

**IX Curso Taller OPS/OMS/CIESS Legislación en Salud  
Marco Regulatorio del Acceso a la Salud**

***“Labor de la Superintendencia de Instituciones de Salud  
Provisional en la Defensa de los Derechos de los Usuarios”***

***Licdo Mauricio Andrade Vergara***  
**Expositor**

**Organización Panamericana de la Salud  
Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social  
2 – 6 de Septiembre, 2002  
México, D.F., México**

## **LABOR DE LA SUPERINTENDENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL EN LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS**

Lic. Mauricio Andrade Vergara  
Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional  
Chile

Antes de todo, me gustaría agradecer la invitación que se formuló por parte de la Organización Panamericana de la Salud y el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social de México, a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (SISP) para compartir la experiencia que hemos tenido durante la última década como órgano regulador y fiscalizador de seguros privados de salud de Chile, en materia de defensa del derecho de la salud de sus usuarios.

Para efectos expositivos y, a modo de introducción, esbozaré en primer término a nuestro país en el contexto internacional, las características del Sistema de Salud Chileno y de la Superintendencia de Isapres para, posteriormente, adentrarnos en propiedad respecto de las acciones cautelares de derechos llevadas a cabo por la Superintendencia de Isapres.

a) Chile en el Contexto Internacional: Nuestro país tiene una población aproximada de 15 millones de habitantes -menos de la mitad de la población de la Ciudad de México-. Para efecto del gobierno y administración interior del Estado, su territorio se divide en 13 regiones. Al igual que el resto de las repúblicas latinoamericanas, nuestra capital aglutina a la mayor cantidad de la población del país. De tal modo, en Santiago de Chile reside alrededor del 40% de los habitantes. El índice actual de pobreza es de un 20%, y el desempleo alcanza al 9% de la fuerza de trabajo. Por otra parte, el gasto en salud representa un 7,5% del Producto Interno Bruto y conforme a los informes emitidos al año 2000 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ocupamos el lugar N° 33 del Ranking global; el N° 32 en Nivel de Salud; Igualdad en sobrevivencia infantil: 1; Sensibilidad de respuesta: 45; Distribución sensibilidad: 103; Justicia de carga financiera: 168; Obtención global de metas: 33; y Gasto per cápita en dólares: 44.

b) El Sistema de Salud Chileno: El sistema de salud chileno está compuesto por distintos actores que intervienen y/o actúan conforme a las prerrogativas y mandatos que dispone la ley -entes públicos- o bien, en ejercicio libre de una empresa -entes privados-. Dentro de tal contexto, corresponde la función rectora al Ministerio de Salud, entidad que debe diseñar e implementar las políticas públicas de la cartera e impartir las normas para su ejecución y cumplimiento. Los aseguradores que intervienen en el sistema son el Fondo Nacional de Salud (FONASA), las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), las Mutuales y el Servicio de Salud de las Fuerzas Armadas. Dentro de los prestadores de acciones de salud podemos identificar a los Hospitales pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), Clínicas, Centros de Atención Primaria, Centros Médicos y Laboratorios Clínicos: Como Proveedores de “insumos”, intervienen las Universidades y Laboratorios farmacológicos, entre otros.

La función reguladora y fiscalizadora de los aseguradores privados de salud está encomendada a la Superintendencia de Isapres, guardándose el Ministerio de Salud tal labor, respecto de los aseguradores públicos. Ahora bien, la fuente de financiamiento del sistema está integrada tanto por el Fisco -esto es, el estado de Chile en el ámbito patrimonial-; las empresas privadas, los trabajadores -dependientes e independientes- y pensionados. De tal modo, es posible distinguir un sector público de salud, financiado por el Fisco y los asalariados adscritos a dicho sistema, cuyos aseguradores son el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el Servicio de Salud de las Fuerzas Armadas. En tal contexto, las prestaciones de salud son otorgadas por los servicios que forman parte del SNSS. Como contrapartida, existe un sistema privado de salud financiado

por los asalariados voluntariamente afiliados a él y las empresas que enteran sus aportes en las Mutuales. En este campo, los aseguradores están formados por las Isapres y las Mutuales, otorgándose las prestaciones de salud en centros privados.

Ahora bien, la participación en el sistema de salud tanto de los servicios de salud de las fuerzas armadas como de las mutuales, es menor en términos de cantidad de afiliados o beneficiarios, por lo que, a grandes rasgos, en Chile se identifica al sistema público de salud con el FONASA y al sistema privado con las ISAPRES.

El Fondo Nacional de Salud, es el que se encarga, en la actualidad, de financiar y otorgar las prestaciones a la población que se encuentra adscrita al sector público de salud. Esa población en Chile alcanza alrededor de un 70%. Las ISAPRES, por su parte, abarcan alrededor de un 22% de la población. Esto, en cifras, representa a cerca de tres millones de personas.

Resulta importante destacar que el sistema público es subsidiario del sistema privado, en el sentido de que el ciudadano que no se adscribe a éste, automáticamente, se entiende que pertenece al sistema público, para lo cual tiene que hacer una serie de trámites administrativos (registro y obtención de una credencial). Como contrapartida de ello, para pertenecer al sector privado de salud, el afiliado debe suscribir un contrato de salud que contiene las condiciones y términos de las prestaciones, las obligaciones del cotizante, el plan de salud -que no es otra cosa que la expresión de los beneficios a los cuales va a tener derecho- y la declaración de salud, que es el instrumento que permite a la institución de salud provisional evaluar el riesgo médico que asume al contratar. En esa declaración de salud, debe consignar cuáles son las enfermedades que hayan sido médicamente diagnosticadas hasta el momento de la suscripción del contrato, lo que tiene importancia para efectos a que analizaremos más adelante.

c) La Superintendencia de Isapres: El sistema privado salud fue creado en Chile en los albores de la década del 80, lo que significó que durante 10 años hubo un desenvolvimiento del sector privado en materia de salud, área que durante largo tiempo había sido sólo una exclusividad del sector público, tanto en su administración como financiamiento. Durante una década, las ISAPRES regularon contractualmente los derechos y obligaciones de los usuarios por medio de contratos de adhesión, sin que hubiera un órgano que tuviera los suficientes conocimientos técnicos para poder fiscalizar y sancionarlas, lo que en la práctica se tradujo, por ejemplo, en que había contratos de salud en que se convenían exclusiones de alrededor de 50 patologías, entre las cuales estaban las más importantes, en términos de vida sana y catástrofe económica: cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, etc.

Por lo expuesto, como una necesidad de defender los derechos de los usuarios y asegurar el correcto funcionamiento del sistema privado de salud, la Superintendencia ISAPRES fue creada en el año 1990. En efecto, con la dictación del Decreto Ley N° 3.626 de febrero de 1981, se dio el primer paso en la creación del Sistema Privado de Salud al otorgar al trabajador la posibilidad de enterar su cotización obligatoria para salud en Instituciones de Salud privadas diferentes al Fondo Nacional de Salud público (Fonasa). En abril del mismo año, a través del Decreto con Fuerza de Ley N° 3 del Ministerio de Salud, se erige a las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), como las personas jurídicas encargadas de sustituir en el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud a los Servicios de Salud y al Fondo Nacional de Salud, encomendando su fiscalización a éste último. En su artículo 14 consagra la participación del mundo privado en el ámbito del otorgamiento y financiamiento de acciones de salud, al prescribir que para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios, los trabajadores deberán suscribir un contrato con la Institución de Salud Previsional que elijan. En el año 1990, la Ley N° 18.933, atendida la evolución del Sistema Privado de Salud y la necesidad de contar con un ente autónomo que regulara y fiscalizara las relaciones contractuales pactadas entre los privados, se crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, dotándola de personalidad jurídica y patrimonio propio, con potestades reglamentarias, fiscalizadoras, sancionatorias y jurisdiccionales. Posteriormente, Ley N° 19.381 del 3 de mayo del año 1995, modifica la ley N° 18.933, introduciendo importantes cambios en el Sistema, tendientes a fortalecer la transparencia

del mismo y maximizar sus beneficios. Para efectos de la exposición citaremos las más importantes, relativas resguardar los derechos de los usuarios:

- El contrato de salud adquiere el carácter de indefinido y no a plazo.
- Obliga a las isapres a proporcionar y a mantener a disposición de sus afiliados y terceros información suficiente y oportuna respecto de las materias fundamentales de sus contratos, tales como valores de los planes de salud, modalidades y condiciones de otorgamiento.
- Tipifica el uso indebido del giro correspondiente a las Instituciones de Salud Previsional con presidio menor en sus grados medio a máximo y sanciona a quien, sin tener la calidad de beneficiario, mediante simulación o engaño, obtuviere los beneficios establecidos en esta ley; y al beneficiario que, en igual forma, obtenga uno mayor que el que le corresponda, será sancionado con reclusión menor en sus grados mínimo a medio. En igual sanción incurrirá el que coopere o facilite por cualquier medio la comisión de estos delitos.
- Crea una cuenta corriente individual de excedentes: Toda vez que se produjeren excedentes de la cotización legal en relación con el precio del plan convenido, serán de propiedad del afiliado e inembargables, aumentando la masa hereditaria en el evento de fallecimiento, a menos que el afiliado renuncie a ellos y los destine a financiar los beneficios adicionales de los contratos.
- Termina con el régimen general de períodos de carencias, esto es, el tiempo durante el cual, no obstante estar vigente el contrato, no son exigibles todos o algunas de las prestaciones o beneficios pactados.
- Obliga a indicarse el arancel o catálogo valorizado de prestaciones con sus respectivos topes que se considerará para determinar el financiamiento de los beneficios, la unidad en que estará expresado y la forma y oportunidad en que se reajustará. Dicho arancel de referencia contemplará, a lo menos, las prestaciones contenidas en el arancel del Fondo Nacional de Salud, o el que lo reemplace.
- Obliga a explicitar la forma en que se entregarán los beneficios mínimos en lo relativo al otorgamiento del examen de medicina preventiva, protección de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo y del niño hasta los seis años; así como para el pago de los subsidios cuando proceda.
- Crea el concepto de enfermedades preexistentes, entendiendo por aquéllas a las 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.
- Las restricciones a la cobertura sólo podrán estar referidas a enfermedades preexistentes declaradas, por un plazo máximo de dieciocho meses, contado desde la suscripción del contrato, y no podrán contemplar valores inferiores al 25% de cobertura de esa misma prestación en el plan general convenido
- En el caso del embarazo se deberá consignar claramente que la cobertura será proporcional al período que reste para que ocurra el nacimiento.
- No podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo aquéllas 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; como también prestaciones cubiertas por otras leyes hasta el monto de lo cubierto; enfermedades preexistentes no declaradas en los términos del inciso quinto de este artículo, y todas aquellas prestaciones no contempladas en el arancel.
- No podrán suscribirse contratos en que se pacten beneficios, respecto de algunas prestaciones, por valores inferiores al 25% de cobertura de esa misma prestación en el plan general convenido
- 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 por enfermedades preexistentes no declaradas, en los mismos términos estipulados en el contrato para prestaciones originadas por enfermedades no preexistentes cubiertas por el plan, a menos que, respecto de las primeras, la Institución probare que la patología preexistente requirió

atención médica durante los antedichos cinco años y el afiliado a sabiendas la ocultó a fin de favorecerse de esta disposición legal.

- Los aranceles y topes de los planes sólo podrán expresarse en pesos o Unidades de Fomento. Por su parte, el precio del plan, sólo podrá expresarse en Unidades de Fomento, en pesos o en el equivalente al 7% de la cotización legal

- En materia de adecuación contractual, expresa que el afiliado tendrá la posibilidad de rechazar la adecuación propuesta, debiendo la Isapre ofrecerle planes alternativos en condiciones equivalentes. Además, dispone que no obstante la libertad de las Isapres para adecuar el precio y su obligación de no discriminar en los términos señalados en el inciso tercero, 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.

### **ACCIONES CAUTELARES DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA PRIVADO DE SALUD**

Ahora bien, las funciones de la Superintendencia de Isapres no son otra cosa que acciones cautelares de los derechos de los usuarios del sistema privado de salud.

En tal orden de ideas, en mi opinión, aunque una institución o ente público, tenga enormes facultades o pueda corregir distorsiones dentro de un mercado, ningunas de esas prerrogativas van a ser efectivas si es que no hay información por parte de los usuarios del sistema. De hecho, la primera función, y la primera acción cautelar que debe tener un organismo fiscalizador es informar a sus usuarios. Por tal razón hemos configurado una página *web*, que permite al afiliado conocer cuáles son sus derechos básicos; comparar los planes de salud a los que podría acceder con su cotización legal del 7%; cómo tramitar licencias médicas, reembolsos de prestaciones, acceder a prestadores preferentes, etc. Además de la página *web*, hay un staff de profesionales para la atención público: parte de ellos recibe presentaciones y responde consultas escritas, y otro grupo entrega información vía telefónica o personalmente en los módulos de atención. Además, están dispuestas instalaciones para que los afiliados de regiones, o incluso la región metropolitana, puedan hacer sus presentaciones por fax o incluso a través de Internet.

Dada la geografía de nuestro país, implementamos agencias zonales, que son representantes del Superintendente en las regiones donde hay una mayor población en el país y que corresponden a las ciudades de Concepción, Antofagasta, Viña del Mar y Valparaíso. Por otra parte, la Superintendencia celebró un convenio con el Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC) -que tiene presencia en el ámbito comunal- para que ellos orienten a los usuarios en las zonas en que no hay presencia física por parte de la Superintendencia, y deriven sus presentaciones a nuestro organismo.

Valga citar, también, los convenios que hemos suscrito con instituciones públicas y privadas para implementar un plan de capacitación permanente a las personas que quieran desenvolverse dentro de un sistema ISAPRES, entregándose un certificado de que la información recibida y los contenidos emitidos son los autorizados por la Superintendencia.

La otra acción cautelar es la fiscalización y sanción. De nada sirve tener un regio régimen de obligaciones y derechos si es que no se fiscaliza su cumplimiento ni se sanciona su infracción. Para tal efecto, hay una unidad especializada, que es el Departamento de Control, particularmente, la Unidad de Auditoría de Instituciones. La Unidad de Auditoría de Instituciones está encargada de vigilar el cumplimiento de la ley y de las circulares emitidas por la Superintendencia ISAPRES, tanto en los aspectos contables y financieros, como contractuales. Esta Unidad, año tras año, planea fiscalizaciones ordinarias y extraordinarias. Las ordinarias son las que están previamente establecidas y las extraordinarias son las que, producto del movimiento y de la versatilidad del mercado, se hacen necesarias, ya sea por reclamos de los propios afiliados como por la intervención de los profesionales de la Superintendencia.

Una vez que las fiscalizaciones son realizadas, se emite un informe de fiscalización y se deriva a un comité de sanciones, que tiene por objeto analizar cuál es la conducta que se ha infringido, si está obviamente acreditada, y aplicar una multa administrativa que, a la fecha, puede ascender a hasta 500 unidades de fomento. La unidad de fomento es una unidad que está indexada, y actualmente equivale a \$16.000 pesos chilenos, esto es, 20 ó 22 dólares. Obviamente, hay multas que pueden no condecirse con una sanción para operaciones de varios cientos de millones de pesos, y es por eso que en el proyecto de ley que modifica el sistema de salud privado -dentro de un gran contexto, como lo vamos a ver un poco más adelante- esa multa se duplica y, en algunos casos, se cuadruplica. Los objetivos prioritarios de esta unidad o módulos de fiscalización ordinarios para el año 2001, eran fiscalizar el otorgamiento de beneficios y la tramitación de licencias médicas y subsidios por incapacidad laboral. A modo de ejemplo, puedo mencionar que en el año 2001, detectamos que habían determinadas patologías -generalmente, relacionadas con enfermedades psiquiátricas- que algunas ISAPRES, a priori, rechazaban las licencias médicas, y como consecuencia de ello, negaban la posibilidad de acceder al subsidio por incapacidad laboral. Debido a eso, fueron obligadas a ceñirse al procedimiento que efectivamente contempla la ley y fueron multadas con la pena máxima de 500 unidades de fomento. Otra área de fiscalización ordinaria para ese año fue la suscripción y la adecuación de los contratos de salud. La suscripción dice relación con la afiliación a una de las Isapres que opera en el sistema y la adecuación dice relación con una facultad especialísima que les concede la ley a las ISAPRES, para revisar, anualmente, las condiciones del contrato. ¿Cuál es el fundamento de ello? El contrato de salud, a partir del año 1995, es indefinido. Antes era renovable cada 12 meses. Entonces, siendo un contrato indefinido, el legislador entendió que no era atendible obligar a una contraparte a mantener las condiciones pactadas durante 40 ó 50 años, por lo que les permitió revisar unilateralmente el contrato al cabo de un año, pudiendo modificar sus beneficios o sus precios.

Las fiscalizaciones son efectuadas, por una parte, en terreno, lo que requiere contar con una dotación de funcionarios pro activos y altamente capacitados, y además, por medio de un sistema computacional (bríoquery) que nos permite cruzar y combinar información contenida en las bases de datos de que disponemos. Actualmente poseemos información sobre prestaciones -¿Cuántas prestaciones se otorgan?; ¿A cuánto ascienden?; ¿Qué tipo de prestaciones son?; ¿A qué patología aluden?- sobre beneficiarios -¿Cuántas personas están afiliadas al sistema privado de salud?; ¿Cuántas cargas tienen?; ¿Cuándo nacieron?; ¿Cuánto cotizan?- sobre los planes de salud -¿Cuántos planes de salud hay en el sistema actualmente?; ¿Cuáles son las tablas de factores o tablas de precio que incorporan esos planes de salud?; ¿Cuáles son las coberturas que entregan?; ¿Cuáles son los prestadores preferentes que contemplan?- sobre la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, que fue un beneficio que instaurado el año 1999 y comienzos de 2000, que no tiene otro objeto de proteger al afiliado que se ve enfrentado a un evento económicamente catastrófico, aunque no sea una enfermedad de riesgo vital. Por ejemplo, un parto con sextillizos puede ser económicamente catastrófico. Esa cobertura adicional asegura a todos los afiliados de ISAPRES un copago conocido y único. Poseemos, además, información financiera de las ISAPRES, su estado de resultado, balance, garantía, etc.

Este sistema nos permite mezclar todas esas bases de datos, de tal manera que nosotros tenemos la posibilidad de saber cuántas mujeres entre 30 y 35 años han solicitado licencias médicas en los últimos seis meses y cuál ha sido su resultado. ¿Cuál es la utilidad de ello? Primero, para orientar las fiscalizaciones. Segundo, para maximizar el tiempo de fiscalización en el terreno. Ya no es necesario que el fiscalizador vaya a las ISAPRES sino que puede hacer una previa fiscalización dentro de la institución y después solicitar un pronunciamiento respecto a una materia bastante específica. Nuestro desafío, en el futuro, es poder crear una cuenta corriente de cada afiliado del sistema, para saber cuánto específicamente es su gasto de salud, cuáles son las atenciones, los médicos generales y los especialistas que necesitan, y con eso contribuir a crear un perfil epidemiológico que nos guíe par cambiar, corregir y orientar las acciones de salud a las enfermedades que provocan la mayor causa de muerte o de daño a nuestra población.

Facultades resolutivas administrativas y jurisdiccionales: Para la resolución de reclamo hay una vía administrativa y otra jurisdiccional. La primera, ha evolucionado al punto de disponer a las partes que, en primer lugar, traten de resolver sus conflictos en conjunto. Durante un tiempo, la Superintendencia se había transformado en una especie de oficina de reclamos de las Isapres. Para esas instituciones era mucho más fácil remitir al usuario a la Superintendencia si había problemas, lo que importaba una distracción de recursos públicos en atender casos que muchas veces eran meras consultas que estaban dentro de un ámbito privado. De tal modo, instruimos a las ISAPRES, a través de una circular, que debían hacerse cargo de atender a sus usuarios y, sólo en la medida que no le satisfaga la respuesta, el afiliado solicite a la autoridad un pronunciamiento. ¿Qué significó eso? Anualmente, se recibían alrededor de 80.000 reclamos y consultas en la Superintendencia. La aplicación de tal medida de gestión significó disminuir a 50.000 los reclamos. En la actualidad 23.000 reclamos ya están siendo directamente solucionados por las ISAPRES. Es importante abrir una puerta para que también las partes del contrato privado de salud puedan entenderse. En primer lugar, porque legitima a la contraparte: en la medida que el usuario considera que su institución de salud soluciona sus problemas y no se los crea, hay una legitimación del sistema. En segundo lugar, también legitima la autoridad, ya que en la medida que no encuentra una respuesta satisfactoria, existe un procedimiento para impugnar esa respuesta.

Dicho procedimiento consiste, en lo sustancial, en que la ISAPRE tiene la obligación de responder por escrito la presentación de su afiliado dentro de 15 días. Ante el rechazo o la disconformidad del afiliado de la respuesta, puede reclamar ante la Superintendencia, la que solicita el expediente que tuvo que abrir la ISAPRE para responder el reclamo. Una vez que llega el expediente a la Superintendencia, se falla conforme a su mérito, pudiendo decretarse medidas para resolver de mejor manera. Una vez resuelto el caso, la parte agraviada tiene un recurso de reconsideración, que está establecido en la ley, en virtud del cual, dentro de un plazo de cinco días, puede solicitar su enmienda y, en el caso que la Superintendencia mantenga su postura, tiene la posibilidad de recurrir ante la Corte de Apelaciones.

El otro ámbito de protección de los derechos de los usuarios es la facultad jurisdiccional del Superintendente de Isapres. A diferencia del procedimiento expuesto precedentemente, en este caso el órgano actúa como juez y emite una sentencia. Conforme al artículo 3 N° 5 de la Ley 18.933, que es la ley de base del Sistema Privado de Salud, corresponde al Superintendente de Instituciones de Salud Previsional “resolver, en la calidad de árbitro arbitrador, sin ulterior recurso las controversias que surjan entre las ISAPRES y sus cotizantes o beneficiarios...”. Esto es sin perjuicio de la facultad que tenga el afiliado de recurrir directamente ante la justicia ordinaria. Ello, no significa que sea una vía subsidiaria, sino alternativa. Esto es, el afiliado, ante el surgimiento de una controversia con la Isapre, recurre a la Superintendencia o ante los tribunales ordinarios de justicia. La amplitud de esta norma nos ha permitido pronunciarnos, no sólo sobre las materias más recurrentes, que expondré en un momento más, sino también sobre otras acciones, como la de indemnización de perjuicio en los casos en que efectivamente se han acreditado. En efecto, la ley dispone que el Superintendente es competente para conocer: “cualquier controversia que surja entre el afiliado o ISAPRES”, esto es, no solamente lo que diga relación con los beneficios, con el término del contrato, con la adecuación del mismo, etc. sino que también otros aspectos que emanen de dicha relación contractual.

¿Cuáles son las características del procedimiento arbitral? En primer lugar, es voluntario. Como señalé, no es obligación recurrir ante la Superintendencia ISAPRES. Es gratuito y no requiere la comparecencia de un abogado. Además, es un procedimiento sumario que vela por dar prosecución a los autos sin descuidar el principio de la bilateralidad de la audiencia. Las notificaciones son por carta certificada. No es necesario que el afiliado comparezca ante el tribunal físicamente: fija un domicilio y nosotros le enviamos le notificamos por carta certificada de todas y cada una de las resoluciones que recaigan en juicio, incluyendo los documentos y escritos presentados. No hay plazos fatales, por cuanto el tribunal no va a dejar de tomar en cuenta la presentación de una de las partes por un formalismo ya que, al fallar como árbitro arbitrador, esto es, conforme a lo que estime más equitativo y prudente, no resultaría ni equitativo

ni prudente que desestimara alegaciones que podrían llevar a un resultado absolutamente contrario, por una razón de forma. Actúa de oficio y a petición de parte. El tribunal, muchas veces, solicita las fichas clínicas, ordena un peritaje, cita testigos, etc. sin que las partes los soliciten. Y en ese sentido, tanto las ISAPRES como los afiliados han entendido que el procedimiento es un aspecto meramente formal y no sustancial. Se falla conforme a lo que el Juez estime más equitativo y prudente, y ese fallo no tiene recurso alguno, salvo el recurso de queja -que es un recurso que informa a todo procedimiento y se ejerce cuando un árbitro o un juez haya actuado con falta o abuso grave-.

Tenemos un promedio de tramitación de 240 días. Hay casos en que el fallo es emitido a los 40 ó 60 días, y otros casos que se han demorado más de un año debido a la complejidad de la materia. No olvidemos que hay muchas materias médicas, no solamente jurídicas. En tal sentido, las materias que comúnmente conoce el tribunal son: el término de contrato, la negativa de cobertura y las adecuaciones. El término de contrato se produce por el incumplimiento de las obligaciones pactadas. Hay obligaciones que son de información y que el tribunal ha entendido que son menores. Por ejemplo, avisar el cambio de domicilio, notificar el cambio de situación laboral, esto es, si cambia de calidad de trabajador dependiente a independiente, o pensionado. En esos casos, nosotros hemos estimado que si bien, en estricto rigor, la causal está configurada, no procede a dar lugar al término del contrato, toda vez que la infracción puede ser subsanada por el afiliado cumpliendo con su obligación de informar, manteniéndose vigente un convenio que se inserta en el campo de la seguridad social, que constituye un bien jurídico de mayor relevancia.

Otra materia son las negativas de cobertura. El típico caso, por enfermedad preexistente no declarada. Como señalé, al afiliarse a una ISAPRES, los cotizantes deben completar y suscribir una declaración de salud, en que consignan sus antecedentes mórbidos. En la medida en que no consignan uno de esos antecedentes, y con posterioridad la Isapre toma conocimiento de ellos, puede negarle cobertura a las prestaciones que sean consecuencia de aquellos. En dichos casos, el tribunal ha exonerado al afiliado de su obligación, por ejemplo, atendida la data o entidad de la patología omitida o cuando se comprueba una mala orientación del agente de ventas que lo incorporó a la Isapre.

Finalmente, la adecuación de contrato dice relación con la facultad de las Isapres para revisar anualmente las condiciones del mismo y aumentar el precio del plan suscrito, cambiar sus beneficios o ambos. Para estos casos, el Tribunal ha estimado que algunos afiliados se encuentran en condiciones de evaluar libremente la propuesta de la Isapre. Sin embargo, hay personas que no tienen una voluntad libre para aceptar o rechazar esa adecuación, por lo que recurren a la Superintendencia solicitando su intervención. ¿Cuáles son las personas que no pueden aceptar o rechazar libremente la adecuación? Las personas con enfermedades cuya entidad haría imposible su afiliación a otra Isapre, porque tienen un riesgo de salud asociado a ellas que es bastante alto. Por ejemplo, una persona que tiene hipertensión, diabetes, depresión, claramente no puede afiliarse a una ISAPRES. Si a una persona que tiene alguna de esas patologías le comunican que el precio de su plan sube al doble, no tiene opción de aceptar o rechazar la adecuación. En tales casos, la jurisprudencia del Tribunal acuñó el término de “cotizante cautivo”, a quienes luego de la tramitación de un juicio arbitral se les confiere la posibilidad de mantener su plan de salud a un precio fijado conforme a un índice que es elaborado anualmente por el Departamento de Estudios de la Superintendencia. ¿Con qué información se elabora ese índice? Con la información financiera que entregan las propias ISAPRES en relación con el costo y la frecuencia de las prestaciones, la evaluación de los costos operacionales, el incremento o la disminución de las licencias médicas.

## **MODIFICACIONES EN TRÁMITE LEGISLATIVO PARA RESGUARDAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS**

Éstas son el Proyecto de Ley sobre Derechos y Deberes de los Pacientes, el Proyecto de Ley que Establece Régimen de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) y el Proyecto de reforma a la Ley de ISAPRES.

#### a) Proyecto de Ley de Derechos y Deberes de los pacientes.

¿Qué es lo que se pretende hacer en materia de derecho y deberes del paciente? Si bien los derechos que se establecen en el proyecto de ley parecen ser evidentes, es necesario que aún así estén explicitados atendida la relación médico-paciente que se ha generado en la actualidad. Ahora bien, de nada sirve establecer estos derechos y si no se establecen también mecanismos para hacer efectivo el cumplimiento y, por otra parte, aparece de toda lógica, también exigir del usuario determinadas conductas o deberes.

#### Derechos de las Personas:

- Acceso libre e igualitario, sin discriminación arbitraria y con trato preferente para discapacitados e inválidos
- Trato digno y respetuoso de parte del equipo médico
- Tener compañía y asistencia espiritual o religiosa, de acuerdo a los reglamentos internos de cada prestador
- A efectuar consultas y reclamos a los prestadores o entes fiscalizadores que la ley determine
- A información respecto a las prestaciones, condiciones previsionales, deberes de las personas, identidad del equipo médico, condición de salud y tratamientos y a un informe de alta
- Reserva de información contenida en Ficha Clínica, la que será considerada como dato sensible de acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 19.628.
- Derecho a elegir libremente y sin presiones su participación en un protocolo de investigación
- Consentimiento informado: El paciente, una vez recibida toda la información de los tratantes puede, en forma exclusiva, aceptar o rechazar los procedimientos invasivos, de cirugía mayor o compleja u otros que determine el Ministerio de Salud. Excepciones: Cuando el rechazo implique la muerte del paciente y siempre que no exista un tratamiento alternativo; cuando suponga un riesgo a la Salud Pública; cuando se trate de una urgencia o emergencia. Casos Especiales: Pacientes terminales, en que los cuidados sean innecesarios y sólo prolonguen su agonía. Previa consulta a un segundo especialista; Pacientes con muerte cerebral, el consentimiento lo entregará su representante legal.

#### Deberes de las Personas:

- Crear condiciones que hagan posible disponer de un ambiente saludable y contribuir al cuidado de la propia salud y la de su familia
- Informarse sobre las condiciones de otorgamiento de las prestaciones de salud
- Solicitar atención en el prestador que corresponda
- Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes de salud para un adecuado diagnóstico
- Informarse y decidir sobre los procedimientos quirúrgicos y terapéuticos que se le indiquen o apliquen
- Cumplir con las prescripciones sanitarias y las del equipo médico tratante
- Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento
- Usar responsablemente las prestaciones y servicios otorgados por los sistemas de salud

#### Fiscalización y Sanciones:

La fiscalización del cumplimiento de estas normas y la resolución de los conflictos surgidos entre usuarios y prestadores, sean públicos o privados, corresponderá al Secretario Regional Ministerial de Salud (SEREMI) de Salud en cuyo territorio estén ubicados los respectivos prestadores de salud. En el ejercicio de su función el SEREMI podrá aplicar los procedimientos y sanciones establecidos en el Libro Décimo del Código Sanitario

b) Proyecto de Ley establece un Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Auge)

El proyecto de ley que establece el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), contempla los mecanismos legales necesarios para establecer e implementar el "Régimen de Garantías en Salud" que, en síntesis, implica dotar al Ministerio de Salud de las atribuciones necesarias para definir un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las garantías explícitas que tendrán las prestaciones de salud asociadas a ellas. Este régimen es parte integrante del Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), junto a las acciones de salud pública elaboradas por el Ministerio de Salud, conforme a la normativa vigente y a las demás prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Las garantías que se explicitarán de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera, deberán ser iguales para los beneficiarios del sistema público y privado de salud, dando así un paso importante en la disminución de las brechas de equidad que hoy caracterizan al sistema de salud chileno en su conjunto.

La reforma solidaria en la salud, actualmente en tramitación y discusión, pretende terminar con las iniquidades sociales y asegurar a toda la población el acceso garantizado a las prestaciones de salud de determinadas patologías en forma inmediata, en igualdad de condiciones de calidad y oportunidad. En los años cincuenta, los grandes problemas epidemiológicos chilenos eran la gran cantidad de muertes, tanto del recién nacido como de la madre, como por enfermedades infecciosas. Actualmente, el perfil epidemiológico del país cambió: las enfermedades que causan la mayor cantidad de muertes o pérdidas de vida saludable, están relacionadas con enfermedades mentales, degenerativas y crónicas. Precisamente, queremos enfrentar los nuevos desafíos derivados del envejecimiento poblacional y los cambios de la sociedad, reducir las desigualdades de la situación de salud, y proveer calidad de servicios de acuerdo a las necesidades y expectativas de la población. El AUGE no contempla todas las prestaciones de salud en este momento sino las 56 patologías que están asociadas a alrededor de 1.600 prestaciones médicas que son responsables del 75% de las enfermedades que causan la mayor cantidad de muertes y pérdidas de años de vida saludable en nuestra población. Es una puesta en marcha que, obviamente, el día de mañana queremos que incluya todas las prestaciones de salud.

La distribución de los ingresos está directamente relacionada con la pertenencia al sistema público o privado de salud. A mayores ingresos, hay mayores afiliados a Isapres. A menores ingresos, la mayoría de esas personas está afiliada al sistema público de salud. Y eso da cuenta de las desigualdades sociales que hay en este momento. Como se ha dicho, la salud es un derecho de las personas y no basta con la declaración de ese derecho. Es necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad, y protección financiera. Y, además, dotar al usuario de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles.

Acceso universal es asegurar a todas las personas, a toda población y a su familia mantenerse saludable, prevenir las enfermedades y recibir el tratamiento del conjunto de las enfermedades actualmente cubiertas. La garantía explícita quiere decir oportunidad, calidad, costo financiero. Queremos asegurar a la población, por ejemplo, en el caso de un cáncer infantil, el 100% del tratamiento de radioterapia y quimioterapia. En el caso de una cardiopatía congénita, que el paciente sea atendido por un médico especialista dentro de un máximo de 14 días. Y así con las 56 patologías que están asociadas a este plan AUGE en su comienzo. Ningún chileno que sufra alguna de esas 56 enfermedades, quedará sin la atención oportuna. Se asegura un copago de un 20% como máximo y quienes no dispongan de recursos, no tendrán que pagar por ello. Cada enfermedad tiene un tiempo de espera máxima por ley, y las condiciones de calidad técnica estarán definidas. Esto, demanda la acreditación de los prestadores públicos y privados que hay en el país: Saber qué tipo de prestaciones otorgan, cuál es su calidad, cuáles son sus profesionales, instalaciones, equipos, etc.

Se establece un Régimen de Garantías en Salud que será elaborado y revisado por el Ministerio de Salud, con la asesoría del Consejo Consultivo, el que, con el objetivo de incorporar nuevas tecnologías y analizar la evolución epidemiológica de la población, las enfermedades,

prestaciones y garantías del Régimen de Garantías en Salud, será revisado cada tres años, pudiendo efectuarse revisiones anticipadas cuando imprevistos sanitarios así lo requieran. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional estarán obligados a otorgar las prestaciones y garantías que se definan, a todos los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y 18.933. Esto no impide que FONASA o las ISAPRES otorguen a sus beneficiarios otras prestaciones y beneficios complementarios.

Se consagra la exigibilidad de tales garantías ante las autoridades correspondientes (ISAPRES y FONASA) y el derecho a reclamo de los beneficiarios de la Ley N° 18.469 frente a cualquier acción u omisión que vulnere los derechos contemplados en esta iniciativa legal. Respecto de la Fiscalización del Régimen de Garantías en Salud, en el caso de las Instituciones de Salud Previsional ésta será realizada por la Superintendencia de Isapres y en el caso del Fondo Nacional de salud se contempla la creación de un servicio público encargado de la fiscalización denominado "Superintendencia de Garantías en Salud".

La Superintendencia de Garantías en Salud estará facultada para velar porque el Fondo Nacional de Salud cumpla con las leyes y reglamentos que lo rigen y con las instrucciones que la Superintendencia emita en todos los aspectos que digan relación con el Régimen de Garantías en salud; interpretar administrativamente todo lo relativo al Régimen y normas que rigen a FONASA; resolver reclamos que presenten los beneficiarios de la Ley N° 18.469 en contra del Fondo Nacional de Salud en relación al Régimen de garantías en Salud.

#### c) Proyecto de Ley que modifica la Ley de Isapres N° 18.933

La reforma de la ley de Isapres también está contemplada en conjunto con la reforma integral del sistema AUGE. Incorpora normas adicionales de protección a los afiliados y nuevas facultades para la Superintendencia Isapres, a saber:

Alzas de precios: En primer lugar, el proyecto establece que, 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.

La situación del cotizante que fallece: El proyecto plantea la mantención de los beneficios contractuales, por un período no inferior a un año, para las cargas del cotizante que fallece y siempre que el deceso ocurra después de un año de vigencia ininterrumpida de su contrato. Asimismo, la reforma dispone que, una vez vencido el plazo indicado, la Isapre estará obligada a ofrecer a los beneficiarios que lo requieran, la suscripción de un plan de salud en las condiciones que se regulan.

La situación del beneficiario que pasa a ser cotizante: Por otra parte, la propuesta otorga a los beneficiarios que comienzan a trabajar, la opción de permanecer como cotizantes en la Isapre de la que eran beneficiarios, y le impone a la institución respectiva la obligación de suscribir con ellos un contrato de salud previsional, ofreciéndoles un plan de salud que, como mínimo, se ajuste al monto de la cotización legal que generen. Asimismo, el proyecto prohíbe a la Isapre aplicar nuevas restricciones al momento de suscribir el contrato o de exigir una nueva declaración de salud, lo que encuentra su fundamento en la continuidad de la condición de beneficiario de la institución.

Incorporación de un arancel común y obligatorio para las Instituciones de Salud Previsional: De otro lado, la reforma propuesta plantea la existencia de un arancel único y obligatorio para todas las instituciones, que contemplará las prestaciones incluidas en el arancel del FONASA en su modalidad de libre elección, y que será elaborado por la Superintendencia de Isapres.

**Nuevas atribuciones de fiscalización:** A través de la presente reforma, se dota a la autoridad de las facultades para que, ante la constatación de situaciones asociadas al incumplimiento de ciertos indicadores de liquidez, endeudamiento y gestión operativa de las Isapres, se pueda someter a dichas instituciones a un régimen especial de supervigilancia y control.

**Nombramiento de auditores externos:** El proyecto, a continuación, dispone que las Isapres deberán designar auditores externos independientes, remunerados por las Instituciones fiscalizadas, los que deberán examinar la contabilidad, el inventario, los balances y otros estados financieros, informando por escrito a la Superintendencia. Dichos auditores deberán ser elegidos de entre los inscritos en el Registro de Auditores Externos que lleva la Superintendencia de Valores y Seguros y les serán aplicables, en general, los requisitos, derechos, obligaciones, funciones y demás atribuciones que se establecen en la Ley sobre Sociedades Anónimas y su Reglamento.

**Traspaso de carteras:** La reforma reconoce expresamente la posibilidad de transferir la totalidad de los contratos de salud, otorgando a la Superintendencia facultades para regular a través de instrucciones generales, la forma en la que debe efectuarse la transferencia y para aprobar las operaciones de esta naturaleza que efectúen las Isapres. Asimismo, resguarda los derechos y obligaciones que emanan de los contratos cedidos y el derecho de los afiliados a oponerse a dicha transferencia, impidiendo que éstos se vean afectados con otras restricciones distintas a las que se encontraban en curso, o con la exigencia de una nueva Declaración de Salud.

**La situación de los beneficiarios, ante la cancelación del registro de la Isapre:** El proyecto establece que, cancelado el registro de una Isapre, el afiliado tendrá el derecho a incorporarse a la Institución que elijan. En tales casos, la Isapre escogida estará obligada a aceptar la incorporación del cotizante y sus beneficiarios, suscribiendo el contrato de salud respectivo, y a ofrecer a éste un plan de salud cuyo precio se ajuste a la cotización vigente en la Isapre anterior al momento de la cancelación de su registro. Asimismo, se establecen ciertos resguardos en favor de los afiliados que ejerzan este derecho, impidiendo a las instituciones que los graven con exclusiones y/o con restricciones adicionales a las que están en curso en virtud del contrato anterior, y que se les exija una nueva Declaración de Salud.

**Hechos relevantes:** Por otro lado, se introduce la obligación de las instituciones de comunicar a la Superintendencia todo hecho o información relevante para fines de supervigilancia y control, respecto de ellas mismas y de sus operaciones y negocios, especificando que la forma de dar cumplimiento a esta obligación queda supeditada a lo que el organismo fiscalizador determine mediante instrucciones de general aplicación.

**Aumento en el monto de las multas:** Las modificaciones a la ley en este aspecto, dicen relación con el fortalecimiento de la capacidad sancionadora de la Superintendencia por la vía de aumentar el monto máximo de las multas aplicables de 500 unidades de fomento a 1.000 unidades de fomento; y sancionando la re-iteración de las infracciones con la aplicación de multas de hasta cuatro veces el monto máximo señalado.

**Agentes de ventas:** En esta materia, se propone el establecimiento de requisitos legales para el ejercicio de la actividad de agente de ventas; la mantención por parte de la Superintendencia de un registro de éstos; y el otorgamiento de facultades para que dicho organismo pueda sancionarlos, en caso de incumplimiento de las obligaciones que les impone la ley o las instrucciones, resoluciones y dictámenes de la misma Superintendencia.

**Simplificación y unificación de procedimientos, en materia de licencias médicas:** Actualmente, los trabajadores afiliados a una Isapre y sus empleadores, pueden reclamar ante la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), por el cálculo del subsidio por incapacidad laboral y en contra de las resoluciones de las Isapres que aprueben, rechacen o modifiquen una licencia médica. De lo resuelto por la COMPIN, se puede, a su vez, reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social, desde el momento que los Servicios de Salud y las Isapres, al autorizar las

licencias médicas y otorgar los subsidios por incapacidad laboral, desarrollan una labor de índole previsional. Lo anterior trae como consecuencia que, en el caso de los trabajadores afiliados a una Isapre, disponen de tres instancias en el proceso de autorización de una licencia médica y pago de subsidio. Por el contrario, los trabajadores que cotizan en el Fondo Nacional de Salud, sólo tienen dos instancias: la COMPIN y la Superintendencia de Seguridad Social. El proyecto, en esta materia, considera la uniformación del procedimiento para todos los trabajadores, estableciendo que, de lo resuelto por la Isapre, el trabajador o su empleador podrá reclamar directamente a la Superintendencia de Seguridad Social.

Para concluir, me resta mencionar que el proyecto contempla otras materias destinadas a aumentar las facultades de la Superintendencia en diversas áreas, y a perfeccionar los beneficios que otorga el sistema. Así, en primer término, para el adecuado cumplimiento de las modificaciones que se introducen al sistema, el proyecto dota a la Superintendencia de la facultad de elaborar índices, estadísticas y estudios relativos a las instituciones y al sistema privado de salud. En segundo lugar, se le confieren facultades para requerir de los prestadores públicos y privados, las fichas clínicas y otros antecedentes necesarios para resolver los reclamos de carácter médico que son sometidos a su conocimiento.

Finalmente, quiero agradecer al foro por su atención; espero haber sido lo suficientemente claro en mi exposición; en caso contrario, con gusto atenderé sus consultas.