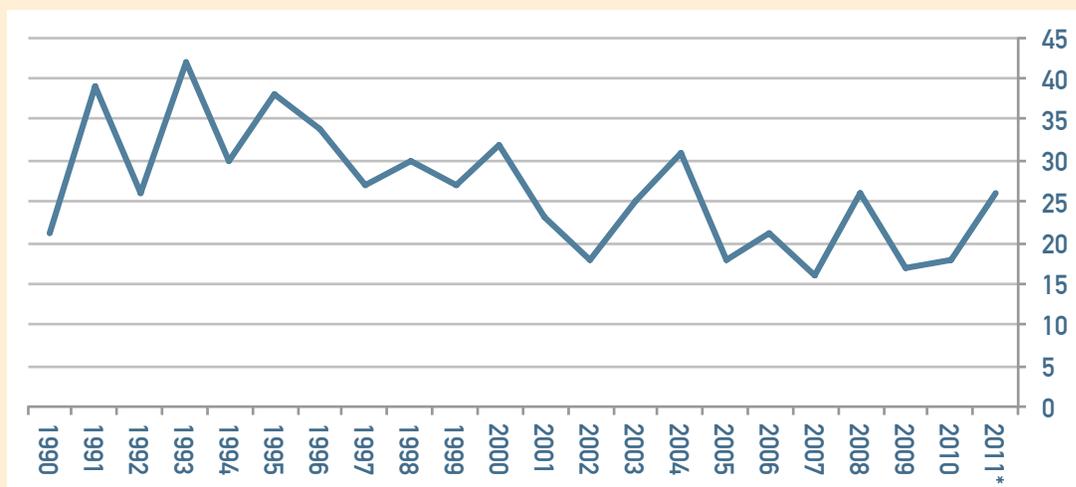
Alberto L. Velázquez-Estrada*

La violencia que toma lugar en los hogares es severamente marcada por la diferencia de género. Las víctimas de violencia doméstica registran alto porcentaje en la población de mujeres. Durante el periodo 2010-2012, alrededor de 83% de las víctimas de violencia doméstica fueron mujeres, frente a un 17% de hombres. Del 83% de las mujeres víctimas de violencia doméstica, el 71% corresponde a las edades 20 a 39 años, caracterizando la incidencia en la edad joven-adulta de las mujeres.

Los asesinatos de mujeres por violencia doméstica anuales han oscilado entre 16 y 42 muertes entre el periodo 1990-2012.

GRÁFICA 23

Mujeres asesinadas por violencia doméstica, Puerto Rico 1990-2012



Fuente: Oficina de la Procuradora de las Mujeres / Policía de Puerto Rico (datos preliminares).

*El autor es gerente de Proyectos estadísticos en el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico.

estudiado, 2010-2012, las mujeres habrían alcanzado 83.4 años en su esperanza de vida al nacer y los hombres 78.3 años.

La pérdida de años en la esperanza de vida al nacer por muertes violentas en Puerto Rico es cónsona con la población principalmente impactada por este tipo de muerte. La población de hombres perdió un promedio de 2.9 años de vida al nacer a consecuencia de las muertes violentas. Es decir, si las muertes violentas no ocurrieran, la esperanza de vida al nacer de los hombres sería de tres años más. En comparación con la población de mujeres, el impacto es menor: estas pierden un promedio de 0.48 años en la esperanza de vida al nacer a causa de las muertes violentas.

Otra forma de medir la pérdida de años es mediante el indicador de años potenciales de vida perdidos (APVP). Este indicador, recomendado por la OMS (2002), muestra la prematuridad de las muertes proveyendo información útil para el análisis de la situación de salud y la planificación de políticas de salud pública. El modelo considera que el peso de las muertes en las edades infantiles y de los jóvenes adultos tiene un mayor aporte en la pérdida de años que los APVP de las edades de la población adulta y vieja. Al revisar las disparidades de género en salud para Puerto Rico, la razón de APVP de hombres por cada 100 APVP de mujeres durante el periodo 2010-2012 muestra que la población masculina tiene

TABLA 12

Efecto de muertes violentas en la esperanza de vida al nacer, población total y por género, Puerto Rico: 2001-2012

	Periodo			
	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012
Población total				
Esperanza de vida al nacer al eliminar las muertes violentas	78.9	79.4	80.3	81.0
Esperanza de vida al nacer	77.1	77.7	78.6	79.2
Años de esperanza de vida al nacer perdidos por las muertes violentas	1.8	1.7	1.7	1.8
Mujeres				
Esperanza de vida al nacer al eliminar las muertes violentas	81.1	82.1	82.9	83.4
Esperanza de vida al nacer	80.8	81.6	82.4	82.9
Años de esperanza de vida al nacer perdidos por las muertes violentas	0.3	0.5	0.5	0.5
Hombres				
Esperanza de vida al nacer al eliminar las muertes violentas	76.0	76.6	77.6	78.3
Esperanza de vida al nacer	73.0	73.7	74.7	75.4
Años de esperanza de vida al nacer perdidos por las muertes violentas	3.0	2.9	2.9	2.9

Fuente: Departamento de Salud. (2012). *Estadísticas vitales 2009-2010*. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. (2010). *Nuevas estadísticas de mortalidad 2000-2008*.

Nota: Tasa bruta de mortalidad por cada mil habitantes.

una situación desfavorable; los hombres pierden más APVP en todas las edades en comparación con las mujeres.

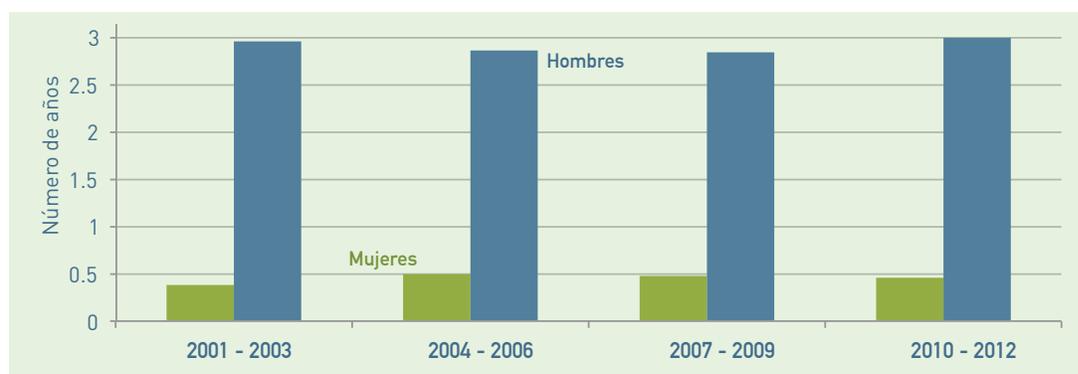
En resumen, los cálculos de APVP para Puerto Rico en años recientes evidencian la superioridad en la mortalidad de los hombres en todos los grupos de edad. Las diferencias más notables de los APVP por género se encuentran entre las edades de 15 a 44 años. El indicador de APVP confirma fehacientemente la sobremortalidad de los hombres en edades jóvenes debido a las muertes externas y las disparidades de género debido a estas causas. La distribución por edades indica que es también una realidad que desde el nacimiento se observa una relativa sobremortalidad de los varones con respecto a las mujeres, y que tienen una mayor probabilidad de infecciones, ictericia, complicaciones al nacimiento, enfermedades congénitas, y nacimientos prematuros (Lawn, Blencowe, Darmstadt, & Bhutta, 2013). También, al nacer prematuros, un varón tendrá mayor riesgo de muerte y discapacidad que una mujer (Lawn *et al.*, 2013).

¿PERMITE LA CARGA DE ENFERMEDADES DISFRUTAR DE UNA VIDA LARGA Y SALUDABLE?

El rápido aumento de las enfermedades crónicas, que suelen ser padecimientos que se prolongan a lo largo del ciclo de vida de los seres humanos, aun en el escenario contemporáneo de un descenso progresivo de la mortalidad, representa un reto de salud importante para el desarrollo a escala mundial. Hoy las enfermedades crónicas, tales como enfermedades del corazón, derrame cerebral, cáncer, enfermedades crónicas respiratorias y diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo. Según la OMS (2006) esto se debe a una alimentación alta en grasa y azúcar y la inactividad física de las personas. Para 2008, las enfermedades crónicas fueron responsables de 36 millones de muertes a nivel mundial, de las cuales más del 50% fueron mujeres y menos del 30% fueron menores de 60 años (Organización Mundial de la Salud, 2014). Se estimaba que para 2015 las enfermedades crónicas aumentarían en un 17% en comparación a 2005 si no se implementaban cambios en los estilos de vida y la alimentación (Organización Mundial de la Salud, 2005).

GRÁFICA 24

Años de vida perdidos a causa de las muertes violentas en la esperanza de vida al nacer



Fuente: Departamento de Salud. *Estadísticas vitales* (2009–2012, datos preliminares). Instituto de Estadísticas de Puerto Rico, *Nuevas estadísticas de mortalidad, 2000-2008*. Cálculos del autor.

ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN PUERTORRIQUEÑA: MORBILIDAD

El perfil de enfermedades crónicas de Puerto Rico presentado en el *Plan de acción de enfermedades crónicas para Puerto Rico 2014-2020* del DS (2014) muestra un patrón análogo al de países de alto y muy alto desarrollo humano, aunque difiere en su ordenamiento. El DS considera como principales enfermedades crónicas al grupo de enfermedades de corazón, diabetes, neoplasmas malignos, accidente cerebrovascular, artritis, asma y enfermedad

de Alzheimer. En tanto, la hipertensión, hipercolesterolemia, sobrepeso y obesidad se incluyen en el *Plan de Acción* como principales factores de riesgo. A estos se suman el uso del tabaco y la pobre actividad física, que están relacionadas con conductas individuales y que encabezan la lista de ese tipo de determinante de la salud.

En Puerto Rico, para 2012, una proporción de cinco de cada diez adultos tenía al menos una de las siguientes enfermedades crónicas: 1) artritis, 2) asma actual, 3) cáncer (excluye cáncer de piel), 4) enfermedad

TABLA 13

Años potenciales de vida perdidos (APVP)

Grupos de edad	APVP		% diferencia (APVP de hombres por cada 100 APVP de mujeres)	Índice de APVP (por cada 1,000 personas)	
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
Total	311,055	168,874	184.2	176.3	87.9
0	16,490	13,033	126.5	745.3	609.9
1 a 4	1,428	1,092	130.8	16.2	13.0
5 a 9	1,147	720	159.3	9.7	6.4
10 a 14	1,425	1,050	135.7	10.7	8.2
15 a 19	10,897	1,797	606.5	77.3	13.3
20 a 24	21,558	3,185	676.9	161.8	24.1
25 a 29	19,580	3,640	537.9	170.6	30.2
30 a 34	17,325	4,767	363.5	147.5	37.5
35 a 39	14,033	5,767	243.4	124.2	47.1
40 a 44	16,020	7,440	215.3	141.1	59.7
45 a 49	20,360	10,560	192.8	177.6	80.6
50 a 54	24,407	13,802	176.8	221.7	107.8
55 a 59	28,930	16,950	170.7	282.9	138.7
60 a 64	31,692	19,392	163.4	323.2	166.1
65 a 69	30,880	20,267	152.4	369.2	202.6
70 a 74	25,800	18,870	136.7	409.6	246.3
75 a 79	19,347	16,507	117.2	427.9	281.0
80 a 84	9,737	10,037	97.0	339.9	246.6
85 o más	-	-	-	-	-

Fuente: Departamento de Salud. (2012). *Estadísticas vitales 2009-2010*.

Nota: Los números marcados en negritas representan los rangos de edad donde la diferencia de los APVP es más amplia entre los géneros.

del corazón, 5) depresión, 6) diabetes, 7) infarto al miocardio, 8) enfermedad del riñón y 9) enfermedad cerebrovascular. Los principales diagnósticos, según datos del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento (PR-BRFSS, por sus siglas en inglés)⁴, mostraron que el colesterol elevado, la hipertensión y el impedimento visual son las condiciones con mayor prevalencia en la población adulta de Puerto Rico entre los años 2011 y 2012. Al examinar la morbilidad por género, se observa una mayor prevalencia de hipertensión, impedimento visual, artritis, diabetes, depresión, asma actual y cáncer no de piel, en las mujeres que en los hombres (Tabla 15). No se observan diferencias significativas entre los géneros en la prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad del riñón, derrame cerebral y cáncer de piel.

Dado que para 2012 el cáncer, las enfermedades del corazón y la diabetes fueron las enfermedades crónico-degenerativas que se ubicaron como principales causas de muerte en Puerto Rico (tasas brutas de mortalidad que alcanzaron valores de 124.4, 117.7 y 71 defunciones por cada 100,000 personas, respectivamente), en los comentarios que siguen se describen con mayor detalle las características de la población con estas enfermedades.

Prevalencia de cáncer en Puerto Rico:

En el periodo 2011-2012 el cáncer tuvo una prevalencia de 4 y 1.1 por cada 100 habitantes (cáncer no de piel y cáncer de piel, respectivamente). Según Shetty (2008): “la incidencia de cáncer en el mundo aumentó en 19% entre 1990 y 2000, principalmente en los países en desarrollo”. Se estima que la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre 2007 y 2030 (de 7.9 millones a 11.5 millones de defunciones), debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población. Por otra parte, se estima que durante el mismo periodo el número de

TABLA 14

Porcentaje de las enfermedades crónicas en el total de defunciones

País	Porcentaje
Zimbabue	21
Nigeria	27
Madagascar	42
Guatemala	47
Jamaica	68
Puerto Rico	69
Marruecos	75
Cuba	84
Bélgica	86
Grecia	91

Nota: Los datos de Puerto Rico fueron calculados utilizando los datos de las primeras causas de muerte publicadas en el *Informe de la Salud de Puerto Rico* de 2014 del Departamento de Salud de Puerto Rico.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2014). *Enfermedades no transmisibles: perfiles de países 2011*.

casos nuevos de cáncer aumentará de 11.3 millones en 2007 a 15.5 millones en 2030 (Organización Mundial de la Salud, 2008).

En Puerto Rico existen disparidades en relación con el cáncer, particularmente por características sociodemográficas. Conocer los determinantes de dichas disparidades en la población es importante para poder desarrollar estrategias de control y prevención (Ortiz, 2011). En 2010, en Puerto Rico, la tasa global de incidencia ajustada por edad de cáncer (excluyendo cáncer de piel) fue de 306.1 por 100,000 habitantes. En general, los hombres tienen una tasa de incidencia ajustada por edad de cáncer mayor que las mujeres. Este hecho es consistente con datos históricos para Puerto Rico, al igual que para Estados Unidos y algunas ciudades europeas (Torres *et al.*, 2010). Las áreas principales de cáncer varían por género. Las principales cinco áreas en los hombres fueron: 1) próstata, 2) colon y recto, 3) pulmón y

bronquio, 4) vejiga urinaria y 5) cavidad oral y faringe. En las mujeres, las áreas principales fueron: 1) mama, 2) tiroides, 3) colon y recto, 4) cuerpo y útero (NE) y 5) cuello del útero (Tabla 17).

Prevalencia de enfermedades del corazón en Puerto Rico:

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo, particularmente en personas de 65 años o más. La prevalencia y la incidencia de estas enfermedades aumenta a partir de los 45 años (García Palmieri, 2004). Estas afectan en mayor medida a los países de ingresos bajos y medios; más del 8.0 de las defunciones por esta causa se producen en esos países, y afectan casi por igual a hombres y mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2014). En Puerto Rico, la prevalencia de enfermedades del corazón para 2012 fue 8.0 y la prevalencia de infarto al miocardio fue de 4.5 %; la prevalencia de ambas enfermedades crónicas fue mayor entre los hombres que entre las

mujeres. En relación con las enfermedades cerebrovasculares, la prevalencia para ese mismo año fue de 2.1% y fue mayor para las mujeres. La prevalencia de las enfermedades del corazón fue de las más elevadas en todos los grupos de edad, alcanzando 15.6% en la población de 65 años o más.

Prevalencia de diabetes en Puerto Rico:

En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes. Se calcula que en 2012 fallecieron 1.5 millones de personas como consecuencia del exceso de azúcar en la sangre en ayunas. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios (Organización Mundial de la Salud, 2014). Para 2000, la prevalencia de diabetes en Puerto Rico se mantenía por debajo de 10% (8.5%). Para ese año, los hombres presentaban una mayor prevalencia que las mujeres. Ya para 2010, la prevalencia había aumentado a 12.8%. Los datos de prevalencia de 2012 no pueden ser comparados con los años anteriores por razones metodológicas⁵.

TABLA 15

Prevalencia de las primeras diez causas de morbilidad en la población adulta por género, Puerto Rico: 2011 y 2012

Condición	Población		
	Total	Hombres	Mujeres
Colesterol elevado*	38.2	39	37.5
Hipertensión*	36.8	35.9	37.6
Impedimento visual	28.9	24.9	32.4
Artritis	24.6	17.3	31
Diabetes	16.4	15	17.5
Depresión	16.3	14.1	18.2
Asma actual	8.9	6.4	11.1
Angina o enfermedad coronaria del corazón	8	8.2	7.9
Infarto al miocardio	4.5	5.3	3.8
Cáncer (no de piel)	4	3.4	4.5
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	3.6	3.5	3.7
Enfermedad del riñón	2.5	2.7	2.3
Derrame cerebral	2.1	2	2.3
Cáncer de piel	1.1	1.2	1

Fuente: PR-BRFSS. Base de microdatos (2011-2012).

Nota: *Datos para esa condición corresponden al año 2011, debido a que el BRFSS hace preguntas relacionadas a estas condiciones en años impares exclusivamente.

Para ese año, la prevalencia de diabetes fue de 16.4%. Para los periodos 2000 a 2010 y 2011 a 2012, las mujeres presentaron una prevalencia mayor que en los hombres. La desigualdad más significativa se presentó para 2012, con una diferencia entre 2.5% entre ambos géneros. Para ese mismo año, Puerto Rico se catalogó como la jurisdicción de Estados Unidos con mayor prevalencia de diabetes.

El sobrepeso y la obesidad son morbilidades estrechamente asociadas con la diabetes y otras enfermedades crónicas de elevada prevalencia en Puerto Rico. Según reportes de la OMS de 2014, el sobrepeso y la obesidad están entre los principales riesgos de muerte a escala global; cada año fallecen alrededor de 3.4 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. A la vez, se estima que el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de enfermedad isquémica del corazón y entre el 7% y 41% de la carga de ciertos tipos de cáncer son atribuidas al sobrepeso y la obesidad (Organización Mundial de la Salud, 2014). Para principios del siglo XX, la mayoría de los países donde la obesidad comenzó a concebirse como un problema de salud pública

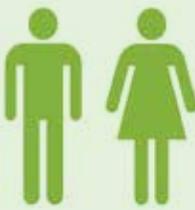
eran países desarrollados, principalmente en Europa y Estados Unidos (Caballero, 2007). Según el PR-BRFSS, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en Puerto Rico aumentó de 54% en 1996 a 66% en 2010.

Si nos remontamos a estadísticas internacionales de 2008 (Organización Mundial de la Salud, 2014), del total de países participantes (190 países), 34.2% contaba con prevalencias de sobrepeso entre el 20% y el 30%, entre ellos Puerto Rico (26.2%). Solo cinco países contaban con prevalencias mayores al 50%: la República de Palaos (50.6%), el Estado de Samoa (56.0%), el Reino de Tonga (59.7%), las Islas Cook (64.1%) y la República de Nauru (71.1%). La prevalencia de las mujeres de Puerto Rico se posicionaba en el lugar 119, mientras que los hombres se posicionaban en el 168.

Los datos de prevalencia más recientes que nos ofrece el PR-BRFSS son de 2011 y 2012, pero no pueden ser comparados con los años anteriores por razones metodológicas⁶. Para ambos años, la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue mayor en los hombres que

TABLA 17

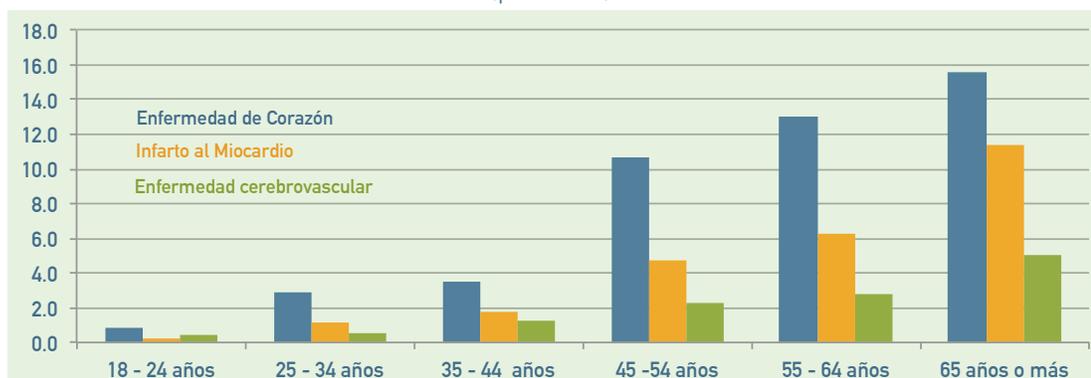
Incidencia de los principales sitios específicos de cáncer por género

Cáncer en hombres	Tasa ajustada por edad		Cáncer en mujeres	Tasa ajustada por edad
Próstata	168.1		Mama	77.6
Colon y recto	52.3		Tiroides	32.1
Pulmón y bronquios	24.2		Colon y recto	30.3
Vejiga urinaria	17.9		Cuerpo y útero, NE	22.5
Cavidad oral y faringe	17.2		Cuello del útero	11.8

Fuente: Tortelero-Luna, G. *et al.* (2003).

GRÁFICA 25

Prevalencia de enfermedades cardiovasculares, por edad (por ciento)

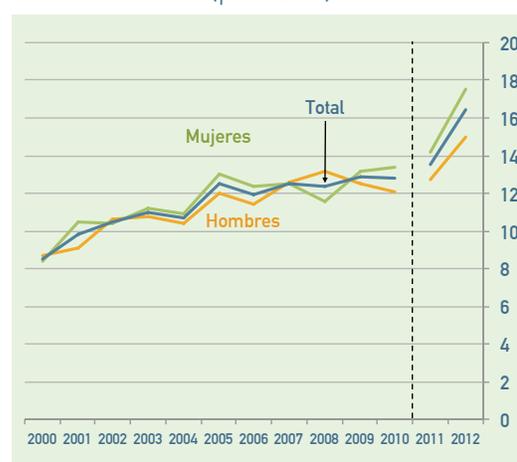


Fuente: Rodríguez Ayuso, I. (2014).

en las mujeres. Sin embargo, en los datos presentados a continuación se puede observar como la prevalencia del sobrepeso disminuyó de 2011 a 2012, mientras que la prevalencia de obesidad aumentó; esto ocurrió en ambos géneros. En 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad para los hombres fue de 69.9% y 62.7% para las mujeres. En ese mismo año, la prevalencia en la población total fue de 66.2% y Puerto Rico figuró como la quinta jurisdicción con mayor sobrepeso entre las jurisdicciones de Estados Unidos. En comparación con Estados Unidos, Puerto Rico posee una prevalencia de sobrepeso y obesidad mayor (Gráfica 29).

GRÁFICA 26

Prevalencia de diabetes (por ciento)



Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS). Base de microdatos (2000–2012).

Nota: El BRFSS realizó un cambio en la ponderación de los datos. Por lo tanto, las prevalencias a partir del 2011 no son comparables con las de años anteriores.

ACCESO Y COBERTURA EN SALUD: EXCLUSIÓN Y ETNICIDAD

Para el análisis de la situación de salud de la población, la iniciativa Healthy People 2020 reconoce factores conocidos como los DSS. Desde un marco organizativo “basado en el lugar”, los determinantes sociales de salud (DSS) reflejan cinco áreas clave: estabilidad económica, educación, contexto social y comunitario, salud y cuidado de la salud, y barrio y entorno construido⁷. Los DSS permiten establecer distinciones

en la génesis de las disimilitudes en las condiciones de salud entre “poblaciones con disparidades de salud” (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Las diferencias en salud estarían asociadas con factores de riesgo biológico, en tanto que las disparidades de salud reflejan

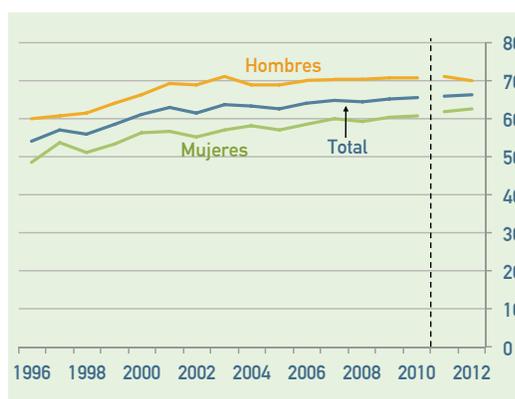
desigualdades generadas por inequidades en la implementación de políticas y programas de salud y la discriminación en el acceso a servicios de salud, entre otras situaciones de vulnerabilidad para ciertos grupos de la población. Con tales precedentes, la noción de inequidad en salud adoptada por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que se refiere a “desigualdades innecesarias y evitables y, además, injustas”, resulta válida para incursionar en el análisis de la situación de salud de la población puertorriqueña.

Específicamente, el área de DSS relativa a salud y cuidado de salud se atiende en términos de limitaciones en el acceso a los servicios y recursos para la salud que presentan determinados segmentos poblacionales en Puerto Rico (Zapata Febus *et al.*, 2004). Como se comenta más adelante, constituye un punto de enlace entre las desigualdades e inequidades en salud y la declaración admitida por instituciones de salud acreditadas en Puerto Rico sobre “exclusión social en salud”. Acorde con la definición de la OPS (2004), la exclusión en salud se entiende como “la falta de

acceso a todos aquellos bienes, servicios y oportunidades cuyo uso permite mejorar o preservar el estado de salud, y que otros individuos o grupos sí disfrutan”.

GRÁFICA 27

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos



Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS). Base de microdatos (2000–2012).

Nota: El BRFSS realizó un cambio en la ponderación de los datos. Por lo tanto, las prevalencias a partir del 2011 no son comparables con las de años anteriores.

TABLA 18

Prevalencia de obesidad por género, países seleccionados y Puerto Rico: 2008

País	Mujeres	Hombres	Ambos Géneros
Bangladés	1.3	1.0	1.2
China	6.5	4.6	5.6
Haití	8.4	8.4	8.4
Francia	14.6	16.8	15.7
República Dominicana	29.3	14.4	21.9
España	23.0	24.9	24.0
Puerto Rico	25.8	26.5	26.2
Argentina	31.0	27.4	29.2
México	38.4	26.7	32.6
Saint Kitts y Nevis	49.4	32.0	40.7
Palaos	56.3	44.9	50.6
Nauru	74.7	67.5	71.1

Fuente: World Health Organization. WHO Statistical Information System (WHOSIS, 2014).

Zapata Febus *et al.* (2004) recalcan que la exclusión social se define como “la negación del derecho a satisfacer las necesidades de salud a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada”. Agregan que en Puerto Rico la exclusión social en salud no responde propiamente a la ausencia de servicios de salud, sino más bien a limitaciones en el acceso a estos⁸, ya sea por las características de la población o por barreras para poblaciones particulares.

El estudio revela que las poblaciones con exclusión total o parcial en salud en Puerto Rico incluyen once grupos: adolescentes, inmigrantes, personas con impedimentos, personas que residen en el área central de la Isla, personas sin seguro médico, menores en protección del Departamento de la Familia, personas mayores de 65 años, personas con discapacidad intelectual, personas que han sufrido experiencias de violencia sexual, personas con condiciones de salud mental y personas con VIH/SIDA.

GRÁFICA 28

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos (por ciento)



Fuente: PRBRFSS. Base de microdatos (2011 – 2012).

GRÁFICA 29

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos, Puerto Rico vs. Estados Unidos: 2012 (por ciento)



Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (2012) BRFSS prevalence and trends data. Recuperado de <http://apps.nccd.cdc.gov/brfss/>

En Puerto Rico existen disparidades en la prestación de servicios de salud que ubican a determinados grupos de población en la posición de exclusión total en salud; particularmente, las personas inmigrantes y la población no asegurada por planes médicos resultan las más afectadas, en comparación con los grupos que, por alguna razón, presentan restricciones para el acceso a servicios de salud. Como excepción, ambos grupos cuentan con algún tipo de servicio de salud prioritario; en específico, servicios de emergencia en caso de necesitarlos y atención materno-infantil. Tales prestaciones son insuficientes y muy limitadas, sin acercamiento a la atención primaria de las problemáticas de salud de elevada prevalencia en la población adulta y en edades avanzadas. En el caso de las personas inmigrantes, existen restricciones en la legislación; de acuerdo con la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico —mejor conocida como el Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico—, la población inmigrante resulta excluida del sector salud. Esta ley, vigente aún, establece restricciones para personas residentes en Puerto Rico que no cuenten con la ciudadanía de Estados Unidos.

En el caso de la población no asegurada, en Puerto Rico existen diversas causas para la exclusión social en el área de salud; entre

RECUADRO 17 PREVALENCIA E INCIDENCIA DE VIH EN PUERTO RICO*

Según datos obtenidos por el Sistema de vigilancia de VIH/SIDA al 31 de diciembre de 2012, sobre 45,200 personas han sido diagnosticadas con la infección del VIH en Puerto Rico. La tasa de muerte de la infección con el VIH durante el periodo 1981-2012 fue 56.5%. La tasa de muerte de los hombres fue 24% mayor que la tasa de muerte en mujeres. Durante el periodo 2003-2012 fueron diagnosticados y reportados al Sistema de vigilancia 9,981 diagnósticos nuevos de VIH. Se han diagnosticado con el VIH 643 (1.4%) niños entre las edades de 0-12 años, 86% de estos por transmisión perinatal. En los últimos años, la tasa más alta de diagnósticos de VIH ha ocurrido entre las edades de 25 a 34 años. Para 2012, los hombres representaban el 73.8% de los casos diagnosticados con el VIH y las mujeres un 26.2%.

Aunque el número de diagnósticos de infección con el VIH continúa descendiendo cada año, la prevalencia continúa en aumento. Las muertes de las personas diagnosticadas con la infección del VIH presentan a su vez una tendencia descendente. En 2003, el número de personas viviendo con la infección del VIH fue de 12,730, mientras que la cifra en 2012 fue de 19,710, lo que refleja un aumento porcentual de 54.8% de Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVCVS) en Puerto Rico. La cantidad de nuevos diagnósticos durante el año 2012 totalizó 692 casos.

En Puerto Rico se diagnostican alrededor de 700 casos de VIH cada año. De las personas que, actualmente, viven con la infección de VIH, 13,173 son hombres y 5,940 son mujeres. La transmisión de VIH en la Isla ocurre principalmente entre usuarios de drogas que comparten agujas y, en segundo lugar, por hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, ya sean homosexuales o estén casados con mujeres. Desde 1984, el uso de drogas inyectables ha sido el modo de exposición reportado con mayor frecuencia en Puerto Rico. Los grupos con la mayor proporción de casos son hombres, personas diagnosticadas entre las edades de 25 y 34 años, residentes en el área metropolitana, específicamente en San Juan y Cataño.

*El texto es tomado de la publicación *Informe de salud de Puerto Rico* (Departamento de Salud, 2014).

otras, resalta el nivel de pobreza que afecta a segmentos de la población para la afiliación a seguros de salud. En 2012, de un total de 3.6 millones de habitantes, la población bajo niveles de pobreza representaba un 44.9%. Cuando se compara por género, un 43.1% de los hombres vive bajo el nivel

de pobreza, mientras que este porcentaje es mayor en las mujeres (46.6%). Esta desigualdad en los niveles de pobreza ha permanecido prácticamente igual con el pasar de los años, con una diferencia de 3 a 4 puntos porcentuales aproximadamente de desventaja para la mujer. Se observa que

el grupo de edad que representa el mayor nivel de pobreza en Puerto Rico siempre es el grupo de menores de 18 años. Para 2012, el 56.4% de este grupo se encontraba bajo el nivel de pobreza

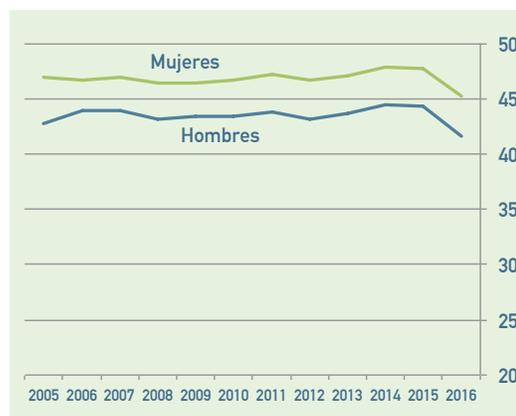
El Censo de 2010 captó información sobre raza/etnia de los 3,725,789 habitantes de Puerto Rico. De ellos, un 95.4% era de origen puertorriqueño y más de la mitad del monto total de otros países, que sumaron 171,141 personas, eran hispanos o latinos procedentes de República Dominicana, Cuba y México. El monto de inmigrantes pudiera ser más elevado si se tiene en cuenta la omisión voluntaria de una proporción considerable de indocumentados que decide no participar de los recuentos estadísticos.

Se analizó la proporción de la población de inmigrantes (no nacidos en Puerto Rico) y el acceso a seguros médicos. Un 17.3% de esta población no tiene seguro médico, limitando su acceso al cuidado de salud. El porcentaje de los inmigrantes latinos que está sin seguro médico es mayor que el de los inmigrantes no latinos. De igual manera, se evaluó si el estatus de ciudadanía de los inmigrantes afectaba el porcentaje sin seguro médico. Se observó que el porcentaje más alto sin seguro médico se encuentra en los no ciudadanos. Los inmigrantes latinos con ciudadanía americana por naturalización tienen un porcentaje menor de personas sin seguro médico que los inmigrantes no latinos con ciudadanía americana por naturalización. Los porcentajes mostrados a continuación indican que la población con menor acceso a seguros médicos es la de los inmigrantes latinos no ciudadanos, seguido por los inmigrantes no ciudadanos en general.

Otras causas de exclusión social incluyen la desigualdad entre los grupos raciales, la discriminación racial, el desempleo, el subempleo y el empleo informal, factores que se exponen en otras partes de este Informe.

GRÁFICA 30

Nivel de pobreza por género, Puerto Rico: 2005-2012



Fuente: U.S. Census Bureau, Encuesta de la comunidad de Estados Unidos.

Otras variables que inciden en la exclusión social asociadas con el sistema de salud son la insuficiencia de la red de servicios, el debilitamiento de la red de protección social, el bajo gasto en salud y las fallas en los sistemas de protección de salud. Las causas mencionadas previamente se clasifican en cuatro grandes grupos: 1) déficit de infraestructura, 2) fallas en los servicios de salud, 3) barreras de acceso a la atención en salud y 4) deficiencias en la calidad de servicios (Zapata Febus *et al.*, 2004).

Las principales fuentes para el cálculo de personas sin seguro de salud en Puerto Rico utilizadas en el Informe de la Salud en Puerto Rico 2014 son el Censo y la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico (ECPR), que incluyen la pregunta sobre cobertura de seguro de salud, con disponibilidad de datos anuales de personas no aseguradas en el periodo 2008-2012. Según esta última fuente, la población no asegurada presenta una tendencia decreciente: de un estimado de 337,760 personas en 2008, en tan solo cuatro años descendió a 263,111 en 2012 (Departamento de Salud, 2014).

Según datos del PR-BRFSS, la población entre los 25 y 34 años tiene el porcentaje más alto de personas sin cobertura de un seguro médico. Estas personas están en edades productivas, con una distribución muy desigual, puesto que un 77% de la población genera o percibe menos de \$25,000 anuales; esto pudiese impedir que tengan acceso al plan médico del gobierno, a la vez que esos bajos recursos monetarios imposibiliten pagar uno privado. En Estados Unidos, el grupo con el porcentaje más alto de personas no aseguradas abarca de los 19 a los 34 años, ya que “esta población pierde acceso a seguros médicos al mudarse de la casa de sus padres o al graduarse de universidad” (Oficina del Censo de Estados Unidos, 2014). Por otra parte, ese grupo de jóvenes adultos comienza a tener experiencias de trabajo o empleos de medio tiempo, lo que tampoco les permite obtener los beneficios de plan médico que algunas compañías suelen brindar como parte de sus beneficios.

Aunque se conoce la cifra de personas sin cobertura de un seguro médico, se desconoce la cantidad de personas subaseguradas (en inglés, *underinsured*) en Puerto Rico. Los subasegurados son aquellas personas que tienen algún tipo de seguro médico, pero la cubierta financiera de gastos médicos les resulta insuficiente. Se consideran subasegurados aquellas personas que dedican más de 10% de su ingreso anual en gastos médicos (5% si son de bajos ingresos) o más del 5% en deducibles (Nunley, R.M. & The Washington Health Policy Fellows, 2008). Dos terceras partes de los estadounidenses han indicado que una persona en su hogar ha tenido que retrasar o abandonar sus tratamientos médicos por estar estos fuera de su alcance económico y que ha acudido a otros remedios menos costosos (HealthWell Foundation, 2011). Como parte de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), el DS debe garantizar la accesibilidad a los servicios de salud.

TABLA 19

**Población inmigrante y servicios de salud en Puerto Rico
Falta de acceso a seguros de salud, Puerto Rico: 2008-2012**

Categoría	Por ciento [%]
Estatus migratorio	
Nativos	7.3
Inmigrante*	17.3
Latino	28.6
No latino	22.9
Ciudadanía	
Inmigrante naturalizado	10.8
Inmigrante no naturalizado	39.4
Inmigrante no ciudadano o naturalizado	27.8
Latinos	
Inmigrante naturalizado	10.4
Inmigrante no ciudadano	39.7
No latinos	
Inmigrante naturalizado	15.4
Inmigrante no naturalizado	32.4

*Se refiere a todo aquel que no es puertorriqueño y nació en otro país.

Fuente: U.S. Census Bureau, *American Community Survey 5-Year Estimates, Puerto Rico* (2012).

TABLA 20

Población sin seguro de salud en Puerto Rico						
Años	Total		Hombres		Mujeres	
	Número	Por ciento	Número	Por ciento	Número	Por ciento
2009	330,299	100.0	201,541	61.0	128,758	39.0
2010	296,939	100.0	177,414	59.7	119,525	40.3
2011	230,641	100.0	175,242	62.4	105,399	37.6
2012	263,111	100.0	157,227	59.8	105,884	40.2

Fuente: Departamento de Salud. (2014). *Informe de salud de Puerto Rico 2014*.

Según la Ley Núm. 35 del 28 de junio de 1994, los hospitales que tengan una sala de emergencia, sala de urgencias o de estabilización tienen la obligación de brindar los servicios necesarios a toda persona con emergencias de salud y a las mujeres que estén en proceso de parto. Bajo esta ley, el hospital no le puede negar el servicio a ninguna persona si esta no tiene los recursos económicos para pagar. A la vez, según la Orden Ejecutiva 2013-009, los hospitales no deben requerir documentación alguna sobre el estatus migratorio de los pacientes que requieran servicios de emergencia.

CONCLUSIONES

La salud de la población es un componente fundamental del IDH que, medido a través de la esperanza de vida al nacer, expresa la cantidad y calidad de vida de las personas. Este factor, en combinación con otras complementariedades involucradas de manera indirecta, se pudiera interpretar como el componente que permite a la sociedad disfrutar de una vida larga y saludable. Por lo tanto, la esperanza de vida es un indicador fundamental en las áreas de salud y bienestar, ya que “posee una alta correlación con la salud, la educación y el ingreso y puede ser, por tanto, un indicador

altamente expresivo del estado de tales factores ilustrativos del bienestar” (Bueno Sánchez, 1994, pág. 22). En Puerto Rico existen notables disparidades en la salud según el género, que se manifiestan en desventajas muy fuertes para los hombres en esperanza de vida. Con independencia del mayor riesgo de morir que poseen los varones desde el momento de su nacimiento, a medida que asciende la edad, los hombres puertorriqueños presentan sobremortalidad prematura, fenómeno visible aún en edades avanzadas. La alta mortalidad en edades productivas y reproductivas en la población masculina es un reto que continúa enfrentando la población puertorriqueña desde la segunda mitad del siglo XX y que se acentúa en la etapa contemporánea. Sin duda alguna, deberían hacerse esfuerzos con premura y vigor para prevenir las muertes en edad joven adulta en ambos géneros, pero con medidas que tomen en cuenta la exagerada sobremortalidad de la población masculina puertorriqueña. Debe recordarse que las causas de muertes violentas, las cuales pueden prevenirse e incluso evitarse, corresponden a un 85% de esta población.

Además de las muertes violentas, las enfermedades crónicas juegan un rol fundamental en la salud de la población. Los procesos asociados con las transiciones demográficas y epidemiológicas conducen

a que la población de Puerto Rico esté envejeciendo, y se espera que esta tendencia, por la cúspide de la pirámide de edades, continúe aumentando significativamente en los próximos veinte años. Esto indica que las entidades encargadas de la salud y el bienestar de la población deben prestar mayor atención y hacer gestiones para fortalecer las áreas relativas al cuidado de la salud, con un énfasis en el manejo de las enfermedades crónicas y degenerativas en la población de edades mayores y avanzadas.

En el patrón de la morbilidad puertorriqueña también se ha observado la disparidad entre los géneros en el padecimiento de enfermedades crónicas. Las mujeres tienen prevalencias más altas que los hombres en casi todas las enfermedades mencionadas en este reporte; es decir, que la marcada sobrevivencia de las mujeres con respecto a los hombres está relacionada con el padecimiento de enfermedades que inciden en relación inversa con parámetros de calidad de vida saludable y con bienestar

para las mujeres. Esto requiere un cambio cultural enfocado en la prevención de enfermedades, en la cual las personas, familias y comunidades tomen un rol más activo en el cuidado de su salud. No obstante, a nivel del estado, el enfoque de prevención debe ser con perspectiva de género “para promover resultados positivos y el balance adecuado en la salud, [que redunde en el] bienestar de mujeres y hombres residentes en la isla” (Pedroso Zulueta, 2013, pág. 113).

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1946). El DS es el organismo público rector de la salud en el país. Por lo tanto, es necesario asegurar que este cumpla con las FESP y mida el desempeño de las mismas. Para esto es necesario que se identifiquen continuamente las debilidades y fortalezas del sistema utilizando instrumentos de medición, indicadores y estándares de funcionamiento

RECUADRO 18
LOS EJERCICIOS NAVALES DE LA MARINA DE EEUU EN VIEQUES Y
LA SALUD NEONATAL DE LOS RESIDENTES DE LA ISLA NENA, 1990-2003¹

Gustavo J. Bobonis², Mark Stabile³ y Leonardo Tovar⁴

Una teoría influyente en el campo de la epidemiología es la hipótesis del *origen fetal de las enfermedades*, asociada con el trabajo de David Barker (1990). Esta hipótesis argumenta que las circunstancias que afectan el ambiente intrauterino y por ende el desarrollo nutricional del feto inciden significativamente sobre la salud de los individuos en el largo plazo.⁵ Por ejemplo, se ha demostrado que eventos drásticos que afectan las condiciones normales de vida durante el embarazo – como lo son las guerras y los conflictos civiles – pueden afectar significativamente a estos individuos, no sólo al nacer sino a través de sus vidas.

En nuestro trabajo de investigación (Bobonis, Stabile y Tovar 2017) estudiamos si la exposición de mujeres embarazadas a detonaciones realizadas durante los ejercicios de la Marina de EEUU en Vieques, Puerto Rico, está relacionada significativamente con indicadores de salud neonatal de estos infantes en la isla municipio. Dado que las áreas de impacto en la isla de Vieques cercanas a la población civil residente sirvieron de base para ejercicios navales y prácticas de bombardeo de la Marina de los Estados Unidos durante una gran parte de la segunda mitad del siglo XX, podemos documentar si la exposición a éstas incidió sobre el desarrollo fetal y neonatal de estos niños.

Utilizamos como medida de salud neonatal la tasa de malformaciones congénitas en nacimientos vivos durante el período 1990-2003, basada en los registros de natalidad del Departamento de Salud de Puerto Rico. Nuestra medida de ejercicios militares es el tonelaje de material explosivo detonado en cada mes durante los años 1989-2003, publicada en una serie de Informes de Monitoreo de Descargas enviados por el Departamento de la Marina de los Estados Unidos a la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos (EPA). Detalles adicionales sobre las métricas y la metodología cuantitativa se encuentran en nuestro artículo académico.

1 Basado en Bobonis, Gustavo J., Mark Stabile y Leonardo Tovar (2017), "Military Training Exercises, Pollution, and their Consequences for Health." Manuscrito inédito solamente en inglés. Universidad de Toronto.

2 Bobonis es catedrático del Departamento de Economía y ocupa el Canada Research Chair en Economía Política del Desarrollo, Universidad de Toronto.

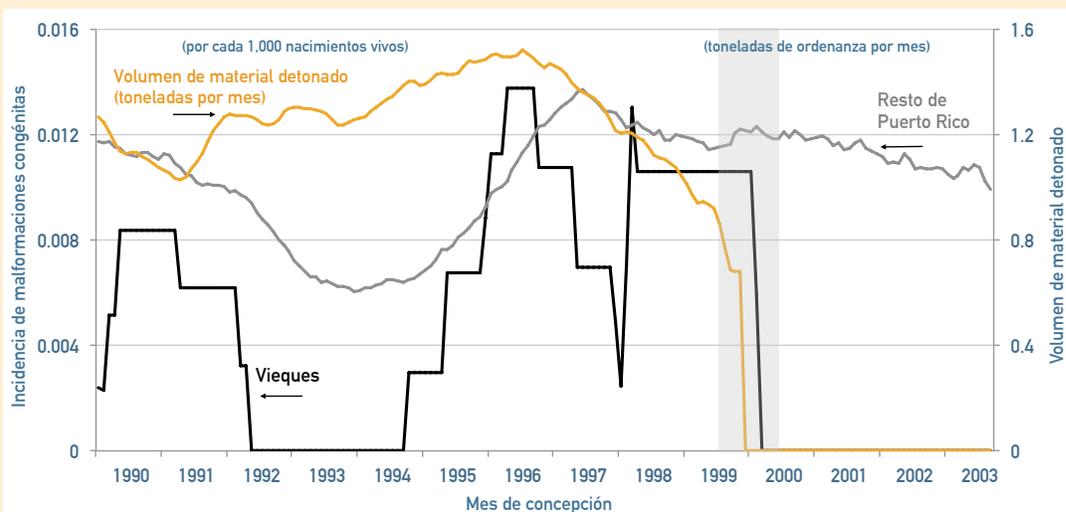
3 Stabile es catedrático del Departamento de Economía y ocupa el puesto de Stone Chaired Professor en Desigualdad de la Riqueza, INSEAD.

4 Tovar tiene una Maestría en Políticas Públicas de la Universidad de Toronto.

5 La comunidad científica ha ampliado esta hipótesis, documentando los impactos de una gama más amplia de circunstancias fetales en múltiples dimensiones del desarrollo humano, como por ejemplo los niveles de escolaridad y de ingresos. Para un resumen comprensivo sobre este campo de investigación, véase Almond, D., & Currie, J. (2011). Killing Me Softly: The Fetal Origins Hypothesis. *The Journal of Economic Perspectives*, 25 (3), 153-172.

GRÁFICA 31

Tonelaje de material detonado en ejercicios de la Marina de EE. UU. y la tasa de nacimientos con malformaciones congénitas en Vieques y el resto de Puerto Rico



La gráfica muestra las tendencias del volumen de detonación de municiones explosivas en el área de impacto y de la tasa de malformaciones congénitas para niños nacidos de madres residentes en Vieques. Específicamente, estudiamos si la conclusión repentina de las prácticas navales en julio del año 2000 tuvo consecuencias en el corto plazo para la salud de los niños nacidos de madres viequesas. Ésta se asocia con una disminución de 6.9-8.0 por cada mil nacimientos, o 67-77 por ciento (en términos proporcionales), en la incidencia de malformaciones congénitas. Esta evidencia confirma la hipótesis de que las reducciones en la contaminación medioambiental conducen a una reducción sustancial en el riesgo de anomalías congénitas en la población infantil (Currie, Greenstone y Moretti 2011; Currie, Ray y Neidell 2011) y proporciona apoyo para el vínculo entre los bombardeos y las anomalías congénitas encontradas durante el período de bombardeo.

Para propósitos comparativos, mostramos la tasa de nacimientos con malformaciones congénitas en ese mismo período para madres residentes en el resto de Puerto Rico. Claramente, en este caso no existe una relación sistemática. Esto sugiere que las detonaciones asociadas a las prácticas navales pudieron ser un factor que afectó el desarrollo fetal de niños en Vieques.

Otras investigaciones han mostrado evidencia de los efectos de la contaminación medioambiental y del estrés durante el embarazo en la salud neonatal e infantil en países como Estados Unidos, Reino Unido, España, Noruega y Colombia, entre otros. En nuestro estudio, encontramos evidencia de la existencia de contaminación ambiental utilizando datos de la Agencia de Protección Ambiental de los EE.UU. (EPA). En particular, encontramos que la actividad de bombardeo provocó aumentos en el corto plazo en los niveles de arsénico en las aguas que rodean el área de impacto. Dado que la exposición al

arsénico está asociada con una mayor tasa de nacimientos con malformaciones congénitas (Nordstrom et al., 1979, Hopenhayn-Rich et al., 1999), esta evidencia sugiere la existencia de un vínculo entre la contaminación del agua resultante de la actividad de bombardeo y la salud neonatal en Vieques.

Nuestros hallazgos proveen evidencia relevante para las discusiones de política pública acerca de Vieques y la población de la isla municipio. También, dado que múltiples dimensiones de la salud neonatal son factores de riesgo importantes para el desarrollo humano a largo plazo –la escolaridad, el empleo y los ingresos– se requieren mayores esfuerzos para comprender otras consecuencias de estas prácticas en la población de la Isla Nena.

Texto copiado de la publicación del *Informe de salud de Puerto Rico* (Departamento de Salud, 2014).

Notas

1. El texto “Un modelo de participación ciudadana en el establecimiento de política pública de salud: Implicaciones para el estado de salud y desarrollo humano en Puerto Rico” fue escrito para este *Informe*; parte de él se recoge en el Recuadro 15 de este capítulo).

2. En el periodo 2000-2010 la población de Puerto Rico experimentó un descenso numérico de 72,821 habitantes, debido a la emigración de personas: la disminución de población en edad reproductiva tiene efectos en el crecimiento natural de la población. El Censo de Población de 2000 contabilizó un total de 3,808,610 habitantes; en el Censo de Población de 2010 la población de Puerto Rico fue de 3,725,789 habitantes.

3. El análisis de sexo-género, en el ámbito de la salud, considera los factores biológicos y los socioculturales que se relacionan con las normas y roles de género y el acceso y control de los recursos para la salud, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

4. El PR-BRFSS se refiere al Puerto Rico *Behavioral Risk Factor Surveillance System*. El PR-BRFSS es una encuesta que se realiza mediante una entrevista telefónica asistida por un computador

a personas de 18 años o más. Esta encuesta es de tipo transversal y se realiza en años naturales.

5. El BRFSS hizo cambios en el proceso de ponderación a partir de los datos de 2011 e incluyó una muestra de celulares además de los teléfonos de línea en la selección de los participantes de la encuesta.

6. Los datos son pesados usando los datos de edad y género de la población de Puerto Rico. Este pesaje se realiza para corregir diferencias en la selección por errores de falta de respuesta y de cobertura de la selección. A la misma vez, el pesaje permite la generalización de los hallazgos a la población completa. Queremos indicar que los Center for Disease Control (CDC) cambiaron para 2011 la fórmula utilizada para ponderar los datos a la población total. Por lo tanto, este dato puede ser mayor o menor al de los años anteriores.

7. Según enumera *Healthy People 2020*, cada una de estas cinco áreas refleja cuestiones clave o componentes críticos que conforman los factores subyacentes de los DSS:

- Estabilidad económica: pobreza, situación en el empleo, acceso al empleo, estabilidad de la vivienda (por ejemplo, falta de vivienda, ejecuciones hipotecarias).

- Educación: tasas de graduación de educación secundaria, políticas de promoción de la salud de apoyo en la escuela, entornos escolares seguros y conducentes al aprendizaje, matrícula en educación superior.
- Contexto social y comunitario: estructura de la familia, cohesión social, percepciones de la discriminación y la equidad, participación ciudadana, encarcelamiento/institucionalización.
- Salud y cuidado de la salud: acceso a servicios de salud incluyendo el cuidado clínico y preventivo, acceso a la atención primaria incluyendo programas de promoción y bienestar, salud comunitaria, tecnología de la salud.
- Vecindad y medio ambiente construido: calidad de la vivienda, crimen y violencia, condiciones ambientales, acceso a alimentos saludables.

8. El acceso a los recursos se refiere a la oportunidad de uso de las cosas, y existen diferentes tipos de recursos: económicos, sociales, políticos, de educación e información, tiempo, y recursos internos o individuales (autoestima, autonomía, poder de decisión), entre otros. El control de los recursos es la capacidad para definir, influir y tomar decisiones obligatorias sobre el uso de un recurso; implica a su vez la habilidad de definir el uso o no de los recursos e imponer esta definición a otras personas. En circunstancias relacionadas con el acceso y control de los recursos para la salud, las instituciones deciden el tipo de servicios que ofrecen, quien usa los servicios, la facilidad con que pueden usarse, y cómo se usan los recursos para la atención, prevención y promoción de la salud (Rodríguez, Robledo y Pedroso, 2011).