

Propuestas para una reforma del aseguramiento en salud

Hacia una salud como derecho social



Elementos críticos del aseguramiento

ANTECEDENTES Y DIAGNOSTICO



Antecedentes

Lógica de mercado en la salud

Salud Privada:

- Integración vertical y concentración económica.
- Tarificación basada en riesgo a enfermar en el aseguramiento.
- Altas utilidades.

Salud Pública:

- Introducción de lógicas de mercado en provisión de servicios/obras públicas (copagos, aranceles, autogestión).
- Subsidios a la demanda y transferencias al sector privado.

Consecuencias

- Segregación de la población según ingreso y riesgo
- Salud entendida como bien de consumo.

Los problemas actuales de las ISAPRES son respuestas típicas de los seguros privados

- ❑ **Selección adversa:** se utiliza “**tarificación por riesgo**” lo que constituye la mayor barrera de entrada en el aseguramiento privado. Está consagrada en la **tabla de factores de riesgo** que mide la posibilidad de enfermarse y el costo esperado.
- ❑ **Segregación:** La **selección de riesgo** implica generar una segmentación de la población en función de su sexo, edad y del riesgo a enfermar.
- ❑ **Pre existencias:** se intenta excluir a las personas con pre existencias debido a que la probabilidad de enfermarse es “cierta”.
- ❑ **Copagos:** existe un alto nivel de copago. El nivel de copago no tiene criterios sanitarios (ej. mayor cobertura para prestaciones más efectivas o “necesarias”), solamente busca contener el uso de prestaciones. Asociado, además, netamente a la capacidad de pago de las personas.
- ❑ **Asimetría de información:** actualmente el paciente en ISAPRE es quien determina el aseguramiento bajo un modelo de “rational choice”. La enorme cantidad de planes hace imposible adoptar una elección racional. Además la capacidad de elección adecuada las necesidades futuras en salud de las personas es baja.
- ❑ TODAS SON RESPUESTAS FUNCIONALES A UN SEGURO PRIVADO, Y TODAS GENERAN INEQUIDAD.

Cuestionamiento a las Isapres y respuestas del ejecutivo

- Fallo del **Tribunal constitucional**: se declaran **inconstitucional la discriminación por sexo y edad**.
- Primera comisión presidencial: Comisión Illanes. Posición de mayoría y minoría.
- Ley Corta de Isapres: Aplanamiento de tabla de factores de riesgo y IPC de Salud
- Segunda Comisión: Plan garantizado de salud (solo para Isapres).

Principios y propuesta que deben orientar una Reforma

PROPUESTAS: CAMINANDO HACIA UN ASEGURAMIENTO SOLIDARIO



Visión de la reforma

- Una reforma no puede quedar solo en aspectos regulatorios.
- Los objetivos de la reforma no pueden estar puestos sobre la viabilidad de los seguros privados.
- Es preciso que los objetivos estén puestos en lograr enfrentar la segregación y la desigualdad que hoy tiene el sistema sanitario.

Principios actuales del modelo chileno de salud

- ❑ Durante los años ochentas se introdujeron las bases de nuestro actual modelo económico-social y político. Los principios que se “impusieron”, fueron las nociones del “Estado subsidiario”, de la “focalización” de los recursos (y los derechos), y la “fragmentación” institucional en la salud.
- ❑ Se deja en primer lugar la libertad de los individuos, una libertad que incluye la posibilidad de elegir aquello que produce resultados no igualitarios; una libertad individual que cuestiona la existencia de un derecho universal.
- ❑ Como Fundación Creando Salud sostenemos que los principios que deben estar presentes en la salud son la “Universalidad”, “Solidaridad”, “Gratuidad” e “igualdad”.

Principios para una verdadera reforma al aseguramiento

- ❑ **Universalidad**: acceso para toda la población en función de sus necesidades en salud
- ❑ **Solidaridad**: flujo de recursos desde las personas con mayores ingresos y menor riesgo de enfermar, hacia las personas con ingresos más bajos y mayor carga de enfermedad
- ❑ **Gratuidad**: posibilidad de acceso a la atención independiente de la capacidad de pago
- ❑ **Igualdad**: ante igual necesidad en salud, igual acceso a una atención de calidad

Bases transversales a cualquier propuesta

1. El financiamiento debe entenderse como seguridad social.
2. Un modelo que se oriente a la integración del cuidado.
3. Realizar un gasto eficiente y con objetivos sanitarios.

Financiamiento y seguridad social

El financiamiento entendido como seguridad social, debe:

- Ser de afiliación abierta y obligatoria.
- Entregar cobertura universal.
- No tener mecanismos ante selección adversa: tarificación y descreme.
- Poseer equidad vertical: aporte según capacidad de pago.
- Realizar distribución del riesgo.

Financiamiento y seguridad social

- ❑ La cotización individual debe entenderse como un “impuesto marcado” destinado a financiar la seguridad social en salud:
 - Las personas no son dueñas de su cotización, es un **impuesto**
 - La cotización se hace cargo de los **fines de la seguridad social**
 - Cualquier fondo debe financiarse de tres fuentes:
 - Aportes del Estado: implica aumentar el aporte estatal financiado con impuestos generales
 - Aporte del trabajador: actual 7%, tope mayor al actual.
 - Aporte del empleador: grandes empresas debiesen aportar (modelo extendido en Europa)
 - Cualquier aseguramiento “*extra*” debe ser entendida como “*seguro complementario*”

Integración de la atención

- ❑ Establecer un modelo que permita la integración del cuidado/atención:
 - Debe ser un objetivo orientado desde el sistema de financiamiento.
 - La integración debe ser hacia la atención: información, rutas clínicas, protocolos de manejo.
 - Debe privilegiarse la compra a prestadores sin fines de lucro (permitirían alcanzar competencia en base a calidad y otros aspectos).
 - Integración vertical no cumple este propósito por traspasar costos a los usuarios en otros niveles.

Gasto eficiente y con objetivos sanitarios

- ❑ La única forma de orientar los objetivos estratégicos de aseguradores y prestadores es que el gasto sea sanitariamente eficiente:
 - Deben definirse los servicios que serán provistos de manera centralizada pero participativa.
 - Modelo deliberativo: múltiples actores participan de la discusión de cobertura (seguros, pacientes, gremios, economistas, salubristas, otros).
 - MINSAL debe tomar la determinación final.
 - Debe estar respaldado en un proceso de ETESA.
 - La cobertura de estos servicios debe ser para todas las personas, independiente de su asegurador.

Gasto eficiente y con objetivos sanitarios

- ❑ Se debe avanzar en mecanismos de pago que orienten hacia la eficiencia del sector:
 - El mecanismo de pago por acto y sin ajustes por uso de recurso genera una competencia desalineada de objetivos sanitarios.
 - Mecanismos de pago regulados para todos los prestadores (aseguradores deben pagar bajo criterios similares).
 - Mecanismos de pago ajustados por riesgo.
 - Capitación a nivel macro (ej. por Servicios de Salud) u otras opciones: per cápita ajustado, ACG en APS, GRD en hospitales.

Caminando hacia un aseguramiento solidario

- Como Fundación Creando Salud pensamos que en materia del aseguramiento Chile debe transitar hacia un modelo de “Fondo Único” de carácter público, que administre la cotización legal del 7% del conjunto de la población.
- Los seguros privados en este esquema deben pasar a ser seguros complementarios para aquellos que puedan pagarlo.

MUCHAS GRACIAS!

