

¿Es el SIS un seguro de verdad? (Parte 2)

23 de Mayo de 2018

Por Moisés Rosas

Para Lampadia

Por su mecanismo fundamental de transferencia y distribución de riesgo, el SIS es un seguro, sin lugar a duda. Pero entonces, ¿por qué no logra “asegurar” que todos sus “asegurados” reciban “todos” los servicios que dice cubrir?

En la primera parte de esta serie de 3 artículos, habíamos explicado que el SIS es, conceptualmente, un seguro, porque cumple con las 2 características fundamentales de todo seguro: transferir y distribuir el riesgo de experimentar pérdidas económicas asociadas a la atención de salud, desde una persona hacia un grupo. También explicamos que los siguientes aspectos —frecuentemente mencionados como impedimento— no son razón para que el SIS no pueda ser considerado técnicamente como un seguro:

- a. Que la “prima” no se calcule (siempre) con técnicas actuariales,
- b. Que el SIS no cuente con un fondo explícito,
- c. Que su financiamiento provenga de un organismo oficial (v.g. sea un “subsidio”).

Cuando se escucha que el SIS no es un seguro “de verdad”, es porque con frecuencia, cuando sus “asegurados” se enferman y van a atenderse a los establecimientos de salud “contratados” por el SIS, no siempre se les atiende debidamente, a veces no hay turnos para consultas, a veces falta el personal o los medicamentos, no hay reactivos para exámenes de laboratorio, ecografías, o muchas otras cosas que deberían ser parte de la atención normal, como en los seguros privados. Cuando ello ocurre, los “asegurados” se ven forzados a pagar el costo de la atención de salud o enfrentar las consecuencias devastadoras de su enfermedad.

Pero entonces, ¿por qué el SIS no logra “asegurar” que todos sus “asegurados” reciban “todos” los servicios que promete?



La respuesta tiene 4 partes principales:

a. Porque no se ha establecido de manera clara y definitiva quiénes son asegurados y quiénes no.

El SIS fue originalmente creado para personas pobres. La metodología estadística que define quién es pobre tiene un error estadístico que genera “falsos pobres” (los clasifica como pobres, pero realmente no lo son) y “falsos no-pobres” (los clasifica como no pobres, pero realmente lo son). Además, una persona puede ser “pobre” o “no-pobre” varias veces en un mismo año, dependiendo de cuantas veces consiga “trabajo”. No hay forma de saberlo con certeza en un momento dado. Si una persona se enferma y es no-pobre, pero quiere atenderse por el SIS, puede pedir a la municipalidad que verifique si “realmente” es pobre, mediante visita domiciliaria, para ver la zona donde vive, el tipo de casa, y los bienes que posee. Pero la persona puede dar el domicilio de un pariente pobre, o vaciar su casa, o influir de muchas maneras sobre la persona que hace la verificación domiciliaria. Para complicar las cosas, varias veces el Congreso de la República ha generado leyes para que personas no pobres sean incluidas en el SIS, y por ello, hace mucho que el SIS ya no es un seguro “sólo” de pobres. Ahora es más difícil distinguir al no-pobre “por ley” del no-pobre “colado” en el SIS. Y la opinión pública se enoja mucho porque hay muchos “colados” y exhiben signos exteriores de riqueza. Y el personal de salud también se enoja porque ellos también enfrentan el malestar de la opinión pública.

b. Porque no se ha definido qué enfermedades, qué tratamientos y qué servicios cubre y no cubre.

Aparentemente se cubre “todo”, pero ese todo no está definido con claridad. Existe un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que lista las enfermedades que el SIS cubre, según ley. Sólo incluye las enfermedades más “importantes” y el resto, que en número son muchas más, se cubren hasta donde alcance el presupuesto del SIS. Ello resultó así porque el PEAS se promulgó cuando el SIS ya cubría muchas más enfermedades que las que incluyó el PEAS, y su promulgación fue percibida por la población como un retroceso en la cobertura. Para resolver el problema y regresar a la situación anterior al PEAS, el SIS creó el Plan Complementario/Cobertura Extraordinaria, con el que se volvieron a cubrir todas las enfermedades que el PEAS no cubría. Resultado: el PEAS está aprobado por ley, mientras que el resto de la cobertura está aprobada por norma de rango inferior (Resolución Jefatural del SIS), lo que no obliga explícitamente al MEF a proveer los fondos para todas las enfermedades. Otro problema es que se piensa en la cobertura de enfermedades, pero debería pensarse en la cobertura de tratamientos: en su desesperación, la población demanda tratamientos que pueden ser ineficaces, pero el SIS sólo debería pagar aquellos tratamientos con eficacia y seguridad comprobadas.

c. Por cómo contrata a los establecimientos de salud que deben brindar los servicios acordados.

El SIS paga “a destajo” a los establecimientos, es decir, por el número de atenciones y/o procedimientos, no por su calidad, la cual se presume, pero debe ser verificada por el SIS mediante auditoría antes de ser pagada.

d. Por cómo audita los servicios brindados por los hospitales para determinar si la atención fue “buena” en cantidad y calidad, y de acuerdo con ello, si se deben pagar o no, total o parcialmente.

El problema es que se efectúan alrededor de 80 millones de atenciones al año, y para revisar tantas atenciones, una por una, sería necesario un ejercito de auditores en todo el país, lo que es inviable. Así que el SIS efectúa auditorías de historia clínicas en una parte pequeña de atenciones, pero la mayor parte de las auditorías se hacen electrónicamente, sin revisar directamente las historias clínicas, lo que aumenta los rechazos por error, y los reclamos y atrasos en los pagos, que cuando no son aceptados, generan “deudas”.

A grandes rasgos, estos son los problemas básicos por los que no es posible llegar a un acuerdo con los hospitales, tener las cuentas claras, y según eso, exigir que los pacientes reciban siempre los servicios que el SIS “paga”.

Seguramente, varios de nuestros gentiles lectores comentarán que hay un problema importante que

—aparentemente— no se menciona: **el SIS parece no tener los fondos suficientes para financiar lo que los asegurados necesitan.** Y es cierto, pero ello se debe fundamentalmente al efecto combinado de estos 4 factores. Hay también varios otros problemas que podrían mencionarse, como la limitada capacidad instalada de los hospitales, pero al final, incluso éste termina explicándose por uno o más de los 4 factores. Si estos no se resuelven, así aumente el presupuesto del SIS, nunca será suficiente.

En la tercera y última parte de esta serie, trataremos de explicar el efecto financiero de estos 4 factores y el concepto de administración de riesgo.

Ver también en **Lampadia**:

- [¿Es el SIS un seguro de verdad? \(Parte 1\)](#)
- [Un desarrollo positivo en salud - Un SIS rediseñado para la salud de los más pobres](#)