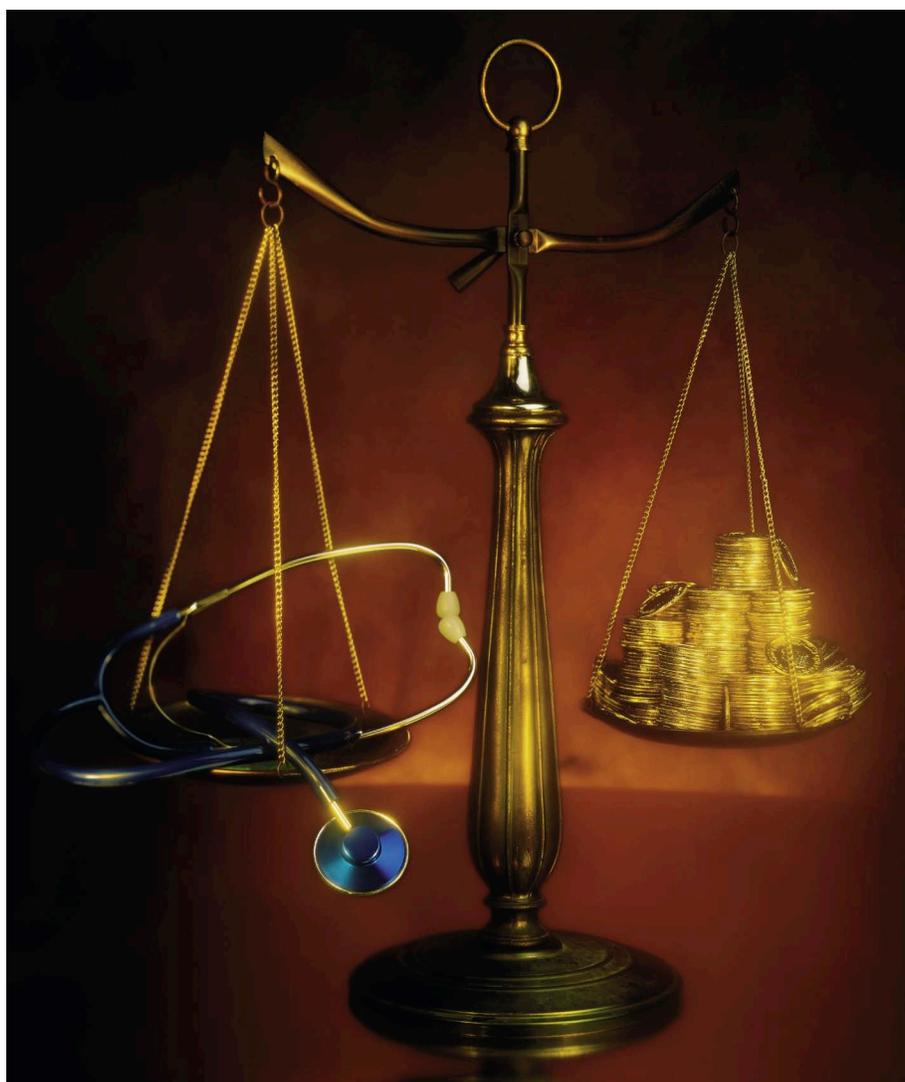


La salud vale oro para las Isapre

La enfermedad preexistente es la condición más irritante que debe enfrentar un afiliado a Isapre. Quien la padezca, no puede entrar ni salir de estas instituciones. Pero no tendría por qué ser así. Todo riesgo, incluso en salud, se puede valorizar en su justa medida. Es hora de ir pensando, por lo tanto, cómo hacer más competitiva, de verdad y en serio, a la salud privada.

Por Julio Peña-Torres*

4



En Chile hace ya tiempo que acumulamos problemas relacionados a cómo nuestras instituciones se hacen cargo de proveer servicios asociados al cuidado del "tesoro de la salud". Como el problema es complejo, me quiero centrar en una manifestación: los seguros de salud y las preexistencias.

Cuando mi esposa y yo volvimos a Chile, luego de vivir varios años en el exterior, teníamos la suerte de ser jóvenes y saludables. Entonces fue difícil decidir sobre el mejor plan de salud, dada la oferta de un extenso abanico de posibilidades que nos ofrecía el mercado de las Isapre. En esa época éramos clientes "apetecidos" por este sistema.

Han pasado nueve años y el diagnóstico de hipertensión esencial (leve) ha aparecido en nuestras vidas. Yo habría dicho que somos afortunados por conocer nuestra condición y poder pagar medicamentos y cheques periódicos¹. También pensaba que para una aseguradora de salud debiera ser "mejor lo malo conocido que por conocer"; más aun en el caso de una condición médica en la cual "saber con certeza de su existencia" no revela necesariamente un mayor riesgo de salud (versus no saberlo). Pensaba que el mayor costo asociado a medicinas y al riesgo de posibles futuros siniestros es cuantificable y que, por lo tanto, adquirir cobertura de salud aun con esta condición debiera ser contratable por algún mayor "precio razonable". Pero el sistema no funciona así.

Hace algunos meses quisimos cambiarnos

de Isapre. Muy rápido entendimos que, por nuestra hipertensión, ello no era posible. Otras Isapre nos dijeron que, si postuláramos, nos rechazarían. El sistema de Isapre descansa en el principio de "libre contratación": no es jurídicamente posible obligar a una Isapre a realizar contrato con una persona determinada, si esa no es su voluntad. La aseguradora está facultada por ley para seleccionar a sus potenciales afiliados según su riesgo. En el proceso de solicitud de afiliación, el cotizante debe completar una declaración de salud, donde debe explicitar toda enfermedad preexistente. Si la aseguradora aceptase las preexistencias declaradas, éstas podrían quedar sujetas a restricciones (cobertura parcial, con valores mínimos estipulados por ley, de los gastos asociados con dicha preexistencia) por un plazo de hasta 36 meses². Si la Isapre aceptase una preexistencia que a la vez es patología GES³, no le será posible aplicar restricciones y el afiliado debería entonces recibir cobertura GES.

A pesar de todo este andamiaje legal, la práctica estándar es el rechazo automático de pacientes con preexistencias, sin calificación alguna de los riesgos involucrados en cada caso. Si Ud. logró entrar en una Isapre, y desea continuar en este sistema, debe aceptar todo aumento de precio que esa Isapre le imponga, dado que es un cliente "acorralado". Su única alternativa es cambiarse a Fonasa, aceptando las conocidas diferencias de calidad, en diferentes dimensiones, de los servicios allí ofrecidos. Este diferencial de calidad fortalece las posibilidades de abuso por parte de las Isapre; y esto ocurre en un contexto de oferta fuertemente concentrado, determinado por el reducido tamaño de la economía chilena.

La disyuntiva de escasa elección no solo la enfrentan personas con preexistencias o enfermedades crónicas. También otros grupos con mayor riesgo de salud, como los adultos mayores. Todos somos testigos de cómo a ellos se les sube el costo de sus contratos con la respectiva Isapre, mediante la "carta anual de adecuación". Lo curioso es que la ley faculta a las Isapre para "renegociar" anualmente el costo de su seguro, ¡sin importar los años de cotización del asegurado! Así, las personas con mayor riesgo de salud son discriminadas a través de aumentos regulares en precio o con exclusión directa (en el caso de las preexistencias).

El resultado es que solo los más sanos y

quienes pueden pagar más tienden a quedarse en el sistema Isapre, y los pacientes de más alto riesgo y con más bajos ingresos están desproporcionadamente afiliados –obligados– a Fonasa⁴. Así, el sistema público, de por sí famélico en lo que se refiere a financiamiento, enfrenta una presión sostenida de afiliados que, si se los suma, son deficitarios. Esto en un contexto en el cual el 72.5% de la población en Chile está en Fonasa, el 16.5% en Isapre y el 10.8% en otros (datos 2008 del Fondo Nacional de Salud).

En el sistema de seguros privados un grupo de sus afiliados queda cautivo y expuesto a alzas periódicas en el precio de su seguro, y el resto de la cartera es el *filet mignon* de la industria de la salud.

Es cierto que en los últimos años se han logrado avances institucionales en el sector salud. Desde mediados de 2005 tenemos el Plan Auge, hoy llamado GES, que busca garantizar acceso de atención a un determinado número de prestaciones de salud, y el relacionado Fondo de Compensación Solidario entre Isapre (Decreto N° 142/2005). Este último financia el gasto esperado en prestaciones GES para afiliados al sistema de Isapre abiertas. Este mecanismo impone una contribución obligatoria para cada beneficiario de dicho sistema, independiente de su gasto esperado de salud. Así, se busca solidarizar los riesgos de salud entre los beneficiarios de las Isapre y ayudar a que el segmento de afiliados con ingresos más bajos y con mayor riesgo de salud se mantenga en dicho sistema. Y en esta misma línea de mejoras, las 25 patologías iniciales contempladas en el Auge se han ampliado a 56, con guías clínicas de estándares de tratamiento que se han revisado y mejorado.

Lamentablemente, las promesas iniciales sobre garantías de calidad en los tratamientos cubiertos por el GES aun no entran en vigencia. Y lo que es peor aún: la falta de un discurso político más transparente al respecto contribuye a mantener una apariencia de coberturas garantizadas que, en muchos casos, no son tales. Y con ello persisten las posibilidades para discriminar abusivamente, ahora también vía "distintas calidades" de tratamiento, a los afiliados con riesgos más altos de salud en el sistema privado.

Estas falsas apariencias de coberturas garantizadas se derivan, en parte fundamental, de la renuencia política a transparentar en forma más directa los reales costos asocia-

¹Se estima que el 50% de la población hipertensa desconoce su condición y por tanto no se controla por esta enfermedad (Ministerio de Salud. Guía Clínica Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más. MINSAL 2005).

²Superintendencia de Salud. Condiciones tipo para el otorgamiento de beneficios por parte de las instituciones de salud previsual [PDF]. Marzo de 2008. <http://www.supersalud.cl/568/articles-4329_recurso_1.pdf> [consulta: 8 de mayo 2009].

³Inicialmente GES fue conocido como Plan AUGE. A partir de la entrada en vigencia de la Ley No 19.966 (1/7/2005) se estableció oficialmente su nombre como Garantías Explícitas en Salud (GES). Desde julio de 2007, GES incluye 56 patologías.

⁴A inicios del AUGE, el 90% de los dializados estaba en Fonasa, el 100% de los pacientes con SIDA, el 90% de los pacientes adultos mayores, el 80% de los casos con leucemia y el 90% de las hospitalizaciones por cáncer de cuello uterino (Tokman, M. Sistema de salud chileno: visión y proyección [ppt]. X Encuentro Nacional de la Salud: noviembre 2004. <<http://www.isapre.cl/subidos/documentos/Tokman.ppt#505>> [consulta: 8 de mayo 2009], y Navarro, A. Las políticas de los gobiernos de la Concertación propician el lucro de las Isapres [html]. Radio de la Universidad de Chile, 14 de abril de 2004. <<http://www.radio.uchile.cl/notas2.asp?idNota=8140>> [consulta: 8 de mayo 2009]).

dos a las guías clínicas de estándares de tratamiento para las patologías GES.

La cruda realidad es que varios de esos estándares de tratamiento parecieran costar bastante más que lo reconocido por las "canastas GES", códigos usados para valorizar las prestaciones requeridas por esos estándares. Cabe recordar que parte de las canastas GES han sido calculadas usando los códigos Fonasa, cuya última revisión masiva y sistemática ocurrió... ¡en los años 70! Desde entonces han ocurrido significativos avances tecnológicos y, junto con ellos, mayor precisión y efectividad en los tratamientos médicos, y también mayores costos por su aplicación.

Algunos ejemplos reveladores⁵. A poco andar el Programa Auge, se hizo conocido el caso de las "prótesis para caderas", tratamiento garantizado por el Auge para casos severos de artrosis de cadera. Después de realizarse una serie de estos implantes, varios debieron ser reemplazados con nuevas prótesis, lo que hizo evidente que la canasta GES usada para valorizar estos implantes sólo permitía comprar prótesis de baja calidad. En este caso, los valores de la canasta GES fueron luego ajustados al alza, en la medida requerida por calidades de prótesis con estándares más confiables.

Segundo ejemplo: el tratamiento de infartos agudos al miocardio también quedó bajo cobertura Auge/GES. Entre otras cosas, su cobertura garantiza el uso de trombolíticos, medicamento destinado a destruir coágulos. Luego de un conjunto de aplicaciones de este medicamento, bajo Auge, se constató que la sobrevivencia de los pacientes así tratados no aumentaba. Fruto de ello, se realizaron diversas indagaciones, incluyendo consultas a expertos internacionales. La conclusión fue que los trombolíticos aplicados en Chile eran de calidad deficiente. Pero su precio era compatible con el valor de la respectiva canasta GES.

Tercer y último ejemplo: los tratamientos de radioterapia para patologías de cáncer también están cubiertos por el esquema GES. Sin embargo, los actuales valores de la canasta GES para este tipo de tratamiento equivalen, según la opinión de especialistas, a algo menos del 50% del costo real de estas prestaciones. La diferencia surge, en parte significativa, por el costo adicional de controles de calidad (por ejemplo, uso de *scanner*), que se presumen en uso por los estándares defi-

nidos por GES para estos tratamientos⁶.

En el sistema de Isapre, la consecuencia directa de esta subvaluación del costo real de algunos de los tratamientos GES es que el asegurador privado continuará ejerciendo su poder de mercado para discriminar según mayor riesgo de salud. Si un afiliado a Isapre solicita tratarse vía régimen GES, se le financiará un tratamiento de calidad compatible con la real cobertura GES, lo que probablemente excluirá algunas prestaciones asociadas a "controles de calidad". Si ese mismo afiliado opta por tratarse mediante la cobertura privada de su plan de Isapre, podría optar a un tratamiento de mayor calidad. Asimismo, los centros privados de provisión de tales tratamientos tienen incentivos para ofrecer distintas calidades de servicio, digamos de "primera" y "segunda (GES)" categorías.

Este cúmulo de evidencias refleja una cruda realidad: que los presupuestos son limitados y que, sin embargo, los costos para lograr las calidades inicialmente prometidas son claramente mayores que lo reconocido en varias de las canastas GES. La renuencia política a reconocer esta verdad crea dos graves distorsiones. Primera: constituye un cruel engaño a parte de la población supuestamente protegida por las garantías GES. Y segunda: limita la efectividad de las reformas institucionales que, entre otros objetivos, buscaban restringir las posibilidades de discriminar abusivamente por mayores riesgos de salud y así evitar sobrecargar los costos del sistema público.

El caso de las preexistencias ilustra el evidente "poder de mercado" que en esa área ejerce el sistema de las Isapre y la discriminación abusiva que ello permite en relación a sus afiliados con mayor riesgo de salud. Para limitar esta capacidad de abuso, y en general para lograr avances más consolidados en el sistema de salud en Chile, se requiere fortalecer al sistema público como un competidor más relevante. Pero además, y porque los presupuestos siempre serán "muy escasos", se requiere repensar con cuidado los actuales "derechos" de las Isapre. Si este mercado no provee frutos suficientes por sí mismo, entonces se debe revisar su regulación. ■

⁵Información obtenida mediante entrevista personal a un médico especialista que trabaja en una clínica privada del sector oriente de Santiago. Otro ejemplo, en similar línea argumental a lo aquí planteado, se refiere a la cobertura Auge/GES para tratamientos de cáncer gástrico (véase Pese a la gravedad del cáncer de vesícula, poco se sabe de él, El Mercurio, Santiago, Chile, 6 de mayo, 2009, p. A11).

⁶Citando opiniones críticas al argumento general de sub-valoración de los costos reales de tratamiento por las canastas GES, también se ha planteado que parte del problema dice relación con el valor de los honorarios del cuerpo médico (he escuchado opiniones en este sentido, para el caso de operaciones de vesícula).

^{*}Profesor de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad Alberto Hurtado. Ph.D. en Economía, University of London (QMC).



COLUMNA
por Juan Foxley*

* Prof. Facultad Economía y
Negocios UAH. Ph.D. en Economía,
University of London (QMC).

Solo una linda foto

Aunque Chile no aparece en las fotos del G-20, y Cristina Fernández de Kirchner sí, tenemos mucho de qué jactarnos.

En un año en que la economía chilena pinta para crecer poco o nada, no está de más una inyección de autoestima. No hablamos de recaer en el adolescente egocentrismo de principios de los noventa, con ejecutivos vociferando en salones VIP aquello de los jaguares de Latinoamérica. Se trata nada más de destacar un simple hecho que no ha recibido demasiada atención.

Chile, aunque no salga en las fotos del G-20, es el único país latinoamericano que es un protagonista a la hora de ponerse con recursos anticrisis. ¿Sabía usted que le prestamos plata a Ucrania, Pakistán, Turquía, Rusia, Brasil y Uruguay? Lo hacemos a través de la facilidad NAB (New Agreement on Borrowing) del FMI. En la reciente reunión del G-20, los socios representados, entre otros, por los mandatarios de Brasil, México y Argentina, decidieron por nosotros la ampliación del NAB en diez veces.

Chile no pertenece a ese club, pero sí es parte del grupo de 26 países acreedores del FMI (somos el único latino-

americano ahí y solo 10 acreedores están en el G-20). En ese grupo nuestro país tenía comprometido aportar hasta el 10 por ciento del total (unos 500 millones de dólares) pero a partir de los recientes acuerdos del G-20 en Londres, podría pedirle ampliar su disponibilidad.

¿Le conviene a Chile prestar a través del FMI? Sí. Y no solo porque reforzamos nuestra reputación financiera, sino porque no perdemos nada. La remuneración que recibe el país es la tasa DEG (Derechos Especiales de Giro, 0.42% anual nominal). Luce baja, pero corresponde al promedio de lo que rinden los papeles de Tesorería a tres meses en las cuatro principales monedas duras. Si pensamos que un Banco Central mantiene del orden de un cuarto de sus activos externos en estos instrumentos y los préstamos vía NAB siguen siendo parte de las reservas internacionales (24.103 millones de dólares a abril de 2009), la rentabilidad no sería un problema. Además, el riesgo de crédito, aunque

los fondos fueran a parar a Zimbabue (la peor economía del mundo), sigue siendo con el FMI. En cambio, sí podría haber una pérdida de liquidez para la parte de reservas enterada al NAB. Pero los nuevos límites en que concurriría Chile (probablemente muy por debajo de los 5.000 millones de dólares que teóricamente debería aportar al NAB post G-20) no representan un obstáculo mayor, especialmente si se considera que la contraparte es el FMI, el proveedor de liquidez mundial por excelencia. ■

Oe

Decano: Jorge Rodríguez Grossi.
Fono Facultad: 692 0277
e-mail: jrodrigu@uahurtado.cl/observatorio
Producción OE: Comunicar, Escuela de
Periodismo UAH.
OE es una revista de circulación gratuita.