

Plan Nacional de Salud para el Siglo XXI

I. PRINCIPIOS BÁSICOS

El Partido Independentista Puertorriqueño reconoce como principios básicos que la salud es un derecho fundamental de todos l@s ciudadan@s y sus comunidades, y que el lograr y mantener un óptimo nivel de salud es requisito esencial para maximizar la calidad de vida y realizar al máximo el potencial de los seres humanos, para que de la misma manera estos seres humanos sean capaces de aportar a sus comunidades y a su país. Creemos firmemente que, para lograr esta meta, el sistema de provisión de servicios de salud debe ser guiado por un principio fundamental de solidaridad humana y no por el afán de lucro. También reconocemos que existen unos ejes importantes y vitales en un sistema de salud para que éste pueda tener un impacto sostenido de sus esfuerzos. Algunos de estos ejes importantes son: la fuerza laboral o talento humano, la promoción de salud y prevención, el ofrecimiento de los servicios de salud, la gobernanza, y el financiamiento, entre otros. Más aún, entendemos que el Estado:

- Tiene la responsabilidad indelegable de garantizar el acceso equitativo a un servicio de salud de calidad
- Debe monitorear y evaluar con regularidad la epidemiología de la salud, la calidad, efectividad, equidad y eficiencia del Sistema de Salud para hacer los ajustes que sean necesarios
- Debe adoptar los principios de Salud Pública del movimiento global de la Promoción de la Salud, que puntualiza la necesidad de que los asuntos o problemas de salud sean analizados e intervenidos desde la perspectiva integral.

Nuestro programa reconoce la dimensión cultural, social, política, económica, educativa, ética y ambiental de los asuntos o problemas de salud. Específicamente planteamos la necesidad de reconocer e intervenir con los determinantes sociales que actúan en el detrimento de la salud: la pobreza, el colonialismo, falta de democracia, la falta de educación, el desempleo, la falta de vivienda o viviendas inadecuadas, la violencia, el calentamiento global y deterioro del ecosistema, la inequidad en la disponibilidad de servicios, entre otras. El paradigma que aquí presentamos hace imperativo que la Salud Pública, de tod@s l@s ciudadan@s y sus comunidades, tome la dimensión de un asunto político, social, económico y ético para el Estado. Al implantarse un Plan de Salud cumpliendo con los criterios y principios aquí presentados, se contribuiría a cumplir con todas las dimensiones que se espera en una adecuada gobernabilidad. Por tal razón, y por el impacto directo que representa el tema de la salud en la vida de l@s ciudadan@s, urgimos a que se considere como uno de los asuntos de más alta prioridad en cualquier plan de Gobierno.

II. DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE SALUD DE PUERTO RICO

A. PARADOJA DEL SISTEMA DE SALUD

Cuando se analizan los indicadores de salud en Puerto Rico en las últimas décadas nos encontramos con una paradoja: por una parte, la tasa de mortalidad general ajustada por edad ha estado disminuyendo y la expectativa de vida de la población de Puerto Rico ha estado aumentando consistentemente, pero a la misma vez, la prevalencia e incidencia de condiciones crónicas de salud como lo son el cáncer, la diabetes, el asma, las enfermedades del corazón y la obesidad han estado aumentando. Para entender las causas de esta paradoja, es importante comprender que el sistema de salud tiene dos roles básicos e importantes; un rol proactivo y protector y un rol reactivo y terapéutico.

En su rol proactivo y protector el sistema de salud tiene como objetivo mantener a la población sana y con una alta calidad de vida, lo que se traduce en programas y servicios de promoción de la salud, y de prevención primaria de la enfermedad, dirigidos a las comunidades, familias e individuos. Mientras, el rol reactivo y terapéutico del sistema de salud tiene como objetivo restaurar la salud de los individuos a su nivel óptimo o evitar que la salud de los mismos empeore a través de servicios ya sea curativos, de mantenimiento y control de enfermedades, y/o de rehabilitación. Ambos roles son complementarios y son imprescindibles para tener un sistema de salud robusto y capaz de enfrentar los retos más importantes que enfrenta la salud de una sociedad.

La paradoja entonces se puede entender como el producto de un sistema de salud donde la atención, gastos y recursos han estado dirigidos desproporcionadamente al rol reactivo y terapéutico de los servicios de salud en detrimento del rol proactivo y protector lo que ha provocado un crecimiento insostenible en los gastos del sistema de salud. Por lo tanto, aunque vivimos más tiempo, no hemos invertido suficientes recursos en programas y

servicios para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades lo que ha provocado que la gente envejezca, pero padeciendo condiciones crónicas como diabetes, asma, condiciones cardiovasculares y obesidad.

El problema es que este escenario es insostenible a largo plazo desde el punto de vista salubrista y económico ya que va a provocar un aumento sostenido por la necesidad y demanda de servicios de salud curativos, de prevención terciaria y de rehabilitación. En vez, aunque nuestra población envejezca y ya sabiendo de antemano que uno de los factores de riesgo común para padecer estas condiciones crónicas es precisamente la edad, deben existir programas preventivos eficientes para evitar que estas enfermedades se expresen o por lo menos controlar su progreso a tiempo temprano.

B. SISTEMA DE SALUD DISFUNCIONAL

Sin embargo, antes estos enormes retos tenemos y un sistema de salud (si se le puede llamar un sistema) que padece de los siguientes males en sus ejes fundamentales:

1. totalmente fragmentado con falta la integración y coordinación entre los proveedores de servicios de salud a través de los diferentes niveles de cuidado, (falta de gobernanza)
2. ineficiencia en el uso de recursos y fondos, con una proporción significativa de la población todavía sin seguro médico, (financiamiento defectuoso)
3. aseguradoras privadas con demasiado poder e influencia sobre los diferentes componentes del sistema en perjuicio de los demás actor@s del sistema como las autoridades sanitarias, proveedores, pacientes y comunidades, (falta de gobernanza)

4. demasiado céntrico en los hospitales y servicios especializados en detrimento de la atención primaria de la salud, (provisión de los servicios de salud defectuosa)
5. hay una fuga de profesionales de la salud hacia los Estados Unidos (EE.UU.) que está provocando una escasez de estos en ciertas áreas y especialidades que pueden provocar problemas serios de salud a la población, (escases y falta de incentivos a la fuerza laboral)
6. poca inversión, absoluta y proporcionalmente, en programas, intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, (falta de esfuerzos de promoción de salud y prevención)
7. un sistema que se ha tornado demasiado dependiente de los fondos y reglamentaciones federales (*Medicaid, Obamacare y Medicare*) y por lo tanto a la misma vez la crisis fiscal y económica sin precedentes que sufre el país pone en riesgo los fondos estatales asignados al sistema de salud. (financiamiento defectuoso)

C. LA CRISIS COLONIAL Y DEL SISTEMA DE SALUD

De hecho, existe una relación bien estrecha entre los problemas de nuestro sistema de salud y la crisis y colapso de la economía colonial. Primero, esta debacle económica ha provocado la emigración masiva de cientos de miles de boricuas, particularmente jóvenes y profesionales, en las últimas décadas lo que ha contribuido al envejecimiento acelerado de nuestra población. Segundo, la emigración masiva de profesionales de la salud está también muy atada a la debacle económica de la colonia. Y tercero, la crisis fiscal del gobierno colonial ha provocado que cada vez más el estado dependa de fondos federales para financiar los servicios de salud. Por lo tanto, la crisis de salud está íntimamente relacionada a la crisis de la colonia lo que

implica que la transformación definitiva del sistema de salud no se podrá alcanzar hasta que resolvamos nuestro problema colonial. Sin embargo, aun dentro de las limitaciones de la colonia podemos comenzar a implantar medidas y cambios que establezcan las bases para un sistema de salud del Siglo XXI que se rija por los principios básicos que establecimos anteriormente. Por lo tanto, el Partido Independentista Puertorriqueño propone el siguiente Plan Nacional de Salud para el cuatrienio del 2017 al 2020.

III. PROPUESTAS PARA TRANSFORMAR EL SISTEMA DE SALUD DE PUERTO RICO

Entendemos que el actual sistema de salud de Puerto Rico necesita ser transformado para convertirse en un sistema de salud universal basado en los siguientes pilares: promoción de la salud y prevención de las enfermedades, acceso universal a los servicios de salud, énfasis en la atención de salud primaria enfocada en las necesidades de la comunidad, y gobernanza democrática del sistema a nivel nacional, regional y local. A continuación, nuestras propuestas más importantes.

A. GOBERNANZA DEMOCRATICA DEL SISTEMA

Para comenzar la transformación del sistema de salud tenemos que comenzar con **devolverle la gobernanza de ese sistema al estado y que este haga participe al pueblo del mismo**. No permitir que el estado renuncie a su deber de gobernanza para delegarlo a intereses económicos poderosos. . El sistema de salud es una institución social que debe responder a los intereses de toda la población particularmente los más vulnerables y que debe ser organizado y estructurado de forma democrática. Aunque reconocemos que bajo el esquema constitucional y legal vigente el Departamento de Salud es la autoridad sanitaria máxima que tiene a su cargo velar por la salud del país entendemos que l@s ciudadan@s, las comunidades, l@s pacientes, los proveedores de servicios de salud, l@s trabajador@s de la salud, la academia,

deben tener un rol importante en cómo se construye e implementa un sistema de salud universal, solidario, equitativo y responsivo a la comunidad.

Mediante la ley 235 (22 de diciembre del 2015) se creó el **Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico** adscrito al Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Esta ley fue una iniciativa de la Alianza de Salud para el Pueblo y que tuvo el respaldo de un sinnúmero de otras organizaciones incluyendo la representación legislativa del Partido Independentista Puertorriqueño. El Consejo tiene una participación amplia de diversos sectores dentro y fuera del sistema de salud como lo son los colegios de profesionales de la salud (médicos, dentistas, farmacéuticos, enfermer@s, trabajador@s sociales), asociaciones de proveedores (hospitales, farmacias, laboratorios), Departamento de Salud, ASES, aseguradoras, sindicatos, academia, pacientes, y organizaciones de base comunitaria. El Consejo se supone le someta a la Asamblea Legislativa y al Gobernador un informe haciendo recomendaciones dirigidas a crear e implementar modelos de prestación de servicios de salud y de financiamiento para que tengamos un sistema de salud universal que funcione de “manera participativa y transparente, con mecanismos efectivos y equitativos que permitan reducir los costos, responda al interés público y que atienda prioritariamente los aspectos preventivos de la salud en vez de ser uno eminentemente curativo”.

La creación del Consejo Multisectorial del Sistema de Salud de Puerto Rico es un paso en la dirección correcta, ya que es un grupo asesor del gobernador, pero no es elegido por este, es elegido por el sector comunitario, pero entendemos que se queda corto. Resulta que como está la Ley ahora mismo la Legislatura ni el Gobernador están obligados a responder ni a adoptar las recomendaciones del Consejo. El PIP se propone fortalecer y potenciar el Consejo sometiendo legislación para asignarle un presupuesto que le permita tener los recursos necesarios para poder funcionar adecuadamente y para que el Gobernador y la Legislatura se vean obligados a responder a las

recomendaciones del Consejo dentro de un plazo de tiempo razonable y que también el ejecutivo y el legislativo tengan que entrar en un dialogo directo con el Consejo para que sus recomendaciones se incorporen dentro de la discusión pública sobre el sistema de salud. Creemos que el Consejo se puede convertir en el foro e instrumento más importante a nivel nacional para lograr una gobernanza participativa y democrática del sistema de salud.

Entendemos que un segundo nivel de gobernanza democrática debe ser llevado a un nivel más cercano de las comunidades que es el de las regiones de salud. Esta idea la habíamos propuesto anteriormente en el 2012 como mecanismo de revivir, fortalecer y modernizar el modelo de regionalización de servicios de salud que el Dr. Guillermo Arbona implemento con mucho éxito en Puerto Rico desde la década de los 50. Con la reforma de salud del Dr. Rosselló del 1994 se desmantelo el sistema de salud regionalizado que existía en Puerto Rico. Para rescatar e implementar el principio de la regionalización de salud en Puerto Rico nos proponemos crear los **Consejos de Salud Regionales** (CSR). Los Consejos de Salud Regionales estarán compuestos por representantes del sistema de salud a nivel de la región y de la comunidad como lo son el propio Departamento de Salud, gobiernos municipales, profesionales de la salud de la región (médicos, enfermer@s, dentistas, etc.), proveedores de servicios de salud, intermediarios financieros, organizaciones comunitarias, y la población en general similar al Consejo Multisectorial.

Los Consejos serán responsables por hacer un perfil epidemiológico y socio demográfico de la región, identificar y priorizar los problemas de salud más importantes, evaluar la necesidad por servicios y programas de salud, elaborar un plan para promover la creación de un sistema integrado y universal de servicios de salud para la región donde participen todos los proveedores. De igual manera, el plan deberá incorporar y promover la adopción de las tecnologías de informática en salud (como el expediente médico electrónico)

y el intercambio electrónico de información de salud entre los proveedores para promover el cuidado integrado y coordinado de l@s pacientes. Estos planes regionales serán sometidos al Departamento de Salud que los evaluará y les dará su aprobación final. Para su funcionamiento los Consejos de Salud Regionales recibirán el apoyo fiscal y logístico del Departamento de Salud.

B. FINANCIAMIENTO DE UN SISTEMA DE SALUD UNIVERSAL

B.1. FONDO NACIONAL DE INVERSION EN SALUD PUBLICA

Actualmente las diez causas de muertes más importantes en Puerto Rico son las siguientes: tumores malignos o cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedades cerebro vasculares, enfermedad de Alzheimer, enfermedades crónicas pulmonares, hipertensión, neumonía e influenza, nefritis y nefrosis, y enfermedades del hígado. Estas condiciones crónicas y problemas de salud que afectan más severamente a nuestro pueblo son en gran medida prevenibles o controlables. Sin embargo, solo una fracción del gasto y de los recursos que actualmente nuestro sistema de salud consume están dirigidos a la prevención de estas y otras enfermedades. Por lo tanto, es imprescindible que aumentemos en términos absolutos y relativos los fondos invertidos en el rol proactivo y protectorio del sistema de salud.

Para esto el PIP propone la creación del **Fondo Nacional de Inversión en Salud Pública** (FNISP) que tendrá como propósito el financiar programas, intervenciones y actividades de promoción de la salud y de prevención primaria de enfermedades a través de todo Puerto Rico. El Fondo se nutrirá de las siguientes fuentes: asignaciones presupuestarias de parte del fondo general; de partidas específicas provenientes de impuestos a productos que se han demostrado son dañinos a la salud como, por ejemplo, cigarrillos, alcohol y bebidas gaseosas; y de donativos de fundaciones, corporaciones e individuos.

El Fondo será dirigido por una Junta que estará integrada por representantes de los sectores gubernamental, privado, comunitario, académico, entre otros. Luego de creada, la Junta desarrollará y divulgará un **Plan Estratégico Intersectorial de Promoción de la Salud y Prevención** que estará basado en los valores de la equidad, el bienestar social, la igualdad y los derechos humanos en salud y estrategias que propicien la intervención con los determinantes sociales de la salud, los factores protectores de la salud, los imperativos comunitarios, los estilos de vida, los factores de riesgo y los entornos asociados a la promoción de la salud. El plan tendrá como eje central dos importantes componentes: un componente de comunicación y mercadeo social para la promoción de la salud y un componente para impulsar la creación de comunidades saludables a través de toda la isla.

1. **Componente de Comunicación y Mercadeo Social para la Promoción de la Salud.** Este componente del plan identificará cuales son las vías y vehículos mediáticos para comunicar la importancia de tomar acciones para promover la salud y combatir las enfermedades. Se identificarán y se entrará en diálogo con portavoces y expertos para crear los lineamientos generales de campañas para radio, televisión, prensa y los medios de comunicación social basados dirigidos a promover la salud física y mental de la población. Estos mensajes podrán adaptarse para impactar diferentes poblaciones y también dar prioridad a problemas de salud de mayor impacto social o emergentes.
2. **Componente de Comunidades Saludables.** La propuesta de comunidades saludables se origina en la década del ochenta en Europa, Canadá y ciertas ciudades de Estados Unidos. En 1986 en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud se elabora la Carta de Ottawa donde se acoge la propuesta de

comunidades saludables dentro de un marco amplio donde se plantea la importancia del entorno físico, económico, social, cultural y ambiental como determinantes de la salud. Es importante indicar que la definición de comunidades es una amplia que podría incluir diferentes escenarios como lo son los barrios, urbanizaciones, residenciales, condominios, municipios, centros de cuidado infantil, escuelas, universidades, centros de cuidado para la población de adultos mayores, lugares de trabajo y otros grupos poblacionales que se consideran parte de una comunidad. Algunos de las áreas a intervenir como parte de este componente son los siguientes:

- a. Organización y participación ciudadana dirigidos empoderar las comunidades para que sean ellas mismas las que tomen control de su salud y calidad de vida.
- b. Arquitectura de viviendas, escuelas, y lugares de trabajo diseñados para para promover ambientes e interacción social saludable.
- c. Alimentación sana accesible en las comunidades en donde se fomente el consumo de alimentos frescos en vez de las comidas rápidas (*fast foods*).
- d. Facilidades recreativas accesibles para fomentar la práctica del ejercicio y el deporte recreacional.
- e. Medio ambiente sano y sostenible donde se fomenten las actividades humanas que tengan el menor impacto negativo posible sobre los recursos naturales.

- f. Educación en salud la comunidad sobre los factores de riesgo y factores protectivos de las condiciones de salud físicas y mentales, particularmente de las enfermedades crónicas.

Para implementar su Plan Estratégico, el FNISP dará fondos a agencia de gobierno, municipios, universidades, escuelas, iglesias, organizaciones comunitarias, centros de atención primaria de salud, y organizaciones sin fines de lucro en general que presenten propuestas para desarrollar programas, intervenciones y actividades cuya efectividad estén basadas en evidencia científica. El Fondo evaluará de manera científica los programas, intervenciones y actividades financiados para determinar cuán exitosas fueron en lograr sus objetivos y determinar cuál debe ser el uso más eficiente de los fondos.

B.2. SEGURO NACIONAL DE SALUD Y LA CORPORACION DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD

El PIP ha sido el único partido político en Puerto Rico que durante décadas ha promovido el establecimiento de un seguro de salud universal para toda la población. Entendemos que es necesario cambiar el sistema actual de financiamiento de los servicios de salud basado en planes médicos privados, que sólo sirve para enriquecer a estas empresas, a uno donde el objetivo sea proveerle a toda la población un seguro de salud con una cubierta amplia y adecuada de la forma más costo-efectiva posible. Es decir, el objetivo del Partido Independentista Puertorriqueño es garantizar el acceso y la equidad de todos l@s puertorriqueñ@s y residentes en nuestra patria a los servicios de salud que necesitan tomando en cuenta los recursos fiscales y económicos que tenemos disponibles. Basados en esta premisa proponemos lo siguiente para el período del 2017 al 2020.

Proponemos un **Seguro Nacional de Salud (SNS) que sea universal y que cubra a toda la población, no importa su situación laboral, nivel socio-**

económico, ni lugar de residencia en Puerto Rico. Este seguro adoptará los mejores elementos de seguros universales ya existentes en países como en Canadá, Reino Unido, Suiza, y Taiwán. Este seguro tendrá las siguientes características esenciales:

1. Pertenece al individuo residente en Puerto Rico desde su nacimiento hasta su muerte y por consiguiente será transportable con el individuo ya sea durante su tiempo de estudio, (escuela y universidad), experiencia laboral (diferentes empleos), y retiro, no importa su estado de salud.
2. Tendrá una cubierta básica que cubra servicios médicos hospitalarios, visitas a médicos generalistas y especialistas, visitas a dentistas y procedimientos relacionados a la salud oral, procedimientos quirúrgicos hospitalarios y ambulatorios, laboratorios, estudios de imágenes y rayos x, farmacia, y servicio de salud preventivos y de cernimiento. También se cubrirán servicios y terapias de medicina alternativa y natural que se hayan demostrado ser igual o más efectivos que los servicios médicos tradicionales. Las aseguradoras privadas no podrán competir con la cubierta de servicios incluidos en el Seguro Nacional de Salud; sólo podrán ofrecer planes médicos por los servicios que no se incluyan en la cubierta básica del seguro nacional.
3. Con relación a l@s indocumentad@s residentes en Puerto Rico se establecerán unos criterios básicos para que puedan así recibir los mismos servicios de calidad que el resto de l@s ciudadan@s, asegurando así, la salud como principio fundamental de solidaridad humana y como derecho fundamental de tod@s l@s ciudadan@s y sus comunidades del Estado, según establecido anteriormente en nuestros principios fundamentales.

Para administrar y financiar el Seguro Nacional de Salud (SNS) se creará **la Corporación del Seguro Nacional de Salud (CSNS)** que se encargará de canalizar y administrar los fondos para operar el seguro de salud, y de pagar a los proveedores de servicios de salud. El CSNS estará dirigido por una Junta donde habrá representantes del sector público, privado con y sin fines de lucro, del sistema de salud, y de la comunidad en general. La Administración de Seguros de Salud (ASES), la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE), y la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) tendrán que ser eliminadas o reorganizadas ya que gran parte de sus fondos y funciones serán absorbidos por el CSNS.

Las aseguradoras privadas ya no podrán ofrecer planes médicos que cubran los mismos servicios que se ofrecen bajo la cubierta del SNS, sin embargo, podrán vender cubiertas complementarias para los servicios de salud que no están cubiertos bajo el SNS. Los mecanismos y niveles de pago a los proveedores se negociarán directamente entre la Junta del CSNS y las diferentes organizaciones e instituciones que agrupan a los proveedores de servicios de salud en Puerto Rico. Se fomentará el uso de mecanismos de pago que estén atados al desempeño de los proveedores basados en indicadores de calidad de cuidado, calidad de vida, morbilidad y mortalidad. Además, es importante dada la experiencia previa con el pago per cápita (*capitation*) que no se utilicen mecanismos de pago que pongan al proveedor en el dilema ético de tener que escoger entre su interés económico y ofrecer los servicios que necesita su paciente.

El CSNS obtendrá sus fondos de las siguientes fuentes:

- a. **Fondos estatales.** La asignación presupuestaria del gobierno estatal actualmente asignada a ASES para el seguro público conocido como Mi Salud será reasignada al CSNS.

b. **Fondos federales.** Los fondos que provienen actualmente de los programas federales título XIX *Medicaid*, Título XXI *State Children Health Insurance Program* y *Prescription Drug Program Payments* serán canalizados al CSNS.

c. **Primas.** El CSNS cobrará una prima que se pagará con las aportaciones de patronos, empleados e individuos. El nivel de esta prima se determinará de forma tal que desde el punto de vista actuarial pueda sustituir las aportaciones que actualmente hacen los patronos, empleados e individuos a los planes médicos privados para pagar servicios de salud en general, las aportaciones al Fondo del Seguro del Estado para pagar servicios de salud relacionados a situaciones ocupacionales, y la prima de la ACAA para pagar por servicios de salud relacionadas a accidentes en la carretera. En el caso de los patronos, esta prima se fijará de acuerdo al tipo de empresa (público, privada con o sin fines de lucro), y nivel de ganancias. En el caso del sector público, la aportación patronal del gobierno que actualmente se utiliza para pagar la prima de los planes médicos de l@s emplead@s públic@s (incluyendo las corporaciones públicas, Universidad de Puerto Rico, y los municipios) se canalizará al CSNS. Todos los patronos del sector privado, sin excepciones, harán aportaciones directamente al CSNS para pagar por la prima del seguro de salud de sus empleados. De igual manera, l@s emplead@s del sector público y privado, incluyendo l@s auto-emplead@s, harán sus aportaciones al CSNS. La aportación de los individuos se determinará a través de una escala progresiva basada en el ingreso familiar donde la aportación será más alta mientras más alto sea el ingreso.

Proponemos que la implementación del SNS sea gradual y por etapas. En específico, durante el cuatrienio del 2017 al 2020 nos enfocaremos en la

población de 0 a 64 años que es donde se concentra casi el 100% de los individuos que no tienen un seguro de salud. En el 2017 se legislará para crear el CSNS y se le dará un periodo de un año para que las aseguradoras privadas se preparen para el proceso de transición donde pasaran a vender cubiertas para servicios que la cubierta del SNS no cubra. En el 2017 se dará también el proceso de negociación con los proveedores para determinar mecanismos y niveles de pago por los servicios. En enero del 2018, entrará el SNS en efecto y toda la población de 0 a 64 años empezará a inscribirse en el seguro con la meta de que para diciembre del 2018 toda esa población esté cubierta. La segunda etapa se sugiere comience en el 2019 cuando se pedirá un permiso ("waiver") al gobierno federal para que la población de 65 años o más que está en gran parte cubierta por Medicare pueda ingresar al SNS pagando una prima que se negociará con el gobierno federal. De esta manera, para diciembre del 2020 se pretende que el 100% de la población en Puerto Rico esté cubierta bajo el SNS.

C. ATENCION DE SALUD PRIMARIA COMO ESPINA DORSAL DEL SISTEMA

C.1. CENTROS COMUNITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Entendemos que la espina dorsal del sistema de salud en cuanto a la provisión de servicios de salud debe ser el establecimiento de una red nacional de **Centros Comunitarios de Atención Primaria de Salud** (CCAPS). Para esto el PIP propone fortalecer, expandir, y modernizar los centros de atención primaria de salud incluyendo los ya existentes ya sean públicos y privados con o sin fines de lucro mediante de una alianza entre el Departamento de Salud, la Asociación de Salud Primaria (Centros 330), los municipios, las organizaciones sin fines de lucro, y los proveedores privados de servicios primarios como las IPAs. Estos centros ofrecerán servicios clínicos de salud física y mental, y también proveerán servicios de prevención, promoción, y educación en salud. Es decir,

los CCAPS integrarán el rol protector y proactivo del sistema de salud con el rol terapéutico y reactivo del sistema en un mismo escenario y plataforma de provisión de servicios de salud. Los CCAPS se establecerán en todas las regiones de salud y se organizarán bajo una alianza que promoverá el intercambio de información, experiencias y la colaboración entre centros para el desarrollo de una política coherente y nacional para mejorar y fortalecer el cuidado primario en toda la nación.

Los CCAPS proveerán servicios a toda la población que reside dentro del área geográfica que los rodea no importa el nivel socio económico de los individuos. Estimamos que cada CCAPS servirá a un área geográfica con una población aproximada de 40,000 a 50,000 habitantes por lo que estimamos que para cubrir a la población de todo Puerto Rico deberían de existir por encima de ochenta centros por toda la isla. Será tarea de cada CCAPS estratificar a la población de su área de servicio en términos del nivel de riesgo, y darles particular atención a los pacientes de condiciones crónicas, incluyendo condiciones mentales, implantando programas de gestión y control. Es importante que dentro de cada región de salud los CCAPS colaboraran entre ellos para atender a toda la población de la región. Sin embargo, cada individuo tendrá el derecho de escoger el centro y el médico primario de su preferencia. También, los CCAPS serán el **núcleo gestor de interconexiones entre la comunidad y el resto del sistema de salud** de forma tal que cuando el paciente necesite ser referido a servicios especializados o de nivel secundario o terciario, ya existan los acuerdos colaborativos y/o contratos con clínicas especializadas, laboratorios, servicios comunitarios y sociales, y hospitales para darle el servicio adecuado.

El cuidado clínico personal ofrecido en los CCAPS será uno integrado, coordinado y continuo y se atenderán una amplia gama de problemas de salud física y mental a través del ciclo de vida del individuo. Para ofrecer este cuidado clínico los CCAPS contarán con equipos interdisciplinarios de salud

familiar formados por médicos de familia o generalistas, pediatras, ginecólog@s, dentistas generalistas, enfermer@s práctic@s, educador@s para la salud, asistentes dentales, nutricionistas, trabajador@s sociales, terapistas ocupacionales y físic@s, promotores de la salud y psicólog@s. Pero también habrá otros salubristas como, epidemiólog@s, demógraf@s, gerontólog@s y evaluador@s que contribuirán no sólo con sus servicios dentro del contexto clínico y preventivo, sino que formarán parte del equipo de evaluación de dichos servicios y emitirá recomendaciones basadas en evidencia científica. La meta es que el equipo de salud familiar será responsable de ofrecer un cuidado personal de salud de calidad, eficiente, ético y satisfactorio a su comunidad y pacientes.

Finalmente, los centros serán financiados a través de una combinación de fuentes: fondos del Fondo Nacional de Inversión en Salud Pública, pagos provenientes del Seguro Nacional de Salud, pagos de seguros privados, fondos federales, fondos municipales, y donativos privados. Los centros también podrán recibir bonificaciones y fondos adicionales, como incentivos atados a su desempeño medido en términos del mejoramiento o mantenimiento óptimo de los indicadores de salud de la población que atienden.

C.2. CENTROS ACADÉMICOS DE ENSEÑANZA Y ADISTRAMIENTO

Los **Centros Comunitarios de Atención de Salud Primaria** entraran en alianzas y convenios con universidades para convertirlos en centros académicos de enseñanza y adiestramiento del personal sanitario, incluyendo los siguientes: médicos generalistas, médicos de familia, médicos internistas, pediatras, ginecólog@s, dentistas generalistas, enfermer@s práctic@s, asistentes dentales, promotores de salud comunitarios, educador@s en salud, nutricionistas, epidemiólog@s, administrador@s de servicios de salud, entre otros profesionales de la salud. De esta manera se garantiza que se produzcan suficientes profesionales de la salud con el conocimiento y disposición a trabajar en el escenario comunitario y de la atención primaria de salud. Esto

requerirá que en las instalaciones físicas de los CCASP tengan disponibles salones para ofrecer clases, talleres y conferencias para l@s estudiantes, facultad médica y demás profesionales de la salud.

C.3. CENTROS DE VACUNACION

Reconociendo la importancia histórica de las vacunaciones como una de las medidas más costo-efectivas de salud pública que ha logrado salvar millones de vidas (particularmente niñ@s) alrededor del mundo en el último siglo, proponemos que cada CCAPS también se convierta en un **centro de vacunaciones gratuito** para toda la población en la región geográfica a la que sirve. Esto será posible ya que el SNS asumirá el costo total de las vacunas garantizando así que toda población de Puerto Rico, incluyendo la población pediátrica y adulta, reciban todas las vacunas que se requieren para protegerla de las enfermedades infecciosas usando como base las guías clínicas de las autoridades sanitarias y que estén basadas en evidencia científica.

C.4. LABORATORIOS PARA EL DESARROLLO DE NUEVOS PROGRAMAS E INTERVENCIONES

Los CCAPS también servirán como **laboratorios** en donde se podrán implementar, evaluar e investigar intervenciones y programas innovadores dirigidos a mejorar la efectividad, eficiencia y calidad de los servicios de prevención y atención primaria. Para esto los CAPSC deberán establecer acuerdos colaborativos con instituciones académicas para poder solicitar fondos de investigación que permitan realizar estas evaluaciones e investigaciones. Finalmente, los resultados de estas investigaciones deberán ser compartidas con el resto de los CCAPS en el país para promover que las mejores prácticas sean adoptadas en el resto del sistema de salud.

D. FORTALECIMIENTO DE LA FUERZA LABORAL SALUBRISTA

La transformación del sistema de salud requerirá una fuerza laboral salubrista enfocada y preparada en la promoción de la salud, la prevención y la atención de salud primaria para así fortalecer el rol protectorio y proactivo del sistema de salud. El problema que tenemos actualmente es que el énfasis y sesgo del sistema de salud hacia el rol terapéutico y su centrismo en los servicios hospitalarios y especializados ha generado toda una clase de profesionales de la "enfermedad" cuya prioridad es hacer dinero con la gente que se enferma en vez de promover que la gente se mantenga saludable y no se enferme. Esto en gran medida es consecuencia de dos factores. Primero, tenemos un sistema de salud que recompensa económicamente mucho mejor a aquellos servicios y profesionales que se dedican a la medicina especializada y de alta tecnología, y segundo, a una educación y formación del profesional de la salud que carece de una filosofía y ética basada en la solidaridad humana, la equidad y el compromiso social como base preceptos indispensables de la práctica salubrista.

En el caso de los médicos, por ejemplo, necesitamos más médicos egresados de medicina primaria, comunitaria y medicina de familia comprometidos con sus comunidades y con la atención de salud primaria. Esto no significa que no sean necesarios e importantes seguir produciendo y retener en el país médicos especializados en servicios supra terciarios y de alta tecnología. Estos también son muy necesarios e importantes, pero en este momento crítico tenemos que fortalecer el rol protectorio y proactivo del sistema de salud para evitar un colapso del sistema. Otro problema importante que existe es la inequidad en la distribución geográfica de los profesionales de la salud en el país, particularmente de los médicos y dentistas. Actualmente, hay municipios y áreas particularmente rurales que padecen de un acceso adecuado a médicos, dentistas y de facilidades de salud, particularmente de servicios especializados, debido a que estos se concentran mayormente en las

áreas urbanas. Esto puede provocar retrasos y problemas en la utilización de servicios de salud y en el tratamiento adecuado y a tiempo de l@s pacientes que viven en las regiones rurales y montañosas del país.

A continuación, las propuestas del PIP para transformar la educación, formación y adiestramiento de l@s profesionales de la salud en general, y crear los incentivos económicos y no-económicos que promuevan el que las nuevas generaciones de profesionales de la salud se enfoquen en la promoción, prevención y asistencia primaria de salud y se ubiquen en las áreas geográficas donde hacen mayor falta. Estas propuestas serán parte de una legislación que el PIP someterá a la legislatura.

D.1. PROMOTORES DE SALUD COMUNITARIA

Para llevar a cabo las actividades y programas de promoción y prevención primaria, proponemos que durante el cuatrenio del 2017 al 2020 crear un "ejército" de **Promotores de Salud Comunitaria** (PSC). Estimamos que por cada 750 habitantes de debe haber un promotor de salud comunitario por lo que se requieren cerca de 5,000 promotores para cubrir toda la población de Puerto Rico. La misión principal de los promotores será ir a las comunidades para hacer un perfil epidemiológico y de los problemas sociales que las mismas confrontan e intervenir en las mismas para impactarlas a nivel individual y colectivo. Estas intervenciones se implementarán a nivel grupal, entiéndase familias e individuos en los hogares, escuelas y universidades, lugares de trabajo, hogares y centros de ancianos, centros comerciales, centros culturales y plazas municipales, parques, canchas e iglesias de la comunidad. Como mencionamos anteriormente, los promotores estarán integrados a la estructura y arquitectura de los **Centros Comunitarios de Atención Primaria de Salud** (CCAPS) a través de equipos interdisciplinarios de salud familiar formados por médicos de familia o generalistas, pediatras, ginecólog@s, dentistas generalistas, enfermer@s práctic@s, educador@s para la salud, asistentes dentales, nutricionistas, trabajador@s sociales y psicólog@s.

D.2. FORTALEZER PROGRAMAS ACADEMICOS ENFOCADOS EN LA PROMOCION DE SALUD, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA

El PIP propone fortalecer y expandir los programas en las instituciones públicas y privadas de educación superior en Puerto Rico dirigidos a preparar profesionales de la salud enfocados en la promoción de la salud, prevención y atención de salud primaria. La meta es incrementar el número de médicos primarios (generalistas, de familia, internistas, obstetras y ginecólog@s), dentistas (generalistas), enfermer@s, educadores en salud, y promotores de salud comunitarios en el país que salgan comprometidos y preparados para proveer servicios de salud de promoción de la salud, prevención y de atención primaria a toda la población particularmente a las poblaciones más vulnerables.

Para lograr esta meta el PIP se propone, a través de legislación, crear un programa para proveer fondos adicionales a los programas académicos dirigidos a aumentar los recursos humanos (facultad y apoyo administrativo), físicos y tecnológicos que estos necesiten para expandir y fortalecer los programas académicos enfocados en la promoción de la salud, prevención y atención de salud primaria. Habrá dos requisitos importantes para que los programas académicos cualifiquen para estos fondos. Primero, los programas tendrán que incorporar competencias de salud pública dentro de su currículo, y segundo, estos programas académicos tendrán que entrar en alianzas y acuerdos colaborativos con **Centros Comunitarios de Atención de Salud Primaria** para utilizarlos en centros académicos de enseñanza y adiestramiento de sus estudiantes.

Por otra parte, a la misma vez que fortalecemos los programas académicos es importante que hagamos más atractivos para los potenciales estudiantes de profesiones de la salud estudiar para trabajar en escenarios donde se enfatice en la promoción de la salud, prevención y atención de salud primaria. Para esto proponemos someter legislación para subsidiar parte del costo de matrícula y estudio para aquell@s estudiant@s de medicina que se

especialicen particularmente en medicina primaria, medicina dental general, y en promoción de la salud.

D.3. RETENCION Y REDISTRIBUCION GEOGRAFICA DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Para retener l@s profesionales de la salud en Puerto Rico y lograr hacer más equitativa la distribución geográfica de los mismos el PIP propone crear mediante legislación un programa de incentivos económicos para estos profesionales. El mismo contendrá los siguientes elementos:

1. Pago parcial o total de los préstamos estudiantiles para aquellos profesionales que sean contratados por algunos de los Centros Comunitarios de Atención Primaria de Salud y/o se localicen en áreas geográficas con déficits en el número de profesionales en alguna de las áreas identificadas.
2. Tasas contributivas y exenciones especiales para aquellos profesionales que sean contratados por algunos de los Centros Comunitarios de Atención Primaria de Salud y/o se localicen en áreas geográficas con déficits en el número de profesionales en alguna de las áreas identificadas.

D.4. ADIESTRAMIENTO Y EDUCACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Dada la escasez de profesionales en el campo de la salud mental, y la necesidad de mantener al día a quienes ya ejercen:

1. Se fomentará un acuerdo entre el Departamento de Educación y la Universidad de Puerto Rico para facilitar que l@s psicólog@s y psicólogas empleados en el DE que le interese puedan obtener una Certificación en Psicología Escolar que facilite la implantación de la Ley 170 del 12 de agosto de 2000.

2. Se dará cumplimiento a la Ley de Psicólogos Escolares (Ley 170 del 12 de agosto de 2000), de forma que el Departamento de Educación cuente con el número de psicólogos requeridos para brindar servicios adecuados a la población escolar.
3. En cuanto a la drogodependencia, proponemos el diseño de adiestramientos y la redacción de publicaciones dirigidos a médicos primarios, especialistas, personal encargado de discernimiento clínico en facilidades de salud (donde con frecuencia se discrimina contra adictos en estado de gran deterioro), farmacéuticos (responsables del despacho de jeringuillas y de medicamentos como la buprenorfina) y psicólogos. Este trabajo, realizado en conjunto con la academia y organizaciones profesionales atenderá necesidades específicas como las de las mujeres adictas, adictas embarazadas, las personas sin hogar y aquellos con morbilidad y procurará la desintegración de los estigmas y prejuicios que con frecuencia interfieren en la prestación de servicios a esta población.
4. Como parte del esfuerzo para atender el problema de las adicciones como uno de Salud Pública, debe revisarse además la función de l@s profesionales de la salud, tanto en el sector público como en el privado, empezando por el enfoque promovido por la universidad en la preparación de sus estudiantes y la necesidad de cursos de educación continua para poner al día a los proveedores de servicios de salud desde una perspectiva de género. Esta revisión debe considerar, por una parte, el aspecto de prevención y diagnóstico y por otra, el de tratamiento a adictos en recuperación. En este último caso, es necesario superar la fragmentación de servicios y promover un acercamiento holístico, que considere las distintas necesidades médicas de l@s drogodependientes. Es frecuente, por ejemplo, que la adicción a drogas esté acompañada de otro trastorno psiquiátrico, o

que, como consecuencia del uso compartido de jeringuillas infectadas, se requiera tratamiento para VIH o hepatitis. El establecimiento de centros multidisciplinarios facilitaría el acceso a tratamiento para el paciente, a la vez que permite la evaluación conjunta de los distintos profesionales de la salud.

IV. AREAS DE SALUD DE INTERÉS PRIORITARIO

El PIP entiende que, si tenemos un sistema de salud universal basado en la atención de salud primaria, enfocado en la promoción de la salud y en la prevención, y con un cuidado integrado y coordinado pues como sociedad seremos capaces de atender y enfrentar la mayor parte de los problemas y situaciones de salud de una manera mucho más efectiva, eficiente y comprensiva. Sin embargo, reconocemos que hay ciertas áreas de salud que por su impacto actual en nuestra sociedad requieren particular atención y queremos presentar propuestas específicas para atenderlas.

A. PROMOCIÓN DE LA SALUD ESCOLAR

Se reconoce que gran parte de las acciones de Salud Pública a nivel global se realizan en el ámbito escolar por tratarse de una población joven que es donde deben iniciarse las acciones de promoción de estilos de vida saludables. El PIP se propone impulsar la implantación de la Política Pública de Educación en Salud Escolar en Puerto Rico contenida en la Ley 70 del 18 de agosto de 1989 reorientando la planificación estratégica en el ámbito de la Educación en Salud Escolar en Puerto Rico para fortalecer las relaciones de trabajo colaborativo intersectorial con el Departamentos de Salud, con los Centros Comunitarios de Atención Primaria de Salud (CCAPS) y con las organizaciones comunitarias sin fines de lucro. Como parte de este trabajo colaborativo entendemos que es necesario promover el programa de **Escuelas Promotoras de la Salud** a través de toda la isla donde las escuelas públicas y privadas en el nivel elemental, intermedio y superior se conviertan en el

escenario idóneo, por su población cautiva y joven, para articular iniciativas de Educación en Salud y prevención sobre bases de continuidad y permanencia lo que facilitará el seguimiento y las evaluaciones de efectividad.

En específico, proponemos que cada CCAPS identifique las escuelas públicas y privadas que se encuentren en su región geográfica de servicio. Con cada escuela se negociará un acuerdo colaborativo para que se realicen en las escuelas actividades de promoción de la salud y de prevención de enfermedades. Estas pueden incluir, por ejemplo: charlas, talleres, encuestas, pruebas de cernimiento, y vacunaciones dirigidas a l@s estudiantes, pero también al personal docente y no docente, y a los padres y madres, es decir, a toda la comunidad escolar. El rol de los promotores de salud comunitaria (PSC) en esta colaboración va ser crítico particularmente en las actividades de promoción de la salud. Pero también el personal clínico de los CCAPS va a tener un rol importante en la medida que en algunas escuelas se puedan establecer clínicas satélites de atención primaria dirigidas a dar servicios clínicos preventivos y curativos a la comunidad escolar. Otras medidas relacionadas a la prevención y promoción de la salud de la población escolar se mencionan en el área de salud mental, obesidad, y salud oral. En fin, el propósito, es convertir a las escuelas en verdaderas promotoras de la salud, promoviendo comunidades saludables y ciudadan@s preparados académicamente para continuar estudios superiores, pero también responsables de su salud y que sepan valorar adecuadamente como las decisiones que tomen el futuro impactan su salud individual y la del resto de la sociedad.

B. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual y reproductiva contempla el disfrute de una vida sexual satisfactoria, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de l@s hij@s, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas, la

posibilidad de elección de métodos de regulación de fecundidad seguros, eficaces y accesibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual, la detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, y de otros padecimientos, y el acceso a cuidados y atenciones durante el embarazo y alumbramiento. El PIP propone lo siguiente:

1. Ante la realidad de que una proporción alta de los adolescentes están sexualmente activos, promover otros acercamientos además de la invitación a la abstinencia, educando a l@s jóvenes sobre prácticas de sexo seguro y prevención de embarazos no deseados.
2. Garantizar, a través de los Centros Comunitarios de Atención Primaria de Salud (CCAPS) que las jóvenes entre las edades de 13-15 años tengan acceso a clínicas especializadas para adolescentes ya sea en su escuela o comunidad para que puedan realizar su primera visita al ginecólogo, dependiendo de la madurez psicosexual de la joven. En esta visita, la adolescente debe recibir información sobre anticonceptivos y sexo seguro. Para aquellas jóvenes que están activas sexualmente, se les debe realizar la prueba de Clamidia y asegurar cuando sea necesario el acceso a tratamiento.
3. Establecer programas de educación sexual y acceso a métodos anticonceptivos a toda la población, en particular los sectores más empobrecidos; restaurar y aumentar los recursos asignados a los programas correspondientes en el Departamento de Salud.
4. Promover la maternidad segura, tomando medidas para bajar la tasa de cesáreas, y fomentando la preparación de enfermer@s parter@s.

C. SALUD MENTAL Y ADICCIÓN A SUSTANCIAS: HACIA UN ACERCAMIENTO SALUBRISTA

La salud mental es uno de los problemas principales de salud en Puerto Rico, cientos de miles de puertorriqueños padecen de algún trastorno mental.

Sin duda el suicidio es la manifestación más extrema de estos trastornos y problemas sociales tales como la alta tasa de nacimientos a madres adolescentes, la violencia doméstica, el maltrato de menores, el abuso de sustancias controladas y la drogodependencia, y la alta incidencia de crímenes violentos son indicadores de la alta necesidad de servicios de salud mental en nuestro país. Sin embargo, tradicionalmente las condiciones de salud mental se han tratado de forma separada a las condiciones de salud física. Entendemos que esto es un modelo de cuidado totalmente errado, para atender efectivamente la salud de las poblaciones y los individuos hay que verla de forma integrada y no separada.

Específicamente, en cuanto a las adicciones a drogas legales e ilegales, durante décadas el Partido Independentista Puertorriqueño ha abogado por un cambio radical en el acercamiento a este problema de salud pública. El PIP propone un auténtico cambio en el acercamiento al problema de las adicciones, en el que se materialice la visión Salubrista donde se promueva la prevención de los factores que promueven la drogodependencia, la medicación efectiva a l@s drogodependientes, se provea amplitud de opciones de recuperación con disponibilidad inmediata, se adopten estrategias de reducción de daños, se descriminalicen las conductas asociadas a la drogodependencia, y se reconozca el papel de las organizaciones de base comunitaria. Partiendo de la preocupante situación antes descrita el PIP hace las siguientes propuestas en el área de la salud mental y drogodependencia.

El PIP propone establecer el **Fondo Estatal para el Estudio de la Salud Mental** dirigido a realizar investigaciones sobre temas prioritarios en salud mental, incluyendo estudios epidemiológicos y proyectos preventivos. En el caso del uso y abuso de sustancias legales e ilegales, el Fondo financiará estudios que sirvan para cuantificar y definir a la población fármaco-dependiente, así como para establecer los patrones más comunes de

iniciación, uso, retirada y recaída, con el fin de diseñar estrategias más efectivas de prevención y rehabilitación. El PIP entiende que hay que promover la investigación a través de propuestas en universidades públicas y privadas y facilitar intercambios de conocimiento y experiencias entre las organizaciones de base comunitaria, la academia, los proveedores de servicios y los encargad@s de diseñar e implementar política pública. El acceso a estos fondos se hará mediante propuestas competitivas las cuales deberán evaluarse para determinar si ameritan apoyo fiscal. La asignación de fondos estará sujeta a un riguroso proceso de evaluación.

C.1. POLITICA PÚBLICA, PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE DAÑOS

1. Se destinará una porción significativa de los recursos del **Fondo Nacional de Inversión en Salud Pública** (FNISP) para hacer campañas mediáticas nacionales e implementar programas e intervenciones de promoción de salud en las comunidades que vayan dirigidas a la educación sobre las condiciones de salud mental y la drogodependencia y a cómo prevenirlas basadas en evidencia científica. Los **Centros Comunitarios de Atención Primaria de Salud** (CCAPS) a través de los promotores de salud comunitaria tendrán un rol importante en implementar estos programas de prevención de problemas de salud mental y drogodependencia en alianza con organizaciones sin fines de lucro.
2. Se fortalecerán los servicios que provee la Comisión para la Implantación de la Política pública en Prevención del Suicidio para facilitar la identificación temprana, servicios de apoyo y manejo especializado de la ciudadanía que considere o intente suicidarse.
3. Crearemos la Comisión Nacional para el Estudio de las Drogas (CNED), como cuerpo multi-sectorial y multidisciplinario que le provea a la Asamblea Legislativa y al Ejecutivo una revisión objetiva de la evidencia sobre el impacto de la política de drogas vigente y

- recomiende alternativas viables desde la perspectiva de salud pública. A través de la Comisión, se desarrollarán alternativas que contribuyan a fortalecer la red de apoyo para respaldar el mejor desarrollo de la ciudadanía y la estabilización y funcionalidad de las personas fármaco-dependiente. Se desarrollará, además, una política integrada que atienda a las drogas legales e ilegales, incluyendo el tabaco, el alcohol y el uso y abuso de ciertos medicamentos.
4. Para alcanzar la aspiración de una reducción dramática en el uso de sustancias adictivas y en la drogodependencia, es imprescindible desarrollar estrategias de prevención, con énfasis en los más jóvenes. Nos proponemos:
 - a. Desarrollar campañas masivas de educación en prevención de la fármaco-dependencia y el abuso del tabaco y el alcohol. El primer gran objetivo de estas campañas será el comprometernos a evitar el uso de cigarrillos y a retrasar lo más posible el inicio en el consumo de alcohol por parte de la juventud.
 - b. Reglamentar estrictamente la publicidad de bebidas alcohólicas por radio y televisión y en espacios públicos frecuentados por niñ@s y jóvenes.
 - c. Como parte del **programa de salud escolar y escuelas promotoras de la salud**, se desarrollarán intervenciones y protocolos para identificar de forma temprana aquell@s niñ@s que muestren señales de trastornos de conducta, conductas altamente oposicionales o desafiantes, o que sean víctimas de maltrato y asignarles recursos profesionales que logren reducir en estos niñ@s los riesgos de desarrollar fármaco-dependencia.
 - d. Aumentar los fondos para programas de verano y de horario post escolar que atiendan prioritariamente a niñ@s, y jóvenes en alto riesgo de abusar de las drogas.

- e. Proveer fondos para llevar a cabo investigación y evaluación de proyectos demostrativos de prevención de drogas en las escuelas para garantizar que los programas adoptados sean aquéllos que prueban ser efectivos y meritorios.
5. La estrategia de **Reducción de Daños** postula que los esfuerzos para combatir la adicción a sustancias no deben causar más daño que la droga misma, y que se debe mitigar las consecuencias negativas del uso de sustancias. El PIP propone:
- a. Extender los programas de intercambio de jeringuillas y la distribución de materiales para reuso seguro de equipo de inyección como una medida para disminuir el contagio de hepatitis y VIH por el uso compartido de parafernalia infectada por usuarios de drogas endovenosas.
 - b. Colaborar con los esfuerzos de organizaciones de base comunitaria para crear espacios de inyección segura, con condiciones sanitarias y que también sirvan como mecanismo para los programas de alcance.
 - c. Atender necesidades cotidianas de la población dependiente a drogas más marginada, como espacios para la higiene, orientación de servicios sociales y otras.
 - d. Establecimiento de clínicas móviles para proveer servicios médicos a la población drogodependiente sin hogar.
 - e. Entrenar a los oficiales del orden público para la intervención con personas drogodependientes, incluyendo el adiestramiento para emergencias por descompensación o sobredosis.
6. En armonía con la visión Salubrista que el PIP ha impulsado por años, creemos que es fundamental **despenalizar las conductas asociadas a la drogodependencia**. El procesamiento y encarcelamiento de adictos ha demostrado ser inefectivo como proceso de rehabilitación,

por lo que insistimos, como ya se intentado a través de nuestros legisladores, en descriminalizar la posesión de parafernalia para el uso de drogas y revisar la legislación (como la Ley de Tránsito y los Códigos de Orden Público) que castiga conducta relacionada con la dependencia a sustancias.

C.2. TRATAMIENTO Y REHABILITACION

1. Sera responsabilidad de los CCAPS integrar servicios de cernimiento en sus servicios de salud primaria para la identificación temprana e intervención con personas con problemas de salud mental.
2. Los CCAPS también tendrán la encomienda de asumir el rol de centros comunitarios de salud mental, con aquellas salas de emergencia de salud mental que sean necesarias para garantizar un pronto acceso a ese servicio desde todos los puntos de la Isla. Estos servicios podrán ofrecerse en las instalaciones propias de los centros de atención primaria, en clínicas satélites, o tener acuerdos colaborativos con proveedores de salud mental. En adición, los CCAPS promoverán la revitalización de los servicios psiquiátricos ambulatorios y del establecimiento de clínicas externas para ex-hospitalizados a través de colaboraciones y alianzas con clínicas y profesionales de la salud mental.
3. Para garantizar el acceso a los servicios necesarios para enfrentar la dependencia a sustancias, el **Seguro Nacional de Salud** proveerá cubierta adecuada para el tratamiento de las adicciones a drogas legales e ilegales. La asistencia médica, sin embargo, no puede limitarse a aquell@s con voluntad o recursos para procurarla. En nuestras calles, cada día es más frecuente la presencia de adictos con serios padecimientos de salud, y no son escasas las muertes por septicemia, resultado de laceraciones y heridas sin atender. Por ello, la visión Salubrista que aquí se propone debe darle especial atender a

los programas de alcance que llevan asistencia médica a la población más marginada, la de l@s adict@s sin techo.

4. El PIP propone respalda y promueve la medicación efectiva de l@s drogodependientes. Cuando hablamos de medicación nos referimos a la utilización de fármacos prescritos por un médico, formulados para atender las bases neurológicas de la dependencia y sus consecuencias psicosociales. La medicación, aunque no constituya la panacea para atender el complejo problema de las adicciones, elimina la necesidad del adicto de procurar drogas ilegales, contribuye a reducir la demanda de narcóticos en el mercado ilegal, y por lo tanto, disminuye la criminalidad relacionada a la drogodependencia. Reconoce a la adicción como un asunto de salud que exige tratamiento y no castigo, y permite recanalizar recursos actualmente destinados a penalizar, castigar y encarcelar. También facilita el proceso de reinserción social y el retorno a una vida estructurada, y al sustituir la inyección de sustancias por la ingestión de medicamentos, reduce la incidencia de VIH y hepatitis. Debe subrayarse, sin embargo, que ningún programa de medicación puede ser totalmente efectivo sin la atención necesaria a los factores psicológicos y sociales que pueden ser determinantes para la recuperación. En específico proponemos lo siguiente:
 - a. Proponemos aumentar la capacidad de los programas de mantenimiento con metadona, para que puedan atender de manera efectiva a aquell@s que realmente se benefician de ellos. La reglamentación actual exige que la metadona tiene que obtenerse a través de centros que funcionan en ciertos lugares y con horario limitado, lo que hace inaccesible su demanda para muchos pacientes, y como todo tratamiento, requiere de servicios

psicológicos y sociales que al presente no están disponibles de forma adecuada.

- b. Por otra parte, algunas de las deficiencias que plantea el uso de la metadona se superan con la administración de la buprenorfina, un medicamento aprobado para el tratamiento de la adicción a opiáceos. Para propagar su uso, proponemos multiplicar el número de médicos preparados para su prescripción según las necesidades de cada región del país, asegurar su cubierta en el Seguro de Salud Nacional propuesto en este Programa y hacer de su uso parte de programas de tratamiento integrados, a nivel gubernamental, privado y de organizaciones de base comunitaria, que atiendan todas las necesidades de los adictos a opiáceos.
 - c. Expandir la disponibilidad de tratamiento en todas las instituciones carcelarias hasta lograr capacidad para atender a l@s confinad@s y confinadas que padecen de fármaco-dependencia. Se dispondrá, además, para el trato adecuado en términos médicos y humanos de las personas adictas detenidas desde el momento en que son arrestadas y a las que, en ocasiones, se les obliga a "romper en frío" sin supervisión médica, lo cual puede provocar una descompensación con consecuencias fatales.
5. Para muchos adictos el proceso de reinserción social es uno plagado de escollos matizado por el estigma y el discrimen. Proponemos, en colaboración entre el Departamento de Corrección, las organizaciones de base comunitaria y agencias gubernamentales como el Departamento de la Vivienda y el Departamento de la Familia, facilitar la desinstitucionalización de drogodependientes encarcelados o reclusos en programas de tratamiento con hogares intermedios, asistencia en la búsqueda de empleo, creación de

incentivos al sector privado para el empleo de fármaco dependientes estabilizados, y consejería individual y familiar.

C.3. ORGANIZACIONES DE BASE COMUNITARIA, LA ACADEMIA Y LA INVESTIGACION

Las Organizaciones de Base Comunitaria (OBC) han sido, en Puerto Rico, fundamentales en el cambio de paradigmas en el tema de las adicciones. Proveen servicios que el gobierno, por falta de visión y voluntad, no ha podido prestar y cuentan con posibilidades de alcance a la población necesitada que no puede replicarse en las estructuras gubernamentales. Paralelamente, la academia –tanto en instituciones privadas como en la Universidad de Puerto Rico- ha dedicado importantes recursos y largos años a la investigación de muchos temas vinculados a la drogodependencia. Desafortunadamente, la experiencia de las OBC y el conocimiento de nuestros investigadores se ha utilizado más para figurar que para hacer, y sus aportaciones, a la hora de la verdad, no han recibido el reconocimiento que merecen como fundamento para el desarrollo de políticas públicas. En el PIP estamos convencidos de que todo plan dirigido a alterar el vigente y fracasado modelo de atención a las adicciones debe contar con el insumo efectivo de las OBC, y con la base científica provista por l@s investigador@s puertorriqueñ@s.

D. OBESIDAD

La obesidad se ha relacionado con otras condiciones de salud como: a) las enfermedades cardiovasculares, b) diabetes, c) cáncer, d) hipertensión, e) anormalidades endocrinas, f) infertilidad, g) irregularidades menstruales, h) derrames cerebrales, i) incontinencia urinaria, y j) complicaciones obstétricas y ginecológicas. Como consecuencia directa de la obesidad, la expectativa de vida es menor y ocurren muertes prematuras. Estas consecuencias han motivado al PIP a incluir este tema en su Plan Nacional para la Salud.

La victimización de la persona obesa tiene serias implicaciones en su salud mental como la ansiedad y la depresión que afecta su vida cotidiana. La ansiedad les motiva a comer y a aislarse, conductas que facilitan más adquisición de peso y empeoran su situación. En la mayor parte de las personas la actividad física disminuida propende al aumento de peso; sin embargo, tanto para el proceso de engrosamiento como para la pérdida de peso, el elemento fundamental es la cuantía de la ingestión calórica. La prevención primaria de la obesidad supone, esencialmente, un proceso de educación para ingerir una dieta balanceada. Dadas las dificultades en el tratamiento de l@s obes@s, los mejores resultados se obtienen con estos esfuerzos preventivos. Esto debe ser parte integral de la agenda del Programa de Comunicación y Mercadeo Social para la Promoción de la Salud y del Programa de Comunidades Saludables anteriormente presentado y del componente de salud escolar.

Como hemos señalado antes, la prevalencia de la obesidad está creciendo a pasos agigantados. Es evidente la importancia de proveer o desarrollar estrategias de salud pública dirigidas a prevenir la obesidad. Su prevención no debe enfocarse en la obesidad misma sino en sus implicaciones como parte de una política de salud pública a nivel global. Desde esta perspectiva, la meta debe ser: a) mejorar las condiciones de nutrición de todas las comunidades, b) reducir el riesgo de enfermedades peligrosas como diabetes, cáncer e hipertensión, entre otras, c) mejorar el estado de salubridad de las personas y, d) mejorar la calidad de vida de la población.

El tratamiento de l@s obes@s (dieta hipocalórica, depresores del apetito, psicoterapia, sedantes, etc.) tiene en general, pobres resultados, afectados habitualmente por la falta de cooperación de l@s pacientes. En muchos casos, después de un periodo, se restablecen las condiciones que originaron el proceso en una situación similar a la que se observa en el tratamiento de l@s alcohólic@s y fumador@s cuando no se hace el tratamiento desde todos los

aspectos que envuelven estas enfermedades crónicas de combinación adictiva que envuelven tanto la parte física (médica), la psicológica y la cultural. Entendemos que esa intervención debe darse a cuatro niveles a) individual, b) grupo pequeño, c) sistémico, y d) institucional/comunitario. Sugerimos el desarrollo de un programa estatal de salud multidisciplinario en el que profesionales de la salud trabajen y se comprometan para ayudar a las personas afectadas por la obesidad. Estos profesionales pueden incluir: médicos, psiquiatras, nutricionistas, psicólogos, trabajador@s sociales, entrenador@s físic@s y consejer@s, entre otros.

E. SERVICIOS DE LARGA DURACIÓN PARA LA POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA

El aumento proporcional y numérico de la población de edad avanzada en Puerto Rico presenta un reto para el Estado en términos de la planificación de servicios y la destreza para atender las necesidades resultantes de una estructura de edad que refleja el envejecimiento de la población del país. El envejecimiento de la población de Puerto Rico es un factor que está relacionado con un aumento en impedimentos y en necesidad de asistencia en actividades básicas e instrumentales del diario vivir. Según avanza la edad, y específicamente a partir de los 80 años, se afecta la capacidad de la persona de edad avanzada de auto cuidado y funcionalidad, de prepararse alimentos, de tomarse adecuadamente los medicamentos, de poder quedarse sola en el hogar y de poder salir de su hogar. Los impedimentos físicos constituyen el tipo de impedimento más común entre las personas de 60 años o más indistintamente del criterio que se considere, ya bien sea, nivel de pobreza u otros impedimentos. La mayoría de las personas de edad avanzada vive en la comunidad y no en hogares sustitutos o instituciones de cuidado prolongado. La mayoría de la población que vive en estos alojamientos de grupo tiene al menos un impedimento.

Esta población tiene unas necesidades muy particulares de servicios de salud, de apoyo social, y de cuidado personal debido a las altas tasas de incapacidad. Nos proponemos expandir y fortalecer estos servicios a través de tres mecanismos. Primero, incluir los servicios de asistencia de larga duración en la cubierta del seguro nacional de salud. Segundo, expandir el servicio de llaves de llave a través de las agencias gubernamentales como el Departamento de la Familia, la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada, y los municipios. Tercero, a través de organizaciones sin fines de lucro subsidiar los servicios de asistencia de larga duración empleando también a personas de edad avanzada.

F. SALUD ORAL DE LA POBLACION

F.1. POBLACION GENERAL

La salud oral es un componente integral de todo sistema de salud. La mayor parte de la población piensa en los problemas de la boca en términos de caries, dolores de dientes y dientes torcidos o manchados. La carencia de encías y dientes sanos afecta la apariencia, pero también afecta la salud del organismo. Por ejemplo: el padecer enfermedades periodontales sin controlar, puede tener como resultado el aumentar la probabilidad de padecer enfermedades cardíacas. La ausencia de dientes puede afectar la salud mental, ya que puede hacer que se afecte la autoestima del individuo y está también relacionado a pérdida cognoscitiva. También existe una correlación entre enfermedades orales y otras enfermedades sistémicas como, por ejemplo, si el individuo padece diabetes, puede que tenga más probabilidades de padecer enfermedades periodontales. Si padece diabetes y enfermedades periodontales, puede tener más problemas para controlar los niveles de azúcar en su sangre y también puede desarrollar problemas cardíacos. La salud oral es un indicio de la salud en general, muchas enfermedades, tales como la

diabetes, el VIH y algunos trastornos alimenticios, muestran sus primeras señales en forma de síntomas en la boca.

El componente bucal del proceso salud-enfermedad de los individuos familias y colectivos de una comunidad no escapa a este complejo proceso de determinación. En caso concreto, la salud y enfermedad oral es la resultante de sus condiciones específicas: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros y trazas específicas, hábitos higiénicos bucales, acceso a servicios dentales, capacitación en conocimientos sobre problemas buco dentales, responsabilidad individual con su propia salud, práctica o asistencia periódica o sistemática a los servicios dentales, acceso y práctica a medidas de función, etc. Las siguientes son propuestas que aplican a la población en general:

1. La División de Tabaco y Salud Oral del Departamento de Salud preparara un **Plan Nacional de Salud Oral** para la implementación de programas preventivos parata toda la población que incluya la fluorización de aguas y detección temprana de cáncer oral entre otros programas que se impulsarán e implementarán por medio de políticas públicas. Los promotores de salud comunitaria (PSC) jugaran un papel esencial y protagónico en promover la salud oral en las comunidades a través de actividades educativas en
2. Nos proponemos convertir a todos los Centros Comunitarios de Atención Primaria de Salud Determinar (CCAPS) en **Hogar Dental** para la población en general incluyendo l@s niñ@s. Un hogar dental se define como una fuente continua de atención de la salud oral accesible, integral, centrada en la familia, coordinada, compasiva y culturalmente eficaz, entregada o dirigida por un dentista profesional. Los CCAPS contarán con un equipo un equipo multidisciplinario para atender la salud oral preventiva de toda la población incluyendo l@s niñ@s. Estos profesionales de salud incluirán al dentista generalistas,

asistentes y técnicos dentales, y la higienista dental que servirán a toda la población dentro del área geográfica a la cual sirve cada centro. Además, se ofrecerá atención de salud preventiva y primaria en el área de salud oral de acuerdo a la edad del adulto y niño por profesionales adiestrados en las áreas clínicas y del área de salud pública como enfermería, educación en salud, pediatría, salud-materno infantil y gerontología Para servicios dentales especializados el CCAPS referirá l@s pacientes a dentistas especialistas con los cuales se habrán establecido acuerdos y alianzas.

3. Establecer un sistema de vigilancia de salud oral para poder basar las decisiones programáticas en evidencia científica.
4. Todos los servicios dentales de emergencia integral, diagnóstica, preventiva y de rehabilitación estarán incluidos en el Plan Nacional de Salud Oral. Sólo procedimientos estéticos como blanqueado de dientes no estarán cubiertos. Todos los servicios de ortodoncia y ortopedia preventivos antes de los 13 años de edad estarán cubiertos con un tope de cubierta anual, al igual que rehabilitaciones y tratamientos especializados por trauma u cualquier otra condición oral extrema como cáncer (Odontología oncológica).

F.2. POBLACION INFANTIL

Una de las poblaciones de mayor importancia donde tenemos que enfocar esfuerzos para mejorar de forma significativa la salud oral del país es en la población infantil. Muchos niñ@s y adultos sufren innecesariamente de enfermedades buco dentales que podrían prevenirse. No obstante, con el cuidado preventivo apropiado el riesgo de contraer enfermedades dentales puede disminuir en gran medida. Una buena salud oral para los bebés, niñ@s pequeños y niñ@s en edad preescolar sirve como precursora de una buena salud oral como adultos y es esencial para el crecimiento y desarrollo general, así como de conducta, del habla y lingüístico. Las siguientes propuestas del PIP

se centran en la prevención y la intervención temprana basándose en la premisa de que el niño debe gozar de buena salud para estar listo para aprender:

1. Como parte del **Plan Nacional de Salud** Oral el Departamento de Salud trabajara en coordinación con el Departamento de Educación para la implementación de programas escolares de salud oral. Estos programas serán parte fundamental del **programa de salud escolar** y de las **escuelas promotoras de la salud**. La prioridad de este programa es lograr una salud oral óptima para tod@s l@s niñ@s en Puerto Rico y el mantenimiento de la misma durante toda su vida. Como parte del plan se remitirá a tod@s l@s niñ@s a un CCAPS para establecer un hogar dental para cada niño o a su dentista dela comunidad, donde puedan recibir cuidados de emergencia, integrales, diagnósticos, preventivos y de rehabilitación durante toda su niñez hasta su adolescencia. Este plan requerirá que las siguientes actividades tengan lugar en las primeras etapas tras el ingreso de nuestros niñ@s a la escuela. El programa de salud escolar deberá:
 - a. identificar si cada niño tiene una fuente continua de cuidado de salud accesible, tal como un hogar dental o dentista primario en la comunidad, según éste se define más adelante;
 - b. determinar si un niño está al día en su salud general según el Estado, incluyendo el dental haciendo que al entrar a la escuela en kínder, 3er grado, 6to grado, 9no grado y 4to año se le exija mínimamente estos exámenes para poder entrar a la escuela, similar a lo que se hace con las vacunas;
 - c. obtener y programar exámenes diagnósticos adicionales, examen y tratamiento por un profesional diplomado o certificado para cada niño que tenga un problema de salud oral observable, conocido o que se sospeche exista;

- d. desarrollar e implementar un plan de seguimiento para cualquier condición identificada;
 - e. sellar todos los dientes primarios de l@s niñ@s en edad escolar como requisito para entrar a la escuela.
2. Con el fin de mantener la salud oral del niño, es esencial que se implementen procedimientos para identificar cualquier preocupación dental nueva. Proponemos que el personal que tiene interacciones diarias con l@s niñ@s, como l@s conductor@s del autobús, maestr@s, auxiliares, trabajador@s sociales de la familia, etc., deben conocer estos procedimientos para ayudar a identificar lo antes posible a aquell@s niñ@s que necesiten cuidados dentales.
 3. Se propone que las evaluaciones o controles dentales, como parte de una visita del proveedor de cuidado primario, serán servicios compulsorios para todo niño(a) en la isla. Si hubiese escasez de dentistas, se emplearán a higienistas dentales para llevar a cabo evaluaciones o controles de salud oral en las escuelas. Estos controles no remplazan el requisito de que el niño acuda a un dentista antes de cumplir los tres años y cada seis meses subsiguientes a su primera visita oral, a menos que una condición oral amerite visitas al dentista antes de los seis meses.

G. SALUD DE LA POBLACIÓN LHBT

Los individuos que pertenecen a las comunidades homosexuales, lesbianas, transexuales, bisexuales y transgéneros, en Puerto Rico, sufren de disparidades de salud únicas. Aunque en muchas ocasiones nos referimos a estas comunidades por el acrónimo de LHBT (o LGBTT) donde todas estas poblaciones son agrupadas como una comunidad, cada una de estas letras representa distintas poblaciones de Puerto Rico con diferentes problemáticas y preocupaciones sobre su salud y calidad de vida. Además, existen subpoblaciones dentro de estos grupos basados en la raza, etnicidad, estatus

socioeconómico, escolaridad, localización geográfica en la isla y edad, entre otros factores.

En Puerto Rico, estas poblaciones estigmatizadas como minorías sexuales han sido ignoradas en cuanto a la prestación de servicios de salud general. No abunda la información sobre su estatus y necesidades específicas de salud. Es importante que se integren y se hagan visibles al gobierno de tal forma que sean considerados e incluidos cuando se planifiquen los programas y sistemas de salud que regirán en Puerto Rico. Es por esto que el PIP en su plataforma de salud considera a las comunidades LHBTT como una prioridad en el desarrollo de la prestación de servicios de salud, para así eliminar una de las disparidades de salud más apremiante que existe en Puerto Rico.

El PIP entiende que estas comunidades deben ser entendidas y atendidas basando las decisiones referentes a sus servicios de salud en el contexto de los factores que influyen sus vidas. Algunos de los factores incluyen la violencia comunitaria a la que se enfrentan, el efecto del estigma, las leyes o políticas públicas o la falta de las mismas para que los protejan o cuiden de sus derechos como ciudadan@s de PR, los factores demográficos y sobre todo las barreras a servicios en general, pero no menos importantes a los servicios de salud. Todos estos factores del entorno en que estas comunidades se desarrollan y viven, están interrelacionados y contribuyen a que ocurra esta tan abismal disparidad en salud cuando los comparamos con el resto de la población. Para lograr esto el PIP propone lo siguiente:

1. Establecer una base de evidencia sólida sobre la salud de las comunidades LHBTT que permita construir un sistema adecuado y equitativo para estas comunidades y que a su vez nos permita implementar prácticas de prevención y cuidados de salud basadas y guiado por la evidencia científica. Para lograr esto se necesitaría compilar más datos sobre:

- a. demográfica a lo largo de la vida de estas comunidades y de los subgrupos dentro de ellas,
 - b. estructuras de apoyo social que son parte fundamental de la salud mental de los individuos,
 - c. inequidades en los cuidados de salud existentes en cada una de las comunidades y subgrupos,
 - d. posibles intervenciones exitosas de salud que han sido desarrolladas en Puerto Rico para estas poblaciones, pero nunca han sido evaluadas,
 - e. para poder crear servicios de salud necesarios y específicos para las comunidades transexuales.
2. Tener profesionales de la salud capacitados a nivel primario y de especialidades para atender óptimamente a estas comunidades mediante la capacitación y educación para que sean sensitivos culturalmente a estas comunidades, ya que se ha demostrado que el desconocimiento y falta de adiestramiento son los principales factores que contribuyen a la estigmatización por l@s profesionales de la salud a estas comunidades y a la existencia de barreras estructurales o institucionales para el acceso de estas poblaciones a los servicios de salud.
 3. La cubierta de salud del Seguro Nacional de Salud estará disponible y accesible a los integrantes de estas comunidades y cubrirá las necesidades y protocolos especiales específicos basadas en evidencia científica, de las mismas, como por ejemplo tratamiento y seguimiento de hormonas en la comunidad transexual.
 4. Por último, los Centros Comunitarios de Atención Primaria de Salud harán un esfuerzo especial por promover y hacer accesible sus servicios de promoción de salud, prevención y clínicos en la comunidad LHBTT dentro del área geográfica que atienden y

desarrollar las actividades y clínicas necesarias para atender las necesidades especiales de esta población.

H. SALUD DE LA MUJER

H.1. INFANCIA, SALUD REPRODUCTIVA Y ADULTAS MAYORES

1. Promover el acceso a servicios preventivos (ej. Exámenes físicos, vacunas, salud oral, salud visual y auditiva, entre otras) anualmente a las niñas de edad escolar y mientras se encuentran en estudios universitarios. Estudios previos demuestran una disparidad entre utilización de servicios preventivos entre las niñas y los niños de edad escolar.
2. Promover el acceso a servicios pre-natales, de parto y post-natales adecuados y cónsonos con sus necesidades, sociales, económicas y geográficas.
3. Promover la desmedicalización del parto y amplitud de opciones en este proceso.
4. Garantizar de manera real y efectiva el acceso de todas las mujeres, con o sin plan médico, a la salud reproductiva (prevención de embarazos, aborto, prácticas sexuales seguras), incluyendo orientación, consejería, exámenes médicos, medicamentos, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
5. Acceso a programas de prevención, detección temprana y control adecuado a enfermedades de la mujer como cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes, entre otras.

H.2. ACCESO GEOGRÁFICO A SERVICIOS

1. Establecer medidas que se atemperen a las condiciones de vida particulares que experimentan **residentes de Vieques y Culebra. Viabilizar proyectos que atiendan problemas de salud** tales como las altas tasas de diagnósticos de cáncer, enfermedades respiratorias y

- cardiovasculares (al menos 30% más altas en Vieques que en la Isla Grande). Por ejemplo, las mujeres residentes en Vieques en edad reproductiva (14-49 años) presentan unos niveles de mercurio (27%) más altos que los de la Isla Grande (6.6%), a un nivel suficiente como para causar daños neurológicos en sus fetos.
2. Expandir las opciones de tratamiento y la disponibilidad de espacios en centros de desintoxicación y de tratamiento para mujeres adictas a sustancias legales o ilegales.

H.3. AGRESIÓN SEXUAL Y VIOLENCIA EN RELACIONES DE PAREJA

1. Promover y facilitar que el Instituto de Ciencias Forenses recopile la evidencia forense necesaria en los casos de agresión sexual y violencia en relaciones de pareja para su debido procesamiento.
2. Garantizar el cumplimiento de protocolos para la identificación de violencia doméstica y exámenes médicos forenses para la recopilación de evidencia en casos de agresión sexual (rape kits), atendiendo la diversidad de género de sobrevivientes en las salas de emergencia.

H.4. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Articular una política enérgica de investigación epidemiológica sobre la salud de las mujeres en Puerto Rico, que sirva para identificar necesidades y recursos con el fin de generar programas de prevención y tratamiento y la reorganización de los servicios de salud considerando estas necesidades identificadas.
2. Dar especial atención a la perspectiva de género en toda iniciativa de salud comunitaria.

H.5. PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN DE SALUD

1. Promover el acceso a información sobre salud con campañas educativas y fiscalización de las agencias concernidas para que las mujeres tomen decisiones verdaderamente informadas sobre procedimientos y tratamientos médicos.
2. Aprobar una “Ley para el Acceso a la Información de Estadísticas de Cesáreas”.
3. Desarrollar mejores programas de prevención y manejo de Enfermedades Crónicas como condiciones cardíacas, diabetes y obesidad entre las mujeres.
4. Proveer programas de prevención y atención clínica a mujeres sin hogar.