

**Modifica el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, con el objeto de eliminar de los contratos de prestaciones de salud privada, las figuras de la preexistencia por enfermedad previa, y otras restricciones de cobertura en perjuicio de los afiliados o beneficiarios**

**Boletín N°11572-11**

**1. El Sistema privado de salud: Las Isapres en Chile**

El sistema de salud previsional, es financiado a través del 7% del ingreso que percibe el cotizante para ser destinado a salud, con un tope de 74,3 UF (Unidades de Fomento).<sup>1</sup>

Las y los cotizantes pueden elegir al receptor de este porcentaje, entre un sistema público representado por FONASA, que atiende a cerca de 13,5 millones de personas y un subsistema privado, dentro del cual encontramos 13 isapres distintas reconocidas por el Estado y que sólo cubren 3,5 millones de habitantes.

El DFL N°1 del Ministerio de salud, establece la regulación de las instituciones de salud previsional -Isapres- y además crea la Superintendencia de Instituciones de salud previsional, organismo estatal dependiente del Ministerio de Salud, cuya función es fiscalizar a las Isapres en relación al cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud y las metas de cobertura del Examen de Medicina Preventiva.

Las Isapres funcionan como un sistema de seguros de salud privada, con fines de lucro, en el cual se cobra a cada uno de los beneficiarios de acuerdo al riesgo de salud individual, calculando el precio del plan en consideración a la edad, sexo, si tiene o no carga (hijo, marido, etc) y el valor del GES. A ese monto total se le descuenta el 7% de cotización obligatoria, que es recibido directamente por la isapre (al ser descontado por el empleador), y se determina el valor final a pagar, con primas que pueden variar de uno a cuatro veces, de acuerdo a las consideraciones ya señaladas (edad, sexo carga)

El año 2005 se realiza en nuestro país “la gran reforma a la salud”, hasta esa fecha la Superintendencia daba cuenta de importantes inequidades en el sistema, principalmente de género, donde se presentaban restricciones para el uso de determinadas prestaciones

<sup>1</sup>

(como aquellas relacionadas con el parto), esta situación se resuelve en parte por la incorporación del GES dentro de las prestaciones mínimas que deben entregar las Instituciones de Salud. Decimos en parte, porque actualmente las Isapres ofrecen a las mujeres planes con “cobertura reducida al parto” que contempla únicamente las prestaciones cubiertas por el GES, y cuyo valor es menor al que pagaría una mujer con las mismas condiciones pero cuyo plan contempla prestaciones relativas al parto. En esta última situación analizando diversos planes e Isapres, podemos encontrar el ejemplo de mujeres que entre 30 y 35 años de edad estén pagando un plan de salud cuyo valor asciende a \$556.000 mensuales.

## **2. La preexistencia y las restricciones que genera.**

La preexistencia, constituye el conjunto de enfermedades, patologías y licencias médicas conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del plan de salud.

EL DFL N°1 del Ministerio de Salud, que crea la superintendencia de salud y regula las isapres, no sólo define lo que se entenderá por preexistencia, sino que además permite a las Isapres utilizar este mecanismo para discriminar entre personas sanas y enfermas, por tanto dejar a discreción de la institución si contrata o no (y a qué precio) con un beneficiario y su grupo familiar.

Además, la ley permite a las Isapres exigir -antes de contratar con los beneficiarios- la declaración de salud y en caso de no exigirla, la institución pierde la posibilidades de calcular un valor mayor para el plan o negarse a contratar con esta persona.

La “Declaración de Salud” es el requisito base de este sistema discriminatorio, ya que a su vez, es el documento base de las preexistencias. Esta declaración se disfraza de instrumento generado por la Isapre para “ayudar a los usuarios a elegir su mejor plan”, pero en realidad es un documento utilizado por las Instituciones de Salud para detectar el

grado de “riesgo” del usuario y por tanto midiendo el costo/beneficio, decidir si se hace cargo de dicho usuario/cliente o lo deja para el sector público regido por FONASA. En muchos casos, más que los problemas obvios que provienen del que se diagnostique una enfermedad (las consecuencias directas en la salud de quien la padece), es una calamidad mayor para las personas el que al enfermarse en un sistema de salud como el que rige en Chile, ello signifique una “marca” para el usuario, una especie de estigma que lo señala frente a las ISAPRES, elevando el costo en salud para quienes llevan esa marca, dejando al usuario a merced de la lógica del mercado y por tanto alistándolo para ser expulsado hacia el sistema público, a menos que acepte las condiciones que la Isapre le ofrece, brindándole o negándole prestaciones en atención a su nueva condición de salud. Cabe recordar que este instrumento utilizado por las Isapres para maximizar su rentabilidad ha estado en el ojo de los expertos precisamente por las consecuencias discriminatorias que conlleva. Es así como en la “COMISIÓN ASESORA PRESIDENCIAL PARA EL ESTUDIO Y PROPUESTA DE UN NUEVO RÉGIMEN JURÍDICO PARA EL SISTEMA DE SALUD PRIVADO” del año 2014, se señala sobre la Declaración de Salud, que en dicha comisión, tan solo “para un grupo minoritario debiera mantenerse” (Informe Final, 2014, p.31)

Por muy insólito que parezca, la lógica en la que se basa un sistema como este, es que al privado se le permite hacer negocios en base a la “salud de las personas” pero donde este derecho poco o nada importa. Por tanto, cada chileno o chilena que al enfermarse deba enfrentar sus perspectivas de salud y las de su familia, no solo queda con la carga de afección y dolor que producto de las patologías le puedan afectar, sino que además el sistema de salud le “castiga” por estar enfermo y lo marca como “usuario de riesgo”.

Sumado a lo anterior, el actual sistema permite a las Isapres imponer restricciones en la cobertura -hasta por 18 meses- a las enfermedades preexistentes o embarazos que se registren en la Declaración de Salud. Las limitaciones en la cobertura implica bonificaciones inferiores a las pactadas en el plan de salud que estas instituciones pueden aplicar durante periodos determinados, también coberturas inferiores o bien no brindar

las contempladas en el plan contratado, a esto se denomina “carencias”. La “carencia” es una herramienta que permite a las isapres realizar exclusiones de ciertas patologías, respecto de las cuales no brindan cobertura o poseen toques de reembolso en los que a cada contrato se le asigna un nivel máximo. Una vez excedido este monto, sólo se otorgan los beneficios mínimos establecidos por la ley.<sup>2</sup>

Por tanto, las enfermedades preexistentes, diagnosticadas con anterioridad a la contratación del plan, reciben habitualmente niveles de reembolso menores a los acordados en el plan o se le aplican carencias. **Por tanto hablamos de un modelo de negocios en salud que permite a las Isapres evadir la enfermedad** y por tanto hacer ganancias en un negocio seguro donde la salud les es indiferente, tal como lo ilustra el Director del Magíster en Salud Pública de la Universidad de Valparaíso, Mario Parada, el que -citado en la nota de El Mercurio del 2 de Enero titulada: “Nuevo mapa en la salud privada: en 5 años, seis de las siete isapres cambiaron de dueño”- señala: **“el mercado chileno de las isapres es tan atractivo para los inversionistas porque tienen condiciones estructurales protegidas, como ocurre en pocas partes del mundo.** En cualquier seguro, la prima se ajusta de acuerdo al riesgo, en cambio aquí, **las isapres tienen asegurado el 7% obligatorio de la cotización de salud del sector de la población de mejores ingresos, menos enfermos, con menos adultos mayores y menos enfermos. Son condiciones excepcionales.**” (el destacado es nuestro).

Sobre la negativa a contratar se han pronunciado diversos fallos de la Corte Suprema, el más reciente es del año 2016, estableciendo una interpretación bastante restringida de la norma constitucional que consagra el derecho a la protección de la salud consagrada en el artículo 19 número 9. El máximo tribunal plantea que La constitución al señalar que *“Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”*, se limitaría el derecho de elección a poder decidir entre sistema público y privado, y que si bien la preexistencia genera restricciones, estas no dejan sin

---

<sup>2</sup> TITELMAN, Daniel. Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes., Unidad de Financiamiento para el desarrollo, División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo, CEPAL. Santiago de Chile, pág. 23, septiembre de 2000.

sistema de salud a nadie, puesto que siempre podría optarse por fonasa, y que en esta situación al ser una relación contractual, prima la autonomía de la voluntad, por tanto nadie está obligado a contratar.

### 3. Cotizante Cautivo

La actual ley los define como **“aquel cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad, sexo o por la ocurrencia de antecedentes de salud, sea de él o de alguno de sus beneficiarios, y que le impida o restrinja, significativa o definitivamente, su posibilidad de contratar con otra Institución de Salud Previsional.”**

Dentro de este concepto, la superintendencia caracteriza dos tipos de cautivos: a) los cautivos activos y b) los cautivos pasivos. Los primeros son aquellos que de acuerdo a sus características (edad, sexo, patología) no pueden contratar con otra Isapre y quienes además arrastran a otras personas a esta “cautividad”, que pasarían a ser los cautivos pasivos. En la práctica lo que hace la Isapre es calcular un riesgo común entre los beneficiarios de un mismo contrato (activos y pasivos) para cubrir el costo de la salud de aquella persona que tiene una patología (cautivo activo).

El incentivo queda por tanto, puesto en “atrapar” beneficiarios que no tienen la posibilidad de salirse luego, puesto que fueron “contagiados por la preexistencia” por el usuario del núcleo familiar que sí tiene una patología y por tanto han quedado “marcados” por el sistema. Muchas de estas personas son niños y niñas que sin mayor culpa ni responsabilidad están siendo perjudicados por un sistema que no han elegido.

Si la cautividad se redujera tan sólo al criterio de enfermedad, el número total de cautivos sería de 253.846 (Superintendencia de Salud, 2009) lo que supone tan sólo, y aproximadamente, una cuarta parte de los que son considerados cautivos con los criterios actuales (activos y pasivos). Teniendo en cuenta que en el informe de la Superintendencia

se estimaba que el número total de cautivos era del 35 por ciento de la población total, esto significa que aquellos con patología son aproximadamente un 8 por ciento de toda la población.<sup>3</sup>

**Considerando:**

- 1.-Que la “Declaración de Salud”, documento base de las preexistencias es en realidad un documento utilizado por las Instituciones privadas de Salud para desechar personas que puedan parecerles riesgosas al momento de entregarles prestaciones en salud.**
- 2.-Que el legítimo interés por hacer negocios no puede ser justificación para que un modelo que está orientado a brindar coberturas de salud a las personas, eluda su función y no cumpla los objetivos básicos que lo definen, rechazando o encareciendo sus prestaciones a los enfermos.**
- 3).-Que de ninguna manera puede ser aceptable un sistema de salud que discrimine a las mujeres, si bien el embarazo ya no se considera una preexistencia, la ley no prohíbe a las Isapres hacer diferencias, y ofrecer planes con “cobertura reducida al parto”, lo que deja completamente indefensas a mujeres frente a un embarazo inesperado. Además deja en evidencia un sistema de negocios que adjudica exclusivamente el costo de la reproducción a la mujer, profundizando la inequidad de género en salud.**
- 4).-Que estas mismas herramientas entregadas por la ley permite a las Isapres “marcar” a los usuarios, desechando al sistema público a quienes les son menos convenientes y quedándose con aquellos que les brindan mejores oportunidades de negocios, produciendo una especie de “descreme”, en donde es la ley la que permite la insólita situación de tener un sistema privado de salud que evade a los enfermos.**

---

<sup>3</sup> Informe Comisión asesora presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado, pag.76, 2014

- 5).-Que dichas condiciones y herramientas de exclusión que poseen las Isapres constituyen un grave atentado y vulneración de derechos a las personas frente a las mega compañías que no entregan reales posibilidades de elección a sus afiliados, creando además la categoría de cautivos, es decir usuarios que por sus características le “pertenecen” a sus Isapres so pena de ser arrojados al sistema público.
- 6.-Que estas condiciones excepcionales e insólitas que se les entregan a las Isapres no tienen razón de ser, ya que tal como lo señala el académico de la Universidad Andrés Bello y miembro del Centro de Estudios Espacio Público, en entrevista con El Mercurio del 2 de Enero con motivo de la mayor presencia de grupos extranjeros al control de las isapres chilenas, señala “Yo creo que hay una suerte de agotamiento en las convicciones ideológicas de parte de los grupos chilenos que tenían las isapres y que se resistían sistemáticamente a cambios(...)ellos (los actuales controladores extranjeros de las Isapres) no tienen miedo a los cambios, no temen que se realicen las reformas en las que hay acuerdos, como terminar con la discriminación por sexo y edad o las preexistencias, porque ya funcionan bajo lógicas de seguridad social en otros países”.
- 7.-Que las herramientas que entrega la Ley configuran un modelo de salud productor de “cautividad” a sus usuarios, una situación injusta e inequitativa para las personas frente a las Isapres.
- 8.-Que el actual sistema termina -por todo lo anterior- produciendo una grave lesión al interés público, al permitirle al sistema privado generar discriminaciones y exclusiones en base a no hacerse cargo de los mayores costos que significan determinados usuarios, los que -al no quedarles mayores alternativas- tienen que ser traspasados al sistema público. Generando por tanto una política pública en que el Estado se autolesiona frente al privado, haciéndose cargo de la mayor cantidad de usuarios enfermos a la vez que le entrega mediante la ley los mecanismos al privado para seleccionar y quedarse con los usuarios sanos, de mayores ingresos y/o de menor complejidad.

9.-Que en vistas a lo anterior, el sistema de salud chileno está produciendo una mala focalización de los recursos, siendo un sistema de salud no solidario -a contra mano de las recomendaciones internacionales en salud- donde los privados no comparten riesgos con el sector público, traspasando todo el riesgo y la mayor escala de costos al Estado y dejando por tanto al sector privado liberado de asumir dicha responsabilidad.

### **PROYECTO DE LEY**

Introdúzcase las siguientes modificaciones al Decreto con Fuerza de Ley N° 1 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del DL N° 2.763, las leyes N° 18.933 y N° 18.469.

**ARTÍCULO 1º:** Agréguese en el inciso primero del artículo 121 numeral 11 entre las expresiones “173 bis,” y “y sancionar su infracción”, la siguiente expresión:

“189 letra g)”

**ARTÍCULO 2º:** Elimínese la letra i del Artículo 170

### **ARTICULO 3º**

*Sustitúyase el inciso primero, segundo y tercero de la letra g del artículo 189, en el tenor siguiente:*

*“g) Prohibición de restricciones a la cobertura. Ninguna institución de salud provisional podrá establecer restricciones a los cotizantes o beneficiarios, en sus planes de salud. En particular, se prohíbe toda discriminación relativa a edad, género, patología u otra similar a cotizantes o beneficiarios de un plan de salud.*

*Los cotizantes o beneficiarios de un plan de salud, podrán contratar libremente con cualquiera de las Instituciones de Salud Previsional, de tal manera que no se podrá impedir o limitar su derecho a contratar con otra Institución de salud, sea ésta pública o privada.”*

## **ARTÍCULO 4°**

Hágase las siguientes modificaciones al artículo 190:

1. Deróguese el número 6
2. Elimínese del inciso final la siguiente expresión: *“excepto las correspondientes al embarazo y a enfermedades preexistentes, en los términos señalados en el artículo 189, letra g)*

## **ARTÍCULO 5°**

*Introdúzcase las siguientes modificaciones al Artículo 201:*

1. *Elimínese el inciso 3 del número 1*
2. *Elimínese del Inciso segundo y tercero parte final la expresión “con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas”*
3. *Elimínese del inciso final las siguiente expresión: “Para estos efectos, en el caso de las enfermedades preexistentes, el plazo se contará desde el momento que la Institución de Salud Previsional haya recibido los antecedentes clínicos que demuestren el carácter preexistente de la patología”*

**KAROL CARIOLA OLIVA**

**H. DIPUTADA DE LA REPUBLICA**