

Proyecto de reforma constitucional, iniciado en Moción del Honorable Senador señor Bianchi, que modifica la Carta Fundamental, con el objeto de establecer el deber del Estado de asegurar el acceso a la salud y la libre movilidad y continuidad de las prestaciones de los afiliados a Instituciones de Salud Previsional, en el caso que indica.

Idea matriz.

La presente reforma tiene por objetivo asegurar la continuidad de prestaciones de salud convenidas entre las Instituciones de Salud Previsional y sus usuarios, frente al incierto escenario que han manifestado las instituciones de salud privadas.

Antecedentes previos.

La judicialización de las ISAPRE explota el año 2010 cuando la Corte Suprema, si bien reconoce la facultad legal de reajustar el precio base de los planes, dicho reajuste debe encontrarse debidamente justificado, es decir, el aumento debe responder a cambios efectivos y verificables en los costos de las prestaciones médicas del plan y no meramente en razones generales.

Esta jurisprudencia provocó que los afiliados recurrieran masivamente a las cortes de apelaciones, solicitando declarar ilegal las alzas. El año 2010 se presentaron 8.247 recursos, mientras que para el año 2019 la cifra ascendió a 374.3752. Dada la masividad de recursos, los juicios se estandarizaron decantando en sentencias tipo y procesos formales. Por ejemplo, en un cálculo realizado por el Observatorio Judicial se muestra que, si la Corte Suprema dedicara tres minutos por recurso contra las alzas de ISAPRES, entonces pasaría todo el año resolviendo acciones judiciales contra

ISAPRES.

Para ilustrar el alcance del fenómeno algunos datos son ejemplificadores: 1) El año 2018 el 64% del total de causas que ingresaron a la Corte de Apelaciones de Santiago fueron RPCI, es decir, 85.379 de un total de 134.021. 2) El año 2018 el 56% del total de las causas que ingresaron a la Corte Suprema fueron RPCI, es decir, 18.902 de un total de 33.487. 3) Se estima que durante el período 2010-2019 las ISAPRES han pagado aproximadamente 143.989 millones de pesos en costas. Ante la insistencia de las ISAPRES de reajustar sus planes, aun existiendo una nueva Ley N°21.350 que regulaba esta alza, “permitiendo” un alza de los planes en hasta un 7.6%, la tercera sala de la Corte Suprema acogió los recursos de protección, dejando sin efecto todas las alzas. En total dictó 12 fallos cuya argumentación es la misma.

Las sentencias abarcan cuatro puntos centrales: 1) reprocha a la Superintendencia de Salud una falta de diligencia y cuidado en fijar el índice de reajuste; 2) declara arbitrario e ilegal el alza de los planes; 3) análoga a las ISAPRES con los organismos públicos para efectos de fijar el estándar de transparencia y justificación que deben tener sus decisiones, 4) pone en duda la real competitividad en el mercado de las ISAPRES. Además, la Suprema declaró que las ISAPRES no pueden elaborar tablas de factores por sexo y edad por ser una práctica inconstitucional y ordenó que todos los contratos de salud que administren las aseguradoras se deben basar en la Tabla Única de Factores de la Superintendencia de Salud, publicada en diciembre del 2019.

Fue entonces el 15 de agosto de 2022 cuando el presidente de la Asociación de Isapres, Gonzalo Simón, se pronunció frente a lo que catalogó como una

crítica situación financiera de la industria que representa, asegurando incluso que problemas en el sistema hacen que una posible quiebra al interior del sector sea inminente, tanto así que este colapso podría ocurrir dentro de las próximas semanas. **Esto no ocurrió.**

En enero de 2023 se sigue sosteniendo la idea de que las Isapres colapsarán, alegando que la tabla de factores constituirá una pérdida millonaria.

Consideraciones.

Lo cierto es que las ISAPRES, desde que se encuentran presentes en nuestro país, solo se han dedicado a generar utilidades. Desde el 2001 a 2011 las ISAPRES duplicaron sus utilidades. Al año 2017 superaban los 70.000 millones. De acuerdo al balance consolidado de la Asociación de Isapres, las aseguradoras privadas lograron utilidades por \$82.548 millones en 2020 (unos US\$115 millones), lo que equivale a un alza de **772%** respecto de los \$9.465 millones de 2019.

Esto sin contar las discriminaciones arbitrarias que se realizaban, los cobros exacerbados por pre-existencias, la diferenciación por edad, sexo y otros que, a lo largo de los años, solo han transformado a la salud en un negocio.

Razón de lo anterior, es que resulta, a lo menos cuestionable que, frente a un escenario complejo que se han fabricado las mismas aseguradoras privadas, se sientan en la posición de exigir más de los chilenos.

Así las cosas, el Estado debe cautelar el correcto cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 19 N°9 de la Constitución Política de la República actualmente vigente y que, sin duda alguna, garantiza el acceso al sistema de

salud, ya sea público o privado, a la nación toda.

Es por lo anteriormente expuesto que el Senador firmante viene el presentar la siguiente:

REFORMA CONSTITUCIONAL

Agréguese una nueva disposición Quincuagésima Tercera a la Constitución Política de la República.

QUINCUAGÉSIMA TERCERA: El Estado de Chile deberá asegurar de forma continua e ininterrumpida el acceso a la salud de todos y cada uno de sus habitantes, ya sean usuarios de Instituciones de Salud Previsional o aquellos amparados bajo el Fondo Nacional de Salud.

Ante una inminente discontinuación de los servicios prestados por las Instituciones de Salud Previsional, será deber del Estado mantener y asegurar la continuación de todos los planes, condiciones, prestaciones y cualquier otro beneficio al que hayan accedido las personas a través del sistema de salud privado.

El Estado no podrá, en ningún caso, discriminar por edad, sexo, tratamientos médicos previos, pre-existencias o por cualquier otra presente en el sistema de salud privado.

El Estado asegurará la cobertura total de todas y cada una de las prestaciones convenidas entre el usuario y la Institución de Salud Previsional.

El Estado podrá repetir sobre las Instituciones de Salud Previsional todos los gastos en que incurra para asegurar el correcto acceso a la salud de sus usuarios.