



Geiger Gibson / RCHN Community Health Foundation Research Collaborative
Policy Research Brief No. 8

Examinando las Experiencias de los Centros de Salud Comunitarios en Puerto Rico bajo el Plan de Salud del Gobierno

A. Seiji Hayashi, MD, MPH, Brad Finnegan, MPP, PhD [cand.], Peter Shin, PhD, MPH,
Emily Jones, MPP, PhD [cand.], Sara Rosenbaum, JD

Resumen

Generalidades

Este informe de investigación examina las experiencias de los centros de salud primaria (330) de Puerto Rico con el Plan de Seguro de Salud del Gobierno (GHIP, por sus siglas en inglés), programa de Medicaid del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, también conocido como la Reforma implantada en 1994. Son de especial interés los efectos del subfinanciamiento de Medicaid junto a las continuas obligaciones de los centros de salud primaria 330 de proveer atención subvencionada a los pacientes sin seguro de salud. Para financiar el GHIP, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico restringió sustancialmente su participación en la provisión directa de atención médica tanto en el ámbito comunitario como en de cuidado médico ambulatorio y hospitalario, lo que transformó el sistema anterior de provisión de atención directa en subsidios para primas de seguro de salud.

En 2007, las 47 clínicas de salud primaria (330) administradas por las 19 corporaciones financiados por el gobierno federal en Puerto Rico prestaron servicios a casi el 10% de todos los residentes de la Isla. En muchas comunidades, los centros de salud primaria (330) son la única fuente asequible de atención primaria de la salud. Como proveedores de la red del GHIP, los centros de salud brindaron atención a más de 200,000 beneficiarios en 2007, ó 15% de todos los suscriptores del GHIP. Al igual que sus homólogos en Estados Unidos, los centros de salud primaria (330) de Puerto Rico son proveedores de atención primaria esencial para poblaciones médicamente vulnerables.

Hallazgos

La atención primaria, en especial aquella brindada por los centros de salud, ha estado subfinanciada de manera grave y crónica por los pagos de atención administrada de Medicaid regidos por el GHIP. El grave subfinanciamiento del sistema de atención primaria de la salud ha ocasionado la “tormenta perfecta”: un sistema de atención primaria inestable y en reducción con incentivos inversos que alejan la atención de los ámbitos de atención primaria de bajo costo al tratamiento episódico en

ámbitos de costo elevado, como salas de emergencias y hospitales. Oficiales del Estado Libre Asociado de Puerto Rico estimaron que el GHIP está subfinanciado en al menos \$300 millones por año; el presupuesto operativo total en 2007 fue de \$1,400 millones, en comparación con una necesidad financiera calculada en \$1,700 millones.

Como una parte vital del sistema de atención primaria del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, los centros de salud primaria (330) se vieron gravemente afectados por el GHIP, especialmente en términos financieros. Las obligaciones de servicios contractuales que los planes de atención administrada del GHIP impusieron a los centros de salud primaria (330) van más allá de la atención primaria, eclipsando las obligaciones de la mayoría de los centros de salud en Estados Unidos bajo el modelo de cuidado dirigido (managed care), y los pagos de Medicaid per cápita de los centros de salud primaria (330) de Puerto Rico están muy por debajo de las tarifas de los centros de salud en Estados Unidos. Los pagos por separado que reciben los centros de salud de Puerto Rico por los servicios de salud oral, salud mental, VIH y cáncer no compensan de forma suficiente el aumento extraordinario del riesgo financiero que resulta de la amplia gama de servicios requeridos a cambio de un pago per cápita bajo el modelo de cuidado dirigido.

En el GHIP, los centros de salud están expuestos a un riesgo financiero excesivo y sufren pérdidas enormes. A diferencia de los centros de salud en Estados Unidos, los centros de salud que participan como proveedores de GHIP aceptan el *riesgo financiero total* no sólo por la atención primaria convencional sino también por todos los servicios contratados cubiertos. En consecuencia, los centros de salud están expuestos a un riesgo financiero total por la atención ambulatoria además de diversos tipos de atención especializada, de farmacia, hospitalaria y de emergencia. Datos federales sobre los ingresos de los centros de salud muestran que los pagos de atención administrada de Medicaid cubren *menos del 12%* de los gastos de los pacientes de centros de salud.

El subfinanciamiento de Medicaid está asociado con una disminución de la capacidad en los centros de salud, aun cuando la necesidad de una atención primaria integral está en constante crecimiento. El GHIP ha reducido gravemente toda la capacidad de atención primaria en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, pero los centros de salud primaria (330) son particularmente vulnerables al subfinanciamiento y al riesgo: entre 2004 y 2007, la cantidad de pacientes que recibieron atención en los centros de salud disminuyó en 51,450.

Los centros de salud están implementando diversas estrategias para seguir funcionando a pesar del subfinanciamiento de Medicaid y el aumento del riesgo. Una estrategia clave que los centros de salud han empleado para contrarrestar los efectos nocivos del subfinanciamiento y el aumento del riesgo es trasladar los costos operativos generales a las subvenciones federales 330, que se diseñaron para financiar la atención y los servicios que no están cubiertos por las fuentes de ingresos tradicionales. Por lo tanto, los fondos diseñados originalmente para servicios ampliados se utilizaron para proporcionar servicios básicos. Otras estrategias clave que utilizan los centros de salud primaria (330) incluyen la diversificación de las poblaciones de pacientes y los servicios ofrecidos para alcanzar a más personas con cobertura privada, la participación en

Medicare Advantage, la implementación de cambios operativos para promover la eficiencia e intentos más agresivos de recuperar los fondos que adeudan los planes de salud GHIP.

Recomendaciones

Numerosos estudios indican que un sistema de suministro de atención primaria eficaz y enérgico es la columna vertebral de una sistema de atención médica en buen funcionamiento. El GHIP logró el objetivo de reducir la proporción de residentes puertorriqueños sin seguro de salud, a expensas de la capacidad y el acceso a la atención primaria. La experiencia de los centros de salud primaria (330) con GHIP pone en evidencia una de las verdades básicas sobre la reforma de salud: es posible promulgar reformas que puedan dar a las personas algo llamado “seguro de salud” y, al mismo tiempo, poner en funcionamiento estrategias financieras que debilitan los objetivos fundamentales de la reforma. Contrariamente a la creencia popular, la ampliación de la cobertura de seguro de salud no aumenta automáticamente el acceso a la atención.

Algunas sugerencias específicas para solucionar la situación insostenible actual son:

1. Hacer una inversión de capital en los centros de salud, junto con la implementación del sistema de pagos federal a los centros de salud primaria aprobados por el Estado (FQHC, por sus siglas en inglés). Puerto Rico podría invertir en el financiamiento directo de los centros de salud, como lo hacen actualmente 37 estados. El Congreso también podría hacer una inversión de capital diseñada para ayudar a los centros de salud a desarrollar un convenio de asociación formal mientras fortalecen sus propias operaciones. Esta inversión inicial podría combinarse con un sistema de pagos FQHC federalizado del 100%, como se concedió a las instituciones del Servicio de Salud Indígena. Los centros de salud puertorriqueños nunca han recibido los pagos FQHC a los cuales tienen derecho debido al subfinanciamiento significativo del programa Medicaid de Puerto Rico.

Estas inversiones se compensarían, y generarían dividendos. La eficiencia y la calidad de la atención del centro de salud es tan alta que éstos generaron aproximadamente \$410 millones a \$469 millones en ahorros por los 353,000 pacientes atendidos en 2007 relacionados a la reducción en utilización de servicios hospitalarios y salas de emergencia.. Una inversión directa de \$75 millones (\$423/paciente) en Puerto Rico permitiría a los centros de salud primaria (330) ampliar su capacidad de atención primaria en un 50%, lo que haría posible brindar servicios a 176,000 pacientes más y daría como resultado ahorros adicionales en los costos de todo el sistema de \$205 a \$234 millones. Asimismo, esta inversión de \$75 millones generaría al menos 1,300 empleos nuevos y más de \$86 millones en actividad económica adicional.

2. Revisar los contratos del GHIP para eliminar los riesgos financieros excesivos que actualmente sostienen los centros de salud primaria (330). Es

fundamental prohibir el aumento del riesgo financiero de los centros de salud primaria (330) del GHIP, más allá de los riesgos normalmente asociados con la atención primaria de la salud proporcionada por los centros de salud primaria (330). El grado de riesgo financiero aumentado que sostienen los centros de salud primaria (330) puertorriqueños supera en mucho los límites máximos admisibles del traspaso de riesgo permitidos por las leyes federales para las entidades, como los centros de salud, que no son aseguradoras autorizadas y por ende no están estructuradas para soportar el riesgo financiero total. La reformulación fundamental de las políticas financieras del GHIP para asegurar que el riesgo se mantenga a nivel del plan es urgentemente necesaria y debería considerarse una condición básica para la continuación de la *Reforma*.

3. Fortalecer la capacidad de los centros de salud de funcionar en forma integrada. Las 19 corporaciones financiadas por el gobierno federal en Puerto Rico trabajan estrechamente en conjunto con la Asociación de Salud Primaria de Puerto Rico, pero no funcionan como un sistema de suministro integrado. La creación de un sistema de suministro integrado sería posible con una inversión de capital para financiamiento, combinado con limitaciones al riesgo aumentado y la implementación del sistema de pagos FQHC de Medicaid que se describe en las leyes federales. Estas reformas permitirían a los centros de salud primaria (330) aumentar la eficiencia operativa y fortalecer sus convenios de suministro, al mismo tiempo que crearían lazos fuertes con los especialistas y los proveedores de atención hospitalaria. Aunque no está permitido que los centros de salud constituyan su propio plan de seguro de Medicaid GHIP (una estrategia seguida por los centros de salud en varios estados), una acción más integrada a través de la formación de una Asociación de Práctica Independiente (IPA, por sus siglas en inglés) de centros de salud fortalecería la capacidad de los centros de salud primaria (330) de trabajar en forma colectiva para progresar y afianzar la atención primaria de la salud.

Contact Information:

A. Seiji Hayashi, MD, MPH
Assistant Research Professor
Department of Health Policy
GWU School of Public Health and Health Services
2121 K Street NW, Suite 200
Washington, DC 20037
Phone: 202-994-4128
Email: sphash@gwumc.edu