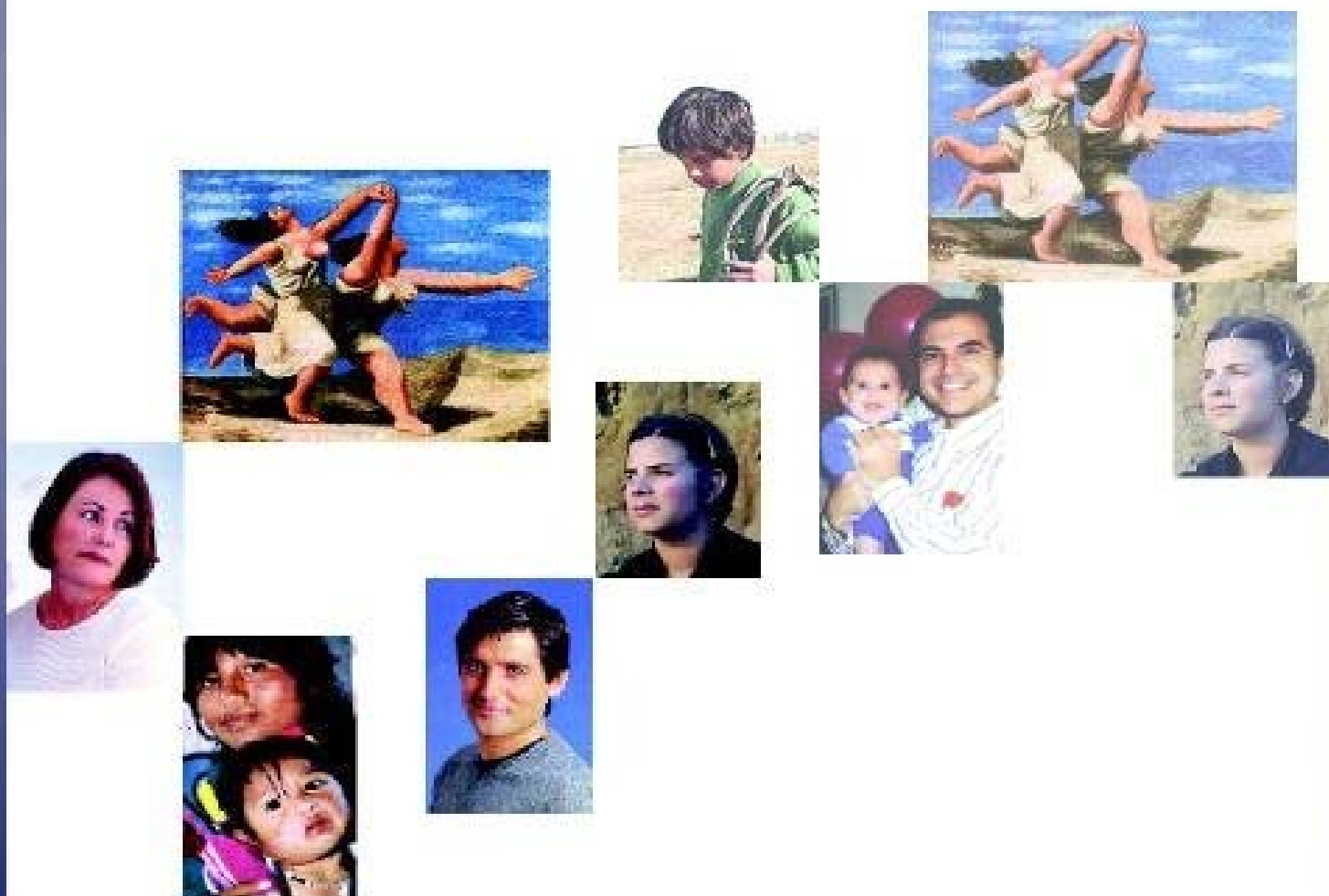




Género, equidad y reforma de la salud en Chile

1_ Discriminación de las mujeres en el Sistema de Instituciones de Salud Previsional. Regulación y perspectiva de Género en la Reforma



Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud en Chile
Serie Género y Reforma de la Salud

Género, Equidad y reforma de la Salud en Chile

Discriminación de las mujeres en le Sistema de Instituciones de Salud Previsional Regulación y perspectiva de Género en la Reforma

Elaborado por OPS.OMS Chile por Minga Consultores

Serie Género y Reforma de Salud No.1
Primera Edición, Noviembre 2002

OPS/OMS

Oficina de Representación en Chile
Providencia 1017, Pisos 4 y 5, Santiago
acevedog@chi.ops-oms.org
<http://www.chi.ops-oms.org>

Edición: Patricia Bravo Beril

Diseño: Marcela Passalacqua Frabasile

Impresión: Alerce Talleres Gráficos

Secretaría: Graciela Acevedo Soto

Cuadro de Portada: Mujeres corriendo en la playa, Pablo Picasso

■	RESUMEN EJECUTIVO	4
■	INTRODUCCIÓN	5-6
■	I. ANTECEDENTES	7-9
■	II. DISCRIMINACIÓN A LA MUJER EN LAS ISAPRE	10-19
	<ul style="list-style-type: none"> 1. Factores que limitan el acceso de la mujer a las Isapre <ul style="list-style-type: none"> 1.1. Discriminación de acceso por nivel socio-económico 1.2. Discriminación de acceso por género femenino 2. Factores que permiten discriminación a mujeres afiliadas a Isapre <ul style="list-style-type: none"> 2.1. Carencias, preexistencias y topes de cobertura 2.2 Análisis de la licencias médicas 3. Factores que provocan la salida de la Isapre 	
■	III. EJES DE LA REGULACIÓN QUE PERMITEN LA DISCRIMINACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PPROPUESTAS EN LOS PROYECTOS DE LEY	20-30
	<ul style="list-style-type: none"> 1. Segmentación económica como causal de discriminación 2. Discriminación de acceso por mayor riesgo relativo de las mujeres 3. Discriminación por carencias, preexistencias y topes de cobertura 4. Respecto a los factores que favorecen la salida de los afiliados 5. Respecto a las cargas 6. Situación de la licencias médicas curativas 	
■	IV. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	31-34
■	V. BIBLIOGRAFÍA	35

En diciembre de 2001, el 35% de los cotizantes en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs), casi 450 personas, correspondía a mujeres.

Para estudiar la discriminación de género, hemos distinguido tres categorías: las que limitan el acceso de la mujer a las ISAPREs; aquellas que restringen el uso de beneficios a la mujer afiliada a una de estas instituciones, y las que provocan la salida del sistema.

Entre los factores que limitan el acceso se encuentran la discriminación por nivel socioeconómico, basada en la existencia de contratos individuales, y la discriminación por género femenino. En la categoría de limitantes al uso se distinguen las carencias, las preexistencias y los topes de cobertura. En cuanto a los factores que provocan la salida, ésta generalmente se debe a incrementos en el precio del plan.

Los proyectos de ley para la Reforma de Salud buscan mejorar la situación actual, pero a nuestro juicio subsisten aspectos que posibilitan la discriminación. Como ejemplo de perfeccionamientos, sobresalen la homogenización parcial de los planes y, en relación con el Régimen de Garantías en Salud, la prohibición de restringir la cobertura, los montos máximos de los beneficios y las exclusiones. Entre los factores discriminatorios que subsisten destacan la mantención de la selectividad caso a caso y la facultad de las ISAPREs para vender planes con menor cobertura en aquello que no está contemplado en las garantías explícitas.

Luego de analizar las discriminaciones existentes y los proyectos de ley, proponemos limitar los gastos de administración; financiar el “salario maternal” en forma compartida entre cotizantes, impuestos y empleadores; establecer un límite sobre el cual las personas puedan optar al aseguramiento individual; suprimir la facultad de las ISAPREs para ofrecer planes que no contemplen la totalidad de las prestaciones, y exigir la no discriminación de género en todos los planes, sin carencias ni exclusiones.

En el caso de la salida “obligada” de las ISAPREs, se propone la creación de un índice objetivo que estas instituciones deban tener como referencia al momento de incrementar los precios; suprimir la atribución de las ISAPREs para caducar contratos unilateralmente, y reponer la facultad de las personas para desahuciar el contrato, eliminando la propuesta que las deja cautivas por tres años. También postulamos suprimir la propuesta que permite a las ISAPREs expedir por carta certificada las modificaciones al contrato, sin tener en cuenta si el destinatario recibió o no la comunicación.

Respecto de las licencias médicas, proponemos que sea una sola entidad la que controle la totalidad de las licencias, independientemente del sistema previsional, y que las ISAPREs asuman la cancelación de los tres primeros días de licencia -cuando ésta es inferior a 10 días-, hoy de cargo del trabajador. Finalmente, se propone incluir la visión de género mediante la incorporación de mujeres en la constitución del Consejo del AUGE.



La Asamblea General de Naciones Unidas, en su quincuagésimo segundo período de sesiones¹, decidió que la incorporación de la perspectiva de género sea una práctica habitual en todas las políticas y programas.

El documento Política de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Materia de Género expresa que ésta consistirá en que todas las investigaciones, políticas, proyectos, programas e iniciativas en que participe la OMS incorporen las cuestiones de género. “Ello contribuirá a aumentar la cobertura, la eficacia, la eficiencia y, en última instancia, la repercusión de las intervenciones sanitarias tanto para la mujer como para el hombre y, al mismo tiempo, ayudará a alcanzar el objetivo más amplio de las Naciones Unidas, de la justicia social”, señala textualmente ese documento. Entre sus objetivos, cabe destacar aquellos orientados a “promover la equidad y la igualdad entre hombres y mujeres a lo largo de toda la vida, y velar porque las intervenciones no fomenten papeles y relaciones de género poco equitativos”, como también “apoyar a los estados miembros en la forma de llevar a cabo la planificación, la ejecución y la evaluación de políticas, programas y proyectos que tengan en consideración las cuestiones de género”.

En el documento Orientaciones Estratégicas y Programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana², la OPS/OMS destacó como fundamental “la incorporación de la perspectiva de género en las políticas y estrategias de salud”. Por su parte, en la Revista Panamericana de Salud Pública³ se afirma que el concepto inequidad de género “se reserva para aquellas desigualdades que se consideran innecesarias, evitables y, además, injustas y que se asocian a desventajas sistemáticas en el plano socioeconómico”.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha venido desarrollando en nuestro país una línea de trabajo sistemática en torno a los problemas de salud y género. Eso se ha traducido en la realización de varios estudios relativamente recientes sobre el tema de género y reforma (1-6). Sus resultados, sumados a las conclusiones de estudios anteriores (7), permiten afirmar la existencia real de discriminación de género, en especial hacia las mujeres, en cuanto a acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud.

La discriminación más relevante hacia la mujer es la que se aprecia en el Sistema ISAPRE. Pese que el Sistema Público de Salud también contiene algunos elementos de inequidad y desigualdad, es evidente que las ISAPREs se instalan básicamente en un marco legal que fomenta una voluntad discriminatoria, la cual se ha mostrado particularmente agresiva en lo referido a género.

La salud en Chile se encuentra en un proceso de reforma sectorial, al igual que en otros países de las Américas. Uno de los ejes centrales de transformación en el proceso de reforma planteado en el Programa de Gobierno (8) es la superación de las inequidades, entre ellas, las de género.

A partir de los análisis previos, el presente estudio pretende describir y analizar los principales ejes de la actual regulación que permiten la discriminación, y señalar alternativas de solución. Aunque parte de la información es de dominio público, se ha considerado necesario reiterarla para facilitar el trabajo orientado a la regulación con enfoque de género.

Puesto que recientemente el Gobierno ha enviado al Parlamento proyectos de ley con el propósito de realizar una profunda reforma sectorial, el análisis del estudio abarcará también la regulación propuesta, la forma en que ésta modificaría los factores actuales de discriminación y, en el caso de que

¹Documento A/52/3, capítulo IV, parte A., 18 de septiembre de 1997.

²1999-2002, Vigésimo Quinta Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, D.C., septiembre 1998.CSP25/8, p.29.

³ Vol 11, N° 5/6, mayo-junio 2002, p.328, E.Gómez, del Programa Mujer, Salud y Desarrollo, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS/OMS.

El primer capítulo entrega antecedentes del sistema de salud chileno y describe los principales rasgos del momento de cambio por el que atraviesa.

Se presenta a continuación, en el segundo capítulo, un resumen de la situación de discriminación de la mujer en el sistema privado de salud. Se sintetizan las discriminaciones hacia las mujeres en el Sistema ISAPRE detectadas en estudios anteriores y se incorporan observaciones de los consultores sobre estas materias, de acuerdo con los factores que limitan el acceso y el uso, así como aquellos que determinan un aumento de la salida del sistema

Luego, en el tercer capítulo, se propone un ordenamiento de los nudos o ejes de la actual legislación que hacen posible la discriminación en cada uno de los factores principales de discriminación descritos en el capítulo anterior. A la vez, se analizan con detenimiento las variaciones que tendrían estos nudos si se aprueban los proyectos de ley enviados por el Ejecutivo al Parlamento.

En el desarrollo de este estudio ha sido necesario incurrir en reiteraciones en algunos tópicos. Tanto en el capítulo segundo (Discriminación a la Mujer) como en el tercero (Ejes de la Regulación que permiten la Discriminación y Proyectos de Ley), el análisis se efectúa de acuerdo con los factores que limitan el acceso al sistema, el uso de sus beneficios y aquellos que aumentan la salida del sistema. Además, en algunas ocasiones un mismo nudo de la actual regulación puede dar pie a varios tipos de discriminación. Las reiteraciones nos parecieron necesarias, sin embargo, para ilustrar en detalle el análisis que permitió llegar a conclusiones y propuestas.

El capítulo de conclusiones, finalmente, resume los puntos que de acuerdo con la visión de los consultores debieran ser asumidos por los distintos actores para que sean considerados por los legisladores y el Ejecutivo, con la finalidad de disminuir la inequidad de género en los proyectos de ley en trámite, inequidad que pesa especialmente en contra de las mujeres.



I. ANTECEDENTES

En 1952 se creó en Chile el Servicio Nacional de Salud (S.N.S.). A partir de esa fecha se estableció una red de hospitales, consultorios y postas rurales en todo el país, financiada mayoritariamente con impuestos generales. La planificación sanitaria y las acciones de alcance nacional emprendidas permitieron lograr importantes avances en la salud de las personas, lo que se expresó en una clara mejoría de los principales indicadores sanitarios.

La dictadura militar inició en 1981 una reforma que terminó con el S.N.S. Se priorizó la modalidad de cotización obligatoria individual para salud⁴, se crearon las Instituciones de Salud Previsional⁵ privadas y se municipalizó la mayor parte de la atención primaria. Paralelamente, se redujo de manera brutal el financiamiento de los hospitales públicos. Todas estas medidas se dirigían a crear crecientes condiciones para la participación de privados en la administración de seguros de salud y provisión de servicios sanitarios.

Durante la década de los noventa, los gobiernos de la Concertación decidieron reforzar el sistema público y regular en alguna medida el funcionamiento del mercado de seguros privados de salud. Así, el primer hito relevante fue la promulgación de la Ley N° 18.933, que creó la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, seguida por otras leyes que mejoraron la situación dejada por la dictadura. En el sector público aumentó notablemente el gasto fiscal, mejorando los niveles de inversión y entregando mayores recursos para la operación de los establecimientos, tanto en el nivel primario como secundario y terciario. Asimismo, se realizaron grandes esfuerzos por mejorar la situación en que se encontraban los trabajadores. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos, aún no se recupera un nivel satisfactorio de inversión fiscal en salud. El presupuesto sigue siendo inferior al gasto; la gestión clínica y la gestión administrativa no se han modernizado suficientemente, y se aprecian grados crecientes de insatisfacción en los usuarios.

Se ha señalado, además, la necesidad de reformar el contenido de los programas de salud para adaptarlos a los cambios demográficos y epidemiológicos ocurridos en el país. Con ese propósito se han definido nuevos objetivos sanitarios con metas y actividades que intentan dar respuesta a los problemas actuales (9).⁶

Por estas razones se ha planteado la necesidad de iniciar un nuevo proceso de reforma de la salud. El dilema paradigmático sigue siendo el mismo que ha estado presente durante las últimas décadas: el grado y modalidad de participación del Estado y de la empresa privada en la administración de la cotización obligatoria, como también la participación de los recursos públicos destinados a salud y a la provisión directa de servicios.

Para llevar adelante la reforma, el Gobierno presentó al Congreso Nacional el proyecto de ley sobre Derechos y Deberes en Salud (10) durante 2001, y en mayo de 2002 envió otros cuatro proyectos. Uno de los temas centrales planteado en estas iniciativas es la formulación de un conjunto de garantías explícitas, exigibles por las personas para determinados problemas de salud en términos de calidad, oportunidad y protección financiera. Este conjunto garantizado, el Régimen de Garantías de Salud (11,12), tendría un financiamiento especial proveniente de impuestos específicos (13), de la creación de un

⁴ En sus inicios, la cotización obligatoria se incrementó al 4% con un tope imponible de 60 UF, cotización que posteriormente se elevó a un % y luego al 7% actual.

⁵ Las ISAPREs son instituciones que administran una cotización obligatoria. En la práctica, es un impuesto. Este hecho es una singularidad de la seguridad social chilena.

⁶ La perspectiva de género en el diseño y contenidos de los objetivos sanitarios es un tema particular de estudio que no se aborda en este trabajo.

fondo con aportes de los cotizantes y de los recursos fiscales que quedan libres al cambiar la modalidad de financiamiento de las licencias maternas.⁷

Por otra parte, se ha puesto de relieve la necesidad de aumentar significativamente la capacidad resolutive de la atención primaria en un modelo de salud preferentemente preventivo y promocional, dotando a los consultorios de recursos técnicos y profesionales para abordar la tarea.

Se plantea, asimismo, la organización de la red pública de atención (14) con mayores capacidades de gestión local, como un cambio significativo en la administración de los establecimientos hospitalarios.

Los temas relativos a la calidad y acreditación de los prestadores de salud públicos y privados constituyen elementos novedosos que se incorporan al control del quehacer de salud.

La reforma también pretende abordar temas ciudadanos, como los derechos de los pacientes, el derecho a exigir cumplimiento de las garantías, y participación social más activa en la marcha y control de los establecimientos.

Se persigue, además, mejorar la regulación del Sistema ISAPRE (15) y que tanto las garantías explícitas como la participación en el financiamiento de éstas también sean exigibles al sector privado. De los proyectos que se encuentran en el Congreso, tres de ellos incidirían en la actual legislación del sistema privado de atención:

- El proyecto de ley que establece un Régimen de Garantías en Salud (Mensaje: 1-347 de mayo de 2002).
- Mensaje que formula indicaciones al proyecto que crea un Régimen de Garantías en Salud (Mensaje 84-347 de Junio de 2002). Entre otras materias, define el Fondo de Compensación Solidario y el Fondo Maternal.
- El proyecto de ley que modifica la actual Ley N°18.933 sobre Instituciones de Salud Previsional (Mensaje 82-347 de junio de 2002), que regula las ISAPREs.

Con anterioridad, en octubre de 2000 (16), la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados aprobó por unanimidad un conjunto de propuestas para reformar la Ley N°18.933 (17), tras un trabajo extenso al que fueron convocados representantes de las propias ISAPREs, diversos organismos del Estado, entidades académicas y gremiales.

Estas propuestas apuntaban a superar las deficiencias que presenta el actual Sistema ISAPRE. Como no ha habido modificaciones legales posteriores, se encuentran vigentes, por lo cual nos referiremos a ellas.

- En relación con la cobertura de los planes, se plantea limitar o eliminar la facultad de las ISAPREs para comercializar planes que no incluyan todas las prestaciones del arancel de FONASA. Se señala la necesidad de crear un mecanismo de financiamiento que supla las diferencias de costos, como también se postulan mecanismos de solidaridad intergeneracional.
- En cuanto a la transparencia, se propone establecer un índice de precios de salud como referencia para el reajuste de los precios de los planes. Al momento del reajuste se debe requerir la aprobación explícita de ambas partes. Además, se precisa establecer un arancel de referencia único para cada ISAPRE, expresada en Unidades de Fomento (U.F.)⁸.

⁷ De acuerdo con el proyecto de ley, las licencias maternas se pagarán de un fondo al que contribuyen hombres y mujeres, con un 0.6% de su remuneración, renta o pensión.

⁸ U.F. es una unidad de cuenta reajutable indexada automáticamente con el índice de precios al consumidor.

- En referencia a la integración vertical, la Comisión de Salud “sugiere modificar el artículo 22, en el sentido que las ISAPREs sólo actúen en el ámbito del financiamiento de la salud, excluyendo su papel prestador”.
- Para las licencias médicas, se realizan 14 proposiciones dirigidas a la mejor regulación del sistema. Se plantea, entre otras medidas, que sean las ISAPREs las que apelen a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), que se encomiende la tuición ética a los Colegios Profesionales, y se establezcan medidas de vigilancia epidemiológica y gestión de las licencias.
- Por último, se postula aumentar las facultades de la Superintendencia de ISAPREs en materia de sanciones, regular las quiebras y traspasos de cartera, e incrementar su cobertura regional.



II. DISCRIMINACIÓN A LA MUJER EN LAS ISAPRE

La legislación vigente sobre el tema que nos preocupa se compone de la Ley N°18.469, que regula la atención de salud general del país (18), y la Ley N°18.933, que establece la Superintendencia de ISAPREs y regula específicamente el funcionamiento de estas instituciones. Ambas disposiciones legales fueron modificadas en diciembre de 1999 mediante la Ley N°19.650, que termina gradualmente con el subsidio fiscal a quienes optan por seguros privados para la atención de salud.

La actual legislación obliga a todos los asalariados a escoger un sistema previsional de salud, dedicando al menos el 7% de su sueldo imponible para estos efectos.

Aquellos que eligen el sistema público, a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA), cotizan el 7% de su sueldo imponible (con tope de 60 U.F., equivalente a alrededor de 1.400 dólares al mes), y tienen derecho a las mismas atenciones. Los beneficiarios pueden acceder a los establecimientos públicos de la red asistencial en la modalidad "institucional", donde existe un copago proporcional a los ingresos del cotizante⁹, o bien, en la modalidad "libre elección", a establecimientos públicos o privados de elección del paciente con un pago adicional (copago variable según el proveedor de servicios)¹⁰.

FONASA está obligado a recibir a cualquier trabajador o trabajadora que cotice el 7%, así como a los indigentes. Por lo tanto, no existe discriminación socioeconómica en este sistema. FONASA también debe recibir a los trabajadores independientes, siempre y cuando cumplan con sus cotizaciones con fines previsionales, es decir, para jubilación y subsidios por incapacidad laboral¹¹.

Las mujeres que conviven sin estar casadas no pueden ser carga del trabajador, debido a que no son cargas legales (19). Por esta razón, no son beneficiarias de FONASA y sólo tienen acceso directo si trabajan y cotizan, salvo que estén en condición de indigencia.

En el caso de los seguros privados de salud que venden las ISAPREs, se establece un contrato individual entre la institución y el o la trabajadora, donde se compra un "plan" por un precio determinado, cuyo piso es el 7% de la remuneración imponible. Hoy, según información de la Superintendencia de ISAPREs (20), el promedio de cotización representa poco más del 9% del sueldo imponible de los trabajadores afiliados a este sistema.

A diferencia de lo que sucede con FONASA, al Sistema ISAPRE se puede afiliarse cualquier persona no asalariada, sin necesidad de cotizar adicionalmente para el resto de la previsión social. Los cotizantes también pueden declarar como cargas médicas a personas que no están en la categoría de cargas legales.

Durante la última década ha variado la distribución de la población en los sistemas previsionales público y privado, según se muestra en la tabla siguiente:

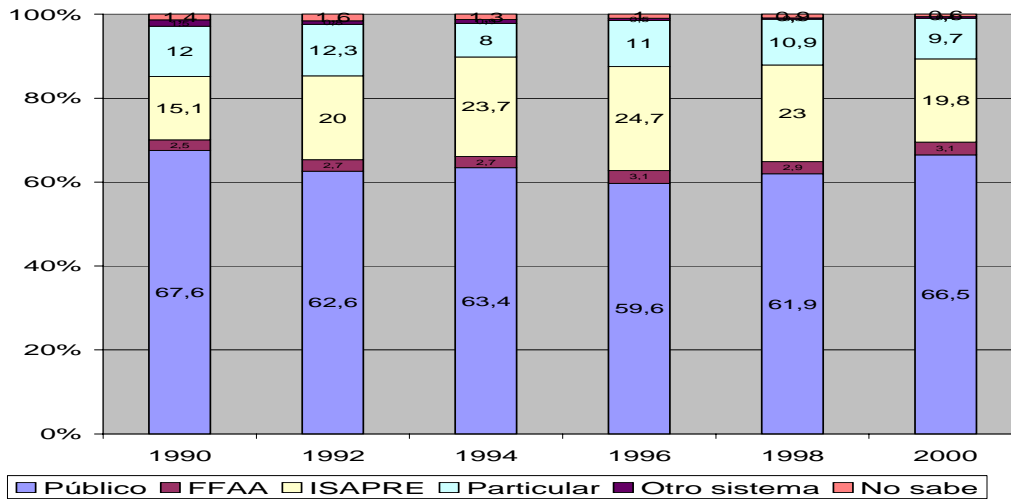
⁹ Grupos Fonasa A,B,C y D. Los grupos A y B están eximidos de copago en la modalidad institucional.

¹⁰ Bonos 1, 2 y 3 según nivel de especialidad.

¹¹ Este es uno de los aspectos que se superan con la iniciativa legislativa del Gobierno.

Gráfico 1: Distribución de la Población según Sistema Previsional de Salud. CASEN

1990-2000



Fuente: Elaboración propia a base de datos CASEN 2000, MIDEPLAN

En el Sistema ISAPRE existen en la actualidad 14 instituciones abiertas¹², que aseguran al 95% de los beneficiarios del sistema, y 8 cerradas¹³. En conjunto, tienen 50.000 planes vigentes y alrededor de 10.000 planes distintos en comercialización¹⁴. Esto limita severamente la transparencia que se requiere para tomar una decisión informada a la hora de definir la afiliación.

El 35% de los cotizantes de ISAPREs son mujeres, y se concentran en el tramo de edad de entre 25 y 49 años (20).

La percepción pública del rol de las ISAPREs es deficiente. Según muestran las encuestas, la discriminación de la mujer y los ancianos es fuente de insatisfacción (21).

Un importante estudio del PET (7) demuestra que las mujeres sufren básicamente dos tipos de barreras en el Sistema ISAPRE, de acceso y de uso. Estas barreras establecen una evidente discriminación de género en perjuicio de las mujeres.

En primer lugar, las discriminaciones de acceso por el nivel socioeconómico, que actúan tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, es mayor para estas últimas por tener salarios inferiores. Y en segundo lugar, se discrimina en el acceso por el solo hecho de ser mujer.

Las discriminaciones de uso se manifiestan en determinadas carencias y exclusiones que afectan de manera específica a las mujeres.

En este trabajo se propone una tercera categoría de análisis de discriminación, relacionada con los factores que provocan o favorecen la migración de beneficiarios desde las ISAPREs a FONASA.

Así, en el presente estudio hemos ordenado los factores de discriminación en tres categorías descriptivas:

¹² El 75% de los cotizantes de ISAPREs abiertas se concentra en cinco instituciones.

¹³ Son aquellas que aseguran exclusivamente a trabajadores y sus cargas, de una determinada empresa o institución.

¹⁴ La diferencia se explica por los planes en extinción.

1. Factores que limitan el acceso de la mujer a las ISAPREs.
2. Factores que limitan el uso de beneficios a la mujer afiliada a una ISAPRE.
3. Factores que provocan la salida de la ISAPRE.

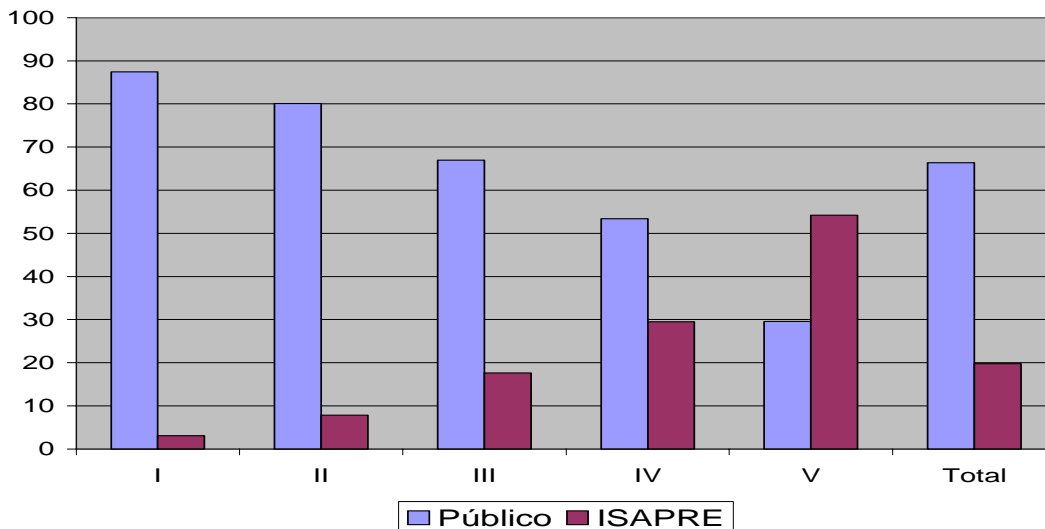
1. Factores que limitan el acceso de la mujer a las ISAPREs.

1.1 Discriminación de acceso por nivel socioeconómico.

El hecho de tratarse de un contrato individual, en el que la ISAPRE fija libremente el precio de los planes que ofrece, determina la posibilidad de discriminación por nivel de ingreso económico. En efecto, la ISAPRE sólo ofrecerá un plan a aquellos cotizantes -y sus cargas, si las hubiera- que considere le serán rentables económicamente.

No es de extrañar, entonces, la clara relación existente entre el nivel socioeconómico¹⁵ y la pertenencia o no a las ISAPREs, como se aprecia en la siguiente tabla confeccionada con datos oficiales del Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN), en encuesta estratificada (22).

Gráfico 2: Distribución de la Población por Quintil de Ingreso Autónomo según Sistema Previsional de Salud. CASEN 2000.



Fuente: Elaboración propia a base de datos CASEN 2000, MIDEPLAN.

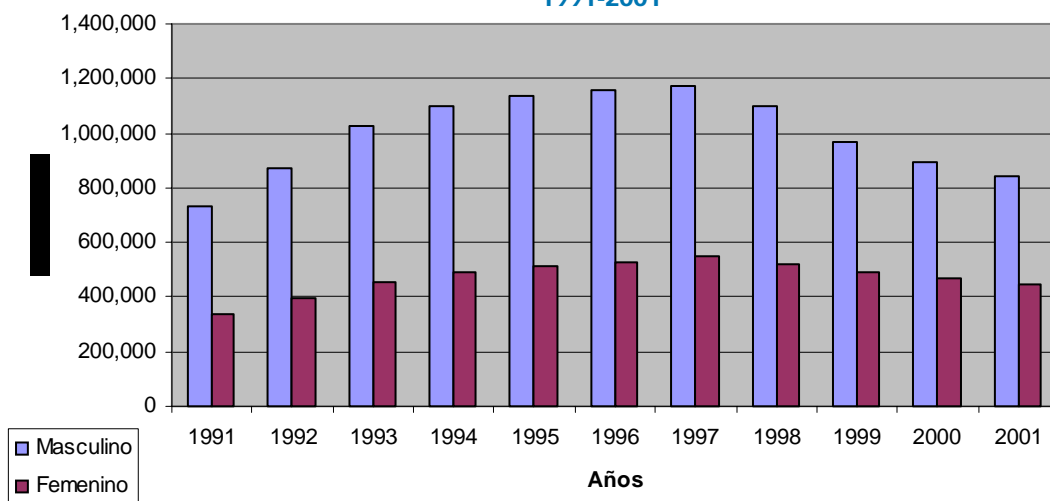
En definitiva, la discriminación económica está en la esencia del Sistema ISAPRE, en la medida en que funciona con contratos individuales en los que el precio y el contenido de los planes varía casi de cotizante a cotizante. La ISAPRE tiene atribuciones legales para seleccionar positivamente a personas de altos ingresos. Esto afecta en mayor medida a las mujeres por percibir salarios en promedio inferiores a los hombres.

En los últimos años, el deterioro de las condiciones económicas producto de la disminución del crecimiento del producto en Chile, junto a otros factores, ha provocado un traspaso importante de afiliados a las ISAPREs hacia el Sistema Público de Salud. En el Gráfico 3 se puede observar la variación en el número de cotizantes del Sistema ISAPRE en el último decenio.

¹⁵ Lo que se acentúa por la clara relación entre pobreza y desigualdad social con la mayor carga de enfermedad.

En este gráfico se puede apreciar que el número de cotizantes, tanto hombres como mujeres, fue aumentando entre 1990 y 1997 y, posteriormente, comenzó a decrecer, llegando en 2001 a 846.430 cotizantes hombres y 448.033 cotizantes mujeres. En 1990, del total de cotizantes, los hombres representaban 68,2% y las mujeres 31,8%, y en diciembre de 2001, los hombres representaban 65,4% y las mujeres 34,6% del total de cotizantes.

Gráfico 3: Evolución del Número de Cotizantes en Sistema ISAPRE por Sexo, 1991-2001



Fuente: Elaboración propia a base de datos de la Superintendencia de ISAPRES.

La discriminación de acceso al sistema se verá incrementada en correspondencia con el encarecimiento de los planes de las ISAPRES, por diversas causas. En este sentido, la elevación del costo de las prestaciones, el alto porcentaje destinado a gastos de administración en el Sistema ISAPRE o el aumento de carga impositiva de diverso tipo incrementarán las dificultades de acceso al sistema.

1.2 Discriminación de acceso por género femenino.

A la discriminación por nivel de ingreso socioeconómico se agrega la discriminación por el hecho de ser mujer.

Las ISAPRES, al formalizar contratos individuales, ajustan el tipo de plan al riesgo del cotizante y su grupo familiar. Es así como los beneficios convenidos en un plan para una mujer de entre 20 y 60 años llega a triplicar el precio de un plan de iguales beneficios para un cotizante hombre, situación que se revierte después de esa edad, cuando los planes se encarecen para los hombres (23).

Vivir más años, utilizar más atenciones de salud y usar mayor número de licencias médicas son razones que también se esgrimen como determinantes del mayor costo y menor cobertura de planes femeninos (2,7,23).

El mayor costo de los planes se acostumbra justificar, además, por el "mayor riesgo" de las mujeres debido a su función reproductiva. Es preciso tener en cuenta que esto se relaciona con el parto y la atención de la nueva carga, ya que en Chile el salario de las mujeres en los períodos de pre y post natal, hasta ahora, es asumido directamente por el Estado y no por las instituciones previsionales de salud, a diferencia de

lo que sucede con las licencias curativas, en las que la ISAPRE debe cancelar el reposo^{16 17}.

El mayor precio relacionado con el sexo en los planes ofrecidos por las ISAPREs no se relaciona solamente con mujeres cotizantes que pueden hacer uso de subsidio por enfermedad (licencia médica). También se encarecen los planes en que las mujeres tienen la calidad de carga de un cotizante (23).

Con la intención de disminuir las limitaciones de acceso, las instituciones de salud previsionales han creado planes especiales que limitan la cobertura del parto y de atención al recién nacido (planes “sin útero”). Con esto amplían la cartera de asegurados, pero establecen una nueva discriminación de uso¹⁸.

Como se puede observar, los aspectos de la legislación que permiten la discriminación de género en el acceso a las ISAPREs son propios de un sistema de “aseguramiento” individual, donde el mayor riesgo relativo se paga más caro. Hay que tener en cuenta, asimismo, que en promedio las mujeres perciben menores ingresos.

2. Factores que permiten discriminar a mujeres afiliadas a ISAPREs.

2.1 Carencias, preexistencias y topes de cobertura.

En general, la legislación actual obliga a las ISAPREs a ofrecer planes que contengan, al menos, el listado de prestaciones de FONASA. No obstante, la misma legislación autoriza la existencia de planes que no contemplen la totalidad de estas prestaciones, como también las exclusiones y las restricciones a la cobertura (preexistencias y embarazo). Además, permite topes de cobertura por beneficiario y/o por prestación. De todo esto, sólo se exige a las instituciones de salud previsual informar a la Superintendencia de ISAPREs respecto de los planes que no contemplen todas las prestaciones.¹⁹

Los ya mencionados “planes sin útero” son un ejemplo de aquellos que no incluyen todas las prestaciones. En este caso, la ISAPRE no cubrirá -o lo hará parcialmente- los gastos relacionados con el parto o la atención del recién nacido y, de hecho, la mujer se compromete a cercenar la posibilidad de la maternidad, o bien, a no ser cubierta por su seguro si decidiera afrontarla. Todo eso, con el objetivo de tener acceso a un menor precio o a coberturas financieras superiores para otras prestaciones. Es necesario hacer notar que la incapacidad de la mujer frente a la maternidad -por ejemplo, por una histerectomía- no se traduce automáticamente en una disminución del precio del plan, a pesar que ha desaparecido el riesgo para la ISAPRE de concurrir al financiamiento de prestaciones relacionadas con el embarazo y el parto.

En cuanto a las exclusiones, éstas comprenden todas las patologías en las cuales el beneficiario pudiera estar cometiendo un delito. Por ejemplo, como en Chile el aborto es ilegal y ni siquiera existe el aborto terapéutico, cualquiera atención proporcionada a mujeres que pudieran haber intentado un aborto queda excluida de la posibilidad de cobertura financiera por parte de las ISAPREs. Otra patología relevante excluida de cobertura es el intento de suicidio, que afecta más a hombres que a mujeres.

Las restricciones a la cobertura comprenden el embarazo previo a la contratación del plan y las enfermedades preexistentes.

¹⁶Salvo los primeros tres días en el caso de las licencias inferiores a diez días, que no son pagados.

¹⁷ La propuesta legislativa del Gobierno establece una nueva forma de pago de las licencias maternales. Sus posibles efectos se analizan más adelante en este trabajo.

¹⁸Tal como lo establece la Ley N° 18.933, artículo 33, letra d)

¹⁹Ley N° 18.933, artículo 33, letras e), f) y g).

En el primer caso, se acepta que la cobertura sea proporcional al período que reste para la ocurrencia del parto, conocido como los “novenos”. Esta restricción financiera opera independientemente de que la mujer no supiera de su embarazo y se encontrara cotizando en otra ISAPRE. En relación con las enfermedades preexistentes declaradas, se contempla una restricción a la cobertura por 18 meses, mientras que las no declaradas por el afiliado en el momento del contrato tienen restricción de cobertura por 5 años. Esta restricción puede perdurar si la institución prueba que la patología preexistente requirió atención durante ese período y el afiliado lo ocultó.

A las discriminaciones explícitamente permitidas por la ley, se suman otras menos evidentes. En el caso de las mujeres, las ISAPREs no sólo encarecen los planes de salud, sino que también disminuyen la cobertura financiera de las prestaciones. De acuerdo con los datos que maneja la Superintendencia de ISAPREs, las coberturas efectivas promedio son más bajas para las mujeres en consultas médicas, exámenes de laboratorio, imagenología, día cama, UTI, derechos de pabellón y honorarios médico-quirúrgicos. Según una publicación del Ministerio de Salud (24), los precios de los planes de cotizantes mujeres son 3.3 veces superiores a los de un hombre. Es clara la discriminación por sexo.

Otra práctica frecuente de exclusión de hecho es la baja cobertura financiera otorgada a determinadas prestaciones. En efecto, de acuerdo con el artículo N° 33 bis de la Ley N° 18.933, una ISAPRE puede otorgar la totalidad de las prestaciones señaladas en el arancel FONASA, estableciendo diferentes copagos o pago de bolsillo directo para cada prestación.²⁰

Se agrava la situación cuando, al establecer el contrato, se pactan coberturas financieras por parte de la ISAPRE en porcentajes referidos al arancel de la misma ISAPRE -que puede no guardar relación con el precio vigente fijado por el prestador-, o bien, con un tope de pago referido al mismo arancel. Esto hace muy difícil, para cualquier persona, evaluar cuánto es en realidad lo que le aporta la ISAPRE en cada caso.

Al revisar la vitrina de planes que presenta la Superintendencia de ISAPREs en su página web, se hizo un ejercicio con datos de dos instituciones para un cotizante hombre y otro mujer, simulando una misma edad y renta²¹. A continuación, se muestra el resumen de las coberturas posibles para cotizantes nacidos en octubre de 1970 y con renta imponible de 350.000 pesos mensuales (US\$ 500), en planes de libre elección de prestadores.

Tabla 1: Coberturas en ISAPRE 1

PRESTACIÓN	HOMBRE		MUJER	
	Cobertura	Tope en \$	Cobertura	Tope en \$
Parto normal	*	*	100 %	60.248
Apendicetomía				
Derecho pabellón	90 %	418.679	100 %	84.030
Honorarios médicos	90 %	795.194	100 %	168.160
Colecistectomía por video laparoscopia				
Derecho pabellón	90 %	981.524	100 %	196.993
Honorarios médicos	90 %	1.595.546	100 %	337.410
Cirugía cardiovascular compleja				
Derecho pabellón	90 %	2.022.296	100 %	405.877
Honorarios médicos	90 %	2.510.037	100 %	1.343.349
Día cama UTI adulto	90 %	602.125	100 %	116.531
Exámenes				
Hemograma	70 %	2.367	80 %	1.647
Rx tórax	70 %	11.151	80 %	8.879

Fuente: Vitrina de planes, página web, Superintendencia de ISAPREs.

²⁰Con la única limitación de que la bonificación de la ISAPRE no puede ser inferior a un 25% del valor convenido de la prestación.

²¹Esta simulación puede hacerse directamente a través de la página www.sisp.cl de la Superintendencia de ISAPREs.

Tabla 2: Coberturas en ISAPRE 2

PRESTACIÓN	HOMBRE		MUJER	
	Cobertura	Tope en \$	Cobertura	Tope en \$
Parto normal	*	*	100 %	46.008
Apendicetomía				
Derecho pabellón	100 %	167.031	100 %	64.957
Honorarios médicos	100 %	293.515	100 %	168.160
Colecistectomía por video laparoscopia				
Derecho pabellón	100 %	389.736	100 %	151.564
Honorarios médicos	100 %	586.535	100 %	186.625
Cirugía cardiovascular compleja				
Derecho pabellón	100 %	765.585	100 %	297.728
Honorarios médicos	100 %	1.931.147	100 %	614.456
Día cama UTI adulto	100 %	189.738	100 %	94.869
Exámenes				
Hemograma	80 %	3.480	80 %	1.810
Rx tórax	80 %	14.852	80 %	9.654

Fuente: Vitrina de planes, página web, Superintendencia de ISAPREs.

Además de la gran diferencia de coberturas entre las dos ISAPREs, vemos lo engañoso de dichas coberturas, que, como están referidas porcentualmente a un arancel de la misma institución, deben combinarse con el tope para conocer la real cobertura financiera.

Una segunda observación que importa resaltar desde la perspectiva de género es la comprobación que sistemáticamente la cobertura es menor en la mujer que en el hombre, sin estar necesariamente relacionada con algún tipo de riesgo sanitario asociado al sexo.

2.2 Análisis de las licencias médicas.

Investigamos si en el tema de las licencias médicas curativas podría haber un sesgo discriminatorio. En la Tabla 3 se observa que las mujeres tienen una tasa mayor de uso de licencias médicas. La tasa de licencias médicas autorizadas en las mujeres es el doble que la de los hombres. A su vez, el número de días promedio por licencia es también mayor en las mujeres. No encontramos diferencia de sexo respecto del número de días tramitados versus los autorizados.

Tabla 3: Tasas promedio anual por cotizantes activos según sexo (1). Enero-diciembre de 2001

SEXO	Tipo licencia	Lic. Tramitadas por c/100 Cotizantes	Días solicitados por Cotizante	Lic. Autorizadas por c/100 Cotizantes	Días autorizados por Cotizante	Días pagados por Cotizante
MASCULINO	Curativas	52,5	5,0	49,3	4,4	3,4
	Sin clasificar	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0
	Sub-Total	52,8	5,0	49,5	4,4	3,5
FEMENINO	Curativas	105,9	10,3	99,6	8,9	7,0
	Maternales	16,1	10,4	16,0	9,9	7,3
	Enf. Hijo Menor	33,2	4,2	32,8	4,1	3,9
	Sin clasificar	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
	Sub-Total	155,3	24,9	148,5	22,9	18,2
TOTAL		87,9	11,8	83,5	10,7	8,5

Fuente: Superintendencia de Isapres, Archivo Maestro de Licencias Médicas.

(1) Cotizantes activos = trabajadores dependientes e independientes (promedio anual). Estas cifras son provisionales.

Del análisis de estos datos de la Superintendencia de ISAPREs no es posible llegar a una conclusión de discriminación, si bien las marcadas diferencias entre hombres y mujeres pueden ser atribuibles a los roles de género en el cuidado de la salud y la enfermedad en el grupo familiar.

Sería relevante estudiar en profundidad el mayor número de licencias curativas de las mujeres y su relación con el número de licencias de los hombres, lo que podría estar escondiendo causas asociadas al rol de la mujer. En efecto, la responsabilidad de los hijos en Chile recae casi exclusivamente en la mujer, y cuando existen problemas en la red social de apoyo (jardines infantiles, enfermedad de un hijo mayor, vacaciones de hijos pequeños u otros), no es impensable que se recurra al uso de licencias médicas. Es importante destacar que en Chile el derecho a licencia por enfermedad de un hijo menor o por enfermedad grave de un hijo puede ser utilizado tanto por el padre o la madre. Sin embargo, en la práctica los hombres no hacen uso de este derecho.

Finalmente, investigamos si existían diferencias respecto de los diagnósticos de las licencias curativas. La Tabla N° 4 muestra diferentes diagnósticos de común ocurrencia, donde las mujeres presentan el doble de licencias por neurosis y tres veces más por infección urinaria, mientras que los hombres registran el doble de licencias por fracturas y esguinces.²²

Tabla 4: Promedio de días de licencia por patologías seleccionadas según sexo. COMPIN, Región Metropolitana, año 2000.

Diagnóstico	Promedio días Mujeres	Promedio días Hombres
Todos	13.6	14.39
Gripe	15.48	14.07
Infección Gastrointestinal	1.50	1.97
Neurosis	26.27	13.20
Síntomas aborto	0.48	0
Infección Urinaria	2.45	0.76
Lumbago	16.80	19.76
Fracturas, esguinces	5.61	11.62
Reumatismo	3.51	2.82
Estado febril	0.61	0.97
Síndrome Ulceroso	1.54	1.86
Enfermedad Ginecológica	2.15	0
Hipertensión	1.16	1.37

Fuente: Datos de Coordinación COMPIN, Ministerio de Salud (MINSAL)

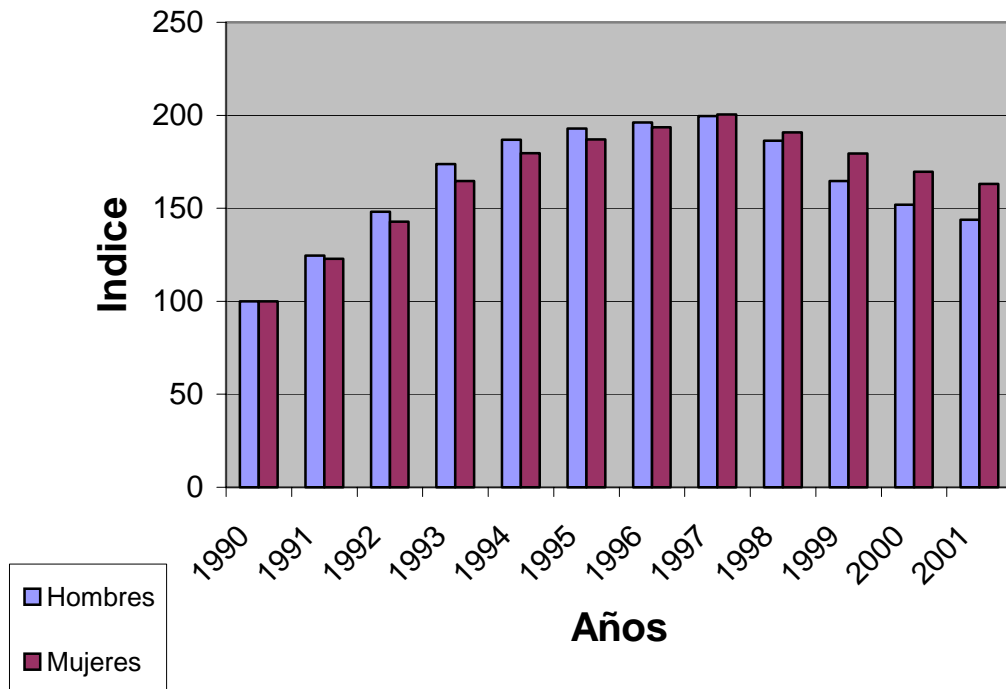
Si bien existen diferencias de días autorizados por tipo de diagnóstico, la información recogida no permite concluir que exista discriminación por sexo en las licencias médicas curativas. No obstante, cabría hacer análisis de género respecto del contenido del diagnóstico neurosis y su relación con los roles y preconceptos relacionados con el género femenino.

3. Factores que provocan la salida de la ISAPRE.

Hasta aquí hemos analizado los factores que impiden el acceso de mujeres a las ISAPREs y los factores de discriminación en el uso. Nos interesó, además, investigar si existen elementos discriminatorios que obliguen a retirarse a más mujeres que a hombres de estas instituciones.

²² La Tabla N° 4 es el resumen del análisis de una muestra de 150.394 licencias médicas, con un total de 2.064.659 de días de licencia en la Región Metropolitana.

Gráfico 4: Evolución en el Índice de Cotizantes en el Sistema Isapre según Sexo, 1990-2001



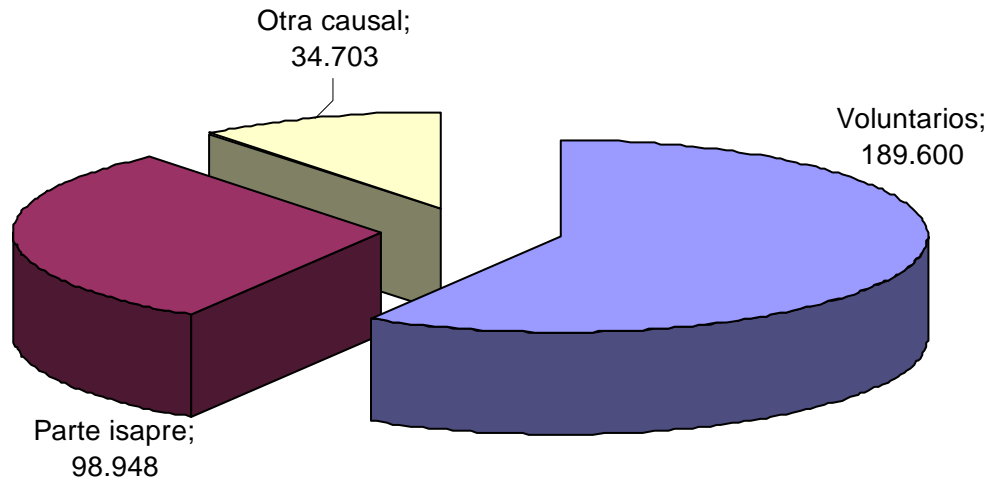
Fuente: Elaboración propia a base de datos de la Superintendencia de ISAPREs.

Pese a la discriminación de acceso que sufren las mujeres, la disminución de cotizantes de ISAPREs es mayor en los hombres que en las mujeres, lo que se hace más evidente al construir un índice (Gráfico 4).

La baja en el número de cotizantes se relacionaría directamente con el aumento del desempleo en el país, precisamente en los últimos cinco años. La masa laboral femenina ha crecido en los años recientes más que la masa laboral masculina (25), lo que podría explicar en parte este fenómeno. Otra hipótesis para explicar el comportamiento mostrado entre hombres y mujeres es que las mujeres presenten, pese a la discriminación, una mayor adhesión al sistema ISAPRE que los hombres. Esto puede deberse, entre otras cosas, a la emergencia en estos últimos años de los denominados planes "sin útero", que permitiría a mujeres en edad fértil acceder a planes de ISAPRE de menor precio. Coincidentemente, este grupo de edad representa la mayor proporción de la fuerza de trabajo ocupada.

Además de la cesantía, la compulsión por retirarse de las ISAPREs se produce generalmente por incremento en el precio del plan, el cual puede variar cada año. De esto, sin embargo, no se encontraron estadísticas de causas y sexo que pudiéramos analizar, pero ilustramos la gran desafiliación voluntaria del sistema en el año 2001.

Gráfico 5: Desafiliación del Sistema ISAPRE 2001



Fuente: elaboración propia a base de datos de la Superintendencia de ISAPREs

En otro ámbito, existen denuncias de usuarios que indican que las ISAPREs justifican el término de la relación contractual declarando preexistente la aparición de una enfermedad grave, pero no se encontraron estadísticas suficientes para realizar un análisis de género de este problema. No obstante, llama la atención la ocurrencia de casi 100.000 desahucios de contratos por parte de las ISAPREs en el año 2001.

III. EJES DE LA REGULACIÓN QUE PERMITEN LA DISCRIMINACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS EN LOS PROYECTOS DE LEY

A continuación se analiza cada uno de los ejes de la discriminación estudiados en el capítulo precedente, en el sentido de determinar los principales nudos de la regulación que permiten esta discriminación. Se observa también la eventual variación que tendría cada nudo con los proyectos de ley que hoy se debaten en el Congreso Nacional.

1. Segmentación económica como causal de discriminación.

La primera gran discriminación del sistema ISAPRE es la segmentación económica, como señalamos en el capítulo anterior.

Las mujeres tienen, en promedio, salarios más bajos que los hombres, por lo cual se enfrentan a una barrera mayor de entrada al sistema. El hecho que el porcentaje de mujeres cotizantes que hoy están en ISAPREs sea similar al porcentaje de mujeres incorporadas al mercado laboral en nuestro país, no invalida la discriminación. Esto refleja el mayor esfuerzo económico relativo que deben hacer las mujeres para ser cotizantes de ISAPRE, rompiendo así la primera barrera de entrada al sistema.

- ***Nudos de la regulación que permiten la discriminación***

Los nudos de la actual legislación sobre las ISAPREs que, a nuestro juicio, permiten esta discriminación económica son los siguientes:

- **La suscripción de contratos individuales, que posibilita la selección caso a caso de las personas**, pues las ISAPREs no tienen obligatoriedad de afiliar a quien lo solicita.
- **La libre fijación de precios** por parte de las ISAPREs. Esto no sólo se traduce en precios diferentes entre las diversas instituciones, sino al interior de cada una de éstas. Hay precios distintos para los diferentes planes, según tablas de factores que consideran edad y sexo del afiliado y sus cargas.
- **La posibilidad de cambiar anualmente los precios y la cobertura de los planes**, por parte de las ISAPREs. Sin embargo, el cotizante puede aceptar o no el cambio de condiciones y optar por desafiliarse.

La legislación actual lo permite explícitamente, como se aprecia en esta cita textual de la Ley N° 18.933: "**Artículo 33:** Para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud que norma esta ley, *las personas* indicadas en el artículo 29 *deberán suscribir un contrato con la Institución de Salud Previsional que elijan.*

En este contrato, las partes podrán convenir *libremente* el otorgamiento, forma, modalidad y condiciones de las prestaciones y beneficios de salud, debiendo estipular, en términos claros, al menos lo siguiente:

a) Prestaciones y demás beneficios pactados, incluyendo porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán".

Continúa:

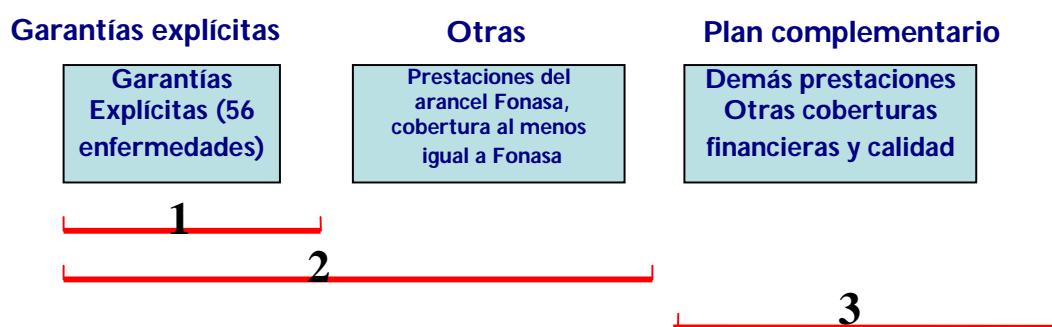
d) Precio del plan y la unidad en que se pactará, señalándose que el precio expresado en dicha unidad solo podrá variar una vez cumplidos los respectivos períodos anuales.".

- La poca transparencia de un sistema tan complejo como éste, sin ninguna regulación sobre los agentes de ventas y muy escasa sobre los precios de los planes y la forma de expresarlos, impide comparaciones para una verdadera toma de decisión informada.

1.2. Modificaciones con los proyectos de ley.

En los proyectos de ley de la Reforma de la Salud se cambian algunos de los aspectos señalados. Para una mejor comprensión, se grafican a continuación los principales aspectos planteados, que se irán analizando posteriormente.

Figura 1: Garantías, coberturas y precios para los afiliados al Sistema ISAPRE en los proyectos de Ley



1. Cobertura, calidad y mismo precio (prima) para los afiliados a cualquier Isapre y Fonasa.
2. Mismo precio para todos los afiliados a una misma Isapre, sin diferencias de edad y sexo. Cada Isapre fija su precio libremente.
3. Precios distintos según los planes complementarios escogidos. Siempre individual

Los proyectos de ley buscan mejorar la situación actual. Señalamos a continuación de qué manera se modifican o se mantienen los aspectos que determinan la discriminación.

- **Se mantiene la posibilidad de las ISAPREs de realizar selección caso a caso** de las personas que suscribirán un contrato, pues no están obligadas a afiliarse a quien lo solicite, a diferencia de lo exigido a FONASA. Esto implica que la base de la discriminación económica no será afectada con las modificaciones propuestas.

Se ha señalado como un avance que el contrato sea por tiempo indefinido, pero en la legislación actual también lo es y eso no tiene ningún efecto práctico, pues la ISAPRE puede modificar las condiciones del contrato, como se señala más adelante.

- **Se avanza en la fijación de un precio único**, la prima universal²³, para un determinado número de problemas de salud que tendrán garantías explícitas. Esto es, el Régimen de Garantías en Salud²⁴.

²³ Indicaciones al proyecto AUGE: artículo 33 bis, inciso final: "... Con todo, la ISAPRE no podrá cobrar por el Régimen de Garantías de Salud un precio superior a la prima universal que se encuentre vigente".

²⁴ Se estima que en una primera etapa las garantías se referirán a alrededor de 56 problemas de salud, la mayor parte de altos costos o "enfermedades catastróficas".

La fijación de un precio único, tal como está planteado, constituiría una reducción parcial de la potestad de las ISAPREs de fijar precios libremente, al menos para cubrir estas enfermedades, lo cual efectivamente tiende a disminuir el problema.

Dos elementos restringen, sin embargo, el avance potencial de esta medida.

En primer lugar, la prima fija el precio sólo a este grupo de problemas y, por lo tanto, se mantiene la libertad de fijación de precios por parte de las ISAPREs para el resto de los problemas sanitarios y sus prestaciones.

En segundo lugar, no se conocen todavía las condiciones en que se entregarían las prestaciones para las enfermedades comprendidas en el Régimen de Garantías de Salud y, por consiguiente, la "elegibilidad" real por parte de los usuarios, en especial de las mujeres. Si las condiciones resultaran insuficientes o insatisfactorias, estas prestaciones se "complementarán" en los contratos adicionales, con precios, por supuesto, también adicionales. Es probable que el precio de la prima considere la atención en sistemas cerrados de atención, como ocurre hoy con el "seguro catastrófico" de las mismas ISAPREs.

Si bien la medida significa un avance, por su manera de operar es posible prever que se mantendrá la segmentación económica, especialmente para cubrir las enfermedades no contempladas en el Régimen de Garantías de Salud. No es fácil analizar la posible repercusión que esto tenga desde el punto de vista de género, pero es probable que los "planes complementarios" tiendan a reproducir la situación de sobreprecios para las mujeres en relación con los hombres. Los proyectos de ley no contemplan prohibición explícita alguna para que eso no suceda.

- **Se avanza en la estabilidad del precio.** Frente a la actual libertad de las ISAPREs para cambiar precios o planes anualmente, se propone establecer mecanismos de reajustes del precio por un tiempo determinado²⁵, ligándolos a la revisión del Régimen de Garantías en Salud, que se estima en tres años²⁶. Sin embargo, como contrapartida de esta medida, los afiliados pierden libertad de desafiliación, ya que sólo podrán desahuciar el contrato en la misma época. En cambio, hoy lo pueden hacer en cualquier momento, luego de un año de afiliación.
- **Se avanza en la regulación sobre los agentes de ventas, quienes deberán cumplir ciertos requisitos**²⁷. Esto es un avance para la transparencia de la información, pues los agentes son los encargados de entregarla en el momento en que la persona quiere acceder al sistema. Habría un registro de los agentes, lo cual permitirá un mejor control. No obstante, los agentes no necesariamente estarán ligados a una ISAPRE, como se señala en la modificación al artículo 3º, lo cual diluye la responsabilidad de la información que se entrega y puede desvirtuar la regulación buscada.

²⁵Proyecto de Indicaciones al AUGE, 4. Modifica el primer inciso de la letra d) del artículo 33 de la Ley N° 18.933: "Precio del Régimen de Garantías en Salud y de los demás beneficios obligatorios, a que se refiere el artículo 33 bis y precio del plan complementario acordado en conformidad a lo dispuesto en la letra a) de este artículo; la unidad en que se pactarán, señalándose que los precios expresados en dicha unidad sólo podrán variar dentro del plazo de seis meses contado desde la publicación del decreto que revise el Régimen de Prioridades Sanitarias."

²⁶El Ministerio de Salud y el Consejo del AUGE revisarán al menos cada tres años el Régimen de Garantías Proyecto AUGE: Artículo 12

²⁷Proyecto que modifica la Ley N° 18.933, introduce un art. 42 bis "Las personas que deseen desarrollar la actividad de agente de ventas deberán cumplir los siguientes requisitos: "1.- ..."

- Se incrementa el costo para las personas por “subsidio” o “salario maternal”. En los proyectos presentados se transforma el sistema de financiamiento del llamado “subsidio²⁸ maternal”. En la actualidad, las mujeres trabajadoras que se embarazan tienen derecho a mantener su salario, hasta un tope, mientras dure el reposo pre y post natal. Como parte de las transformaciones del sistema de salud chileno de la década de los ochenta, el Estado se hizo cargo del financiamiento de este derecho laboral. En los proyectos propuestos se plantea crear un Fondo Solidario constituido con el 0.6% del salario de cotizantes hombres y mujeres -adicional al 7% de cotización para salud-, con la finalidad de financiar este derecho. Se establece, sin embargo, un subsidio estatal que exime de esta cotización adicional a los trabajadores que reciben menos de 200.000 pesos mensuales (algo menos de 300 dólares), y se subsidia parcialmente a los que perciben una remuneración entre 300.000 y 400.000 pesos.

El hecho que cambie la fuente del financiamiento, desde impuestos generales a responsabilidad directa de los cotizantes, determina una carga financiera para éstos, lo que podría incrementar la dificultad para franquear la barrera de ingreso al Sistema ISAPRE.

Hemos visto hasta aquí los nudos de la legislación actual que permiten la discriminación económica en el Sistema ISAPRE. La base de esta discriminación, a juicio de los consultores, no es corregida por los proyectos de ley.

La no-discriminación económica sólo sería posible de imaginar en un contexto de solidaridad financiera frente a los riesgos individuales, propios de los sistemas de seguridad social más que de aquellos de aseguramiento individual. En la actual situación chilena, caracterizada por la coexistencia de sistemas de aseguramiento individual (ISAPREs) con un sistema de seguridad social (FONASA), los proyectos buscan un instrumento que pueda servir de base común para ambos sistemas, el Régimen de Garantías de Salud. Este establece un plan común para un conjunto de enfermedades con un precio único.

La esencia del sistema ISAPRE, de aseguramiento individual ligado indefectiblemente a la capacidad económica de las personas, hace prácticamente imposible una real solución a la discriminación económica y, por ende, de género.

Con este antecedente, las propuestas de corrección total de la situación de discriminación económica no parecen viables. Sólo es posible utilizar todos los medios al alcance para señalarle a la población, especialmente a las mujeres y a las personas de menores recursos, la inconveniencia de mantenerse en un sistema de aseguramiento individual. Para ellas es indispensable que el Estado continúe mejorando el Sistema Público de Salud, y disponer oportunamente de la información necesaria para hacer una opción que les sea realmente conveniente. Otros países, como es el caso de Alemania²⁹, fijan claramente el límite de ingreso sobre el cual las personas pueden optar a un aseguramiento individual. Bajo éste, deben mantenerse en sistemas de solidaridad. Los proyectos que hoy están en el Congreso no consideran esta posibilidad.

2. Discriminación de acceso por “mayor riesgo relativo” de las mujeres.

Tal como se ha señalado, las ISAPREs consideran a las mujeres de mayor riesgo relativo por hacer mayor uso del sistema que los hombres, por la necesidad de cobertura del parto, por su mayor expectativa de vida y por acceder a un mayor número de licencias médicas. Estas razones se esgrimen como determinantes de un mayor precio o menor cobertura de los planes femeninos.

²⁸En realidad, es un salario, pues sólo se entrega a las mujeres trabajadoras, de acuerdo con el salario de cada una, con un tope.

²⁹Angelika Pochanke-Alff: *El sistema de salud en la República Federal Alemana*.

2.1. Nudos de la regulación que permiten esta discriminación.

En algunos puntos, los nudos de la actual legislación que posibilitan la discriminación son los mismos señalados anteriormente. No obstante, los repetiremos pues tienen algunos alcances que los diferencian, especialmente en las correcciones, al menos parciales, propuestas en los proyectos de ley.

- **La selección caso a caso en la suscripción del contrato individual**, dado que la legislación no obliga a la ISAPRE a afiliarse a quien lo solicita, hace posible aplicar las tablas por sexo y discriminar a las mujeres, salvo en los segmentos de mayor edad, donde los hombres son más discriminados por su mayor riesgo relativo.
- **La posibilidad de las ISAPREs de entregar planes diferenciados en sus coberturas**, en la medida en que poseen atribuciones para establecer planes con topes de cobertura y precios diferenciados, permite la discriminación de las mujeres al encarecer patologías que les son más propias.

Existen actualmente tantos planes diferentes en uso, que a la dificultad de control por parte de la autoridad se suma la imposibilidad para el usuario de entender las efectivas diferencias entre los distintos planes.

- **Las ISAPREs pueden vender planes** que no contengan la totalidad de las prestaciones establecidas en el arancel FONASA. Pese a que en el artículo 33³⁰ se establece que estas instituciones deben otorgar al menos las mismas prestaciones que el arancel FONASA, inmediatamente después se señala que las ISAPREs podrán vender planes que no contengan la totalidad de las prestaciones, poniendo en conocimiento de este hecho a la Superintendencia de ISAPREs. Esta facultad está en la base de “los planes sin útero”, ejemplo increíble de discriminación explícita contra las mujeres, como se señaló anteriormente.

No se ha tenido acceso a información oficial que permita saber a cuántas mujeres afecta este hecho, pero eso podría explicar la menor migración de mujeres del Sistema ISAPRE observada en el último período.

2.2. Modificaciones con los proyectos de ley.

En los proyectos de ley en estudio se abordan algunos de estos aspectos que revisaremos a continuación.

- **Se mantiene la selección caso a caso** del contrato individual, como señalamos en el punto anterior, sin la obligatoriedad de afiliarse a quien lo solicite
- **Se homogenizan parcialmente los planes** al establecer las garantías explícitas, lo cual mejora la cobertura de estas patologías, generalmente de alto costo y, por lo tanto, habituales en la selección de riesgo. En efecto, los proyectos señalan la obligatoriedad de cubrir el Régimen de Garantías, más las prestaciones correspondientes al arancel FONASA, como se puede apreciar en la Figura 1. Se plantea explícitamente que no puede haber discriminación de sexo ni edad³¹.

³⁰Ley 18.933, artículo 33, letra d) : “...Dicho arancel de referencia contemplará, a lo menos, las prestaciones contenidas en el arancel del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el artículo 28 de la Ley N° 18.469, o el que lo reemplace. No obstante lo anterior, las Instituciones de Salud Previsional podrán vender planes que no contemplen todas las prestaciones que aparezcan en el referido arancel, previa información de los mismos a la Superintendencia, la cual dictará normas de general aplicación respectivamente de la forma en que dichos planes se ofrecerán.

³¹ Artículo 33 bis del proyecto Indicaciones AUGE: “...El precio del Régimen de Garantías en Salud y de los demás beneficios obligatorios que regula el inciso primero de este artículo, será el mismo para todos los beneficiarios de la Isapre, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato...”.

- Adicionalmente, en el mismo artículo se expresa³² que para este segmento del plan (2 de la figura) no podrán existir preexistencias, carencias ni exclusiones. Esto, efectivamente, da una base de plan más homogéneo para los afiliados a ISAPREs y excluye la posibilidad de discriminación de género en estas prestaciones.
- **No se limita la facultad de la ISAPRE para vender planes de menor cobertura.** En el proyecto de indicaciones al plan AUGE no se modifica la facultad de las ISAPREs para vender planes que no contengan el listado completo de prestaciones de FONASA. Esto significa que la obligatoriedad de entregar al menos el listado de prestaciones que financia FONASA con una cobertura financiera también similar -analizada en el punto anterior- se ve absolutamente restringida. En efecto, la base o el “piso” más homogéneo está cuestionado por la posibilidad efectiva que las ISAPREs ofrezcan planes que no contemplen la totalidad de las prestaciones, manteniendo el precio para todos sus afiliados. En este caso, la discriminación no será tan aparente, porque el plan puede tener las mismas prestaciones para todos a un mismo precio. Sin embargo, prestaciones eventualmente indispensables tendrían que adquirirse como “complementarias”, lo cual puede resultar insostenible para las mujeres.

Analizada globalmente, la discriminación de acceso por el hecho de ser mujer está hoy mejor enfrentada en los proyectos de ley. Se asegura un piso mínimo, constituido por las garantías y prestaciones equivalentes al FONASA (numeral 2 de la figura). No obstante, la mantención de la facultad de las ISAPREs para otorgar planes con menor cobertura pone una gran interrogante sobre la operabilidad del sistema. Se corre el gran riesgo de que lo garantizado sea el “plan básico”, libre de discriminación, y el resto siga operando como hasta ahora.

Sería posible corregir totalmente la discriminación en este aspecto si existiera un plan integral y universal para todos los habitantes, que priorizara determinadas patologías con un precio único alcanzable para todos, o bien, con un financiamiento totalmente solidario. Esta solución parece poco viable. Por lo tanto, una situación intermedia sería que cada ISAPRE tuviera un plan complementario también homogéneo, eliminando así la posibilidad de discriminación de género en el conjunto del plan.

3. Discriminación por carencias, preexistencias y topes de cobertura.

3.1. Nudos de la regulación que permiten esta discriminación.

La discriminación descrita en el capítulo anterior está expresamente permitida en la actual legislación, especialmente en el artículo 33 de la Ley N° 18.933, que señala que debe quedar establecido en el contrato individual, entre otros:

“e) 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 33 bis.

f) Restricciones a la cobertura. Ellas sólo 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 33 bis.

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

³² Artículo 33 bis del proyecto Indicaciones AUGE: “...Al otorgamiento de los beneficios a que se refiere este artículo, no le será aplicable lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33, salvo en cuanto se convenga la exclusión de las prestaciones cubiertas por otras leyes y hasta el monto de lo cubierto...”.

g) Estipulación precisa de las exclusiones, si las hubiere, referidas a las prestaciones señaladas en el inciso segundo del artículo 33 bis..."

Si bien la actual legislación es explícita respecto de facultades discriminatorias, también existen otras posibilidades de discriminación en el uso del sistema.

Sintetizamos los nudos de la legislación que permiten estas discriminaciones de uso del sistema:

- **Topes de cobertura** por beneficiario, que posibilita, entre otras, la discriminación de género.
- **Restricciones a la cobertura** en caso de embarazo³³ (proporcional al tiempo que quede para el parto), y también de las preexistencias³⁴ declaradas, por 18 meses, y de aquellas no declaradas, por un lapso de 5 años.
- **Exclusiones**, que aunque la ley posibilita un número relativamente restringido de éstas³⁵, es posible ampliar a través de la facultad otorgada a la Superintendencia de ISAPREs para aprobar planes que excluyan otras prestaciones. Es necesario hacer notar, al menos, dos situaciones relevantes en las exclusiones "legales". En primer lugar, se excluyen explícitamente las acciones derivadas de delitos y como en Chile el aborto es considerado un acto delictual, las prestaciones relacionadas con un hecho de esta naturaleza quedan fuera de la cobertura legal en el sistema ISAPRE. En segundo lugar, las preexistencias no declaradas tienen una exclusión de cinco años, período muy largo en materias de salud.
- **La posibilidad de las ISAPREs de "ajustar" planes y precios todos los años** posibilita la selección de riesgos sanitarios mediante un mecanismo no explícito, subiendo el costo del plan y, por consiguiente, logrando la salida del afiliado cuando deja de ser "rentable".

3.2. Modificaciones con los proyectos de ley.

Los nudos que permiten la discriminación de género para las mujeres afiliadas, expuestos en los capítulos anteriores, son abordados en los proyectos de ley de la siguiente forma:

- Se avanza al prohibir explícitamente las restricciones a la cobertura, los montos máximos de los beneficios y las exclusiones para las patologías del Régimen de Garantías de Salud³⁶. Como las garantías de este grupo de enfermedades incluyen definiciones de cobertura financiera, de calidad y de oportunidad de las prestaciones, no sería concordante la posibilidad de tener topes de cobertura. Efectivamente es un avance para los afiliados de ISAPREs tener pisos en vez de topes, al menos en estas patologías.

³³ Ley N° 18.933, art 33 bis: "...No podrán existir periodos de espera durante los cuales no sean exigibles las prestaciones y beneficios pactados, excepto las correspondientes al embarazo y enfermedades preexistentes, en los términos señalados en el artículo 33, letra f)."

³⁴ Ley N° 18.933, art 33 bis: "...se entenderán que son preexistentes aquellas enfermedades o patologías 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. Sin perjuicio de lo anterior, transcurrido un plazo de cinco años, contado desde la suscripción del contrato o desde la incorporación del beneficiario, en su caso, la Institución deberá concurrir al pago de prestaciones ...".

³⁵ Ley N° 18.933, art 33 bis: "...Asimismo, no podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo aquellas referente a cirugía plástica con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin; atención particular de enfermería; hospitalización con fines de reposo y prestaciones de salud que requiera el beneficiario como consecuencia de su participación en actos de guerra, y actos calificados como delito por la ley en tanto resulte criminalmente responsable; ...".

³⁶ Indicación AUGE que modifica la Ley N° 18.933, art 33 bis: Al otorgamiento de los beneficios a que se refiere este artículo, no le será aplicable lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33, salvo en cuanto se convenga la exclusión de las prestaciones cubiertas por otras leyes y hasta el monto de lo cubierto.

Sin embargo, no queda totalmente claro si esta prohibición de topes de cobertura o de exclusiones se refiere sólo al Régimen de Garantías o es general. La prohibición parece referirse sólo a las patologías garantizadas, pues no se elimina el artículo 33 bis actual (que pasa a ser 33 ter en los proyectos), que regula las exclusiones. Este artículo no tendría sentido si éstas se eliminaran totalmente. Si la interpretación es correcta, las ISAPREs podrían mantener las restricciones de cobertura para el resto de las patologías. Por otra parte, también pueden excluir por la vía de fijar mayores precios en los planes complementarios, donde se vislumbra la posibilidad que las ISAPREs discriminen por género en el futuro.

Esto, incluso, queda regulado³⁷, de modo que explícitamente se acepta que habrá relación entre precio y sexo. Este aspecto podría ser corregido en el trámite parlamentario, actualmente en curso.

- Se avanza en el caso de afiliados declarados “cautivos”³⁸ al incrementar las facultades de regulación de la Superintendencia de ISAPREs, permitiéndole aplicar normas para disminuir la discriminación de los usuarios que tienen mayores riesgos sanitarios³⁹. No obstante, parece contradictorio que la Superintendencia deba tomar en cuenta elementos que derivan del mayor riesgo sanitario, como el incremento en el uso de prestaciones o subsidios de incapacidad laboral, e incluso la situación operacional de la ISAPRE, para permitir o no el alza de precio. Es conocido, por ejemplo, que las mujeres hacen uso de un mayor número de días de licencia, o bien, un uso más intensivo de las prestaciones, y en este artículo se dan herramientas que posibilitan esta discriminación.

En términos generales, hay avances en los proyectos propuestos, especialmente el Régimen de Garantías en Salud, para el cual no existirían carencias, preexistencias ni topes de cobertura, como también la entrega de mayores atribuciones a la Superintendencia de ISAPREs para cautelar los derechos de los afiliados cautivos.

Sin embargo, queda abierta la posibilidad de discriminar a través de los planes complementarios que serán más o menos relevantes dependiendo de la amplitud de los problemas de salud cubiertos por las garantías.

4. Respetto de los factores que favorecen la salida de afiliados.

En este aspecto no fue posible hacer un análisis profundo de discriminación de género por no contar con estadísticas desagregadas por sexo ni por causas de desafiliación o de desahucio del contrato, especialmente por parte de las ISAPREs.

³⁷Proyecto que modifica la Ley N° 18.933, e introduce el art. 38 bis “Artículo 38 bis.- La libertad de las Isapres para adecuar el precio y su obligación de no discriminar, en los términos del inciso tercero del artículo 38, se sujetará a las siguientes reglas: 1.- El nuevo valor que se cobre al momento de la renovación, deberá mantener la relación de precios por sexo y edad que hubiere sido establecida en el contrato original, usando como base de cálculo la edad del beneficiario a esa época, con la lista de precios vigentes en la Institución para el plan en que actualmente se encuentre”.

³⁸Proyecto que modifica la Ley N° 18.933, en su artículo 2°: “...La expresión “cotizante cautivo”, por la de aquel cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad 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 un plan complementario con otra Institución de Salud Previsional.”.

³⁹Proyecto que modifica la Ley N° 18.933, e introduce el art. 38 bis. “...2.- Tratándose de contratos de cotizantes cautivos, el alza del precio del respectivo plan de salud no podrá superar el índice que, al efecto, anualmente establezca la Superintendencia, conforme a normas de general aplicación. Dicho índice deberá contemplar, entre otras cosas, el cambio en el costo de las prestaciones de salud; el cambio en la frecuencia de utilización de las mismas; el cambio en el gasto derivado del uso de subsidios por incapacidad laboral; y el cambio en el ingreso operacional de las Isapres”.

4.1. Nudos de la regulación que permiten esta discriminación.

Los nudos que favorecen la salida de las ISAPREs en la actual legislación son:

- La facultad de incrementar los precios de los planes, ya analizada, es la principal causante de salidas voluntarias de los afiliados. Esto es particularmente válido para cotizantes que sobrepasan determinados tramos de edad, lo que encarece los planes.
- La facultad de las ISAPREs para terminar los contratos unilateralmente. En efecto, las ISAPREs pueden caducar contratos por “incumplimiento de las obligaciones contractuales” en la actualidad⁴⁰.

La primera obligación contractual del afiliado sería el pago de la cotización. Como en Chile la cotización para salud es obligatoria para todos los trabajadores asalariados, es el empleador quien está obligado a efectuar el descuento,⁴¹ y sólo el cotizante voluntario o independiente está obligado al pago directo. De acuerdo con esto, el incumplimiento de contrato debiera ser raro por incumplimiento de la cotización. La otra obligación del afiliado se relaciona con la declaración de enfermedades preexistentes, propias o de sus cargas, lo que se aduce en un número no determinado de casos, pero que es de especial gravedad, como se mencionó anteriormente.

4.2. Modificaciones con los proyectos de ley.

Hemos analizado que la posibilidad de incrementar precios se verá parcialmente modificada con las garantías explícitas.

Respecto de la facultad de terminar contratos, ésta se mantiene sin alteraciones con el agravante que se eliminaría la facultad del cotizante para desahuciar unilateralmente el contrato, pues sólo podría hacerlo en el momento de cambiar el contrato, cada tres años.

El término del contrato entre cotizante e ISAPRE puede ser desahuciado hoy unilateralmente por la ISAPRE en caso de incumplimiento de contrato sólo “comunicando por escrito la decisión al cotizante”. El cotizante, por su parte, puede desahuciar el contrato, luego de un año de cotización, en cualquier momento.

Con los proyectos de ley, la ISAPRE mantiene la posibilidad de desahuciar el contrato por incumplimiento de contrato y el cotizante pierde la posibilidad de desahuciarlo, salvo cuando se le notifique de cambios en las condiciones del mismo, cada tres años.

5. Situación de las cargas.

En el capítulo anterior vimos que las cargas, en su mayoría mujeres, tienen problemas diversos dependiendo de si están afiliados al sistema público (FONASA) o a las ISAPREs.

5.1. Nudos de la regulación que permiten esta discriminación.

Los nudos de la legislación que provocan problemas son:

⁴⁰ Ley N° 18.933, artículo 40.

⁴¹Artículo 30: “...” deberán ser declaradas y pagadas en dicha institución por el empleador...”.

- **La discriminación de género en la legislación actual que define las cargas legales.** Esto perjudica al cónyuge hombre, ya que éste sólo puede ser carga “legal” de un cotizante en caso de ser “cónyuge inválido”⁴², a diferencia de la mujer que se acepta en su calidad de “cónyuge”.
- **La diferenciación entre carga “legal” y carga “médica”**, que sólo permite a los afiliados a FONASA declarar como cargas a los “legales”. En cambio, en el caso de las ISAPREs, se permite la carga “médica”. En efecto, las ISAPREs no sólo reconocen las cargas legales declaradas (hijos, esposa, esposo inválido, madre viuda), sino que se pueden afiliar, además, otras personas, como ocurre habitualmente con los convivientes, los padres u otros.
En Chile, al no estar legalizado el divorcio, esta discriminación adquiere mayor relevancia dado el gran número de grupos familiares en que las parejas conviven, sin constituirse en cargas legales. Este es un aspecto de discriminación en el sistema público, que afecta mayormente a los grupos de escasos recursos. · La desprotección en que quedan las cargas afiliadas a ISAPRES en caso de fallecimiento del cotizante. Tampoco existe regulación. Cuando una carga pasa a ser cotizante, pierde todo derecho sobre sus cotizaciones anteriores.

5.2. Modificaciones con los proyectos de ley.

Un aspecto positivo de los proyectos, desde el punto de vista de género, lo constituye la ampliación de garantías para las cargas del cotizante en el caso de los afiliados a ISAPREs. Sabemos que el número de cargas femeninas es mayor que las masculinas, por lo cual esta garantía tendría mayor repercusión sobre las mujeres. En este sentido, se proponen dos medidas:

- **La obligación de la ISAPRE de afiliar como cotizantes a las cargas**, cuando éstas lo soliciten⁴³. Este aspecto es importante para las mujeres que dejan de ser cargas e inician un trabajo. Con la propuesta, la ISAPRE no podría solicitar exámenes de salud ni poner otras restricciones.
- **La cobertura obligatoria otorgada a las cargas, hasta un año del fallecimiento** del o la cotizante⁴⁴, lapso en el cual la ISAPRE deberá mantener las condiciones pactadas para las cargas.
- **Se propone un Fondo Solidario que compense riesgos entre afiliados a FONASA e ISAPREs**, con una definición distinta de cargas para unos y otros. Ello puede acarrear problemas para la distribución de recursos del fondo mencionado.

⁴²D.F.L. N° 150 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, artículo 3°, letra a).

⁴³ Proyecto que modifica la Ley N° 18.933, en su artículo 41: “...La Institución estará obligada a suscribir el respectivo contrato de salud previsional y a ofrecerle el plan de salud en actual comercialización, cuyo precio más se ajuste al monto de su cotización legal, sin que puedan imponérsele otras restricciones que las que ya se encontraren en curso, ni establecer la exigencia de una nueva declaración de salud”.

⁴⁴ Proyecto que modifica la Ley N° 18.933, intercala art. 41 bis: “En el evento que el cotizante fallezca una vez transcurrido un año de vigencia ininterrumpida de los beneficios contractuales, la Institución de Salud Previsional estará obligada a mantener, respecto de los beneficiarios declarados por aquél, y por un período no inferior a un año contado desde su fallecimiento, todos los beneficios del contrato de salud vigente a la fecha en que se verificó tal circunstancia”.

En relación con las cargas, se producen diferencias que perjudican a los beneficiarios de FONASA, especialmente a los hombres que, salvo que sean inválidos, no pueden ser carga de su mujer. A eso se agrega el hecho de no poder afiliarse como carga a los convivientes en un país donde la unión de hecho es una realidad, producto de la carencia de una legislación sobre divorcio para resolver adecuadamente los fracasos matrimoniales.

Con los proyectos, se avanza en un mejor resguardo de los derechos de las cargas del cotizante de ISAPRE que fallece, pero sólo por un año. Por otra parte, se crea un Fondo de Compensación que redistribuirá los recursos según número de afiliados, en circunstancias que no se modifican las condiciones de afiliación, distintas en la actualidad para FONASA e ISAPREs.

6. Situación de las licencias médicas curativas.

Actualmente las ISAPREs cancelan las licencias médicas curativas, exceptuando los primeros tres días cuando se trata de licencias inferiores a 10 días⁴⁵. De la misma manera, tienen la facultad de acortarlas, si consideran que el tiempo de reposo es excesivo, o rechazarlas si estiman que no corresponden. El cotizante tiene el recurso de reclamar a la COMPIN y durante ese tiempo no percibe remuneración. En el año 2000 se efectuaron 80.000 reclamos en las oficinas de COMPIN que existen a lo largo del país, dependientes de los 28 Servicios de Salud. De estos reclamos, la gran mayoría ⁴⁶ fue acogida, debiendo la ISAPRE cancelar finalmente la licencia.

El proyecto que modifica la Ley N° 18.933, en su artículo 35, traspasa esa facultad de resolver reclamos desde las COMPIN a la Superintendencia de Seguridad Social, lo cual tiene la ventaja de homogenizar criterios para dirimir los reclamos, pero probablemente dificultará el acceso de los afiliados por no existir en todas las regiones y provincias estructuras de la Superintendencia de Seguridad Social, lo que sí existe en el caso de las COMPIN.

En la medida en que las mujeres utilizan más las licencias médicas, como se analizó anteriormente, se verán más perjudicadas con esta centralización de los reclamos. También preocupa que en los proyectos de ley no se planteen cambios del no-pago de los primeros tres días de licencia, ni que en caso de reclamo se disponga pagar al cotizante mientras éste se soluciona.

⁴⁵ Los tres primeros días no son cancelados, son de costo del trabajador en licencias de menos de tres días.

⁴⁶Fuente: Datos Coordinación COMPIN, Minsal.

IV. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

1. En el estudio realizado encontramos discriminaciones en el sistema público que es importante destacar: los hombres no pueden ser cargas, a menos que sean inválidos, y las mujeres que conviven sin estar casadas están imposibilitadas de ser carga del trabajador si éste es un afiliado a FONASA. Esta discriminación persiste en el sistema público. Hay que destacar que la definición de carga en el sistema ISAPRE es distinta, ya que pueden afiliarse como tales todos quienes quiera el cotizante y acepte la ISAPRE. Para corregir esta discriminación se propone:

a. **Homologar los requisitos para ser carga legal entre hombres y mujeres**, pues esta es una discriminación que afecta al género masculino en la medida en que sólo en caso de invalidez puede ser carga “legal”.

b. **La posibilidad de aceptar a los convivientes como cargas.**

c. **Homologar las definiciones de cargas entre FONASA e ISAPREs.** En efecto, sin considerar esta diferencia, en los proyectos de ley se establece un Fondo de Compensación que redistribuiría según las cargas. Esto llevaría a una distorsión del uso del fondo mencionado.

2. La mayor discriminación económica que afecta a las mujeres, por tener salarios más bajos, es inherente al sistema de aseguramiento individual cuya esencia no es alterada en los proyectos de ley. Una transformación de fondo sería establecer una cotización proporcional al ingreso y un plan integral único y general, propio de los sistemas de seguridad social solidarios, lo que no parece viable. No obstante, es posible proponer algunas correcciones a la situación actual, como:

a. **Estabilidad en los precios de los planes:** En los proyectos de ley se avanza al plantear una estabilidad de 3 años y un precio fijo para las garantías explícitas (prima universal), lo cual mejora la situación, pero es insuficiente. Se propone crear, además, un sistema objetivo de variación de precios que sea controlado por el Instituto Nacional de Estadísticas (I.N.E.), estableciendo un índice de precios de prestaciones de salud que constituiría la base sobre la cual podrían variar los precios de los planes y/o de la prima del Régimen de Garantías.

b. **Tope a los gastos de administración.** Los gastos de administración de las ISAPREs, si bien han disminuido en el último período, se mantienen muy altos. Otros sistemas que manejan recursos previsionales, como las Cajas de Compensación, tienen establecido un límite de gastos de administración.

c. **Financiamiento del “salario maternal”, que no afecte directamente el salario de las personas.** Es comprensible la voluntad de focalizar el gasto fiscal que subyace en los proyectos de ley. No obstante, el financiamiento de este derecho indispensable para la sociedad no puede recaer en los salarios. Se propone volver a tener un financiamiento compartido entre todos los cotizantes, por impuestos generales y por parte de los empleadores, ya que en realidad se trata de un salario y no de un subsidio maternal.

d. Debido a que no es posible tener un sistema de seguridad social solidario general y que el aseguramiento individual siempre será de mayor costo -o bien, disminuirán las coberturas-, **se debe considerar la posibilidad de establecer un límite sobre el cual las personas puedan optar al aseguramiento individual.** Bajo ese límite, tendrían que estar

necesariamente adscritas al sistema solidario, que es el público, más aún si se toma en cuenta la poca transparencia en la información que entregan las personas interesadas en vender este tipo de seguros, lo que hace muy difícil la elección. Esto, a menos que los seguros privados asuman el costo total de las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios.

e. Otro elemento importante sobre la transparencia es la mejor regulación en los proyectos de los agentes de ventas. Sin embargo, **se debe eliminar la posibilidad de que existan agentes no adscritos a las ISAPREs**, pues nadie se hará responsable de la información brindada.

3. La discriminación en el acceso de las mujeres por “mayor riesgo relativo”, que es permitida por la legislación actual, se verá disminuida si se aprueban los proyectos de ley, dado que se avanza en homogeneizar los planes ofrecidos a través de las garantías y de la obligatoriedad de cobertura de las prestaciones de FONASA. No obstante, como se analizó en el capítulo anterior, estas propuestas pueden ser mejoradas mediante las siguientes disposiciones:

a. **La supresión de la facultad de las ISAPREs para ofrecer planes que no contemplen la totalidad de las prestaciones de FONASA**, eliminando también la facultad de la Superintendencia de ISAPREs de autorizarlos.

b. **La exigencia de no discriminación de género en los planes, no sólo en lo garantizado**. Esto obligaría a cada ISAPRE a tener mecanismos efectivos de compensación de riesgo.

4. La discriminación llamada de uso, cuando las mujeres se encuentran ya en las ISAPREs, disminuye al prohibir las exclusiones y restricciones a la cobertura en las patologías garantizadas. También decrece esta discriminación con la cobertura durante un año de las cargas del cotizante que fallece, en caso de quiebra de la ISAPRE o para las personas consideradas “cautivas”. Es posible, sin embargo, mejorar estas propuestas incorporando:

a. **La prohibición explícita de discriminar por género** en cualquier tipo de plan.

b. **La ampliación de la cobertura para las cargas del cotizante que fallece por tiempo indefinido**, en las mismas condiciones, si éstos quieren mantener el contrato.

5. En el caso de la salida “obligada” de la ISAPRE, habitualmente por incremento de costos, sería beneficioso incorporar:

a. **La obligatoriedad de las ISAPREs de no incrementar los precios de los planes más allá del índice propuesto** en el numeral 2 de estas conclusiones y propuestas. Se puede ampliar así el concepto de “cautivo” para la totalidad de las personas.

b. **La supresión de la facultad de las ISAPREs de caducar contratos unilateralmente** y, sobre todo, aduciendo incumplimiento de contrato por enfermedades preexistentes. Las personas ya tienen suficiente “castigo” por la no cobertura de esas prestaciones, y se produce una gran asimetría de poder entre ISAPRE y beneficiario.

c. En todo caso, si las ISAPREs mantienen la posibilidad de caducar contratos **es indispensable reponer la facultad de las personas de caducar el contrato**, sin quedar obligadas por tres años, como ocurriría con el proyecto de ley en curso.

d. Se sugiere, además, **suprimir la propuesta en el sentido que las modificaciones al contrato de parte de las ISAPREs sean “expedidas” por carta certificada**, sin tener en cuenta si el destinatario recibió o no la comunicación.

6. En el caso de las licencias médicas, no encontramos datos suficientes para determinar discriminación de género. Sin embargo, por el uso que las mujeres dan a este derecho es necesario plantear propuestas que mejoren el funcionamiento del sistema, especialmente si se mantiene la facultad de las ISAPREs para rechazar o acortar licencias. Por lo tanto, proponemos al menos que:

a. **Sea la propia ISAPRE la que reclame ante la Superintendencia de Seguridad Social** -y no la persona, quien no tendrá un acceso fácil-, pues es esta institución la interesada en demostrar que se está cometiendo un fraude y no a la inversa.

b. **La ISAPRE debería estar obligada a pagar la licencia completa** y, en caso que resulte acogido su reclamo ante la Superintendencia respectiva, habría que estipular la devolución a cuenta de los excedentes del afiliado.

c. **Una sola entidad debería controlar la totalidad de las licencias**, independientemente del sistema previsional, y la cancelación de los tres primeros días, hoy de cargo del trabajador.

7. Gran parte de las transformaciones propuestas en los proyectos de ley se basan en ir dando progresivamente “garantías” a todos los chilenos, en cuyo proceso se constituirá un Consejo del AUGE integrado por determinadas personas. Proponemos, por último, que **en la composición de ese Consejo se incluyan usuarios de los sistemas público y privado, además de una visión de género, mediante la integración de mujeres al grupo de interés.**

Concluimos este estudio reiterando que el propósito explicitado por el Ejecutivo en el sentido de eliminar inequidades no queda del todo asegurado respecto de los sesgos de género, ya que por acción u omisión parte del articulado abre resquicios a discriminaciones, en su mayoría contra las mujeres, pero también, en algunos casos, contra los hombres.

Por esta razón, y tomando en cuenta las definiciones de la OMS/OPS en relación con la equidad de género en salud, se estima necesario que, en el marco de la cooperación, se haga llegar este estudio a diferentes instancias que participen en el proceso de la reforma de la salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Thelma Galvez Pérez y María Isabel Matamala Vivaldi. Consultoras OPS/OMS. *La economía de la salud y el género en la reforma de salud*. Documento. 2001.
2. Apolonia Ramírez Caballero. Género y Sistema Isapre. Documento para OPS/OMS. 2001.
3. María Isabel Matamala, consultora OPS/OMS. *Género, salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el contexto de la reforma*. Documento. 2001.
4. María Eugenia Calvin Pérez. *Género, salud mental y violencia*. Documento para OPS/OMS. 2001.
5. Soledad Larrain Heiremans. *Participación ciudadana y salud*. Documento para OPS/OMS. 2001.
6. Ximena Díaz Berr y Julia Medel Riquelme, del Centro de Estudios de la Mujer (CEM). *Salud, género y trabajo*. Documento para OPS/OMS. 2001.
7. Apolonia Ramírez. *Situación de la mujer trabajadora en el sistema Isapres. Economía y Trabajo en Chile*. PET, informe anual N°7, 1997-1998. Edición: Margarita Fernández, 1998.
8. Programa de Gobierno, Concertación de Partidos por La Democracia III.
9. Objetivos Sanitarios 2000 - 2010. Ministerio de Salud
10. Proyecto sobre los Derechos y Deberes de las Personas en Salud, Mensaje N° 038-344. Mayo, 2001.
11. Proyecto de Ley que establece un Régimen de Garantías en Salud. Mensaje 1-347. Mayo, 2002.
12. Formula Indicaciones al Proyecto de Ley que Establece un Régimen de Garantías en Salud. Mensaje 084-347. Junio, 2002.
13. Proyecto sobre el financiamiento del gasto fiscal representado por el plan AUGE y Chile Solidario. Mensaje N° 86-347. Junio, 2002.
14. Proyecto de Ley que modifica el Decreto Ley n° 2.763, de 1979. Mensaje N°: 81-347. Junio, 2002.
15. Proyecto de Ley que modifica la Ley N° 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional. Mensaje 082-347. Junio, 2002.
16. *Informe sobre Funcionamiento de las Instituciones de Salud Previsional*. Acuerdo 318 de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, Chile. Octubre, 2000. Ministerio de Planificación, Chile.
17. Ley 18.933, fecha publicación: 09.03.1990
18. Ley 18.469, promulgada en noviembre 1985.
19. DFL N° 150 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 1982.
20. Boletines Estadísticos de la Superintendencia de ISAPREs, 1990-2001.
21. Encuesta ADIMARK. Noviembre, 2000.
22. Encuesta CASEN 2000'. Ministerio de Planificación, Chile.
23. Estudio realizado en SERNAM: *Precio cobrado por las ISAPREs: Diferencias por sexo*. Agosto, 2001.
24. Documento difusión de la Reforma: *Propuesta modificación del sistema de Instituciones de Salud Previsional*. MINSAL. Marzo, 2002.
25. INE: 1997-2001

