

JUDICIALIZACIÓN EN ISAPRES: ANTECEDENTES Y ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓNⁱ

- La judicialización en la industria de las Isapres implica no sólo problemas financieros para las administradoras, sino que una baja en la calidad de las prestaciones entregadas por el sistema y, en el extremo, la inviabilidad financiera de la industria, que equivale a monopolizar la salud en manos del sector público.
- Estas negativas consecuencias pueden acelerarse con el nuevo proceso de reajuste de prima AUGE en 2019, por lo que urge avanzar en esta materia, sobre todo si consideramos que del total de beneficiarios del sistema Isapres, más de 750 mil pertenecen a los tres primeros quintiles de ingreso.

En años recientes se ha observado una preocupante escalada de costos en el sistema de salud producto de la creciente judicialización. Para revertir este proceso, es necesario revisar los antecedentes que han provocado el problema y las alternativas de solución posibles.

ANTECEDENTES SOBRE LA JUDICIALIZACIÓN

El precio de un plan de salud de Isapre es el resultado de la multiplicación entre su **precio base** y un factor que depende del sexo y edad del beneficiario establecido en una **tabla de factores** que se pacta al contratar el plan. En 2010, el Tribunal Constitucional declaró inconstitucionales los numerales 1, 2, 3 y 4 del inciso segundo del artículo 38° ter de la Ley N° 18.933 de Isapreⁱⁱ, lo que en la práctica impidió utilizar la tabla de factores como insumo para **variar** (aumentar o disminuir) el precio del plan basándose en el cambio de tramo etario. Este fallo no la declaró inconstitucional, sino que apuntó a exigir que las variaciones de precios basadas en este componente tuviesen una fundamentación “razonable” y que se legislara al respecto, lo cual hasta la fecha no ha ocurrido.

Respecto del precio base, las Isapres están facultadas por ley para reajustarlo una vez al añoⁱⁱⁱ. Sin embargo, dicho proceso también se ha visto entorpecido por una creciente judicialización. En concreto, desde 2007 (y con más fuerza desde 2011)

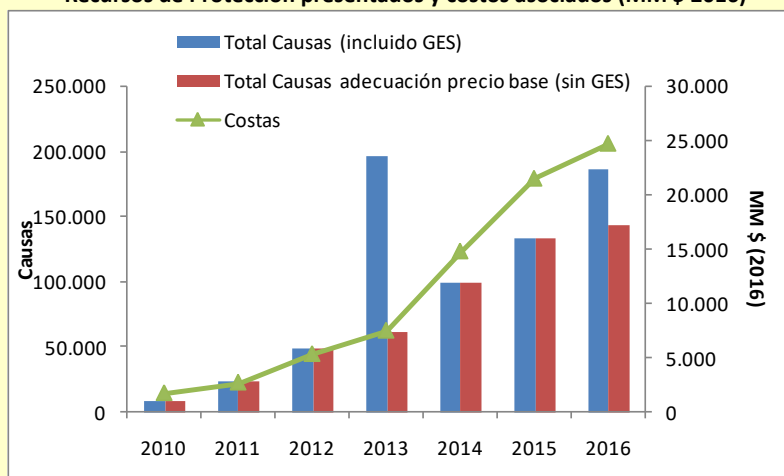
se han acogido un número creciente de recursos de protección que ordenan dejar sin efecto las alzas del precio base de los planes de salud, e incluso prohibiendo que hayan reajustes futuros sobre beneficiarios sobre los cuales ya se falló. El argumento es, en general, la supuesta falta de justificación en las alzas, las cuales se consideran arbitrarias y por ende inconstitucionales.

El año 2016 hubo un total de 185.310 recursos de protección, 39% más que en 2015. En términos de costas, las causas señaladas sumaron \$ 24.768 millones^{iv}, 15% más que el año pasado. Éstas fueron equivalentes a cerca de 934 mil consultas médicas, o a más de 178 mil exámenes de diagnóstico, o bien a más de 45 mil intervenciones quirúrgicas, lo que refleja el impacto del fenómeno en términos de las menores prestaciones en salud disponibles para los beneficiarios.

En 2015^v las costas fueron estimadas en 56% de las utilidades totales del sistema de aseguramiento privado (\$ 38.665 millones en pesos de 2016). Es más, el pago de éstas representó 18 veces el resultado operacional de las Isapres, lo que evidencia la relevancia de esta situación para la viabilidad de la industria.

LAS COSTAS PAGADAS EN 2016 EQUIVALEN A CERCA DE 934 MIL CONSULTAS MÉDICAS

Recursos de Protección presentados y costos asociados (MM \$ 2016)



Fuente: Altura Management.

El total de causas incluyen tanto el reclamo por adecuación de precio base como por variación de prima AUGE. Sólo por concepto de adecuación del precio base, entre 2010 y 2016 las causas aumentaron a una tasa promedio anual de 61%,

superando las 143 mil en 2016. Por su parte, la variación de la prima AUGE ocurre cada tres años (las últimas, en 2013 y 2016). El año 2013 hubo 134.542 recursos por prima AUGE, todos rechazados por la Corte Suprema. Pero el 2016 (42 mil causas), la Corte acogió las impugnaciones a los reajustes de algunos afiliados (aprobando el congelamiento de tarifas), argumentando que, por no haber habido en esta ocasión aumento de patologías, no correspondería alza en la prima^{vi}. Adicionalmente, la Corte tomó como antecedente que la prima universal (valor de la prima AUGE que calcula el Estado para usuarios de FONASA) se fijó en 2016 en UF 3,87 anuales para el período 2016-2019, por lo que a las aseguradoras cuya prima AUGE era aún inferior les permitió un reajuste solo hasta ese valor^{vii}.

Lo anterior es un hecho inédito en la industria y sus consecuencias aún no se materializan del todo. En la práctica, corresponde a una fijación de precios al sector privado en el nivel que el Estado fije su tarifa, aun cuando ambos sistemas no son comparables en términos de la calidad de las prestaciones entregadas. El precedente genera un gran desafío para el 2019, que es el año en que nuevamente habría reajuste legal de la prima AUGE, del cual hay que hacerse cargo.

Cabe destacar que la imposibilidad que en la práctica ha tenido el sistema Isapres para reajustar sus tarifas se agrava aún más al considerar la evolución creciente de sus costos en salud: desde 2012 los costos totales del sistema privado han crecido a una tasa promedio de 7,7% real anual, alcanzando un nivel cercano a los US\$ 3 mil millones. En el mismo período, mientras los costos por prestaciones de salud crecieron a una tasa real anual de 6,6%, los costos por licencias médicas lo hicieron en 12,9% real anual. A esto se suma una también creciente tasa de uso: la frecuencia de prestaciones anuales por cada 1.000 beneficiarios del sistema Isapre entre 2001 y 2015 (última información disponible) ha aumentado a una tasa anual promedio de 4,2%, alcanzando un total cercano a las 25 mil prestaciones^{viii}.

SOLUCIONES PRESENTADAS

Conscientes del importante impacto para el sistema de aseguramiento privado de la imposibilidad práctica de reajustar precios de los planes, tanto la autoridad como la industria han presentado una serie de propuestas para dar solución a este problema. En marzo de 2011 se presentó la Ley Corta de Isapres^{ix}, que establecía por ley una tabla de factores única para todas las Isapres y todos los planes para satisfacer el requerimiento del Tribunal Constitucional de no dejar en manos ni de la autoridad administrativa (Superintendencia de Salud) ni de la industria (las Isapres) la definición de cambios en el precio de los planes basados en sexo o

edad. A su vez, creaba un mecanismo objetivo y verificable de reajuste de los precios base (a través de un Panel de Expertos y un índice referencial elaborado por el INE) para poder sortear la crítica de los jueces de que los reajustes estarían injustificados. Este proyecto dejó de tramitarse una vez ingresado el que creaba un Plan Garantizado^x, el cual incorporó (en su origen) la misma figura (con matices muy menores) que la Ley Corta: un índice referencial de precios y un Panel de Expertos^{xi}. Lamentablemente, esta parte del proyecto de ley fue eliminada por razones meramente políticas.

En paralelo en 2012, y también con la idea de darle un instrumento de justificación objetiva de las alzas del precio base de los planes de salud, se creó el IPC de la salud, el cual era calculado por el INE y la Superintendencia de Salud. Esta iniciativa fue desechada por el Poder Judicial y por la Superintendencia de Salud en 2014, argumentándose que las variables que incidían en su cálculo podían ser influenciadas por las aseguradoras, por lo que el cálculo mismo podría resultar inflacionario.

Por último, la Asociación de Isapres propuso a la Superintendencia de Salud en marzo de 2015 una solución que fue el resultado de un estudio encargado al Instituto de Administración de Salud de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile. El estudio contempló dos aspectos: (i) una metodología para establecer y/o definir un factor de variación de los precios de los planes de salud que ofrecen las Isapres y (ii) una propuesta de procedimiento regulatorio para que la autoridad respectiva lo pueda implementar en las Isapres que voluntariamente se sometían a dicho procedimiento. Todo con el fin de entregar certeza jurídica y objetividad a la variación de precios de los planes. No obstante la solución presentada podía ser una salida factible, la Superintendencia de Salud la dejó como insumo para una potencial reforma al sector en la cual supuestamente se estaba trabajando en ese momento, luego de haber recibido en octubre de 2014 el informe de la comisión convocada al inicio de la segunda administración Bachelet.

REFLEXIONES ¿HACIA DÓNDE AVANZAR?

El sistema de seguros privados en salud está bajo amenaza. Su merma paulatina producto de la judicialización implica no solo problemas financieros para las administradoras, sino que se puede traducir en una baja en la calidad de las prestaciones entregadas por el sistema y, en el extremo, en su inviabilidad financiera, que equivale a monopolizar la salud en manos del sector público, con todos los conocidos problemas que éste presenta. Por lo pronto, cada peso

gastado en judicialización, además de implicar una sobrecarga considerable al poder judicial, conlleva también menores recursos para mejorar prestaciones y para introducir cambios que permitan controlar el aumento de costos del sistema.

Esto no solo afecta al sector más acomodado de la población, como suele pensarse. De acuerdo a estimaciones realizadas con la encuesta CASEN 2015, del total de beneficiarios del sistema Isapres (abiertas y cerradas) más de 750 mil pertenecen a los tres primeros quintiles de ingreso, lo que equivale a 200 mil hogares con un ingreso total promedio de cerca de \$ 556 mil.

Si bien se pueden pensar reformas estructurales al sistema de seguros privados de salud que aborden no solo el problema de reajuste de precios, sino también el problema de las preexistencias y la dificultad de comparar planes (en la línea de lo planteado por el proyecto de ley que creaba un Plan Garantizado de Salud o incluso en soluciones como la de la Comisión Presidencial de 2014), estimamos que dada la urgencia de este tema, cuyas consecuencias pueden acelerarse con el nuevo proceso de reajuste de prima AUGÉ en 2019, se debiese avanzar en una ley corta, con un contenido en la línea de lo presentado en marzo de 2011. A esta ley se le pueden introducir mejoras como aquellas propuestas por la Universidad de Chile, tanto en la metodología de estimación como en el procedimiento regulatorio que ahí se crea.

Las razones de avanzar por este camino son varias. La primera es que las sentencias han sido claras en que se debe legislar en esta materia (para no dejar los reajustes al arbitrio de la Superintendencia de Salud o de las Isapres). No podemos olvidar que los jueces no han rechazado ni la tabla de factores ni la variación de precios de los planes (las alzas no se consideran ilegales, sino más bien arbitrarias). Lo segundo es que las sentencias invocan la necesidad que haya antecedentes objetivos que justifiquen alzas razonables, prudentes y verificables, lo cual es posible de satisfacer con una propuesta como la señalada. Además, por ley las Isapres no pueden justificar el alza individual, por lo que urgen criterios generales, que de acuerdo a lo señalado por los jueces deben ser fijados por ley.

Sin embargo, esta salida podría resultar insuficiente si es que no hay otros cambios profundos. Lo primero es respecto de los jueces, los cuales en caso de aprobarse una legislación al respecto deben validarla como un antecedente objetivo que otorga razonabilidad a los reajustes. Y lo segundo es con respecto de las aseguradoras, las que deben incorporar medidas de eficiencia en sus procesos de tal modo de contener el alza de costos que enfrenta el sistema de salud como un

todo, y evitar que todo sea traspasado a un mayor precio a los beneficiarios. Mientras más tangibles sean estas mejoras, más probable es que puedan permitirse reajustes de precios por parte no sólo de los jueces sino que también de los beneficiarios.

Introducir en los beneficiarios un cambio de percepción parece también clave, esto es buscar mecanismos para que la población vea materializado el incremento de precios de sus planes en mejoras sustantivas y concretas en su atención en salud.

ⁱ Más detalles en Candia, A. (Junio 2017). “Judicialización en Isapres: antecedentes y alternativas de solución” Serie de Informe Social N° 166, LyD.

ⁱⁱ Artículo 38^{ter}.- Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la Institución de Salud previsual por el plan de salud, la Institución deberá aplicar a los precios base que resulten de lo dispuesto en el artículo precedente, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores.

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

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

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

ⁱⁱⁱ Ver inciso tercero del artículo 197° y artículo 198° del DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud.

^{iv} Este valor incluye las costas estimadas por juicios de reajuste de prima AUGE.

^v Última información disponible en la Superintendencia de Salud que incluye resultados de la Isapre MasVida.

^{vi} Esto ocurrió para Cruz Blanca, Colmena y Consalud.

^{vii} Este sería el caso de Banmédica, Vida Tres y Masvida.

^{viii} El total de prestaciones además de atenciones médicas, exámenes de diagnóstico e intervenciones quirúrgicas incluye otras prestaciones como Procedimientos Apoyo Clínico y/o Terapéutico, prestaciones GES, entre otras.

^{ix} Proyecto de Ley que “Introduce criterios de razonabilidad y solidaridad en lo que respecta a las tablas de factores y a la determinación del precio base de los contratos de salud.” (Boletín N° 7539-11). Fue ingresado el 16 de marzo de 2011, y se tramitó en las Comisiones de Salud y Hacienda de la Cámara de Diputados hasta junio de 2011. En octubre de 2014 la iniciativa legal fue archivada.

^x Proyecto de ley que “Modifica el Sistema Privado de Salud, incorporando un plan garantizado” (Boletín N° 8105-11). Ingresado en diciembre de 2011.

^{xi} A diferencia de la Ley Corta, no se establecía por ley una tabla de factores por cuanto el precio del Plan Garantizado en su origen no establecía diferencias por sexo o edad.