.

Ponencia para el Proceso de Transición 2016-2017

Administración de Servicios Médicos

Síntesis de los componentes del informe y un contexto breve de la evolución histórica de la organización y estatus actual con énfasis a los aspectos financieros

**ASEM**

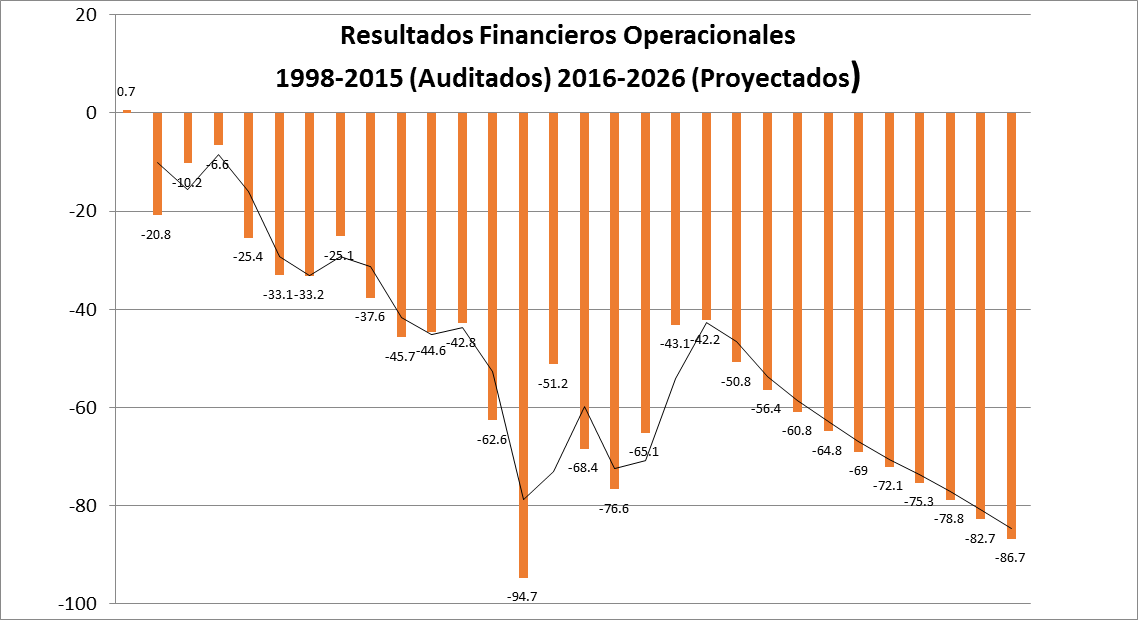
**Centro Medico de Puerto Rico**

**10/3/2016**

# Introducción

En este segmento introductorio presentamos un resumen de los componentes del Informe de Transición así como un breve contexto de la evolución histórica de la organización como marco de referencia de las causas y consecuencias de la situación económica. Esto con el objetivo de facilitar la evaluación de diversos cursos de acción para la formulación de políticas en el Centro Medico de Puerto Rico. Más adelante se identifican progresos alcanzados durante los pasados cuatro (4) años y el contenido del informe antes mencionado.

## Contexto:

Desde su origen en el 1957, la Junta Provisional del Centro Médico, luego en el 1962 la Corporación de Servicios del Centro Médico (la corporación) y posteriormente, desde 1978, la Administración de Servicios Médicos (ASEM), no contaron con un modelo o estructura adecuada para cumplir los compromisos económicos con sus proveedores y diversas organizaciones gubernamentales a tono con los términos acordados entre las partes. Esta situación emergió principalmente como producto de las deudas acumuladas de las *Entidades Participantes* con la organización, las deudas acumuladas de las aseguradoras de planes médicos a partir del año 1998, así como por la diferencia de los costos que conllevan los servicios y las tarifas pagadas por la industria aseguradora de los mismos en conjunto con la estructura organizacional adoptada, políticas del estado y la dinámica interna sobre la toma de decisiones.

La gráfica a la derecha presenta los resultados financieros operacionales auditados desde el 1998 y las proyecciones hasta el 2026 realizadas por la firma Conway Mackenzie contratada por el Banco Gubernamental de Fomento.

Cuando simulamos, bajo el supuesto de que las *Entidades Participantes* satisfagan el 75% de sus deudas acumuladas correspondientes (solamente) a los años fiscales 2014-2015 y 2015-2016, ***observaríamos un saldo positivo en la liquidez de la ASEM*** para el año fiscal 2016.

Según evidenciado en los estados financieros auditados e historiales legislativos, las cuentas a pagar y cobrar sobrepasaban decenas de millones de dólares desde la década de los 60. Esto es, desde el comienzo del Centro Médico.

Además, de acuerdo con lo documentado en los diarios de sesiones legislativas, la inhabilidad de la Junta de Directores de la entonces Corporación en lidiar con la ecuación económica y gobernanza, fue una de las razones principales que dio lugar a la actual Ley Núm. 66 del 22 de junio de 1978, según enmendada, conocida como la “Ley de la Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico” (Ley Núm. 66) que deroga la Ley Núm. 106 del 26 de junio de 1962, según enmendada, conocida como la “Ley del Centro Médico de Puerto Rico” (Ley Núm. 106) con el propósito de buscar una solución a la problemática de organización, financiamiento y prestación de servicios de salud. Sin embargo, este cambio de ley no resolvió el problema y tampoco la "Reforma de Salud" de los 90, ya que aún cuando se transformó en el modelo mediante el cual el Estado proveía servicios de salud (de proveedor a comprador, excepto en el Centro Médico y el Hospital Regional de Bayamón) la estructura organizacional de la ASEM, con la excepción de la creación de procesos de cobros a los planes médicos, permaneció prácticamente inalterada y las deficiencias financieras operacionales oscilaron entre seis punto seis a noventa y cuatro punto siete millones de dólares ($6,600,000-$94,700,00)anuales entre 1998-2016, como se aprecia en la gráfica presentada en la página anterior.

Desde el punto de vista médico esta condición de deficiencias financieras sería catalogada como crónica. Ante la inacción del Estado de proceder con los cambios propuestos, diversas administraciones se centraron en negociar planes de pagos o posponer los mismos, solicitar líneas de crédito al Banco Gubernamental de Fomento (BGF), obtener asignaciones legislativas para las operaciones y adquisiciones de equipos, requerir fondos de emergencia a la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP), entre otras cosas, a fin de evitar disminuciones significativas o colapsos en la prestación de servicios médicos. Sin embargo, el “ADN” de donde emergen las pérdidas operacionales no fue trabajado en su raíz. Por lo que, las medidas paliativas adoptadas a través del tiempo no resultaron efectivas para trabajar la cronicidad de la situación financiera de la organización. Propuestas sustantivas a mediados de la primera década de este siglo y más recientemente entre 2013-2015, no progresaron más allá del ejecutivo o el legislativo.

Sobre este último punto, es importante señalar el hecho de que las propuestas de la administración en su mayoría fueron dirigidas a lidiar con el entorno externo y muy pocas a los vectores o dimensiones internas como: logísticas operacionales, métricas, cultura, normativas e “internal politics”, entre otras. Perdiendo de perspectiva a su vez, la co-evolución dinámica necesaria entre el entorno externo e interno que incide en el desempeño organizacional.

## Progresos alcanzados

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ACCIONES TOMADAS** | **LOGROS** |
| I | Reconceptua-lización y Medidas Fiscales | Desarrollo de las bases, a través de varios estudios sobre la situación fiscal, operacional y de recursos humanos, tecnológicos y de los componentes del Centro Médico, a los fines de re-conceptualizar el modelo estructural actual. Las órdenes ejecutivas OE-2013-50 y OE-2014-11, hicieron manifiesto la necesidad de re-conceptualizar el modelo estructural (operaciones, normativas, cultura, recursos, estrategias, dinámicas internas de gobernanza…) del Centro Médico, dados, entre otros, los resultados de deficiencias fiscales (auditadas) desde finales de los años 90, así como las deficiencias estructurales de las clínicas externas, salas de operaciones y sistema de vapor además del esquema instituido a través de los años de gobernanza.  Como resultado, se recomendaron 2 cursos de acción al Grupo de Recuperación Económica y Fiscal del ELA:   1. Establecer APP funcionales en hospitales estatales (facturación, admisiones, servicios de mantenimiento y de alimentos, entre otros servicios de apoyo), para traer las mejores prácticas, centralizar funciones y simplificar procesos (por ej., cancelaciones de cirugías; administración eficiente de sala de emergencias) 2. Crear el Puerto Rico Medical Center Campus organizado en torno a instituciones especializadas integrando a todos los hospitales del gobierno en una sola organización(2) ϖ La Fase 1 contempla consolidar la Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (“ASEM”), el Hospital Universitario y el Hospital Pediátrico Universitario (“HOPU”) ϖ La Fase 2 consolidaría el Hospital Industrial, operado actualmente por el Fondo del Seguro del Estado, con los otros hospitales del gobierno   Además, se elaboraron los siguientes modelos alternos:    Modelo I: Centro de coordinación de ruta de los servicios de atención médica e infraestructura en el CM (*Hub: connecting point*).​​​  **Función:** Proveer la infraestructura física, logística, de capital humano y financiero para las operaciones del Centro Médico y actuar como centro de estabilización de pacientes (*Hub*) a ser referidos a los hospitales especializados o a las clínicas externas de los componentes del sistema.  **Financiamiento:** Por un periodo de 8 años el estado continuaría aportando al sistema del Centro Médico un ochenta y cinco por ciento (85%) de la cantidad actual, decreciendo anualmente hasta un cincuenta por ciento (50%) al culminar el periodo. Paralelo a esto, se negociaría con la ASES y los Centers for Medicaid Services (CMS), así como con la ACAA, un pago en “bloque” basado en estudios actuariales, costos de proveer los servicios y tomando como marco de referencia el promedio de utilización por los pasados dos (2) años de todos los componentes del sistema del Centro Médico. A su vez, el producto del pago sería ingresado en una sola cuenta (tipo fideicomiso) de donde se distribuirían proporcionalmente a la utilización a cada uno de los miembros del sistema luego de descontar los costos de las actividades de infraestructura.  En cuanto a las negociaciones con aseguradoras de planes médicos, el sistema del Centro Médico a través de la organización que se cree, negociará con éstos para todos los componentes. Lo mismo ocurriría con las rentas producto de las concesiones.  **Estructura legal**: Sociedad Limitada (LLC) constituida por las actuales entidades participantes y otros entes privados sin fines de lucro.  Modelo II: Ecosistema (mercado) articulado mediante plataforma tecnológica y compuesto por facilidades de servicios de salud públicas y privadas agrupadas por regiones a través de la isla.  **Función:** Coordinar las necesidades de atención médica por regiones mediante proveedores de servicios por niveles primarios, secundarios y terciarios, donde el Centro Médico se mantenga como salvaguarda social de atención a condiciones que los componentes del ecosistema no puedan proveer, a través de su sistema de hospitales especializados e interdependientes de una infraestructura física y operacional, compartida con énfasis en las condiciones supra-terciarias. Lo que actualmente es la ASEM, se transformará en un sistema organizacional cuya función será administrar la plataforma tecnológica del ecosistema y la infraestructura física y operacional de las actuales facilidades del Centro Médico.  **Financiamiento:** Se realizaría través planes médicos privados, Medicare y PSG; así como por cubiertas de la ACAA y la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE), basado como en el Modelo I, mediante una asignación en bloque a base de la experiencia de la utilización y validados por actuarios. Los recursos económicos se ingresarán anualmente, distribuidos cada treinta (30) días, en un fideicomiso administrado por un consorcio de entidades financieras puertorriqueñas como cooperativas o bancos. Cada región contará con una cuenta independiente dentro del fideicomiso que se nutrirá de los servicios que preste a los usuarios designados para su área. De esas cuentas, proporcionalmente a la utilización por región se cubrirán los costos de los servicios médicos provistos y los costos de administrar la plataforma, así como los servicios que provean los hospitales del Centro Médico. Dicho fideicomiso podrá emitir deuda garantizada por los ingresos de las fuentes antes indicadas. El Estado, en relación al costo promedio de utilización de servicios médicos por pacientes no asegurados, mantendrá una asignación económica equivalente a dicha ecuación. El cálculo inicial y el subsiguiente para la asignación de los recursos económicos se basará en el promedio de utilización por región, de los pasados tres (3) años fiscales y certificados por una firma independiente de actuarios y contadores públicos autorizados. El Centro Médico sería una de estas regiones.  Los ingresos provenientes por servicios a pacientes asegurados por Medicare y planes médicos privados, serán ingresados directamente a las cuentas individuales de los proveedores del servicio.  **Estructura legal:** Organización Inclusiva Responsable del Cuidado Médico (*Inclusive Accountable Care Organization*) organizada como una corporación sin fines de lucro.    Modelo III: Centro Médico “virtual”. Logística compartida de atención al paciente a través de una plataforma diversa de proveedores en toda la isla y los Estados Unidos.  **Función:** Articular la logística de la disponibilidad física del componente de producción, infraestructura auxiliar, consultas, disponibilidad de cuartos, entre otros, necesarios para atención médica terciaria y supra-terciaria a través del complejo del Centro Médico y otros proveedores de salud públicos y privados alrededor de la isla, incluyendo los Estados Unidos, mediante una plataforma tecnológica facilitadora.  **Financiamiento:** A través planes médicos privados, Medicare y de los asegurados por el PSG, ACAA y CFSE, los recursos económicos se ingresarían anualmente a base de un estimado de utilización, validados por actuarios independientes, distribuidos cada treinta (30) días, en un fideicomiso administrado por un consorcio de entidades financieras puertorriqueñas como cooperativas o bancos. Cada proveedor contará con una cuenta independiente dentro del fideicomiso que se nutrirá de los servicios que preste a los usuarios designados para su área. De esas cuentas, proporcionalmente a la utilización se cubrirán los costos de los servicios médicos provistos y los costos de administrar la plataforma así como los servicios que provean los hospitales del Centro Médico. Dicho fideicomiso podrá emitir deuda garantizada por los ingresos de las fuentes antes indicadas. El estado, en función del promedio del costo de utilización de servicios médicos por pacientes no asegurados, mantendrá una asignación económica equivalente a dicha ecuación. El cálculo inicial y el subsiguiente para la asignación de los recursos económicos se basarán en el promedio de utilización por proveedor, el Centro Médico sería uno de éstos, de los pasados tres años fiscales y certificados por una firma independiente de actuarios y contadores públicos autorizados.  **Estructura legal:** Organización Común (*Creation of a Common Parent*) junto a Plan de Práctica Médica Dual mediante el concepto de Sociedad Limitada. |
| A. | Nuevo Modelo de Acuerdo ASEM/ACAA | 1. Pago de 6 millones por concepto de deuda acumulada. 2. Aumento de 40% en el pago fijo mensual (de $500,000 a $700,000). 3. Re-negociación, junio 2017, en función actuarial de los costos de proveer los servicios. |
| B. | Plan de Cobros | 1. Aumento de 35% en el ingreso entre los años fiscales 2013-2016 por concepto del Plan de Cobros a planes médicos. |
| C. | Subvenciones Federales | *Auto-generación de fondos* *y fondos externos*   1. Creación la Oficina de Recursos Externos con el objetivo de solicitar fondos a fundaciones, agencias federales y realizar actividades para la obtención de donaciones. Además, se obtuvo la aprobación y acreditación para ofrecer cursos de Educación Continuada a los profesionales de la salud utilizando los propios recursos de la ASEM y obteniendo ingresos por dicho concepto. 2. Se establecieron las bases para ofrecimientos a entidades privadas de servicios de lavandería y alimentos así como la ampliación de aéreas para concesiones. En el primer caso ya se le brindaron servicios de lavandería a un hotel de la zona de Isla Verde. En el segundo caso, se establecieron nuevas concesiones y se aumentó el canon de arrendamiento a otras que ya contaban con contratos. 3. Se obtuvieron fondos federales para lo siguiente: 4. Planta de Vapor: $150,000 Fuente (Bioseguridad) 5. Tanque de agua de “backup” para las instalaciones del Centro Medico: $750,00 (FEMA). 6. Planta de vapor dedicada para los equipos de esterilización de instrumentos quirúrgicos $100,00 (Bioseguridad) |
|  |  |  |
| E. | Controles Fiscales | 1. Disminución del tipo utilizado por concepto de horas extras dobles y triples a 1.5. Esto, generando unas economías de 4.5 millones anuales. 2. Reducción en la contratación de servicios profesionales y comprados en un 25%. 3. Reducción en el gasto de nómina de empleados de confianza en un 35% 4. Reducción de beneficios marginales según negociado en el Convenio Colectivo con la UGT ascendente a $5.2 millones anuales. 5. Revisión y/o nueva creación de CDM’s a tono con nuevos modelos operacionales y facturación institucional en el área de farmacia y control de medicamentos. 6. Nuevo sistema de cobros a planes médicos, entidades participantes e instituciones consumidoras a través de la División Legal. 7. Nuevo Modelo de Contratación con planes médicos basado en utilización y/o pagos fijos o anticipos mensuales. 8. Reuniones bi-semanales con personal de ASEM, BGF y OGP dirigidas a discutir asuntos fiscales y estratégicos de la ASEM. 9. Evaluación de posibles alternativas para subvencionar los servicios de salud prestados a la población médico-indigente; en particular, los que carecen de ciudadanía estadounidense. |
| II | Resultados Financieros | Como resultado, se logró **una reducción de sobre 33 millones de dólares** en los pasados tres años fiscales. |
| III | Capital Humano | 1. Culminación del proceso de negociación con la UGT y la Asociación de Gerenciales para el cumplimiento de la Ley de Sostenibilidad Fiscal sin afectar la prestación de servicios a los pacientes. Esto, con un **ahorro de $28 millones** **al 2016**. 2. Reclutamiento de sobre 150 profesionales de la salud; en particular, en el campo de enfermería y la medicina. |
| IV | Servicios Médicos | 1. Construcción de cuarto de aislamiento en cumplimiento conforme a los estándares y requisitos del CDC de Atlanta. 2. Capacitación a todo el personal de servicio directo al paciente que prestarían atención médica a todo paciente de Ébola y Zika en el Centro Médico. 3. Debido al retiro parcial de la Cruz Roja en PR, el Banco de Sangre del Centro Médico logró cumplir con el 100% de los abastos requeridos por las entidades participantes. 4. Se proveyó facultad médica, medicamentos y materiales médico quirúrgicos a sobre siete (7) Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT’s) que dejaron de operar a través de la isla. 5. Se logró prestar servicios de Medicina de Campo a todas las actividades multitudinarias auspiciadas por la oficina del gobernador, Municipio de San Juan, Asamblea Legislativa y la Liga Atlética Universitaria. 6. Transformación operacional en el área de farmacia a los fines de aumentar la eficiencia en el proceso de control, despacho y suministro de medicamentos a través de la tecnología (máquinas pyxies). |
| V | Infraestruc-  tura Física | 1. Inauguración de las Clínicas Externas – Diciembre 2014 – Inversión = $7.9 millones. 2. Inauguración de la nueva Sala de Espera y Capilla para familiares de pacientes en sala de operaciones – Noviembre 2014- Inversión = $700,000. 3. Instalación del nuevo sistema de enfriamiento (“chillers”) a los fines de proveer la infraestructura y temperaturas requeridas para la prestación de servicios médicos y quirúrgicos – Inversión = $900,000. Reconfiguración y adquisición de nuevo equipo para el sistema de la planta de vapor. 4. Reconfiguración y adquisición de nuevo equipo para el sistema de la planta de vapor tanto a nivel central como en el área. |
| VI | Sistemas de Información | 1. Se adquirieron todos los módulos correspondientes a los fines de cumplir con los requisitos del Record Médico Electrónico y el ICD-10 y se adiestró al personal para su uso. 2. Se asignaron los recursos económicos (6 millones de dólares) para la actualización del sistema electrónico y cumplimiento con el concepto de uso significativo de la ley federal ACA (“Affordable Care Act”). |
| VII | Acreditación | 1. Acreditación por la “Joint Commission” |

# 

# Contenido del Informe de Transición

* Descripción detallada y estatus de la situación de personal
* Copia del plan de clasificación y retribución
* Estatus y planes de las unidades administrativas y clínicas
* Situación financiera y estatus de auditorias
* Descripción y estatus de cartera de inversiones
* Inventario de la propiedad
* Descripción y estatus de acciones judiciales
* Subastas en proceso y adjudicadas durante los pasados tres (3) meses
* Compilación de reglamentos, memorandos circulares y normas propias
* Leyes aprobadas que podrían afectar la operación
* Planes de Acción Correctiva requeridos por la Oficina del Contralor
* Contratos vigentes
* Información adicional
* Juramento del Informe de Transición