



Así lo señala el presidente de la Asociación de Isapres, Hernán Doren, al referirse a los cambios que se quieren introducir al sector.

*por Oriana Fernández y Ana María Morales*

Incertidumbre. Así define el presidente de la Asociación de Isapres, Hernán Doren, el estado en que se encuentran las aseguradoras privadas ante el anuncio por parte del Ejecutivo de llevar a cabo una reforma a la salud privada, de la cual hasta el momento no se



conoce ninguna orientación. Sólo que se conformará una comisión de expertos, durante los primeros 100 días del gobierno.

Este sería el segundo intento de regular al sector, después del fallido proyecto de ley enviado al Congreso hace dos años por la anterior administración y que, finalmente, quedó en el limbo.

Sobre esa propuesta -la cual también fue diseñada por un grupo de expertos que representó a distintos sectores políticos-, Doren señala que “no es que esa comisión haya elaborado el mejor plan, sino que diseñó el

mejor plan dentro de las condiciones que se le habían puesto”. A su juicio, ese fue el problema de por qué no prosperó.

Para el representante de las isapres, la reforma que se formule ahora tiene que definir primero qué sistema de salud es el que se requiere.

“¿Vamos a diseñar un plan para que la mayor cantidad de personas del país pueda tener acceso a salud privada o lo vamos a reducir a una elite?”, se pregunta el empresario.

En segundo lugar, explica, tiene que establecer las características del plan de salud que se va ofrecer a las personas y , tercero, crear un indicador de referencia que transparente los ajustes de precios que experimenten esos planes en el tiempo.

“Es necesario definir claramente un sistema que permita que el incremento en los costos de la salud sea reconocido explícitamente para poder adecuarlos. Sino va a ocurrir como el Transantiago, donde el Fisco debió ponerse año tras año con cuantiosos recursos para compensar los gastos”.

El ejecutivo agrega que “si la reforma de la salud no se hace bien, vamos directo a un Transalud”.

Siguiendo en su argumentación, Doren añade: “Tenemos que tener una actitud más proactiva de todos los actores, incluyendo las autoridades. Es imprescindible que independientemente de lo que se quiera como aseguramiento de la salud: seguridad social o seguros, hay un tema que es central: ¿cuál es la cobertura que debería tener el plan de salud y qué es lo que se cubre?”.

## **Protocolización**

En cuanto a los precios, el representante de las isapres sostiene que “tiene que haber un ordenamiento jurídico claro. Y dentro de eso yo soy partidario de la filosofía que está detrás del Plan Auge. ¿Y por qué? Porque es muy claro: establece qué patologías cubre y cómo se tratan. Aquí no hay experimento. Un sistema que es diseñado por expertos

técnicos, que han usado la medicina basada en evidencia y que han tomado la mejor solución costo-beneficio para los pacientes”.

Esto, a su juicio, significa avanzar en la protocolización de todas las enfermedades y sus tratamientos, incluyendo las llamadas raras o poco frecuentes, con el fin de trabajar en el control de costos.

Doren afirma que eso debe quedar “claramente establecido, para evitar que finalmente sean los tribunales de justicia los que se pronuncien sobre temas que deberían ser solucionados por especialistas en el tema”.

### **Integración vertical**

Otro de los aspectos que aborda el empresario son las críticas vertidas por las autoridades en relación al vínculo que existe entre las isapres y los prestadores de salud privados y la imposibilidad de que pueda haber un indicador de precios o IPC de la Salud transparente.

La ministra de Salud, Helia Molina, dijo hace unos días que “podría ser útil (el IPC de la Salud) si no existiera la integración vertical. Porque al final, quienes suben los costos de los exámenes son los mismos que después aplican las alzas del IPC en los planes”.

Al respecto, Doren afirma: “El responsable de definir qué prestaciones se debe realizar al paciente es el médico. No las isapres. Me parece grave la acusación que se está haciendo. Aquí se está diciendo que los médicos no tienen ética y que hay alguien que los presiona y ellos aceptan esa presión y, por lo tanto, hacen más exámenes y más consultas de las necesarias. Yo no me hago cargo de eso”, dice categórico.

A su vez, explica, que sostener que por el hecho de que exista un vínculo entre una isapre y una clínica privada, a través de un mismo holding, se produce un incentivo para subir los precios de las prestaciones “es ilógico”.

“Resulta que la lógica comercial de ganar más plata, de lo cual nos acusan, se destruye ante un argumento de estas características. El

dueño de un asegurador y prestador, si hace menos prestaciones que las necesarias para el paciente, ese paciente va a seguir enfermo, no se va a mejorar y va a gastar más en él. Si resulta que el prestador induce mayores prestaciones que las necesarias, resulta que gana en bruto un 10% promedio y pierde 70% por el lado de los seguros, ¿dónde está el negocio?”.

## **Reajuste**

Sobre un eventual reajuste por parte de las isapres de los planes de salud de sus afiliados, Doren mantiene lo dicho estos días de que “va a ser un escenario muy complejo”.

“Esperamos de que exista por parte de la autoridad un reconocimiento explícito -si es que hay alzas en los costos de salud- que así lo señalen. Es necesario para el conocimiento de nuestros afiliados”.