



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



SUBCOMITÉ SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

18.ª sesión, 8-9 de febrero de 1999

Punto 6 del orden del día provisional

MSD18/5 (Esp.)

11 enero 1999

ORIGINAL: ESPAÑOL

LAS NECESIDADES DE LAS MUJERES Y LAS RESPUESTAS DE LA REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD: EXPERIENCIA EN CHILE

SALUD PREVISIONAL Y COBERTURA FEMENINA¹

El Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) de Chile, presenta ante la 18a sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, el resultado del estudio sobre “Salud previsional y cobertura femenina”.

Los antecedentes que se presentan son una síntesis de la Consultoría sobre Salud Previsional y Cobertura Femenina efectuada por el SERNAM durante 1998 correspondiendo a una actualización de lo hecho en 1995 en esta materia y que fuera conocida por el Subcomité en su sesión de abril de 1996 en el marco del convenio de colaboración mutua entre esta Secretaría de Estado y el Ministerio de Salud de Chile, con el fin de contribuir a eliminar las desigualdades e inequidades que se presentan en materias de salud de las mujeres chilenas. Con oportunidad de la reforma del sistema de salud chileno es que esta consultoría plantea las condiciones en que opera fundamentalmente el subsistema privado de salud, ya que el sistema de salud chileno está compuesto por el sector público y el sector privado.

La consultoría ha permitido analizar y buscar algunas alternativas de propuestas para buscar una solución a las inequidades en relación al encarecimiento de la cobertura femenina ya que esta resulta claramente discriminatoria para las mujeres.

Para el SERNAM es importante aportar este estudio a las discusiones del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo.

¹ Presentado por la Sra. Verónica Baez Pollier, encargada del área de salud de SERNAM, en representación de la Sra. M. Josefina Bilbao Mendezona, Directora, SERNAM.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Salud previsional y género	3
2. Costo asociado a la cobertura femenina en el sistema privado de salud previsional chileno	7
2.1 Subsidios públicos que favorecen al sistema privado de salud previsional	7
2.2 Costos directos para las ISAPREs por atención femenina.....	9
3. Posibles puntos de acción legislativa para el mejoramiento de los derechos de los usuarios del sistema privado de salud previsional	12
3.1 Seguro público y seguro privado de salud	13
3.2 Nuevas atribuciones para la Superintendencia de ISAPREs	15
3.3 ¿Es posible impedir la discriminación de la mujeres en el sistema de ISAPREs?.....	16
4. Posibles vías de acción pública alternativas a la regulación normativa para el mejoramiento de los derechos de los usuarios del sistema privado de salud previsional	19
4.1 Un posible abaratamiento de los costos de atención de parto.....	19
4.2 Establecimiento de una posible segmentación de usuarios de los sistemas previsionales de salud	21
5. Conclusiones	22
5.1 Consideraciones para la acción legislativa en el mejoramiento de la cobertura femenina en el sistema de ISAPREs.....	22
5.2 Consideraciones para líneas de acción pública en el mejoramiento de la cobertura femenina en el sistema de ISAPREs	23
Bibliografía.....	27

1. Salud previsional en el sistema privado y género

Las ISAPREs (instituciones de salud previsional) son entidades de carácter privado, que en virtud del principio de “subsidiariedad del Estado” intervienen en el otorgamiento y financiación de prestaciones de salud para sus cotizantes y beneficiarios. En efecto, la Constitución Política instituye la opcionalidad en la elección del proveedor de salud, que se lleva a cabo mediante la decisión de enterar la cotización previsional de salud, obligatoria en el caso de los trabajadores dependientes y voluntaria para los trabajadores independientes, en una institución privada para obtener prestaciones y beneficios de parte de ella según lo acordado en el respectivo contrato de prestación de salud.

En rigor, el sistema privado de salud previsional funciona como un sistema “previsional” sin serlo plenamente, ya que no cumple con los requisitos y principios de la previsión en salud. Es "previsional" porque legalmente se presenta como una de las opciones que debe elegir el trabajador dependiente para destinar la cotización obligatoria equivalente a un porcentaje de su remuneración.

Ahora bien: las ISAPREs, como entidades privadas que son, persiguen rentabilidad buscando el margen más amplio de utilidad por riesgo asumido. Así, rehuyen o encarecen la afiliación de aquellos usuarios/as que pueden resultar más riesgosos por el costo relativo más alto que presentan en su demanda por atención de salud. En este entendido, tres son los elementos que inciden en la determinación de la calidad de cobertura en el sistema privado: la edad, el sexo y el ingreso del cotizante.

Mientras más envejece el cotizante, mayor es el requerimiento de cobertura médica y, por tanto, el costo para el instituto previsional aumenta. Se grava, pues, la afiliación de personas de tercera edad.

A la mujer, a su vez, se le asocia con los costos relativos a la maternidad —subsidio por permisos maternales, licencias médicas asociadas al embarazo y puerperio y atención de parto— enfermedades propiamente femeninas, que derivan de su perfil biológico, y la longevidad más prolongada en ellas, que supone, para las ISAPREs, mantener la cobertura contratada por más tiempo.

Finalmente, el ingreso del cotizante determina la calidad del plan de salud que pueda contratar. En efecto, las ISAPREs operan con una multiplicidad de planes de salud. Cada institución ofrece para la contratación un abanico de fórmulas de diversos precios y cada plan, a su vez, funciona con un arancel determinado, el cual regula la cobertura ofrecida por las ISAPREs según el precio de las prestaciones de salud. Es

posible identificar en cada ISAPREs planes "buenos" y "malos" según la cobertura otorgada al afiliado. De esta forma, el acceso a la cobertura privada depende directamente del nivel de remuneraciones del cotizante.

El Artículo 38 de la Ley 18.933 establece el mecanismo operativo de que disponen las ISAPREs para discriminar aquellos cotizantes por su edad o sexo. Se trata de la facultad para revisar una vez al año los contratos de salud, pudiendo adecuar sus precios, prestaciones convenidas y la naturaleza y el monto de sus beneficios, a condiciones generales entre los afiliados de un mismo plan, excepto en lo que se refiere a las condiciones particulares pactadas con cada uno de ellos al momento de su incorporación. En efecto, el aumento del riesgo se expresa en la prima que la ISAPRE cobra a los afiliados. En rigor, el contrato de salud celebrado incluye una tabla en la que se señala el aumento del precio del plan de salud conforme la edad y sexo de los afiliados y los beneficiarios del plan contratado. Aplicando el factor, resulta aumentado el precio de la cobertura en proporción al sexo, edad y número de beneficiarios del plan.

La ley no obliga a la ISAPREs a mantener el mismo nivel y carácter de atención médica en forma permanente, entregándole la facultad de modificar totalmente los contratos de salud en lo referente a subir los precios, cada vez que la institución considere que el/la afiliado/a representa un costo mayor que el previsto al momento de su afiliación; ya sea por su sexo, edad o número de cargas. La ley solo le impone a la ISAPRE una única limitación en este proceso de revisión: no discriminar entre los afiliados de un mismo plan, salvo respecto de las condiciones particulares pactadas con cada uno de ellos, y las adecuaciones no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado.

De esta forma, cada afiliado/a al sistema privado sostiene con su propia cotización el riesgo que representa para el asegurador, lo que se traduce en situaciones de sobreseguro y subseguro. En efecto, un hombre joven, soltero, profesional y sano está en condiciones de acceder a un nivel de seguro muy superior a sus necesidades y, a la vez, una madre debe apoyar por sí sola el aumento de riesgo que significa los costos asociados a atenciones vinculadas a la maternidad. De la misma forma, en la tercera edad el riesgo y el requerimiento de atención aumentan y los propios afiliados/as deben apoyar con sus propias cotizaciones este aumento y, por ende, el alza de la póliza. Así, el sistema no prevé norma alguna ni mecanismos que permitan una redistribución de los riesgos al interior del asegurador, un equilibrio de los riesgos de todos los afiliados.

Pero tratándose de la cobertura femenina en el sistema privado de salud previsional, las mujeres no solo son discriminadas durante la vigencia de su filiación a la entidad privada en virtud de la discriminación permitida legalmente, sino que al acceder

al sistema deben dar apoyo a tarifas más altas, en atención al riesgo más alto que representan para el asegurador privado, habida cuenta de los costos médicos atribuidos en exclusiva a las mujeres: costos de maternidad y enfermedades propiamente femeninas.

Con todo esto, resulta procedente que cualquier otra razón pueda ser considerada para modificar el plan de salud ante el incremento del riesgo; esto es el posible aumento en el requerimiento de prestaciones de salud: exceso en la atención requerida, e incidencias de enfermedades anteriores.

La variable género opera aquí, evidentemente, contra la mujer; se encarece directamente su cobertura previsional adjudicándole exclusivamente el costo de la reproducción, en razón a que ello es de interés y responsabilidad social y no solo de la madre.

La Ley 19.381 sobre reforma al sistema privado de salud previsional de mayo de 1995, no modificó sustancialmente este punto. La facultad de las ISAPREs para revisar anualmente el precio del plan de salud se mantuvo intacta, empero se estableció que el plazo para notificar al afiliado de esta modificación ya no será de 30 días, sino de dos meses.

Se añadió además que si el afiliado rechaza las modificaciones propuestas por las ISAPREs a su plan, la institución deberá ofrecerle la contratación de un nuevo plan, el cual deberá mantener la relación de precios por sexo y edad establecida en el contrato de salud original. Si el plan no reúne estas condiciones de equivalencia, el afiliado podrá recurrir ante la Superintendencia de ISAPREs.

Como puede verse, en este punto la reforma mantuvo inalterable el principio de discriminación permitida según el grado de riesgo que presente el/la afiliado/a, sobre el que se edifica la actividad de las ISAPREs.

Cabe aquí mencionar algunas consideraciones sobre el rol normativo del Estado en materia de salud previsional. A la autoridad pública le corresponde, por mandato constitucional, la coordinación y control de las acciones de salud, velando porque ellas efectivamente den cumplimiento a la garantía constitucional del libre e igualitario acceso a la salud (Artículo 19, No. 9). Dicho control se lleva a cabo por medio de la reglamentación legal y reglamentaria y a través de los organismos fiscalizadores, como es la Superintendencia de ISAPREs.

Ahora bien, la original vocación protectora de la legislación laboral y del sistema de Seguridad Social se acentúa aún más tratándose de trabajadores cuya condición les expone particularmente a recibir un trato desigual. Tal es el caso, en materia laboral, de

las madres trabajadoras, respecto de las cuales la ley debe garantizar la mantención de la relación laboral durante el período previo al parto y el inmediatamente posterior; asegurar el subsidio por maternidad como instrumento para la continuidad salarial y otorgar los permisos vinculados al cuidado y alimentación de los hijos pequeños.

En materia de seguridad social, se trata de garantizar el acceso a la atención de salud integral precisamente a aquellos que no pueden proveérsela por sus propios medios. A mayor abundamiento, se trata de cubrir todos los riesgos sociales, esto es, los eventos de siniestralidad que son responsabilidad de la sociedad en su conjunto: enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, desempleo, maternidad, cargas familiares, vejez y muerte.

Sin embargo, estos principios básicos que han fundamentado la construcción del sistema protector laboral y social, se han enriquecido con nuevas concepciones que incorporan otros objetivos. Así, y a partir del amplio reconocimiento de las declaraciones internacionales de derechos fundamentales, hoy se trata de que el ordenamiento laboral y previsional cautele el acceso igualitario al trabajo y a la cobertura previsional de hombres y mujeres. Se trata de garantizar a los sujetos más expuestos a prácticas discriminatorias, que en materia laboral y previsional suelen ser las mujeres, un acceso igualitario al empleo y a las garantías sociales.

En otros términos, ya no se trata de facilitarle a la mujer la ejecución de su rol tradicional sino de reorientar el sistema normativo hacia la distribución equitativa de las responsabilidades familiares para garantizar así la igualdad de oportunidades y el acceso equitativo al empleo y la seguridad previsional entre hombres y mujeres.

Para ello, es necesario apuntar hacia las responsabilidades familiares compartidas, el cuidado infantil y el rol social de la reproducción humana, lo que en materia laboral supone tender a compartir socialmente las cargas que tradicionalmente se entendieron como de exclusiva responsabilidad femenina, y en materia previsional a garantizar un acceso equitativo de las mujeres a las atenciones de salud. Esto, obviamente, se traduce en un desafío de equidad respecto del actual funcionamiento de las ISAPREs referido a la cobertura femenina.

Bajo estas premisas, las acciones de las ISAPREs respecto a encarecer la cobertura femenina resultan claramente discriminatorias: se parte del supuesto de considerar que la atención médica femenina, en todas las etapas de su ciclo vital, es más cara que la del hombre, considerando como factor diferenciador principal la función reproductiva de la mujer.

2. Costo asociado a la cobertura femenina en el sistema privado de salud previsional chileno

Desde la óptica de las ISAPREs es lugar común afirmar que ellas financian totalmente todas las prestaciones de salud de sus afiliados. Sin embargo, el sistema privado de salud previsional ha sido beneficiado con varios subsidios públicos —formales unos, fácticos otros— que han creado una convivencia desigual con el sistema público, de ventaja para las ISAPREs.

Es necesario distinguir claramente los puntos de atención médica femenina cuya cobertura está subsidiada por el Estado de aquellos que son apoyados enteramente por las ISAPREs, en aras de definir unívocamente el real costo mayor asociado a la salud femenina, que sirve, precisamente, como fundamento para que las ISAPREs encarezcan esa cobertura.

2.1 *Subsidios públicos que favorecen al sistema privado de salud previsional*

2.1.1 *Ley 18.418: El traspaso del financiamiento de los subsidios de reposo maternal al Fisco*

Para efectos de facilitar el acceso de las mujeres al sistema privado de salud se optó por traspasar a un fondo público el financiamiento de los subsidios de reposo maternal. Se derribaba así una barrera que dificultaba la afiliación de las mujeres al sistema privado.

En virtud de la Ley 18.418 del 11 de julio de 1985, el pago de subsidios correspondientes a reposos maternos y permisos por enfermedad del hijo menor de un año, fueron asumidos por el Estado. Solo se mantuvieron a cargo de las ISAPREs los subsidios correspondientes a los descansos pre y posnatal complementarios.

Este subsidio estatal permitió a las ISAPREs disminuir las prácticas discriminatorias contra las mujeres, ya que al abaratare los costos de la cobertura femenina fue posible considerarlas como personas cuya afiliación resultaba conveniente e incorporarlas, por tanto, al sistema privado.

Sin embargo, el sistema mantuvo mecanismos diferenciadores por sexo a la hora de otorgar los planes de salud respectivos, lo que le permite a las ISAPREs desincentivar la afiliación de aquellas personas que son consideradas con mayor riesgo por su aparente costo mayor en las prestaciones médicas que demandan.

2.1.2 *Ley 18.566: El 2% de cotización adicional para afiliados a las ISAPREs*

La Ley 18.566 del 30 de Octubre de 1986, otorgó mayor laxitud al derecho de opción de los trabajadores para incorporarse al sistema privado de prestaciones médicas, estableció que los trabajadores dependientes tenían derecho a solicitar a sus empleadores que dedujeran, en su nombre, una cotización adicional de hasta 2% de sus remuneraciones imponibles en la ISAPRE en que estuvieren afiliadas. Tal cantidad podía ser descontada por las empresas de su declaración a la renta, lo que disminuía el nivel de impuesto a pagar.

Este fue el segundo subsidio que aprovechó el sistema privado a efectos de facilitar el ingreso de trabajadores al sistema privado que en principio eran rechazados por no ser rentables para las ISAPREs. Sin embargo, cifras actuales demuestran que este aporte estatal no siempre se tradujo en un real acceso a mejores niveles de atención para los afiliados al sistema privado. Muchos trabajadores incorporados al sistema en virtud del 2% de cotización adicional no reunían suficiente ingreso como para optar a buenos planes de salud, por lo que solo accedían a aquellos de más baja calidad, lo que suponía, en la práctica, acudir al sistema público a la hora de requerir atenciones de mayor envergadura o complejidad. De esa forma, el subsidio formal del 2% aumentaba por medio de la atención cruzada.

El proyecto legislativo de reforma al sistema público de salud, presentado a la Cámara de Diputados para su tramitación parlamentaria en el mes de enero del presente año, prevé la derogación del 2% adicional de cotización para las ISAPREs.

Para fundamentar tal iniciativa, se afirma que se trata de un mecanismo de efecto regresivo. En efecto, al establecer la cotización adicional como un porcentaje de la renta imponible de cada trabajador, los cotizantes de menores ingresos reciben un aporte inferior al de aquéllos de rentas más altas. De allí que, como señaláramos más arriba, los cotizantes de ingresos más bajos del sistema privado no pueden apoyar los copagos que estipulan sus planes, acudiendo al sistema público para atenciones de mayor complejidad.

Asimismo, se indica que el subsidio en sí mismo importa la aplicación de un principio discriminatorio respecto de los cotizantes del sistema estatal excluidos del subsidio, y al interior del propio sistema privado, respecto de los trabajadores independientes que están marginados del subsidio.

El proyecto legislativo en cuestión propone la derogación inmediata del 2% de cotización adicional para las afiliaciones al sistema privado a partir de la fecha de

publicación de la ley respectiva; y su eliminación gradual para los actuales cotizantes en un plazo de cuatro años y medio, mediante rebajas periódicas del porcentaje adicional de cotización.

2.1.3 *Subsidio “cruzado” de atención*

El Artículo 26 de la Ley 18.469 permite que las personas no beneficiarias del sistema público de salud porque cotizan o se benefician del sistema privado, puedan recibir atención médica en servicios de modalidad institucional, ya sea en casos de urgencia, ausencia o insuficiencia de la especialidad o bien por ausencia o escasez de servicios profesionales en la especialidad que se trate.

Las ISAPREs otorgan la mayor cobertura especialmente en prestaciones médicas de carácter curativo —por ser, precisamente, las de menor valor. El seguro privado de salud disminuye, por tanto, en proporción directa al aumento del grado de complicación y costo de la atención requerida, lo que traslada, en la práctica, gran parte de la atención de segundo o tercer nivel a centros asistenciales públicos que resultan más baratos que los centros médicos privados. Así, resulta que cotizantes de ISAPREs concurren a atenderse en centros asistenciales públicos debiendo la entidad privada otorgar el porcentaje de cobertura sobre el valor de esa atención.

Actualmente se está aplicando un proceso de modernización del sistema público, que se ha traducido básicamente en perfeccionar los mecanismos informáticos y de identificación de los pacientes de los centros de atención pública —a base de exhibición de credencial o carnet de identidad y comprobando la afiliación del/a usuario/a en una base computacional actualizada. De esta forma se pretende que la rebaja del arancel por la atención recibida sea aprovechada exclusivamente por los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA), y que por tanto los beneficiarios del sistema privado que se atiendan en centros públicos se les aplique el arancel completo. Con ello se ha logrado regular la atención en servicios de salud de los afiliados a ISAPREs, mantener un control del número de afiliados al sistema público y de sus cotizaciones, y tender a que las ISAPREs efectivamente otorguen prestación sobre el valor real de las atenciones recibidas por sus beneficiarios.

2.2 *Costos directos para las ISAPREs por atención femenina*

2.2.1 *Subsidio por permiso maternal suplementario*

La Ley 18.418 que traspasó al Fisco el financiamiento de los subsidios de reposo maternal mantuvo, sin embargo, como cargo de las ISAPREs los subsidios especiales por permisos suplementarios en los períodos pre y posnatal; esto es, los que corresponden si

durante el embarazo se produce enfermedad, como consecuencia de éste, antes del inicio del descanso prenatal o bien si el alumbramiento produce enfermedad que impida a la madre regresar al trabajo una vez cumplido el descanso posnatal.

2.2.2 *Atención del parto*

La Ley 18.469 de noviembre de 1985 establece aquellas prestaciones de salud mínimas y obligatorias para las ISAPREs, que están obligadas a otorgarlas sin cobrar un pago adicional sobre la cotización del afiliado.

Respecto de la maternidad, estas prestaciones mínimas incluyen la protección del embarazo y hasta el sexto mes después del parto y la atención del recién nacido hasta los seis años, pero no a la atención del parto, la que entonces queda sujeta a la cobertura convenida en el plan de salud.

La práctica de las ISAPREs solía ser la de incluir en el “período de espera” a la atención de parto otorgando cobertura proporcional desde el momento de la afiliación según el tiempo que restaba para el alumbramiento.

Esta práctica fue elevada a la categoría de obligatoria por la Ley 19.381 de reforma del sistema privado, al establecer que en el contrato de salud debía estipularse la cobertura proporcional del parto según el período que restase para que acaeciera el nacimiento.

2.2.3 *Licencias médicas por enfermedad*

El otorgamiento de licencias médicas es un instrumento de prestación monetaria que le permite a los trabajadores imposibilitados temporalmente de trabajar por razones de salud una relativa continuidad salarial. Tal prestación está a cargo del instituto de salud previsional del/la trabajador/a afectado/a, ya sea FONASA o ISAPREs.

El régimen de otorgamiento de licencias médicas le permite a las ISAPREs funcionar sobre criterios restrictivos, concediendo amplios instrumentos para restringir, reducir y, en último caso, invalidar las licencias médicas.

El Decreto Supremo No. 3 de 1984 estableció la normativa para la tramitación y concesión de las licencias médicas, tanto en el sistema público como en el privado, pero excluyó referirse a los criterios que deben ser considerados por las instituciones de salud para rechazar o reducir las licencias solicitadas por los usuarios, lo que deja el campo

abierto para que las ISAPREs, bajo la premisa de restringir lo más posible el costo asociado a la cobertura de sus afiliados, apliquen un criterio restrictivo para acortar o rechazar indebidamente las licencias.

Sumado a esto, la Ley 19.381 de reforma del sistema privado de salud entregó a la Superintendencia de ISAPREs la fiscalización de los “aspectos procesales” de reclamación por el rechazo o reducción de licencias médicas, pero al mismo tiempo negó el otorgamiento a la misma autoridad de atribuciones médicas para controlar los aspectos médicos de las prestaciones otorgadas por el sector privado. De esta forma, el órgano fiscalizador no tiene facultades para pronunciarse sobre si el rechazo que las ISAPREs hagan de las licencias médicas solicitadas se sujeta o no a criterios terapéuticos.

Durante el gozo de la licencia médica, el Decreto Supremo No. 3 faculta a las ISAPREs para revisar la efectividad del reposo médico a través de visitas domiciliarias para comprobar la enfermedad de los trabajadores. Si la ISAPRE considera que el/la trabajador/a no está cumpliendo con el reposo adecuado puede anular de inmediato la licencia.

Cualquier reclamación sobre el rechazo de licencias médicas debe hacerse ante la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), la que se pronunciará sobre la tramitación de la licencia médica que hizo la ISAPREs respectiva. Así, la legislación permite que las ISAPREs posterguen el aprovechamiento de las licencias dejando en manos del trabajador afectado el deber de obtener la fiscalización de los órganos públicos mediante reclamación posterior dentro del plazo respectivo.

El control de la legalidad de los actos de las ISAPREs no debiera depender de la acuciosidad o disponibilidad de medios de información a los que puedan acceder las personas individualmente afectadas, sino que debe aplicarse de manera preventiva sobre dichas instituciones.

Los costos específicos de cobertura femenina que deben ser directamente apoyados por las ISAPREs. Se trata principalmente de prestaciones vinculadas a la maternidad, salvo el otorgamiento de licencias médicas, que las ISAPREs afirman aumentan respecto de las mujeres por su grado de morbilidad, vinculado la más de las veces a la función reproductiva o al cuidado de los hijos, aun cuando el subsidio correspondiente al permiso por enfermedad de hijo menor de un año sea público.

Respecto de la atribución exclusiva a la mujer del costo adicional por las atenciones de parto es preciso analizar posibles mecanismos que permitan distribuir ese costo de forma más equitativa.

3. Posibles puntos de acción legislativa para el mejoramiento de los derechos de los usuarios del sistema privado de salud previsional

Corresponde ahora abordar el análisis de eventuales reformas legales al sistema previsional privado de salud como instrumentos utilizables para lograr el mejoramiento de los derechos de los usuarios del sistema privado, y previendo, en lo posible, su impacto sobre los costos del sistema.

A modo introductorio, es necesario recordar que para llegar a la actual fisonomía normativa del sistema privado de salud previsional hubo que recorrer un largo trayecto, plagado de modificaciones legales y reglamentarias, que muchas veces desandaron camino, volviendo a disposiciones vigentes de años atrás y otras que innovaron substancialmente todo el sistema.

El sistema privado tuvo su primer reconocimiento legal con la aplicación del Decreto Ley 3.500 del año 1980, regulador del nuevo sistema previsional, que estableció en su artículo 84 que los trabajadores dependientes podrían aportar su cotización de salud obligatoria, o una superior voluntaria, a una institución o entidad privada, distinta de FONASA, que otorgara al trabajador las prestaciones y beneficios de salud.

Posteriormente, la reglamentación del recién creado sistema privado de salud previsional se llevó a cabo con el Decreto con Fuerza de Ley No. 3 del año 1981, que procedió a organizar el sistema, implementándolo a través de las ISAPREs, bajo un régimen básicamente convencional: la cobertura de prestaciones y beneficios de salud quedaba entregada a la celebración de un contrato de salud entre el afiliado y la ISAPRE, bajo cláusulas de mención obligatoria y determinados límites legales a la autonomía de las partes.

La Ley 18.469 del año 1985 y su reglamento aprobado por Decreto Supremo del mismo año, instituyó el nuevo régimen de prestaciones de salud, derogando así el antiguo estatuto de la Ley 6.174 de 1938 que establecía el sistema de medicina preventiva. En esta ley se establecieron las prestaciones de salud mínimas que las ISAPREs están obligadas a otorgar sin cobrar un pago adicional sobre la cotización del/a afiliado/a.

En 1990 se promulgó la Ley 18.933 reguladora del sistema privado, cuerpo legal actualmente vigente, que creó la Superintendencia de ISAPREs como órgano público encargado del control y fiscalización de las instituciones de salud previsional. También perfeccionó la regulación de los contratos de salud y prestaciones financiadas por el sistema privado.

Finalmente, en 1995 se publicó la Ley 19.381 de reforma del sistema privado de salud, que perfeccionó algunos derechos de los usuarios y reguló materias tales como nuevas atribuciones de la Superintendencia, la propiedad de los afiliados sobre los excedentes de la cotización legal respecto del plan de salud convenido, el reforzamiento del acceso de los usuarios a la información, regulación de los límites de cobertura, las exclusiones y otros.

Siendo esta la actual situación normativa a la que se somete el sistema privado de salud, se analizan aquellos tópicos que han resultado relevantes en el funcionamiento de las ISAPREs, como puntos neurálgicos a considerar para cualquier intento legislativo de mejorar los derechos de los usuarios del sistema, partiendo de la base que no cualquier modificación sobre los derechos generales de los usuarios tendrá necesariamente efectos de mejoramiento para la cobertura femenina en el sistema.

Es necesario tener presente que cualquiera iniciativa modificadora del sistema privado tendrá su correlativo en el aumento de los costos de operación de las ISAPREs, lo que redundará sin duda en nuevas trabas de acceso al sistema, ya sea mediante el aumento del precio de los planes de salud comercializados o una reducción proporcional de la cobertura ofrecida. Se trata pues de prever, en cada caso, el posible impacto que cada iniciativa modificadora tendría sobre el esquema de funcionamiento del sistema.

3.1 *Seguro público y seguro privado de salud*

Si bien las ISAPREs constituyen un subsistema previsional que, junto a FONASA, se encargan de otorgar —ya sea mediante atención directa o su financiamiento— las prestaciones médicas previsionales, en la práctica, funcionan como un seguro privado de salud.

En efecto, el sistema privado de salud previsional funciona sobre una base contractual irrefutable, que entrega a la voluntad de las partes la libre determinación del conjunto de prestaciones y beneficios de salud que otorgará la ISAPRE. No se trata, por tanto, de otorgar beneficios de salud uniformes, universales, continuos y suficientes, sino solo aquellos cuyo precio pueda ser financiado por la cotización obligatoria o adicional del afiliado, y según el perfil de morbilidad que presente, lo que le permite a la ISAPRE calificarlo como un usuario/a rentable o no según la apreciación del costo que puede significar su afiliación. De allí que el sistema funcione con carencias de cobertura, exclusiones explícitas y enfermedades preexistentes.

Por añadidura, el sistema de ISAPREs convive con FONASA presentándose como un alternativa de mayor eficiencia y calidad que éste; sin embargo, en la práctica el sistema público actúa como un reasegurador, ya que cubre a todas aquellas personas que

son parcial o totalmente discriminadas por el sistema privado, en atención al riesgo que presentan. Aún más, los hospitales públicos asumen la atención de los usuarios de seguros privados que enfrentan copagos elevados cuando requieren atención.

Por lo pronto, la particular coexistencia entre el sistema público de seguro de salud y sistema privado ya ha sido abordada en acciones que apuntan a poner término a los subsidios que aprovecha el sistema privado y que le ponen en ventaja respecto del público. A ello responden las iniciativas de FONASA para prevenir el subsidio de atención cruzada y el proyecto de ley que deroga el 2% adicional para cotizantes del sistema privado.

Pero además, se ha discutido la necesidad de reestructurar el modelo del sistema previsional, articulado actualmente sobre la competencia de prestadores múltiples. La alternativas apuntan a diseñar un “plan básico o cobertura universal garantizada” que cubriría a toda la población. Se trata de garantizar una cobertura general suficiente y, a la vez, compatibilizarlo con la libertad de elección entre aseguradores.

Una primera alternativa apunta a diseñar un seguro público que otorgue un plan básico, cuyo financiamiento correspondería a las cotizaciones obligatorias de salud y a los aportes del Estado, sujeto a la administración de un único asegurador. De esta forma, se constituiría una franja de seguridad social común para toda la población, sobre la cual podrían operar las coberturas adicionales privadas, financiadas directamente por los interesados o mediante contrataciones colectivas. Esta iniciativa supone que las ISAPRES o aseguradores privados dejen de percibir la cotización obligatoria y solo se financien con las adicionales que individualmente o colectivamente se establezcan.

La variante de esta propuesta consiste en dividir el plan básico de salud en dos franjas, la primera referida a las patologías frecuentes y comunes, financiada con cotizaciones obligatorias y subsidios estatales, donde compitan múltiples aseguradores públicos y privados, y una segunda franja de reaseguro explícito a cargo de las patologías catastróficas, bajo administración de un único asegurador, financiado con un porcentaje de los recursos de cada asegurador. La existencia de la franja de plan común otorga un “piso” de cobertura para toda la población y determina el ámbito donde competirían seguros múltiples.

Estas iniciativas podrían resultar interesantes como instrumentos para disminuir las desigualdades de precio para las coberturas femenina y masculina en el actual esquema del sistema privado, sobre todo el diseño de un plan de salud básico sobre el cual pudieran contratarse seguros privados complementarios de libre elección.

Al existir un plan único garantizado para todos y cuyo financiamiento estuviera constituido por todas las cotizaciones obligatorias de salud y aportes del estado, se trataría

de un fondo común destinado a financiar todas las prestaciones médicas y por tanto no cabría, dentro de este plan único generalizado, distinciones de riesgo de morbilidad según edad o sexo del/la usuario/a. La premisa del sistema, bajo este esquema, pasaría a ser la solidaridad entre los niveles de ingresos; entre jóvenes y ancianos; entre sanos y enfermos; y, lo que es más importante para nosotros, apuntaría a una distribución entre toda la sociedad de los costos de la reproducción humana.

Fuera de este informe sobre alternativas de modificación al sistema previsional de salud en su conjunto, no se han podido recabar, en el transcurso de esta consultoría, otras iniciativas que apunten en la misma dirección.

3.2 *Nuevas atribuciones para la Superintendencia de ISAPREs*

Nos interesa analizar la promulgación de nuevas facultades de fiscalización y control para la Superintendencia, como instrumento para el mejoramiento de los derechos de los usuarios del sistema privado.

La ley de ISAPREs es significativamente escueta en dos aspectos básicos, consustanciales a todo sistema de seguro de salud de carácter previsional. No establece la obligación de las ISAPREs a otorgar un nivel mínimo de prestaciones, esto es, una cobertura mínima regulada. Además, al no establecer mecanismo alguno de redistribución de los riesgos entre todos los afiliados al sistema, permite situaciones de sobreseguro y subseguro según el grado de riesgo que presentan cada uno de los afiliados, lo que se traduce en discriminaciones para aquellas personas que presentan un mayor grado de riesgo.

En este marco, las atribuciones de la Superintendencia de ISAPREs se restringen al marco legal vigente; no detenta atribuciones para pronunciarse o emitir instrucciones sobre el contenido material de las prestaciones financiadas u otorgadas a los beneficiarios del sistema. Se trata más bien de controlar la legalidad de los planes de salud comercializados por las ISAPREs, esto es, velar porque cumplan con los requisitos establecidos legalmente.

El perfeccionamiento de las actuales atribuciones de fiscalización de la Superintendencia, si bien no pareció un tema especialmente relevante a la época en que se discutieron los proyectos de reforma del sistema privado, sí lo es en el contexto actual en que las ISAPREs tienden a celebrar con sus afiliados planes cerrados o semicerrados de cobertura médica, esto es, que contienen un conjunto de prestaciones otorgadas por un prestador único o preferente.

Se trata de la tendencia a proponer un plan de salud que incluye cobertura para todas las prestaciones que se otorguen en un determinado centro de atención de salud, lo que supone una rebaja en los costos de atención para las ISAPREs. Si bien ello redundaría en una disminución del copago para el usuario también limita su libertad de elegir el prestador de salud.

Bajo esta modalidad, parece evidente que debe entenderse la identificación del prestador ya no como una persona natural o jurídica cualquiera a la cual pueda acudir el usuario —caso en el que la ISAPRE es mera intermediadora, encargada del pago de un servicio otorgado por un tercero— sino como parte integrante del plan de salud celebrado, con lo cual la identificación del prestador de salud se incorpora como elemento al contrato de salud.

De esta forma, podría afirmarse que las ISAPREs, en cumplimiento de un plan de salud cerrado o semicerrado, deben garantizar un mínimo de calidad en las prestaciones otorgadas por el centro de atención único o preferente del plan contratado, lo que supone, por tanto, una fiscalización sobre el contenido y calidad de dichas prestaciones.

Por otra parte, se afirma en la Superintendencia la conveniencia de introducir legalmente la aprobación previa del órgano fiscalizador de los planes de salud antes de que sean comercializados por las ISAPREs, lo que permitiría un control de legalidad previo al ofrecimiento de la contratación al público. De esa forma, se fortalecería la tarea de la Superintendencia de velar por los derechos de los afiliados al sistema.

Este reforzamiento de las facultades contraloras de la Superintendencia redundaría en un funcionamiento más transparente y claro de las ISAPREs, al exigir la aprobación previa de los planes de salud o detentando el control sobre la calidad y naturaleza de las prestaciones otorgadas en planes de salud cerrados o semicerrados.

Sin embargo, nada de esto supondría mejorar la situación particular de las mujeres en el sistema privado. Las ISAPREs, evaluando el grado de morbilidad atribuida a las mujeres, seguiría encareciendo la cobertura femenina respecto de la masculina.

3.3 *¿Es posible impedir la discriminación de las mujeres en el sistema de ISAPREs?*

El sistema privado de salud previsional, estructuralmente considerado, no permite una reforma parcial que suponga el fin al tratamiento diferenciado de la cobertura femenina. El propio diseño del sistema establece que las ISAPREs no dejarán de considerar a la mujer como de más alto riesgo en lo que atención médica se refiere, en

atención a que ellas requieren de más atención médica por su perfil de morbilidad y por su vejez más prolongada, y porque se le hace exclusivamente responsable del costo de las atenciones vinculadas al parto.

En otros términos, bajo el actual esquema de funcionamiento de las ISAPREs no es posible obtener una cobertura igualitaria para hombres y mujeres habida cuenta que el sistema funciona mediante previsión de riesgo de morbilidad.

Parece incontrarrestable que, hasta la tercera edad, la cobertura de salud de la mujer resulta más cara que la masculina, lo que no puede ser subsanado sin ayuda de subsidios. Por añadidura, el tiempo de sobrevida en las mujeres es mayor que el masculino lo que supone un lapso mayor de atención que debe ser cubierta por el sistema.

Sin embargo, tratándose de los costos de maternidad cargados exclusivamente a la mujer, sí es posible afirmar que se trata de una práctica discriminatoria basada en apreciaciones de género que generan menoscabo a las mujeres. En efecto, la variable género opera aquí, evidentemente, contra la mujer; se encarece directamente su cobertura previsional adjudicándole exclusivamente el costo de la reproducción, en razón a que ello es de interés y responsabilidad social y no solo de la madre.

Debiera, por tanto, tenderse a la redistribución de los costos por cobertura de las prestaciones vinculadas a la maternidad, a efectos de que toda la sociedad se haga cargo de la reproducción, ya sea constituyendo un fondo separado constituido con aportes de todos los afiliados al sistema o un porcentaje adicional de cotización para todos los afiliados a ISAPREs.

Es posible concebir la idea de introducir un fondo solidario específico para financiar las prestaciones de maternidad, administrado separadamente, de financiamiento igualitario para todos los afiliados del sistema, siguiendo la premisa de apoyar solidariamente los costos de la reproducción entre todos los afiliados, idea que ya ha sido planteada por el SERNAM respecto de la iniciativa de ampliación del beneficio de sala cuna bajo la fórmula de financiamiento tripartito.

De esta forma, las distancias entre cobertura femenina y masculina en el sistema privado disminuirían, pero no terminarían. Se trataría de poner fin al trato diferencial de que son objeto las mujeres al atribuirse solo a ellas la carga de los costos de la reproducción humana, pero ello no impediría que siguieran funcionando los factores diferenciadores según grado de morbilidad y vejez más prolongada de las mujeres.

Resulta interesante mencionar ciertas prácticas de las ISAPREs que ya promueven una distribución compartida de los costos de maternidad. Se trata de los llamados “planes

matrimoniales o compensados” de cotización compartida entre cónyuges para cobertura familiar, que ofrecen las ISAPREs, pero que es discutible si generan excedentes para los afiliados. Como puede verse, se trata de planes de financiamiento compartido que no disminuyen el costo adicional de la cobertura femenina sino lo distribuyen más equitativamente en el ingreso familiar.

Del mismo modo, también se encuentran planes de salud que no incluyen cobertura de parto, diseñados para mujeres que ya no están en edad fértil o bien estándolo, se programan para postergar la maternidad. En esos casos, se disminuye el costo de la cobertura mediante el expediente de sacar prestaciones —en este caso el parto. Estas iniciativas de las ISAPREs, ejemplo claro de su capacidad para diversificar su producto y adaptarse rápidamente a nuevas condiciones, pueden apreciarse como un avance, sin embargo insuficiente en la mejora de un esquema estructuralmente pensado para la diferenciación según costos asociados a la maternidad. El parto se sigue considerando como un factor que encarece exclusivamente la cobertura femenina.

Respecto de las usuarias del sistema privado es habitual alegar, por parte de las ISAPREs, la utilización indiscriminada del mecanismo de licencias médicas como un subsidio de facto para permitirle a la madre el cuidado de los hijos.

El tema de licencias médicas es complejo y supera, con mucho, la temática particular de las mujeres. Ya se hizo referencia en el primer informe preliminar de esta consultoría, a que el control sobre la legalidad de la aceptación o el rechazo de licencias por parte de las ISAPREs queda actualmente sujeto a la eventual reclamación del/la afectado/a ante el COMPIN.

En la práctica, para las ISAPREs, la decisión sobre la licencia médica presentada por un/a usuario/a supone comprobar la idoneidad de la opinión del médico tratante mediante el dictamen de un médico que no revisa al paciente, lo que resulta cuestionable. Por añadidura, el reglamento regulador de la concesión de licencias médicas —Decreto Supremo No. 3 de 1984— permite un amplio control por parte de la entidad previsional, en este caso las ISAPREs, para controlar la eficacia del descanso durante la licencia, sin importar, en los hechos, la real naturaleza del reposo terapéutico que se trata, evacuando el rechazo de la licencia si el/la trabajador/a, a juicio de la ISAPRE, no guarda el descanso debido.

Pero a su vez, el exceso de utilización de licencias médicas supone también una alteración de su objetivo natural, cual es servir de prestación monetaria para asegurar la continuidad salarial del trabajador impedido de trabajar por razones de salud.

En la práctica, las ISAPREs suelen funcionar con la fijación de un monto máximo mensual por subsidio de licencias médicas, tendiendo a la rebaja de aquellas cuya duración les excede del límite fijado.

Resulta evidente la dificultad de proponer una reforma adecuada al sistema de otorgamiento de licencias médicas. Es indiscutida la necesidad de ordenar la repartida reglamentación del otorgamiento de licencias médicas, reorientando el control sobre la legalidad de las instituciones privadas de salud. Pareciera razonable además, volver al planteamiento de reforzar las atribuciones para la Superintendencia, ahora referidas a la calificación de la decisión de las ISAPREs que deniegan o rebajan las licencias médicas de sus usuarios.

4. Posibles vías de acción pública alternativas a la regulación normativa para el mejoramiento de los derechos de los usuarios del sistema privado de salud previsional

En este capítulo se trata de exponer, a título ejemplar, posibles líneas de acción pública que pudiera emprender el SERNAM, paralelas a eventuales iniciativas legales, para el mejoramiento de la cobertura femenina en el sistema privado de salud previsional.

Trataremos de exponer esquemáticamente, aquellas iniciativas que, no importando la presentación de proyectos de modificación legal, pueden tener un efecto positivo en la supresión o limitación de las conductas discriminatorias contra las mujeres en el sistema de ISAPREs.

Se hace inevitable incorporar la mejora de la cobertura femenina al tema general del perfeccionamiento de los derechos de todos los usuarios del sistema privado de salud previsional. En efecto, lo referido exclusivamente a mejorar la situación de las mujeres tiene relación con la disminución de los costos de atención de parto y la provisión de un fondo solidario para cubrir la atención médica de maternidad. Pero los otros tópicos que nos interesan —cobertura en la tercera edad, acceso a información, valorización de planes de salud y otros— aluden a mejorar la situación general de todos los usuarios del sistema privado y, con ello, también el de las afiliadas al sistema.

4.1 Posible abaratamiento de los costos de atención de parto

No es difícil deducir de la práctica sostenida de las ISAPREs que consideran el parto como una atención de salud que necesariamente requiere de la intervención de un médico, independientemente de la participación de otros facultativos como la matrona o la enfermera.

Tal acierto no necesariamente se fundamenta en requerimientos de salud o de buen resultado del procedimiento de atención del parto, sino en el establecimiento de premisas económicas a la hora de fijar el valor de las prestaciones recibidas por las usuarias del sistema privado.

En efecto, en rigor procede distinguir la atención médica como una prestación específica de salud y no como la forma genérica de otorgar atención de salud. Mientras no se registre morbilidad en el procedimiento respectivo, la intervención de un médico no debiera ser necesariamente indispensable.

De esta forma, distinguiendo entre “prestación de salud”, que puede ser suministrada por cualquier miembro de un equipo de salud —enfermera, matrona— y “prestación médica”, entendiéndolo por tal la estrictamente a cargo de un médico, es posible conseguir el abaratamiento de los costos de atención de parto que consideran las ISAPREs para determinar el trato diferencial en el acceso y cobertura a las mujeres en el sistema privado.

Sería posible afirmar que no necesariamente se requiere la presencia de un médico para realizar un procedimiento normal de parto. Se trataría de una prestación de salud de menor valor que el que le asignan las ISAPREs. Luego, el monto de los costos asociados a la maternidad disminuiría significativamente.

Es posible, por tanto, pensar en el diseño de planes de salud ofrecidos por las ISAPREs que propongan alternativas a la atención de parto, una que considere la conformación del equipo facultativo a cargo del procedimiento ordinario sin la participación de médico y otra que sí la incluya, dejando a salvo, en la primera opción, la intervención médica si el caso lo amerita. En esta última circunstancia, el plan de salud respectivo debería prever esa intervención médica de emergencia por separado, y no como un costo añadido a todo evento a la atención de parto.

La principal objeción a esta iniciativa es que no debe olvidarse que la disminución de los costos de la atención no debe afectar a la salud, lo que llevaría a afirmar que el riesgo durante el parto haría aconsejable la presencia o control de un médico en todo evento.

Buscando una vía alternativa, tal vez sería más plausible abaratar el costo de la atención de parto disminuyendo el período de reposo clínico del posparto, lo que en un parto normal solo redundaría en más incomodidad para la madre pero no pondría en peligro su salud ni la del recién nacido.

Estas propuestas solo disminuirán la distancia entre el precio de la cobertura femenina y masculina, pero no le pondrán fin en atención a que —aparte de los costos de la maternidad— el grado más alto de morbilidad femenina y la sobrevida más prolongada que la de los varones, encarecen también la cobertura de las mujeres.

4.2 Establecimiento de una posible segmentación de usuarios de los sistemas previsionales de salud

Una línea de análisis interesante, pero aún inexplorada, consiste en informar al público la máxima alternativa para aprovechar su cotización obligatoria de salud previsual, ya sea optando por afiliarse al sistema público de salud previsual o al privado. ¿Es posible concebir un límite real, según el monto mensual de remuneraciones, que permita delimitar claramente el universo de afiliados que les resulta más conveniente la incorporación a FONASA o al sistema de ISAPREs? El problema es difícil ya que intervienen variados factores en la determinación de la cobertura real de salud a que puede aspirarse según el nivel mensual de remuneraciones: sexo y edad del afiliado; grupo familiar; estado de salud de los usuarios del plan contratado; existencia de convenios colectivos de salud.

Primeramente, se debe considerar la incidencia de los convenios colectivos de salud cuando se delimite, según remuneración mensual, un universo de afiliados de FONASA y otro superior de ISAPREs. Precisamente, los convenios colectivos son instrumentos para obtener un mejoramiento de aquella cobertura que individualmente contratada sería insuficiente.

En la práctica, pareciera que no es muy significativo el efecto de los convenios como instrumentos para retener a los afiliados de menores ingresos del sistema privado, en el entendido que esos usuarios, aún bajo contratación colectiva de salud, recurren a atenderse en centros públicos por la baja cobertura de sus planes de salud. Aún con convenios colectivos, igualmente se mantendría la brecha material según la proporción de copago que deben desembolsar los usuarios, lo que reenvía a los afiliados de más bajos ingresos a atenderse en establecimientos públicos.

Paralelamente, es necesario precisar, a este respecto, que la cobertura de ISAPREs en general, respecto a la modalidad de atención de libre elección, es mejor que el plan FONASA, por lo que el copago de los usuarios, será menor: por la modalidad libre de atención, los afiliados de FONASA deberán efectuar un copago equivalente al 50% al valor de la prestación recibida.

No parece fácil establecer, de buenas a primeras, una segmentación definitiva según el monto de remuneraciones que permita delimitar claramente el universo de afiliados para los que es conveniente cotizar en un sistema previsual o en otro. De hecho, ni FONASA ni la Superintendencia de ISAPREs ha efectuado estudios al respecto.

Pareciera, por tanto, que antes de precisar clara y unívocamente un límite según el monto de remuneraciones mensuales para optar por un sistema previsual determinado,

se trataría más bien de informar adecuadamente a los usuarios de los sistemas público y privado sobre los prestadores más baratos a los cuales dirigirse, a efecto de aprovechar la cobertura de su plan de salud y no aumentar la porción de copago.

5. Conclusiones

5.1 *Consideraciones para la acción legislativa hacia el mejoramiento de la cobertura femenina en el sistema de ISAPREs*

Dentro de la estructura actual de funcionamiento del sistema privado, y considerando las específicas atribuciones legales detentadas por la Superintendencia, resulta difícil proponer una vía única reglamentaria de mejoramiento de los derechos de los usuarios del sistema privado. Parece primar más bien una casuística amplia que supone la resolución de problemas y complicaciones novedosas que surgen del propio funcionamiento de las ISAPREs, dependiendo de los instrumentos que éstas aplican, su estimación de los costos asociados y las nuevas modalidades de planes de salud que se comercializan.

Por lo mismo, la Superintendencia suele abrir camino mediante circulares y dictámenes que van resolviendo nuevos problemas, dando prioridad a determinadas temáticas según el estilo y dirección que se va insinuando en el accionar permanente de las ISAPREs.

Pareciera poder observarse una tendencia en el sistema privado a reunir la afiliación ya sea en planes de salud cerrados o semicerrados, que incorporan al contrato la determinación de un prestador único o preferente; o bien en modalidades de contratación colectiva de planes de salud, lo que supone una rebaja de costos para las ISAPREs y, en principio, una mejora en la cobertura obtenida por los afiliados.

Es fácil constatar que la propia competencia dentro del sector ha llevado a algunas ISAPREs a implementar iniciativas que, en principio, facilitan la cobertura en tópicos especialmente sensibles para las mujeres. Así acontece con los planes de salud matrimoniales, de cotización compartida entre los cónyuges, que permitiría distribuir más equitativamente los costos de la maternidad. También se observan iniciativas que tienen por objeto otorgar una cobertura para la tercera edad mediante la acumulación obtenida durante los años de cotización en la ISAPRE respectiva, lo que también podría ser una alternativa interesante.

Empero, no es posible apreciar unívocamente los efectos de ninguna de estas variables de contratación mientras no se observe en la práctica su operatividad y funcionamiento práctico. Sin embargo, parecen dilucidarse algunas vías posibles de

se trataría más bien de informar adecuadamente a los usuarios de los sistemas público y privado sobre los prestadores más baratos a los cuales dirigirse, a efecto de aprovechar la cobertura de su plan de salud y no aumentar la porción de copago.

5. Conclusiones

5.1 *Consideraciones para la acción legislativa hacia el mejoramiento de la cobertura femenina en el sistema de ISAPREs*

Dentro de la estructura actual de funcionamiento del sistema privado, y considerando las específicas atribuciones legales detentadas por la Superintendencia, resulta difícil proponer una vía única reglamentaria de mejoramiento de los derechos de los usuarios del sistema privado. Parece primar más bien una casuística amplia que supone la resolución de problemas y complicaciones novedosas que surgen del propio funcionamiento de las ISAPREs, dependiendo de los instrumentos que éstas aplican, su estimación de los costos asociados y las nuevas modalidades de planes de salud que se comercializan.

Por lo mismo, la Superintendencia suele abrir camino mediante circulares y dictámenes que van resolviendo nuevos problemas, dando prioridad a determinadas temáticas según el estilo y dirección que se va insinuando en el accionar permanente de las ISAPREs.

Pareciera poder observarse una tendencia en el sistema privado a reunir la afiliación ya sea en planes de salud cerrados o semicerrados, que incorporan al contrato la determinación de un prestador único o preferente; o bien en modalidades de contratación colectiva de planes de salud, lo que supone una rebaja de costos para las ISAPREs y, en principio, una mejora en la cobertura obtenida por los afiliados.

Es fácil constatar que la propia competencia dentro del sector ha llevado a algunas ISAPREs a implementar iniciativas que, en principio, facilitan la cobertura en tópicos especialmente sensibles para las mujeres. Así acontece con los planes de salud matrimoniales, de cotización compartida entre los cónyuges, que permitiría distribuir más equitativamente los costos de la maternidad. También se observan iniciativas que tienen por objeto otorgar una cobertura para la tercera edad mediante la acumulación obtenida durante los años de cotización en la ISAPRE respectiva, lo que también podría ser una alternativa interesante.

Empero, no es posible apreciar unívocamente los efectos de ninguna de estas variables de contratación mientras no se observe en la práctica su operatividad y funcionamiento práctico. Sin embargo, parecen dilucidarse algunas vías posibles de

penetración normativa, de cara a lograr el objetivo general de mejorar los derechos de los usuarios del sistema privado, y el específico de mejorar la cobertura femenina.

Respecto al primer objetivo, se trata de iniciativas específicas, cuyo contenido más idóneo es determinado por la propia Superintendencia al calor de su propia experiencia cotidiana. De allí surgen las ideas de perfeccionar las atribuciones del ente fiscalizador para obtener un control sobre la calidad y naturaleza de las prestaciones otorgadas y financiadas por el sistema, especialmente referido a los planes de salud cerrados o semicerrados; obtener el control de legalidad de los planes de salud previo a su comercialización; sistematizar y ordenar la regulación sobre la concesión de licencias médicas, y regular claramente la valorización que hacen las ISAPREs de los planes de salud que comercializan. Se trata, por tanto, de iniciativas cuyo diseño y planteamiento más adecuado pertenece, por competencia natural, a la Superintendencia.

Respecto al objetivo específico que alude al tratamiento diferenciado de que son objeto las mujeres en el sistema privado de salud previsional, parece claro que es abordable solo desde la óptica de terminar con las representaciones de género que respecto de la mujer resultan discriminatorias porque atentan contra la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres.

Se trata de terminar con la carga exclusiva a la mujer de los costos de maternidad que redundan en un aumento del precio de su afiliación. Para ello, es necesario levantar consideraciones de carácter solidario en aras de compartir, entre todos los afiliados al sistema privado, el costo añadido que constituye la cobertura de la reproducción humana, mediante la creación de un fondo para cubrir los costos de atención de parto a todas las usuarias del sistema privado, financiado con porcentajes de las cotizaciones de salud de todos los afiliados del sistema de ISAPREs.

5.2 Consideraciones para líneas de acción pública en el mejoramiento de la cobertura femenina en el sistema de ISAPREs

- a) Se ha aludido, en esta consultoría, a la alternativa de abaratar costos en la atención de parto mediante el expediente de no incluir necesariamente la intervención de médico, incluyéndola solo si es necesaria, lo que puede resultar polémica. Al respecto podría buscarse apoyo en experiencias comparadas de salud pública y atención de maternidad que apunten en esa dirección, con resultados positivos.

No debe perderse de vista las atenciones de parto efectuadas en FONASA, que pudieran arrojar luz sobre modalidades alternativas que, sin importar mayor riesgo durante el procedimiento de parto, no consideran como indispensable la intervención de un médico.

Paralelamente, puede insistirse en la disminución de los días de reposo hospitalario posparto como otra medida para abaratar los costos del parto.

- b) Es necesario insistir en una labor de difusión e información sobre los derechos legales de las cargas familiares respecto de la cobertura de salud previsional contratada. Ya hemos visto que las instituciones legales vigentes garantizan la extensión de la cobertura de salud contratada por los afiliados a todos los familiares que sean causantes de asignación familiar. Se trataría pues de informar adecuadamente de los derechos y vías de reclamación de los mismos y no de iniciativas de reforzamiento legal de los mismos.

Sin embargo, no se debe olvidar que cualquier persona que considere tener el derecho de aprovechar, como carga legal, un plan de salud contratado con una ISAPRE, y que no conste en él como beneficiario, deberá demandar ante los tribunales con el consiguiente retardo y dificultad. Pareciera razonable exigir a las ISAPREs que el plan de salud cubra, desde el momento de la afiliación, no solo a los individuos que el afiliado haya declarado como cargas suyas, sino a todas sus cargas familiares legalmente reconocidas.

Tal acierto no sería difícil de cumplir con las bases computacionales a disposición en los servicios públicos pertinentes. Pudiera entonces pensarse en una coordinación que entregara tal información a las ISAPREs para extender, en cumplimiento de la ley, las coberturas contratadas a todas las cargas legales de los afiliados.

- c) La posibilidad de establecer una suerte de segmentación de mercado según el nivel de las remuneraciones de los cotizantes, como vía de máximo aprovechamiento de la cotización legal de salud de los sistemas previsionales resulta, hoy por hoy, de difícil cometido. Al conjunto de factores que incidirían en la determinación de la frontera entre cotizantes que les es más conveniente uno u otro sistema de salud previsional se suma el resultado del proyecto de ley presentado a tramitación parlamentaria que persigue la derogación del 2% de cotización adicional a los afiliados al sistema de ISAPREs y la incidencia de la celebración de convenios colectivos de salud. Estos factores incorporan un aumento al valor de la cotización de salud —el 2% adicional— o, en principio, permiten un acceso a cobertura adicional —convenio colectivo— lo que altera cualquier conclusión previa sobre un sistema de salud previsional óptimo solo considerando la remuneración del/la afiliado/a.

Si bien se trata de un tema pendiente, sí puede afirmarse que el máximo de aprovechamiento de la cobertura contratada depende en grado importante de la posibilidad de acceder a una amplia gama de prestadores de diversos precios, lo que le permite a los afiliados escoger el que les parezca más conveniente según precio y calidad.

- d) No se debe aseverar unívocamente que la contratación colectiva de salud mejora sustancialmente, y en todos los casos, la cobertura que individualmente pudo contratarse. Podría hablarse de tendencias generales que permitirían afirmar que, en principio, la contratación colectiva sí se presenta como una alternativa viable en el mejoramiento de la cobertura de salud, pero sin indicar en qué medida lo hace y si tal aumento es en realidad significativo.

Se requiere observar más la evolución práctica de los beneficios colectivos, la administración de los excedentes de cotización dentro y fuera de los convenios colectivos y, en fin, realizar estudios comparativos de la cobertura contratada individual y colectiva, a objeto de detectar claramente el nivel de mejoramiento que sea apreciable.

- e) Durante el transcurso de esta consultoría se ha tomado nota de diversas iniciativas de las ISAPREs consistentes en ofertar planes de salud de características especiales a efectos de obtener un mejor posicionamiento en el mercado. La oferta de las ISAPREs parece tender a diversificarse, buscando diseñar planes de salud que se presenten como más atractivos a ciertos usuarios.

En ese sentido, hemos constatado la existencia de planes de salud que garantizan una cobertura mínima para la tercera edad, aún cuando el monto de la cotización como pensionado sea insuficiente para sostener dicho plan, exigiendo a cambio antigüedad acumulada como afiliado/a en la ISAPRE respectiva; o modalidades de contratación conjunta para cónyuges, como forma de participar ambos en la financiación del plan familiar; o abiertamente planes de salud que excluyen la cobertura de parto, lo que le permite a las mujeres planificar el costo de la maternidad o bien excluir el costo adicional del embarazo si no quieren ser madres o si ya lo fueron.

En fin, se trata de alternativas que dentro del esquema de ISAPREs funcionan como seguro privado, pudieran resultar más convenientes, llegado el caso, a usuarias y/o afiliadas. Podría lograrse una buena difusión de los mismos, mediante información adecuada a las afiliadas o usuarias de ISAPREs en convenio con la Superintendencia de ISAPREs, como forma de facilitar el acceso, dentro del sistema privado, a la mejor alternativa de cobertura femenina entre los planes de salud comercializados por las ISAPREs. Ello, sin perjuicio de la constatación que las representaciones de género que

informan el funcionamiento y estructura de la cobertura otorgada por el sistema privado de salud previsional es discriminatorio con las mujeres, resultando de ello una aplicación que encarece la atención de salud femenina imponiéndole exclusivamente la responsabilidad procreativa, lo que redundará en una limitación a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

Bibliografía

Farah, C. *Sistemas de salud: ideas para la discusión*. Presentación sobre rol de los sectores público y privado en el ámbito de los seguros y de la provisión de servicios de salud en Taller de Salud de Fundación Chile Veintiuno. Agosto 1997.

Humeres, H. *Ventajas y deficiencias de la privatización de la seguridad social chilena*. Boletín Oficial de la Dirección del Trabajo No. 105. Octubre 1997.

Lopez, D. *La reforma al sistema de ISAPREs*. Revista Laboral Chilena No. 7, 1995.

Lopez, D. Flexibilidad y empleo femenino: un análisis de la institucionalidad y normativa laborales vigentes. Documento de Trabajo; CEM. Diciembre 1997.

Ministerio de Salud. *Presentación del Proyecto de Ley de Equidad en Salud*. Abril, 1998.

Ramirez, A.; Lopez, D. *Análisis del régimen de ISAPREs desde el punto de vista de los requisitos y servicios a las mujeres*. Informe final. SERNAM. Octubre 1995.

Urmeneta, M. *Una agenda para la discusión desde la perspectiva del sector privado*. Presentación sobre rol de los sectores público y privado en el ámbito de los seguros y de la provisión de servicios de salud en Taller de Salud de Fundación Chile Veintiuno. Agosto 1997

Vergara, M. *Institucionalidad que regula el trabajo de la mujer embarazada*. Seminario trabajo y maternidad, OIT, Dirección del Trabajo. Diciembre 1997.

Walker, F. *Aspectos institucionales básicos del sistema privado de salud en Chile* (Instituciones de salud previsional). Boletín Oficial de la Dirección del Trabajo No. 108. Enero 1998.