

---

## Movilidad y preexistencias

La Asociación Gremial de Isapres ha propuesto una fórmula para eliminar una falla del sistema: la virtual imposibilidad para los “afiliados cautivos” de cambiarse de aseguradora de salud. Consiste aquella en establecer un fondo de compensación de riesgo, de modo que una isapre esté dispuesta a recibir —con preexistencias o de mayor edad— a un afiliado de otra, porque recibiría recursos para cubrir los mayores riesgos médicos de este. Así se facilitaría la movilidad, pues a la isapre receptora le significaría un menor riesgo de costos.

Los “afiliados cautivos”, aquellos que otras isapres no reciben debido a su riesgo, representan hoy casi el 80% del gasto de una de estas instituciones, pero en un sistema concebido sobre la base de la libertad del usuario para elegir es contradictorio que un porcentaje elevado y creciente no tenga, en la práctica, tal opción. El esquema ahora propuesto tendería a resolver en forma razonable este problema: los beneficios que recibiría el afiliado para cubrir su preexistencia en la nueva isapre son restringidos en enfermedades AUGE para la libre elección, lo que reduciría el atractivo de cambiarse, aunque para enfermedades no AUGE operaría el plan normalmente. Es un esfuerzo considerable, pero no hay precedente en Chile de un modelo como el propuesto.

Cuando el usuario tiene una de las 80 preexistencias cubiertas por el Plan AUGE y utiliza este sistema (solo 20% de los afiliados lo hace actualmente), recibiría una cobertura total en el plan cerrado de la isapre, pero solo de 25% por los tres primeros años si no usa dicho plan. Con esto se busca fomentar el uso del AUGE, como lo han solicitado el Gobierno y la opinión pública. En el caso de preexistencias no AUGE, no tendrá limitación de cobertura, pero en tales casos habría restricciones para acceder al beneficio: no haber estado hospitalizado por esa causa en los últimos tres años (que se estima un tiempo razonable para saber si hay cierta recuperación del paciente no AUGE), y no estar recibiendo quimioterapia, radioterapia ni otros tratamientos continuos. Las restricciones de no estar hospitalizado o haciendo uso de licencia se deben al problema administrativo que significaría cambiar un paciente en medio de su enferme-

dad. Las limitaciones referidas son técnicas y actuariales, dada la información que hoy existe, y es probable que las normas variasen a la luz de la experiencia que se recoja. No es fácil prever los resultados, pues no hay precedentes del comportamiento futuro de personas con preexistencias.

Según las isapres que proponen esta fórmula, al menos el 60% de los clientes con preexistencias podría acceder a estas condiciones: algunos expertos independientes prevén una menor proporción de beneficiados, pero no es claro que esas estimaciones hayan considerado la totalidad de los datos.

La creación de un seguro que aminora el problema de los “cautivos”, junto al seguro de enfermedades catastróficas y la obligación de renovar los contratos anuales, resolvieron algunas de las principales críticas al sistema de isapres durante la década de 1990. Con todo, aún falta desarrollar planes de salud que faciliten las comparaciones y que permitan crear un esquema que reduzca la tasa de crecimiento de los costos, sin ser excesivamente impopulares.

Es de notar, sí, que este último problema no ha sido resuelto por ningún sistema de salud en el mundo.

El costo para el conjunto de las isapres sería cero, pues la provisión que deben hacer para cubrir a un afiliado con una preexistencia se evita al ceder a ese paciente, por lo que no afectaría los resultados del traspasar simultáneamente al afiliado y los recursos asociados. Aparentemente un plan más liberal podría prestarse para que alguna isapre se aproveche de las demás. Tal vez podría estudiarse un sistema más sofisticado, capaz de controlar estas distorsiones sin limitar tanto el programa para afiliados con preexistencias. También se espera que este sistema tenga otras consecuencias en el comportamiento de las isapres: sería probable que mejorasen sus políticas de manejo de enfermos crónicos para elevar su calidad de vida, y así evitar su salida y los costos aparejados. Asimismo, cabe pensar que con esta propuesta el AUGE debería ser utilizado por los pacientes con mayor frecuencia de uso de isapre, lo que sería deseable como política de salud pública.

Cabría esperar que el sistema de isapres, perfeccionado con estos cambios, mejore su imagen en la población.

*El esquema ahora propuesto tendería  
a resolver en forma razonable  
el problema de los “afiliados cautivos”.*