

Repensando la Salud IV: Plan universal de salud garantizado, eje ordenador de un sistema de salud.

Por Héctor Sánchez y Manuel Inostroza

Hoy en día tanto las ISAPRES como el FONASA son instituciones cuestionadas, lo que se traduce en un sistema de salud carente de legitimidad ciudadana.

En el caso de los seguros privados de salud, la principal crítica se refiere a la forma en que se determinan las primas, las cuales se diferencian por sexo y tramos de edad y son reajustadas periódicamente. La regulación actual no ha sido capaz de hacer frente a esta problemática, lo cual se ha traducido en la pérdida de confianza en la Superintendencia de Salud como última instancia de resolución de conflictos entre el seguro y sus asegurados. Ello obliga a estos últimos a recurrir mayoritariamente a la justicia ordinaria, la que ha dirimido sistemáticamente en favor de los asegurados congelando las primas de sus seguros.

Por su parte, en el caso del seguro público, la crítica esencial se refiere a su incapacidad de satisfacer las necesidades de sus asegurados. Lo anterior se refleja en los niveles de cobertura de su *modalidad de libre elección*, en la calidad percibida en las atenciones recibidas de parte de los prestadores públicos, que son su principal proveedor de servicios, y en los abultados tiempos y listas de espera.

En ambos subsistemas hay tres factores comunes que es necesario enfrentar, la inexistencia o insuficiente aplicación de un modelo de atención eficiente, el incremento de los costos en forma que el país en el mediano plazo no podrá soportar y finalmente en que en ambos los problemas de salud mas prevalentes (crónicas) se están disparando agravando la situación de la población a pesar de que el gasto en salud crece mas de un 6% al año en promedio.

Hacia un Plan Universal de Seguridad Social en Salud.

Una reforma de salud, como se señalaba anteriormente, requiere que esté basada en una clara estrategia sanitaria y con instrumentos efectivos para aplicarla.

En nuestra propuesta como eje ordenador del sistema de salud se propone crear un **Plan Universal de Seguridad Social en Salud** (Sánchez & Inostroza, 2011, p. 175) a través del cual el Estado cumplirá con la garantía constitucional de protección de la salud.

Un *Plan de universal de salud* es el pilar sobre el cual se debiera ejercer la *equidad horizontal* en el sistema de salud. Esta equidad se refiere a un igual tratamiento frente a igual necesidad, independientemente de las características socioeconómicas del usuario. Se trata entonces de efectuar el gasto preciso para que cada persona alcance la máxima salud que le sea posible. Pese a lo anterior, las sociedades cuentan con recursos limitados, por lo que la definición antes mencionada no puede saciarse completamente. Por el contrario, la comunidad sólo podrá responder a una parcialidad de ella. Este Plan constituye una herramienta a través de la cual la sociedad define aquella parte de la necesidad de la que el sistema de salud se hará responsable y, al mismo tiempo, aquella parte que no será satisfecha.

El concepto del plan debería quedar establecido en la Constitución Política de la República con dos propósitos: 1-) Ser más concretos y explícitos respecto de la garantía constitucional actual y 2-) Evitar en el futuro interpretaciones que abran nuevamente espacio a la judicialización del sistema tanto en el sector público como en el privado.

Proponemos que esta incorporación sea lo suficientemente flexible como para facilitar su adaptación a los cambios que sea necesario introducir en el futuro a consecuencia de las variaciones en las necesidades de la población, innovaciones tecnológicas en el ámbito de la medicina y evidencia de costo-efectividad de las soluciones. Adicionalmente, en la institucionalidad del plan se debe considerar la participación de la sociedad a través de comités consultivos y audiencias para grupos específicos de la misma.

Características del Plan.

Hay ciertas características fundamentales que debe tener un plan de salud como el propuesto para que se convierta auténticamente en el eje ordenador del sistema y no en una mera canasta de servicios sanitarios. Entre ellas las más importantes son las siguientes:

- i. **Universal.** Igual para todos los beneficiarios, independientemente de sus características individuales como sexo, edad, nivel de ingreso o condición de salud. En una primera fase, este plan se calcula y financia para el seguro público y para los seguros privados de forma separada. En su segunda etapa, en cambio, el plan sería idéntico para ambos tipos de seguros.
- ii. **Prima Comunitaria.** Igualmente, el costo de este plan será único e independiente de las características del usuario. En la primera fase, el costo del plan tendrá primas distintas para los beneficiarios del seguro público y

seguros privados. Para estos efectos existirá un fondo de compensación de riesgos entre seguros privados. En la segunda etapa, la prima será única, independiente del seguro al que pertenezcan y el fondo de compensación incluirá a los asegurados de ambos regímenes.

- iii. **Integral.** Comprende toda el área de cobertura que la sociedad ha definido como necesidad. De esta manera los beneficiarios no necesitarán ningún tipo de aseguramiento adicional y/o complementario. Es importante notar que este plan no puede ser estático. Por el contrario, debe ser flexible y capaz de adaptarse a todas las variaciones mencionadas en el apartado anterior. Por otra parte, debe considerar acciones de prevención en conjunción con su carácter curativo. Por último, cualquier aseguramiento adicional y/o complementario será absolutamente.
- iv. **Priorizado:** El Ministerio de Salud será el responsable de la definición de los servicios cubiertos por el plan y sus niveles de cobertura. Deberá incluir el conjunto de atenciones y problemas de salud que representen la mayor proporción de la carga de enfermedad evitable.
- v. **Costo-efectivo.** Para el tratamiento de los problemas de salud se deberán considerar los procedimientos con mejor relación costo-efectividad.
- vi. **Garantista.** Los tratamientos y prestaciones deberán tener garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, debiendo considerar un tope de gasto total “*de bolsillo*” por evento de salud. La Superintendencia de Salud será el organismo encargado de fiscalizar el cumplimiento de los beneficios y garantías explícitas del Plan por parte de los seguros, tanto público como privados.
- vii. **Autónomo.** En ambos regímenes de seguros se deberá proveer el Plan como un producto independiente de otros. Los beneficiarios podrán adquirir los beneficios de este sin necesidad ni obligatoriedad de adquirir cobertura complementaria o adicional. Se prohibirá explícitamente la venta del plan garantizado atada a algún plan complementario.
- viii. **Plan garantizado universal definitivo.** Para los seguros privados, se debe diseñar el *Plan universal garantizado definitivo* según las características enunciadas con anterioridad. Cabe notar que este plan es la meta a la cual debe llegar el seguro público. En los seguros privados este se puede implementar desde el inicio.
- ix. **Plan garantizado universal de transición.** Para el seguro público, se debe diseñar un *Plan universal garantizado de transición*, que a lo largo del plazo de cinco años (hacia el año 2023) evolucione para ser equiparable al Plan garantizado universal definitivo entregado por los seguros privados. Este proceso gradual debe mantener los equilibrios fiscales y evitar un desfinanciamiento del sistema público de salud. Sin embargo, implicará

aumentar significativamente el gasto, situación que no debería representar impedimento para que en el plazo de cinco años (inicios de la segunda fase) el plan del seguro público se equipare al plan ofrecido por los seguros privados.

El mercado que se genere también deberá estar influido por este *Plan universal*, ya que, si éste contempla soluciones en vez de meras prestaciones de servicios de salud, el mercado privado también deberá diseñar y transar soluciones. A su vez, lo anterior probablemente influirá en cómo se organiza el mercado prestador de servicios, con varias redes de salud de diferentes niveles de complejidad.

Ser el eje de una reforma al sector es el objetivo del *Plan universal*. Este define los modelos de atención, el foco en el cual deben concentrarse las entidades gestoras de financiamiento, públicas y privadas, para el diseño de sus planes y en base al cual los prestadores del sistema deben diseñar las carteras de servicios y organizar sus procesos de producción. En consecuencia, es fundamental en una reforma sectorial definir un *Plan universal garantizado de salud* como una primera medida que permita ordenar el resto del proceso de reforma.

REFERENCIAS

Sánchez, H. & Inostroza, M., 2011. Salud del Bicentenario Chile 2011-2020: Desafíos y Propuestas. En: *Salud del Bicentenario Chile 2011-2020: Desafíos y Propuestas*. Santiago: Universidad Andrés Bello, pp. 165-192.