

Proyecto de ley, iniciado en Moción de los Honorables Senadores señores Girardi, Chahuán, Letelier, Rossi y Ruiz-Esquide, que modifica el sistema privado de salud.

Han transcurrido más de 30 años desde el establecimiento del sistema privado de salud en Chile por parte de la dictadura militar, mediante la dictación de la Ley de Isapres N° 18.933 promulgada el 12 de febrero de 1990, y conservada por las administraciones sucesivas sin grandes variaciones hasta la fecha.

Así, creemos que es momento de plantear una reforma de fondo que corrija los múltiples defectos y abusos que presenta y ha dado lugar este sistema desde el punto de vista del reconocimiento y realización del derecho constitucional a la protección de la salud del que supuestamente gozan todos los chilenos, según lo consagra el art. 19 N°9 de la Carta Fundamental.

El sistema privado de salud, administrado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), no está ajeno al mandato constitucional de ejecutar las acciones relacionadas con la salud. En efecto, la propia Constitución señala que corresponde el ejercicio de estas acciones a instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, debiendo a su vez, el Estado, garantizar el ejercicio o ejecución de dichas acciones.

Con el fin de realzar la dimensión social que reviste la salud humana y el derecho que de ella emana es que se hace necesaria una reforma al sistema privado de salud que aborde los siguientes puntos, muchos de los cuales no se han podido incluir en el presente proyecto de ley por impedimentos constitucionales:

1.- Aumento de Coberturas y Bonificaciones.

En primer término, las coberturas mínimas, actualmente en 25%>, deben aumentarse de tal manera que efectivamente estemos en presencia de un seguro de salud que ante un "siniestro de salud", paga efectivamente por lo que se le ha contratado. No tiene ningún sentido, ni justificación que las Isapres, siendo aseguradoras de salud, cubran porcentajes ínfimos bajo ciertos planes, en circunstancia que el afiliado cotiza mensualmente precisamente para asegurarse de dicho siniestro que en ocasiones asume rasgos de verdadera catástrofe.

En este sentido ningún beneficio, incluyendo todos los riesgos y las enfermedades de tipo catastrófico podrá excluirse de los planes ni tener una cobertura o bonificación inferior a la 80%. Es decir si la prestación asciende a 1.000.000 la Isapre deberá otorgar una cobertura de al menos 800.000.

2.- Término a las discriminaciones por sexo, edad o condición.

En segundo lugar, debe terminarse con las discriminaciones y diferencias que las Isapres hacen entre, niños, mujeres, ancianos y demás personas, asignándoles un valor o precio por riesgo. Las Isapres asignan distintos valores y precios a las personas según el riesgo que éstas representen para la institución. Es así como, por ejemplo, una mujer en edad fértil tiene un alto costo varias veces superior al hombre

de la misma edad, a raíz del "riesgo" y consiguientes costos que representa para la Isapre un posible embarazo.

Ello atenta contra los principios más básicos de cualquier ética, refleja la ausencia total de solidaridad del sistema, además de entrar en contradicción flagrante con la Constitución y las leyes.

Sobre este punto se propone incluir una norma que impida cualquier discriminación de este tipo, obligando a las Isapres a uniformar sus precios, modalidades y condiciones, so pena de las establecidas en la ley.

3.- Término a las exclusiones y preexistencias.

Las exclusiones y preexistencias corresponden también a mecanismos discriminatorios en razón de la condición personal o de salud presente o futura de un afiliado o beneficiario. En estos caso las Isapres se ponen a salvo no cubriéndolas por el elevado costo que representan, situación que se encuentra legitimada por la ley, por la vía de las exclusiones y restricciones de cobertura a las enfermedades preexistentes, esto es a aquellas conocidas y diagnosticadas con anterioridad a la inscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario. Siguiendo la misma lógica debiera excluirse de cobertura a las mujeres embarazadas o con riesgo de embarazo por el elevado costo que ellas representan para la Isapre.

Luego, urge modificar y terminar también con las exclusiones y no cobertura de las preexistencias. Esto también representa un elemento discriminador importante que debe ser eliminado por cuanto en razón del alto costo de algunas enfermedades o sólo por el hecho de ya padecerlas, la Isapres poniendo a resguardo su patrimonio antes que la vida y la salud, simplemente no les dan cobertura o esta resulta puramente nominal.

4.- Licencias Médicas.

Asimismo, debe reformarse el procedimiento de otorgamiento, autorización y/o rechazo de las licencias médicas de manera tal que se resuelva el número creciente de reclamos de trabajadores ante las COMPIN, se impide el rechazo injustificado de licencias médicas y se paguen los subsidios por incapacidad laboral.

Los principios básicos que deben inspirar esta materia son:

1° Principio Básico: Las licencias médicas otorgadas por un profesional médico en presencia de una afección en la salud de una persona no pueden ser calificadas y/o autorizadas por terceros ajenos a la relación médico-paciente.

2° Principio Básico: Quien se ve favorecido pecuniariamente ante el otorgamiento o denegación de una licencia médica -caso de las Isapres- no puede a su vez calificar su procedencia o autorizarlas. Ello constituye en parte interesada, en juez y parte, al que califica y autoriza.

3° Principio Básico: "No debe el paciente, beneficiario de la licencia médica, ser él quien asuma los costos, cargas y riesgos, que importa el otorgamiento de la licencia.

En consecuencia, la licencia médica actuará automáticamente como certificado médico que justifique el incumplimiento de obligaciones laborales.

Si la institución de salud desea objetar la licencia deberá atender ella al paciente y reclamar ante la autoridad.

El procedimiento de reclamo debe efectuarse ante instancias imparciales, la que resolverá teniendo a la vista el informe del médico tratante. Con ello se respetan las normas del debido proceso y se establece un mecanismo de control para los médicos inescrupulosos en el otorgamiento de licencias.

Por último debe establecerse que mientras de encuentre en trámite el procedimiento de reclamo antes mencionado y desde el día mismo del otorgamiento de la licencia, el trabajador-paciente gozará de todos los derechos laborales y previsionales que establezcan las leyes.

Todo lo anterior se plasma en la introducción de una nueva norma en el cuerpo legal que regula el sistema público de salud -ley 18.469- y que hasta la fecha carece del marco regulatorio sobre procedimiento de otorgamiento de licencias médicas, y reformando igual procedimiento sí establecido en la ley de 18.933 sobre Isapres.

5.- Eliminación del período de carencia.

El Art.44 del DFL 44 establece que "los subsidios se devengarán desde el primer día de la correspondiente licencia médica, si fuere superior a 10 días o desde el cuarto día, si ella fuere igual o inferior a dicho plazo".

Esta norma es asimétrica ya que no rige para el sector público.

Incentiva que se otorguen días innecesarios con el objeto del pago íntegro de los beneficios a que da lugar la licencia.

Corresponde como derecho de todo trabajador-paciente el pago íntegro de los días que ha permanecido en incapacidad laboral.

En consecuencia los beneficios y subsidios a que tenga derecho el trabajador fruto de una licencia médica deben devengarse a partir del día mismo de otorgamiento de la licencia médica.

6.- Contratos de Salud Indefinidos y de por Vida, Abiertos, Dirigidos y de Amplias Prestaciones.

Los contratos de salud expresan la voluntad libre de ambas partes contratantes. Sin embargo, en la realidad al afiliado no le cabe sino firmar el contrato en la forma en que éste se encuentre redactado por su contraparte, aceptar las condiciones que la propia Isapre le fije e incluso aceptar modificaciones unilaterales en los precios, prestaciones, beneficios u otras modalidades.

Se trata de verdaderos contratos de adhesión en su origen y no de contratos libremente convenidos, que, además, pueden ser modificados mientras se encuentran en ejecución por la institución previsional, situación que claramente perjudica a quienes contratan con la Isapre.

Entre los abusos a que da origen esta situación está el que pueda ponerse término al contrato cuando el afiliado por su edad es poco rentable o se le renueve el contrato en condiciones leoninas. Para eliminar estos abusos y a su vez incentivar que la Isapre invierta en la protección social de sus afiliados es que nos parece indispensable establecer el carácter indefinido y de por vida de los contratos de salud, salvo que a las partes le asistan razones fundadas y comprobadas para ponerle término reguladas por Ley.

Para compensar la falta de equivalencia en las prestaciones jurídicas, la ley debe fijar reglas mínimas de los contratos de salud, es decir, darles el carácter de "contratos dirigidos por la autoridad de la ley" que impidan alteración unilateral de precios, prestaciones, planes de salud, coberturas y otras condiciones particulares que puedan ir en perjuicios de los afiliados y sus beneficiarios.

Para ello se establecen una serie de reglas legales mínimas que formarán parte de los contratos de salud que elaboren las Isapres, que resguardarán los derechos de la parte contratante más débil, esto es los afiliados y beneficiarios. A este respecto, tal vez la garantía de mayor importancia e innovación es la obligación de las Isapres de tener que entregar al menos las mismas prestaciones y beneficios que hoy entrega el sector público de salud, con lo que se establece un piso o mínimo que queda al margen de cualquier negociación o convención particular entre afiliado e Isapre y además se restablece el principio de igualdad en el acceso a las acciones de salud que garantiza la Constitución.

7.- Restricción legal a los Planes Cerrados.

Complementariamente, se propone una serie de normas que impedirán y limitarán a las Isapres establecer a discreción planes cerrados de salud, consistentes en garantizar siempre el derecho a elegir el profesional de la salud que mejor atienda las necesidades del paciente, o en caso en que se ofrezcan ciertas franquicias o beneficios adicionales por contratar con determinadas instituciones, se deberá establecer siempre la facultad de acceder a modalidades de libre elección de tal modo de que se garantice siempre el principio de libertad de elección en materia de salud.

8.- Establecimiento del IPC de la Salud.

Las Isapres -como suele ser de normal ocurrencia- suben indiscriminada e injustificadamente los costos de los planes de salud o reducen sus beneficios, sin que exista un patrón económico objetivo que le de fundamento, o al menos, que sea de conocimiento público o de la autoridad de tal modo que pueda establecerse más allá de toda duda que los mayores costos de los planes y beneficios responden a un incremento real y proporcional de los costos que ha debido asumir la Isapre.

Pues bien, para evitar los abusos en que se incurra en este ámbito creemos conveniente proponer el establecimiento de un indicador de variación de los precios del mercado de la salud que integre valores de las prestaciones, de insumos médicos, de honorarios médicos, de las inversiones en infraestructura sanitaria, en inversión tecnológica, etc. y en base a los cuales se pueda calcular y fundar objetivamente el mayor costo de los planes de salud. Este indicador será el IPC de la Salud que regirá los reajustes que experimente el valor de los planes.

9.- Transparencia y acceso a la Información de Salud

El régimen jurídico de las Isapres contiene algunas exigencias en materia de acceso y transparencia de la información, sin embargo, es necesario introducir algunas otras normas que refuercen esta materia en el siguiente sentido:

El primitivo art. 21 bis introducido por reforma de la ley 19.381 incorporó la obligación de las Isapres de proporcionar información a sus afiliados y terceros sobre los planes u otras materias relacionadas. Sin embargo, la Isapre cumple esta obligación teniendo la referida información sin que necesariamente deba darla a conocer al público.

Finalmente se hace necesario que las Isapres hagan pública la información de sus planes, por la vía de extractos e informativos colocados en sus oficinas y establecimientos de manera tal de mantener permanentemente informado al público. Para ello, se introduce una frase agregada al mencionado art. 21 bis y se reforma también el art.43.

En razón de estas consideraciones es que proponemos el siguiente,

PROYECTO DE LEY

Art. 1. Introdúcense las siguientes modificaciones al Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud que FIJA TEXTO REFUNDIDO, COORDINADO Y SISTEMATIZADO DEL DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979 y DE LAS LEYES N° 18.933 y N° 18.469:

1.- En el art.170 Deróganse las siguientes letras:

"i) La expresión "cotizante cautivo", para los efectos de lo dispuesto en los artículos 219 y 221, por 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;"

"n) La expresión "tabla de factores" por aquella tabla elaborada por la Institución de Salud Previsional cuyos factores muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a un grupo de referencia definido por la Superintendencia, en instrucciones de general aplicación, el cual asumirá el valor unitario. Esta tabla representa un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida, el que es conocido y aceptado por el afiliado o beneficiario al momento de suscribir el contrato o incorporarse a él, según corresponda, y que no podrá sufrir variaciones en tanto la persona permanezca adscrita a ese plan."

2.-En el art. 172 inciso final intercálase la expresión "en lugares visibles de sus establecimientos" a continuación de la expresión "... y de terceros".

3.- En el art. 173 inciso primero reemplázase su punto aparte (.) por una coma (,) y agrégase a continuación:

"o tener participación societaria o accionaria directa o a través de terceros en instituciones de cualquier naturaleza que presten servicios de salud. "

4.- En el art. 188 intercálase el siguiente inciso 2° correlacionando los restantes.

"En el documento de renuncia deberán quedar expresamente establecidos los mayores beneficios de salud a que accede el renunciante por este concepto, los beneficios totales del plan y los beneficios que hubiese tenido sin renuncia de excedentes, documento que será notificado a la Superintendencia de Isapres junto a los demás antecedentes del contrato de salud."

5.- En el 189 modifíquese lo que se indica, de la siguiente forma:

a) Reemplazase su inciso 2° por el siguiente:

"El contrato de salud deberá contener como mínimo las siguientes estipulaciones, sin perjuicio de otras que libremente convengan las partes, las que en todo caso deberán ajustarse y respetar íntegramente las mínimas legales que se señalan a continuación:"

b) Reemplázase el inciso 1° de la letra b), B, por la siguiente:

"B. - Plan cerrado: aquél cuya estructura sólo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud a través de determinados prestadores institucionales individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección.

c) Agrégase el siguiente inciso final a la letra b), B:

En ningún caso el Plan cerrado limitará o restringirá el derecho del afiliado a elegir libremente al profesional de la salud de su preferencia."

d) En el inciso 1° de la letra e) reemplázase el primer punto seguido (.), por una coma (,) y agrégase a continuación la siguiente frase:

"v sólo podrá reajustarse de acuerdo a la variación real que experimenten las prestaciones de salud en igual período. "

e) Derógase la siguiente letra f):

"f) Montos máximos de los beneficios para cada beneficiario, si los hubiere, o bien, montos máximos establecidos para alguna o algunas prestaciones, si fuere del caso, siempre con la limitación establecida en el inciso primero del artículo 190."

f) Derógase la siguiente letra g):

"g) Restricciones a la cobertura. Ellas solo podrán estar referidas a enfermedades preexistentes declaradas, por un plazo máximo de dieciocho meses, contado desde la suscripción del contrato, y tendrán la limitación establecida en el inciso primero del artículo 190.

En el caso del embarazo se deberá consignar claramente que la cobertura será proporcional al período que reste para que ocurra el nacimiento.

No obstante lo anterior, en el caso de enfermedades preexistentes declaradas, el futuro afiliado podrá, en casos calificados, solicitar por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales en Salud, que la Institución le otorgue para dichas patologías, por dieciocho meses más, la cobertura que el Fondo Nacional de Salud ofrece en la Modalidad de Libre Elección a que se refiere el Libro II de esta Ley. Lo anterior, con la finalidad de ser aceptado en la respectiva Institución de Salud Previsional. La Superintendencia regulará, mediante instrucciones de general aplicación, la operación de lo dispuesto en este párrafo."

6.- En el inciso 2° del art. 190 derógase el siguiente numeral 6:

"6.- Enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, salvo que se acredite justa causa de error.

Para los efectos de esta Ley, se entenderá que son preexistentes aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. Tales antecedentes de salud deberán ser registrados fidedignamente por el afiliado en un documento denominado Declaración de Salud, junto con los demás antecedentes de salud que requiera la Institución de Salud Previsional. La Declaración de Salud deberá ser suscrita por las partes en forma previa a la celebración del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. La Declaración de Salud forma parte esencial del contrato; sin embargo, la falta de tal declaración no lo invalidará, pero hará presumir de derecho que la Institución de Salud Previsional renunció a la posibilidad de restringir la cobertura o de poner término a la convención por la omisión de alguna enfermedad o condición de salud preexistente.

Sin perjuicio de lo anterior, la Institución de Salud Previsional estará obligada a concurrir al pago de prestaciones por enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, en los mismos términos estipulados en el contrato para prestaciones originadas por enfermedades o condiciones de salud no preexistentes cubiertas por el plan, si se acredita que la omisión se debió a justa causa de error o cuando haya transcurrido un plazo de cinco años, contado desde la suscripción del contrato o desde la incorporación del beneficiario, en su caso, sin que el beneficiario haya requerido atención médica por la patología o condición de salud preexistente. En estos casos, tampoco procederá la terminación del contrato de salud.

Se presumirá la mala fe si la Institución probare que la patología o condición de salud preexistente requirió atención médica durante los antedichos cinco años y el afiliado a sabiendas la ocultó a fin de favorecerse de esta disposición legal. En estos casos, la Institución de Salud Previsional podrá poner término al contrato, en los términos señalados en el artículo 201;"

1.- Derógase en el inciso 2° del art. 190 el siguiente numeral 8:

"8.- Todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este último caso de carácter ambulatorio, no contemplados en el arancel a que se refiere la letra e) del artículo 189. Sin consentimiento de la Institución de Salud Previsional no procederá la homologación de prestaciones, salvo que la Superintendencia lo ordene en casos excepcionales y siempre que se trate de prestaciones en que exista evidencia

científica de su efectividad. En tales casos, el costo de la prestación para la Institución no podrá ser superior al que habría correspondido por la prestación a la, cual se homologa."

8.- Derógase la siguiente frase del inciso final del art. 190:

", excepto las correspondientes al embarazo y a enfermedades preexistentes, en los términos señalados en el artículo 189, letra g)"

9.- En el en el inciso 3° del art.197, antes del guarismo "198" agrégase la frase "189 letra e) y "; e intercálese después de la frase "Las revisiones no podrán tener en consideración el estado de salud", la expresión ", el sexo o la edad".

10.- Derógase los siguientes numerales e incisos del art.198:

"Artículo 198.- La libertad, de las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 197 de esta Ley, se sujetará a las siguientes reglas:

1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRES deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

Para expresar en unidades de fomento los precios base de los planes de salud que se encuentren establecidos en moneda de curso legal, las Instituciones de Salud Previsional utilizarán el valor que dicha unidad monetaria tenga al 31 de diciembre del año anterior.

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

3.- Asimismo, la variación anual de los precios base de los planes creados entre febrero y junio del año en curso, ambos meses inclusive, deberá ajustarse a la regla indicada en el párrafo primero del numeral 2 precedente, al cumplirse la anualidad respectiva,

4. - La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

5.- En ningún caso las ISAPRES podrán ofrecer rebajas o disminuciones respecto del precio base del plan de que se trate informado a la Superintendencia, a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese plan.

6.- Se prohíbe ofrecer o pactar planes alternativos con menos de un año de comercialización o que, cumpliendo con la vigencia indicada, no tengan personas adscritas, a los afiliados o beneficiarios cuya anualidad se cumpla en el periodo indicado en el numeral 2. La misma prohibición se aplicará cuando se ponga término al contrato y la persona se afilie nuevamente en la misma- Institución de Salud Previsional.

11.- Agrégase los siguientes incisos en reemplazo del inciso 1° y de los numerales 1 al 6 del art. 198:

"Las instituciones de salud previsional sólo podrán cambiar los precios base de los planes de salud sobre la base de la variación real que experimenten las prestaciones de salud expresadas en un índice de variación de precios de la salud, definido y actualizados anualmente por la autoridad competente de acuerdo a lo establecido en el correspondiente Reglamento".

En ningún caso los precios, modalidades o condiciones de los planes de salud podrán ser establecidos en función de la edad, sexo o condición personal o de salud del afiliado o de sus beneficiarios. Cualquier diferencia, o discriminación fundada en las situaciones anteriores será objeto de las sanciones que establece la presente ley".

12.- Deróganse los incisos 1°, 4°, 5°, 6° y 7° siguientes del art. 199:

"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. (...)

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".