INFORMES DE
POLÍTICA PÚBLICA

CRISIS DE LAS ISAPRES: VÍAS DE SOLUCIÓN PARA UN PROBLEMA CRÓNICO

Paula Benavides, Eduardo Bitrán, Eduardo Engel,
Benjamín García, Marcia Salinas

12 DE MAYO DE 2023

ESPACIO PÚBLICO

Las y los autores agradecen los valiosos aportes de expertos invitados a jornadas de conversación, incluyendo a Guillermo Paraje y Carla Castillo, así como a David Debrott, Patricio Fernández y Sebastián Pavlovic, quienes participaron en el seminario "Crisis en Isapres y sus repercusiones en el sistema de salud", organizado por Espacio Público en marzo de este año.

Las opiniones expresadas en este documento, así como eventuales errores, son de exclusiva responsabilidad de quienes firman este informe.

RESUMEN EJECUTIVO

El sistema de salud privado de nuestro país (Isapres) ha presentado problemas de funcionamiento desde hace muchos años, los que han sido puestos de relieve por distintas comisiones asesoras de carácter técnico. Entre las falencias identificadas, se encuentran la selección y tarificación por riesgo (exclusión de las personas de mayor riesgo de salud); segmentación por ingresos (elección del perfil de ingresos de sus afiliados, en contraposición a Fonasa); insuficiente competencia con multiplicidad de planes de salud difíciles de comparar (más de 56 mil planes, a enero de 2022); limitación a la movilidad de los beneficiarios y desprotección de adultos mayores (debido a cautividad por preexistencias); falta de incentivos a la contención de costos por una limitada competencia, que permitía transferir los aumentos de costos a precios; y barreras de entrada en parte por la integración vertical entre aseguradores y prestadores sin una regulación adecuada. Estos problemas se han reflejado en una selección adversa que afecta al sistema público de salud (Fonasa), por la expulsión de afiliados a través de aumento de precios, por riesgo ex ante, y elevados copagos por riesgo ex post.

Todo esto generaba un atractivo negocio, hasta que el fallo del Tribunal Constitucional del 2010 estableció la inconstitucionalidad de la estructura de las tablas contenida en la legislación vigente, por la discriminación arbitraria y sin límites proporcionados y razonables que generaba su uso por las Isapres, afectando los derechos de las personas al acceso a la salud. Esto llevó a una creciente judicialización asociada a los aumentos de primas y a la aplicación de las tablas de factores.

Aun cuando la preocupación por el sistema de salud ocupa los primeros lugares de importancia para la ciudadanía, los proyectos de ley que han intentado hacerse cargo de los problemas sistémicos no han podido avanzar en su tramitación en el Congreso Nacional, a pesar de algunos avances puntuales.

La situación financiera actual de las Isapres es particularmente compleja. Durante los dos últimos ejercicios, dichas instituciones han anotado pérdidas financieras que en total superaron los 300 mil millones de pesos (aproximadamente 375 millones de dólares), como consecuencia de la disminución en los ingresos operacionales (cotizaciones) y el aumento del costo operacional (prestaciones y licencias médicas), estrechándose su margen operacional. Cabe destacar el congelamiento del aumento del precio de los planes de salud en pandemia. Asimismo, especialmente significativo ha sido el impacto del Subsidio de Incapacidad Laboral, el cual se elevó a niveles cercanos al 30% del costo operacional durante los años 2020 y 2021, requiriéndose una cotización de 3,3% para su financiamiento durante el último de dichos años. Adicionalmente, la evolución de los estándares financieros legales de las Isapres (patrimonial, de liquidez y de garantía) muestra algún nivel de deterioro durante el último periodo, fundamentalmente en el estándar de garantía.

Sumado a lo anterior, el sistema de Isapres ha sido significativamente afectado por los recientes fallos de la Corte Suprema que han resuelto materias tarifarias relevantes con consecuencias generales para todos sus beneficiarios (*erga omnes*) y con efecto retroactivo. En un primer grupo de fallos, de agosto de 2022, la Corte Suprema dejó sin efecto las alzas anuales de precios base de los planes de salud, interpretando que, a pesar de haberse ubicado

dentro del porcentaje máximo de variación fijado por la Superintendencia de Salud conforme con el nuevo procedimiento legal dictado en 2021, no estaban suficientemente fundamentadas, ordenando la restitución de las alzas ya implementadas. En cumplimiento de dichos fallos, la Superintendencia de Salud reguló un nuevo procedimiento de alza, que finalmente permitió a las Isapres aumentar los precios base aunque, para algunas, en porcentajes menores a los comunicados inicialmente.

Aún más significativo ha sido el efecto de un segundo grupo de fallos, de noviembre de 2022, por medio de los que la Corte Suprema intentó poner fin a la continua judicialización relativa al uso de las tablas de factores para la determinación del precio final de los contratos de salud. Dicha materia se encuentra pendiente de solución legislativa desde que, el año 2010, el Tribunal Constitucional declaró inconstitucionales y derogó los preceptos legales que establecían los rangos de edad y el criterio de sexo para la fijación de la estructura de las tablas de factores. Lo anterior implicó que, en adelante, se prohibieran las alzas unilaterales de precios por el cambio de factor ante el mero envejecimiento de los afiliados. Sin embargo, esto no implicó que se prohibiera el uso de tablas de factores per se. Dado que el sistema legislativo no se hizo cargo de reemplazar las normas declaradas inconstitucionales, ello llevó al incremento de la judicialización por vía de recursos de protección relativos a la aplicación de tablas de factores. Finalmente, en los fallos de 2022, la Corte Suprema obligó a las Isapres a calcular el precio final de todos los contratos de salud que administran en base a la tabla única de factores publicada por la Superintendencia de Salud el año 2019, estableciendo que la aplicación de dicha tabla única no podía importar un alza del precio final de los contratos de los afiliados. Indicaron estas sentencias que las Isapres deben restituir, como excedentes de cotizaciones, las cantidades que hubiesen recibido en exceso desde el 1° de abril de 2020 respecto de todos los contratos comercializados (incluso los suscritos con anterioridad a la vigencia de la tabla única), en caso de que la aplicación de la tabla única determinara un precio final inferior al efectivamente percibido. La Corte Suprema delegó en la Superintendencia de Salud el disponer, a más tardar el 30 de mayo de 2023, las medidas administrativas para que se haga efectiva esa restitución.

Sin perjuicio de que el margen operacional de las Isapres debería comenzar a recuperarse con el reajuste real de los precios base de los años 2022 y 2023 y con la contención de licencias médicas post pandemia, los referidos fallos implican un riesgo de insolvencia para estas entidades. Ello daría lugar a una potencial desprotección en la cobertura de sus beneficiarios, junto con una probable afectación de los prestadores privados, con los que las Isapres mantienen una deuda significativa, y a un posible efecto sistémico sobre el sistema público de salud. Asimismo, acarrearía el riesgo de que las aseguradoras que gocen de la tutela de tratados de protección de inversiones acudan a jurisdicciones arbitrales internacionales. Por ende, es urgente implementar vías de solución que, dando cumplimiento a lo ordenado por la Corte Suprema, al mismo tiempo den certeza a los beneficiarios del sistema de salud y sustentabilidad financiera a las Isapres para evitar el colapso del sistema privado, lo que además de la desprotección de millones de afiliados, implicaría un impacto sobre todo el sistema de salud, haciendo más complejo el tránsito a un sistema de seguros de salud más solidario y eficiente. En consecuencia, es fundamental evitar la quiebra del sistema y avanzar en reformas que resuelvan las serias deficiencias del sistema de seguros de salud con que cuenta el país.

Un primer aspecto que se debe abordar, desde la perspectiva económico-jurídica, es restituir el concepto de que cualquier sistema de seguros de salud debe permitir que opere el marco de subsidios cruzados definido entre los afiliados, lo cual se vería afectado si se interpreta el fallo determinando como rentas injustificadas los mayores precios cobrados sin considerar a la vez los menores precios aplicados en otros casos.

En términos de interpretación de las sentencias de noviembre de 2022, y dentro de las potestades del poder ejecutivo y de los poderes colegisladores, según corresponda, se sugiere interpretar el efecto retroactivo de dichas sentencias de manera armónica con lo que atinge a la resolución de conflictos en el contexto de un "sistema" de salud, esto es, reconociendo la solidaridad inherente a este tipo de sistemas y la existencia de subsidios cruzados en las prestaciones que se otorgan a los distintos beneficiarios. Esto permitiría calcular adecuada y oficialmente el verdadero enriquecimiento sin causa o rentas sobrenormales obtenidas por las Isapres, en virtud de la decisión de la Corte Suprema de declarar ilegal la no aplicación de la tabla única de factores a partir de la fecha de su entrada en vigencia.

Luego, como vías de solución inmediatas, este documento propone establecer un plan robusto de incentivos para la contención de costos para las Isapres, fortaleciendo las facultades de la Superintendencia de Salud para regular y supervisar esta materia, junto con introducir perfeccionamientos regulatorios en relación a reajustes de precios. Estas medidas deberían estar contenidas en un proyecto de ley corta que dé certezas jurídicas, tanto a las entidades involucradas como a los beneficiarios del sistema. Lo anterior, con el objeto de que se retome en el corto plazo la suficiencia financiera de las entidades privadas del sector salud y permitirles, de ese modo, generar los ingresos necesarios para poder cumplir con las sentencias de la CS. En particular, se propone: (i) instruir a las Isapres a adoptar el sistema de clasificación de Grupos Relacionados al Diagnóstico como base para establecer los mecanismos de pago a los prestadores privados y evaluar algún nivel de regulación en el ámbito de los prestadores, en cuanto a sus conductas que impacten el desarrollo de la industria de Isapres; (ii) revisar la regulación del Subsidio de Incapacidad Laboral, entregando mayores herramientas de fiscalización de licencias médicas y sanciones adecuadas en caso de abuso; (iii) evaluar el establecimiento de la obligación de que las entidades privadas ofrezcan a los nuevos afiliados al sistema un plan estandarizado y comprensivo de salud, que tenga una vinculación relevante con la Atención Primaria de Salud, que facilite la comparación de precios y promueva la competencia generando incentivos a contener costos; (iv) revisar los gastos de administración de las Isapres, de modo de generar eficiencias operativas, e inducir esfuerzos de disminución de costos relacionados con las actividades que llevan a discriminaciones por riesgo; (v) perfeccionar el mecanismo de reajustabilidad de las primas y robustecer la institucionalidad para la estimación del indicador de costo de la salud; (vi) otorgar mayores facultades regulatorias a la Superintendencia de Salud, de modo que pueda requerir más y mejor información a las entidades fiscalizadas que permita modelar reformas de mediano plazo, en lógica de contabilidad regulatoria; (vii) establecer en el proyecto de ley corta o en sus fundamentos, los criterios para definir el monto de las devoluciones considerando la existencia de subsidios cruzados en la tarificación del seguro; y (viii) considerar el otorgamiento de plazos amplios para la devolución de excedentes ordenada por los fallos, permitiendo que estos puedan entregarse en prestaciones de salud.

Por último, junto con las medidas inmediatas, es necesario avanzar en una modificación legal de mediano plazo, resolviendo la incertidumbre que produce la inexistencia de reglas claras.

Es fundamental solucionar los problemas de funcionamiento del sistema privado de salud, particularmente la discriminación arbitraria y las limitaciones que imponen las preexistencias, que derivan en desprotección para grupos vulnerables; así como considerar la existencia de bienes públicos de salud que benefician a toda la población, pero a la cual no contribuyen los afiliados al sistema privado de salud, situación que ha quedado de manifiesto con la pandemia. En esa línea, este documento propone el establecimiento de un plan básico

garantizado, ofrecido por Isapres y Fonasa, con un fondo de compensación intersistema. A su vez, se sugiere considerar la existencia de seguros complementarios regulados, con estándares que faciliten la comparación entre planes. Lo anterior no excluye la posibilidad de avanzar en el futuro a un plan básico de salud universal de carácter público, al que todos contribuyan y que permita al menos financiar la salud primaria y los sistemas de emergencia y de control epidemiológico. Además, se debe estudiar un cambio en la gobernanza de la regulación del sistema de seguros de salud, que avance en la autonomía de la Superintendencia de Salud, y que promueva el establecimiento de un panel de expertos independiente que pueda definir los contenidos de un plan básico de salud, la regulación de los ajustes de precios para eliminar la incertidumbre jurídica actual y los pagos del y al fondo de compensación de riesgos intersistema.

En cualquier caso, se debe tener presente que todo cambio legal en este sentido requerirá de un acuerdo político transversal, junto a una fuerza de tarea específica para liderar e implementar los proyectos de ley que se necesiten.

Cabe señalar que esta nota se enfoca en proponer medidas para enfrentar la crisis del sistema de Isapres, con el fin de contribuir a generar acuerdos transversales sobre la urgencia de evitar la insolvencia generalizada de estas entidades, por las implicancias que tiene dejar súbitamente a más de 3 millones de personas sin cobertura de salud y por los efectos sistémicos adversos sobre la totalidad del sistema de salud, con altos costos sociales y fiscales. No obstante, los estudios realizados por Espacio Público sobre el sistema de salud[1], muestran que el esquema público de salud en Chile presenta importantes deficiencias de gestión, que requieren reformas profundas, tanto a nivel de Fonasa como de los servicios de salud y los prestadores públicos a nivel primario, secundario y terciario, lo que se ha agravado con la pandemia. En consecuencia, en lo mediato también se debería avanzar en la modernización del sistema de salud pública, especialmente en un contexto en que se progresa en una mejor integración y complementariedad del sistema público y privado de salud, como componentes fundamentales de un sistema de seguridad social de mayor eficiencia y grados de solidaridad. Es precisamente por estas razones, que la crisis de Isapres no se resuelve generando un nuevo plan de salud de Fonasa, que tendría serias dificultades para gestionar el influjo de afiliados en los plazos requeridos, generando grandes frustraciones en los beneficiarios que se verían sin la cobertura que tenían.

El cambio de prácticas en el sistema público y privado debe ser planificado con una transición que permita generar las regulaciones, capacidades e incentivos que gradualmente nos permita avanzar a un efectivo sistema de seguridad social en el ámbito de la salud.

[1] https://espaciopublico.cl/nuestro-trabajo/?areas_de_estudio=seguridad-social-salud-y-pensiones

ÍNDICE

1. Introducción **8**

2. Antecedentes de la crisis de las Isapres **12**
A. Antecedentes jurídicos 12
B. Antecedentes financieros 18
C. Antecedentes políticos 29

3. Vías de solución **33**

1. INTRODUCCIÓN

El sistema de salud privado en nuestro país ha presentado problemas de funcionamiento desde hace muchos años, los que han sido puestos de relieve y analizados por comisiones asesoras de carácter técnico y luego abordados en proyectos de ley que, en su mayoría, no avanzaron en su tramitación en el Congreso. Estos proyectos han sido de carácter global o centrados en aspectos específicos a los regímenes público o privado de salud, no habiendo sido posible hasta la fecha llegar a un acuerdo político transversal en esta materia.

Los problemas que caracterizan el funcionamiento del sistema privado de salud han sido recogidos y analizados en diversos estudios técnicos sobre la materia. Por ejemplo, cabe mencionar el informe de la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, de 2014[2].

Los principales problemas se resumen a continuación:
(i) Selección y tarificación por riesgo: Se expresa en la posibilidad que tiene el sistema privado de excluir de su cartera de beneficiarios a las personas con mayor riesgo relativo de salud, por ejemplo, a través de la limitación al ingreso de afiliados o de cargas médicas con enfermedades preexistentes y en la posibilidad de discriminación de precios por riesgo de salud a través de una multiplicidad de contratos complejos. Lo anterior, produce un problema de selección adversa en contra del seguro público.

(ii) Segmentación por ingresos: En línea con lo anterior, las Instituciones de Salud Previsional del sistema privado ("Isapres") pueden elegir el perfil de ingresos de sus afiliados, en contraposición al Fondo Nacional de Salud ("Fonasa") que debe incorporar y ofrecer cobertura a todas las personas que quieran asegurarse en el sistema público, quedando obligado a atender a los afiliados de mayor riesgo expulsados del sistema privado.

(iii) Insuficiente Competencia: Las Isapres ofrecen una multiplicidad de planes de salud con diferentes coberturas, redes de prestadores, precios y copagos, que dificultan y encarecen la comparación entre las diferentes alternativas, lo cual inhibe la competencia en precio y conspira contra la movilidad y contra la gestión de riesgos en el sistema. En enero de 2022, por ejemplo, se registraban 56.222 planes vigentes informados, donde en un 33,2% existía solo un cotizante adscrito.[3]

(iv) Limitación a la movilidad de los beneficiarios y sesgo a desprotección de adultos mayores: Desde el punto de vista de los beneficiarios, el funcionamiento del sistema privado se traduce en un fenómeno de cautividad, originado en las preexistencias, que limita la libertad de las personas para escoger la entidad aseguradora y en un sesgo a la desprotección de los adultos mayores que terminan traspasándose a Fonasa.

[2] Ver también Espacio Público (2013), Documento de Referencia N° 11, "El mercado de los seguros privados obligatorios de salud: Diagnóstico y reforma".
[3] https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-21069_recurso_1.pdf

(v) Falta de contención de costos: Los mecanismos de pago a prestadores, de pago por servicio, y la integración vertical no han generado incentivos para la contención de costos en el sistema. A su vez, la posibilidad de traspasar los mayores costos a los afiliados - a través de ajustes unilaterales de precio - ha conspirado contra dicha contención de costos.

(vi) Integración vertical entre aseguradores y prestadores: Esta ocurre a nivel del controlador, dado que la Isapre tiene objeto exclusivo. La integración vertical sin una adecuada regulación genera barreras de entrada y limita la libre competencia en la industria.

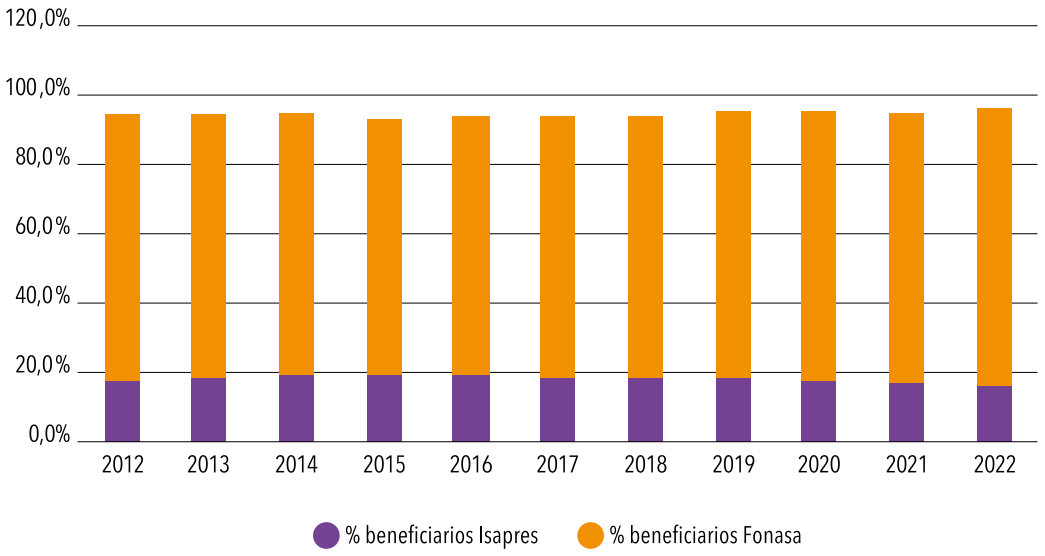
Un síntoma de los problemas de funcionamiento del sistema han sido las judicializaciones del aumento en las primas cobradas por las Isapres. Los recursos de protección interpuestos contra estas entidades en las Cortes de Apelaciones del país, fundamentalmente referidos a alzas de precio de los planes, totalizaron 668.916 causas el año 2022, lo que representa un importante aumento respecto de los años 2020 y 2021, que registraron 208.574 y 146.651 recursos de protección de Isapres, respectivamente. Los menores ingresos de estas causas esos dos años se explicarían por la promulgación de la Ley N°21.350 de junio de 2021, que congeló los precios de los planes ofrecidos por las aseguradoras privadas durante el período más álgido de la pandemia Covid-19. A su vez, el año 2019 ingresaron 376.732 recursos de protección a las Cortes de Apelaciones en esta materia.[4]

El adecuado funcionamiento del sistema privado de salud importa no solo porque sirve a más de tres millones de beneficiarios, sino también porque las ineficiencias en su operación impactan al régimen público (Fonasa), cuyos beneficiarios ascienden a 15,6 millones de personas. Por un lado, la selección por riesgo y por ingresos se traduce en que, en general, las personas de menor nivel de ingresos y mayor riesgo en salud se encuentran adscritas a Fonasa y las personas con características opuestas cotizan en Isapres. Por otro lado, los problemas más recientes han acentuado los traspasos a Fonasa, donde en 2022, según información oficial, aproximadamente 380 mil personas se traspasaron desde las Isapres al Fonasa, lo que se ha extendido a más de 100 mil personas en lo que va corrido de este año[5]. En la Figura 1 se presenta la evolución en los últimos 10 años de la proporción que representan los beneficiarios de Isapre y Fonasa en la población total del país. Si en 2012 los beneficiarios de Fonasa representaban un 76,8% de la población, en 2022 representan un 79,6%. Por su parte, los beneficiarios de Isapre pasaron de representar un 17,6% en 2012 a un 16,1% en 2022.

[4] Cuentas públicas Poder Judicial, años 2021, 2022 y 2023.

[5] Presentación de la Ministra de Salud, Sra. Ximena Aguilera, en el Seminario "Crisis en Isapres y sus repercusiones en el sistema de salud", organizado por Espacio Público, 23 de marzo de 2023.

Figura 1. Evolución de los beneficiarios de Isapre y Fonasa en relación a la población total (%)



Fuente: Elaboración propia en base a información de la Superintendencia de Salud, Fonasa y Celade-División de Población de la Cepal.

Aun cuando el diagnóstico acerca de los problemas que presenta el régimen privado de salud y sus efectos en el sistema como un todo, han sido transversalmente consensuados, se observa cierta inacción política en la aprobación de reformas legales que permitan superar dichos problemas.

Actualmente, el sistema de Isapres atraviesa por un momento especialmente complejo, debido a los recientes fallos de la Corte Suprema ("CS") que resolvieron materias tarifarias relevantes, con efectos generales para todos sus beneficiarios (*erga omnes*) y con efecto retroactivo.

Por medio de un primer grupo de fallos[6], de agosto de 2022, la Corte Suprema dejó sin efecto las alzas de precios base anuales de las Isapres interpretando que, a pesar de haber estado ubicadas dentro del indicador de porcentaje máximo de variación de precio base[7] de los planes fijado por la Superintendencia de Salud ("SS" o la "Superintendencia") a través de la Resolución Exenta N°352 de marzo de 2022[8] que dio aplicación a Circular IF/ N° 401 de 2021[9], no estaban suficientemente fundamentadas en los precisos factores autorizados por la Ley N° 21.350 de 2021, ordenando la restitución de las alzas ya implementadas.

[6] Sentencias roles N° 12.514-2022; 12.508-2022; 13.109-2022; 13.222-2022; 14.268-2022; 13.178-2022; 14.691-2022; 13.709-2022; 16.670-2022; 15.372-2022; 17.403-2022 y 14.821-2022.

[7] Precio asignado por las Isapres a cada plan de salud. Se debe aplicar un precio base idéntico a todas las personas que contraten un mismo plan (Art. 170 m) DFL1).

[8] Fija porcentaje máximo de ajuste que las Instituciones de Salud Previsional deberán considerar en las adecuaciones de precios de los planes de salud.

[9] Imparte instrucciones sobre procedimiento de adecuación de los precios base de los planes de salud ajustado a la ley 21.350, cuyo objetivo es establecer el procedimiento de adecuación anual de precios base de los planes de salud de acuerdo a las nuevas disposiciones de la Ley N°21.350.

El segundo grupo de esos fallos[10], de noviembre de 2022, obligó a dichas entidades a calcular el precio final[11] de todos los contratos de salud que administran (el *stock* y el flujo), aplicando la Tabla Única de Factores ("TUF" o "Tabla Única") contenida en la Circular IF N° 343, de 2019[12], de la Superintendencia, y ello desde su entrada en vigencia en abril de 2020. Indicaron estas sentencias que las Isapres deben restituir, como excedentes de cotizaciones, las cantidades que hubiesen recibido en exceso, en caso de que la aplicación de la TUF determine un precio final del contrato inferior al percibido por la respectiva Isapre, obligando a las Isapres a la devolución de los sobreprecios que se hubiesen producido desde la vigencia de la citada Circular IF N° 343 de la SS (1° de abril de 2020) hasta la fecha, respecto de todos los contratos comercializados, incluso aquellos suscritos con anterioridad a la vigencia de la TUF. La Corte Suprema delegó en la SS el disponer de las medidas administrativas para que se haga efectiva esa restitución.

Aun cuando a la fecha no se ha determinado el monto exacto de la devolución que correspondería efectuar por cada una de las Isapres a sus afiliados, las cifras preliminares que se han divulgado prevén un impacto relevante en la situación financiera de estas entidades, la que ya se encuentra afectada por los últimos años de pandemia. Cabe destacar que la imposibilidad de las Isapres de cumplir sus compromisos con los cotizantes y sus cargas o una eventual insolvencia de alguna de ellas, significará un mayor traspaso de afiliados hacia el sistema público.

En la sección 2 se profundiza sobre las causas jurídicas, financieras y políticas que llevaron a la actual crisis del sistema privado de salud. A su vez, en la sección 3 se esbozan algunas líneas de acción de corto y mediano plazo que permitirían dar solución a los problemas actuales.

[10] Sentencias roles N°16.630-2022; 25.570-2022; 14.513-2022 y 13.979-2022.

[11] Precio que cada cotizante paga a la respectiva Isapre por el plan contratado, excluidos los beneficios adicionales. Se calcula multiplicando el respectivo precio base por el factor que corresponda al afiliado o beneficiario de conformidad a la respectiva tabla de factores (Art. 170 m) DFL1). "Es decir: Pf = Pb * Fr. Donde: Pf, es el Precio Final a pagar por el cotizante por un plan de salud; Pb, es el Precio Base del respectivo plan de salud; y, Fr, es la Factor de Riesgo, incluido en el respectivo plan de salud", en Montt, Santiago y Cárdenas, José Luis (2011), "La declaración de inconstitucionalidad del artículo 38 ter de la Ley de Isapres: Mitos y realidades de un fallo histórico", en Anuario de Derecho Público (Universidad Diego Portales) N° 1, p. 18.

[12] Imparte instrucciones sobre una tabla de factores única para el sistema de Isapre. El objetivo de la presente circular es introducir mayor solidaridad en el sistema privado de salud previsional mediante la creación de una tabla única de factores que elimina la discriminación de precio basada en el sexo y restringe aquella fundada en la edad.

2. ANTECEDENTES DE LA CRISIS DE LAS ISAPRES

A. ANTECEDENTES JURÍDICOS

Si bien la consagración del derecho a la protección de la salud contenida en el artículo 19 N°9 de la Constitución no ha sufrido reformas desde su dictación en 1980, la regulación legal del sistema de salud sí ha experimentado una serie de modificaciones relevantes[13]. Al mismo tiempo, la interpretación jurisprudencial del derecho a la protección de la salud ha tenido una evolución significativa[14]. Respecto a los planes de salud, los tribunales han sido especialmente activos en la resolución de controversias relacionadas con (i) las condiciones y uso de las tablas de factores, (ii) la reajustabilidad de los precios base y (iii) la modificación de la prima por las Garantías Explícitas de Salud ("GES"). A continuación, se referirán los principales desarrollos legales y jurisprudenciales en estos tres ámbitos.

A.1. CONDICIONES Y USO DE LAS TABLAS DE FACTORES

En esta sección se referirán tres hitos clave en el desarrollo de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional ("TC") y la Corte Suprema acerca de las tablas de factores utilizadas por las Isapres para determinar los precios finales de los planes de salud, así como la respuesta normativa de la Superintendencia.

i. Tribunal Constitucional: el Fallo de 2010

El TC ha resuelto diversas controversias surgidas por alzas de los planes de salud en virtud de la aplicación de las tablas de factores. En 2008 y 2009, el TC acogió tres[15] recursos de inaplicabilidad por inconstitucionalidad[16] relativos a alzas de precios de planes de salud por cambios en los rangos etarios de las tablas de factores, declarando inaplicable parte del actual artículo 199 del DFL 1 y señalando que el componente etario no podía ser considerado como un factor de reajustabilidad de los planes de salud de los recurrentes[17].

[13] La regulación legal del sistema de salud se encuentra principalmente contenida en el D.F.L. N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud (el "DFL 1"), que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469.

[14] Zúñiga, Alejandra (2020), "Derecho a cuidado sanitario" en Contreras, Pablo y Salgado, Constanza (eds.), *Curso de Derechos Fundamentales* (Valencia, Tirant Lo Blanch) p. 810.

[15] Sentencias del TC de 26 de junio de 2008, Rol 976-07; 7 de julio de 2009, Rol 1218-08 y 8 de septiembre de 2009, Rol 1287-08.

[16] La acción de inaplicabilidad por inconstitucionalidad se dirige a evitar la aplicación de un determinado precepto legal en la resolución de una gestión judicial específica, por ser su aplicación inconstitucional en ese caso. De acogerse la acción, el precepto legal reclamado no será aplicable en la resolución del caso concreto del que se trate, pero seguirá vigente para los demás efectos.

[17] Vivanco Martínez, Ángela (2010), "Justicia constitucional, libre elección en materia de salud y normativa sobre Isapres", en Revista Chilena de Derecho V. 37 N° 1, pp. 147-148.

Siguiendo dicha línea jurisprudencial, el año 2010 el TC dictó el fallo Rol 1710-10-INC (el "Fallo de 2010"), mediante el cual declaró inconstitucionales[18] los numerales 1, 2, 3 y 4 del inciso 3º del artículo 38 ter de la Ley Nº18.933 (actual art. 199 del DFL 1), que establecían los rangos de edad y el criterio de sexo que debía considerar la Superintendencia al fijar la estructura de las tablas de factores. En dicho fallo, el TC argumentó que las discriminaciones por edad y sexo que permitían los referidos numerales eran incompatibles con el derecho a la igualdad ante la ley y lesionaban el derecho a la protección de la salud y el derecho a la seguridad social reconocidos en la Constitución[19]. Si bien en opinión del TC las diferencias basadas en la edad y sexo de los afiliados no se consideraban en sí mismas arbitrarias, las distinciones que se derivaban de los preceptos en discusión sí lo eran, por no instituir límites proporcionados y razonables al ejercicio de la potestad discrecional de la Superintendencia[20].

De esta forma, el Fallo de 2010 no implicó que la existencia de las tablas de factores fuera inconstitucional *per se*, sino que obligó a que las mismas debían cumplir con una serie de estándares compatibles con el derecho a la protección de la salud y la igualdad ante la ley (tales como la proporcionalidad con las rentas del afiliado y la necesidad de una fundamentación razonable para los distintos factores, entre otros)[21]. Asimismo, el TC señaló que la regulación de la tabla de factores debía elevarse a rango legal[22], exhortando a los colegisladores a llenar el vacío legal resultante de la declaración de inconstitucionalidad[23].

Luego del Fallo de 2010, la Superintendencia entendió que, mientras no hubiere cambios legislativos, las Isapres tenían prohibido "modificar el precio [de los planes de salud] por cambio de tramo etario, por cuanto esa facultad contemplada en el contrato ha[bía] quedado sin sustento legal"[24]. Dicha prohibición se entendió aplicable tanto a los contratos vigentes a la fecha de emisión de las nuevas instrucciones, como para los que se celebraran con posterioridad. Las Isapres podían utilizar las tablas de factores para determinar el precio final al momento de suscripción de un nuevo contrato, pero la Superintendencia limitó la facultad de las entidades para generar nuevas tablas para la comercialización de nuevos planes de salud, señalando que, de confeccionarse, los factores utilizados en ellas debían considerar diferencias por sexo y edad inferiores a las que se encontraban vigentes en tablas anteriores ya aprobadas por la Superintendencia[25].

[18] A diferencia del caso de la inaplicabilidad, la declaración de inconstitucionalidad produce el efecto de expulsar del ordenamiento jurídico al precepto legal correspondiente, derogándolo con efectos generales.

[19] Considerando Centesimocuadragesimocuarto.

[20] Considerando Centesimocuadragesimoquinto.

[21] Nancuante Almonacid, Ulises, Romero Celedón, Andrés y Sotomayor Klapp, Roberto (2012), Régimen jurídico de la salud (Santiago, Abeledo Perrot) pp. 367-368.

[22] Montt, Santiago y Cárdenas, José Luis (2011), "La declaración de inconstitucionalidad del artículo 38 ter de la Ley de Isapres: Mitos y realidades de un fallo histórico", en Anuario de Derecho Público (Universidad Diego Portales) pp. 34-50.

[23] Considerando Cuadragesimoquinto.

[24] Oficio SS/Nº 548 de 2011.

[25] Circular IF/Nº 316 de 2018, texto refundido. Aunque inicialmente la Superintendencia prohibió la elaboración de nuevas tablas de factores, la decisión fue parcialmente modificada para permitir la confección de nuevas tablas en la medida que sus factores consideraran diferencias menores a las de las tablas previamente aprobadas por la Superintendencia. Ver Circular IF/Nº 316 de 2018 (texto original) y Resolución Exenta SS Nº 221 de 2019.

ii. Superintendencia de Salud: la Tabla Única de 2019

La situación cambió el año 2019, cuando la Superintendencia decidió crear la Tabla Única[26] que las Isapres debían utilizar para todos los nuevos planes de salud que comercializaran en los cinco años siguientes a la entrada en vigencia de las instrucciones[27] (no siendo aplicable retroactivamente a los planes vigentes a esa fecha)[28]. La Tabla Única eliminó la discriminación por sexo y restringió la discriminación por edad de los afiliados, disminuyendo el número de tramos etarios. Siguiendo la línea establecida por su normativa anterior, la Superintendencia señaló que la Tabla Única sólo podría utilizarse para determinar el precio de los planes al momento de la celebración de nuevos contratos de salud, pero no para posteriores alzas en el precio de los planes contratados.

iii. Corte Suprema: los fallos de 2022

El uso de tablas de factores en la determinación del precio final de los planes de salud ha sido objeto de masiva litigación ante las Cortes. La jurisprudencia consistente de las cortes ha considerado arbitrario el aumento del precio final de un contrato de salud por la aplicación de una tabla de factores de sexo o edad, prohibiéndose así el alza unilateral de los precios de los planes de salud por el mero envejecimiento de los afiliados. Lo anterior no obstó a que la judicialización en torno al uso de las tablas de factores continuara, en particular respecto a su consideración al determinar el precio final de los contratos de salud.

En dicho contexto, en una serie de fallos dictados a fines de 2022[29] la CS examinó la pertinencia del uso de tablas de factores para la determinación del precio final de los planes al momento de la suscripción de nuevos contratos[30]. La Corte señaló que, para dichos efectos, no sería ilegal multiplicar el precio base del plan "por el factor de riesgo del cotizante o afiliado determinado en una *tabla de general aplicación*, que no discrimine por sexo y que establezca grupos etarios correspondientes a sus riesgos de salud"[31], como lo sería la Tabla Única. Siguiendo dicha línea de argumentación, la CS estimó que el uso de una tabla de factores distinta a la Tabla Única por parte de las Isapres contravendría los fundamentos del Fallo de 2010, incluso cuando dicha tabla fuere usada en planes de salud anteriores a la fecha de entrada en vigor de la Tabla Única. Así, sería arbitraria la aplicación, para la determinación del precio final de un plan de salud, de cualquier tabla de factores que no se ajustara a las instrucciones que la Superintendencia emitió el año 2019, y desde la fecha de vigencia de esa Tabla Única.

[26] Circular IF/N° 343 de 2019.

[27] 1 de abril de 2020.

[28] Fernández Pérez, Patricio (2023), Isapres: Medidas para salir de la crisis (Horizontal) p. 10.

[29] Sentencias roles N°16.630-2022; 25.570-2022; 14.513-2022 y 13.979-2022.

[30] Adicionalmente, la CS examinó la pertinencia del alza del precio final de los planes de salud por la incorporación de cargas no natas y menores de 2 años. La Corte resolvió que las prestaciones de dichas cargas se encuentran cubiertas por la Ley N° 19.966 de Régimen General de Garantías de Salud. Por tanto, el alza del precio final del contrato por la incorporación de un nuevo beneficiario debe "verse suspendida entre su desarrollo intrauterino y los dos años de edad, sin perjuicio del cobro por la prima GES correspondiente que, en ese período cubriría los riesgos de un importante número de dolencias del no nato y del recién nacido" (considerando décimo octavo, sentencia Rol 16.630-2022).

[31] Considerando décimo, sentencia Rol 16.630-2022. Énfasis añadido.

En virtud de lo anterior, la CS resolvió dejar sin efecto *erga omnes* todas las tablas de factores utilizadas por las Isapres recurridas, ordenándoles calcular el precio final *de todos los contratos de salud que administraran* mediante la aplicación de la Tabla Única, lo que en ningún caso podría implicar el alza del precio final de los contratos suscritos. Asimismo, se ordenó a la Superintendencia determinar, dentro del plazo de 6 meses, el modo en que se haría efectiva la adecuación de los precios de los contratos administrados por la Isapres conforme a la Tabla Única[32]. Por último, la CS ordenó que, en el evento de que a partir de dicho ejercicio se determinara un precio final menor al cobrado por las Isapres, "las cantidades recibidas en exceso y cuyo cobro no esté prescrito se[rán] restituidas como excedentes de cotizaciones"[33]. Dicha obligación de restitución se extendería a las cantidades recibidas en exceso por las Isapres con posterioridad a la fecha de entrada en vigencia de la circular que creó la Tabla Única (esto es, el 1 de abril de 2020), según indicó la CS en enero de 2023 mediante la resolución que acogió parcialmente un recurso de aclaración interpuesto por la Superintendencia[34].

A.2. REAJUSTABILIDAD DE LOS PRECIOS BASE

Desde su consagración en los inicios del nuevo sistema privado de salud, la facultad de las Isapres para modificar anualmente el precio base de sus contratos de salud ha experimentado una serie de modificaciones. De acuerdo con la normativa original, los contratos de salud se celebraban por periodos anuales y se permitía a las Isapres determinar libremente los precios para el periodo anual siguiente. La Ley N°18.933 de 1990 estableció el carácter indefinido de los contratos de salud, facultando a las Isapres a adecuar anualmente los precios, las prestaciones convenidas, y la naturaleza y monto de sus beneficios, bajo condiciones generales que no discriminaran entre los afiliados del mismo plan[35]. Posteriormente, la Ley N°20.015 del 2005 restringió las facultades de revisión de los contratos por las Isapres, autorizándolas únicamente a modificar el precio base de los planes (y no las demás condiciones), dentro de un rango de variación permitida y sujeto a una serie de restricciones adicionales[36].

La vigencia de las modificaciones introducidas en 2005 fue acompañada por una creciente judicialización. La jurisprudencia de las cortes fue progresivamente asentando una interpretación restrictiva de la facultad de reajuste de las Isapres, entendiendo que ésta tendría un carácter excepcional cuyo ejercicio sólo podría justificarse como respuesta a cambios efectivos y verificables de las prestaciones cubiertas por el plan individual al que se refirieran. Así, la referencia a cifras y criterios generales relativos al aumento de los costos de las prestaciones de las Isapres no sería suficiente para justificar las alzas de precio[37]. La adopción de estos criterios se tradujo, en la práctica, en la

[32] El plazo de 6 meses termina el 30 de mayo de 2023.

[33] Declaración 7, sentencia Rol 16.630-2022.

[34] En dicho recurso de aclaración, la Superintendencia además solicitó a la CS determinar el alcance de los siguientes puntos: (i) si las sentencias en comento supondrían, de manera implícita, la facultad de la Superintendencia de autorizar la disminución del precio base de aquellos planes de salud respecto de cuales la aplicación de la Tabla Única implicaría un alza del precio final, con el objetivo de mantener el precio existente al momento de quedar ejecutoriadas las referidas sentencias; y (ii) fijar la fecha exacta a contar de la cual deberá efectuarse la suspensión del cobro de las cargas menores de dos años y el consiguiente cálculo de las devoluciones a efectuar por las Isapres. Respecto a estos dos puntos, la CS resolvió que: (i) dado que las sentencias que se solicitó aclarar no se pronunciaron sobre el aumento o disminución de los precios base, no existía un punto dudoso u obscuro que aclarar al respecto; y (ii) lo ordenado respecto a las cargas menores de dos años tendría aplicación desde la fecha en que los fallos recurridos de aclaración quedaron ejecutoriados.

[35] Art. 38 inciso tercero.

[36] Art. 38 bis.

[37] Considerando vigésimo tercero de la sentencia CS 12.514-2022.

generación de fallos "tipo" que de forma prácticamente unánime han impedido las alzas unilaterales de los precios base de aquellos afiliados que recurrían ante las cortes del país, cuyo número ha crecido exponencialmente[38].

En el contexto de la pandemia de Covid-19, el Congreso Nacional aprobó la Ley N°21.350 de 2021 que, en primer lugar, dejó sin efecto los ajustes de precios base informados por las Isapres para los años 2020 y 2021. Adicionalmente, la ley modificó el procedimiento y condiciones de reajustabilidad de los precios base, incorporando la obligación de la Superintendencia de publicar, durante los primeros diez días de cada mes de marzo, un índice de variación porcentual destinado a fijar el máximo de los ajustes de los precios base. Dentro del plazo de quince días desde la publicación del indicador, las Isapres deben informar a la Superintendencia su decisión de aumentar o no los precios base y, en el primer caso, el porcentaje de aumento, el cual debe ser aplicable a todos sus planes de salud[39].

Siguiendo las nuevas disposiciones legales, en marzo de 2022 la Superintendencia fijó en 7,6% el índice de variación porcentual máximo para el ajuste de los planes de salud de dicho año[40]. Todas las Isapres existentes a esa fecha comunicaron que subirían sus planes de salud en el porcentaje máximo definido por la Superintendencia. Posteriormente, en agosto del mismo año, la CS acogió una serie de recursos de protección presentados en contra de las Isapres, dejando sin efecto *erga omnes* las alzas por ellas para todos sus planes de salud (esto es, no sólo para aquellos suscritos por los afiliados que recurrieron de protección)[41]. La CS estimó que los reajustes comunicados por las Isapres carecían de justificación, por cuando debían fundamentarse específicamente en los factores introducidos por la Ley N°21.350, no siendo suficiente una mención genérica a un eventual aumento de costos de las Isapres ni el hecho de que las alzas se ajustaran al índice máximo publicado por la Superintendencia. La CS además ordenó a la Superintendencia tomar las medidas administrativas necesarias para que las Isapres restituyeran a los cotizantes los montos cobrados en exceso como consecuencia de las alzas de los planes de salud, y para que revocaran las modificaciones de planes y las desafiliaciones efectuadas como consecuencia de las alzas. Esto se materializó en una circular de la SS de septiembre de 2022[42].

[38] La constitucionalidad de los preceptos legales introducidos en 2005 fue examinada por el TC, siendo en definitiva rechazado el respectivo requerimiento de inaplicabilidad por inconstitucionalidad como resultado de un empate en la votación (STC N°1.856-10).

[39] Para determinar el valor del indicador, la Superintendencia debe calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso de estas y de variación del costo en SIL del sistema privado de salud. Asimismo, debe incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones que se realicen en la modalidad de libre elección de Fonasa y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.

El algoritmo de cálculo del indicador está contenido en un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito por el Ministerio de Economía (Decreto 20 exento de 2022). El decreto se revisa al menos cada tres años y establece la ponderación de los factores considerados en el indicador. El período de referencia del indicador corresponde a los meses de enero a diciembre de al menos dos años anteriores a su publicación.

[40] Resolución Exenta SS N°352 de 2022 que dio aplicación a la Circular IF/N° 401 de diciembre de 2021.

[41] https://www.diarioconstitucional.cl/2022/08/18/corte-suprema-deja-sin-efecto-alza-de-planes-base-anuales-de-isapres-y-ordeno-detener-el-incremento-de-76-aplicado-por-cada-una-de-ellas/

[42] Circular IF/N°409 de septiembre de 2022.

Asimismo, en los referidos fallos la CS señaló que la SS dispondría de un plazo prudencial para asegurar que las Isapres cumplieran fundadamente con los requisitos para las alzas de precios base para el año 2022, de forma que sus propuestas de reajuste se adecuaran a los parámetros legales. En cumplimiento de los fallos, la Superintendencia reguló un nuevo procedimiento de alza de los precios base[43], conforme al cual las Isapres debían comunicar el porcentaje de ajuste y acompañar una serie de antecedentes que lo respaldaran, en base a los cuales la Superintendencia verificaría los distintos porcentajes de variación de costos aplicables a cada Isapre[44]. Luego de ello, las Isapres podrían notificar a sus afiliados los porcentajes definitivos de adecuación de los precios base de sus planes, los que, al aplicarse el mecanismo, finalmente difirieron entre las distintas instituciones[45].

A.3. REAJUSTABILIDAD DE LA PRIMA GES

En el sistema privado de salud, las GES se financian en parte mediante el cobro a los afiliados de una prima mensual. El DFL1 autoriza a las Isapres a variar el monto de dicha prima como consecuencia de las modificaciones que la autoridad haga a las GES, lo cual por regla general ocurre cada tres años[46].

La jurisprudencia de la CS respecto a las alzas de la prima GES ha sido cambiante[47]. En una primera etapa, la Corte mantuvo una deferencia técnica hacia al regulador, inclinándose por rechazar los recursos dirigidos en contra de las alzas, argumentando que éstas se ajustaban a criterios legales, se asociaban a mayores coberturas de salud y dependían de las particularidades de las diferentes carteras de beneficiarios de las Isapres[48]. Sin embargo, a partir de 2017, la CS empezó a declarar arbitrarias las alzas de la prima GES, argumentando que ellas no se correspondían con los gastos efectivos ocasionados por la prestación de las patologías GES ni con la prima universal fijada por el Ministerio de Salud[49]. Este último criterio fue posteriormente aplicado por las cortes en la resolución de los recursos de protección vinculados al proceso de ajuste de las GES correspondiente a los años 2019 a 2022, impidiendo las alzas de las primas respectivas[50].

En octubre de 2022 se publicó el último decreto que aprueba las GES[51] que, entre otras modificaciones, incluyó dos nuevas patologías. Como consecuencia, las Isapres anunciaron alzas a las primas GES, que en algunos casos alcanzaron aumentos de casi un 50% respecto a las primas vigentes[52]. Frente a dichas alzas, se presentaron más de 138.000 reclamos ante la Superintendencia y un gran número de recursos de protección frente a las cortes de justicia[53]. La resolución de dichos procedimientos se encuentra pendiente a esta fecha ante la CS, por lo que aún está por verse si se mantendrá el criterio jurisprudencial utilizado desde 2017 o si la situación actual de las Isapres hará que la CS se incline por una interpretación diferente.

[43] Circular IF/N°409 de septiembre de 2022.
[44] Resoluciones Exentas IF N° 628, 629, 630, 631, 632 y 633.
[45] https://www.df.cl/empresas/salud/banmedica-y-consalud-informaron-alzas-de-planes-a-sus-afiliados-con
[46] Art. 206 DFL 1.
[47] https://www.elmercurio.com/legal/movil/detalle.aspx?Id=907000&Path=/0D/D6/
[48] Por ejemplo, SCS N°5.042-2013 y N°11.996-2014.
[49] SCS N°55.446-2016.
[50] Por ejemplo, SCS N°21.294-2020.
[51] Decreto supremo N° 72 del Ministerio de Salud.
[52] https://www.meganoticias.cl/nacional/392257-isapres-alza-cobertura-ges-sobre-1-uf-que-aseguras-cobraran-mas-07-10-2022.html
[53] https://www.emol.com/noticias/Economia/2022/11/24/1079328/56000-reclamos-alza-prima-ges.html

B. ANTECEDENTES FINANCIEROS

i. Evolución de los resultados financieros del sistema de Isapres

En el sistema de Isapres cotizan más de 1,8 millones de personas, que junto a sus cargas totalizan más de 3 millones de beneficiarios, distribuidos en siete Isapres abiertas y tres cerradas (Figura 2).

Figura 2. Cotizantes y beneficiarios sistema de Isapres (febrero 2023)

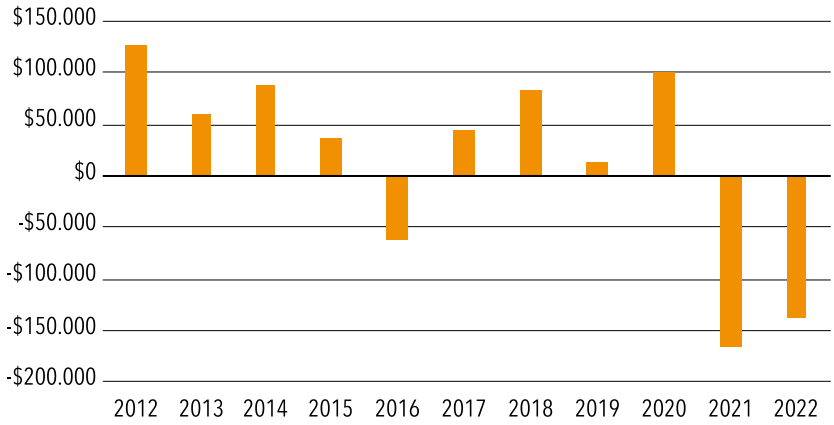
Isapre	N° Cotizantes (1)	N° Cargas (2)	N° Beneficiarios (1) + (2)
Colmena Golden Cross S.A.	430.402	246.452	676.854
Cruz Blanca S.A.	354.025	221.012	575.037
Vida Tres S.A.	83.853	69.542	153.395
Nueva Masvida S.A.	176.224	104.894	281.118
Banmédica S.A.	393.497	302.317	695.814
Consalud S.A.	372.434	222.698	595.132
Esencial S.A.	4.040	3.388	7.428
Subtotal	**1.814.475**	**1.170.303**	**2.984.778**
Isalud Ltda.	21.625	24.817	46.442
Fundación	15.517	10.952	26.469
Cruz Del Norte Ltda.	769	998	1.767
Subtotal	**37.911**	**36.767**	**74.678**
Total Sistema	**1.852.386**	**1.207.070**	**3.059.456**

Fuente: Superintendencia de Salud.

Durante los dos últimos años el sistema de Isapres abiertas anotó pérdidas financieras que en total superaron los 300 mil millones de pesos. Como se observa en la Figura 3, desde 2012 el sistema mostraba utilidades anuales, siendo la única excepción el año 2016, producto de la pérdida que afectó ese año a la Isapre Masvida.

Figura 3. Evolución de las ganancias (pérdidas) de las Isapres abiertas (millones de pesos de diciembre 2022)

Año	Ganancias (Pérdidas)
2012	126.123
2013	57.498
2014	86.826
2015	34.517
2016	-63.222
2017	43.496
2018	80.939
2019	11.781
2020	99.779
2021	-167.453
2022	-138.117



Fuente: Elaboración propia en base a información de la Superintendencia de Salud.

Los resultados negativos para los dos últimos ejercicios se derivan fundamentalmente de la disminución en los ingresos operacionales[54] (cotizaciones) y el aumento del costo operacional[55] (prestaciones y licencias médicas), que estrechan el margen operacional. Cabe señalar que los ingresos y el costo operacional presentan una tendencia creciente durante el periodo previo a la pandemia, lo que mantiene el margen operacional relativamente estable en dicho periodo (Figura 4).

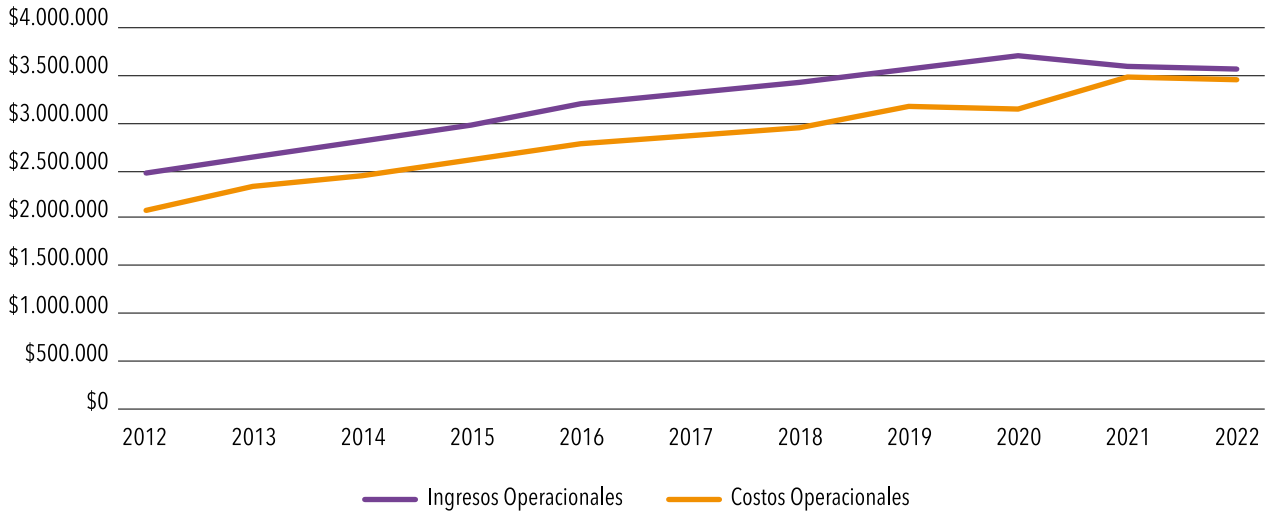
Entre las causas transitorias del deterioro de los ingresos operacionales durante los últimos años se encuentran el congelamiento del aumento de los precios de los planes de salud en pandemia (Ley N° 21.350) y las consecuencias de los fallos de la CS que dejan sin efecto las alzas anuales de precios base que correspondía efectuar en junio 2022. Por su parte, entre las causas del aumento en los costos operacionales se encuentra el incremento de licencias médicas y la extensión transitoria del permiso postnatal parental (Leyes N° 21.474 y N° 21.510). A su vez, el alza de recursos de protección interpuestos en las Cortes de Apelaciones, impacta en los ingresos y los costos del sistema.

Los ingresos operaciones totales de las Isapres abiertas el año 2022 ascendieron aproximadamente a 4.400 millones de dólares; por su parte, los costos operacionales se ubicaron cerca de los 4.300 millones de dólares el mismo año.

[54] Corresponde fundamentalmente a la cotización legal de 7% (que representa el 71,5% de los ingresos de actividades ordinarias el año 2022) y la cotización adicional voluntaria (que representa el 28,4% de dichos ingresos el mismo año).

[55] Los principales componentes del costo operacional son las prestaciones de salud (que representan el 71,5% del total del costo de ventas para el año 2022) y los subsidios de incapacidad laboral (que representan un 27,8% de dicho costo el mismo año).

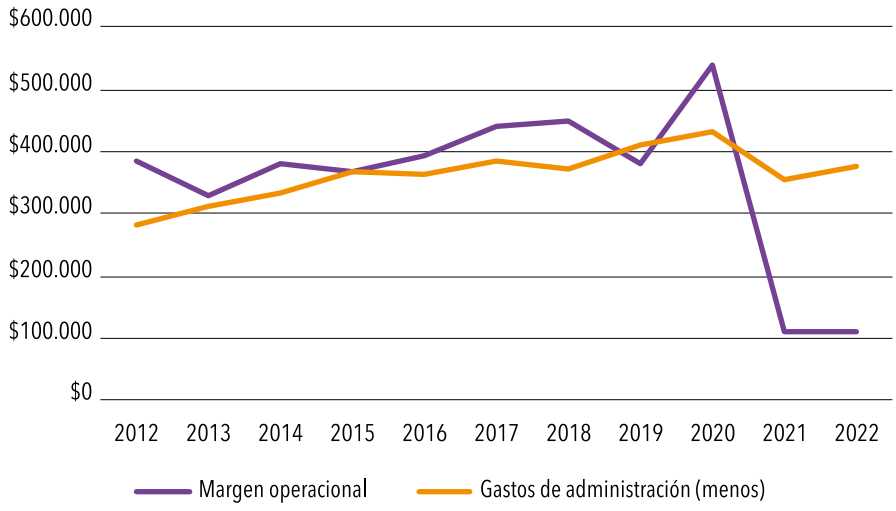
Figura 4. Evolución ingresos y costos operacionales (millones de pesos de diciembre de 2022)



Fuente: Elaboración propia en base a información de la Superintendencia de Salud.

Como consecuencia, el margen operacional del sistema de Isapres (ingresos menos costos operacionales) disminuyó visiblemente los años 2021 y 2022 (Figura 5), no siendo suficiente para cubrir los gastos de administración los dos últimos años. No obstante, se observa alguna contención de estos gastos en el período, los que retrocedieron a niveles previos al 2018; en efecto, los gastos de administración mantienen, durante 2021 y 2022, la proporción histórica respecto de los ingresos operacionales, de aproximadamente un 11%, a pesar de la disminución de esos últimos.

Figura 5. Evolución margen operacional y gastos de administración (millones de pesos de diciembre de 2022)



Fuente: Elaboración propia en base a información de la Superintendencia de Salud.

Respecto a la evolución del ingreso operacional y costo operacional per cápita anual (por beneficiario), en la Figura 6 se puede observar un aumento permanente de ambos conceptos desde el año 2012, con pocas excepciones. Cabe destacar el aumento del ingreso operacional per cápita entre los años 2021 y 2022 que se explica por la disminución en el número de beneficiarios promedio entre esos años, que contrarresta la disminución de los ingresos de la operación.

Figura 6. Evolución ingresos y costos operacionales per cápita (pesos de diciembre de 2022) (*)

Años	Ingresos Operacionales per cápita	Costos Operacionales per cápita
2012	856.192	722.726
2013	874.392	765.249
2014	891.059	769.821
2015	912.063	799.110
2016	958.813	839.764
2017	998.350	865.608
2018	1.030.092	893.716
2019	1.068.374	954.469
2020	1.116.801	953.177
2021	1.098.532	1.064.753
2022	1.124.956	1.090.441

(*) Considera el promedio anual de beneficiarios.
Fuente: Elaboración propia en base a información de la Superintendencia de Salud.

El análisis particular por Isapre muestra que, durante los ejercicios 2021 y 2022, prácticamente todas las Isapres abiertas presentaron pérdidas. Las menores rentabilidades sobre patrimonio (capital y reservas) se presentan en las Isapres Consalud y Banmédica para el 2021 y en las Isapres Banmédica y Cruz Blanca en el 2022. El sistema de Isapres abiertas ha presentado un retorno negativo equivalente a más del 25% de su patrimonio en los años 2021 y 2022. Respecto de los ingresos operacionales la pérdida de ambos ejercicios representa un 4,7% y un 3,9%, respectivamente. (Figura 7)

Figura 7. Ganancias (pérdidas) y rentabilidad por Isapre

Isapres abiertas	Ganancia (pérdida) (MM$ de cada año)		Rentabilidad sobre Capital y Reservas (1)		Rentabilidad sobre Ingresos Operacionales	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Colmena Golden Cross	-13.497	-26.031	-7,8%	-16,5%	-1,9%	-3,2%
Cruz Blanca	-12.869	-42.963	-15,4%	-49,5%	-1,9%	-5,7%
Vida Tres	-53	-8.306	-0,2%	-25,7%	0,0%	-3,9%
Nueva Másvida	-5.028	551	-13,2%	1,7%	-1,8%	0,2%
Banmédica	-38.107	-32.277	-38,4%	-52,7%	-5,6%	-4,3%
Consalud	-78.912	-26.563	-54,6%	-29,0%	-13,0%	-3,8%
Esencial (ex-Alemana Salud) (2)	-	-2.528	-	-20,8%	-	-138,0%
Total Isapres abiertas	**-148.465**	**-138.117**	**-26,0%**	**-29,1%**	**-4,7%**	**-3,9%**

(1) Incluye capital emitido, ganancias acumuladas, otras reservas.
(2) Isapre Esencia (ex-Alemana Salud) tiene inicio de operaciones a partir de junio 2022, por lo que no se ve afectada por fallos de la CS.
Fuente: Elaboración propia en base a información de la Superintendencia de Salud.

Un indicador relevante de observar en estas instituciones de salud es la siniestralidad, que corresponde a la relación entre los costos operacionales y los ingresos operacionales. El costo operacional pasó de representar aproximadamente un 87% de los ingresos operacionales entre los años 2012 y 2020, a un 97% durante los años 2021 y 2022.

En la evolución del indicador se observa un claro incremento en la siniestralidad para los años 2021 y 2022 en cada una de las Isapres abiertas, siendo en el último año, superior al promedio en las Isapres Banmédica, Vida Tres y Cruz Blanca (Figura 8). Cabe señalar que los costos de administración representan aproximadamente un 10% de los ingresos operacionales en todas las Isapres, por lo tanto, el nivel del indicador de siniestralidad no permite cubrirlos los años 2021 y 2022, siendo la única excepción la Isapre Nueva Masvida el 2022.

Consistentemente con el indicador de siniestralidad, las Isapres Consalud, en 2021, y Banmédica, en 2022, presentan márgenes operacionales negativos. (Figura 9)

Figura 8. Evolución siniestralidad por Isapre (*)

Isapre	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Colmena Golden Cross	85,6%	86,4%	88,8%	82,9%	92,6%	94,4%
Cruz Blanca	88,5%	86,9%	88,8%	88,7%	92,6%	98,3%
Vida Tres	85,6%	87,5%	92,4%	79,8%	92,5%	99,6%
Nueva Másvida	86,3%	84,2%	88,9%	80,6%	93,8%	89,6%
Banmédica	84,9%	89,1%	90,7%	85,4%	98,6%	100,9%
Consalud	83,7%	85,8%	88,4%	88,2%	107,8%	96,5%
Promedio	**85,8%**	**86,6%**	**89,7%**	**84,3%**	**96,3%**	**96,6%**

(*) Incluye Isapres abiertas que existieron durante todo el periodo.
Fuente: Elaboración propia en base a información de la Superintendencia de Salud.

Figura 9. Margen operacional por Isapre (millones de pesos)

Isapre	Margen Operacional	
	2021	2022
Colmena Golden Cross	53.163	46.193
Cruz Blanca	50.798	12.404
Vida Tres	14.495	830
Nueva Másvida	16.884	32.224
Banmédica	9.435	-7.148
Consalud	-47.355	24.303
Esencial (ex-Alemana Salud)	-	373
Total Isapres abiertas	**97.421**	**109.180**

Fuente: Elaboración propia en base a información de la Superintendencia de Salud.

Finalmente, la Figura 10 muestra el valor del patrimonio para los años 2021 y 2022 en cada una de las Isapres abiertas. A la fecha éste asciende aproximadamente a 420 millones de dólares.

Figura 10. Patrimonio por Isapre (miles de pesos de cada año)

Isapre	Patrimonio	
	2021	2022
Colmena Golden Cross	159.034.725	132.161.605
Cruz Blanca	70.763.841	43.801.272
Vida Tres	32.368.530	24.061.983
Nueva Masvida	33.046.750	33.280.391
Banmédica	61.216.301	28.938.059
Consalud	65.637.633	65.074.631
Esencial (ex-Alemana Salud)	-	9.630.528
Total Isapres abiertas	**422.067.780**	**336.948.469**

Fuente: Elaboración propia en base a información de la Superintendencia de Salud.

ii. Cumplimiento de los estándares legales por Isapres

La ley establece tres indicadores financieros que deben cumplir permanentemente las Isapres, los que son monitoreados en forma mensual por la Superintendencia de Salud.

Al respecto, el artículo 178 del DFL N° 1 de 2005, dispone que las Isapres deben mantener un patrimonio igual o superior a 0,3 veces sus deudas totales (pasivo corriente y no corriente). A su vez, el artículo 180 establece que las Isapres deben mantener un indicador de liquidez no inferior a 0,8 veces la relación entre el activo circulante y el pasivo circulante. Por su parte, el artículo 181 dispone que las entidades mantendrán una garantía equivalente al monto de sus obligaciones respecto de los cotizantes y beneficiarios[56] y de los prestadores de salud[57].

[56] Las obligaciones con cotizantes y beneficiarios consideran las deudas por concepto de prestaciones por pagar, prestaciones en proceso de liquidación, prestaciones ocurridas y no reportadas, prestaciones en litigio, excedentes de cotizaciones, excesos de cotizaciones y cotizaciones enteradas anticipadamente.

[57] Las obligaciones con prestadores consideran las obligaciones derivadas de prestaciones de salud otorgadas a los cotizantes y beneficiarios de la Isapre.

Si una Isapre no cumple con alguno de los indicadores antes señalados, la SS debe aplicar un régimen especial de supervigilancia y control, definido en la ley[58]. Este incluye la solicitud a la Isapre de un Plan de Ajuste y Contingencia y el nombramiento de un administrador provisional, cuando corresponda.

Si se analiza la evolución de los estándares legales por entidad se observa algún nivel de deterioro en los últimos periodos, fundamentalmente en el estándar de garantía.

En cuanto al estándar de patrimonio, Isapre Banmédica se encontraba a diciembre de 2022 en el nivel mínimo permitido por ley; no obstante, cabe señalar que desde 2017 a la fecha este indicador se ha mantenido relativamente establece y levemente por encima del límite en esa entidad. Respecto de la evolución del estándar desde 2017, aun cuando no se observan grandes variaciones llaman la atención los valores relativamente altos para el año 2021 en las Isapres Cruz Blanca y Consalud; en el primer caso, producto de un aumento del patrimonio y una disminución de las deudas, en términos nominales, y en el segundo, producto de un incremento proporcionalmente mayor del patrimonio por sobre las deudas. (Figura 11)

Figura 11. Evolución estándar de patrimonio por Isapre (*)

Isapre	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Colmena Golden Cross	0,9	1,0	0,8	0,7	0,8	0,6
Cruz Blanca	0,4	0,4	0,4	0,3	0,8	0,5
Vida Tres	0,4	0,5	0,4	0,5	0,7	0,4
Nueva Masvida	0,4	0,4	0,3	0,5	0,5	0,4
Banmédica	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3
Consalud	0,4	0,4	0,3	0,4	0,7	0,5

(*) Incluye Isapres abiertas que existieron durante todo el periodo.
Fuente: Elaboración propia en base a información de la Superintendencia de Salud.

En relación al estándar de liquidez, las Isapres Nueva Masvida y Banmédica se encuentran el año 2022 en el nivel mínimo del indicador permitido por ley. En estas Isapres se observa una disminución durante los dos últimos años respecto al nivel de su estándar a partir de 2017. En las demás entidades no se observan grandes variaciones. (Figura 12)

[58] Artículo 221 del DFL N° 1 de 2005.

Figura 12. Evolución estándar de liquidez por Isapre (*)

Isapre	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Colmena Golden Cross	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Cruz Blanca	1,0	1,0	0,9	0,9	1,1	0,9
Vida Tres	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,2
Nueva Masvida	1,1	1,1	1,1	1,2	1,0	0,8
Banmédica	1,2	1,1	1,1	1,1	0,9	0,8
Consalud	0,9	0,8	0,9	0,9	1,0	0,9

(*) Incluye Isapres abiertas que existieron durante todo el periodo.
Fuente: Elaboración propia en base a información de la Superintendencia de Salud.

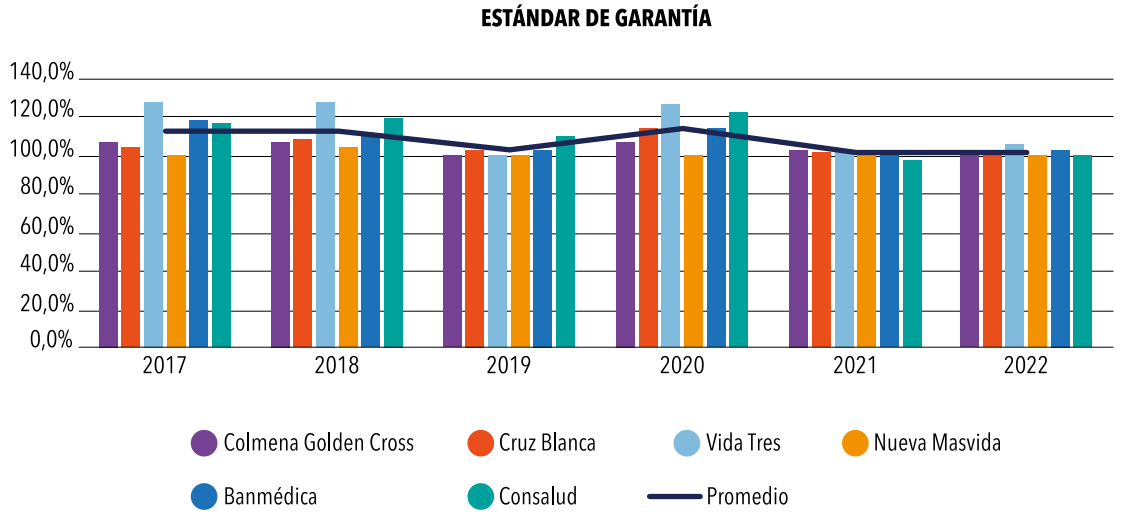
En el estándar de garantía es en el que se observa mayor deterioro en los últimos cinco años. Al respecto, el promedio del indicador para las Isapres abiertas en 2017 era de 112,5% para este indicador, disminuyendo a 101,7% en 2022. A su vez, cabe destacar el caso de Consalud con déficit de garantía en los dos años de pandemia[59] y otras tres Isapres prácticamente en el límite legal en el último ejercicio (Colmena, Cruz Blanca y Nueva Masvida). (Figura 13)

Figura 13. Evolución estándar de garantía por Isapre (*)

Isapre	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Colmena Golden Cross	106,7%	106,8%	100,4%	106,9%	102,5%	100,7%
Cruz Blanca	104,2%	108,6%	103,4%	113,5%	101,4%	100,1%
Vida Tres	128,1%	127,4%	100,1%	126,8%	103,0%	105,5%
Nueva Masvida	100,7%	103,8%	100,0%	100,2%	100,2%	100,2%
Banmédica	118,2%	110,0%	102,6%	114,4%	101,6%	103,5%
Consalud	117,0%	119,1%	110,5%	122,5%	98,1%	99,9%

(*) Incluye Isapres abiertas que existieron durante todo el periodo.
Fuente: Elaboración propia en base a información de la Superintendencia de Salud.

[59] La información de la SS aclara que el déficit para los años 2021 y 2022 en el caso de Isapre Consalud, fueron solucionados en el mes de febrero de cada periodo.



Fuente: Elaboración propia en base a información de la Superintendencia de Salud.

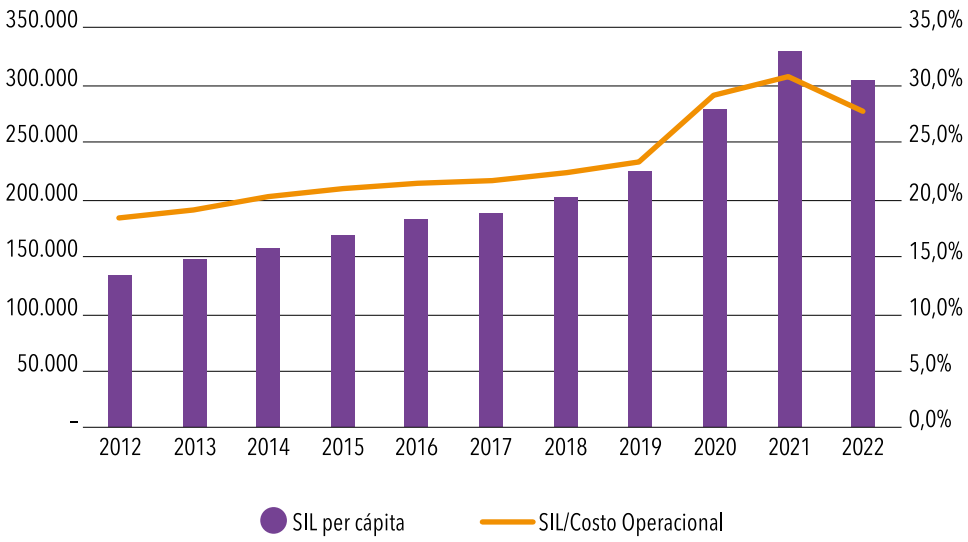
iii. Impacto del Subsidio de Incapacidad Laboral en los costos operacionales

En términos financieros, el Subsidio de Incapacidad Laboral ("SIL", entendido este último como el monto de dinero que reemplaza la remuneración o renta del trabajador mientras se encuentre con *licencia médica autorizada*), representó un 27,8% del costo operacional para el sistema de Isapres abiertas el año 2022. Si bien este indicador ha presentado una tendencia creciente en el tiempo, desde un 18,4% en 2012, durante los años 2020 y 2021 se elevó a niveles cercanos al 30%. En forma equivalente, el costo per cápita (por beneficiario) del Subsidio de Incapacidad Laboral creció desde aproximadamente 133 mil pesos en 2012 a 303 mil pesos en 2022 (en pesos de diciembre 2022). (Figura 14)

La relevancia de esta materia se refleja en el porcentaje de cotización necesario para financiar el SIL. De acuerdo a información para 2021 de la Superintendencia de Seguridad Social, en el sistema de Isapres se requiere una cotización de 3,3% para el financiamiento del SIL; por su parte, en Fonasa el porcentaje de cotización es mayor, elevándose a un 4,4%, ambos por sobre los valores registrados en 2017. (Figura 15)

Cabe destacar que las preocupaciones sobre el funcionamiento del SIL, desde la perspectiva de los usuarios, de las instituciones que participan en él y de su creciente costo, han sido consignadas en diferentes estudios y comisiones como, por ejemplo, en el informe de la comisión asesora presidencial en salud del año 2014, entre otros.

Figura 14. Evolución SIL per cápita (en $) y sobre costo operacional (*)



(*) Considera el promedio anual de beneficiarios.
Fuente: Elaboración propia en base a información de la Superintendencia de Salud.

Figura 15. Cotización para el Subsidio de Incapacidad Laboral

AÑOS	FONASA	ISAPRE	SISTEMA
2017	2,7%	2,2%	2,4%
2018	2,7%	2,2%	2,5%
2019	2,8%	2,3%	2,6%
2020	3,0%	2,6%	2,8%
2021	4,4%	3,3%	3,9%

Fuente: Estadísticas Nacionales de LM y SIL 2021, Superintendencia de Seguridad Social.

C. ANTECEDENTES POLÍTICOS

La preocupación por el sistema de salud ocupa los primeros lugares de importancia para la ciudadanía, como se observa en diversos estudios de opinión[60]. Por ejemplo, la encuesta "Chilenos y Chilenas Hoy" realizada por Espacio Público en 2022, muestra que a un 73% de las y los encuestados les preocupa mucho verse enfrentados a un accidente o enfermedad grave, ya sea propia o de algún familiar, principalmente por no tener los recursos para enfrentarlos. Esta preocupación se da y aumenta tanto en los afiliados a Fonasa como en Isapre. En efecto, entre quienes indican estar afiliados a Fonasa, 76% dice sentirse poco protegido frente a situaciones como las indicadas anteriormente, lo que significa un alza respecto de la medición anterior (68% en 2021). De igual manera, de aquellas personas que cuentan con Isapre, un 60% señala sentirse poco protegido, valor que también registra un aumento significativo con respecto a los resultados de 2021 (41%).

Aun cuando dicha preocupación ha venido creciendo, según muestran los datos, y existe cierto consenso respecto a los problemas que presenta el funcionamiento de los regímenes de salud público y privado, no ha sido posible un acuerdo transversal a nivel político que genere una reforma integral al sistema.

En efecto, cabe mencionar las dos comisiones asesoras presidenciales que en diversos momentos han estudiado y propuesto cambios en esta materia. En la Figura 16 se resumen sus principales características y conclusiones:

[60] Ver Encuesta "Chilenos y Chilenas Hoy", 2022, Ipsos y Espacio Público y Encuesta CEP N° 88, Noviembre-Diciembre 2022.

Figura 16. Comisiones asesoras presidenciales años 2010 y 2014

A. Comisión Presidencial de Salud, creada por el Presidente Sebastián Piñera en julio de 2010 (1)	
Mandato: 1) Proponer las bases de una ley a enviar durante el primer semestre del 2011 que configure un plan garantizado de salud que incluya como mínimo el Plan Auge y las patologías y condiciones que en el futuro se le incorporen, las prestaciones contenidas en el arancel codificado por Fonasa y acciones preventivas de demostrado éxito para evitar enfermedades o contribuir a su diagnóstico precoz. 2) Revisar el mecanismo de acceso y financiamiento del Subsidio de Incapacidad Laboral o Licencia Médica.	
Plan de Salud	**SIL**
Propone la creación de un plan universal de salud para todos los chilenos junto a un cambio en la forma de cálculo de los aportes fiscales a la salud, dejando atrás el sistema de presupuestos históricos, y estableciendo una prima per cápita que cubra totalmente el valor del plan en el caso de los indigentes y parcialmente a quienes pueden contribuir con su cotización. Todas las personas debieran tener la posibilidad real de elegir la entidad de seguridad social a la que quieran afiliarse generando en forma gradual los mecanismos que permitan, con aportes de los trabajadores y el Estado, la movilidad de las personas. La mayoría es partidaria de crear un fondo de compensación de riesgos que se financie con las cotizaciones obligatorias de salud y los subsidios que el Estado destine a las primas per cápita. Dicho fondo se distribuiría entre las diversas entidades de seguridad social en salud, privadas o pública, de acuerdo a las nóminas de sus afiliados, compensando el riesgo estimado de sus beneficiarios, según sexo y edad. Asimismo, se plantea la transformación del sistema actual de seguros de salud chileno creando las Entidades de la Seguridad Social en Salud ("ESSS") públicas y privadas que, regidas por los principios de la seguridad social, gestionen el financiamiento del plan universal garantizado. No hubo consenso sobre la constitución de un fondo único que reúna todos los dineros de cotizaciones y subsidios, pues la minoría no lo respaldó, entre otras razones, por las dificultades de efectuar una transición desde el sistema actual. Dicho sector estima que podría definirse un modelo que privilegie la solidaridad mediante aportes estatales ajustados por nivel de ingresos y riesgo de las personas y no mediante las cotizaciones para salud.	Recomienda un cambio institucional para transformar las licencias médicas en un seguro de incapacidad laboral que cubra la incapacidad temporal de generar ingresos de los trabajadores afectados por una enfermedad común. Se detalla la forma en que podría operar el sistema, que debe cubrir a los afiliados a Isapres y Fonasa y que debería ser financiado en partes iguales por trabajadores y empleadores. Se propone una institucionalidad nueva para tramitar las licencias de los trabajadores adscritos a Fonasa e Isapre, que dé seguridades para un eficiente y equitativo sistema de control que asegure que quien la necesite la reciba, pero que impida los abusos, excesos y fraudes.

B. Comisión asesora presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado, creada por la Presidenta Michelle Bachelet en abril de 2014

Mandato: Elaborar un diagnóstico de la situación de salud privada y sus puntos críticos, cuyo informe será la base de la propuesta para un nuevo marco jurídico que regule la salud privada.

Plan de Salud	SIL
La propuesta de reforma inmediata, de mayoría, incluye los siguientes elementos: • Se establecería un Plan de Seguridad Social (PSS) único y universal, es decir, al cual podrían acceder todos los habitantes del país. · El PSS contendría los siguientes beneficios: el listado de beneficios de la Modalidad de Atención Institucional (MAI) del Sistema Público de Salud, las Garantías Explícitas de Salud (GES), Modalidad Libre Elección de FONASA (MLE), Ley de Urgencias, Cobertura de Enfermedades Catastróficas (CAEC) y Seguro de Incapacidad Laboral (SIL). · El PSS tendría un sistema de copagos estandarizados, con gasto anual tope respecto de la renta de las familias · El PSS se financiaría con la cotización obligatoria de seguridad social fijada por ley. Adicionalmente, las Isapres podrán cobrar una Prima Comunitaria fijada por cada aseguradora. Las primas comunitarias estarán asociadas a redes de prestadores, pudiendo las Isapres ofrecer hasta un máximo de tres redes con sus respectivas primas. • Se crearía un Fondo Mancomunado Universal entre Fonasa y las Isapres para romper la segmentación, introducir solidaridad inter-sistemas y permitir el financiamiento de prestaciones universales. • Se crearía un Fondo Inter-Isapres de compensación de riesgos para permitir la movilidad, el fin de la cautividad y preexistencias, junto con introducir mayor solidaridad al sistema. Si bien la visión de futuro mayoritariamente respaldada por los comisionados es la de un Fondo Único con Seguro Nacional de Salud y seguros privados complementarios voluntarios, se entiende que se requiere un período para que las Isapres puedan adaptarse al nuevo escenario, al igual que Fonasa y el sector privado y público proveedor.	Se crearía una institución que administre un Fondo Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) de seguridad social con financiamiento tripartito (Estado, empleadores y trabajadores) para terminar con los problemas para los trabajadores para obtener licencias médicas y su subsidio.

(2) Informe final de diciembre de 2010: https://www.minsal.cl/portal/url/item/96c1350fbf1a856ce04001011f015405.pdf
(3) Informe final de octubre de 2014: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf

Asimismo, fundamentalmente a partir del fallo del TC del 2010, se han tramitado diversos proyectos de ley de modificación o reforma a la salud, ya sea al sistema como un todo o a algunos de los regímenes público o privado, los que a la fecha se encuentran archivados o detenidos en su tramitación parlamentaria. Los principales, se resumen a continuación:

Figura 17. Proyectos de ley en materia de salud (2011-2021)

BOLETÍN	MATERIA	ESTADO
Boletín 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, ingresado a la Cámara de Diputados el 16/3/2011.	Archivado
Boletín 8105-11	Proyecto de ley que modifica el sistema privado de salud, incorporando un plan garantizado, ingresado a la Cámara de Diputados el 20/12/2011. Indicación sustitutiva al proyecto de ley que modifica el sistema privado de salud, incorporando un plan garantizado, de 23/4/2019 (crea Plan de Salud Universal).	Segundo trámite constitucional
Boletín 13863-11	Proyecto de ley que reforma el fondo nacional de salud y crea un Plan de Salud Universal, ingresado al Senado el 28/10/2020. Indicación sustitutiva al proyecto de ley que reforma el Fondo Nacional de Salud y crea un Plan de Salud Universal, de 1/3/2021.	Primer trámite constitucional
Boletín 12662-11	Proyecto de ley que crea el Seguro de Salud Clase Media a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de Fonasa. Ingresado a Cámara de Diputados el 27/5/2019.	Comisión Mixta por rechazo de idea de legislar

3. VÍAS DE SOLUCIÓN

Los recientes fallos judiciales se instalan en el marco de una situación financiera compleja de las Isapres, según se describió en la sección anterior. Con todo, cabe señalar que, en términos financieros, el margen operacional del sistema de Isapres debería comenzar a recuperarse con el reajuste real de los precios base que comenzó a aplicarse en octubre de 2022 y el que se aplicará en junio de 2023. Además, post pandemia se ha producido una contención de las licencias médicas que impactan en una disminución de los costos asociados al SIL. Sin embargo, se mantendrán vigentes los problemas estructurales de funcionamiento de dicho sistema y, por cierto, se requerirán medidas adicionales para adecuar el sistema al nuevo marco normativo.

En efecto, los recientes fallos judiciales tienen significativas repercusiones sobre el sistema de salud. El alto costo e impacto financiero de las disposiciones contenidas en los referidos fallos, implica un riesgo de insolvencia de las instituciones privadas de salud. Lo anterior involucra, a su vez, una potencial desprotección en la cobertura de salud y financiera para los beneficiarios, que han optado por el sistema privado. Asimismo, existe la posibilidad de que la implementación de dichos fallos derive en que las entidades aseguradoras que puedan invocar tratados de protección de inversiones, recurran a instancias arbitrales internacionales.

En particular, los fallos impiden que operen los subsidios cruzados propios del seguro de salud, dado que la dirección de los ajustes de precio producto del cambio de las tablas de factores incluidas en los contratos de salud, solo se permiten a la baja y son además retroactivos.

Por otro lado, luego de los fallos que mandatan la aplicación de la TUF, se ha mantenido la interpretación que se deriva del fallo del 2010, en cuanto a la imposibilidad de reajustar los precios de los planes por cambios de tramo etario. Lo anterior, mantendrá diferencias de precios según la edad a la cual las personas se afilian a una Isapre, acentuando los problemas de cautividad.

Cabe destacar que eventuales insolvencias de las Isapres tendrían efectos sistémicos ya que impactarían negativamente en los prestadores privados y en el sistema público de salud, debido fundamentalmente a la migración de beneficiarios desde el sistema privado y a que ambos sistemas utilizan prestadores privados.

En este sentido, los fallos con alcance *erga omnes* han abordado los problemas de judicialización desde una visión propia de las garantías constitucionales individuales invocadas -según resulta natural en la decisión de recursos de protección-, pero en lo que toca a su aplicación por el poder ejecutivo o los órganos colegisladores, esa aplicación no puede prescindir del carácter de "sistema" que tiene la salud, pública o privada. Por tanto, se estima adecuado que esa aplicación (particularmente la de los fallos de noviembre de 2022), reconozca la solidaridad inherente a este tipo de sistema y la existencia de subsidios cruzados en las prestaciones que se otorgan a los distintos beneficiarios, lo que permitiría calcular adecuada y oficialmente el verdadero enriquecimiento sin causa o rentas sobrenormales obtenidas por las Isapres, en virtud de la decisión de la Corte Suprema de declarar ilegal la no aplicación de la tabla única de factores a partir de la fecha de su entrada en vigencia.

Por ende, es urgente implementar vías de solución que, dando cumplimiento a lo ordenado por la Corte Suprema, al mismo tiempo den certeza a los beneficiarios del sistema de salud y sustentabilidad financiera a las Isapres para evitar el colapso del sistema privado, lo que además de la desprotección de millones de afiliados, implicaría un impacto sobre todo el sistema de salud, haciendo más complejo el tránsito a un sistema de seguros de salud más solidario y eficiente. En consecuencia, es fundamental evitar la quiebra del sistema y avanzar en reformas que resuelvan las serias deficiencias del sistema de seguros de salud con que cuenta el país.

Con todo, las vías de solución de corto plazo deben ir en línea con transitar hacia una solución de mediano plazo. Adicionalmente, y sin perjuicio de la necesidad de una "ley corta", sigue siendo imperioso que, una vez implementada esta, se aborde una reforma de mediano plazo y largo plazo que permita superar los principales problemas de funcionamiento que presenta el sistema de salud privada en nuestro país (discriminación arbitraria, inmovilidad por preexistencias, heterogeneidad de planes, etc.).

Esta nota se enfoca en proponer medidas para enfrentar la crisis del sistema de Isapres, con el fin de contribuir a generar acuerdos transversales sobre la urgencia de evitar la insolvencia generalizada de estas entidades, por las implicancias que tiene dejar súbitamente a más de 3 millones de personas sin cobertura de salud y por los efectos sistémicos adversos sobre la totalidad del sistema de salud, con altos costos sociales y fiscales. No obstante, los estudios realizados por Espacio Público sobre el sistema de salud[61], muestran que el esquema público de salud en Chile presenta importantes deficiencias de gestión, que requieren reformas profundas, tanto a nivel de Fonasa como de los servicios de salud y los prestadores públicos a nivel primario, secundario y terciario, lo que se ha agravado con la pandemia. En consecuencia, en lo mediato también se debería avanzar en la modernización del sistema de salud pública, especialmente en un contexto en que se progresa en una mejor integración y complementariedad del sistema público y privado de salud, como componentes fundamentales de un sistema de seguridad social de mayor eficiencia y grados de solidaridad. Es precisamente por estas razones, que la crisis de Isapres no se resuelve generando un nuevo plan de salud de Fonasa, que tendría serias dificultades para gestionar el influjo de afiliados en los plazos requeridos, generando grandes frustraciones en los beneficiarios que se verían sin la cobertura que tenían.

El cambio de prácticas en el sistema público y privado debe ser planificado con una transición que permita generar las regulaciones, capacidades e incentivos que gradualmente nos permita avanzar a un efectivo sistema de seguridad social en el ámbito de la salud.

A continuación se mencionan algunas opciones, que podrían contribuir a recuperar el equilibrio financiero del sistema privado de salud, a la vez que se comience a aplicar la TUF a todos los contratos que mantienen las Isapres, según lo ordena el fallo de la CS. A su vez, se enuncian algunas vías de solución de mediano plazo que van en la dirección deseada de reforma al sistema de salud. Cabe tener presente que el esquema público presenta también importantes desafíos, los que no han sido abordados en esta nota, enfocada en el análisis de la actual crisis en el sistema privado.

[61] https://espaciopublico.cl/nuestro-trabajo/?areas_de_estudio=seguridad-social-salud-y-pensiones

I. VÍAS DE SOLUCIÓN INMEDIATAS

Como medida de corto plazo se propone establecer un plan robusto de contención de costos para las Isapres, fortaleciendo las facultades de la Superintendencia de Salud para regular y supervisar esta materia, junto con introducir perfeccionamientos regulatorios en materia de reajuste de precios. Estas medidas debieran estar contenidas en un proyecto de ley corta que dé certezas jurídicas tanto a las entidades involucradas como a los beneficiarios del sistema.

Se sugiere que se pudiera instruir a las Isapres la adopción del sistema de clasificación de Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD), como base para establecer los mecanismos de pago a los prestadores privados, de la misma forma en que se ha avanzado en esta materia en el sector público. Al respecto, se requiere también algún nivel de regulación en el ámbito de los prestadores, fundamentalmente la entrega de información financiera consolidada al respectivo regulador, en el caso de negocios integrados (en lógica de contabilidad regulatoria a nivel de conglomerado). La Fiscalía Nacional Económica (FNE) también podría tener un rol respecto del sector de prestadores, a través de la emisión de recomendaciones normativas provenientes de la realización de estudios de mercado. A su vez, considerando la relevancia de los prestadores en el sistema de salud, se debería evaluar el establecimiento de facultades normativas para exigir niveles de servicio mínimo a dichas entidades.

Además, se requeriría revisar la regulación del Subsidio de Incapacidad Laboral, fundamentalmente a través de mayores herramientas de fiscalización de licencias médicas y una evaluación de las sanciones adecuadas en caso de abusos. En el mediano plazo, debería evaluarse la institucionalidad respecto de la operación de este seguro.

Por otra parte, sugerimos evaluar también establecer la obligación de que las entidades privadas ofrezcan a los nuevos afiliados al sistema, un plan estandarizado y comprensivo de salud, el cual pudiera tener una vinculación relevante con la Atención Primaria de Salud (APS), que facilite la comparación de precios y promueva la competencia generando incentivos a contener costos.

Otro aspecto que se propone revisar son los gastos de administración de las Isapres, de modo de generar eficiencias operativas, por ejemplo, en materias como ventas y cobranza de cotizaciones, induciendo esfuerzos de disminución de costos relacionados con las actividades que llevan a discriminaciones por riesgo.

En complemento a los esfuerzos en contención de costos, se requeriría perfeccionar el mecanismo de reajustabilidad de las primas cobradas por las Isapres, entregando certezas jurídicas respecto a los incrementos futuros y permitiendo, luego de implementado el plan de contención de costos, de ser necesario, un ajuste uniforme y acotado que permita enfrentar el nuevo marco regulatorio, relativo a la aplicación de la tabla única de factores, conforme al fallo de la CS. La revisión de los mecanismos de reajustabilidad debería considerar tanto el precio base como la prima GES, sugiriéndose en esta materia reducir el ámbito de discrecionalidad de las Isapres como una forma de reducir la judicialización a futuro. Por otra parte, se sugiere establecer una institucionalidad robusta para la fijación del indicador de costo de la salud donde la generación de un mecanismo de solución de controversias (por ejemplo, la conformación de un panel de expertos que resuelva discrepancias de manera vinculante) podría ser un aporte.

Asimismo, dentro de las medidas inmediatas de perfeccionamiento del esquema de aseguramiento privado en salud, se requieren mayores facultades regulatorias para la Superintendencia de Salud, de modo que pueda requerir información a las entidades fiscalizadas que permitan modelar reformas de mediano plazo al sistema.

Por último, en cuanto al efecto retroactivo que suponen las decisiones de la CS de 2022, particularmente las de noviembre de ese año, esto es, la aplicación de la TUF para los contratos de salud comercializados con anterioridad a la vigencia de dicha tabla de factores, se requeriría evaluar opciones a nivel judicial.

Un primer aspecto que se debe abordar, desde la perspectiva económico-jurídica, es restituir el concepto de que cualquier sistema de seguros de salud debe permitir que opere el marco de subsidios cruzados definido entre los afiliados, lo cual se vería afectado si se interpreta el fallo determinando como rentas injustificadas los mayores precios cobrados sin considerar a la vez los menores precios aplicados en otros casos.

En términos de interpretación de las sentencias de noviembre de 2022, y dentro de las potestades del poder ejecutivo y de los poderes colegisladores, según corresponda, se sugiere interpretar el efecto retroactivo de dichas sentencias de manera armónica con lo que atinge a la resolución de conflictos en el contexto de un "sistema" de salud, esto es, reconociendo la solidaridad inherente a este tipo de sistemas y la existencia de subsidios cruzados en las prestaciones que se otorgan a los distintos beneficiarios. Esto permitiría calcular adecuada y oficialmente el verdadero enriquecimiento sin causa o rentas sobrenormales obtenidas por las Isapres, en virtud de la decisión de la Corte Suprema de declarar ilegal la no aplicación de la tabla única de factores a partir de la fecha de su entrada en vigencia. El proyecto de ley corta debería explicitar dichos criterios en sus fundamentos.

A su vez, para permitir la efectiva implementación de los efectos retroactivos del fallo, se requeriría considerar el otorgamiento de plazos amplios para la devolución de excedentes y que estos puedan entregarse en prestaciones.

II. VÍAS DE SOLUCIÓN MEDIATAS

Junto con abordar medidas inmediatas que hagan viable el cumplimiento del fallo de la CS, se requiere avanzar en una modificación legal de mediano plazo que resuelva los problemas de funcionamiento del sistema privado de salud, particularmente la discriminación arbitraria y las limitaciones que imponen las preexistencias que derivan en desprotección en salud para grupos vulnerables; así como considerar la existencia de bienes públicos de salud que benefician a toda la población, pero a la cual no contribuyen los afiliados al sistema de privado de salud, situación que ha quedado de manifiesto con la pandemia. Se debe tener presente la importancia de que se resuelva la incertidumbre asociada a la existencia de reglas poco claras, para propender a un adecuado funcionamiento futuro del sistema.

Una alternativa de mediano plazo a abordar para avanzar en la solución de los problemas estructurales, sería el establecimiento de un plan básico garantizado, ofrecido por Isapres y Fonasa, con un fondo de compensación intersistema. A su vez, se debería considerar la existencia de seguros complementarios regulados, con estándares que permitan la comparación entre un número acotado de planes.

Lo anterior no excluye la posibilidad de avanzar en el futuro a un plan básico de salud universal de carácter público, al que todos contribuyan y que permita al menos financiar la salud primaria y los sistemas de emergencia y de control epidemiológico. Además, se debe estudiar un cambio en la gobernanza de la regulación del sistema de seguros de salud, que avance en la autonomía de la Superintendencia de Salud, y que promueva el establecimiento de un panel de expertos independiente que pueda definir los contenidos de un plan básico de salud, la regulación de los ajustes de precios para eliminar la incertidumbre jurídica actual, y los pagos del y al fondo de compensación de riesgos intersistema.

Cualquier cambio legal en este sentido requerirá un acuerdo político transversal y una fuerza de tarea específica para liderar e implementar los proyectos de ley que se necesiten.

ANEXO

HITOS JURÍDICOS Y REGLAMENTARIOS

AÑO	MES	MATERIA	HITO
2010	**Agosto**	Tabla factores	Fallo TC, declaró inconstitucionales los numerales 1, 2, 3 y 4 del inciso 3º del artículo 38 ter de la Ley Nº18.933 (actual art. 199 del DFL 1), que establecían los rangos de edad y el criterio de sexo que debía considerar la Superintendencia al fijar la estructura de las tablas de factores.
2011	**Enero** **Febrero**	Tabla factores	Al resolver recursos de apelación en causas de protección en contra de algunas Isapres, por aplicación de las tablas de factores, la CS adoptó el criterio del TC, zanjando definitivamente las discusiones que existían en esta materia, sosteniendo que la declaración de inconstitucionalidad de los numerales 1, 2, 3 y 4 del artículo 199 ter, y su consecuente derogación, impide a las Isapres modificar el precio por cambio de tramo etario, por cuanto esa facultad contemplada en el contrato quedó sin sustento legal.
	Marzo	Tabla factores	Oficio SS/Nº 548, impide a las Isapres modificar precios por cambio de tramo etáreo, por cuanto esa facultad quedó sin sustento legal desde el fallo del TC de 2010.
2018	**Octubre**	Tabla factores	Circular Nº 316 de la SS, prohíbe crear nuevas tablas de factores, manteniendo vigentes las tablas cuya comercialización se hubiera informado con anterioridad a la SS. Posteriormente, la Resolución Exenta SS Nº 221 de 2019 permitió la confección de nuevas tablas, en la medida que sus factores consideraran diferencias menores a las de las tablas previamente aprobadas por la Superintendencia
2019	**Diciembre**	Tabla factores	Circular Nº 343 de la SS, instruye tabla de factores única para el sistema de Isapres, vigente a partir del 1 de abril de 2020.
2021	**Junio**	Precio base	Ley Nº 21.350, regula el procedimiento para modificar el precio base de los planes de salud y deja sin efecto los ajustes de precio informados por las Isapres los años 2020 y 2021.
	Diciembre	Precio base	Circular Nº 343 de la SS, imparte instrucciones sobre procedimiento de adecuación de los precios base de los planes de salud ajustado a la Ley 21.350.

2022	**Marzo** (día 10)	Precio base	Resolución Exenta N° 352 del Superintendente de Salud que fija variación máxima de 7,6% para planes de salud (ICSA 2021).
	Marzo (17 al 24)	Precio base	Isapres informan incremento de precios base de 7,6% a partir de junio de 2022.
	Agosto	Precio base	Fallos CS, dejan sin efecto alza porcentual de los precios base de los planes de salud informada por las Isapres a la autoridad en marzo 2022, por no justificar adecuadamente el alza. Además, dispone que la SS verificará que la propuesta de alza a los planes de salud, para el año 2022, se ajuste a los parámetros legales.
	Septiembre	Precio base	Circular N° 409 de la SS, imparte instrucciones para dar cumplimiento a lo ordenado por la CS en Fallos de agosto 2022.
		Precio base	Isapres informan alzas de precios base según la variación del costo operacional verificado por SS para cada Isapre.
		GES	DS N° 72 aprueba Garantías Explícitas en Salud (incorporando dos nuevas patologías). Vigente a partir del 1 de octubre de 2022.
	Octubre	GES	Isapres informan alza de prima GES.
	Noviembre	Tabla factores	Fallos CS, dejan sin efecto las tablas de factores particulares por Isapre y establecen la aplicación de la TUF, contenida en la Circular N° 343 de la SS, para calcular el precio final de todos los contratos de salud que administren. Además, señalan que, en el evento de que la aplicación de la TUF determine un precio final del contrato inferior al cobrado por la Isapre, las cantidades recibidas en exceso y cuyo cobro no esté prescrito sean restituidas como excedentes de cotizaciones.
2023	**Enero**	Tabla factores	CS acoge solicitud de aclaración de la SS a Fallos noviembre de 2022, estableciendo: - La aplicación de la Circular IF N°343 debe realizarse desde su fecha de entrada en vigencia (1 de abril de 2020). - Lo ordenado en relación a las cargas menores de dos años, tiene aplicación desde la ejecutoria de los fallos respectivos.
	Marzo	Precio base	Superintendencia de Salud fija variación máxima de 2,6% para el precio base de los planes de salud (ICSA 2022).
		Precio base	SS concluye proceso de verificación de alzas del precio base informadas por las Isapres para junio 2023.

REFERENCIAS

Aguilera, Ximena en Espacio Público (23 de marzo de 2023) *Seminario "Crisis en isapres y sus repercusiones en el sistema de salud"* [Archivo de Video]. YouTube. https://www.youtube.com/live/Ra1_OOk9FQw?feature=share

Araya, Ariel (7 de octubre de 2022), *Isapres anuncian alza en cobertura GES por sobre 1 UF: ¿Qué aseguradoras cobrarán más?* Meganoticias. https://www.meganoticias.cl/nacional/392257-isapres-alza-cobertura-ges-sobre-1-uf-que-aseguras-cobraran-mas-07-10-2022.html

Centro de Estudios Públicos (2023), "Encuesta CEP N° 88, Noviembre-Diciembre 2022". Disponible en: https://www.cepchile.cl/encuesta/encuesta-cep-n-88/

Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado (2014), "Informe Final". Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf

Comisión Presidencial de Salud (2010), "Informe Comisión Presidencial de Salud". Disponible en: https://www.minsal.cl/portal/url/item/96c1350fbf1a856ce04001011f015405.pdf

Corte Suprema

Sentencia Rol Nº 5.042-2013, 17 de diciembre de 2013.
Sentencia Rol Nº 11.996-2014, 20 de junio de 2014.
Sentencia Rol Nº 55.446-2016, 6 de abril de 2017.
Sentencia Rol Nº 21.294-2020, 8 de julio de 2020.
Sentencia Rol Nº 12.508-2022, 18 de agosto de 2022.
Sentencia Rol Nº 12.514-2022, 18 de agosto de 2022.
Sentencia Rol Nº 13.109-2022, 18 de agosto de 2022.
Sentencia Rol Nº 13.178-2022, 18 de agosto de 2022.
Sentencia Rol Nº 13.222-2022, 18 de agosto de 2022.
Sentencia Rol Nº 13.709-2022, 18 de agosto de 2022.
Sentencia Rol Nº 13.979-2022, 30 de noviembre de 2022.
Sentencia Rol Nº 14.268-2022, 18 de agosto de 2022.
Sentencia Rol Nº 14.513-2022, 30 de noviembre de 2022.
Sentencia Rol Nº 14.691-2022, 18 de agosto de 2022.
Sentencia Rol Nº 14.821-2022, 18 de agosto de 2022.
Sentencia Rol Nº 15.372-2022, 18 de agosto de 2022.
Sentencia Rol Nº 16.630-2022, 30 de noviembre de 2022.
Sentencia Rol Nº 16.670-2022, 18 de agosto de 2022.

Sentencia Rol Nº 17.403-2022, 18 de agosto de 2022.
Sentencia Rol Nº 25.570-2022, 30 de noviembre de 2022.

Diario Constitucional (18 de agosto de 2022), *Corte Suprema deja sin efecto alza de planes base anuales de isapres y ordenó detener el incremento de 7,6% aplicado por cada una de ellas*. Diario Constitucional. https://www.diarioconstitucional.cl/2022/08/18/corte-suprema-deja-sin-efecto-alza-de-planes-base-anuales-de-isapres-y-ordeno-detener-el-incremento-de-76-aplicado-por-cada-una-de-ellas/

Espacio Público (s.f.), *Nuestro Trabajo, Áreas de Estudio, Seguridad Social (Salud y Pensiones)*. https://espaciopublico.cl/nuestro-trabajo/?areas_de_estudio=seguridad-social-salud-y-pensiones

Espacio Público (2013), Documento de Referencia N° 11, "El mercado de los seguros privados obligatorios de salud: Diagnóstico y reforma". Disponible en: https://espaciopublico.cl/nuestro_trabajo/el-mercado-de-los-seguros-privados-obligatorios-de-salud-diagnostico-y-reforma-documento-de-referencia-n11/

Espacio Público e Ipsos (2023), "Informe Chilenos y Chilenas Hoy 2022". Disponible en: https://espaciopublico.cl/wp-content/uploads/2023/01/PDF-Informe-Chilenos-y-Chilenas-hoy-2022-Espacio-Publico.pdf

Fernández Pérez, Patricio (2023), "Isapres: Medidas para salir de la crisis" (Horizontal). Disponible en: https://horizontalchile.cl/assets/uploads/2023/01/Isapres-Medidas-para-salir-de-la-crisis.pdf

Guerra, Ignacio (24 de noviembre de 2022), *Más de 56 mil reclamos para oponerse al alza de la prima GES de las Isapres han sido ingresados a la Super de Salud*. Emol. https://www.emol.com/noticias/Economia/2022/11/24/1079328/56000-reclamos-alza-prima-ges.html

Isla, Jorge (23 de septiembre de 2022), *Banmédica y Consalud informaron alzas de planes a sus afiliados con distintas estrategias*. Diario Financiero. https://www.df.cl/empresas/salud/banmedica-y-consalud-informaron-alzas-de-planes-a-sus-afiliados-con

Jordán, Tomás (12 de noviembre de 2018), *Isapres: el derecho a la protección de la salud privada como parte del sistema de seguridad social constitucional*. El Mercurio Legal. https://www.elmercurio.com/legal/movil/detalle.aspx?Id=907000&Path=/0D/D6/

Ministerio de Salud (2022), Decreto Supremo Nº 72.

Montt, Santiago y Cárdenas, José Luis (2011), "La declaración de inconstitucionalidad del artículo 38 ter de la Ley de Isapres: Mitos y realidades de un fallo histórico", en Anuario de Derecho Público (Universidad Diego Portales) Nº 1.

Nancuante Almonacid, Ulises, Romero Celedón, Andrés y Sotomayor Klapp, Roberto (2012), *Régimen jurídico de la salud* (Santiago, Abeledo Perrot).

Poder Judicial (s.f.), *Cuenta Pública del PJUD*. https://www.pjud.cl/transparencia/cuentas-publicas

Superintendencia de Salud
Circular IF/N° 316, 18 de octubre de 2018.
Circular IF/N° 343, 11 de diciembre de 2019.
Circular IF/N° 401, 30 de noviembre de 2021.
Circular IF/N° 409, 6 de septiembre de 2022.
Oficio SS/N° 548, 18 de marzo de 2011
Resoluciones Exentas IF/N° 628, 15 de septiembre de 2022.
Resoluciones Exentas IF/N° 629, 15 de septiembre de 2022.
Resoluciones Exentas IF/N° 630, 15 de septiembre de 2022.
Resoluciones Exentas IF/N° 631, 15 de septiembre de 2022.
Resoluciones Exentas IF/N° 632, 15 de septiembre de 2022.
Resoluciones Exentas IF/N° 633, 15 de septiembre de 2022.
Resolución Exenta SS/N° 221, 2 de marzo de 2019.
Resolución Exenta SS/N°352, 2 de marzo de 2022.

Superintendencia de Salud (2022), Documento de Trabajo, "Análisis de los Planes de Salud del Sistema Isapre a enero de 2022". Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-21069_recurso_1.pdf

Tribunal Constitucional
Sentencia Rol N° 976-07-INA, 26 de junio de 2008.
Sentencia Rol N° 1218-08-INA, 7 de julio de 2009.
Sentencia Rol N° 1287-08-INA, 8 de septiembre de 2009.
Sentencia Rol N° 1710-10-INC, 6 de agosto de 2010.
Sentencia Rol N° 1856-10-INA, 2 de mayo de 2012.

Vivanco Martínez, Ángela (2010), "Justicia constitucional, libre elección en materia de salud y normativa sobre Isapres", en Revista Chilena de Derecho V. 37 N° 1.

Zúñiga, Alejandra (2020), "Derecho a cuidado sanitario" en Contreras, Pablo y Salgado, Constanza (eds.), *Curso de Derechos Fundamentales* (Valencia, Tirant Lo Blanch).

ESPACIO PÚBLICO

www.espaciopublico.cl