



SERIE INFORME **SOCIAL**

Judicialización en Isapres:
antecedentes y alternativas de solución

Alejandra Candia D.

SERIE
INFORME
SOCIAL
ISSN 0717 - 1560

Junio 2017
166

ALEJANDRA CANDIA D.

es Ingeniera Comercial, con mención en Economía y Magíster en Economía con mención Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Máster en Administración Pública de la Universidad de Harvard. Directora del Programa Social de Libertad y Desarrollo.

CONTENIDOS

RESUMEN EJECUTIVO	05
1. VARIACIÓN DE PRECIOS DE LOS PLANES: ANTECEDENTES PRELIMINARES	06
2. COSTOS EN SALUD Y DEL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO PRIVADO	07
3. JUDICIALIZACIÓN: ¿QUÉ ES LO QUE SE JUDICIALIZA?	10
4. CIFRAS DE LA JUDICIALIZACIÓN. UN FENÓMENO CRECIENTE	12
5. SOLUCIONES PRESENTADAS	14
6. REFLEXIONES ¿HACIA DÓNDE AVANZAR?	18
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
8. ANEXOS	21

5.1	Ley Corta de Isapre	14
5.2	Plan Garantizado de Salud	15
5.3	IPC de la salud	16
5.4	Propuesta de la Universidad de Chile	16

Resumen Ejecutivo

El sistema de aseguramiento privado de salud está en crisis. La judicialización ha mermado no solo su viabilidad financiera de largo plazo, sino también la posibilidad de las aseguradoras de mejorar la calidad de las prestaciones que ofrecen a sus beneficiarios. El presente documento muestra antecedentes que permiten comprender la evolución del fenómeno de la judicialización y las alternativas de solución que se han presentado a este problema. Sobre la base de esto, se sugieren caminos hacia dónde avanzar para poder revertir la escalada creciente de costos para el sistema de salud como un todo.

1. VARIACIÓN DE PRECIOS DE LOS PLANES: ANTECEDENTES PRELIMINARES

El precio de un plan de salud de Isapre (sistema de seguro privado de salud) 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 con el beneficiario al contratar el plan. En su origen, quedaba a completo arbitrio de la Isapre el precio final del plan, lo cual impedía que los beneficiarios realizaran una fácil comparación entre el valor de los planes, puesto que resultaba complejo tanto separar ambos factores como determinar su evolución en el tiempo.

Esta dificultad fue recogida por la normativa, la que a fin de simplificar la comparación y dar algo más de certeza respecto a la variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida del beneficiario, estableció en 2005 que cada plan contaría con una tabla única de factores y que las Isapres sólo podrían contar con a lo más dos tablas de factores distintas para la totalidad de los planes que se comercialicen¹.

Por su parte, la ley vigente desde entonces también regula detalladamente la posibilidad anual que tienen las Isapres de variar el precio base de sus planes. De hecho, la normativa² permite que las Isapres revisen el precio base al cumplirse la anualidad del contrato con cada afiliado, con la única restricción que no se puede considerar el estado de salud del beneficiario. Esto debe informarse tres meses antes por carta y se le debe ofrecer al beneficiario al menos una alternativa de igual valor que el precio base del plan sin reajuste. Para realizar este proceso las Isapres deben informar a la Superintendencia de Salud antes del 31 de marzo de cada año la variación que realizarán al precio base de todos los planes cuya anualidad se cumpla en julio de ese año hasta junio del año siguiente, las que “no podrán

ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio”.

Esta “banda de variación” para el precio de los planes debe ser respecto de todos los planes, de tal modo de generar una especie de solidaridad “entre planes”, esto es, la aseguradora no puede concentrar la variación del precio de los planes en aquellos con un mayor porcentaje de beneficiarios más riesgosos. Además, la variación para los beneficiarios de un mismo plan debe ser, por definición, idéntica, por lo que la normativa vigente también contiene una solidaridad “intra planes”, al ser tanto el nivel como la variación del precio del plan la misma para todos quienes cotizan en él de tal modo de asegurar que todos los beneficiarios de un plan vigente (antiguos y nuevos) paguen lo mismo por ese plan.

¹ Inciso quinto, artículo 199°. DFL N°1 de 2005 MINSAL: “Cada plan de salud sólo podrá tener incorporada una tabla de factores. Las Instituciones de Salud Previsional no podrán establecer más de dos tablas de factores para la totalidad de los planes de salud que se encuentren en comercialización”.

² Inciso tercero artículo 197 y artículo 198 del DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud. Ver Anexo N°1.

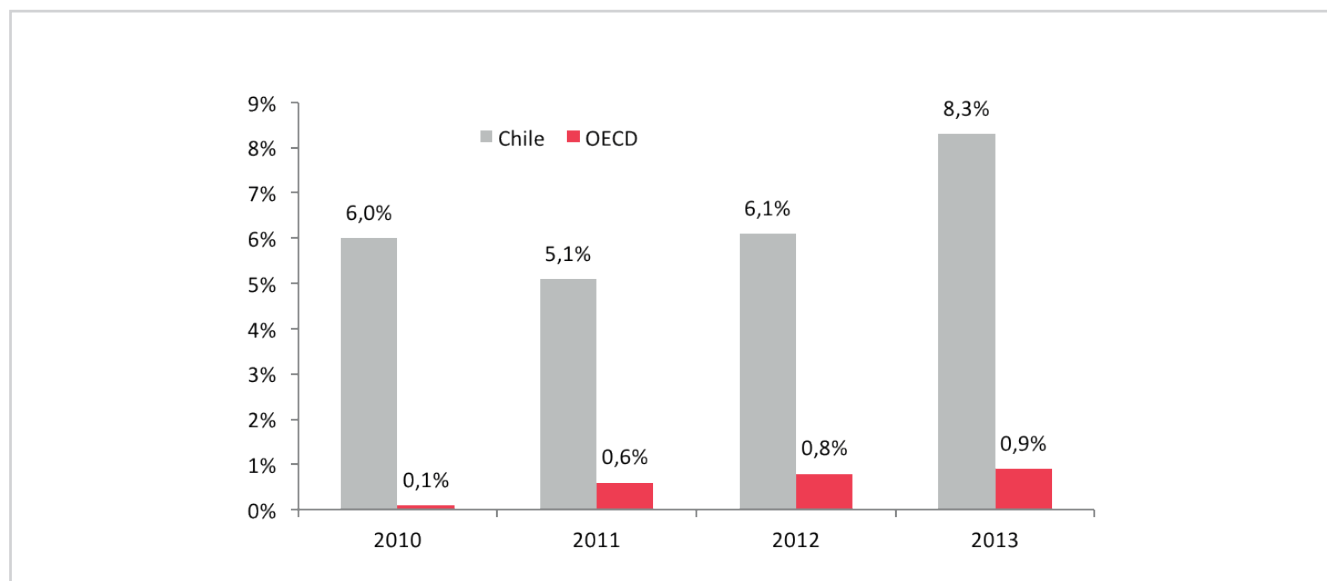
2. COSTOS EN SALUD Y DEL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO PRIVADO

En términos de porcentaje del PIB, Chile posee un gasto total en salud inferior al de los países de la OCDE (7,7% vs 9% de acuerdo a la última información disponible)³. No obstante lo anterior, en el último período Chile muestra un crecimiento particularmente acelerado del gasto total, pasando a ser el más alto de la OCDE.

La evolución del sistema Isapre no ha estado ajena a esta tendencia. El siguiente gráfico muestra la evolución de los costos totales del sistema. Estos alcanzaron en 2015 (última información disponible) cerca de US\$ 3 mil millones de dólares, de los cuales cerca de 80% corresponden a costos por prestaciones de salud y aproximadamente 20% a costos por licencias médicas. Desde 2012, los costos totales del sistema han crecido a una tasa promedio anual real de 7,7%. Mientras los costos por prestaciones de salud crecieron a una tasa anual real de 6,6%, los costos por licencias médicas lo hicieron a 12,9% real anual, en el período señalado.

Gráfico 1
CRECIMIENTO ANUAL REAL DEL GASTO PER CÁPITA EN SALUD 2010 - 2013

Fuente: OECD Health Statistics 2015.

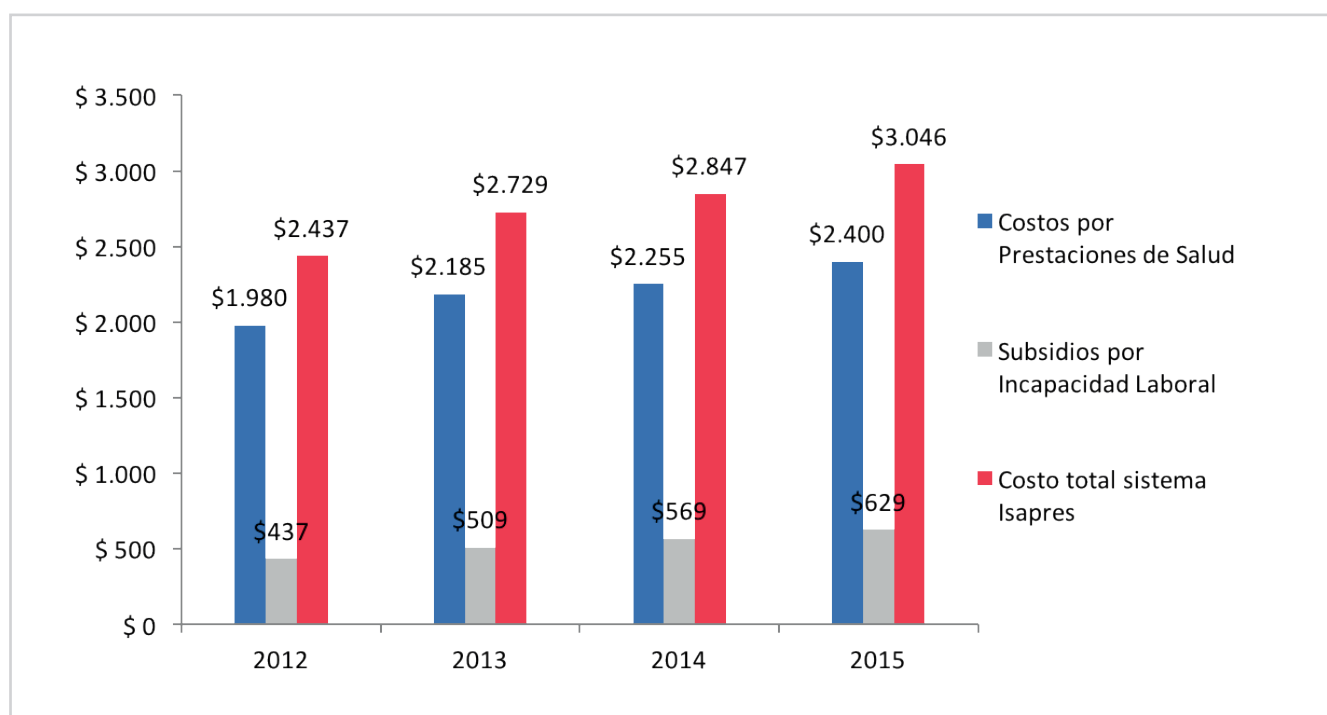


³ Año 2015; disponible en <http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA>

Gráfico 2
**EVOLUCIÓN COSTOS SISTEMA
 ISAPRE 2012 – 2015 (*)**
(MM US\$ 2016)

Fuente: Superintendencia de Salud.

(*) El costo total también incluye otros costos de operación (como por ejemplo Prestaciones Ocurredas y no Liquidadas), que representan cerca de 1% del costo total.



Por su parte, 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 prestaciones⁴. En ese mismo período, la tasa de crecimiento promedio anual para las prestaciones ambulatorias (atenciones médicas y exámenes de diagnóstico) e intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 beneficiarios fue de 2,9% y 1,6%, respectivamente.

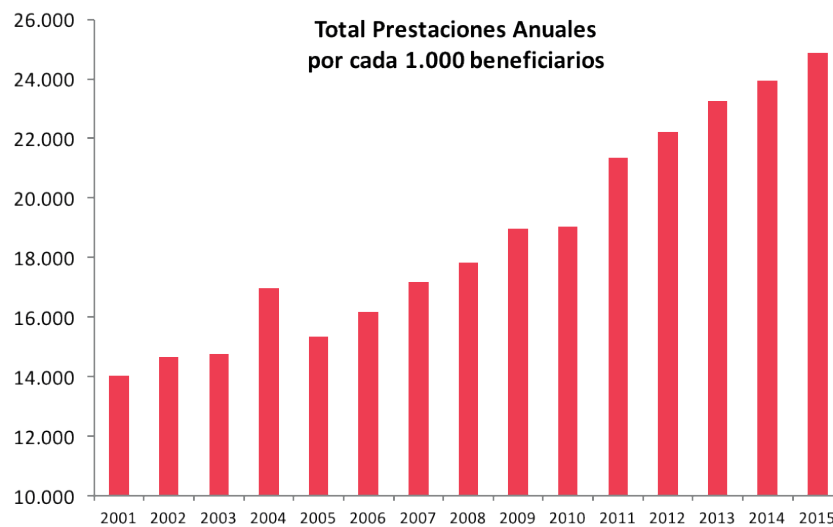
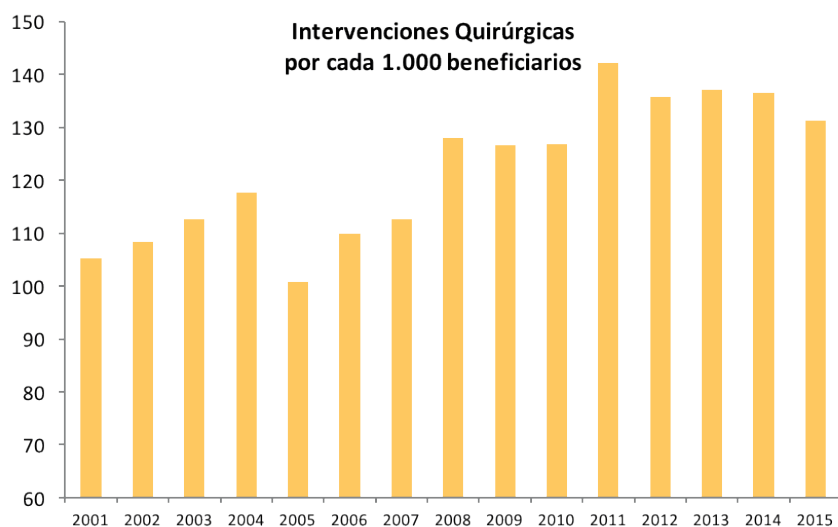
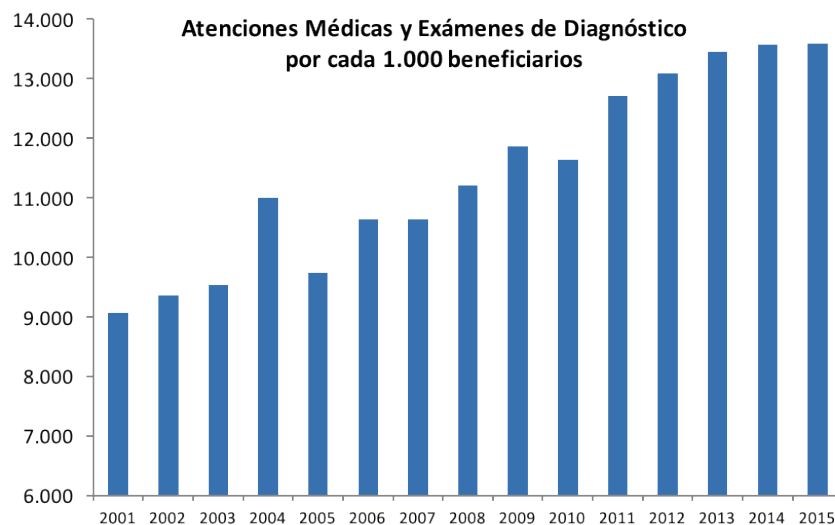
En suma, las aseguradoras privadas enfrentan un escenario de costos crecientes, empujado no solo por el mayor uso del sistema, sino también por el cambio en el perfil epidemiológico de la población (producto del envejecimiento) así como también por las mejoras tecnológicas que encarecen al sistema. Un escenario de fijación de precios como el que ocurre en la práctica con la judicialización (lo cual revisaremos más adelante), resulta aún más inabordable para las aseguradoras en esta situación.

⁴ 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.

Gráfico 3

Nº DE PRESTACIONES ANUALES POR CADA MIL BENEFICIARIOS DEL SISTEMA ISAPRE / 2001 - 2015

Fuente: Superintendencia de Salud.



3. JUDICIALIZACIÓN: ¿QUÉ ES LO QUE SE JUDICIALIZA?

Originalmente, con la norma establecida en 2005, la variación del precio de un plan podía ocurrir por dos razones: por la variación del precio base (cuya regulación fue descrita previamente) o porque debido al contrato firmado con la Isapre, en el cual pacta la tabla de factores, hubo un cambio en el factor relacionado con la edad de acuerdo a su sexo y a su condición de cotizante o beneficiario. Tal como revisaremos en detalle, en la práctica hoy, y no obstante el respaldo legal a favor de la variación de (al menos) el precio base, las aseguradoras privadas no pueden variar el precio de sus planes.

Respecto a la variación como resultado de la tabla de factores pactada en cada contrato con la Isapre, en agosto de 2010 el Tribunal Constitucional⁵ declaró inconstitucionales los numerales 1, 2, 3 y 4 del inciso segundo del artículo 38° ter de la Ley N° 18.933 de Isapre (también artículo 199° DFL N°1 MINSAL)⁶, que decían relación con las reglas a las cuales debía sujetarse la Superintendencia de Salud para determinar la tabla de factores utilizada por las Isapre para ajustar las primas de los planes de salud. La inconstitucionalidad se debería, de acuerdo a lo señalado por dicho Tribunal, a que a pesar que “las diferencias fundadas en los criterios de la edad y del sexo de las personas, no son, en sí mismas, jurídicamente reprochables, ni tampoco *prima facie* arbitrarias, siempre que respondan a una fundamentación razonable”, las reglas contenidas en los numerales señalados no cumplían con el establecimiento de “límites idóneos, necesarios, proporcionados y, por ende, razonables”, siendo por lo tanto, contrarios a la igualdad ante la ley (c. 145°). Así, el fallo del Tribunal Constitucional señaló que se aceptaban diferencias razonables y prudentes por

sexo y edad, recomendando legislar al respecto, esto es que solo correspondía al legislador la determinación de la estructura de las tablas de factores y la fijación de los factores de cada una de ellas, excluyendo con esto tanto a la Superintendencia como a las Isapres de esta posibilidad (c. 163°).

En suma, el referido fallo no declaró inconstitucional la tabla de factores (entendida como la diferencia de precio de los planes de salud basada en sexo y edad), sino que más bien apuntó a exigir que dichas variaciones tuviesen una fundamentación “razonable” y que se legislara al respecto. Pero en la práctica, y dado que (como veremos más adelante) no ha habido avance legislativo concreto en la materia, dicho fallo cerró la puerta a la posibilidad de reajustar el precio del plan como resultado de aplicar la tabla de factores relacionada al contrato del plan. Así, los fallos de la Corte Suprema tras la resolución del Tribunal Constitucional impiden que las Isapres puedan cambiar los precios en base a cambios por tabla de factores.

Vale la pena aclarar que esto no impide que al ingresar un nuevo afiliado al sistema o al contratar éste un nuevo plan se le apliquen coeficientes de una tabla de factores (como valores de ingreso) tanto a él como a sus cargas según su sexo, edad y condición de cotizante o carga. De hecho, la normativa vigente permite que cada plan tenga una única tabla de factores y que cada Isapre tenga como máximo dos tablas de factores en comercialización. Lo relevante es que debido al fallo del Tribunal Constitucional la tabla de factores no puede ser utilizada como insumo para variar (aumentar o disminuir) el precio del plan de algún integrante del grupo familiar beneficiario al cambiar

⁵ Rol N° 1.710.

⁶ Artículo 38°ter.- Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan de salud, la Institución deberá aplicar a los precios base que resulten de lo dispuesto en el artículo precedente, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores.
La Superintendencia fijará, mediante instrucciones de general aplicación, la estructura de las tablas de factores, estableciendo los tipos de beneficiarios, según sexo y condición de cotizante o carga, y los rangos de edad que se deban utilizar.
Cada rango de edad que fije la Superintendencia en las instrucciones señaladas en el inciso precedente se sujetará a las siguientes reglas:

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

de tramo etario. Esto resulta lamentable, puesto que es justamente la tabla de factores un instrumento que, al ser conocido por el beneficiario desde el momento de suscribir el contrato, permite limitar la discrecionalidad en ajustes de precios de los planes, en un escenario de costos crecientes, por aumento tanto de las expectativas de vida de la población, la mayor frecuencia del uso de los planes y las mejoras tecnológicas en los procedimientos de salud.

Descartándose desde el punto de vista legal el uso de la tabla de factores para variar el precio de un plan, la Isapre sí está facultada para una vez al año realizar un reajuste del segundo componente del precio de sus planes: los precios base. Sin embargo, dicho proceso también se ha visto entorpecido por una creciente judicialización. En concreto, y tal como veremos más adelante en detalle, 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 a 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.

De los fallos se desprende que el cambio en el precio base para ser considerado "válido" debiese ser efectivo y verificable, considerándose insuficiente el argumento general del aumento de los costos o de la frecuencia de las prestaciones, e incluso la carta de adecuación que por ley la Isapre debe enviar a sus beneficiarios cuando decide hacer un cambio en el precio base del plan. Cabe destacar que tal como se señaló anteriormente, por ley el precio base del plan debe ser el mismo para todos los adscritos a él, por lo que ante el reclamo de una persona en tribunales, la Isapre no puede fundar la decisión de reajuste a ese beneficiario en particular de manera individual. Por ende, resulta imposible satisfacer el requerimiento de los jueces de entregar para cada caso una justificación del reajuste aplicado al precio base.

El problema es que en la práctica, con la forma que han tendido a fallar los jueces, la creciente judicialización ha provocado un congelamiento de los precios de los planes de salud del sistema de aseguramiento privado, no obstante el aumento sostenido tanto de los costos en salud como en la frecuencia de las prestaciones. Esto, además de contradecir la naturaleza económica de los

planes de salud (un contrato de seguro, donde se ofrece cobertura de un riesgo a cambio del pago de una prima que debe ser reajustada al modificarse los factores que la determinan) va en contra incluso de la normativa vigente que faculta legalmente a las Isapres para realizar ajustes en los precios.

Además, no se puede dejar de mencionar que el sistema de seguros privados en salud (a diferencia de otros seguros) es de carácter indefinido, donde (mientras se cumplan los compromisos básicos) la aseguradora no puede desafiliar a una persona unilateralmente. Por ello, la única forma que la Isapre pueda hacer frente al aumento de costos de la salud es mediante el reajuste de precios de sus planes. En un escenario de costos de la salud crecientes, la (en la práctica) fijación de precios en el sistema de seguros privados atenta contra la viabilidad del sistema.

Lo que sí resulta evidente es que dado que el reclamo de los jueces es la falta de razonabilidad y objetividad en los reajustes aplicados, cualquier propuesta debiese avanzar en darle objetividad a los cambios para por esa vía evitar posibles arbitrariedades.

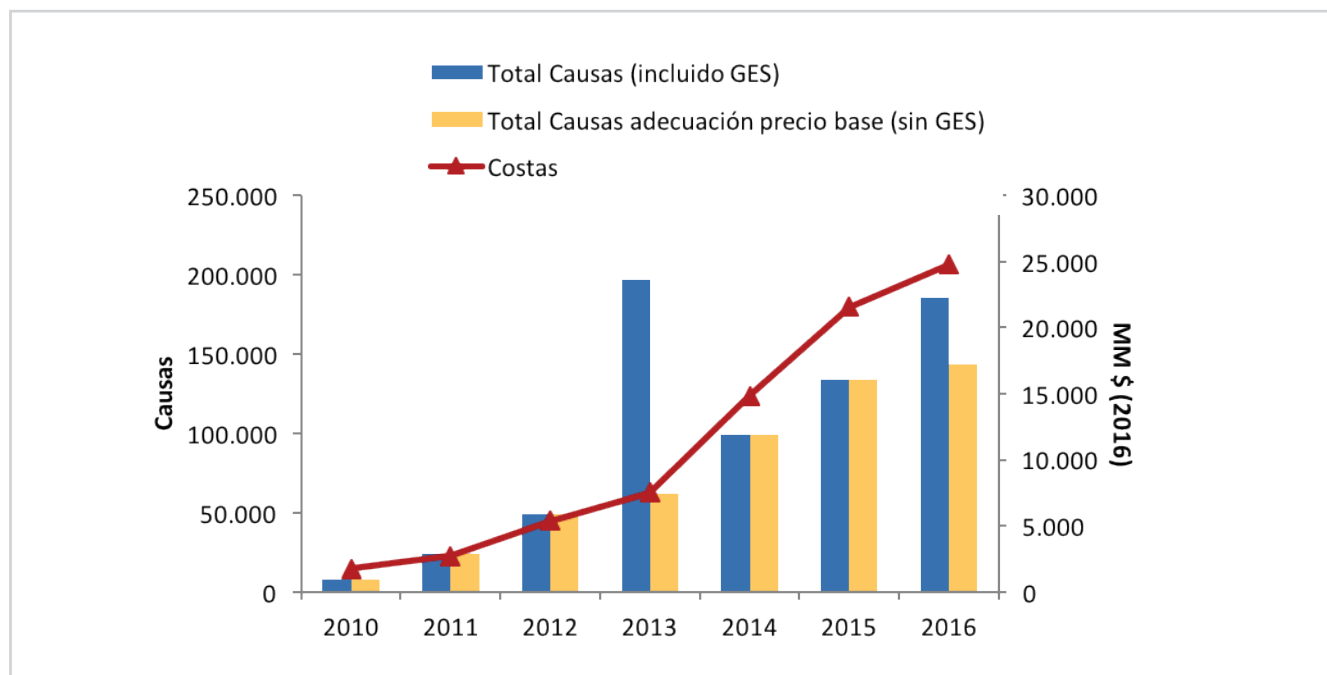
4. CIFRAS DE LA JUDICIALIZACIÓN. UN FENÓMENO CRECIENTE

Desde sus inicios en 2007, el fenómeno de la judicialización ha crecido sostenidamente en el tiempo. Según los últimos datos de Altura Management, en 2016 hubo un total de 185.310 recursos de protección, 39% más que el año anterior. En términos de costas, las causas señaladas equivalen a \$ 24.768 millones, 15% más que el año pasado. Ahora bien, si sumamos el gasto total en costas desde 2010, se obtiene que la judicialización ha implicado un costo para el sistema de \$ 78.531 millones (moneda de 2016), cerca de US\$ 120 millones.

La participación de regiones ha ido creciendo en el tiempo: mientras en 2010 solo representaban 7,4% del total de los recursos, el 2016 pasaron a ser 31,6% del total de causas. Por su parte, y debido al mayor valor de sus costas, su participación en los costos ha crecido aún más significativamente, por cuanto en 2016 los recursos de protección presentados en regiones pasaron a representar 53,9% de los costos totales de la judicialización, mientras que en 2010 sólo constituían 9%.

Gráfico 4
**RECURSOS DE PROTECCIÓN
PRESENTADOS Y COSTOS
ASOCIADOS (MM \$ 2016)**

Fuente: Altura Management.



Las causas totales mostradas en el gráfico anterior incluyen tanto los recursos presentados por la adecuación del precio base de los planes, como aquellos por variación de la prima AUGE. Sin embargo, de tal modo de comprender la evolución del fenómeno de judicialización, vale la pena separar ambos motivos. Por eso el gráfico también muestra el total de recursos de protección sólo por concepto de adecuación del precio base, los que reafirman la tendencia creciente de la judicialización: solo por este concepto entre 2010 y 2016 las causas han aumentado a una tasa promedio anual de 61%, superando las 143 mil en 2016.

Cabe destacar que la variación de prima AUGE ocurre cada tres años, y los datos señalados muestran el total de causas por este concepto presentadas en 2013 y 2016. En 2013 se presentaron 134.542 recursos por prima AUGE, los cuales fueron en su totalidad rechazados por la Corte Suprema. En 2016 se presentaron 42.000 recursos por este concepto, y a diferencia del período anterior, de acuerdo a información entregada en abril pasado, la Corte Suprema 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 prima⁷. Adicionalmente, la Corte Suprema tuvo a la vista como antecedente el que la prima universal (valor de la prima AUGE que calcula el Estado para usuarios de FONASA), la cual en 2016 se fijó en 3,87 UF anuales para el período 2016-2019, por lo que a aquellas aseguradoras cuya prima AUGE era aún inferior a este valor les permitió un reajuste solo hasta el valor señalado⁸.

Este es un hecho inédito en la industria, cuyas consecuencias aún no se materializan del todo, pero que 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 2019, que es el año en que nuevamente habría reajuste legal de la prima AUGE, del cual hay que hacerse cargo.

Respecto al impacto de la judicialización en el sistema de aseguramiento privado de salud, este fenómeno no sólo implica menores recursos disponibles para prestaciones en salud como resultado del congelamiento del precio de los planes, sino también menores recursos producto del pago de costas que deben realizar las aseguradoras. Solo por concepto de pago de costas estimadas para los juicios de 2016 (\$ 24.768 millones)⁹, 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.

Respecto a la presión del pago de costas sobre la viabilidad financiera del sistema Isapres, en 2015¹⁰ las costas estimadas fueron equivalentes a 56% de las utilidades totales del sistema de aseguramiento privado (\$ 38.665 millones de 2016). Sin embargo, el pago de costas ese año representó 18 veces el resultado operacional de las Isapres, lo cual evidencia la relevancia de esta situación para la industria.

⁷ Esto ocurrió para Cruz Blanca, Colmena y Consalud.

⁸ Este sería el caso de Banmédica, Vida Tres y Masvida.

⁹ Este valor incluye los costos estimados por juicios de reajuste de prima AUGE.

¹⁰ Última información disponible en la Superintendencia de Salud que incluye resultados de la Isapre MasVida.

5. SOLUCIONES PRESENTADAS

Conscientes del gran impacto para el sistema de aseguramiento privado de la imposibilidad práctica de reajustar precios de los planes, desde 2011 se han presentado, tanto por parte de la autoridad como de la industria, una serie de propuestas para dar solución a este problema, las cuales pasamos a detallar a continuación.

5.1 Ley Corta de Isapre

En respuesta al fallo del Tribunal Constitucional que declaró inconstitucional la variación de precios de los planes de salud basada en el uso de la tabla de factores, en marzo de 2011 el Ejecutivo presentó un proyecto de ley para darle viabilidad a la en ese entonces ya compleja situación de la industria de seguros privados en salud¹¹. Este proyecto de ley, conocido en su momento como “Ley Corta de Isapre”, en primer lugar establecía en la 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. Vale la pena recordar que el citado fallo no fue en contra de la existencia de una tabla de factores, sino más bien de establecer alzas en el precio de los planes que no fueran razonables ni prudentes, recomendando legislar al respecto.

Con el objeto de hacerse cargo de establecer diferencias por sexo y edad “razonables y prudentes”, el proyecto de ley corta además de crear una tabla única por ley, aplanó las diferencias existentes hasta ese momento por tabla de factores. El mismo nombre del proyecto de ley ya daba luces de este objetivo (“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”). Así, la nueva tabla única presentada tenía once tramos de edad y además diferenciaba por condición de beneficiario (cotizante o carga) y su sexo. Respecto a la disminución de las diferencias entre los distintos tramos, la nueva tabla avanzaba hacia una diferencia máxima entre el factor más alto y más bajo para los hombres de 5 (cotizantes y cargas), para las mujeres cotizantes de 4,44 y para las mujeres carga de 4,17 (sin el proyecto de ley la máxima diferencia entre adultos mayores y jóvenes era de 9 veces, y entre mujeres y hombres de 14 veces).

La iniciativa legal con la nueva tabla única de factores introducía otros factores de solidaridad. En primer lugar, y acogiendo lo planteado por el Tribunal Constitucional en esta materia, la nueva tabla eliminaba el tramo de edad entre 0 y 2 años, impidiendo con ello cobrar una prima superior por niños menores de dos años (potencialmente más riesgosos porque se enferman más y requieren más prestaciones de salud). Asimismo, permitía que el último cambio de precio por tabla de factores fuese a los 65 años, impidiendo encarecimientos adicionales del plan de salud a adultos mayores (no obstante los mayores costos asociados). Por último, la tabla de factores “aplanada” mantenía el mayor valor del plan para mujeres en edad fértil, pero instalaba una prima menor para mujeres de 60 o más años.

¹¹ 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.

La Tabla Única presentada en el proyecto de ley se muestra a continuación:

Edad	Cotizante		Carga	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
0 a 19 años	0,720	0,720	0,720	0,720
20 a 24 años	0,800	1,200	0,750	0,900
25 a 29 años	0,850	2,000	0,750	1,400
30 a 34 años	1,000	2,300	0,800	1,850
35 a 39 años	1,050	2,300	0,900	1,750
40 a 44 años	1,250	2,300	1,200	1,600
45 a 49 años	1,400	2,300	1,200	1,600
50 a 54 años	1,900	2,600	1,700	1,850
55 a 59 años	2,400	3,200	1,900	2,200
60 a 64 años	3,300	3,200	2,900	2,500
65 años y más	3,600	3,200	3,600	3,000

Fuente: Boletín N° 7539-11 .

Además de introducir mayor razonabilidad y solidaridad en el reajuste de los precios de los planes que se relaciona con la tabla de factores, el proyecto de ley en cuestión buscaba también generar un mecanismo objetivo y verificable de reajuste de los precios base de los planes que las Isapres legalmente están autorizadas a realizar cada año, y con ello poder sortear la crítica de los jueces que ha impedido en muchos casos materializar dicho cambio porque el aumento sería aparentemente injustificado. En esta línea, el proyecto de ley proponía dos cambios adicionales. El primero de ellos era crear un índice referencial de la variación del gasto en salud, tarea que el proyecto de ley encomendaba al INE. Para ello, la institución analizaría la información del cambio de precios de prestaciones y variación de frecuencia de uso de las mismas, variación de gasto en licencias médicas y otra información (de a lo más 5 años) que debía ser proporcionada por la Superintendencia de Salud. Adicionalmente, el proyecto de ley creaba un Panel de Expertos asesor con la misión de establecer cada dos años una banda referencial de variación porcentual de los precios base de los planes de salud, estructurada sobre la varianza estadística de los datos utilizados por el INE en el cálculo de los indicadores de referencia; las condiciones existentes en el mercado; las variaciones en la productividad y los cambios tecnológicos operados en el sector. En el fondo, este panel buscaba que la adecuación de los precios de las Isapres fuese sustentada con información objetiva de una “institucionalidad” especializada, para evitar arbitrariedades en el proceso, y entregarle transparencia y competencia al sistema de seguros privados.

Este panel estaría compuesto por tres integrantes, dos académicos (uno experto en administración, gestión,

ingeniería, economía o finanzas y el otro experto en salud pública o gestión de la salud) más un profesional experto en alguna de las aéreas anteriores. Sus miembros serían nombrados por concurso público convocado por el MINSAL y resuelto en conjunto con el Ministerio de Economía. Además, el panel contaría con un secretario ejecutivo que sería un profesional de la Superintendencia de Salud.

Este proyecto dejó de tramitarse una vez ingresado el proyecto de ley que creaba un Plan Garantizado, el cual como veremos a continuación, incorporó como parte de su articulado un contenido similar.

5.2 Plan Garantizado de Salud

El proyecto de ley que “Modifica el Sistema Privado de Salud, incorporando un plan garantizado” (Boletín N° 8105-11) fue ingresado en diciembre de 2011 como resultado del trabajo de dos comisiones presidenciales¹², con el objetivo de crear un Plan Garantizado que otorgara mayor solidaridad y transparencia al sistema de seguros privados de salud. Además de la creación del plan único, este proyecto de ley (en su origen) incorporaba un índice referencial de precios y un Panel de Expertos, lo cual justificó el que la “ley corta” antes descrita dejara de tramitarse. En lo específico, se encomendaba al INE calcular la variación de los precios de las prestaciones en salud, de la variación experimentada en la frecuencia de uso de las mismas, y de la variación del gasto en licencias médicas. Estos insumos serían utilizados por un Comité de Expertos encargado de establecer anualmente índices referenciales de variaciones de precios.

¹² La primera convocada el segundo semestre de 2010 con el objetivo de estudiar las bases de un plan garantizado de salud, y la segunda una Comisión de Expertos en temas vinculados a la organización y financiamiento de servicios de salud.

En lo esencial, el proyecto del Plan Garantizado incorpora la misma figura que aquella presentada en la "ley corta" antes descrita: el INE calculando anualmente indicadores referenciales de la variación de precios y frecuencia de prestaciones de salud, y la figura de un Panel de Expertos con una composición idéntica. La mayor variación estaba en que para el caso del proyecto de ley del Plan Garantizado, dicho Panel no elaboraba una "banda referencial", sino "índices referenciales de variación", que además de "los indicadores presentados por el Instituto Nacional de Estadísticas, las condiciones existentes en el mercado, las variaciones en la productividad y los cambios tecnológicos en el sector", también consideraba que fuesen reflejadas en el resultado "las variaciones de precio que, bajo condiciones de eficiencia, Isapres representativas de las diversas realidades del mercado aplicarían".

Con ello se buscaba soslayar la crítica relacionada con que indicadores referenciales de precio podían resultar inflacionarios y no incentivar la eficiencia por parte de las aseguradoras privadas. Lamentablemente, esta parte del proyecto de ley fue eliminada por razones meramente políticas.

Cabe destacar que como en su origen se proponía que el precio del Plan Garantizado fuese único (igual para todos los beneficiarios), no se incorporaba tabla de factores por sexo y edad (como sí lo hacía la "ley corta").

5.3 IPC de la salud

En paralelo a la discusión del proyecto de ley del Plan Garantizado, el año 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 tanto por el poder judicial como por la Superintendencia de Salud finalmente en 2014, argumentándose que las variables que influían en su cálculo podían ser influenciadas por las aseguradoras, por lo que el cálculo mismo podría resultar inflacionario.

5.4 Propuesta de la Universidad de Chile¹³

Habiendo fracasado los intentos previos por encontrar un mecanismo para el reajuste de precios de los planes por parte de las aseguradoras, 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 (IAS) 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 sometan a dicho procedimiento. Todo con el fin de entregar certeza jurídica y objetividad a la variación de precios de los planes.

(i) Metodología

La metodología del IAS se basó en la regulación de precios del sector transporte, para que en vez de fijar precios (más propio de mercados donde hay monopolios naturales y el producto es homogéneo, lo que no ocurre en el sector salud), se determinen parámetros de la variación de los precios de los planes. Así, el modelo busca explicar la variación que deberían experimentar los precios bases de los planes de salud.

Para ello, se estimó un modelo en niveles (precio del plan "p" al período siguiente - Y_{pt+1}) (ver ecuación A) y en diferencias (variación del precio del plan "p" - ΔY_{pt+1}) (ver ecuación B). Se utilizaron como variables explicativas del precio del plan las siguientes: (i) Número de hospitalizaciones; (ii) Número de nacimientos asociado a la frecuencia de partos de las aseguradas de Isapres; (iii) Precios de prestaciones ambulatorias, en establecimientos relacionados y no relacionados; (iv) Precios de prestaciones hospitalarias, en establecimientos relacionados y no relacionados; (v) Frecuencia de uso de prestaciones ambulatorias en establecimientos relacionados y no relacionados; (vi) Frecuencia de uso de prestaciones hospitalarias en establecimientos relacionados y no relacionados; (vii) Gasto y Frecuencia subsidio por incapacidad laboral; (viii) Frecuencia de los medicamentos asegurados por Isapres y (ix) Shock tecnológicos externos. Las ecuaciones (modelo en niveles y en diferencias, respectivamente) de estimación propuestas se muestran a continuación:

¹³ Específicamente esta propuesta fue elaborada por el Instituto de Administración de Salud de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile.

$$\begin{aligned}
 \text{A)} \quad Y_{pt+1} &= \alpha + \beta_1 \text{Frec_Hosp_NR}_{pt} + \beta_2 \text{Frec_Hosp_R}_{pt} + \beta_3 \text{Frec_Amb_NR}_{pt} \\
 &+ \beta_4 \text{Frec_Amb_R}_{pt} + \beta_5 \text{Precio_Hosp_NR}_{pt} + \beta_6 \text{Precio_Hosp_R}_{pt} \\
 &+ \beta_7 \text{Precio_Amb_NR}_{pt} + \beta_8 \text{Precio_Amb_R}_{pt} + \beta_9 \text{Gasto_SIL}_{pt} + \beta_{10} \text{Frec_SIL}_{pt} + \beta_{11} \text{Frec_Med}_{pt} \\
 &+ \beta_{12} \text{Frec_Part}_{pt} + \varepsilon_{pt+1}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 \text{B)} \quad \Delta Y_{pt+1} &= \alpha + \beta_1 \Delta \text{Frec_Hosp_NR}_{pt} + \beta_2 \Delta \text{Frec_Hosp_R}_{pt} + \beta_3 \Delta \text{Frec_Amb_NR}_{pt} \\
 &+ \beta_4 \Delta \text{Frec_Amb_R}_{pt} + \beta_5 \Delta \text{Precio_Hosp_NR}_{pt} + \beta_6 \Delta \text{Precio_Hosp_R}_{pt} \\
 &+ \beta_7 \Delta \text{Precio_Amb_NR}_{pt} + \beta_8 \Delta \text{Precio_Amb_R}_{pt} + \beta_9 \Delta \text{Gasto_SIL}_{pt} \\
 &+ \beta_{10} \Delta \text{Frec_SIL}_{pt} + \beta_{11} \Delta \text{Frec_Med}_{pt} + \beta_{12} \Delta \text{Frec_Part}_{pt} + \varepsilon_{pt+1}
 \end{aligned}$$

En ambos casos, luego de la estimación de los β_i antes descritos, se procede a calcular la variación anual en el precio de los planes de las Isapres.

(ii) Procedimiento regulatorio

El trabajo señalado, además del modelo de estimación, también propuso un procedimiento para definir la variación en el precio de los planes que permitiese enfrentar las críticas realizadas por el poder judicial al proceso vigente.

En primer lugar, se sugiere que las Isapres (de manera voluntaria) den cuenta de si aceptan o no someterse al procedimiento en cuestión que regulará las variaciones de precios en salud, decisión que una vez aceptada, sería irrevocable. Solo podrían no continuar acogidas en caso de introducirse cambios.

En paralelo, la Superintendencia de Salud elaborará los términos de referencia del estudio para estimar un indicador de variación de precios de los planes de salud. Estos términos de referencia contendrán, entre otros aspectos, la descripción de la metodología para efectuar el cálculo del indicador, los factores para determinar la variación de precios, la identificación de las bases de datos a utilizar y el período a considerar en el modelo. Los términos de referencia serán consultados con las Isapres, y en caso de realizarse modificaciones posteriores, la Superintendencia debe consultarlas con un Panel de Expertos técnico y autónomo de cinco integrantes¹⁴. Usando estos términos de referencia como base, cada Isapre deberá preparar o encargar un estudio de variación de precios de los planes de salud.

El resultado de estos estudios deberá entregarse a la Superintendencia de Salud, quien los remitirá al Panel de Expertos, entidad encargada de la definición del indicador final para cada Isapre, el cual debe considerar que la aseguradora se financie operacionalmente. Además, el Panel de Expertos podrá, de manera fundada, determinar

variaciones de precios de los planes de salud diferentes a las que resulten de la mera aplicación de los antecedentes técnicos o del modelo matemático contemplado en la metodología, pudiendo incorporar en la definición de dicho indicador señales, consideraciones o incentivos que orienten o promuevan en las Isapres la contención de costos. El Panel de Expertos deberá considerar, al menos, una serie de antecedentes técnicos entre los cuales se cuentan además del Estudio, las variaciones que experimente el presupuesto público para el gasto en prestaciones y en licencias médicas de los beneficiarios de FONASA incorporados en la Ley de Presupuestos; las variaciones en la frecuencia y precio de las prestaciones ambulatorias y hospitalarias utilizadas por el conjunto de los beneficiarios de Isapres en prestadores relacionados y no relacionados con dichas instituciones; las variaciones en el gasto del subsidio de incapacidad laboral del conjunto de los cotizantes de las Isapres; las variaciones en el precio y uso de medicamentos hospitalarios; la frecuencia de partos de las beneficiarias de Isapres; el IPC informado por el INE para el año anterior a aquél en que se determina el indicador y el índice de remuneraciones.

Con todo, el Panel de Expertos presentará a la Superintendencia de Salud el indicador para cada Isapre a más tardar el último día hábil del mes de marzo. Dicho indicador será vinculante para las Isapres que aceptaron someterse voluntariamente al procedimiento. Cada Isapre deberá aplicar el mismo porcentaje de variación a todos sus planes de salud, que deberá ser igual o inferior al valor definido por el Panel.

No obstante la solución presentada podía ser una salida factible al problema, la Superintendencia de Salud solo dejó este trabajo como insumo para una potencial reforma al sector en la cual supuestamente se estaba trabajando, luego de haber recibido en octubre de 2014 el informe final de la comisión asesora convocada al inicio de la segunda administración de Michelle Bachelet.

¹⁴ Dos integrantes nombrados por las Isapres, dos por el MINSAL a partir de una terna propuesta por la Superintendencia de Salud y uno de común acuerdo entre el MINSAL y las Isapres.

6. 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 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 en salud y para introducir cambios que permitan controlar el aumento de costos del sistema.

Esto afecta no solo 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.

Cuadro 2

DISTRIBUCIÓN POR QUINTIL DE INGRESOS DE LOS BENEFICIARIOS DE ISAPRES

Fuente: LyD con información de CASEN 2015, Superintendencia de Salud, INE. Los ingresos corresponden a ingresos autónomos del hogar corregidos a marzo de 2017 de acuerdo al Índice de Remuneraciones del INE.

Quintil	Beneficiarios	Hogares	Ingreso promedio del hogar (\$ mar 2017)
I	102.371	29.323	\$ 164.882
II	218.479	56.930	\$ 467.500
III	431.359	114.329	\$ 717.478
IV	803.871	223.033	\$ 1.111.186
V	1.871.118	676.558	\$ 3.025.746
TOTAL 3 PRIMEROS QUINTILES	752.209	200.663	\$ 556.251

Resulta lamentable que la autoridad haya ignorado los sucesivos (y razonables) intentos de solución que se han presentado al problema. Esta pasividad además implica no solo la potencial desaparición “por secretaría” del sistema Isapre, sino también que no se está considerando ni lo señalado en la ley, ni lo impuesto por el conocido fallo de 2010 del Tribunal Constitucional.

Si bien se pueden pensar reformas estructurales al sistema de seguros privados de salud que aborden no sólo 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 -en el otro extremo- incluso en soluciones como aquella planteada por la Comisión Presidencial de 2014), estimamos que dada la urgencia del tema, cuyas consecuencias pueden acrecentarse en 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, tal como se señaló 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 para 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 precio por parte no sólo de los jueces, sino también de los beneficiarios.

Introducir en los beneficiarios un cambio de percepción parece clave también, 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.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altura Management (Marzo 2017). Recursos de Protección Isapres 2016.

Boletín N° 8105-11. Proyecto de ley que *"Modifica el Sistema Privado de Salud, incorporando un plan garantizado"*.

Boletín N°7539-11. 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"*.

García J.F. (2013). *Nueva jurisprudencia sobre Isapres: Aspectos jurídicos y de política pública.* Sentencias Destacadas 2013 (Libertad y Desarrollo).

Instituto de Administración de Salud de la Universidad de Chile (2015). *"Estudio Metodología y Procedimiento para Regular Variaciones de Precios de los Planes de Salud de las Isapres"*.

Isapres de Chile (Octubre 2016). *Judicialización contra las Isapres: ¿Un callejón sin salida?* Newsletter.

Libertad y Desarrollo (Marzo 2011). *"Ley Corta de Isapres: Una reforma necesaria, pero no definitiva"*. Tema Público N°1.005.

OECD, Health at a Glance 2015. *How does Chile compare?* <https://www.oecd.org/chile/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-CHILE.pdf>.

Sánchez H., Nancuante U. (2013). *La judicialización no es el mayor problema de las ISAPRES: es un síntoma de un sector en crisis.* Cuadernos Médico Sociales. 2013; Vol. 53, N° 1.

8. ANEXOS

Anexo 1 DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud

Normativa vigente en términos de reajuste de precio de planes

Tercer inciso, art. 197°: "Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan. Las revisiones no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y beneficiario. Estas condiciones generales deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes en el respectivo plan. La infracción a esta disposición dará lugar a que el contrato se entienda vigente en las mismas condiciones generales, sin perjuicio de las demás sanciones que se puedan aplicar. La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado mediante carta certificada expedida con, a lo menos, tres meses de anticipación al vencimiento del período. En tales circunstancias, el afiliado podrá aceptar el contrato con la adecuación de precio propuesta por la Institución de Salud Previsional; en el evento de que nada diga, se entenderá que acepta la propuesta de la Institución. En la misma oportunidad y forma en que se comunique la adecuación, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio base sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; se deberán ofrecer idénticas alternativas a todos los afiliados del plan cuyo precio se adecua, los que, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se les ofrezcan o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional. Sólo podrán ofrecerse planes que estén disponibles para todos los afiliados y el precio deberá corresponder al precio base modificado por las tablas de riesgo según edad y sexo correspondientes."

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

1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRES deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha. Para expresar en unidades de fomento los precios base de los planes de salud que se encuentren establecidos en moneda de curso legal, las Instituciones de Salud Previsional utilizarán el valor que dicha unidad monetaria tenga al 31 de diciembre del año anterior.

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio. El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

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

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

ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

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

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

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine.

Lo señalado en los incisos precedentes no será aplicable a los contratos de salud previsional cuyo precio se encuentre expresado en un porcentaje equivalente a la cotización legal.

