

# Cómo salir de la crisis de Isapres y habilitar la reforma a la salud

JUNIO 2023

SOLEDAD HORMAZÁBAL

# Cómo salir de la crisis de Isapres y habilitar la reforma a la salud

JUNIO 2023

SOLEDAD HORMAZÁBAL

## Resumen ejecutivo

- **El objetivo del siguiente documento es describir la grave situación que atraviesa el sistema asegurador privado de salud en Chile que podría llevar a una severa crisis sanitaria.** Se analiza la efectividad de la ley corta enviada por el gobierno y se plantean directrices para contener una eventual crisis sanitaria y habilitar la necesaria y postergada reforma del sistema de salud.
- **La crisis del sistema asegurador privado de salud tiene múltiples causas, entre las que destaca su mal diseño** que permitió que durante años las Isapres seleccionaran a los pacientes relativamente menos riesgosos mediante la discriminación por precio, la **cobertura restringida y la exclusión**. Lo anterior acompañado de una industria que se negó fuertemente a introducir cambios.
- **Ante este panorama, las Cortes debieron intervenir para ir solucionando los problemas del sistema** e incluso el Poder Judicial realizó reiterados llamados a los otros poderes del Estado para que dieran una solución legislativa. Desgraciadamente, debido a la falta de acuerdos políticos, las reformas que se presentaron no se concretaron.
- **Hoy estamos ante un inminente colapso financiero del sistema asegurador privado de salud que podría desencadenar una grave crisis sanitaria.** La crisis en la que ya se encontraba el sector se aceleró debido a un cuestionable fallo de la Corte Suprema y el **proyecto de ley corta presentado por el gobierno no logra dar una solución al problema**, imponiendo una deuda inabordable y reduciendo los ingresos futuros de las aseguradoras privadas.
- El proyecto de ley corta crea una nueva modalidad de cobertura complementaria en Fonasa, donde los cotizantes pagarán una prima complementaria plana por beneficiario adicional al 7%, para tener acceso a mayor cobertura financiera en una red de prestadores privados vía seguros privados intermediados por Fonasa. **No queda claro que esta nueva modalidad permita a los actuales beneficiarios de Isapre mantener su cobertura** y la propuesta se construye sobre supuestos cuestionables lo que hace dudar de su viabilidad. El proyecto de ley tampoco contempla nuevos recursos para la salud pública.
- Evitar la caída abrupta del sistema asegurador privado permite habilitar la necesaria reforma al sistema de salud. **Así, el fallo de la Corte Suprema podría interpretarse como de aplicación relativa –lo que es consistente con nuestro ordenamiento jurídico– o bien recoger las propuestas de cálculo de Inostroza y Sánchez<sup>1</sup>.**

---

1. Inostroza, Manuel y Sánchez, Héctor (2023).

- Por último, **hay que avanzar en forma decidida a una reforma profunda al sistema de salud, que sea equitativa, entregue prestaciones de calidad y respete el derecho a elegir de las personas.** La reforma, debiera contener al menos la creación de un plan único y universal que sea ofrecido por Fonasa y las aseguradoras privadas; un mecanismo de compensación de riesgo que garantice la libre afiliación; un seguro catastrófico y de medicamentos; el fortalecimiento institucional de Fonasa y de la Superintendencia de Salud y una mejora en la institucionalidad de los hospitales públicos.

## Introducción

Un posible colapso del sistema de aseguramiento de salud privado en nuestro país podría generar una severa crisis sanitaria, afectando no sólo a los actuales beneficiarios de Isapre, sino que también a los de Fonasa. Una caída abrupta de las Isapres generará la masiva migración a Fonasa, en especial de los 1,3 millones de personas con tratamientos en curso o prexistencias, lo que incrementará la demanda por el ya colapsado sector público de salud: a marzo de 2023, son 150 días promedio de espera para ser atendido por una patología GES y 515 para acceder a una cirugía no GES. Por lo tanto, si una fracción de los más de tres millones de usuarios de Isapre se comienza a atender en el sector público de salud, la calidad de la atención decaerá para ellos y para los actuales afiliados a Fonasa. De acuerdo a la declaración de los ex Superintendentes de Salud, si colapsa el sistema de Isapres, las listas de espera en cirugías GES podrían aumentar en cerca de 300 mil personas (actualmente hay cerca de 60 mil personas en listas de espera de patologías GES).

Además, el colapso del aseguramiento privado afectará negativamente a la red de prestadores privados de salud, que atiende a 11,1 millones de personas, realiza el 52% de las atenciones médicas a nivel nacional, el 38% de los exámenes médicos y de diagnóstico y el 47% de las intervenciones quirúrgicas; además, su rol es particularmente crítico en algunas prestaciones como las diálisis ya que el 90% se hacen en prestadores privados y en el caso de los trasplantes el 89%. Los prestadores privados representan el 30% de las camas críticas con las que cuenta el país y resuelven, en promedio, el 20% de las listas de espera de Fonasa. Como es evidente, el sector privado de salud no sólo atiende a los afiliados a Isapre, sino que también a Fonasa, otorgándoles cerca de 74 millones de prestaciones al año de esta manera, los afiliados que utilizarán la modalidad libre elección de Fonasa (o la nueva modalidad) tendrán menos alternativas para atenderse. La asociación de clínicas de Chile ha señalado que las Isapres representan el 61% de sus ingresos y les adeudan más de US \$600 millones, por lo tanto, de colapsar éstas, podría significar la caída de parte de la red de prestadores privados, con la consecuencia de la pérdida de miles de empleos<sup>2</sup> y de capacidad de atención sanitaria del país.

Si bien toda la población se verá afectada, serán los más vulnerables –afiliados a Fonasa que no pueden acceder a la libre elección y afiliados a Isapre con tratamientos en curso y prexistencias– los más perjudicados, que verán amenazadas o postergadas sus atenciones de salud.

---

2. Los ex superintendentes de salud señalan que se podrían llegar a perder cerca de 100 mil empleos.

## Cobro de planes de Isapres

Los trabajadores cotizan el 7% de su salario (con tope de 81,7 UF) para salud, que puede ser destinado a la institución aseguradora pública (Fonasa) o a instituciones privadas (Isapres). En Isapres las personas pueden cotizar voluntariamente más del 7% obligatorio para incrementar la cobertura que reciben, en la práctica las personas pagan a las Isapres el 10% de su sueldo en promedio.

El precio de las Isapres depende de una serie de elementos descritos a continuación:

$$\text{Precio final} = (\text{precio base} * \text{factor de riesgo}) + \text{prima GES} + \text{CAEC}$$

El precio base es el precio asignado por la Isapre a cada plan de salud. Este precio debe ser idéntico para todas las personas que contraten el mismo plan. Existen más de 40.000 planes de salud distintos en el sistema.

El factor de riesgo es individual para cada afiliado y se determina según una tabla de factores de riesgo. En 2005 existían 2.400 tablas de factores de riesgo, por lo que se restringió la libertad de las Isapres a determinar tablas de factores<sup>3</sup>. En 2019, la Superintendencia de Salud (SIS) fijó una tabla única de factores que entró en vigencia en abril de 2020 para los planes que se comercializaran a futuro.

La prima GES permite cubrir el otorgamiento de la cobertura de 87 enfermedades que cuentan con garantías exigibles (acceso, oportunidad, protección financiera y calidad). Esta prima la fija cada Isapre y debe ser igual para todos los beneficiarios. La prima GES puede variar cada tres años a menos que se altere el decreto que establece las GES, por ejemplo, si se agrega una nueva enfermedad.

El CAEC corresponde a la cobertura adicional para enfermedades catastróficas que permite financiar gastos de atenciones de salud realizadas en la red de prestadores CAEC que cada Isapre designe. Se activa frente a un diagnóstico de alto costo.

---

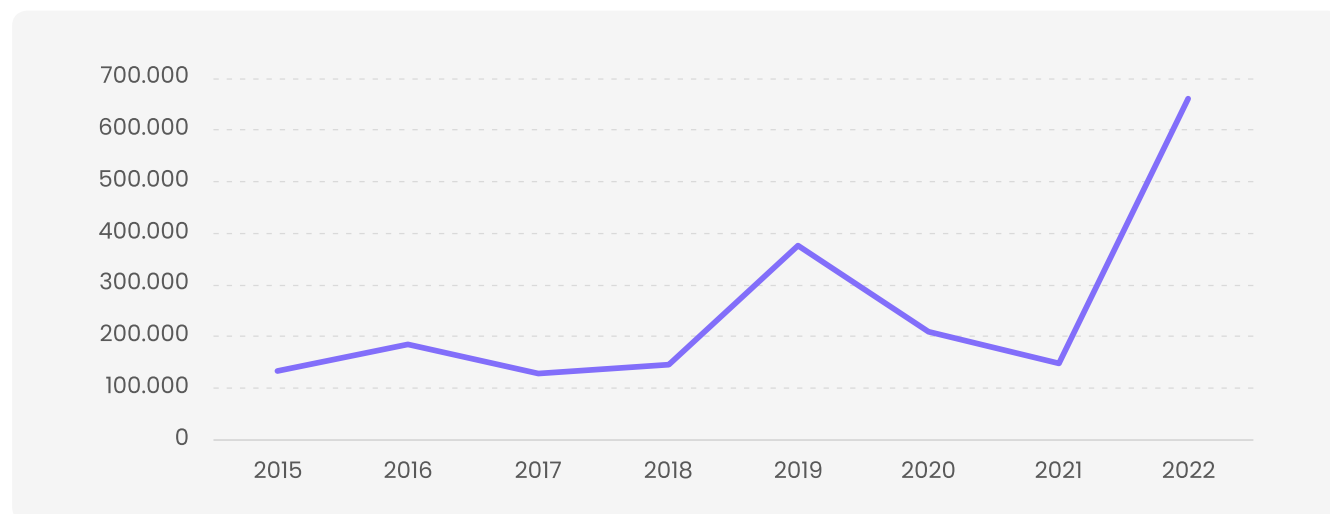
3. Ley N°20.015

## Judicialización de los cobros de las Isapres

En 2010 el Tribunal Constitucional se pronunció de oficio señalando que la discriminación en base a edad y sexo eran incompatibles con el derecho a la igualdad ante la ley. Lo anterior significó que las Isapres quedaban impedidas de modificar el precio por cambio en el tramo etario de sus afiliados, pudiendo, eso sí, aplicar la tabla de factores al momento de la afiliación.

Desde entonces se ha observado una creciente judicialización (gráfico 1) por las adecuaciones del precio base, las tablas de factores y la prima GES. Se observa en el gráfico 1 que hay un marcado aumento en el número de los recursos de protección presentados por los cotizantes de las Isapres los años que corresponden alzas en la prima GES (2019 y 2022).

*Gráfico 1. Recursos de protección contra Isapres abiertas ingresados en Cortes de Apelaciones, años 2015 a 2022*



Fuente: elaboración propia con datos del PJUD.

## *El cuestionable fallo de la Corte Suprema*

En agosto de 2022 la Corte Suprema (CS) emitió un fallo que dejó sin efecto las alzas de los precios base anuales de las Isapres<sup>4</sup> y, en noviembre de ese mismo año, otro fallo determinó que la tabla única de factores (TUF) publicada por la SIS en 2019 (que entró en vigor en abril de 2020) era la que prevalecía, dejando sin efecto todas las otras tablas de factores existentes a esa fecha.

En concreto, la CS estableció mediante su fallo de noviembre de 2022 que:

- Las Isapres deberán restituir los cobros que hayan realizado a sus afiliados debido al uso de una tabla de factores distinta a la TUF desde abril de 2020, así si de la aplicación de la TUF correspondía un precio final menor al cobrado, la Isapre debe devolver la diferencia. Sin embargo, si la aplicación de la TUF llevaba a un cobro superior, la Isapre no podrá cobrar la diferencia.
- La tabla de factores sólo se puede aplicar al momento de ingresar a la Isapre y es inmodificable en el tiempo, salvo que sea beneficioso para el afiliado. Por lo tanto, el precio final no se modificará por cambio en el tramo etario.
- Suspensión del cobro a no natos y menores de dos años, quienes sólo pagarán prima GES.
- Instruyó a la SIS a que en un plazo de seis meses determine las medidas administrativas para implementar el fallo. El plazo fue recientemente extendido, añadiendo seis meses adicionales.

Adicionalmente, se interpretó que la sentencia es de aplicación general, es decir que afectarían a todas las Isapres y a todos sus afiliados. Lo anterior, pese a que es contrario al ordenamiento jurídico nacional que establece que las sentencias son de efecto relativo, es decir sólo afectan a quienes participan de la demanda. Actualmente existe una controversia sobre si el fallo es de aplicación general o relativo.

De esta manera, la CS, mandató a aplicar la TUF con efecto retroactivo en circunstancias que la SIS no tenía las facultades para, en 2019, instruir a las Isapres a aplicar la TUF a los contratos vigentes y, por esto, limitó su aplicación a los planes que se comercializaran a futuro.

La SIS interpretó el fallo como de aplicación general, con lo que calculó que la restitución de los cobros alcanza US \$1.400 millones de dólares, 98% de ellos se debe a la aplicación de la TUF a todos los planes y 83%, esto es US \$1.160, debido a la aplicación retroactiva del fallo, es decir, los cobros en “exceso” efectuados entre mayo de 2020 y noviembre de 2022 a la totalidad de los afiliados. Es interesante constatar que, en la mayor parte del período en

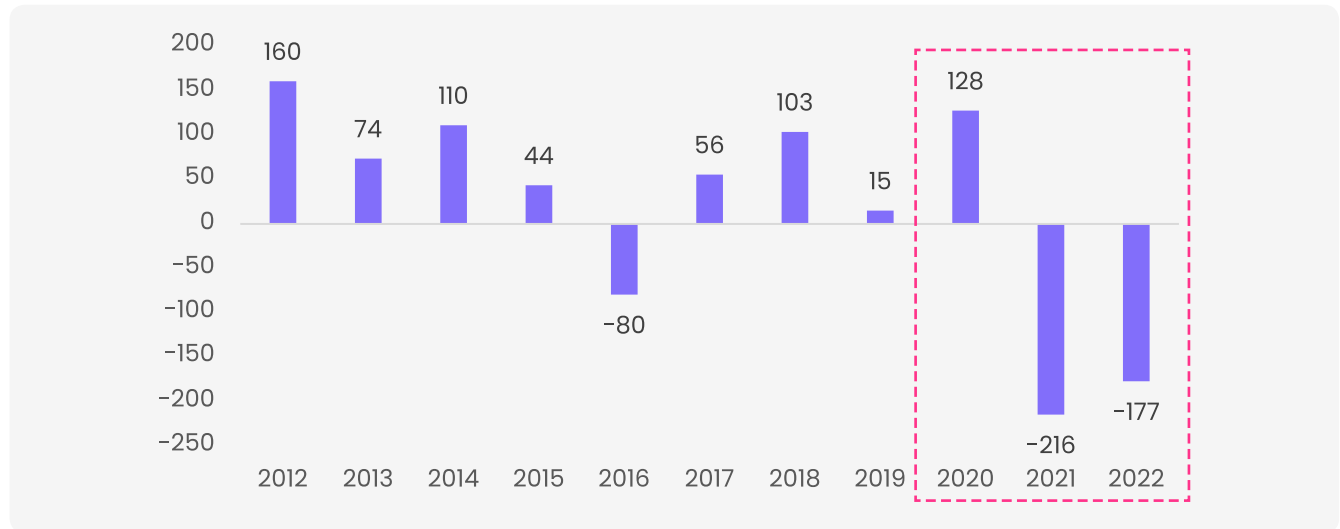
---

4. Más antecedentes en la Circular 409 de la SIS del año 2022.



cuestión, las Isapres tuvieron pérdidas operacionales relevantes (gráfico 2) lo que es contradictorio con la tesis que aduce cobros en exceso, ya que dichos cobros fueron utilizados en el pago de prestaciones de salud. De acuerdo con la teoría económica, un cobro en exceso tendría que reflejarse en utilidades sobrenormales, lo cual no ocurrió.

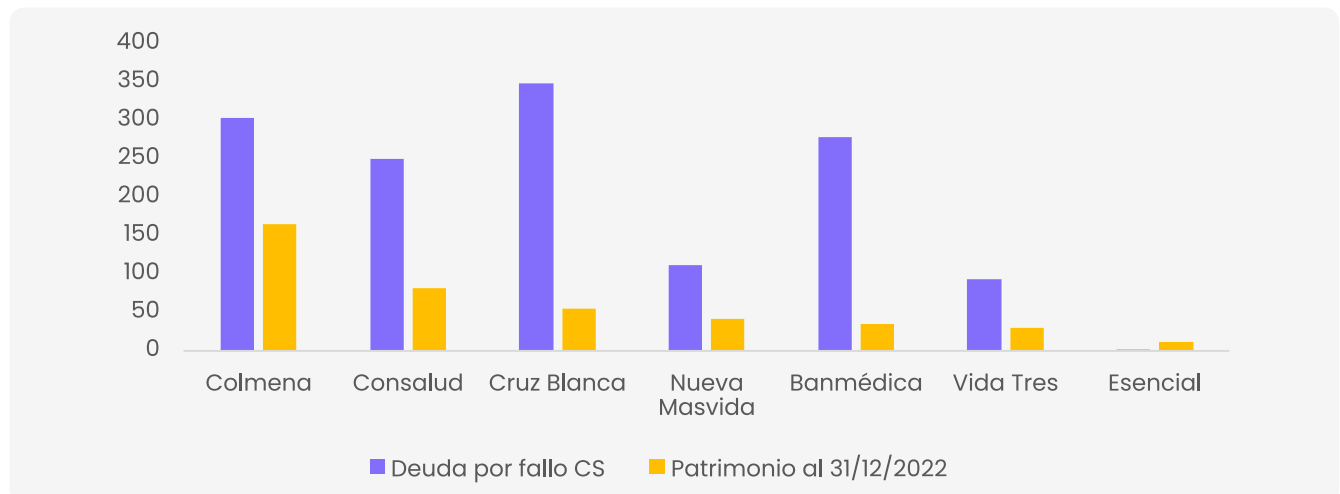
Gráfico 2. Utilidades de las Isapres abiertas en millones de dólares



Fuente: Elaboración propia en base a Superintendencia de Salud y Banco Central de Chile.

Otro aspecto que debe ser tomado en consideración, es que la cuantía de los supuestos cobros en exceso efectuados por las Isapres (US \$1.400 millones) es de un orden de magnitud muy superior a las utilidades evidenciadas por las Isapres (gráfico 2) y muy superior a su patrimonio (gráfico 3). Con la excepción de la Isapre Esencial, el patrimonio de las aseguradoras representa sólo el 31% en promedio de la deuda originada por el fallo de la CS, esto sin considerar otros pasivos de dichas compañías (gráfico 3).

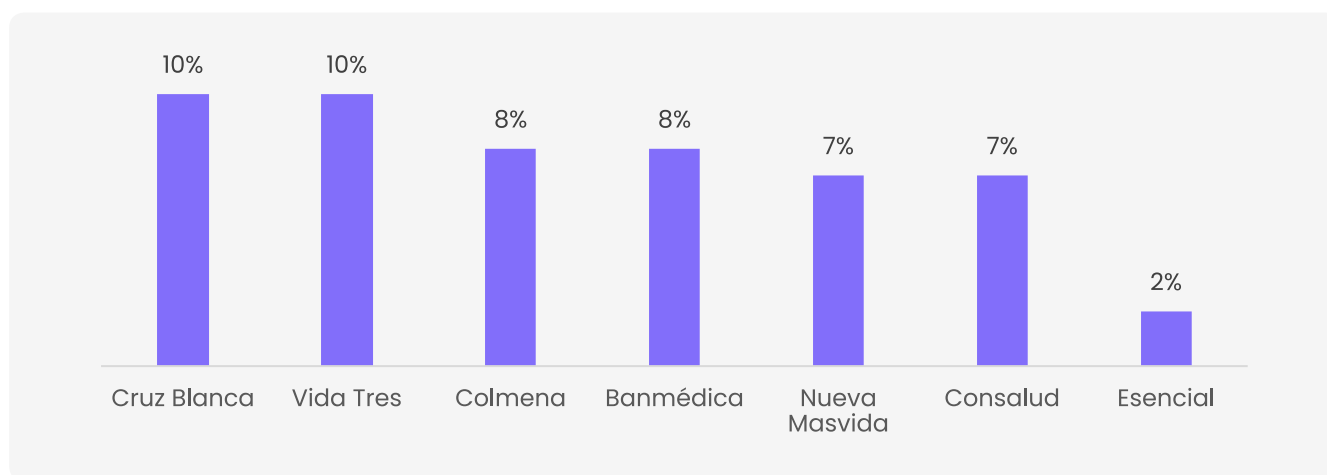
Gráfico 3. Deuda por Fallo de la CS y Patrimonio de las Isapres abiertas, millones de dólares



Fuente: Elaboración propia con datos de la Superintendencia de Salud.

Adicionalmente, la SIS estima que la aplicación del fallo implica menores ingresos por cotizaciones a futuro para las Isapres que fluctúan entre 2% y 10% de las cotizaciones totales percibidas a diciembre de 2022 en las Isapres abiertas (gráfico 4).

*Gráfico 4. Estimación de la pérdida de ingresos futuros en Isapres abiertas (cotizaciones mensuales como porcentaje de las cotizaciones totales de diciembre de 2022).*



*Fuente: Elaboración propia con datos de la Superintendencia de Salud.*

De esta forma, la interpretación de la SIS al fallo impone una deuda inabordable y, al mismo tiempo, inviabiliza el sistema al desbalancear ingresos y gastos a futuro. En otras palabras, se estaría terminando con el sistema asegurador privado de salud de nuestro país, es decir, en los hechos, y la CS habría hecho una política pública, lo que no es propio de su rol.

Lo anterior ocurriría si la sentencia tiene un alcance general pese a que la ley vigente establece que las sentencias sólo tienen efecto relativo o particular a quienes están compareciendo ante los jueces. En un Estado de Derecho, cada institución tiene un ámbito de acción y los encargados de realizar políticas públicas son los legisladores, quienes, a diferencia de los jueces, deben tener a la vista el interés general y la administración de recursos que por definición son escasos, ya que sus decisiones son de aplicación general.

Por esto, no extraña que en el fallo la CS explícitamente reconozca desconocer las eventuales cantidades a devolver y su monto, dejando la responsabilidad de determinarlo al órgano fiscalizador:

*“considerando el carácter eminentemente cautelar de la acción deducida, no es posible, por esta vía, determinar la existencia de eventuales cantidades a devolver y su monto, razón por la cual será el órgano fiscalizador quien, en su caso, determinará la forma de proceder a su cómputo y diseñará las directrices, forma y condiciones de devolución, en caso de corresponder”.*

## *El Proyecto de Ley Corta del Gobierno*

Si bien el Proyecto de Ley presentado por el Gobierno reconoce que de la aplicación general del fallo podría derivar en una crisis no sólo del sistema de aseguramiento privado de salud, si no que de la totalidad del sistema de salud:

*“A mayor abundamiento, la eventual insolvencia o incumplimiento de indicadores de las ISAPRE puede precipitar una crisis en el sistema privado de financiamiento de salud que exponga la sostenibilidad del sistema sanitario en su conjunto, incluidos prestadores públicos y privados”.*

Pese a lo anterior, el Proyecto de Ley interpreta que el fallo es de aplicación general y no contiene medidas que permitan viabilizar el sistema privado, si no que mantiene la incertidumbre sobre su subsistencia.

El Proyecto de Ley, dota a la SIS con la facultad de modificar los contratos de salud vigentes y aplicar de forma universal la TUF. Así, la SIS determinará cómo se hará efectiva la adecuación del precio final de los contratos que usaron una tabla de factores distinta a la TUF. Además, se faculta a la SIS a instruir a las Isapres a suspender el cobro a los menores de dos años de edad.

El proyecto de ley, al facultar a la SIS para instruir a las Isapres a adecuar los precios finales de todos sus contratos vigentes por la aplicación de la TUF está implícitamente reconociendo que en 2019 dicha institución no tenía esta facultad.

El proyecto de ley no resuelve el problema regulatorio que se presenta debido a que, si de la aplicación de la TUF, resulta un precio final del plan más bajo, no se permite el incremento del mismo. Por lo tanto, en la práctica, no se estaría aplicando la TUF a esos contratos o bien se estaría alterando el precio base, cosa que no es posible toda vez que la normativa dispone que el precio base debe ser igual para todos. Esta inconsistencia regulatoria del Proyecto de Ley abre nuevos espacios de judicialización.

Como se observa en la Tabla 1, de acuerdo a la SIS, en promedio el 38% de los contratos que mantienen las Isapres abiertas serán favorecidos por cambio en la tabla de factores y no cobro a menores de dos años. Por lo tanto, hay 62% de contratos que no serán favorecidos, sería importante conocer cuántos de éstos habrían sido perjudicados frente a la aplicación de la TUF, desgraciadamente esta información no está disponible. Sin embargo, es posible suponer que existe un número no menor de contratos en los que la aplicación de la TUF habría resultado en un precio final superior. En definitiva, además de la contradicción nor-

mativa que surge al no reajustar al alza estos contratos (o no se aplica la TUF o se diferencia el precio base, ambas alternativas prohibidas en la normativa), es importante constatar que esta disposición desbalancea el seguro y rompe con su lógica económica de subsidios cruzados, lo que lleva a su inviabilidad a futuro.

*Tabla 1. Contratos favorecidos y total de contratos por Isapre. Sólo Isapres abiertas.*

	TOTAL CONTRATOS	CONTRATOS FAVORECIDOS	PORCENTAJE DE CONTRATOS FAVORECIDOS
Colmena	432.477	166.475	38%
Cruz Blanca	378.468	163.996	43%
Vida Tres	84.215	36.475	43%
Nueva Masvida	173.123	60.497	35%
Banmédica	395.912	146.008	37%
Consalud	404.000	143.245	35%
Esencial	3.501	318	9%
<b>Total</b>	<b>1.871.696</b>	<b>717.014</b>	<b>38%</b>

Fuente: Superintendencia de Salud.

A su vez, el proyecto de ley dispone que las Isapres deberán presentar a la SIS, en un plazo de seis meses, un plan de devolución de las cotizaciones que la CS estima que fueron cobradas en exceso. La SIS tendrá que evaluar si aprueba o no dicho plan de devolución, para lo cual contará con un consejo asesor que emitirá una opinión no vinculante. Se establece, además, que el pago de las devoluciones podrá ser a través de excedentes, prestaciones o coberturas, todas estas alternativas, se debe recalcar, tienen costo.

Se determina que los excedentes adeudados no serán considerados en las garantías que las Isapres deben mantener vigente, ni en los indicadores de liquidez y patrimonio. Lo anterior para evitar el incumplimiento por parte de las aseguradoras y así no afectar las atenciones de salud de las personas. Sin embargo, estos indicadores de solvencia tienen una razón de ser, la cual es, precisamente, indicar la solvencia de las aseguradoras. No incluir para el cálculo de estos indicadores toda la deuda que las Isapres mantienen solamente permite ocultar una situación de insolvencia, mas no evitarla.

Además, se establece que, ante la quiebra de una aseguradora, los excedentes impagos estarán en el sexto orden de prelación para su pago a los afiliados. A diciembre de 2022 el total de pasivos de las aseguradoras abiertas alcanzaba US \$1.476 millones y la deuda por el fallo de la CS según la SIS agrega otros US \$1.400 millones al pasivo, es decir duplica el pasivo alcanzando US \$2.876 millones, mientras que el patrimonio de todas las aseguradoras abiertas es de sólo US \$421 millones (gráfico 3), por lo que el patrimonio permitiría cubrir sólo

el 14,6% de los pasivos. En conclusión, lo más probable es que la deuda emanada del fallo de la CS no se pague y, por lo tanto, el proyecto de ley estaría generando expectativas que no serán satisfechas a la población.

Las Isapres no podrán retirar utilidades mientras no paguen lo adeudado a sus afiliados.

Por otro lado, el proyecto de ley faculta a la SIS para definir la prima GES que podrán cobrar las Isapres. El objetivo de esta disposición es terminar con la judicialización por el precio GES (gráfico 1), sin embargo, las fijaciones de precios tienen riesgos asociados que deben ser evaluados con cuidado como la subinversión y subprovisión que se podrían traducir en menor calidad. Para poder realizar una correcta evaluación de los riesgos, sería necesario contar con el detalle de cómo se pretende realizar esta fijación de precios.

A su vez, se permite que se incluyan nuevos factores para el cálculo del Índice de Costos de Salud (ICSA) con el objetivo que sea más representativo de la realidad del sector. Además, se establece que el ICSA dejará de ser el valor máximo de reajuste del precio base de los planes de salud para pasar a ser el porcentaje único u obligatorio de reajuste. Este elemento también busca limitar la judicialización de las alzas del precio de los planes de salud.

Por último, el Proyecto de Ley contempla el fortalecimiento de Fonasa mediante la creación de una nueva modalidad de atención<sup>5</sup> llamada modalidad de cobertura complementaria (MCC). La MCC consiste en que Fonasa contratará seguros privados voluntarios para sus beneficiarios en el marco de la MLE. Los beneficiarios pagarán, adicional al 7% obligatorio, una prima única plana<sup>6</sup> por beneficiario que les dará acceso a cobertura financiera adicional en una red de prestadores privados determinada. Podrán acceder a esta nueva modalidad los afiliados a Fonasa de los tramos B, C y D los que deberán haber efectuado cotizaciones de salud durante los últimos seis meses<sup>7</sup>.

La MCC contempla distintos esquemas de coberturas diseñados por Fonasa a los que podrán optar los afiliados, todos los esquemas tendrán el mismo catálogo de prestaciones. Cada esquema tendrá su red de prestadores en convenio, su prima plana complementaria (igual para todos los miembros de un mismo esquema) y una bonificación en función del arancel MCC (el porcentaje de bonificación será el mismo en cada esquema). En todos los esquemas, el porcentaje que financia Fonasa es el mismo y corresponden a los mismos montos como aporte fiscal que tienen las prestaciones de salud en MLE. Respecto de las prestaciones que estarán en MCC y no están aranceladas en Fonasa, el cálculo de la cobertura se hará aplicando las mismas reglas que en la MLE.

---

5. Actualmente existen dos modalidades de atención: la modalidad de atención institucional (MAI) y la modalidad libre elección (MLE). La MAI está disponible para todos los tramos de Fonasa (A, B, C y D) y la atención se realiza en la red pública de salud con copago cero. La MLE está disponible para los tramos B, C y D de Fonasa, la atención se realiza en prestadores privados de salud en convenio con Fonasa y el financiamiento es compartido (un porcentaje financiado por Fonasa y un copago del beneficiario).

6. La prima será la misma para cada persona inscrita en el esquema, independiente de su edad, género o condición de salud.

7. Los afiliados trabajadores independientes tendrán reglas de incorporación especiales para acceder a la MCC.

Será Fonasa el encargado de estructurar las redes de prestadores de la MCC con las que celebrará convenios similares a los de la MLE, por último, el arancel de las prestaciones será determinado por los ministerios de Hacienda y Salud según proposición de Fonasa. Luego Fonasa licitará a compañías de seguros el otorgamiento de la cobertura financiera complementaria, estas compañías recibirán la prima complementaria de los afiliados.

Por lo tanto, las modalidades de atención de Fonasa, al incorporarse la MCC, serán tres y se distinguen en sus beneficiarios, prestadores y financiamiento (Tabla 2).

*Tabla 2. Esquema de modalidades de atención de Fonasa al incorporarse la MCC*

	MAI	MLE	MCC
Beneficiarios	Todas las personas afiliadas a Fonasa (grupos A, B, C y D)	Grupos B, C y D de Fonasa	Personas de los grupos B, C y D de Fonasa inscritos en MCC
Prestadores	Red Pública de Salud	Prestadores privados en convenio MLE	Prestadores privados en convenio MCC, por esquemas
Financiamiento	Gratuito	Porcentaje financiado por Fonasa + copago del afiliado según arancel MLE	Porcentaje financiado por Fonasa + porcentaje financiado por la aseguradora + copago del afiliado según arancel MCC

Fuente: Fonasa.

Con el fortalecimiento de Fonasa y creación de la nueva modalidad, el Gobierno pretende que, ante el colapso del sistema asegurador privado, los actuales beneficiarios de Isapre que eventualmente deban migrar a Fonasa no vean disminuir su protección financiera en salud y, además, resguardar a los prestadores privados de salud permitiendo que sigan atendiendo pese a la eventual caída de los cotizantes a Isapre. El cumplimiento de estos objetivos dependerá críticamente de la gestión que realice Fonasa determinando las redes de prestadores y los aranceles que fije a las mismas.

Un elemento que el Proyecto de Ley y su informe financiero no evalúan adecuadamente es la selección adversa, dado que este será un seguro voluntario y que no tiene restricciones por razones sanitarias, podría suceder que sólo las personas más enfermas lo elijan, en ese caso el valor de la prima subiría.

El punto anterior se refuerza si se da una caída “desordenada” de las Isapres, esto es que vayan quebrando de a poco, puesto que los afiliados enfermos y con preexistencias de las aseguradoras que quiebren no podrán cambiarse a otra Isapre, sino que llegarán a Fonasa. De esta manera, la nueva modalidad MCC concentraría personas enfermas y con preexis-

tencias presionando el valor de la prima y el gasto público al alza. Es plausible suponer que incluso en un escenario catastrófico no quebrarán todas las Isapres, ya que existe una Isapre abierta relativamente nueva –Esencial– que no acumula deudas considerables por el fallo de la CS y cuya relación deuda patrimonio se mantendría sana (tabla 3). Por lo tanto, es factible que frente al colapso del sistema se dé una situación de descreme de la cartera que afectará a Fonasa negativamente.

*Tabla 3. Pasivos y Patrimonio por Isapre abierta*

	PASIVOS (US\$ MILLONES)	DEUDA POR FALLO CS (US\$ MILLONES)	PATRIMONIO AL 31/12/2022 (US\$ MILLONES)	DEUDA SOBRE PATRIMONIO
Colmena	443	303,1	165,2	4,5
Consalud	250	249,3	81,3	6,1
Cruz Blanca	95	347,8	54,8	8,1
Nueva Masvida	149	111,4	41,6	6,3
Banmédica	232	278,1	36,2	14,1
Vida Tres	290	93,7	30,1	12,8
Esencial	16	0,2	12,0	1,3
<b>Total</b>	<b>1.476</b>	<b>1.383,6</b>	<b>421,2</b>	<b>6,8</b>

Fuente: Elaboración propia con datos de la Superintendencia de Salud.

Pese a lo anterior, el Gobierno asegura que la implementación de la nueva modalidad MCC arrojará un margen positivo para el Estado, es decir, los ingresos por cotizaciones serán superiores a los gastos en prestaciones y a los gastos administrativos. Esto se basa en una serie de supuestos erróneos:

- La Dipres usa como referencia para modelar el comportamiento sanitario de la población que llegará a Fonasa desde las Isapres a quienes estuvieron afiliados a alguna Isapre en diciembre de 2022, sin tomar en cuenta el efecto de la selección adversa.
- Fonasa, por su parte, afirma que el nivel de riesgo sanitario de los beneficiarios que lleguen desde las Isapre a Fonasa es menor que la de la población promedio actualmente afiliada a Fonasa, por lo tanto, su costo esperado es menor. Para realizar esta afirmación se basan en las características de las personas que se cambiaron voluntariamente a Fonasa desde las Isapres entre enero de 2021 y diciembre de 2022. Sin embargo, no toma en cuenta las diferencias entre dicha población y la que queda en Isapres. Tampoco toma en cuenta la selección adversa.
- Dipres supone que el gasto en licencias médicas de los nuevos afiliados a Fonasa es igual al que tuvieron los afiliados a Isapres durante 2022, sin embargo, se sabe que la

tasa de rechazo de las licencias médicas (15%) es muy superior a la de Fonasa (6%), por lo tanto, el gasto por este concepto debiera incrementarse.

- El informe financiero estima que un 2,5% de los nuevos afiliados a Fonasa tendrán un egreso hospitalario en la modalidad MAI y que el 50% de estos nuevos afiliados serán beneficiarios de la atención primaria de salud (APS). Esto significa que podrían llegar hasta 75.580 nuevos pacientes a la ya colapsada red de hospitales públicos y hasta 1,5 millones de nuevos pacientes a la APS, sin embargo, el proyecto de ley no contempla inversiones o mayor gasto en la red pública de salud.
- Existen una serie de prestaciones a las que acceden los afiliados a Isapre que Fonasa no cubre, aproximadamente un 30% de las prestaciones de Isapre no tienen código Fonasa. Si estas prestaciones no se cubren, aumentará el gasto de bolsillo de los actuales beneficiarios de Isapre que se cambien a la MCC, pero si se cubren, se elevará el gasto de Fonasa.



## *Hacia un buen sistema de salud en Chile*

La actual situación que atraviesa la industria aseguradora privada de salud en Chile tiene múltiples causas que pasan por una mala regulación, una industria que se resistió fuertemente a implementar cambios y la falta de acuerdos políticos que impidió que se concretaran las reformas al sistema que se presentaron<sup>8</sup>. Así, durante los años, las Cortes tuvieron que ir resolviendo los problemas del sistema y, pese a que el Poder Judicial hiciera reiterados llamados a los otros poderes del Estado a resolver los problemas legislativamente, no hubo capacidad política para que se concretaran las necesarias reformas.

Hoy estamos ante una crisis severa del sector asegurador privado que amenaza con convertirse en una crisis sanitaria que afectaría a la totalidad de la población, ante esto, es el Gobierno el responsable de encontrar una solución. Es indispensable que el proyecto de ley se haga cargo de dar una salida técnica y políticamente viable al fallo de la CS, lo que pasa por encontrar una fórmula que reduzca la incertidumbre y no implique la quiebra de la gran mayoría de las aseguradoras privadas. En lugar de interpretar que el fallo es de aplicación general, contrario a nuestro ordenamiento jurídico, el Gobierno podría interpretar que el fallo es de aplicación relativa con lo cual la deuda de las Isapres asociada al fallo se reduciría considerablemente. Otra posibilidad interesante son las alternativas de cálculo que realizan los ex superintendentes, Manuel Inostroza y Héctor Sánchez, que, dando cumplimiento al fallo y aún si es de aplicación general, no inviabilizan el sistema asegurador de salud privado. Por ejemplo, proponen que se realice el cálculo por contrato, contabilizando rebajas y descontando alzas tanto dentro como entre contratos; o que se establezca que el período en que corresponde efectuar la devolución de cobros en exceso corresponde sólo a los meses en que las Isapres tuvieron utilidades; entre otras propuesta<sup>9</sup>.

El sistema de salud en Chile adolece de importantes problemas, el principal de ellos es que el mercado está segmentado sobre la base de características socioeconómicas y de riesgo de los beneficiarios. Las aseguradoras privadas han sido capaces de seleccionar personas comparativamente más sanas mediante la discriminación por precio, la cobertura restringida y la exclusión, mientras que los grupos de mayor riesgo de la población, incluidos los adultos mayores y las mujeres, están sobre representados entre los beneficiarios Fonasa (Horizontal, 2023). En la tabla 4 se observa como las Isapres concentran a la población de mayores ingresos y mayor escolaridad, mientras que, en Fonasa, particularmente A y B, está la población más pobre, de mayor edad, menos educada y mujeres<sup>10</sup>.

---

8. El Ejecutivo en 2011 ingresó el proyecto de ley que “modifica el Sistema Privado de Salud, incorporando un plan garantizado (Boletín Nº 8.105-11). En 2019 ingresó el proyecto que “reforma el Fondo Nacional de Salud y crea un plan de salud universal” (Boletín Nº 13.863-11) y el proyecto que “crea el Seguro de Salud Catastrófico a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de libre elección de Fonasa” (Boletín Nº 12.662-11).

9. Ver Inostroza y Sánchez 2023.

10. En 2021, los mayores de 65 años representaron el 4,2% de los cotizantes a Fonasa y el 3,6% de los cotizantes a Isapres.

*Tabla 4. Perfil socioeconómico y demográfico de usuarios, por tipo de asegurador y grupo de Fonasa, 2017*

VARIABLE	GRUPOS FONASA			ISAPRE
	A	B	CYD	
Mujeres (% del total del grupo)	58	55	50	48
Edad promedio (años)	33	45	34	34
Niños (1-17 años)(% del total del grupo)	34	16	25	23
Adultos (18-64 años)(% del total del grupo)	55	58	69	70
Tercera edad (65 y más) (% del total del grupo)	11	26	6	7
Casado o conviviente (% del total del grupo)	50	52	59	59
Reside en zona urbana (% del total del grupo)	79	85	92	95
Trabajadores dependientes (% del total del grupo)	27	72	88	83
Contrato firmado (% del total del grupo)	6	64	84	78
Migrante (% del total del grupo)	2	4	4	4
Pertenece a pueblo indígena (% del total del grupo)	15	9	10	5
Personas con dependencia funcional (% del total del grupo)	3	4	1	1
Años de escolaridad promedio	9	10	12	15
Ingreso per cápita promedio del hogar	\$190.075	\$281.616	\$334.442	\$871.741
Pobreza extrema (% del total del grupo)	6	2	1	0

Fuente: Silva y Velasco 2021, Radiografía a las necesidades de los grupos A y B de Fonasa.

Además, la movilidad de los cotizantes está limitada debido a las preexistencias y la edad, a esto se agrega la enorme cantidad de planes distintos que se ofrecen en el mercado (más de 40.000) que dificulta la comparación, todo lo anterior lleva a baja intensidad competitiva en este mercado.

En definitiva, urge realizar una reforma para dotar a Chile de un sistema de salud eficiente y justo, que entregue atención de calidad de manera oportuna y que además se adecúe a la realidad nacional, donde la gran mayoría de las personas desea que se le respete su derecho a elegir y que existan actores públicos y privados, tanto en el mercado asegurador como en el de prestadores.

Se debe avanzar en una reforma que contenga:

- Plan de salud único y universal. Será obligatorio para la población suscribir el plan que será ofrecido por Fonasa y por aseguradoras privadas. La afiliación al asegurador de preferencia será libre, esto implica que no se podrá negar el acceso a ninguna persona, con lo que no habrá discriminación ni por edad, género, condición de salud o situación socioeconómica.

Los beneficios del plan universal serán los mismos para todos y se definirán por una institución de alto nivel técnico que propondrá al Ministerio de Salud los tratamientos, tecnologías, exámenes y medicamentos incluidos. El plan se actualizará periódicamente.

El plan se financiará con cotizaciones y aportes estatales para las personas que lo requieran. Además, las personas, empresas o instituciones en general podrán contratar voluntariamente seguros complementarios para incrementar la cobertura provista por el plan universal.

El plan de salud universal contará con garantías de atención oportuna, es decir, con plazos máximos para las prestaciones incluidas. Esto será fiscalizado por la SIS quien deberá aplicar los mismos criterios a Fonasa y a las aseguradoras privadas.

- Mecanismo de compensación de riesgos. Para evitar la selección, discriminación y descreme, se creará un mecanismo de compensación de riesgos similar al que opera actualmente en el GES. Una institución autónoma será la encargada de realizar los trasposos de recursos entre aseguradoras de manera de compensar las diferencias en riesgo que presenten sus carteras, de esta forma se garantiza la no discriminación y la libertad de afiliación.
- Fortalecimiento de Fonasa. Se requiere que Fonasa modifique sus atribuciones e institucionalidad, para que deje de ser una caja pagadora y se transforme en una aseguradora que ofrezca el plan universal. Por ejemplo, deberá ser capaz de determinar la red de prestadores y negociar con ellos las condiciones que se les exigirán. Es fundamental que Fonasa cuente con un mejor gobierno corporativo, que no sea unipersonal y que no dependa del gobierno de turno.
- Seguro catastrófico. El plan de salud universal tendrá un seguro catastrófico que garantizará un límite al gasto de bolsillo de los afiliados.
- El plan de salud incluirá un seguro de medicamentos. Los medicamentos asociados a las prestaciones cubiertas por el plan de salud universal estarán incluidos en el mismo.
- Fortalecimiento y redefinición de la Superintendencia de Salud. La SIS deberá ser capaz de fiscalizar que se cumplan las garantías del plan universal, utilizando los mismos estándares para aseguradores y prestadores públicos y privados. La SIS debiera migrar hacia un ente fiscalizador del sistema que vele por la calidad de la atención de los usuarios y el cumplimiento de las garantías del plan universal.

Actualmente la SIS realiza funciones que escapan del que debiera ser su foco –velar por la calidad de atención de los usuarios del Sistema de Salud—, por ejemplo, está a cargo

de los procesos de reorganización y quiebras existiendo otras instituciones públicas especializadas en eso.

- Mejora en la gobernanza de los hospitales públicos. Se han detectado importantes fallencias en la gestión de los hospitales públicos que impide que estén entregando una atención oportuna y de calidad a los usuarios, por ejemplo, los pabellones se utilizan sólo 50% en promedio<sup>11</sup>. Se requiere un mejor gobierno corporativo, que cuente con la capacidad de gestionar sus recursos, además, hay que evaluar la pertinencia de la dependencia de los hospitales del Ministerio de Salud, puesto que los lleva a responder a objetivos políticos de corto plazo.
- Licencias médicas. Idealmente, la cotización para el seguro de incapacidad laboral debería separarse de la cotización para salud, además se deben introducir mejoras al diseño de este seguro como, por ejemplo, eliminar las carencias, establecer un pago decreciente en el tiempo y un mejor mecanismo que enlace las licencias extensas con los beneficios de invalidez. Por otro lado, habría que incrementar la fiscalización y castigos a la emisión de licencias médicas fraudulentas, en este sentido se debe avanzar en que exista sólo un ente fiscalizador y controlador de este ítem (el Compin), además se requiere introducir cierta estandarización según diagnóstico, crear una contraloría de grandes emisores, entre otros.

---

11. Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (2020). Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y Gestión de Lista de Espera Quirúrgica no ges.

## Conclusión

La interpretación del fallo de la Corte Suprema que realiza el Gobierno –esto es que es de aplicación general– que se ve reflejado en el proyecto de ley corta presentado y en las estimaciones de la Superintendencia de Salud, **inviabilizan el sistema asegurador privado de salud en Chile, ya que impone una deuda inabordable y reduce a futuro los ingresos de las aseguradoras.**

La caída abrupta del sistema asegurador privado llevaría a una crisis sanitaria de insospechado alcance, que no sólo afectará a los afiliados a Isapre, sino que a la población en su conjunto. **El proyecto de ley corta no evita esta eventual crisis,** ya que la solución propuesta –la creación de una nueva modalidad en Fonasa– descansa sobre **supuestos cuestionables y no permite asegurar que no caerán prestadores de salud privados.**

Es fundamental que esta crisis se resuelva, en primer lugar, para garantizar la continuidad de la atención de los afiliados y, en segundo lugar, para **permitir que se realice la necesaria y postergada reforma estructural al sistema de salud chileno.**

Existen alternativas a la estrategia del Gobierno que permiten mantener el sistema a la espera de la reforma estructural. **El Gobierno podría interpretar el fallo como de aplicación relativa, lo que sería consistente con el ordenamiento jurídico de nuestro país.** Alternativamente, los ex superintendentes Manuel Inostroza y Héctor Sánchez proponen ideas que, dando cumplimiento al fallo y aún si es de aplicación general, no inviabilizan el sistema asegurador de salud privado: **realizar el cálculo por contrato, contabilizando rebajas y descontando las alzas tanto dentro como entre contratos; o que se establezca que el período en que corresponde efectuar la devolución de cobros en exceso corresponde sólo a los meses en que las Isapres tuvieron utilidades;** entre otras propuestas.

En el mediano plazo es fundamental realizar la postergada reforma estructural al sistema de salud. Esta reforma debe avanzar de manera decidida en equidad y calidad, respetando el derecho a elegir de las personas. **Idealmente, la reforma debiera contener al menos: la creación de un plan único y universal que sea ofrecido por Fonasa y las aseguradoras privadas; un mecanismo de compensación de riesgo que garantice la libre afiliación; un seguro catastrófico y de medicamentos;** el fortalecimiento institucional de Fonasa y de la Superintendencia de Salud y una mejora en la institucionalidad de los hospitales públicos.

## Bibliografía

- Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (2020). "Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y Gestión de Lista de Espera Quirúrgica no ges".
- Clínicas de Chile. Presentación ante la Comisión de Salud del Senado. 06 de junio de 2023.
- Daza, Paula. "Análisis proyecto de ley corta de salud". CIPS-UDD. 11 de mayo del 2023.
- Excelentísima Corte Suprema Rol 16.630-2022, 30 de noviembre de 2022.
- Fernández, Patricio. "Isapres: medidas para salir de la crisis". Horizontal 2023.
- Fonasa. "Nueva Modalidad de Cobertura Complementaria". Mayo de 2023.
- Informe de Clínicas de Chile a la Comisión de Salud del Senado, 28 de marzo de 2023.
- Informe Financiero. Proyecto de ley que modifica el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, 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, en materias que indica, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud, y crea un modelo de atención en el Fonasa. Mensaje N°049-371.
- Inostroza, Manuel y Sánchez, Héctor (2023). "Diversos criterios metodológicos para calcular la devolución de excedentes de Isapres, por efecto del fallo de la Corte Suprema que ordena aplicar la tabla única de factores de riesgo de la Superintendencia de Salud definida por la circular IF 343/2019". Informe I-2023: de Políticas Públicas en Salud del Instituto de Salud Pública UNAB, mayo 2023.
- Proyecto de ley que modifica el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, 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, en materias que indica, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud, y crea un modelo de atención en el Fonasa. Mensaje N°049-371.
- Ley N°20.015

- Ministerio de Salud. "Proyecto de ley que modifica el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, crea un nuevo modelo de atención en el Fonasa, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsional". 2023.
- Silva y Velasco 2021. "Radiografía a las necesidades de los grupos A y B de Fonasa".
- Superintendencia de Salud. Circular 343 del 11 de diciembre de 2019.
- Superintendencia de Salud. "Fallo de la Corte Suprema (Tabla de Factores). Estimación de los Contratos Favorecidos y Montos a Restituir por Isapre. Escenarios retrospectivo y prospectivo". Departamento de Estudios y Desarrollo. 15 de mayo de 2023.

[www.horizontalchile.cl](http://www.horizontalchile.cl)  
[horizontal@horizontalchile.cl](mailto:horizontal@horizontalchile.cl)

 [horizontalchile](#)  [horizontalchile](#)  [horizontal\\_chile](#)  [Horizontal Chile](#)

---

 HORIZONTAL