

**Establece eliminación de los cobros que realizan las ISAPRES a las mujeres por concepto de fertilidad**  
**Boletín N° 6930-11**

CONSIDERANDO:

1.- Hoy Chile que ha logrado acceder a la OCDE y sus logros macroeconómicos y sociales son aplaudidos en todo el orbe, aún tenemos una enorme deuda con más del 50% de nuestra población, las mujeres.

No basta que la saliente Presidenta pertenezca al sexo femenino, ni que varias actuales y ex Ministras y Subsecretarias, Magistrados de los Tribunales Superiores de Justicia o nuestras colegas en la Cámara y el Senado también sean mujeres orgullosas de serlo. Eso no es nada más que la expresión de su propia capacidad. Lo que debería extrañarnos es que esto aún sea una excepción.

Nuestro país ocupó el lugar 65 en el informe del Foro Económico Mundial de 2008, el cual mide la brecha de género en el mundo entre 130 países evaluados. Si bien avanzó 21 lugares en sólo un año, los expertos dicen que aún el camino es lento. Mujeres con más educación que los hombres, pero sueldos muy inferiores, y con muy poca presencia en cargos políticos son algunos de los desafíos pendientes, ello rezaba un Artículo publicado el día 25 de noviembre de 2008 en el Diario "El Mercurio", bajo el título: "Radiografía de la Brecha de Género". Esta discriminación, se hace patente y es particularmente preocupante respecto a la situación de las mujeres y el trato que le dan las ISAPRES.

Un estudio realizado por la Superintendencia de Salud reveló que a cuatro años de **Reforma de Salud y la nueva Ley de Isapres**, mejoraron los beneficios de los afiliados y se ajustaron las utilidades de las Isapres.

El análisis demostró que la competitividad de las Isapres permitió que los reajustes de los precios de los planes de salud bajaran. Así lo afirman lo registrado en los últimos cuatro años, que en promedio alcanzaron el 3,7%, cifra que indica un descenso con respecto al 7,7% anotado desde el 2002 al 2005.

La investigación determinó que con la implementación del Auge y la cobertura adicional para enfermedades catastróficas (Caec), la cobertura en prestaciones de los planes de salud llegó a un 67,4% en 2009, cifra mayor al 64,3% alcanzado el 2005. Es decir, las prestaciones subieron un 3,1%.

Con respecto a los afiliados al sistema privado de salud, se estableció que desde el número de cotizantes aumentó un 33% a partir del 2006. Esta evolución se manifestó, principalmente, en los adultos mayores. Si el 2005 existían 107.433 adultos mayores inscritos en Isapres, durante el 2009 la cifra alcanzó los 135.284 cotizantes de mayores de 60 años, que representa un aumento del 26%.

Sin duda, el grupo más beneficiado con las reformas corresponde a las mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años). Este grupo se incrementó dentro del seguro privado, ya que a partir del año 2005 el segmento aumentó en un 12,8%.

Ya el año 1998 en un estudio realizado por el SERNAM, se planteaba abiertamente que en las ISAPRES existe un trato desigual hacia las mujeres, situación que se traduce en barreras al ingreso, mayores costos y restricciones al uso de prestaciones. En el mencionado estudio, se arguye que la variable género opera contra la mujer, encareciendo su plan de salud y adjudicándole exclusivamente el costo de la

reproducción, cuestión que debiera ser de interés y responsabilidad social y no sólo de la madre. Dicha situación debiese avergonzarnos como sociedad, por su vileza y falta de visión. Las naciones más desarrolladas ya avizoran hoy como problemas crecientes el envejecimiento de la población y las bajas tasas de natalidad.

Un estudio presentado por el Colegio Médico, señala que muchas veces las ISAPRES discriminan a los posibles afiliados según el riesgo de salud, de este modo no reciben o cobran precios elevados, a los ancianos, mujeres en edad fértil, enfermos crónicos, afecciones de salud mental, enfermedades congénitas, etc. Como resultado de esta discriminación, estas personas están mayoritariamente afiliadas al Sistema público. Las Isapre, han financiado atenciones, principalmente curativas, a una cantidad significativa de la población de mayores ingresos. Sin embargo no hay dudas que han tenido un profundo efecto en la totalidad del Sistema de Salud de Chile, el que se ha expresado en lo siguiente: El Sistema en su globalidad se ha fragmentado, entregando las atenciones de salud a la población según su nivel de ingresos.

**La población ha sido segmentada según el riesgo de salud y según su sexo, discriminando a las mujeres en edad fértil y a las personas de mayor riesgo que son precisamente los de mayor necesidad de salud.**

**Se ha estimulado el individualismo, ignorando la dimensión social que tiene la concepción de salud.** Se ha incentivado la demanda indiscriminada de atenciones y el uso de tecnología no siempre necesaria, estimulando de este modo una escalada en los costos de las atenciones.

Por todo lo anteriormente señalado, se hace impostergable una modificación de fondo al Sistema Isapre, que contemplando los derechos de sus usuarios, resguarde igualmente los derechos de toda la población, creando las condiciones para que se apliquen los principios de solidaridad, equidad, efectividad y eficiencia en el Sistema de Salud de Chile.

2.- La legislación en Chile sobre previsión social de salud, reformada el año 1981, promueve la responsabilidad personal frente al cuidado y la recuperación de la salud, exigiendo a los propios individuos la provisión de los recursos necesarios para estos fines. Junto con ello, la ley garantiza la responsabilidad social en el rol de un Estado regulador del Sistema de Salud y subsidiario en el financiamiento de bienes públicos de salud y de los gastos de atención, recuperación y rehabilitación de los sectores sociales más vulnerables, que no pueden satisfacer estas necesidades por sí solos. Así, el objetivo del Sistema Previsional de Salud es proteger la salud de los cotizantes y sus familiares beneficiarios con cargo a una cotización obligatoria que en la actualidad es en el caso que las personas opten por una ISAPRE, se suscribe un Contrato de Salud individual, donde las partes -ISAPRE y afiliada/afiliado- acuerdan libremente los beneficios y las condiciones, donde la relación que los vincula es de carácter estrictamente individual, y obliga a quien cotiza, en forma personal -y no solidaria- a financiar el precio que fija la ISAPRE para el plan de salud elegido, que corresponde a la denominada Prima. La circunstancia que los planes de salud comercializados por las Isapres tengan precios distintos según sexo y edad de las personas cotizantes y beneficiarias, que corresponden a las primas individuales por sexo y edad, constituye un **acto legal**, ya que la **ley permite a las Isapres tal diferenciación, facultándolas, además, para revisar anualmente el precio y los beneficios de los planes de salud de su población afiliada.** Facultad que por cierto ejercen.

Además, la norma legal admite expresamente la posibilidad de **plasmarse en los contratos**, a través de la incorporación de una **tabla de precios o factores**, las diferencias que puedan efectuarse en los precios de los planes de salud como resultado de la variación de la edad de la población beneficiaria y del **hecho de ser hombres o mujeres**. Del mismo modo, se establece que los planes de salud pueden utilizar Tablas de Factores, en lugar de tablas de precios y en estos casos la prima total para un grupo familiar se obtendrá sumando los factores asignados a cada uno de los beneficiarios y

beneficiarias del contrato y luego, multiplicando el resultado por el valor base del plan de salud.

Por tal motivo, las primas de los diferentes planes de salud son fijadas a partir de una tabla de factores, que muestra la estructura de valores relativos para los diferentes beneficiarios y beneficiarias en función de su edad, sexo y relación familiar con la persona cotizante, que son las variables permitidas por la ley para establecer primas diferentes entre los beneficiarios y beneficiarias. Dichas tablas de factores, reflejan el costo asociado a cada individuo con respecto a un pivote -cotizante tipo- definido en el hombre de 30 años, que toma el valor uno, ponderando por encima o por debajo de este factor los costos correspondientes al resto de los beneficiarios y beneficiarias, según las diferentes combinaciones de sexo y edad.

Cabe hacer presente, que estas tablas de factores pueden diferir en su estructura dependiendo del comportamiento de gasto observado en la cartera de beneficiarios y beneficiarias del plan y/o de la Isapre respectiva. Cada plan de salud lleva asociada una tabla de factores relativa y, por consiguiente, cada Isapre podría definir tantas tablas de factores como planes diferentes comercialice. En la práctica, la estructura de factores establecida por las Isapres para los diferentes tipos de personas beneficiarias en dichas tablas, responde a vincular las primas a los gastos esperados.

El artículo 199 del decreto con fuerza de Ley número 1. del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido coordinado y sistematizado del decreto ley número 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, conocida como la ley de Isapres establece que para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan de salud, la institución deberá aplicar a los precios base que resulten de los cálculos numéricos establecidos en el artículo 198 de la misma ley, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores.

3.- Que la mezquindad del actual sistema implica desconocer los fundamentos de la solidaridad intergeneracional. El envejecimiento poblacional se manifiesta por el incremento del porcentaje de personas mayores por sobre el total de la población. En un análisis presentado en el trabajo "Aproximaciones a una ley integral de protección de los derechos de las personas mayores" publicado en la Revista Universitaria de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, los investigadores Mahia Saracosti Schwartzman y Leonardo Castillo Cárdenas, arriban a interesantes conclusiones: de acuerdo a las cifras del Censo del 2002, el grupo de sesenta y más años alcanzó en el país, cerca de 1,7 millones de habitantes, no obstante para el año 2020, se estima que los adultos mayores serán cerca de tres millones de personas. Para 1975 los mayores de 60 eran sólo el 7.9%. Según el Censo de 2002 11,4 % de la población estaba conformada, por personas de 60 años y más, cifra que se elevó al 13 por ciento, de acuerdo a la encuesta CASEN 2006. Se estima que para el año 2010 este sector poblacional llegará a ser de 2.213.436, alrededor de 3.8 millones en el 2025 (20% de población) y 5.7 millones en el 2050 (28% de población), es decir, cerca de 3.5 veces el tamaño del 2000. Ante la pregunta ¿Cuales son las razones del envejecimiento sostenido? Se estima que las razones de esta evolución estarían dadas principalmente por: El aumento de la esperanza de vida, la disminución en la nupcialidad, disminución de la tasa de natalidad, el aumento en los niveles de escolaridad y el aumento en la participación de la mujer en el mercado laboral. De todos estos, el tema del cual como sociedad debiésemos ocuparnos con mayor ahínco es respecto a la disminución en la tasa de natalidad. De esta manera, la natalidad, su promoción y protección debe ser responsabilidad de todos como sociedad. El someter a las mujeres en edad fértil a una carga mayor, es carecer de visión. Aún hasta el más miserable comprende que los niños del futuro serán los adultos que mantengan las pensiones de nosotros, por tanto

la solidaridad intergeneracional debe ser entendida al menos de manera "conveniente", si no es posible entenderla de manera justa.

4.- Que la situación descrita es injusta, razón por la cual nos parece que es nuestro deber bregar por que se genere la modificación de tal norma, la que es de interés de todas y todos, ya que el establecer la carga de la maternidad sólo a las mujeres, es de una obtusidad imperdonable. El futuro sobre el cual tanto se pontifica está dado por la capacidad que las sociedades tienen, su visión y voluntad de crear condiciones para las generaciones venideras.

Por lo anterior y por que es deber del Estado el respetar y hacer cumplir los preceptos que informan nuestra Constitución Política, así como aquellas normas provenientes de tratados internacionales de derechos humanos, que de acuerdo a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 5° de la Constitución tienen tal rango, es que solicitarnos modificar dicha norma discriminatoria. Esto basado no sólo en principios éticos, morales y hasta lógicos, sino que también fundamentados en nuestra normativa de rango superior. Así, en virtud de lo preceptuado en el Capítulo I Bases de la Institucionalidad, artículo 1° de nuestra Constitución "**Las personas nacen libre e iguales en dignidad y derechos**", de lo dispuesto en el artículo 19 numeral 2° que establece "La igualdad ante la ley. En Chile no hay personas ni grupos privilegiados. **Hombres y mujeres son iguales ante la ley**", y de la ratificación de Chile en el año 1989 de la **Convención de Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer** (1979), conocida como la Convención de la Mujer, es que venimos en presentar el siguiente:

Por tanto, y en consideración a lo previamente expuesto, es que presentamos el siguiente:

## **PROYECTO DE LEY**

### **ARTÍCULO ÚNICO:**

Modifícase el artículo 199 del Decreto con Fuerza de Ley Número 1 del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido coordinado y sistematizado del decreto ley número 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469 en el siguiente sentido:

**Número uno:** En el inciso segundo elimínese las palabras "sexo y"

**Número dos:** En el inciso tercero número 4°, elimínese la frase "diferenciada por sexo"

**Número tres:** En el inciso tercero número 5° elimínese la frase "del mismo sexo"

## **ANEXO:**

### **REDACCION ACTUAL**

**Artículo 199.-** Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan de salud, la Institución deberá aplicar a los precios base que resulten de lo dispuesto en el artículo precedente, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores.

La Superintendencia fijará, mediante instrucciones de general aplicación, la estructura de las tablas de factores, estableciendo los tipos de beneficiarios, según sexo y condición de cotizante o carga, y los rangos de edad que se deban utilizar.

Cada rango de edad que fije la Superintendencia en las instrucciones señaladas en el inciso precedente se sujetará a las siguientes reglas:

- 1.- El primer tramo comenzará desde el nacimiento y se extenderá hasta menos de dos años de edad;
- 2.- Los siguientes tramos, desde los dos años de edad y hasta menos de ochenta años de edad, comprenderán un mínimo de tres años y un máximo de cinco años;
- 3.- La Superintendencia fijará, desde los ochenta años de edad, el o los tramos que correspondan;
- 4.- La Superintendencia deberá fijar, cada diez años, la relación máxima entre el factor más bajo y el más alto de cada tabla, diferenciada por sexo, y
- 5.- En cada tramo, el factor que corresponda a una carga no podrá ser superior al factor que corresponda a un cotizante del mismo sexo.

En el marco de lo señalado en el inciso precedente, las Instituciones de Salud Previsional serán libres para determinar los factores de cada tabla que empleen. En todo caso, la tabla de un determinado plan de salud no podrá variar para los beneficiarios mientras se encuentren adscritos al mismo, ni podrá alterarse para quienes se incorporen a él, a menos que la modificación consista en disminuir de forma permanente los factores, total o parcialmente, lo que requerirá autorización previa de la Superintendencia; dicha disminución se hará aplicable a todos los planes de salud que utilicen esa tabla.

Cada plan de salud sólo podrá tener incorporada una tabla de factores. Las Instituciones de Salud Previsional no podrán establecer más de dos tablas de factores para la totalidad de los planes de salud que se encuentren en comercialización.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, las Instituciones de Salud Previsional podrán establecer nuevas tablas cada cinco años, contados desde las últimas informadas a la Superintendencia, manteniéndose vigentes las anteriores en los planes de salud que las hayan incorporado.

Las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a aplicar, desde el mes en que se cumpla la anualidad y de conformidad con la respectiva tabla, el aumento o la reducción de factor que corresponda a un beneficiario en razón de su edad, y a informar al cotizante respectivo mediante carta certificada expedida en la misma oportunidad a que se refiere el inciso tercero del artículo 197.

## REDACCION PROPUESTA

**Artículo 199.-** Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan de salud, la Institución deberá aplicar a los precios base que resulten de lo dispuesto en el artículo precedente, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores.

La Superintendencia fijará, mediante instrucciones de general aplicación, la estructura de las tablas de factores, estableciendo los tipos de beneficiarios, según condición de cotizante o carga, y los rangos de edad que se deban utilizar.

Cada rango de edad que fije la Superintendencia en las instrucciones señaladas en el inciso precedente se sujetará a las siguientes reglas:

- 1.- El primer tramo comenzará desde el nacimiento y se extenderá hasta menos de dos años de edad;
- 2.- Los siguientes tramos, desde los dos años de edad y hasta menos de ochenta años de edad, comprenderán un mínimo de tres años y un máximo de cinco años;
- 3.- La Superintendencia fijará, desde los ochenta años de edad, el o los tramos que correspondan;
- 4.- La Superintendencia deberá fijar, cada diez años, la relación máxima entre el factor más bajo y el más alto de cada tabla, y
- 5.- En cada tramo, el factor que corresponda a una carga no podrá ser superior al factor que corresponda a un cotizante.

En el marco de lo señalado en el inciso precedente, las Instituciones de Salud Previsional serán libres para determinar los factores de cada tabla que empleen. En todo caso, la tabla de un determinado plan de salud no podrá variar para los beneficiarios mientras se encuentren adscritos al mismo, ni podrá alterarse para quienes se incorporen a él, a menos que la modificación consista en disminuir de forma permanente los factores, total o parcialmente, lo que requerirá autorización previa de la Superintendencia; dicha disminución se hará aplicable a todos los planes de salud que utilicen esa tabla.

Cada plan de salud sólo podrá tener incorporada una tabla de factores. Las Instituciones de Salud Previsional no podrán establecer más de dos tablas de factores para la totalidad de los planes de salud que se encuentren en comercialización.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, las Instituciones de Salud Previsional podrán establecer nuevas tablas cada cinco años, contados desde las últimas informadas a la Superintendencia, manteniéndose vigentes las anteriores en los planes de salud que las hayan incorporado.

Las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a aplicar, desde el mes en que se cumpla la anualidad y de conformidad con la respectiva tabla, el aumento o la reducción de factor que corresponda a un beneficiario en razón de su edad, y a informar al cotizante respectivo mediante carta certificada expedida en la misma oportunidad a que se refiere el inciso tercero del artículo 197.