



# Régimen de intervención ante la insolvencia de compañías de seguro de salud

Chile y Estados Unidos de América

## Autores

Christine Weidenslaufer  
[cweidenslaufer@bcn.cl](mailto:cweidenslaufer@bcn.cl)

James Wilkins Binder  
[jwilkins@bcn.cl](mailto:jwilkins@bcn.cl)

N° SUP: 137551

Para la Comisión de  
Constitución, Legislación,  
Justicia y Reglamento de la  
Cámara de Diputadas y  
Diputados.

## Resumen

La legislación nacional dispone de normas especiales aplicables ante el incumplimiento por parte de las ISAPRES de los indicadores de liquidez, patrimonio o garantía exigidos. Ante tales supuestos la ley establece que la respectiva institución quedará sujeta a un “régimen especial de supervigilancia y control”, que considera diversas fases de intervención, según el grado de incumplimiento y de su extensión en el tiempo, y que, puede terminar con la cancelación del registro en la Superintendencia de Salud si los problemas detectados no fueran solucionados oportunamente. En tal caso, se transferirán la totalidad de la cartera de afiliados a una o más ISAPRES a través de una licitación pública. La(s) ISAPRES adjudicatarias deben adscribir a cada uno de los cotizantes en alguno de sus planes de salud vigentes cuyo precio más se ajuste al monto de la cotización pactada al momento de la transferencia, sin perjuicio que las partes, de mutuo acuerdo, convengan un plan distinto.

En EE.UU., las compañías de seguros de salud se rigen por la legislación estatal en la que operen. Así, para evitar comprometer fondos públicos en el “salvataje” de una empresa en insolvencia, se han creado, en todos los estados, sistemas de protección de los titulares de pólizas en caso que una compañía de seguros cierre (por quiebra u otras razones). Uno de sus pilares son las “asociaciones de garantía de seguros”, que administran fondos de garantía financiados por las propias compañías de seguros. Si bien hay variaciones por estado, en general las legislaciones respectivas se basan en la Ley Modelo elaborada al efecto por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros. Estas asociaciones trabajan en conjunto con los departamentos de seguros estatales, tanto para efectos de su rehabilitación por administración judicial, o bien, para vender sus activos una vez que se declara insolvente la empresa. Si la compañía de seguros no tiene fondos suficientes para pagar los reclamos de los asegurados con los activos de la empresa, se utilizan los fondos de garantía para pagarles, pero con ciertos límites establecidos por ley.

Estos procesos de liquidación y pago tuvieron que desarrollarse, por ejemplo, en 2009, cuando la empresa aseguradora Penn Treaty se declaró en bancarrota y luego declarada insolvente en 2017. Lo mismo ocurrió con la caída en insolvencia masiva de las cooperativas de seguros creadas a partir de 2013, gracias a la Ley de Protección y Cuidado de Salud Asequible al Paciente, conocida como Obamacare.

## Introducción

---

A solicitud de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento de la Cámara de Diputadas y Diputados, en el contexto de la discusión del proyecto que modifica la Constitución para establecer un proceso excepcional de traspaso de afiliados y beneficiarios en el evento de que una Institución de Salud Previsional (ISAPRE) cese en sus operaciones), se revisan los siguientes temas:

1. Descripción y regulación del sistema de salud previsional vigente en Chile.
2. Régimen aplicable ante el incumplimiento de los requisitos de liquidez, patrimonio y garantías exigidos por la legislación nacional a las ISAPRES.
3. Experiencias en Derecho Comparado sobre mecanismos utilizados por los Estados para enfrentar estados de insolvencia masiva de seguros privados en materia de salud.

Para elaborar el trabajo se utilizó información legislativa de cada país, de agencias gubernamentales, artículos de prensa y páginas web legales especializadas. Las traducciones son propias.

## I. Sistema privado de salud en Chile

---

### 1. Marco regulatorio

Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) se encuentran reguladas por varios cuerpos normativos. Como parte del Sistema de Salud les son aplicables la Constitución Política del Estado y el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del Ministerio de Salud de 2006, que fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2763 y de las Leyes N° 18.933 y 18.469 (en adelante “DFL1”), y como agentes económicos<sup>2</sup> el Decreto Ley N° 211 de 1973, sobre protección de la libre competencia.

La Constitución Política, artículo 19 N° 9, asegura a todas las personas el derecho de protección a la salud, derivándose de este derecho las siguientes garantías:

- Derecho de protección a la salud.
- Deberes del Estado para la protección de la salud: garantizar el libre e igualitario acceso de las personas a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación.
- Garantía de ejecución de los deberes del Estado.
- Derecho a elegir el sistema de salud.

Específicamente, esta última garantía (derecho a elegir), contenida en la parte final del inciso 4° del citado número del artículo 19, se traduce en la posibilidad de las personas de optar por el sistema de salud al que deseen afiliarse. Esta norma sigue la lógica de los incisos anteriores del artículo, en el sentido de “atribuirle al Estado la obligación de coordinar y controlar, junto con ejecutar las acciones de salud que permitiera proteger la salud de las personas”<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Tobar (2021).

<sup>3</sup> *Ibidem*.

Así, los sistemas que pueden elegir las personas son: sistema público asociado al Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y uno privado constituido por las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), en ambos casos sobre la base de cotizaciones obligatorias correspondientes al 7% de la remuneración mensual imponible del trabajador.

Con la libre elección y la posibilidad de optar al sistema de salud se coloca al sector salud como una de las actividades económicas que se pueden ejecutar con las reglas de la competencia, según el artículo 19 N° 21, inciso 1, de la Constitución Política. Este garantiza el derecho para realizar cualquier actividad económica, siempre que no atente en contra de la moral, el orden público y la seguridad nacional, respetando las normas que lo regulen<sup>4</sup>.

Por su parte, el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de Salud de 2006 contempla tres libros: el libro 1 denominado “De los organismos Públicos de salud”, Libro II “Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, y Libro III “Del sistema privado de salud administrado por la Instituciones de Salud Previsional”.

De acuerdo con el artículo 171 del citado DFL1, las Instituciones de Salud Previsional financian las prestaciones y beneficios de salud, con cargo al aporte de la cotización legal para salud o una superior convenida, a las personas afiliadas al régimen de salud<sup>5</sup>. Para tal efecto, deben constituirse como personas jurídicas y registrarse en la Superintendencia de Salud, quien las fiscaliza, sin perjuicio de la fiscalización o supervigilancia a que puedan estar sujetas de conformidad con el estatuto jurídico que las regula.

El Libro III del DFL1 fija una serie de condiciones, requisitos y obligaciones que deben satisfacer las ISAPRES. En lo referido a patrimonio, solvencia y liquidez, el citado decreto exige a las ISAPRES:

- Acreditar al momento de presentar la solicitud de registro a la Superintendencia, un capital mínimo efectivamente pagado, equivalente a 5.000 unidades de fomento<sup>6</sup>.
- Constituir, al momento de ser registradas, una garantía equivalente a 2.000 unidades de fomento.
- Mantener un patrimonio igual o superior a 0,3 veces sus deudas totales. Dicha relación es revisada mensualmente por la Superintendencia. Sin perjuicio de ello, el patrimonio nunca puede ser inferior a 5.000 unidades de fomento.
- Mantener un indicador de liquidez no inferior a 0,8 veces la relación entre el activo circulante y el pasivo circulante, relación que debe ser revisada mensualmente por la Superintendencia.

---

<sup>4</sup> Tobar (2021:14).

<sup>5</sup> El artículo 135 establece que tiene la calidad de afiliados al régimen: “a) Los trabajadores dependientes de los sectores público y privado. Tratándose de personas que hayan efectuado cotizaciones, al menos, durante cuatro meses en los últimos doce meses calendario en virtud de contratos por obra o faena determinada, mantendrán la calidad de afiliados por un período de doce meses a contar del mes al que corresponde la última cotización. En todo caso, los trabajadores dependientes contratados diariamente por turnos o jornadas, que registren, al menos, sesenta días de cotizaciones en los doce meses calendario anteriores, mantendrán la calidad de afiliados durante los doce meses siguientes a aquel correspondiente a la última cotización; b) Los trabajadores independientes que coticen para salud; c) Las personas que coticen en cualquier régimen legal de previsión en calidad de imponentes voluntarios, y d) Las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía.”.

<sup>6</sup> Equivalente en pesos al 01.03.2023 a \$177.598.950.-

A las obligaciones anteriores, se suma la de mantener en alguna entidad autorizada por ley para realizar el depósito y custodia de valores, que al efecto determine la Superintendencia, una garantía equivalente al monto de las obligaciones que tengan con cotizantes y beneficiarios y con prestadores de salud. En el primer caso el monto de garantía deberá considerar las obligaciones 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. En el segundo caso el monto de la garantía debe ser equivalente a las obligaciones derivadas de prestaciones de salud otorgadas a los cotizantes y beneficiarios de la Institución.

De acuerdo con el DFL1, la actualización de la garantía no puede exceder de treinta días, para lo cual la Institución debe completarla dentro de los veinte días siguientes, hasta cubrir el monto total que corresponda a las referidas obligaciones.

Finalmente, cuando el monto de las antedichas obligaciones, dentro del período señalado, sea inferior a la garantía existente, la Institución puede solicitar a la Superintendencia que rebaje el todo o parte del exceso. Dicha Superintendencia dispondrá de un plazo no superior a diez días para autorizar dicha rebaja, el que podrá prorrogarse por resolución fundada y por una sola vez (artículo 181).

Esta garantía, de acuerdo con el DFL1 es inembargable y en no puede ser inferior al equivalente, en moneda nacional, a dos mil unidades de fomento. Agrega la norma que, en caso de cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, la garantía debe ser liquidada y pagada exclusivamente por la Superintendencia, la que debe hacerla efectiva y destinarla al pago de las obligaciones que, conforme a la ley, deben ser solucionadas con ésta (art. 181 y 183).

En lo que se refiere al control de estas obligaciones, la ley dispone que el control en cuanto a las obligaciones relativas a patrimonio mínimo exigido y constitución y mantenimiento de la garantía corresponde a la Superintendencia de Salud.

## **2. Régimen especial frente al incumplimiento de exigencias de liquidez, patrimonio garantía**

En términos generales, el artículo 220 del DFL1 establece que el incumplimiento por parte de las ISAPRES de las obligaciones que les impone la Ley, instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes que pronuncie la Superintendencia, es sancionado por con amonestaciones o multas a beneficio fiscal, sin perjuicio de la cancelación del registro, si procediere.

Sin perjuicio de lo anterior, la ley establece normas especiales aplicables frente al incumplimiento del indicador de liquidez antes señalado o para el caso de que el patrimonio o las garantías exigidas disminuyan por debajo de los límites establecidos. En estos supuestos, el artículo 221 dispone que la ISAPRE quedará sujeta a un “régimen especial de supervigilancia y control”, en los siguientes términos:

### **a. Plan de ajuste y contingencia**

Detectado por la Superintendencia alguno de los incumplimientos señalados, la Superintendencia representará a la ISAPRE esta situación y le otorgará un plazo no inferior a diez días hábiles para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia, que podrá versar, entre otras cosas, sobre aumento de capital, transferencias de cartera, cambio en la composición de activos, pago de pasivos, venta de la Institución y, en general, acerca de cualquier medida que procure la solución de los problemas existentes.

La Superintendencia dispondrá de un plazo máximo de diez días hábiles para pronunciarse acerca del Plan de Ajuste y Contingencia presentado, ya sea aprobándolo o rechazándolo.

Si la Superintendencia aprueba el Plan de Ajuste y Contingencia presentado por la Institución, éste deberá ejecutarse en un plazo no superior a ciento veinte días, al cabo del cual deberá evaluarse si éste subsanó el o los incumplimientos que se pretendieron regularizar con su implementación. Podrá prorrogarse el referido plazo hasta por sesenta días.

En caso de que la Superintendencia, mediante resolución fundada, rechace el Plan de Ajuste y Contingencia presentado, quedará facultada para nombrar un administrador provisional, o bien para formular observaciones al referido Plan. En este último caso, la Superintendencia otorgará a la ISAPRE un plazo de cinco días hábiles, contados desde la notificación de la resolución respectiva, para presentar un nuevo Plan de Ajuste y Contingencia, el cual deberá ser aprobado o rechazado dentro de los cinco días hábiles siguientes a su presentación.

### **b. Administrador provisional**

En el evento de que la Superintendencia rechace el Plan de Ajuste y Contingencia presentado o si, habiéndolo aprobado, éste se incumple o transcurre el plazo de ejecución previsto sin que se haya superado el problema informado o detectado, el Superintendente deberá nombrar en la ISAPRE, por resolución fundada, un administrador provisional por el plazo de cuatro meses, el que podrá ser prorrogado por igual término por una sola vez.

El administrador provisional tendrá las facultades que la ley confiera al directorio, al gerente general u órgano de administración de la ISAPRE, según corresponda, con el solo objetivo de lograr una solución con efecto patrimonial para superar los problemas detectados o informados, pudiendo, entre otras cosas, citar a Junta Extraordinaria de Accionistas u órgano resolutorio de la ISAPRE y negociar la transferencia de la cartera de afiliados y beneficiarios.

El administrador provisional no podrá, en ningún caso, vender la Institución, salvo que haya sido autorizado por la mencionada Junta u órgano resolutorio. Solucionados los problemas detectados o informados, cesará la administración provisional.

Sin perjuicio de los supuestos descritos, el artículo 222 faculta a la Superintendencia para nombrar un administrador provisional en el caso de que una institución tenga un patrimonio igual o inferior a 0,2

veces sus deudas totales o inferior a 5.000 unidades de fomento, o una garantía por debajo de las 2.000 unidades de fomento. De la misma forma, cuando se dicte la resolución de liquidación de la Institución.

### **c. Cancelación del registro**

En caso que no se logren solucionar los problemas, el Superintendente dará inicio, mediante resolución fundada, al procedimiento de cancelación del registro de la ISAPRE, el que estará a cargo del administrador provisional y estará sometido a las siguientes reglas:

- El administrador provisional procederá a la transferencia de la totalidad de la cartera de afiliados a una o más ISAPRES a través de una licitación pública, la que deberá realizarse en no más de ciento veinte días contados desde la fecha de la resolución mencionada precedentemente.
- Para los efectos de la indicada licitación, el Superintendente podrá, a solicitud del administrador provisional o de oficio, suspender la celebración de nuevos contratos con la Institución y las desafiliaciones de la misma.
- No podrán participar en la licitación aquellas Instituciones que se encuentren en incumplimiento del indicador de liquidez exigido o cuyo patrimonio o garantía disminuyan por debajo de los límites establecidos, en el último semestre precedente a la licitación.
- Licitada la cartera o cuando la licitación haya sido declarada desierta, el Superintendente procederá a cancelar el registro de la ISAPRE.

### **d. Entidad receptora de afiliados y beneficiarios**

Las instituciones que hayan recibido el total o parte de los afiliados y beneficiarios de la ISAPRE a la que se le aplique el régimen especial de supervigilancia y control, deben adscribir a cada uno de los cotizantes en alguno de sus planes de salud actualmente vigentes cuyo precio más se ajuste al monto de la cotización pactada al momento de la transferencia, sin perjuicio que las partes, de mutuo acuerdo, convengan un plan distinto.

De acuerdo con el mismo artículo 222, las instituciones no pueden, en caso alguno, imponer a los afiliados y beneficiarios otras restricciones o exclusiones que las que ya se encontraren vigentes en virtud del contrato que mantenían con la Institución de anterior afiliación, ni exigir una nueva declaración de salud.

Se establece la obligación de las instituciones de notificar a los cotizantes mediante carta certificada, informándoles, además, que pueden desafiliarse de la Institución y traspasarse, junto a sus cargas legales, al régimen a que se refiere el Libro II (Régimen de Prestaciones de Salud) o a otra ISAPRE con la que convengan.

## **3. Otras causales de cancelación y sus efectos**

De acuerdo con el artículo 223, la Superintendencia podrá, asimismo, cancelar el registro de una ISAPRE en los siguientes casos:

- Cuando la cartera de afiliados de una ISAPRE haya sido adquirida por otra u otras Instituciones de Salud Previsional o cuando la licitación haya sido declarada desierta.
- En caso de incumplimiento grave y reiterado dentro de un período de doce meses de las obligaciones que establece la ley o de las instrucciones que imparta la Superintendencia, debidamente observado o sancionado en cada oportunidad por ésta.
- Por encontrarse en un procedimiento concursal de liquidación.
- Por pérdida de la personalidad jurídica de la Institución.
- A solicitud de la propia Institución. En este caso, para la aprobación de la solicitud, la institución debe acreditar que otra ISAPRE ha aceptado la totalidad de sus contratos de salud, incluyendo a todos sus afiliados y beneficiarios.

Conforme con el artículo 225 del DFL1, una vez que la resolución de cancelación del registro se encuentre firme, los cotizantes y sus cargas legales quedarán afectos al régimen de prestaciones de salud de que trata el Libro II, mientras no opten a otra institución de salud previsional. En este caso, el Fondo Nacional de Salud deberá solicitar a la Superintendencia la cotización proporcional por los días del mes durante los cuales otorgue cobertura. La cotización del mes siguiente la percibirá directamente el Fondo Nacional de Salud.

## **II. El sistema de protección de asegurados ante insolvencia/quiebra de compañías de seguros de salud en los Estados Unidos de América**

---

En Estados Unidos no existe un sistema de salud público de carácter único (a nivel nacional), sino una mezcla de programas, estatales y federales. El sistema público federal está compuesto de dos programas principales: Medicaid, programa para las personas de menores ingresos, y Medicare, para los mayores de 65 años, niños pobres y veteranos de guerra<sup>7</sup>.

Complementariamente, existen programas privados de salud ofrecidos por compañías aseguradoras que cuenten con la licencia respectiva para operar en el estado respectivo. Estos seguros privados presentan distintas coberturas y precios. La mayoría de ellos se adquieren a través de los empleadores, lo cual no obsta que puedan ser contratados en forma particular. Los planes médicos de estos seguros deben contemplar coberturas básicas, como la medicina preventiva y el tratamiento de enfermedades. Coberturas adicionales pueden ser compradas por separado<sup>8</sup>.

### **1. Las asociaciones de garantía de seguros**

Las aseguradoras con licencia para vender seguros en un estado deben ser miembros de la asociación de todos los estados cuentan con sistemas para proteger a los titulares de pólizas en caso que una compañía de seguros cierre (por quiebra u otras razones). Uno de los pilares de este sistema de protección lo constituyen las llamadas asociaciones de garantía de seguros (*insurance guaranty associations*).

---

<sup>7</sup> Visa Franchise. (2022).

<sup>8</sup> *Ibidem*.

garantía del estado y contribuir a un fondo de garantía que protege a los titulares de pólizas. Los 50 estados, el Distrito de Columbia y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico tienen asociaciones de garantía de seguros, y la mayoría de los estados tienen estos dos tipos<sup>9</sup>:

- Una asociación de garantía de vida y salud que cubre pólizas de seguro de vida, salud, discapacidad y atención a largo plazo, así como rentas vitalicias.
- Una asociación de garantía de propiedad y accidentes que se ocupa de las pólizas de automóviles y propietarios de viviendas y de las compañías de compensación para trabajadores.

Las asociaciones de garantía de seguros de vida y salud se crearon para proteger a los titulares y beneficiarios de pólizas emitidas por compañías de seguros de vida o salud autorizadas que han sido puestas en liquidación por orden judicial con declaración de insolvencia<sup>10</sup>. Estas asociaciones se encuentran agrupadas en dos organizaciones de carácter nacional, financiadas por sus propios miembros: la Conferencia Nacional de Fondos de Garantía de Seguros (*National Conference of Insurance Guaranty Funds, NCIGF*)<sup>11</sup>, que proporciona asistencia y apoyo nacional a los fondos de garantía de propiedad y accidentes, y la Organización Nacional de Asociaciones de Garantía de Seguros de Vida y Salud (*National Organization of Life & Health Insurance Guaranty Associations*)<sup>12</sup>, fundada en 1983.

Las asociaciones de garantía, de uno u otro tipo, se encuentran reguladas por las legislaciones estatales respectivas. En el caso particular de las de vida y salud, las normas estatales<sup>13</sup> que las rigen se encuentran basadas, con sus diferencias particulares, en la Ley Modelo<sup>14</sup> de la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (*National Association of Insurance Commissioners, NAIC*)<sup>15</sup>.

Las asociaciones de garantía trabajan junto a los departamentos de seguros de cada estado<sup>16</sup>. Cuando el comisionado de seguros estatal se hace cargo de la compañía a través de una administración judicial, intentará, en primer lugar, rehabilitar la empresa para mejorar su situación financiera. Si eso no funciona, el comisionado puede declarar insolvente a la empresa y vender sus activos<sup>17</sup>.

En el caso particular de las compañías de seguros de salud, cuando una aseguradora con licencia en varios estados es declarada insolvente, y no puede pagar las reclamaciones de los asegurados, NOLHGA forma un grupo de trabajo en nombre de las asociaciones de garantía de los estados miembros

<sup>9</sup> Huddleston (2022).

<sup>10</sup> NOLHGA (s/f-a).

<sup>11</sup> NCIGF (2022).

<sup>12</sup> NOLHGA (s/f-b).

<sup>13</sup> NAIC (2022).

<sup>14</sup> Ley Modelo de la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud (*Life and Health Insurance Guaranty Association Model Act*, núm. 520), protege contra el incumplimiento de las obligaciones contractuales bajo las pólizas de seguro de vida y salud y los contratos de rentas vitalicias debido al deterioro o insolvencia del asegurador miembro que emitió las pólizas o contratos (NAIC, s/f).

<sup>15</sup> NOLHGA (s/f-a).

<sup>16</sup> El departamento de seguros (cuyo nombre varía según la jurisdicción) es la agencia gubernamental responsable de regular y supervisar las actividades de seguros dentro del estado respectivo.

<sup>17</sup> Huddleston (2022).

afectados. Este grupo analiza los compromisos pendientes de la compañía con sus asegurados; certifica de que se paguen las reclamaciones cubiertas; y, en su caso, gestiona el traspaso de las pólizas cubiertas a otra aseguradora (cuando sea posible)<sup>18</sup>. Por lo tanto, los asegurados debe continuar pagando las primas para mantener su cobertura intacta<sup>19</sup>.

El grupo de trabajo también puede apoyar los esfuerzos del síndico para disponer de los activos de la empresa de una manera que maximice su valor<sup>20</sup>.

Si la compañía de seguros no tiene fondos suficientes para pagar los reclamos de los asegurados, la asociación de garantía utilizará los activos que tenga la compañía y los fondos de garantía para pagarlos. Sin embargo, los estados han establecido un límite en la cantidad a pagar por reclamos de beneficios, los que, en la mayoría de los estados, son los siguientes en el ámbito de la salud<sup>21</sup>:

- \$500,000 dólares en beneficios médicos u hospitalarios importantes,
- \$100,000 dólares en otros beneficios de seguro médico,
- \$300,000 dólares en beneficios de seguro de cuidado a largo plazo, y
- \$300,000 dólares en beneficios de seguro por discapacidad.

Si la póliza de seguro cuenta con beneficios que exceden esos límites estatales, el asegurado podría solicitar a la sucesión de la compañía de seguros para obtener el pago completo. Pero este reclamo se agrupará con los reclamos de todos los acreedores de la compañía<sup>22</sup>.

## 2. Experiencia comparada de intervención estatal

Cuando las quiebras de aseguradoras de salud tienen un impacto significativo en los asegurados y el sistema de salud en general, la intervención del gobierno puede desempeñar un papel importante para mitigar los efectos de la quiebra y proteger a los consumidores. El principal objetivo para el Estado es evitar que los afiliados a dichas instituciones sean privados de su cobertura de salud y, en lo posible, de los beneficios provistos por sus pólizas.

En EE.UU., algunos casos de quiebras de aseguradoras de salud han requerido una intervención gubernamental significativa para abordar las consecuencias de estas situaciones. Por ejemplo, la compañía de seguros AIG, que se consideraba “demasiado grande para quebrar”, estuvo al borde de la quiebra durante la crisis financiera de 2008 y el gobierno de EE.UU. intervino para rescatarla<sup>23</sup>.

Las insolvencias de las compañías de seguros de EE.UU. alcanzaron su punto máximo a principios de la década de 1990, con más de cincuenta compañías que se declararon insolventes solo en 1992, según

---

<sup>18</sup> NOLHGA (s/f-b).

<sup>19</sup> Huddleston (2022).

<sup>20</sup> NOLHGA (s/f-b).

<sup>21</sup> Huddleston (2022).

<sup>22</sup> *Ibidem*.

<sup>23</sup> *Ibidem*.

un estudio realizado por la Sociedad de Actuarios (*Society of Actuaries*) y el Instituto Canadiense de Actuarios (*Canadian Institute of Actuaries*). En los últimos años, ese número ha sido inferior a diez al año.

A continuación, destacamos dos casos de interés recientes: el primero, por tratarse del cierre de decenas de compañías aseguradoras de salud, creadas al amparo de la legislación conocida como Obamacare, y en el segundo se destaca el plan para salvar de la insolvencia a la compañía de seguros, el que fue desarrollado por un equipo formado por todas las partes interesadas en la industria, y no solo por la autoridad administrativa o judicial.

#### a. Consumer Operated and Oriented Plans (CO-OPs)

El 23 de marzo del 2012 se promulgó la Ley de Protección y Cuidado de Salud Asequible al Paciente (*Patient Protection and Affordable Care Act, ACA*), comúnmente conocida como Obamacare, destinada a reformar las industrias de la salud y de seguros médicos estadounidenses<sup>24</sup>.

Entre otras medidas, la ley permite la creación de cooperativa de seguros, esto es, entidades sin fines de lucro donde las mismas personas con derecho de propiedad sobre la compañía están aseguradas por la misma. Las cooperativas pueden estar formadas a nivel nacional, estatal o local y pueden agrupar médicos, hospitales y empresas como miembros titulares<sup>25</sup>.

Si bien se trata de entidades aseguradoras de seguro de salud privadas sin fines de lucro, están calificadas (en el estado en el que cuenten con una licencia) para ofrecer planes de salud competitivos en mercados de grupos individuales y pequeños (y hasta un máximo de sus pólizas en el más lucrativo mercado de grupos grandes)<sup>26</sup>. Los planes de salud de las cooperativas, denominados *Consumer Operated and Oriented Plan Program* (CO-OPs),

Desde 2013, solo tres de las veintitrés cooperativas originales se mantienen operativas<sup>27</sup>. En cuanto al número de afiliados, en 2019/2020, solo poco más de ciento treinta y cinco mil personas estaban inscritas en cuatro CO-OP, en comparación más de un millón de inscritos en 2015, cuando las CO-OP estaban en su apogeo y la mayoría de las aseguradoras todavía estaba operativa<sup>28</sup>.

---

<sup>24</sup> La ley tiene 3 objetivos principales: a) hacer que un seguro de salud accesible esté disponible para más personas, al proporcionar a los consumidores subsidios ("créditos tributarios para la prima") que reducen los costos para los hogares con ingresos entre el 100% y el 400% del nivel federal de pobreza (FPL), b) ampliar el programa de Medicaid para cubrir a todos los adultos con ingresos por debajo del 138% del FPL (no todos los estados han ampliado sus programas de Medicaid), y c) apoyar métodos innovadores de prestación de atención médica diseñados para reducir los costos de la atención médica en general. En: CuidadoDeSalud.gov. (s/f-a).

<sup>25</sup> CuidadoDeSalud.gov. (s/f-b).

<sup>26</sup> CMS.gov (s/f).

<sup>27</sup> Las tres cooperativas de salud operativas actualmente son: *Community Health Options* en Maine, *Mountain Health CO-OP* en Montana, Idaho y Wyoming, y *Common Ground Healthcare Cooperative* en Wisconsin. En: Norris (2022).

<sup>28</sup> Norris (2022).

Según el sitio de información especializado [healthinsurance.org](http://healthinsurance.org), se señala que los legisladores originalmente habían planeado proporcionar \$10 mil millones de dólares en subvenciones para poner en funcionamiento las CO-OP en todos los estados. Pero los lobbistas de la industria de seguros y los parlamentarios más conservadores en lo fiscal en el Congreso lograron reducir el total a \$6 mil millones de dólares y convertirlo en préstamos, con plazos de pago relativamente cortos, en lugar de subvenciones (y a las CO-OP no se les permitió usar dinero de préstamos federales para fines de marketing)<sup>29</sup>.

Luego, durante las negociaciones del presupuesto en 2011, esos préstamos se recortaron en otros \$2.200 millones de dólares. Y en 2012, durante las negociaciones presupuestarias, el financiamiento de las CO-OP se redujo aún más y se rechazaron las solicitudes de 40 posibles CO-OP. En última instancia, los Centros para Medicare y Medicaid (CMS) otorgaron alrededor de \$2.400 millones de dólares en préstamos a veintitrés CO-OP en todo el país (había veinticuatro CO-OP, pero Vermont Health CO-OP nunca entró en funcionamiento)<sup>30</sup>.

Los fracasos de CO-OP, de acuerdo al sitio citado, se habrían debido en gran parte a una combinación de primas demasiado bajas, beneficios demasiado generosos, afiliados que estaban más enfermos de lo previsto, competencia de operadores más grandes con mayores reservas, el déficit del programa Corredor de Riesgo que se anunció en el otoño de 2015, y los anuncios de pago de ajuste de riesgo que se realizaron en junio de 2016<sup>31</sup>.

A modo de ejemplo, se revisa el caso de *Health Republic Insurance of New York, Corp.* Esta aseguradora de salud sin fines de lucro brindaba un seguro de salud asequible a los neoyorquinos en virtud de la Ley ACA<sup>32</sup>. Sin embargo, a pesar del número de afiliados haber superado sus expectativas (de treinta mil miembros en 2014, a doscientos mil a septiembre de 2015), la cooperativa tuvo altas pérdidas desde sus inicios (\$35 millones de dólares en 2014 y \$52,7 millones en la primera mitad de 2015). En consecuencia, su alta inscripción no fue una panacea financiera. El 25 de septiembre de 2015, los reguladores estatales y federales, junto con el mercado estatal de seguros de salud (oficialmente llamado *NY State of Health*), anunciaron que habían ordenado a *Health Republic* dejar de emitir nuevas pólizas y que se preparara para cancelar los planes individuales existentes a fines de 2015. Posteriormente se determinó que la CO-OP simplemente estaba perdiendo demasiado dinero para continuar como una aseguradora viable, y la cobertura finalizó el 30 de noviembre del mismo año.

Con posterioridad a que se declarara en bancarrota en 2015, el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York, en su calidad de liquidadora, intervino para ayudar a los titulares de pólizas de la compañía a cambiarse a otras aseguradoras. En mayo de 2021, la Superintendente de Servicios Financieros, anunció que *Health Republic Insurance of New York, Corp. in Liquidation* había obtenido un fallo para recuperar \$220.838.583 del gobierno federal, a partir de una demanda presentada en el

---

<sup>29</sup> *Ibidem.*

<sup>30</sup> *Ibidem.*

<sup>31</sup> *Ibidem.*

<sup>32</sup> Department of Financial Services (2021).

Tribunal de Reclamaciones Federales de los Estados Unidos en 2017<sup>33</sup>. El proceso de liquidación se encuentra aún en desarrollo, con fecha de término para enero de 2024<sup>34</sup>.

Al igual que otras CO-OP, *Health Republic* había participado en varios programas federales de la Ley ACA, diseñados para ayudar a las aseguradoras a abordar la incertidumbre de la suscripción en los años iniciales del nuevo mercado de seguros de salud. Sin embargo, en los primeros tres años de la Ley ACA, el gobierno federal no logró cumplir su obligación de pagar los saldos completos de acuerdo al programa conocido como Corredores de Riesgo. La Superintendente, en su calidad de liquidadora, comenzó esta demanda en 2017 exigiendo que el gobierno federal pagase los montos adeudados bajo este programa<sup>35</sup>.

Todas las cooperativas de seguros de salud, relativamente pequeñas y nuevas, que anunciaron cierres en el último trimestre de 2015 debido a dificultades financieras, atribuyeron el déficit al señalado programa<sup>36</sup>. Pero a pesar de esos problemas, de acuerdo a *healthinsurance.org*, al año 2021, las cuatro CO-OP restantes continuarían operando con éxito. Aunque el mercado individual sigue siendo un entorno desafiante, las cooperativas restantes parecen que habrían creado un nicho sostenible<sup>37</sup>.

#### **b. Penn Treaty American Corp.**

Penn Treaty se declaró en bancarrota en 2009 y fue colocada en rehabilitación judicial bajo la supervisión del comisionado de seguros de Pennsylvania. Los departamentos estatales de seguros estatales<sup>38</sup> trabajaron para transferir a los titulares de pólizas a otras aseguradoras y para garantizar que se pagaran las reclamaciones<sup>39</sup>.

En este caso, el plan de rehabilitación fue creado por un grupo conformado por el Departamento de Seguros de Pensilvania, un comité de titulares de pólizas, *Penn Treaty*, agentes, inversionistas, asociaciones de garantía y diversas aseguradoras de salud<sup>40</sup>.

Finalmente, la empresa fue declarada insolvente en 2017, se declaró su liquidación y su quiebra fue considerada una de las más grandes de la historia de EE.UU.<sup>41</sup>.

---

<sup>33</sup> *Ibidem*.

<sup>34</sup> Supreme Court, County of New York (s/f).

<sup>35</sup> Department of Financial Services (2021).

<sup>36</sup> Department of Financial Services (2021).

<sup>37</sup> Norris (2022).

<sup>38</sup> Esta compañía tenía licencia para operar en el Distrito de Columbia y todos los Estados excepto: Connecticut, Kansas, Maine, Massachusetts, Nueva Jersey, Nueva York y Virginia Occidental. En: Pennsylvania Insurance Department (s/f).

<sup>39</sup> NOLHGA & Penn Treaty (s/f).

<sup>40</sup> Miller (2017).

<sup>41</sup> Huddleston (2022).

## Referencias normativas

### 1. Chile

Proyecto de ley que Modifica la Carta Fundamental para establecer un proceso excepcional de traspaso de afiliados y beneficiarios en el evento de que una Institución de Salud Previsional cese en sus operaciones, boletín N° 15669-07. Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=16199&prmBOLETIN=15669-07> (febrero, 2023).

Constitución Política de la República. Disponible en: <https://bcn.cl/2f6sk> (febrero, 2023)

Decreto con Fuerza de Ley N° 1, Ministerio de Salud, 2006, 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. Disponible en: <https://bcn.cl/3c0cz> (febrero, 2023).

### 2. Estados Unidos de América

Ley Modelo de la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud (*Life and Health Insurance Guaranty Association Model Act* 520). Disponible en: <https://content.naic.org/sites/default/files/model-law-520.pdf> (febrero, 2023).

Ley de Protección y Cuidado de Salud Asequible al Paciente (*Patient Protection and Affordable Care Act, ACA*). Disponible en: <http://housedocs.house.gov/energycommerce/ppacacon.pdf> (febrero, 2023).

## Referencias bibliográficas

CMS.gov (s/f). *Consumer Operated and Oriented Plan Program*. Disponible en: <https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Insurance-Programs/Consumer-Operated-and-Oriented-Plan-Program> (febrero, 2023).

- CuidadoDeSalud.gov. (s/f-a). *Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) - Glosario*. Disponible en: <https://www.cuidadodesalud.gov/es/glossary/affordable-care-act/> (febrero, 2023).
- (s/f-b). *Cooperativa de seguros - Glosario*. Disponible en: <https://www.cuidadodesalud.gov/es/glossary/insurance-co-op/> (febrero, 2023).
- Department of Financial Services (2021, Mayo 03). *Press Release: Superintendent of Financial Services Announces Resolution of Lawsuit of Health Republic In Liquidation Against Federal Government*. Disponible en: [https://www.dfs.ny.gov/reports\\_and\\_publications/press\\_releases/pr202105031](https://www.dfs.ny.gov/reports_and_publications/press_releases/pr202105031) (febrero, 2023).
- Huddleston, C. (2022, July 26). *What Happens if Your Insurance Company Goes Out of Business?* Forbes Advisor. Disponible en: <https://www.forbes.com/advisor/life-insurance/company-out-of-business/> (febrero, 2023).
- Miller, T. (2017, March 1). *Penn Treaty Network America Insurance Company and American Network Insurance Company: Insurance Commissioner's Statement*. Disponible en: [https://www.insurance.pa.gov/Regulations/LiquidationRehab/Documents/Penn%20Treaty/PENN\\_TREATY\\_MARCH\\_1\\_2017\\_INSURANCE\\_COMMISSIONER\\_STATEMENT.pdf](https://www.insurance.pa.gov/Regulations/LiquidationRehab/Documents/Penn%20Treaty/PENN_TREATY_MARCH_1_2017_INSURANCE_COMMISSIONER_STATEMENT.pdf) (febrero, 2023).
- NAIC. (2022). *Life and Health Insurance Guaranty Association Model Act* [adopción de la ley modelo por estado] Disponible en: <https://content.naic.org/sites/default/files/model-law-state-page-520.pdf>
- (s/f). *Model Laws*. Disponible en: [https://content.naic.org/model-laws?combine=520&field\\_ml\\_category\\_target\\_id=All](https://content.naic.org/model-laws?combine=520&field_ml_category_target_id=All) (febrero, 2023).
- NCIGF. (2022, December 1). *About Us*. Disponible en: <https://www.ncigf.org/about/> (febrero, 2023).
- NOLHGA. (s/f-a). *Frequently Asked Questions*. Disponible en: <https://www.nolhga.com/policyholderinfo/main.cfm/location/questions> (febrero, 2023).
- (s/f-b). *What is NOLHGA?* Disponible en: <https://www.nolhga.com/aboutnolhga/main.cfm/location/whatisnolhga> (febrero, 2023).
- NOLHGA & Penn Treaty. (n.d.). *Frequently Asked Questions: Penn Treaty Network America Insurance Company, American Network Insurance Company*. Illinois Life and Health Insurance Guaranty Association, ILHIGA. Disponible en: <https://www.ilhiga.org/AdditionalInfo/Open/832/PennTreatyRevisedFAQsFINAL> (febrero, 2023).
- Norris, L. (2022, September 14). *CO-OP health plans: patients' interests first*. Healthinsurance.org. Disponible en: <https://www.healthinsurance.org/obamacare/co-op-health-plans-put-patients-interests-first/> (febrero, 2023).
- Pennsylvania Insurance Department. (n.d.). *Penn Treaty Network America Insurance Company*. Disponible en: <https://www.insurance.pa.gov/Regulations/LiquidationRehab/Pages/Penn-Treaty-Network-America-Insurance-Company.aspx> (febrero, 2023).
- Supreme Court, County of New York. (n.d.). *In The Matter of the Liquidation of Health Republic Insurance of New York, Corp. Index No.: 450500/2016: CLOSING PLAN*. Health Republic Insurance of New York. Disponible en: <http://www.healthrepublicny.org/docs/Closing%20Plan%202012.30.2022.pdf> (febrero, 2023).

Tobar, J. (octubre 2012). *Mercado de Salud Privada en Chile*. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Estudio encargado por la Fiscalía nacional Económica. Disponible en: <https://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2012/11/INFORME-PUCV-MERCADO-SALUD.pdf> (febrero, 2023).

Visa Franchise (2022). Cómo funciona el sistema de salud en Estados Unidos. Disponible en: <https://www.visafranchise.com/es/blog/sistema-salud-en-estados-unidos> (febrero, 2023).

---

### Nota aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Atribución 3.0  
(CC BY 3.0 CL)