

EDITORIAL

El seguro catastrófico y sus consecuencias sobre la práctica de la cirugía en Chile

A partir de mayo de 2000 algunas ISAPRES y la respectiva Superintendencia se comprometieron a incorporar La Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en todos los nuevos contratos de salud que se celebren y a todos los vigentes al mes de abril del mismo año. Esta cobertura adicional se financia con un aporte idéntico de cada uno de los beneficiarios independiente del plan de salud que tengan contratado. Para hacer valer esta cobertura adicional, el enfermo puede solicitarla antes o durante el transcurso de una enfermedad, para lo cual la ISAPRE pone a su disposición una red cerrada de Establecimientos Asistenciales que pueden ser tanto públicos como privados, es decir, el enfermo tiene que atenderse en aquellos establecimientos asignados por la ISAPRE. Es una alternativa al plan de salud de cada uno, pudiendo el beneficiario optar por uno u otro sistema. El objetivo es dar cobertura para las enfermedades cuyo costo de tratamiento excedan la capacidad de copago del enfermo por las prestaciones médicas recibidas. Este seguro adicional tiene un deducible conocido que varía según el plan individual de salud contratado y no puede exceder de 126 UF.

Descontado el deducible, otorga una cobertura total para todos los gastos que requiere el tratamiento de la enfermedad por un período de dos años, pudiendo ser renovado si el paciente no ha sido dado de alta en ese momento acumulando otro deducible por un nuevo período bienal. El financiamiento del costo del deducible puede ser solicitado a modo de préstamo a la ISAPRE que no puede negarse a otorgarlo y a fijar las normas de pago si el beneficiario cumple con los requisitos administrativos correspondientes.

Conforman la red de prestadores Institucionales de Salud con las cuales la ISAPRE haya establecido los convenios correspondientes. Estos convenios incluyen un valor pactado para cada tipo de prestación incluyendo los honorarios profesionales. Los médicos que trabajen en estas instituciones pueden adherir a estos convenios pactando sus propios honorarios o no hacerlo.

Se pueden hacer también convenios para atención institucional de los pacientes. En las mismas condiciones anteriormente descritas para atención hospitalizada, este seguro cubre atención ambulatoria para radioterapia, quimioterapia, diálisis renal y drogas inmunosupresoras en caso de trasplantes hasta dos años después de efectuada la intervención quirúrgica.

Esta Cobertura Adicional tiene las siguientes exclusiones:

- Aquellas establecidas en el plan de salud.
- Prestaciones y medicamentos de uso ambulatorio salvo los mencionados anteriormente.
- Tratamientos hospitalarios de patología psiquiátrica, adicciones a drogas, o alcoholismo.
- Tratamientos de infertilidad o esterilidad.

En general todos aquellos tratamientos que se efectúen fuera de la red de prestadores.

Para intentar un análisis de lo propuesto en el título de esta presentación, vale la pena observar lo que ha sucedido entre la implantación del sistema y el mes de marzo de 2001.

De acuerdo con la información entregada por la Superintendencia de Isapres, los grupos atendidos por diagnóstico con un total de 124 casos, son los siguientes:

- Enfermedades cardiovasculares: 37,1%.
- Cánceres: 24,3%.
- Enfermedades congénitas y/o neonatales: 11,3%.
- Enfermedades respiratorias: 4,6%.
- Leucemia, linfoma, mielomas: 4,6%.

- Enfermedades metabólicas: 3,2%.
- Resto de la lista con menos de 3% para cada diagnóstico.

En cuanto a las redes de prestadores los más solicitados fueron los privados, 87,8% del total:

- Hospital Clínico de la Universidad de Chile: 24,6%.
- Hospital Clínico de la Universidad Católica: 14,7%.
- Fundación Arturo López Pérez: 12,2%.
- Clínica Dávila: 10,7%.
- Instituto de Radiomedicina: 8,3%.

Son los que tienen un mayor número de solicitudes.

De entre los prestadores Públicos los más solicitados fueron: Hospital de Neurocirugía, Hospital Luis Calvo Mackenna, Hospital San Borja y Hospital Roberto del Río.

Desgraciadamente, no hay cifras oficiales de quienes padeciendo enfermedades similares a las anteriormente mencionadas prefirieron atenderse según su plan normal de salud.

Expuestas así las cosas lo que primero llama la atención es que los pacientes pierden la capacidad de elegir su médico tratante, cuando la tienen. Sin embargo, no se perdería la calidad de la atención, pues, los establecimientos a los cuales se deriva a estos pacientes son de reconocida calidad técnica. Es más, los médicos especializados que atiendan a estos pacientes necesariamente deben estar inscritos en un registro para ello y obligatoriamente estar debidamente certificada su idoneidad como especialistas ya sea por estar en posesión de un Título Universitario o reconocidos como tales por CONACEM. Desde el punto de vista de la práctica de la cirugía esto me parece un punto favorable.

Para la práctica quirúrgica privada exclusiva es difícil predecir si este tipo de atención significará algún perjuicio y si así fuere, predecir la magnitud de éste, porque desde antes de la instauración de este seguro ya eran muy numerosos los afiliados al sistema ISAPRE que se atienden en forma institucional o convenionada en la mayoría de las instituciones que conforman la red. Para los cirujanos que atienden sus pacientes privados en estas mismas instituciones podría transformarse en un conflicto con la dirección de estos establecimientos el verse de alguna manera obligados a atenderlos en forma institucional a requerimiento de aquélla.

Para los servicios de cirugía el sistema implementado tiene ventajas, aumentará el número de pacientes atendidos con un financiamiento real asegurado, deberán preocuparse de tener especialistas certificados y para los servicios universitarios, el atender un mayor número de casos complejos contribuirá también con la docencia que imparten.

La situación más complicada, al menos desde el punto de vista hipotético, la veo cuando un paciente ya operado y tal vez complicado, que por razones de costo solicite la cobertura adicional, sea trasladado a un servicio donde el cirujano tratante no pueda seguir a cargo de su enfermo. De ocurrir así, es un problema a solucionar por las implicancias éticas y médico legales que la situación puede acarrear.

Lo mismo podría suceder cuando un paciente operado por cáncer, al solicitar la cobertura adicional, sea trasladado para sus tratamientos complementarios a especialistas con los cuales el cirujano tratante no esté acostumbrado a trabajar.

Estas son algunas reflexiones que me he permitido hacer sobre el tema a solicitud de la Sociedad de Cirujanos de Chile, sin pretender en que sea exhaustivo, por lo incipiente del sistema que se ha implantado y la poca experiencia real de lo que significa para los cirujanos su aplicación.

Dr. LUIS HERVÉ ALLAMAND