

Introducción

Quisiéramos comenzar agradeciendo a la “Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un nuevo Régimen Jurídico para el Sistema Privado de Salud” por la oportunidad que nos brinda de exponer un tema de la mayor relevancia a ser considerado, cual es, el estatus, reconocimiento y adecuada cobertura financiera que debieran tener las prestaciones profesionales asociadas al oportuno diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, un ámbito hasta ahora injustificadamente postergado en el sector privado de aseguramiento.

Exponemos desde la perspectiva de un prestador privado, Clínica Collico, emplazado en la ciudad de Valdivia, capital de la Región de Los Ríos, único en la zona sur del país. Se trata de un establecimiento con 20 camas psiquiátricas, dedicado exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de afecciones mentales, que recibe derivaciones de particulares y a través del GES, afiliados y beneficiarios de Isapre, desde la Región del Bío Bío al sur. Clínica Collico cuenta con un staff psiquiátrico y personal paramédico y de enfermería, capacitados para la hospitalización programada y electiva de pacientes adultos afectados por enfermedades mentales.

Para contextualizar y poner en perspectiva nuestra ponencia, nos serviremos de algunos conceptos relevantes contenidos en el Decreto que crea la mencionada Comisión. Así, en el considerando N° 2, se señala que es deber del Estado responder al mandato constitucional conforme al cual debe garantizar el derecho a la protección de la salud. En el considerando N° 4, el citado decreto señala que las Isapre deben adecuarse a las exigencias legales planteadas por el Tribunal Constitucional que declaró inconstitucionales un conjunto de normas que las regulaban, cuestión que exige revisar su funcionamiento, objetivos y regulación integral. Asimismo, en el considerando N° 6, se señala que corresponde revisar el conjunto del Sistema de Salud, toda vez que fue diseñado en un momento histórico distinto al actual, debiendo hacer frente al cambio epidemiológico de la sociedad chilena. De la mayor relevancia para nuestra ponencia nos parece lo contemplado en el considerando N° 8, cuando señala que es menester introducir mayores grados de equidad y solidaridad en el conjunto del sistema, para cumplir con los objetivos sanitarios que se tuvieron a la vista al momento de establecer y aprobar el Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Para enfrentar tan magna tarea, el considerando N° 9 señala que se requiere integrar y aunar los esfuerzos de diversos organismos públicos, la sociedad civil, academia y trabajadores, incluyendo a los prestadores públicos y privados. En este mismo orden de ideas, el artículo 1° del decreto de creación de la Comisión, establece que tendrá por objetivo el estudio de la normativa del sistema de salud, especialmente en lo relativo a los administradores privados, así como respecto de los derechos de sus afiliados y beneficiarios, de manera que la salud pueda ejercerse

como un derecho de la seguridad social. Muy significativo de la misión de esta Comisión nos parece lo señalado en el inciso 3º del artículo 2º del decreto de creación, cuando incluye dentro de sus tareas la de colaborar en la revisión de los principales problemas de salud que enfrentan las personas en nuestro país y las condiciones y patologías no cubiertas por el Sistema de Salud y del diseño actual de los planes de salud de las Isapre.

En este marco conceptual venimos en presentar la ponencia titulada: **La cobertura financiera de las patologías psiquiátricas en el sistema privado de salud: una discriminación injustificada y una tarea pendiente.**

Desarrollo

Las así denominadas “enfermedades mentales” son un conjunto heterogéneo de trastornos que se manifiestan primordialmente por un amplio abanico de fenómenos o síntomas subjetivos, emocionales, anímicos y del comportamiento, tales como ansiedad, depresión, exaltación anímica, ideas obsesivas, actos compulsivos, abuso y dependencia de sustancias, anomalías de la conducta alimentaria, agresividad, suicidio y en los casos más extremos, pérdida del juicio de realidad (psicosis).

Tal como lo reconoce el Ministerio de Salud a través de diversas Guías Clínicas, se trata de patologías la mayor parte de las veces crónicas y recurrentes, que deterioran significativamente la calidad de vida de los afectados y el bienestar de sus familias, generando altos costos económicos para el paciente, su entorno familiar y el sistema de salud en su conjunto. Las enfermedades mentales producen costos directos a través del gasto en intervenciones terapéuticas, pero especialmente indirectos, a través de la conocida discapacidad que suelen ocasionar, con importante pérdida de la productividad laboral, empobrecimiento, otorgamiento de subsidios por incapacidad laboral, mortalidad por accidentes, intoxicaciones y suicidio, así como por pensiones de invalidez.

No obstante ello, hoy en día se cuenta con un amplio arsenal de intervenciones terapéuticas, tanto psicofarmacológicas como psicosociales y de rehabilitación, muy costo-efectivas y eficaces. Está suficientemente probado que el tratamiento oportuno de las afecciones psiquiátricas reduce su sintomatología, mejora el pronóstico a corto y largo plazo, reduce la tasa de recaídas, mejora el bienestar subjetivo y la calidad de vida de pacientes y familias, evita hospitalizaciones y reduce la discapacidad, así como el ausentismo laboral y la pérdida de productividad económica.

Las enfermedades mentales se presentan con prevalencias variables en distintos países del mundo, siendo Chile uno de los que ostenta altas tasas, especialmente de trastornos anímicos, como la depresión, y de trastornos por abuso/dependencia de sustancias.

De acuerdo con cifras publicadas por investigadores nacionales, la prevalencia de vida para cualquier trastorno mental se acerca al 40%. Eso quiere decir que al menos uno de cada 3 chilenos sufrirá alguna patología psiquiátrica a lo largo de su vida. El Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica* mostró que un 36% de la población mayor de 15 años, había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, mientras que un 22,6% había tenido un desorden en los últimos 6 meses. Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2009 muestra que un 17,2% de la población chilena mayor de 15 años ha presentado síntomas depresivos en el último año, datos que se alejan mucho del 9,5% reportado en Estados Unidos mediante el mismo método.

Los principales grupos de afecciones mentales, en cuanto a su frecuencia, son los siguientes:

Tabla N°1: Trastornos y Grupos de Diagnósticos con Mayor Prevalencia

DIAGNÓSTICOS	PREVALENCIA DE VIDA
Agorafobia	11,1%
Depresión Mayor	9,0%
Dependencia de Alcohol	6,4%
GRUPOS DIAGNÓSTICOS	
Trastornos Ansiosos	17,9%
Trastornos Afectivos	15%
Trastornos por Uso/Abuso/Dependencia	14,4%

*Datos citados del Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica, Vicente & cols.

Un aspecto que reviste particular importancia en las patologías psiquiátricas está dado por la mortalidad asociada a los intentos y consumación del suicidio, final trágico y de amplias y devastadoras consecuencias, tanto para el paciente como su familia y la sociedad. Así, se estima que la tasa de suicidios en nuestro país supera el promedio de la de los países de la OCDE. Entre 2000 y 2009 las tasas de suicidio han aumentado de manera considerable. En el año 2000 la tasa de suicidio alcanzaba 9,6 por cada 100.000 habitantes, mientras que en el 2009 llegó a 12,7 por cada 100.000 habitantes, Según datos publicados por la Universidad Diego Portales, el suicidio en personas entre 20 y 44 años de edad es la segunda causa de muerte en Chile, concentrando 12,8% de las defunciones. En el caso de los hombres en este rango de edad, el suicidio constituye

la primera causa de muerte, representando 14,9% del total de las defunciones. Se trata de un fenómeno de amplia variación regional dentro del país. Así, en la Región de Los Ríos, estudios recientes publicados por la Universidad Austral de Chile, constatan una tendencia alcista en las tasas de suicidio, desde poco más de 4 por 100.000 a casi 15, entre 1996 y 2008, según datos del SML.

Otro aspecto asociado con las consecuencias de las enfermedades mentales, al que se le ha prestado reciente pero aún insuficiente atención, dice relación con la carga económica que significan dichas afecciones, medida según los años de vida perdidos por morbilidad, mortalidad y discapacidad. Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) son indicadores compuestos, que no sólo incluyen el peso de la morbilidad y la mortalidad, sino que también la discapacidad y deterioro de la calidad de vida a consecuencia de las enfermedades. Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad miden la pérdida de salud producto de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (medido en años). Para el análisis de este indicador, las enfermedades se agrupan en 3 categorías, a saber, a) las transmisibles, b) las no transmisibles y c) las lesiones. El año 1996 se implementó el primer estudio sobre la carga de enfermedad en Chile, que se basó en la información de mortalidad disponible para 1993 y de egresos hospitalarios de 1992. El 54,7% de los años perdidos fue por discapacidad y sólo el 45,3% restante por muerte prematura. Concordante con la transición epidemiológica de Chile, la principal causa de AVISA estuvo dada por enfermedades no transmisibles, las que representan el 73% del total. Este primer estudio, permitió resaltar aquellas enfermedades que ocasionan poca muerte y alta discapacidad como las neuropsiquiátricas, y mostrar la importancia de las enfermedades crónicas del adulto, poniendo en alerta al sistema de salud chileno, sobre la relevancia de las enfermedades crónicas no transmisibles y la necesidad de reorientar los servicios clínicos y preventivos. En el segundo Estudio de carga de enfermedad, efectuado en Chile el año 2007, con datos del 2004, se puede apreciar que la mayor parte de la carga de enfermedad está determinada por el grupo de Enfermedades no Transmisibles, representando el 83,9% del total de AVISA. Es posible observar que los principales subgrupos de AVISA corresponden a las Condiciones Neuropsiquiátricas, Enfermedades Digestivas y Enfermedades Cardiovasculares, que en conjunto, concentran el 51,2% del total de AVISA, siendo encabezados por las enfermedades mentales, con el 23,2%. Ordenados los AVISA por causas específicas, aparecen los Trastornos Depresivos y la Dependencia de Alcohol en el segundo lugar, sólo detrás de la Hipertensión. Cabe destacar que dentro del grupo de población adulta, es el de 20-44 años, es decir, el de mayor capacidad productiva laboral, el que concentra mayor cantidad de AVISA, con un 39,5% del total. En este rango etario, el principal subgrupo de causas de AVISA lo representan las condiciones neuropsiquiátricas, cuya carga está influida principalmente por los trastornos del ánimo y dependencia de alcohol.

Si se analiza el impacto de las enfermedades mentales en el ausentismo laboral y la pérdida de capacidad productiva, a través del estudio de las licencias médicas y del gasto en subsidios por incapacidad laboral en el sistema de Isapres, es posible dimensionar el peso que ellas significan. Así, según un estudio de la Superintendencia de Salud del año 2012, el pago de subsidios por incapacidad laboral (SIL) ha crecido cerca de un 75% en el período 2001-2012. Los problemas de salud que originaron la mayor cantidad de licencias médicas el año 2012, fueron las enfermedades del sistema respiratorio, con un 20,7%, seguidas de los trastornos mentales y del comportamiento, con un 18,2. De las licencias por enfermedades psiquiátricas un 53,8% son producto de episodios depresivos, un 21,8% son por trastornos de ansiedad y un 16,8% por reacción al estrés grave y trastornos de adaptación. Si se analiza el gasto destinado por el sistema de Isapres al pago de subsidios por incapacidad laboral (SIL), se observa que el 19,3% del total corresponde a licencias por enfermedades psiquiátricas, ocupando el primer lugar por grupo diagnóstico. A su vez, del grupo de enfermedades mentales, un 55,9% correspondieron a trastornos depresivos.

Un tema particularmente sensible, referido al otorgamiento de licencias médicas por causa psiquiátrica, dice relación con su aprobación por parte de las Isapre, las que en promedio rechazaron o redujeron en el año 2012 un 24,5% de las licencias acogidas a tramitación. No disponemos de datos confiables, pero tenemos la impresión no documentada, que la proporción de rechazos o reducciones es mayor entre las licencias por enfermedades mentales que por otras causas.

A pesar de los contundentes datos epidemiológicos existentes, la alta prevalencia de las enfermedades mentales, la significativa discapacidad que ocasionan, la importante mortalidad por suicidio asociada y la probada costo-efectividad del tratamiento disponible, el sistema de salud chileno, tanto público como privado, no las ha priorizado en su justa y proporcionada medida. Así, según cifras publicadas por la Universidad Diego Portales, en 2004 el financiamiento de la salud mental en Chile alcanzaba sólo 2,14% del presupuesto total de salud, porcentaje muy inferior al 6% que se destina en Estados Unidos, al 8% que invierten Costa Rica y Uruguay, al 9,6% de Australia o el 11% de Suecia o Nueva Zelanda. Un significativo avance constituyó la aprobación en el año 2000 del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que ha pretendido orientar la gestión de las Políticas Públicas y la provisión de servicios clínicos en esta materia. En la misma dirección, desde el año 2004, fecha de la creación del Régimen de Garantías en Salud, se han incorporado gradualmente algunas condiciones neuropsiquiátricas, como la Depresión, la Esquizofrenia (1er brote) y el Trastorno Bipolar, subsistiendo, sin embargo, importantes restricciones de cobertura y acceso.

Lamentablemente, ni el Plan se ha cumplido y financiado a cabalidad, ni las enfermedades mentales han sido incorporadas a los planes de salud de las Isapre. Desde la creación de las instituciones de salud previsual (Isapres) en 1981, las enfermedades mentales han recibido sistemáticamente una menor cobertura que el resto de las patologías, lo que resulta a todas luces infundado. Esta arbitraria discriminación se constata en la muchísimo menor cobertura de los planes, tanto para las prestaciones ambulatorias como para las hospitalarias, con topes muy bajos por evento y por año. Así, la mayoría de los planes de salud restringen explícitamente la cobertura de las prestaciones psiquiátricas. Al respecto, no es infrecuente que mientras las prestaciones médicas y quirúrgicas reciben bonificaciones de entre un 70 y un 90%, sin tope por año, las psiquiátricas alcanzan a lo sumo el 90% pero con importantes topes anuales por beneficiario. En uno de estos planes, elegido al azar, se observa que la consulta psiquiátrica y/o psicológica ambulatoria tiene una bonificación del 70%, con tope máximo anual de 1,40 UF, lo que al valor de la UF de hoy, significa un máximo de \$33.600.- anuales, cobertura ínfima considerando un promedio de 1 consulta psiquiátrica mensual y 1 consulta psicológica quincenal. Del mismo modo, la hospitalización por enfermedad psiquiátrica, en el plan de salud consultado, recibe una bonificación de 90%, con un tope de 1,25 UF diarias, lo que al valor de la UF de hoy significa \$30.000.- diarios, monto absolutamente inferior al costo de la mayor parte de los prestadores privados existentes. Estas graves limitaciones en la cobertura de las prestaciones psiquiátricas obligan a un elevado gasto de bolsillo para los afiliados y beneficiarios, el que sumado al gasto en medicamentos representa una pesada carga financiera adicional para las personas afectadas por enfermedades mentales.

Aunque la situación de acceso, oportunidad y cobertura financiera mejora algo con la creación del GES, la pérdida de la libertad para elegir al profesional tratante, las limitaciones en el número anual de consultas, así como las restricciones a la cobertura hospitalaria para algunas condiciones neuropsiquiátricas, como el Trastorno Bipolar, por ejemplo, son los principales problemas que subsisten en el ámbito asegurador privado. Como puede apreciarse, en uno u otro caso, las personas afiliadas y beneficiarias del sistema privado de salud, afectadas por enfermedades mentales, sufren importantes dificultades para un acceso expedito a las prestaciones psiquiátricas, tanto ambulatorias como hospitalarias, no por falta de oferta prestadora sino que a raíz de infundadas restricciones en su cobertura financiera.

Un tema de particular importancia respecto del funcionamiento general del sistema prestador y asegurador privado en salud mental, dice relación con la existencia de una amplia oferta de servicios clínicos centralizada en la Región Metropolitana, lo que históricamente ha generado un flujo de derivación desde las provincias hacia Santiago. Una excepción digna de destacarse la constituye Clínica Collico, en Valdivia, la que atiende una importante demanda de la zona sur del

país. Sin embargo, aún son frecuentes las derivaciones de pacientes psiquiátricos hacia la capital por parte de las Isapre, sin que exista un fundamento técnico para ello, con el consiguiente costo de bolsillo para el afiliado, quien debe costearse el traslado y estadía de familiares. Desde la perspectiva de la descentralización del país, el desarrollo de redes de prestadores regionales en Psiquiatría, con decisiones adoptadas en la región, es un tema que debe ser abordado como parte del nuevo régimen jurídico del sistema privado de salud.

Conclusiones

I.-) Las enfermedades mentales son un conjunto amplio y heterogéneo de afecciones que evolucionan de forma crónica y recurrente, con exacerbaciones agudas que generan importante sintomatología anímica y conductual, además de un alto costo directo e indirecto, con importante discapacidad, ausentismo laboral y mortalidad por suicidio, afectando el bienestar y calidad de vida de los pacientes y sus familias, además de significar un fuerte desafío para el sistema de salud chileno.

II.-) La demostrada eficacia de las intervenciones terapéuticas hace muy costo-efectivo el tratamiento de las enfermedades mentales, con tasas de remisión, recuperación y respuesta similares a las del resto de las patologías médicas.

III.-) Ni el presupuesto sectorial otorgado a Salud Mental ni las coberturas financieras entregadas a los afiliados y beneficiarios del sistema privado de salud, se condicen con la realidad epidemiológica de las afecciones mentales, cuyas prevalencias, costos directos, discapacidad laboral y carga social, económica y familiar, amerita otro trato, al menos semejante al del resto de las patologías médicas y quirúrgicas.

IV.-) No obstante que desde la creación del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, la cobertura financiera y la oportunidad de acceso de las personas afectadas por enfermedades mentales ha mejorado significativamente, también en el sistema privado de salud, aún persisten importantes trabas y limitaciones. Entre las más importantes destacan la escasa cobertura del número anual de consultas psiquiátricas, la exclusión de la hospitalización para los pacientes con Depresión Mayor a partir del segundo año de evolución y la inexistente cobertura para la hospitalización de las personas afectadas por el Trastorno Bipolar.

V.-) En cuanto al funcionamiento general del sistema prestador y asegurador privado de salud, cabe mencionar una problemática de particular relevancia desde la óptica regional, cual es la injustificada derivación de pacientes desde las provincias hacia Santiago, no obstante la existencia de prestadores regionales competentes y a costos competitivos.

Propuestas

- 1.-)** Aumentar y ampliar la cobertura financiera para las prestaciones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, equiparándola a la que gozan el resto de las patologías médicas y quirúrgicas.
- 2.-)** Perfeccionar el sistema de otorgamiento y contraloría de licencias médicas por causa psiquiátrica, respetando la atribución de los especialistas, al amparo de la normativa ministerial vigente.
- 3.-)** Incluir la cobertura financiera de la hospitalización psiquiátrica, en cualquier momento de la evolución de los trastornos, especialmente en episodios críticos y graves, como los son la depresión grave con alto riesgo suicida, los trastornos psicóticos y los episodios maníacos del trastorno bipolar.
- 4.-)** Fomentar el tratamiento local de las enfermedades mentales, aprovechando la capacidad resolutive regional y macro-regional de los prestadores privados instalados.
- 5.-)** Promover la complementariedad público-privada por medio de la compra de servicios a prestadores privados en el ámbito del tratamiento de las enfermedades mentales, especialmente en el nivel regional y macro-regional, aprovechando la capacidad resolutive instalada.
- 6.-)** Promover la redacción de una Ley de Salud Mental que otorgue protección jurídica a las personas afectadas por enfermedades mentales y consagre la paridad de cobertura y trato para las patologías psiquiátricas, garantizando el ejercicio de la salud como un derecho de la seguridad social.

Datos de Contacto

Clínica Collico

Chumpullo S/N – Sector Collico

Valdivia

www.clinicacollico.cl

mail contacto: clinicacollico@gmail.com

Expositores:

Dr. Walter Brokering Alacid

drbrokering@gmail.com

Dra. Bernardita Iglesias Mazuela

berniglesias@gmail.com

Representante Legal

Dr. Tomas Baader Matthei

Dr. Fernando Bertran Vives

Gerencia

Norma Almonacid Moll

Fonos: 63-2-235971 - 63-2-275401

gerencia@clinicacollico.cl