

Repensando la Salud VI: Una propuesta de cambio estructural en tres fases.

Por Héctor Sánchez y Manuel Inostroza

Como hemos señalado en artículos anteriores, creemos que el mayor esfuerzo que el país debe desarrollar es la definición e implementación de una estrategia de salud para el país, sin embargo, el sistema de salud propiamente que atiende las demandas de la población por servicios de salud, formula políticas de salud pública y articula con otros sectores para definir políticas sectoriales que incorporen objetivos sanitarios. tiene graves problemas que hay que enfrentar, para lo cual se requiere de una reforma sectorial tanto del sistema público como del privado, así como en los ámbitos del financiamiento como de la prestación de servicios de salud, de forma tal que las tareas que enfrente el sector salud las haga con oportunidad, calidad de servicio y costo efectividad logrando el mayor impacto y regulando el crecimiento de los costos que provoca el envejecimiento de la población y las enfermedades crónicas, que representan parte importante de nuestro perfil epidemiológico.

Por lo tanto, las reformas que proponemos tributan a una estrategia de salud pública orientada a mantener a la población sana, fomentar ambientes y conductas saludables e influir en los diversos sectores para que las políticas sectoriales contribuyan a estos objetivos. Lo anterior implica incorporar mecanismos e incentivos para cambiar los modelos de atención y las formas de funcionamiento de los sistema público y privado que actualmente se centran en las enfermedades y sus consecuencias.

Como se trata de un cambio de paradigma, nuestra propuesta para reformar el sistema de salud en su conjunto consta de distintas fases para abordar los diferentes aspectos que es necesario transformar, tanto el subsistema público como privado, las que en su conjunto tomarían un período de entre doce a quince años para su implementación.

El objetivo de este artículo es desarrollar con más detalle las tres fases que introducimos en la primera entrega de esta serie *"Repensando la Salud I, los principios rectores de un sistema de salud"*; **Una primera fase, denominada "Renovación y Fortalecimiento"**, se plantea el camino para los próximos cuatro a cinco años. Se pretende resolver los problemas más urgentes, pero cambiando aquellos aspectos de funcionamiento y financiamiento que hoy generan la existencia de dos subsistemas estancos que no conversan fluidamente, que compiten por los recursos sin complementarse y que segregan a la población por

riesgo e ingresos. Una **segunda fase que hemos llamado “Homologación e Integración”** complementa las reformas ya efectuadas en la primera fase con el objeto de que ambos regímenes trabajen con la misma lógica, se integren paulatinamente y se complementen en el desarrollo de las estrategias para enfrentar los problemas de salud de la población. La implementación de esta fase estimamos que tardará también aproximadamente cuatro a cinco años. **La tercera fase será la de “Consolidación”** que comprendería desde el año 8 ó 10 años más adelante. En esta etapa se evaluarán los avances alcanzados en el cumplimiento de los objetivos de salud, en el desarrollo de su institucionalidad y se implementan los cambios necesarios para lograr los resultados esperados.

Estimamos que las dos primeras fases de la propuesta comprenden los avances necesarios para superar el estancamiento en el que se encuentra actualmente el sistema de salud chileno mientras que en la tercera se definen aquellos aspectos funcionales y de operación que pueden conducir a definir la construcción de un sistema organizado en torno a un seguro único de salud, o bien, uno organizado en base a un sistema de multi-seguros. Lo anterior en ningún caso debe ser un obstáculo para avanzar en esta discusión; hay que ser cuidadoso en que los cambios que se implementen no se transformen de facto en un impedimento para que el país opte por cualquiera de las alternativas antes mencionadas. Sin embargo, la experiencia de funcionamiento del sistema a la luz de las dos primeras fases de reforma y la experiencia mundial nos debería orientar respecto de la solución final.

El objetivo político que comprende esta estrategia es impedir que la discusión sobre la visión objetivo final que cada sector político tiene impida las transformaciones que son necesarias implementar. También se busca que no impida el avance hacia un sistema de salud con actores públicos y privados regidos por los principios de la seguridad social, rompiendo la inercia que el país ha tenido desde el 2005 en que se logran acuerdos nacionales para una política de estado que hoy, después de 13 años, habiendo demostrado estar en la dirección correcta, ha devenido en insuficiente para enfrentar los problemas de la población.

Primera fase: Renovación y fortalecimiento.

Hoy en día, tanto las ISAPRE como el sistema público de salud, son instituciones cuestionadas, lo que se traduce en un sistema de salud falto de legitimidad ciudadana. El objetivo final que se persigue en esta fase es buscar **un sistema de seguridad social privado renovado y con certeza jurídica y un FONASA con prestadores fortalecidos y modernizados.**

Como hemos señalado en la cuarta entrega de esta serie *"Plan universal garantizado de salud: eje ordenador de un sistema de salud"*, principal crítica a los seguros privados se refiere al alto costo, a la forma en que se determinan las primas, a las diferenciadas por sexo y tramos de edad, a los reajustes periódicos y al bajo valor agregado que las personas perciben que reciben por los precios que pagan en estas instituciones. La regulación actual ha sido incapaz de hacer frente a esta problemática, el sistema sigue orientado a un modelo de seguro de salud de corte clásico, los modelos de compra son ineficientes e inflacionarios, los costos de los planes son altos y el nivel de aceptación en las encuestas de percepción de la población sobre el sistema es bajo.¹ Esto ha generado una alta conflictividad que ha terminado resolviéndose en los tribunales, toda vez que se ha producido una pérdida de confianza en la Superintendencia de Salud como última instancia de resolución de conflictos entre el seguro y sus asegurados.

Por su parte, en el caso del seguro público FONASA, las principales críticas se refieren, por un lado, a que no ejerce un rol de seguro público, sino que de asignador de recursos financieros del sistema público prestador y controlador de su ejecución presupuestaria. Por otro lado, se critican las dos modalidades que utiliza: la de libre elección en prestadores privados y en la modalidad institucional que ocupa el sistema público de consultorios y hospitales.

En efecto, el FONASA ha demostrado una incapacidad para satisfacer las necesidades de sus asegurados de tal forma de hacerlo atractivo para sus ellos, principalmente en lo relacionado con los bajos niveles de cobertura financiera y con la inexistencia de cobertura ambulatoria de medicamentos. Por otro lado, en la modalidad institucional cuyo principal proveedor es el estado no ha ejercido su rol de seguro público, ya que no controla la calidad de los servicios y soluciones que le ofrecen sus proveedores estatales. Tampoco controla la oportunidad con que se atiende a sus beneficiarios ni tiene respuesta oportuna cuando los proveedores abiertamente no tienen la capacidad para atender sus demandas generándose abultadas listas de espera y muy bajos niveles de satisfacción.²

Los cambios en esta primera fase requieren de una nueva legislación que capture y profundice el espíritu de la Reforma AUGE, y además una legislación para introducir al sistema la evaluación de tecnologías sanitarias ETESA.

¹ Encuesta Nacional de Salud 2010 – 2018, Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello.

² Op cit.

En efecto, para modernizar FONASA es necesario retomar el espíritu de la reforma del año 2000 en que se le transforma en seguro público y en que su preocupación central son sus beneficiarios y la satisfacción de sus necesidades. Se cambiaba así la forma de asignar sus recursos financieros, renovando sus modelos de compra para orientar una variación en el modelo de atención y presionar a los prestadores públicos para que mejoren la calidad y oportunidad de los servicios que otorgan. Por otro lado, se deben ampliar las facultades para que el FONASA pueda ofrecer mejores planes de salud para grupos medios de la población que hoy no tienen una respuesta adecuada en el FONASA libre elección para sus necesidades en todo lo que no son Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD).

Se requiere también una legislación a nivel de las ISAPRES, que arrastra cambios pendientes desde hace tres gobiernos. En el caso de ellas, se deben reformar los aspectos que les son centrales para lograr un cambio radical en su modelo de negocio, modelos de atención e inserción en un sistema de seguridad social. Se debe introducir un plan garantizado, el cual más que ser un listado de prestaciones y servicios, esté orientado a dar soluciones a problemas de salud y manejo de enfermedades crónicas trasladando parte del riesgo a los prestadores de servicios de salud e impulsándolos a cambiar sus modelos de atención.

Asimismo, se debe eliminar la selección de ingreso a los afiliados al sistema de FONASA de manera inmediata y progresiva y terminar con las preexistencias permitiendo la libre movilidad de sus afiliados entre las diferentes ISAPRES. Otros cambios que se deben desarrollar están relacionados con modificar los modelos de precio sin segmentar por edad, sexo y riesgo de salud y transformar la lógica de seguro de corto plazo en uno de largo plazo e inserto en los principios de la seguridad social. Para lograr lo anterior es imprescindible crear un fondo compensatorio por riesgo y no generar incentivos en los modelos de fijación de precios para que las ISAPRES traspasen a los afiliados las propias ineficiencias en los manejos de sus riesgos. Esto último las obligaría a cambiar sus modelos de compra desde uno basado en prestaciones a otro orientado a soluciones.

Los prestadores privados deberán conformar redes para enfrentar las demandas de los beneficiarios de las ISAPRES, por lo que se inicia un cambio en el modelo de competencia del sector privado desde uno centrado en el servicio, la hotelería y el precio, a otro basado en costo-efectividad de las soluciones que sean capaces de proveer y documentar públicamente. **En esta etapa no se avanzaría en la integración de los sistemas, sino que se profundizaría en cambios en cada sistema por separado orientados a lograr un marco conceptual común** que los rijan: el de la seguridad social, con mecanismos ordenadores del accionar

como es el plan garantizado de salud , con una distribución y compensación de riesgos y con la incorporación de incentivos para introducir fuertes cambios en los modelos de atención y poniendo el foco en la competencia del mundo prestador.

Segunda fase: Homologación e Integración.

Como se ha comentado más arriba, una de las grandes fallas del sistema de salud chileno es su segmentación por grupos de riesgo y nivel de ingresos, crítica que persiste a pesar de las reformas de las que ha sido sujeto. Lo anterior se debe a que lo componen dos subsistemas claramente diferenciados, con lógicas diferentes y en dónde en la práctica uno es reasegurador.

Por una parte, está el subsistema público, constituido por el FONASA y prestadores públicos, el cual es financiado por las cotizaciones de los afiliados al FONASA (sin diferenciar el monto a pagar por edad, sexo o tamaño del grupo familiar) y con aportes subsidiarios del Estado. Por la otra vereda, está el subsistema privado, conformado por las ISAPRE y los prestadores privados, que se financia con cotizaciones obligatorias y voluntarias bajo un modelo de seguros privados de corto plazo y con un esquema de precios de prima ajustado por riesgo y nivel de cobertura de los riesgos, a lo cual se suman los aportes directos de los beneficiarios.

El FONASA entrega sus prestaciones principalmente a través de la red de prestadores públicos a la cual se adicionan algunos prestadores privados en convenio. Análogamente, las ISAPRES entregan sus prestaciones principalmente a través de prestadores privados además de algunos prestadores públicos con los que puede hacer convenios. Este esquema se ha traducido también en una segmentación de los beneficiarios de cada subsistema. En el subsistema público se concentra la población de menores ingresos y con mayor nivel de siniestralidad: adultos mayores, enfermos y mujeres. Por su parte, en el subsistema privado se concentran los beneficiarios de mayores ingresos y de menor nivel de siniestralidad, es decir, hombres, jóvenes, sanos.

En esta segunda etapa se pretende que el plan garantizado aplicado en las ISAPRE ya pueda ser considerado como un “*plan universal*” toda vez que, en los primeros cuatro años de reforma, el plan de FONASA debe ir creciendo en cobertura y adecuándose a los modelos que incorpora el plan de la primera etapa.

En esta segunda etapa, se plantea la integración de lo que antes era un sistema de financiamiento segmentado a un esquema de financiamiento “unificado” que se gestiona a través de un *fondo de compensación de riesgos* el

cual solidarizará a todas las primas universales de todos los beneficiarios, tanto del seguro público y de los seguros privados y en los mismos términos descritos en la primera fase, a saber: solidario, con compensación de riesgos ex -ante y ex -post.

Las características del fondo compensatorio deben garantizar a lo menos los siguientes elementos: ser universal, funcionar con prima comunitaria, ser integral, priorizado, costo-efectivo, garantista, autónomo y constitutivo del modelo de atención del sistema de salud de manera que lo oriente a futuro en función de los cambios epidemiológicos, tecnológicos y demográficos que ocurran.

El sistema de financiamiento de salud en esta etapa, contará con dos fuentes de financiamiento. Por una parte, las cotizaciones de los trabajadores incluyendo aquella que es legal y obligatoria más la cotización adicional voluntaria. Por otra parte, se contará con aportes estatales. Para efectos de la cobertura de los beneficios establecidos en el *plan universal*, los trabajadores aportarán al *fondo de compensación* con cargo a sus cotizaciones obligatorias *una prima universal*³ para cada uno de sus beneficiarios.

En caso de que la cotización legal obligatoria (sin considerar el aporte para financiar el Subsidio por Incapacidad Laboral) no alcancen para el pago de estas primas, el estado aportará *primas suplementarias*⁴ de manera tal que se complete el valor de la prima universal por cada beneficiario de los seguros. Adicionalmente, en el caso de la población de menores recursos cuya cotización obligatoria no sea suficiente para financiar la prima del plan universal de salud, el estado aportará al fondo de compensación parte o la totalidad de la prima universal según corresponda. Por último, el fondo redistribuirá sus recursos entre los aseguradores a través de primas ajustadas por riesgo⁵.

En este estadio es necesario revisar la pertinencia de elevar la cotización obligatoria a un porcentaje mayor. Con ellos se busca ampliar la cobertura en áreas

³ Corresponde al aporte de los cotizantes al fondo. Los cotizantes aportan al fondo de compensación una prima universal por cada uno de sus beneficiarios. En el caso de cotizantes cuya cotización legal obligatoria no alcance a cubrir una prima por beneficiario, el cotizante aportará la totalidad de su cotización legal obligatoria y el estado aportará el resto.

⁴ Corresponde a aportes del estado al fondo de compensación. En el caso de los indigentes, el estado aporta al fondo de compensación el costo de una prima universal por cada beneficiario. En el caso de cotizantes cuya cotización legal obligatoria no alcance a cubrir una prima por beneficiario, el estado aporta en la diferencia entre las primas y la cotización legal obligatoria.

⁵ Corresponden a los traspasos desde el Fondo de Compensación hacia los seguros para el financiamiento del Plan Garantizado Universal.

actualmente no bonificadas por los planes de salud, tales como medicamentos ambulatorios, rehabilitaciones, larga estadía, atención dental, ampliación de atenciones de salud mental entre otros. Por otra parte, **aquellos beneficiarios que así lo deseen podrán contratar un plan complementario de cargo al remanente⁶ de su cotización obligatoria⁷**, más una cotización adicional en caso de ser necesaria. Por último, en caso de que existiesen remanentes de cotización obligatoria (que no hayan sido agotados por la prima universal y la prima complementaria en el caso de haberla contratado), éstos se acumularán en una cuenta de ahorro, la que se podrá utilizar exclusivamente para el pago beneficios relacionados con el sector sanitario. El *fondo compensatorio por riesgo* podrá asignar primas compensadas a entidades de la seguridad social pública y privada, (las para ese entonces antiguas ISAPRES⁸).

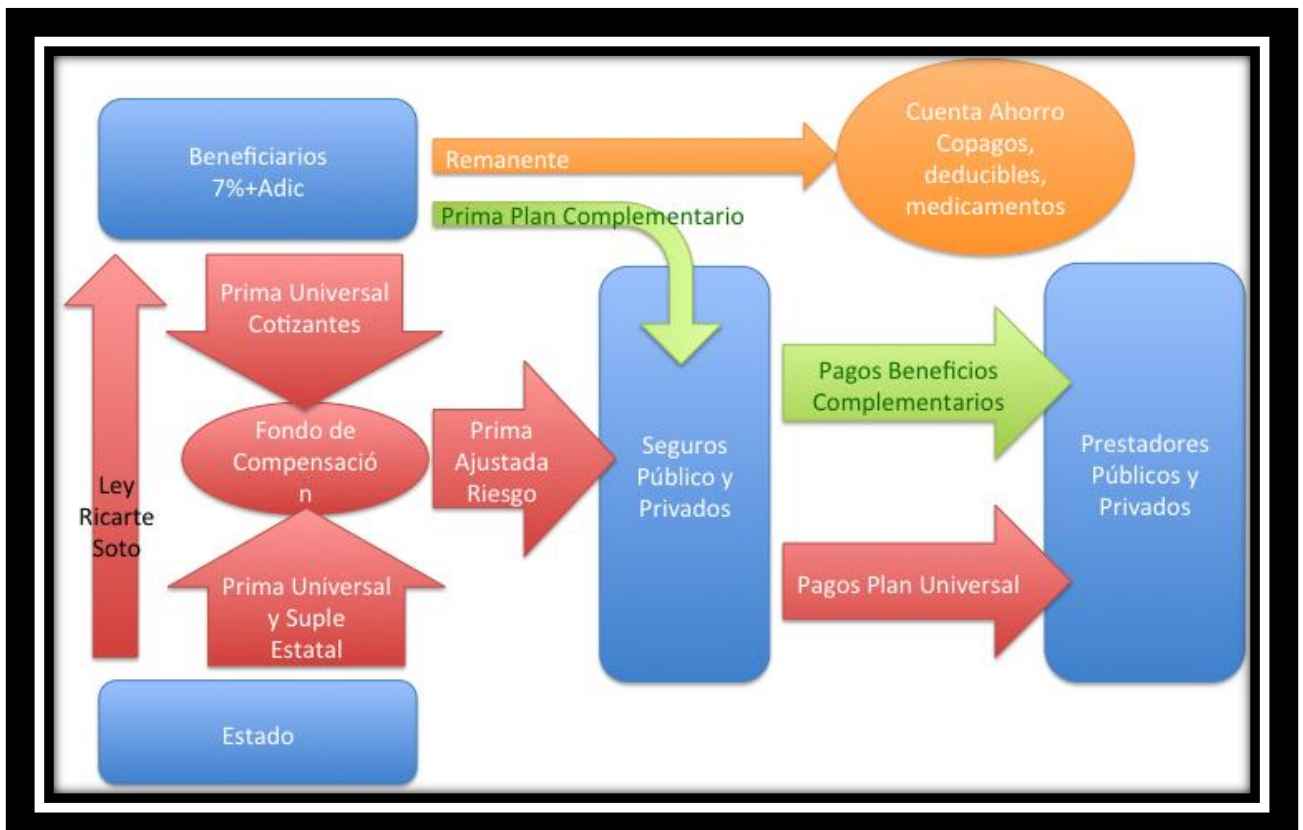
En este momento, las personas podrán escoger en forma progresiva su seguro público o privado para financiar *su plan universal de salud* y los traspasos se regularán por la mayor competitividad del seguro público, la mayor calidad y capacidad de implementar un nuevo modelo de atención de las entidades de la seguridad social privadas y, si fuera necesario, mediante una regulación del traspaso de los diferentes grupos del FONASA actual al sistema de seguros sociales privados.

Financiamiento sistema de salud, segunda fase.

⁶ En el caso de quedar algún remanente, este se acumula en una cuenta de ahorro que se podrá utilizar exclusivamente para beneficios relacionados con salud (pago de deducibles, copagos, medicamentos, etc.)

⁷ Corresponde a la prima del plan complementario, de aquellos que voluntariamente lo contrataron. Esta prima puede ser ajustada según el nivel de riesgo de los asegurados.

⁸ Para estas alturas, las ISAPRE habrán mutado totalmente, o si no lo han hecho, habrán desaparecido del sistema de salud como captadoras de los RRFF del fondo único compensatorio por riesgo



Fuente: Elaboración propia.

Para que el objetivo anterior se pueda cumplir adecuadamente, el modelo de atención debe ser el mismo en el sistema público y privado y se debe por lo tanto reorganizar la oferta de servicios pública y privada constituyendo redes públicas, privadas y mixtas capaces de diseñar y producir las soluciones que los seguros demanden como parte del *plan de salud universal*. Se requiere entonces impulsar cambios legales que permitan introducir las modificaciones para avanzar y pavimentar el camino hacia la tercera fase.

Por último, en esta etapa se podrá analizar la madurez de las instituciones encargadas del financiamiento y de la prestación de servicios de salud. Por otro lado, se espera poder evaluar el impacto del *plan universal* en la transformación del modelo de atención adecuado al perfil epidemiológico. Finalmente, se hace un balance sobre el fondo compensatorio a fin de tener antecedentes empíricos para avanzar hacia la fase siguiente.

Tercera fase: Consolidación.

Si las reformas realizadas en la primera y segunda etapas son capaces de resolver las problemáticas señaladas, es decir, equidad, eficiencia y costo-efectividad de las soluciones, una respuesta probable de la sociedad sea “no innovar”, es decir, profundizar los aspectos distintivos de esta etapa. Para que lo anterior se produzca, la madurez de las entidades de la seguridad social privada debe ser similar a la alcanzada por FONASA como seguro público. Además, el *plan universal* debe haber logrado un impacto en el modelo de atención y los prestadores de servicios de salud debieran haber sido capaces de reconvertir en parte sus modelos de atención, de negocio y de competencia hacia otros orientado por principios de costo-efectividad.

Por el contrario, si los cambios propuestos no son suficientes para dar solución a los desafíos planteados y las instituciones privadas no ha sido capaces de reconvertirse y ganar legitimidad social, se debería explorar la alternativa de avanzar hacia un seguro nacional de salud o seguro social único, siempre y cuando el seguro público haya desarrollado competencias institucionales para manejar riesgos y comprar en forma inteligente. De esta forma, las personas podrán optar a diversos prestadores en base a quien es capaz de ofrecer el *plan universal* con mayores niveles de calidad y no en función de su capacidad financiera o nivel de riesgo.