

Víctor Torres, superintendente de Salud, y la reforma: “El modelo que creo más eficiente es el de Surcorea o Canadá”

Por Ignacio Badal

Para ser una autoridad reguladora, hizo un camino extraño. Porque su esencia es política, pese a ser médico. El superintendente de Salud Víctor Torres Jeldes (45) fue dirigente estudiantil en sus tiempos de alumno de Medicina en la Universidad de Valparaíso, se inscribió en la DC en 1991, pero con el cambio de milenio se lanzó: fue consejero regional en Valparaíso (2004-05), gobernador provincial de San Antonio (2007-08), y diputado en su región natal por tres periodos (2010-22).

Ahora, siente el peso de ser el único DC nombrado en un alto cargo por el Presidente Gabriel Boric, aunque suspendió su militancia en enero del año pasado.

Y no pasó mucho tiempo para enfrentar su primer gran problema: la crítica situación financiera de las isapres, que según ellas, se profundizó con el fallo de la Corte Suprema de agosto, cuando paralizó las alzas de los planes que las aseguradoras privadas de salud habían decidido en marzo. El tribunal ordenó hacer de nuevo el proceso poniendo como tope de alza un 7,6%, pero decretó también que estuviese “debidamente justificado”. La Superintendencia de Salud (SS) recibió de las isapres sus pretensiones de alza, donde todas pedían el tope, pero la reguladora en su proceso de verificación permitió reajustes diferenciados: a Vida Tres, por ejemplo, le permitió un 1,4% y a Consalud, el máximo. Esta decisión desató las quejas de las aseguradoras, que plantearon incluso que estaba en juego su existencia.

“Establecimos un procedimiento que pudiera hacerse cargo de lo que la Corte Suprema (CS) nos ordena, en términos de verificar aquellos antecedentes que habían informado las isapres a la SS (...) La variación calculada tiene que ver con los costos operacionales y efectivamente hay variaciones diferentes de unas con otras”.

¿Cuáles son las razones para estas diferencias en las alzas de los planes?

—Esta verificación que nos pide la CS debe responder a seis puntos que establece la ley (variación de los costos de las prestaciones de salud, de la frecuencia de uso experimentada por las prestaciones de salud, del costo en subsidios de incapacidad laboral del sistema privado de salud, el costo de las nuevas prestaciones, la variación de frecuencia de uso de las prestaciones en modalidad libre elección de Fonasa; y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto de salud). Entonces, la CS dice



Explica por qué aplicó alzas diferenciadas a los planes de las isapres tras la orden de la Corte Suprema. Y adelanta algunas líneas más sobre la esperada reforma.

que las alzas se deben fundamentar en virtud de estos puntos. Lo que hacemos, con los antecedentes que tenemos, es contrastar la información para calcular cuánto es lo que se logra validar del alza o de la variación del costo operativo de cada una de las isapres. Y por eso que es diferente, porque cada isapre tiene un comportamiento distinto.

¿Cuál es la situación financiera real de las isapres? Usted ha dicho que es compleja, pero de ahí a que algunas isapres digan que están en peligro de quiebra, es una diferencia grande.

—Efectivamente en una situación de pérdida importante durante 18 o 20 meses, y eso es algo innegable.

¿Pero existe un riesgo de quiebra?

—No hay una quiebra inminente, porque hasta el día de hoy los ratios que controlamos (capital, patrimonio y de cumplimiento de garantías), que miden la solvencia de las isapres, se están cumpliendo. Es una industria que está pasando por un mal momento, pero que aún tiene posibilidades de salir adelante.

—Cumplen los ratios de solvencia, pero algunas cumplen mejor que otras.

—Hay algunas que en ciertos meses se acercan a los límites legales, pero después logran salir. La mayor dificultad está en el ratio de garantías, pero hasta ahora han logrado cumplir todas, con un comportamiento que puede ser distinto incluso en una misma isapre, que de repente llega al límite y sale, pues cada mes es distinto.

—Pero las que han salido ha sido porque sus dueños le han inyectado capital.

—No solo por eso. En algunos casos sí.

—Por ejemplo, Consalud.

—Consalud, que es la que tiene el costo operacional más alto.

—¿Es la que está más en peligro hoy?

—Es la que ha tenido mayores complejidades, pero ha tenido financiamiento...

—¿Y si la Cámara de la Construcción decide no inyectarle más plata?

—Es una decisión de los directores, no de la superintendencia. Nosotros no administramos isapres y por tanto la responsabilidad respecto al cumplimiento o no de los ratios financieros, es de ellas. Nosotros debemos hacer que cumplan.

—Sí, pero ustedes tienen la obligación de preocuparse de los usuarios. Y si Consalud, la mayor isapre en número de cotizantes, pierde esos ratios y se declara en quiebra, cerca de 700 mil beneficiarios pasarían a Fonasa.

—Lo que nosotros tenemos que observar es que se cumpla con lo que la ley establece en términos de coberturas para que no afecte a las personas. Estas preocupaciones han sido parte de las conversaciones que ha habido en el ministerio en orden al establecimiento de políticas públicas para evitar que eso suceda. Ya pasó el 2003, cuando se hizo una ley, que duró un par de años, que permitió la distribución forzosa de todos los afiliados de Vida Plena en el sistema. Pero no se trata de que una isapre diga: me voy a quiebra hoy y las personas quedan sin cobertura.

—Y, ¿cómo quedarían, entonces?

—Depende. Si la isapre incumple un ratio de patrimonio o liquidez, cae en PAC (plan de contingencia). Y ahí tiene hasta 120 días para decir lo que van a hacer para garantizar las prestaciones que tiene que

cubrir a las personas y de qué manera pretende salir de su situación. Si no sale, tomaremos las garantías para poder realizar los pagos respectivos, y luego la toma un veedor, para el tema judicial.

-Con estas alzas verificadas, ¿uno podría pensar que las isapres floten?

-Sí, pero... ¿por qué te planteaba el tema de las personas? Porque lo que tenemos que hacer es resguardar que estas alzas no sean arbitrarias, no establecer una tabla de salvación para las isapres, a partir de un alza traspasada 100% a las personas, si es que no estuviera justificada. Las isapres tienen la atribución de alzar y uno entiende que una industria que está complicada requiere cobrar más y eventualmente cubrir menos. El punto es que esa alza, que nadie les impidió realizar, tiene que tener un grado de no arbitrariedad y una fundamentación, lo dice la CS. Y lo que nosotros establecimos fue: cuánto podemos verificar, entonces. Si todos hubiesen llegado a 7,6%, todas podrían haber subido 7,6%. Pero no fue así...

-Según sus cálculos...

-Es que no tenemos otra forma de hacerlo. Si no existe un procedimiento legal, a nosotros nos mandata la CS. Tampoco puede ser arbitraria nuestra forma de medir, porque también estamos siendo observados por la Contraloría y la misma CS.

-Su modelo lo hicieron en poco tiempo y puede no ser perfecto. Con esto, uno podría prever que de nuevo entremos en un ciclo de judicialización: por un lado las isapres reclamando más alzas y por el otro los clientes, al revés.

-Yo no lo veo así, lo veo como una oportunidad. Por primera vez se crea un mecanismo, cuantitativo y cualitativo, que puede permitir fundamentar las alzas de las isapres. Nunca las personas van a estar impedidas de reclamar, aquí o en la corte, pero al tener un proceso de verificación, si pasa la prueba de la CS, podría ser una solución en el largo plazo, indistintamente que no les guste el número. Si el mecanismo es correcto, puede tender a evitar la judicialización.

Las conversas de la reforma

-Pensando en la pronta reforma, ¿las isapres tienen que desaparecer?

-Para mí las isapres tienen que cumplir un rol importante como seguros complementarios.

-El programa habla de un sistema único y según el resultado del plebiscito y las encuestas, las personas prefieren elegir su sistema.

-El sistema que yo considero más eficiente, que puede disminuir los problemas de equidad, acceso u oportunidad, que no solo se traduce en quién paga, es un modelo como el canadiense o el de Corea del Sur...

-¿Cómo funcionan, porque hasta aquí se había hablado del británico?

-En la discusión constitucional se habló del NHS (National Health Service) británico, que es un modelo que no está sustentado en el pago de cotizaciones, sino en impuestos; los impuestos en Chile son muy bajos comparado con Inglaterra para

sustentar un modelo como ese, por tanto no es posible. Existen modelos como el holandés o el alemán ("bismarckianos") que tienen connotación de seguridad social pero lógica privada, distinto a las isapres. Está el modelo chileno, que es bien *sui generis*. Y hay modelos como el de Surcorea o Canadá, que se sustentan en un fondo universal (FUS) financiado vía cotizaciones e impuestos (como ocurre hoy en Chile), que mancomuna la seguridad social y la garantiza, con seguros privados voluntarios de salud, que permiten complementar aquello que cubre el Estado... pero eso no es todo...

-¿Sería mejor que el bismarckiano?

-Creo que el holandés/alemán es menos eficiente, porque en la medida que tienes más actores, tienes más posibilidades de elegir en un primer piso, pero también tienes más gasto de administración y ventas. Y cuando esos gastos se fusionan en uno, compartes mejor los gastos.

-Usted quería plantear otro factor que le preocupa para la reforma...

-Es la necesidad de contener costos.

Hoy en Chile, el mecanismo de pago que más se usa en el sistema privado es aquel en que yo te cobro lo que quiero y tú me pagas lo que te cobro. ¿En qué se traduce eso? Que en la medida en que se encarece el costo, le cobran más a las personas por la vía del copago y del alza de los planes. Tienes gasto de bolsillo de los más altos de la OCDE, y sobreaseguramiento, donde hay gente que tiene su isapre (el 7%) más el diferencial, más el seguro complementario y más otro seguro de clínica, más un copago. Todo eso se está pagando en salud, es brutal. ¿Para qué decir los medicamentos? Entonces, la idea es ir a la contención de costos, es tender a la GRDización de las prestaciones.

-¿GRD...qué? ¿Qué es eso?

-Es un término que no existe, jeje. GRD (Grupos Relacionados al Diagnóstico) es un mecanismo de pago que existe desde el año 50 en el mundo, que es la paquetización de riesgos compartidos. Esto se diferencia del PAD (Pago Asociado a Diagnóstico), que es el más conocido en Chile y que ha utilizado Fonasa -aunque se está cambiando a GRD-.

-¿Pero cómo podría bajar costos?

-El GRD incentiva al prestador a que mejore su gestión clínica, porque comparte riesgos. En el sistema PAD, por ejemplo, si una cirugía de vesícula cuesta \$1 millón, usted paga \$100 mil y Fonasa paga \$900 mil. Pero, ¿qué hacen los prestadores? Como no comparte riesgo, le dice a Fonasa o la isapre que tiene 20 cupos para PAD y ellos evalúan a los pacientes: si no tienen otros riesgos, entran al PAD, pero si uno es más gordo, hipertenso o diabético, no lo incluye, porque nadie comparte riesgo. Entonces, no hay ningún incentivo para que la clínica mejore. El GRD debe concebir todo el gasto asociado al problema de salud, incluyendo el riesgo, lo que significa que si yo como paciente no tengo ningún riesgo, de ese \$1 millón que le pagaron al prestador, yo prestador ocupé en un manejo eficiente de mi pres-

tación solo \$700 mil, y las \$300 mil restantes son mi ganancia; pero si yo prestador tengo un paciente que se complicó porque no hice bien las cosas, yo asumo el costo de esa complicación, no lo asume ni el paciente ni el seguro.

-Es una presión a las clínicas.

-Obliga a que las clínicas y los prestadores en general, tiendan a hacerse cargo de la variabilidad clínica, de estandarizar sus procesos. No puede ser que te ordenen exámenes tirando la raya de arriba-abajo sin ningún criterio clínico. ¿Y quién paga? Moya. La gestión nace ahí, en la atención clínica. Así, estos modelos mejoran la gestión con un costo conocido para el usuario, para la isapre, para todos.

-¿Esto le conviene a las isapres?

-A todos les conviene.

-¿Y les gusta?

-Creo que ya, sí. Porque las isapres hoy negocian con un prestador un precio preferente de atención, pero por la vía de la inducción a la demanda pagan muchísimo. Ejemplo: puedo tener muy buenos precios con un prestador en escáner, pero en vez de hacerte uno, el que requieres, te ordeno tres, y por esa vía pagas más. Este sistema se hace cargo de la inducción a la demanda, porque está paquetizado. Entonces, te dice que el paciente requiere solo un escáner, no tres.

-¿Y esto estaría en la reforma?

-Lo estamos discutiendo, absolutamente. Entonces, con esto puedes tener prestadores con vectores de costos similares y se pueden agrupar, unos más parecidos a un hospital público y otros que se distancian más. En estos prestadores que se quieran integrar al sistema, aunque sigan siendo privados con fines de lucro, sus GRD van a costar lo mismo para cada prestación. Nosotros hemos calculado que se pueden hacer tres o cuatro grupos de prestadores: si tú tienes un GRD público para el primer grupo, que financia el 100% y copago cero, puedes permitir que las personas que quieran opten por esta clínica o este hospital. Las personas que quieran atenderse en otra clínica, el Estado debería pagarle el mismo GRD, no más, y el seguro complementario, pagar lo que falta y si es necesario un copago, pero por decisión tuya, por libre elección. Pero al Estado no le sale más caro.

-Esta idea podría ser seductora para las isapres, pero ¿para las clínicas?

-Las clínicas negocian todo con Fonasa a través del GRD. Y una negociación con presión a la baja de los precios base.

-Teniendo en cuenta los tiempos y la cantidad de reformas, ¿esta debiera presentarse el próximo año?

-Entiendo que el Presidente había anunciado que de aquí a fin de año podría presentar el proyecto. Pero mi impresión es que debiera empezar a conversarse a fines de este año o principios del próximo. Estas son algunas ideas de lo que se está construyendo como sistema y evidentemente, se tiene que dar a conocer en el Congreso antes de ingresar cualquier proyecto. Así que me imagino que las conversaciones empezarán de aquí a fin de año.



Lo que tenemos que hacer es que las alzas (de los planes) no sean arbitrarias, no ser una tabla de salvación de las isapres"



Las isapres tienen que cumplir un rol importante como seguros complementarios"