

Los planes privados voluntarios de salud no reemplazan al rol del sistema público de salud

LA NATURALEZA DE LOS PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD

Un aspecto central de los planes de salud voluntarios es que no son asimilables a los planes de salud del sector público o de la seguridad social. La diferencia reside en la pertenencia. En el sistema público y en la seguridad social la pertenencia es coercitiva. Más allá de cuál sea la voluntad de la persona, ella está cubierta por el sistema de salud que determine el Estado sea un sistema de hospitales públicos o un sistema de seguridad social. En cambio, en el caso de un seguro voluntario, la pertenencia es una elección puramente individual.

A partir de esta diferencia se deriva otra: el financiamiento. En los seguros públicos y de la seguridad social, en respuesta a que la pertenencia es coercitiva, el financiamiento proviene de mecanismos legales que pueden ser transferencias de rentas generales del Estado o cargas de orden público como los aportes y las contribuciones a la seguridad social. En los planes voluntarios el financiamiento proviene sólo del bolsillo del usuario.

Estos dos aspectos tienen una connotación decisiva desde el punto de vista regulatorio. Desde el momento en que el Estado determina la pertenencia y genera los recursos para financiar el sistema público y la seguridad social, tiene la posibilidad fáctica de establecer en esos sistemas cuáles deben ser los contenidos del plan de salud. En otras palabras, dado que el Estado paga (u obliga a pagar, en el caso de la seguridad social), decide qué es lo que los hospitales y las obras sociales deben otorgar a cambio de esos recursos. La situación es radicalmente la opuesta en los planes voluntarios de salud. Dado que el Estado



Por el LIC.
JORGE COLINA
Investigador del
Instituto para el
Desarrollo Social
Argentino (IDESA).

no paga, su ámbito de regulación es mucho más limitado; y la elección sobre qué debe contener el plan de salud es de la persona, porque ella es la que paga.

Esto no significa que los planes de salud voluntarios no tengan que tener una regulación. La tienen que tener. Pero el objeto regulado no puede ser el contenido del plan, ni el precio del plan, ya que eso debe surgir de la concurrencia entre la entidad de salud y el usuario en función de lo que la entidad pueda otorgar y el usuario pueda pagar. En donde sí debe actuar la regulación es en asegurar que la información sea transparente para el usuario en torno a qué está comprando y que las reglas del plan de salud que convinieron libremente las partes se cumplan.

Desde una perspectiva sanitaria se podría pensar que la regulación de los planes voluntarios de salud debe trascender esta limitada finalidad contractual para abarcar objetivos de salud pública. Por ejemplo, obligar a que los planes contengan acciones de promoción y prevención, vacunaciones, intervenciones complejas, medicamentos caros, integralidad del paquete de prestaciones, servicios sociales para la discapacidad, etc. Sin embargo, esto no es procedente. Porque la persona que decide comprar un plan de salud voluntario ya tiene garantizado estos aspectos en el sistema público de salud. Lo que la persona está haciendo cuando compra un plan voluntario de salud es elegir aquello que el sistema público no le da, que puede ser: celeridad y agilidad para acceder a las prestaciones, calidad de los profesionales y los prestadores, mayores posibilidades de opción entre profesionales y prestadores, elementos de comodidad y confort, etc, pero no está comprando ninguna presta-

La Cámara de Diputados ha dado media sanción a un proyecto de regulación de los planes voluntarios de salud. El proyecto generó una controversia muy intensa. Los planes privados voluntarios necesitan de una regulación. Pero esto no significa que tengan que cumplir un rol que corresponde al sistema público de salud. Por el contrario, son un complemento necesario del sistema público, no un sustituto. Es así como debe considerárselos a la hora de regularlos.

ción de salud pública que no tenga ya protegida en el sistema público de salud.

Por esto, un plan de salud voluntario no es un instrumento de salud pública. Es un complemento del sistema estatal de salud pública. Puede ser un instrumento de salud pública si la persona decide comprar (y tiene el dinero suficiente para pagar) un plan integral de salud que le cubra acciones de promoción y prevención, vacunas, tratamiento de alta complejidad, etc. Pero si no desea o no puede pagar un plan integral, el plan voluntario es un complemento del sistema público que brinda sólo aquello que la persona quiere recibir por medios privados, y el sistema estatal sigue brindando lo que el plan voluntario no cubre porque la persona no quiere o no puede pagar.

Así funcionan los planes voluntarios en los sistemas más estatales y solidarios del mundo dentro de lo que son las economías de mercado, como la Argentina. Por ejemplo, el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra (el National Health Service -NHS-). El NHS tiene un rol igual que el sistema de hospitales públicos de Argentina. Es estatal, de cobertura universal y gratuita para todos los habitantes de la Nación. Pero mucha gente en Inglaterra compra planes privados voluntarios de salud para obtener aquello que no encuentra en el NHS que, en general, se vincula con la satisfacción y la celeridad en el servicio. La regulación de los planes voluntarios en Inglaterra no apunta a que estos planes brinden todo lo que el sistema estatal tiene comprometido brindar porque se entiende que el sistema privado -pagado con recursos de bolsillo de quienes optan por él- no sustituye el sistema estatal; sólo actúan como un mecanismo voluntario, parcial, que en todo caso aliviana la demanda del sector público en aquello que la persona decide obtener por medio privados (recuadro 1).

EL PROYECTO DE REGULACIÓN ASIMILA LOS PLANES VOLUNTARIOS A LA SALUD PÚBLICA

El error central que se comete con el proyecto de ley de regulación de los planes voluntarios es que toma a los planes privados voluntarios de salud como si fueran sustitutos del sistema público de salud. Entonces, trata de forzar legalmente la naturaleza de los planes voluntarios para que pasen a cumplir una función de salud pública, cuando los planes voluntarios no están técnicamente creados para ello. Los ejemplos abundan. Dice el proyecto aprobado con media sanción en la Cámara de Diputados. Los planes de adhesión voluntaria deben:

1. Cubrir, **como mínimo**, el Programa Médico Obligatorio (PMO) y el Sistema de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad de la Ley 24.901¹.
2. Sólo pueden ofrecer coberturas parciales en odontología, emergencias y si desarrollan su actividad en una única y determinada localidad y no tengan más que 5 mil afiliados.
3. Los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato, sin limitación, sin penalidad, avisando 30 días antes. Las entidades de salud sólo pueden rescindir cuando el usuario incurra como mínimo en la falta de pago de 3 cuotas consecutivas o cuando haya falseado la declaración jurada.
4. No pueden incluir períodos de carencia.
5. Las enfermedades preexistentes no pueden ser criterio de rechazo y la autoridad de aplicación autorizará valores diferenciales para la admisión de usuarios con enfermedades preexistentes.
6. La edad no puede ser tomada como criterio de rechazo.
7. En el caso de personas mayores de 65 la autoridad de aplicación debe definir los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etáreos.

Recuadro 1. PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD EN INGLATERRA

El Servicio Nacional de Salud (National Health Service -NHS-) de Inglaterra es el sistema público, universal y gratuito a través del cual los ciudadanos de ese país acceden a los servicios de promoción, prevención y atención médica. Cubre a toda la población en prácticamente todos los servicios de salud pública que necesite. El rol que el NHS ocupa en Inglaterra es muy parecido al sistema de hospitales públicos de Argentina en el sentido de que está organizado alrededor de profesionales médicos contratados por el Estado y hospitales estatales de libre accesibilidad, sin condicionamientos de edad, estado de salud, condición de discapacidad o nivel de ingreso. El NHS tiene altos estándares de calidad médica, una buena organización administrativa, genera razonables niveles de satisfacción entre la población y remunera muy bien a sus profesionales, en especial, luego de la reforma que llevó adelante el Partido Laborista a partir de 1997.

Sin embargo, en Inglaterra hay planes privados voluntarios de salud. Las razones por la cual algunos ciudadanos ingleses eligen pagar de su propio bolsillo estos planes voluntarios aun cuando están cubierto por un sistema público, estatal, gratuito, de excelencia, como es el NHS, es que en el sistema público hay: a) listas de espera; b) no siempre hay opciones sobre donde tratarse; c) no hay una atención tan

individualizada como en los prestadores privados.

De esta forma, los planes privados voluntarios otorgan paquetes con diferentes tipos de beneficios, con topes y límites. En todos los casos tienen periodos de carencia en donde para ciertas enfermedades la cobertura no corre por 2 años. Las enfermedades crónicas no siempre se cubren; en algunos planes se cubren luego del periodo de carencia, en otros, nunca se cubren. También hay preexistencias, que están bien definidas por la regulación la cual establece que es una condición preexistente toda enfermedad o afección que se manifestó con anterioridad a la afiliación y/o por la cual se recibió una intervención médica dentro de un periodo determinado anterior a la afiliación. Antes de la afiliación, la entidad de salud puede contactar al médico de cabecera del potencial cliente en el NHS para contrastar la información sobre su situación de salud y sus condiciones preexistentes.

Estos requisitos restrictivos hacen económica y operativamente viables a los seguros de salud. Así, hay planes económicos que cubren sólo algunos tratamientos, incluso en muchos casos los tratamientos son copagados por el propio paciente, hay planes para hombres solos y/o adultos mayores que no cubren pediatría y maternidad porque no les hace falta, otros que sólo cubren prácticas de especialidades, otros

que sólo cubren internación e intervenciones quirúrgicas, hasta planes más caros que cubran una gran cantidad de prestaciones en muchos casos por la totalidad del costo. Todo depende del precio que la persona quiera y pueda pagar. En casi todos los planes -independientemente de cuán integrales sean- no cubren consultas y prestaciones que brindan los médicos de cabecera del NHS, los medicamentos que prescriben los médicos del NHS y las emergencias, que se cubren en el NHS; en la mayoría de los casos no se cubre los tratamientos por drogadicción y alcoholismo, trasplantes de órganos, diálisis, medicamentos ambulatorios, HIV/SIDA, todos los cuales están cubiertos por el sistema público.

Estos requisitos restrictivos no significan una desprotección. Porque lo que la gente no compra en los seguros privados lo tiene en el NHS. En este sentido, el sistema funciona como lo hace hasta ahora el sistema público con el sistema privado de salud. Lo que la gente en Argentina no compra en su plan voluntario privado de salud lo tiene cubierto en el sistema público de salud y en la obra social si es que está cubierto por la seguridad social.

Fuente: elaboración propia en base a investigación sobre características de planes de salud privados en Inglaterra (<http://www.privatehealth.co.uk/healthinsurance/private-medical-insurance/>).

8. Las prestaciones no serán limitadas en ningún caso por enfermedades preexistentes, ni por carencias, ni pueden dar lugar a cuotas diferenciales.
9. La autoridad de aplicación revisará y garantizará la razonabilidad de los precios.
10. La autoridad de aplicación autorizará el aumento de precios.

¿CÓMO SERÍA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS PLANES VOLUNTARIOS CON ESTE DECÁLOGO?

Los planes de salud voluntarios deben cubrir todas las prestaciones médicas imaginables, deben afiliarse a

todas las personas que lo soliciten, aún cuando ya estén enfermas o tengan más de 65 años que es cuando mayor demanda tiene el ser humano, las personas pueden no afiliarse hasta que se enferman, en ese momento pagar sólo una cuota y acceder a todas las prestaciones y una vez que estén curadas dejar de pagar. La misma persona puede volver a la misma entidad de salud cuando se vuelve a enfermar, pagar una sola cuota, curarse, y dejar de pagar. Las entidad no pueden prevenir esta conducta y tampoco pueden penalizarla porque el precio debe ser autorizado por la autoridad de aplicación.

Si la persona adquiere una discapacidad o es un discapacitado el plan voluntario debe otorgarle prestaciones terapéuticas y educativas especiales, rehabilitación psicofísica y motora, provisión de ayudas técnicas y aparatos ortopédicos, formación laboral, y todo otro dispositivo especial que requiere para el desarrollo de su vida cotidiana atento a su discapacidad.

La propuesta que surge de este decálogo es muy atractiva como promesa de beneficios para la sociedad. Pero es económica y operativamente inviable. Un plan privado voluntario de salud no puede funcionar con estas reglas. Este principio social de que las personas, independientemente de su estado de salud, edad, condición de discapacidad y nivel de ingreso, tienen derecho a acceder a todas las prestaciones que necesiten es aplicable al sistema público de salud, pero es inaplicable en el ámbito privado voluntario de la salud. Simplemente, porque quién paga no es el Estado, sino la gente con su propio bolsillo que, además, no eligió pagar para cubrirse por todos estos riesgos.

LAS ALTERNATIVAS DE POLÍTICA PÚBLICA

El principio básico para organizar la protección social es que las necesidades asistenciales que provienen de la vejez, la discapacidad y las enfermedades crónicas o de largo alcance deben ser financiadas con recursos públicos. Los planes privados voluntarios de salud no se financian con recursos públicos. Se financian con recursos de bolsillo de las personas que deciden libremente afiliarse a uno de estos planes.

Pretender financiar con recursos privados la atención médica de la vejez, la discapacidad y las enfermedades crónicas es económicamente imposible porque no hay precio de plan que logre el equilibrio actuarial. Es por esto que en el mundo se crean los sistemas públicos y de seguridad social. Para hacer frente a las circunstancias del ciclo de la vida que no se pueden proteger con seguros privados voluntarios.

Los seguros privados voluntarios son para que las personas puedan optar -si lo desean y pueden pagar- por asegurar aquello que es asegurable, que son las afecciones agudas (no crónicas), las de mayor frecuencia, la mayor comodidad y el confort, la libertad de elegir a su médico y a su clínica, una atención más personalizada, el seguro de ciertos tipos de riesgos de afecciones severas cuando todavía se es sano, etc. Siempre con la tranquilidad de que todo aquello que no se asegura por vía privada se protege por el sistema público. Así funciona el sistema privado hoy y así funciona en los países organizados del mundo con una alta tradición y estima por la salud pública estatal, como es el caso de Inglaterra (ver recuadro 1). El

sistema privado de salud no es un sustituto del sistema público, sino un complemento en aquello que la persona quiere obtenerlo por medios privados.

Una regulación para los seguros privados voluntarios actuando como complemento del sistema público de salud debe prever los siguientes lineamientos:

1. Se deben permitir los planes parciales. Caso contrario, la consecuencia va a ser que se excluye de la posibilidad de acceder a la medicina privada a las personas de ingresos medios y bajos que hoy son el 47% de los hogares que están pagando un plan privado voluntario de salud². Lo que la gente no paga en el plan parcial, lo tiene protegido por el sistema público de salud.
2. La autoridad de aplicación puede abrogarse la facultad de aprobar los planes antes de que éstos salgan a la venta. Pero la finalidad no es establecer el contenido y el precio (que esto es la esencia de la libre concurrencia de una entidad y un usuario **voluntariamente**) sino controlar que las definiciones del plan tengan información clara, veraz y que no conduzcan a interpretaciones subrepticias que generen conflictos de aplicación.
3. Se deben permitir las carencias, las exclusiones y las preexistencias porque son los mecanismos técnicos por los cuales los planes voluntarios pueden lograr un equilibrio financiero acorde con un precio lo más bajo posible. Lo que la gente no tiene protegido con su seguro voluntario a causa de estos elementos, lo tiene protegido por el sistema público de salud.
4. Se deben establecer requisitos mínimos de solvencia para garantizar la estabilidad de un sistema que se basa en el pago por adelantado de un consumo futuro. Pero deben ser equivalentes al grado de riesgo que asume la entidad. Con planes parciales, los requisitos de solvencia que se necesitan para preservar la estabilidad tienden a ser menores. Además, requiere progresividad en la implementación para lo cual se debería prever un esquema escalonado que concluya luego de 5 años en los niveles de reservas buscados. ■■

1. Esta ley de prestaciones básicas para personas con discapacidad (Ley 24.901) tiene un fin claramente social y trasciende hasta el ámbito propio de lo que es un plan de salud. Obliga a brindar prestaciones terapéuticas y educativas especiales, rehabilitación psicofísica y motora, provisión de ayudas técnicas y aparatos ortopédicos, formación laboral, y todo otro dispositivo especial que requiere la persona para el desarrollo de su vida cotidiana en consideración a su discapacidad. En el caso de personas afiliadas a las obras sociales o el PAMI, estas prestaciones son financiadas con fondos públicos. En el primer caso, con el Fondo Solidario de Redistribución, en el segundo con el fondo para tratamiento de rehabilitación psicofísica y capacitación laboral de la Ley 24.241. En el proyecto para planes voluntarios se estipula que lo paga la gente de su propio bolsillo.

2. Datos de la EPH del INDEC para el 1º trimestre del 2007.