

Editorial

Medwave. Año XI, No. 12, Diciembre 2011. Open Access, Creative Commons.

Consideraciones respecto a la propuesta de un Plan Garantizado de Salud en Chile

Autora: Gabriela Restovic Camus⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Senior Health Economics Consultant, Amaris Consulting, Barcelona, España

Correspondencia: grestovic@yahoo.com

doi: 10.5867/medwave.2011.12.5261

Ficha del Artículo

Citación: Restovic G. Consideraciones respecto a la propuesta de un Plan Garantizado de Salud en Chile. *Medwave* 2011 Dic;11(12) doi: 10.5867/medwave.2011.12.5261

Fecha de envío: 24/10/2011

Fecha de aceptación: 28/10/2011

Fecha de publicación: 1/12/2011

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: sin revisión por pares

Durante este año, algunos expertos chilenos recibieron el encargo del Ministro de Salud, Jaime Mañalich, de analizar un cambio en el sistema de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y estudiar la creación de un Plan Garantizado de Salud (PGS). Uno de los principales puntos evaluados y desarrollado por los expertos, que resume e indica el camino por dónde el actual gobierno quiere enfocar la sanidad privada, hace referencia al "desarrollo de un mecanismo de financiamiento solidario para lograr un precio único por institución previsional (independiente del sexo, edad y condición de salud del afiliado)".

Si nos quedamos sólo con una primera lectura de este plan, el nuevo modelo que se plantearía parecería tener características propias de un Estado de Bienestar, que como el Sistema Sanitario Español, desarrollan su funcionamiento teniendo como eje tres pilares fundamentales: la equidad, la calidad y la participación ciudadana.

En cuanto a la **equidad**, el Sistema Sanitario Español plantea "el acceso a las prestaciones y el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio", constituyéndose así la atención a la salud, en uno de los principales instrumentos de las políticas redistributivas de la renta entre los ciudadanos españoles: cada persona aporta impuestos en función de su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud. Para el año 2009, la previsión presupuestaria de las comunidades autónomas fue de 58.960 millones de euros, lo que supuso 1.320 euros por persona protegida.

En el caso de las ISAPRE en Chile, se hace referencia a los fondos de seguros de salud privados que generan los trabajadores con sus cotizaciones (7% de su salario). Por lo cual, el PGS que se propone sería obligatorio para todos

los afiliados a este sistema y, como plantea la comisión, contaría con un precio único determinado por cada ISAPRE.

La comisión ha propuesto que el PGS cuente con un patrón de referencia que permita reajustar el precio de la prima. Este patrón debería tener en cuenta el coste de las diversas prestaciones que cubre el PGS. Estas directrices, al menos desde el punto de vista técnico, parecen ir por el camino correcto, ya que implicaría introducir dentro del análisis conceptos de economía de la salud que ayuden a priorizar y reasignar los recursos a aquellas prestaciones que sean más coste-efectivas.

Sin embargo, el hecho de que cada ISAPRE determine su propio precio, crea la gran incertidumbre en cuanto a cómo se valorarán las prestaciones. La comisión estipula que el patrón de referencia será "objetivo y transparente", pero si con este patrón tenemos claro cuáles son las tecnologías sanitarias y los tratamientos más coste-efectivos ¿no debería el precio del PGS tender a ser el mismo en cada ISAPRE? ¿Cuáles serán los atributos que harán de "factor diferencial" en el precio del PGS que estipule cada ISAPRE? Si los atributos que se consideran son de carácter "estético" (hospitales que se diferencian por sus servicios "hoteleros", servicios sociosanitarios adicionales, etc.) los diferentes precios entre ISAPRES deberían reflejar sólo estos atributos, manteniendo un mismo servicio en salud. Con esto se estaría garantizando la **calidad** de los servicios sanitarios a todos los afiliados. Pero, si el proceso no considera criterios objetivos para establecer el coste y tipo de prestaciones a dar, se podría crear el incentivo perverso por parte de las ISAPRE de competir en precios del PGS en base a pactar con los centros sanitarios prestaciones menos costosas pero no clínicamente óptimas.

Finalmente, en cuanto a la **participación ciudadana** la comisión no ha considerado la opinión de representantes de asociaciones de pacientes, ni de organizaciones de trabajadores del área de la salud, como tampoco representantes de los usuarios del actual sistema de ISAPRE. La legitimación de cualquier organización de servicios, tal como lo es el sistema de ISAPRE, descansa sobre elementos de satisfacción; por eso la información sobre la opinión que se tiene sobre el mismo es clave. Los diversos representantes ciudadanos podrían proporcionar una valoración del actual sistema, tanto cuantitativa como cualitativa, lo cual puede aportar información relevante sobre las preferencias de los pacientes, el grado de satisfacción y los puntos débiles del actual sistema y el nuevo modelo propuesto.

En definitiva, el PGS es un paso importante en la mejora del Sistema de Salud chileno, incluye nuevos criterios de

solidaridad basados en criterios técnicos dentro de un sistema privado, que si son llevados a cabo con rigurosidad y transparencia podrían resultar en una mejoría en la calidad de vida de buena parte de los ciudadanos chilenos.

Notas

Declaración de conflictos de interés

La autora ha completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por Medwave, y declara: ser consultora en AMARIS y haber recibido honorarios de laboratorios y de asociaciones de pacientes. Ninguna de estas fuentes de financiamiento está relacionada directamente con el artículo enviado. El formulario puede ser solicitado contactando al autor responsable. La autora es miembro del Comité Editorial Asesor de Medwave.



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.