



INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que modifica el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, para establecer la obligación de las Isapres de informar a la Superintendencia de Salud el aumento del precio de sus planes.

BOLETÍN N° [15.751-11](#)

[Objetivo](#) / [Constancias](#) / [Normas de Quórum Especial](#) (si tiene) / [Consulta Excma. Corte Suprema](#) (no hubo) / [Asistencia](#) / [Antecedentes de Hecho](#) / [Aspectos centrales del debate](#) / [Discusión en General](#) / [Discusión en particular](#) / [Modificaciones](#) / [Texto](#) / [Acordado](#) / [Resumen Ejecutivo](#).

HONORABLE SENADO:

La Comisión de Salud tiene el honor de informar el proyecto de ley de la referencia, iniciado en Moción del Honorable Diputado señor Tomás Lagomarsino, con urgencia calificada de "Simple".

Se hace presente que, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 127 del Reglamento de la Corporación, la Comisión discutió en general y en particular esta iniciativa de ley, por tratarse de un proyecto de artículo único.

OBJETIVO DEL PROYECTO

El objetivo es introducir modificaciones en el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, de Salud, que refunde diversas normas reguladoras, con la finalidad de incorporar en el ordenamiento jurídico, el proceso que deberá llevarse a cabo para la adecuación anual de la variación y alza de precios de los planes base que aplican las Instituciones de Salud Previsional, en concordancia con lo mandatado por un fallo de la Corte Suprema y por la circular emanada de la Superintendencia de Salud.

CONSTANCIAS

- [Normas de quórum especial](#): Sí tiene.



- [Consulta a la Excm. Corte Suprema](#): No hubo.

- - -

NORMA DE QUÓRUM ESPECIAL

El artículo único de la iniciativa es una norma de quórum calificado por referirse e incidir en materia de seguridad social en virtud de lo dispuesto en el artículo 19, numeral 18° de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 66, inciso segundo, de la misma Carta Fundamental.

- - -

ASISTENCIA

- Senadores y Diputados no integrantes de la Comisión:

Honorable Diputado señor Tomás Lagomarsino Guzmán.

- Representantes del Ejecutivo e invitados:

De la Superintendencia de Salud: el Superintendente, Dr. Víctor Torres; la Asesora Legislativa, señora Natalia Castillo, y la Jefa de Comunicaciones, señora Ximena Gutiérrez.

Del Ministerio de Salud: la Jefa de la División de Gestión Personas, señora Verónica Bustos; la Jefa del Departamento de Capacitación y Formación, señora María Gabriela Hoffmann; la Profesional del Departamento de Formación de Especialistas, señora Ana María Orellana; la Encargada de la Relación Asistencial-Docente, señora Wanda Cárdenas, y los Asesores, señores Lorenzo Bascuñán; Jaime Junyent, y Julio Muñoz.

De la Asociación de Isapres de Chile: el Presidente, señor Gonzalo Arriagada; el Gerente General, señor Gonzalo Simon, y el Fiscal, señor Matías Avendaño.

Del Centro para la Prevención y Control del Cáncer (CECAN): la Directora, señora Carolina Goic.

De la Fundación Jaime Guzmán: el Asesor, señor Arturo Hasbún.

- Otros (Asesores):

De la Biblioteca del Congreso Nacional: señor Eduardo Goldstein.



De la oficina del Senador Javier Macaya: la Jefa de Gabinete, señora Karelyn Lutecke, y señores Carlos Oyarzún y Luis Mackenna.

De la oficina del Senador Francisco Chahuán: señores Nicolás Cerda; Cristian Carvajal; Luis Quezada; Marcelo Sanhueza, y José Manuel Wagner.

De la oficina del Senador Juan Luis Castro: la Jefa de Gabinete, señora Meggy López; y señoras Teresita Fabres y Paola Astudillo, y señor Arturo León.

De la oficina del Senador Sergio Gahona: señores Benjamín Rug y Cristian Livingstone.

De la oficina de la Senadora Ximena Ordenes: señor Camilo Aguilera.

De la oficina del Senador Gastón Saavedra: señor Luis Batallé.

Del Comité RN: señor Octavio Tapia.

De la oficina del Diputado Tomás Lagomarsino: señora Constanza González y señor Luis Lindemann.

- - -

ANTECEDENTES DE HECHO

Para el debido estudio de este proyecto de ley, se ha tenido en consideración la [Moción](#) del Honorable Diputado señor Tomás Lagomarsino.

- - -

ASPECTOS CENTRALES DEL DEBATE

En el seno de la Comisión se discutió acerca de la necesidad de plasmar en una norma de rango legal el proceso que deberá llevarse a cabo para la adecuación anual de la variación y alza de precios de los planes base que aplican las Instituciones de Salud Previsional.

- - -

DISCUSIÓN EN GENERAL¹

A.- Presentación del proyecto de ley por parte del autor de la moción, y debate preliminar en la Comisión.

Antes de comenzar la discusión de esta iniciativa legal, la Comisión recibió en audiencia al **Honorable Diputado señor Lagomarsino**, quien acompañó una [presentación](#). Recordó que han existido tres aristas de judicialización en materia de ISAPRE: la adecuación de planes base; la tabla de factores de riesgo y la prima de Garantías Explícitas en Salud (GES).

La primera de las aristas, que se resolvió el año 2022, es la adecuación de planes base. Precisó que la Corte Suprema innovó en un procedimiento, en el cual entendió que la [ley N° 21.350](#), que estableció el índice de costos en salud, no terminó con la arbitrariedad y la unilateralidad en el proceso de adecuación de planes base.

El año 2021 se promulga la ley N° 21.350 y en su primer año de aplicación el índice de costos en salud quedó establecido en 7,6%. En ese proceso de adecuación, todas las Instituciones de Salud Previsional abiertas, que eran seis en ese momento, reajustaron por aquel tope, es decir, por el 7,6%. Muchos de los afiliados concurren a los tribunales de justicia reclamando por la arbitrariedad de la aplicación de ese tope.

En el fallo, la Corte Suprema, estableció un procedimiento, denominado coloquialmente procedimiento de verificación, en el cual se instruyó a la Superintendencia de Salud, que posterior al establecimiento del índice de costo en salud, las Instituciones de Salud Previsional debieran informar a la Superintendencia el porcentaje de adecuación de sus planes base e informar los antecedentes que sustentan la aplicación del respectivo porcentaje. Y que posterior a la verificación realizada por la Superintendencia, a través de una resolución, se habilite la aplicación del porcentaje.

Destacó que todos los planes habitualmente se reajustan por la unidad de fomento, pero cuando se trata de los reajustes de adecuación de precios base, son sobre el IPC, porque el mercado de salud varía en forma diferente al mercado en general.

¹ A continuación, figura el link de cada una de las sesiones, transmitidas por TV Senado, que la Comisión dedicó al estudio del proyecto:
<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-04-02/070842.html>
<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-04-08/134519.html>
<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-06-18/071954.html>
<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-07-22/143341.html>

Además el fallo obliga a una restitución de cobros realizados en exceso, que se hubieren producido entre los meses de marzo y agosto; permitía a los afiliados que se cambiaron de plan producto del incremento de los precios base, volver al plan inicial si lo solicitan; recibir a los afiliados que se desafiliaron producto del incremento del precio de los planes bases, si lo solicitan, y se abrió un nuevo plazo y procedimiento para justificar el alza de los precios de los planes, de acuerdo con la ley, que es el proceso de verificación.

El 6 de septiembre, la Superintendencia de Salud abre un plazo, a través de una circular, para que las Instituciones de Salud Previsional que se van a acoger a un proceso de adecuación, informen el porcentaje y los antecedentes para llegar a dicha alza.

Después de 14 años de judicialización de las Instituciones de Salud Previsional en las tres aristas señaladas, se observa que una forma de cerrar una de ellas, es a través de una complementariedad entre el índice de costo en salud y el proceso de verificación, que ha sido implementado en los tres últimos años.

El primer año, 2022, se estableció un índice de costo en salud, para una variación interanual, de tres años, de 7,6%, por tanto, el proceso de verificación también se ajustó a una variación interanual de 7.6%.

En el 2023, el Indicador de Costos de la Salud (ICSA) quedó en un 2.6% y en el proceso de verificación no hubo mucha variación producto de este tope.

Finalmente, como es sabido, en la tramitación de la ley de reajuste del sector público, en la Cámara de Diputados, el gobierno ingresó la no consideración por el proceso de adecuación de precios bases del año 2024, de los dos mecanismos de contención de costos que incorpora el ICSA, por lo cual el ICSA para el año 2024 quedó en 7,4% y el proceso de verificación llevó a que cuatro Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) elevaran por el tope y tres por un porcentaje intermedio.

Explicó que el proyecto de ley en estudio, toma el proceso de verificación instruido por la Corte Suprema. Su objetivo es llevar a la política pública el proceso de verificación, de manera que no siga siendo una decisión de la Corte Suprema en uso de sus atribuciones y facultades.

El proyecto de ley plantea que después de la publicación de la resolución que establece el índice de costo en salud de la ISAPRE, se contemplen 15 días hábiles, para que las Instituciones de Salud Previsional puedan informar si se van a ajustar al proceso de adecuación de planes base, informar el porcentaje y entregar los antecedentes de acuerdo a lo establecido en la circular.

Vencido el plazo indicado, la Superintendencia debe dictar una resolución en la cual examina los antecedentes, verifica que se ajuste el porcentaje informado a los antecedentes aportados y si excede el ICSPA, se quede en ese tope, pero si está obviamente entre el cero y el ICSPA, se resuelva reajustar por el porcentaje verificado, que deberá ser informado en un plazo de 10 días a partir de esta resolución a los afiliados.

Comentó que en la Cámara de Diputados se logró un acuerdo unánime, se recibió la opinión del Ministerio de Salud, del Superintendente y de la Asociación de ISAPRES, quienes hicieron algunas sugerencias para no contener dos veces el costo, producto de que inicialmente se había incorporado en los antecedentes que tendría que tener a la vista la Superintendencia para verificar el porcentaje de adecuación, ciertos mecanismos de contención de costo.

Las Instituciones de Salud Previsional solicitaron y el Superintendente señaló que era justo no considerar mecanismos de contención de costo iguales en el proceso de verificación, que quedara para el índice de costo en salud y a la vez, hicieron algunas mejoras en torno a la información y en la entrega de ésta, que será a través de canales oficiales como el diario oficial, la página web de la Superintendencia de Salud, y que se entregue la información a los afiliados dentro del periodo de diez días corridos.

Finalmente, indicó que el propósito es cerrar una arista de judicialización, mediante una metodología que la Corte Suprema ha indicado, que termina con la arbitrariedad y la unilateralidad en la adecuación de precios base, a través de la complementariedad entre el ICSPA y el proceso de verificación.

Esto se articula con la publicación del índice de costo de salud, generando un proceso en el cual, primero las instituciones informan de la evaluación y entregan antecedentes, se verifican estos antecedentes por la Superintendencia y finalmente se resuelve su aplicación por la misma Superintendencia, en un procedimiento que ya ha sido realizado en tres oportunidades.

Por último, estimó que se va a complementar bien con lo que se ha promulgado en la llamada ley corta de ISAPRE que permite cerrar las dos otras aristas de judicialización, que son la tabla de factores de riesgo y la prima GES. De esta forma, la idea es contar con un sistema de salud, en cuanto a su pilar privado, menos arbitrario y menos unilateral en materia de adecuación de los precios de sus distintos elementos: precios base, tabla de factores y prima GES, buscando también los equilibrios financieros que debe tener toda la industria para satisfacer los ingresos y egresos.

El **Honorable Senador señor Macaya** observó con buenos ojos este proyecto de ley, pero manifestó sus dudas respecto a la iniciativa exclusiva.

Consideró que es una buena idea que resuelve una de las aristas y una parte de los problemas, sin perjuicio, de solicitar la revisión en materia de seguridad social y de facultades que se le entregan a la Superintendencia de Salud, por parte del Ejecutivo, de manera de obtener el patrocinio en esos temas.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** planteó que esta iniciativa de ley, aparece de la mano con la ley corta ISAPRE, lo cual tiene su origen en el fallo de la Corte Suprema de agosto del año 2022.

Añadió que el fallo de la Corte Suprema acogió recursos de protección en contra de las Instituciones de Salud Previsional, deja sin efecto el alza de precios en los planes de salud de todos los afiliados, y se producen dos circunstancias inéditas, porque primero se dispone su aplicación a la totalidad de los afiliados y no solo a aquellos que hayan presentado los recursos de protección respectivos y, además, se ordena a la Superintendencia a iniciar un proceso de adecuación.

Por esa razón comparte el proyecto de ley en estudio, porque lo que ordena la Corte a la Superintendencia, con el nuevo proceso de adecuación, tiene que estar fundamentado adecuadamente en el alza de precios base de los planes. Actualmente se está abordando una situación que hizo crisis y es correcto.

Por su parte, con la [circular N° 409 del 6 de septiembre del 2022](#), la Superintendencia entregó instrucciones para el cumplimiento del fallo de la Corte, y en esa circular se estableció el mecanismo del procedimiento de verificación. Este proyecto de ley, contiene materias que ya están en una circular y lo eleva a rango legal. Valoró la propuesta de incorporar los antecedentes que van a fundar un alza de los precios bases y solicitó conocer la opinión del Ejecutivo respecto de los plazos.

El **Honorable Senador señor Macaya** precisó que hay que observar las normas que dicen relación con materias que pueden ser de atribución exclusiva del Ejecutivo, como aquella que señala que la Superintendencia de Salud dictará una resolución que contendrá determinados aspectos.

El **Honorable Senador señor Chahuán** manifestó que es relevante avanzar en esta materia, que es adecuada, pero con los argumentos señalados, consideró que establecer atribuciones adicionales a la Superintendencia de Salud, es de iniciativa exclusiva. Además, el fallo del Tribunal Constitucional, pone en riesgo una serie de normas muy complejas.

Recordó que la regulación de los excedentes fue un proyecto parlamentario, que actualmente una persona podría recurrir de inaplicabilidad por inconstitucionalidad, siguiendo la misma lógica del fallo del Tribunal Constitucional, situación que nadie quiere. Por lo tanto, le solicitó al Ejecutivo, que otorgue el patrocinio a esta iniciativa, para evitar cuestionamientos sobre la constitucionalidad de los proyectos de ley.

El **Honorable Diputado señor Lagomarsino** sostuvo que el proyecto de ley, en su inicio, como fue ingresado a la Secretaría de la Cámara, no modificaba facultades, pero la indicación ingresada en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, con el fin de avanzar en la tramitación, se solicitó que sea patrocinada por el Ejecutivo, pero no se concretó.

Con el objeto de otorgar certidumbre del funcionamiento del sistema, tanto a los afiliados como a los directivos y a los dueños de las Instituciones de Salud Previsional, continuó su tramitación esperando que el Ejecutivo, se convenza de ingresar el patrocinio en los elementos que eventualmente puedan ser inconstitucionales.

El **señor Superintendente de Salud** planteó que hay una situación que ha quedado resuelta luego de la sentencia del Tribunal Constitucional. Recordó el criterio que utiliza la Cámara Diputados en este aspecto, que ha sido distinto al del Senado en los últimos años, y materias que son propias del derecho a la salud los considera de iniciativa parlamentaria.

No obstante, este es un proyecto de ley que no da atribuciones a la Superintendencia sino más bien, otorga obligaciones a las instituciones de salud previsional y, por otro lado, se basa en las sentencias de la Corte Suprema que establecen el reconocimiento de esa facultad en la Superintendencia como parte de sus funciones generales de fiscalización.

Por lo tanto, a partir de ello, establece que la Superintendencia genere un mecanismo que permita la verificación, que fue finalmente detallado a partir de dos circulares que emanaron para tal efecto.

Indicó luego que si se despeja cualquier situación media oscura que pudiera existir respecto de la autoría, no hay problema en solicitar al Ejecutivo que pueda patrocinar el proyecto de ley. Agregó que ven con buenos ojos esta iniciativa, porque entrega certeza y permite avanzar en uno de los tres grandes grupos de sentencias que la Corte Suprema ha dictado con efecto general y le entrega certidumbres también a los usuarios.

Recordó que la ley N° 21.350, establece el Indicador de Costos de la Salud (ICSA), como un techo de verificación, producto de un promedio de los costos o de la variación de costo interanual de las Instituciones de Salud Previsional, y se le agrega además un elemento de contención de costo, esto es lo habitual, que dice relación con las prestaciones de Modalidad de Libre

Elección (MLE) de FONASA. Y la razón de esto es contar con un indicador que genere una presión a la baja del sistema y apunta hacia la eficiencia.

Añadió que las Instituciones de Salud Previsional que tienen valores negativos mantienen los precios y no los bajan. Por lo tanto, ese es otro incentivo para que la tendencia sea a tener variaciones negativas y con eso mejorar la eficiencia sin tener que traspasar a mayores costos los precios. Precisó que la verificación establece un proceso, sin el elemento de FONASA, de verificación de la variación del costo interanual de cada una de las ISAPRE, de tal manera que, existiendo este techo, cada ISAPRE también pueda justificar su propia alza.

En el cuadro presentado por el Diputado Lagomarsino, observó que hay dos elementos. En el año 2024, efectivamente, es 7,4 el ICESA, luego, se realiza la verificación por cada una de las Instituciones de Salud Previsional.

Resultados

Isapre	2022		2023		2024	
	% elevación verificado por Superintendencia Salud	% elevación finalmente aplicado en proceso adecuación	% elevación verificado por Superintendencia Salud	% elevación finalmente aplicado en proceso adecuación	% elevación verificado por Superintendencia Salud	% elevación finalmente aplicado en proceso adecuación
Colmena	6,6%	6,6%	2,9%	2,6%	2,4%	2,4%
Cruz Blanca	4,3%	4,3%	11,8%	2,6%	12,2%	7,4%
Vida Tres	1,4%	1,4%	8,1%	2,6%	2,5%	2,5%
Nueva Masvida	7,8%	7,6%	2,6%	2,6%	8,0%	7,4%
Banmédica	5,6%	5,6%	5,8%	2,6%	0,6%	0,6%
Consalud	14,4%	7,6%	No informó alzas al regulador		8,5%	7,4%
Esencial					13,9%	7,4%

ISAPRE Colmena 2,4 y alza 2,4. Cruz Blanca 12,2 y el ICESA opera bajando a 7,4. Vida Tres, tiene una verificación de 2.5 y alza 2,5. Nueva más Vida de 8 y ahí opera de nuevo el ICESA a 7,4. Banmédica 0,6 acoge el 0,6. Consalud 8,5 y el ICESA opera nuevamente con el 7,4 y en Esencial, ahí un pequeño error; la verificación es 13,9 y si bien el ICESA la baja a 7,4, Esencial tomó la decisión de alzar solo 3,9.

Lo anterior es relevante porque, además, el proceso de verificación en ningún caso es una fijación de alza, sino que es un techo y le permite incluso a las Instituciones de Salud Previsional tomar decisiones comerciales que pudieran ser más convenientes, incluso en mejores condiciones que las que establece tanto el ICESA como el proceso de verificación.

La Corte Suprema dice en sus sentencias, que en consecuencia del alza del precio base 2023-2024, comunicada al recurrente es el colofón de un

proceso previo, objetivo y fiscalizado por la Superintendencia de Salud, quien resguardando los intereses de los usuarios del sistema, regula el alza del valor del plan base de los contratos de salud, tornando ésta en un aumento reglamentado basado en parámetros legales verificados por la autoridad y no meramente unilateral, conforme dan cuenta las explicaciones técnicas de las circulares respectivas que determinan el porcentaje de alza que se podrá concretar por cada ISAPRE, volviendo el contrato de adhesión original en uno dirigido, puesto que, como señala el autor López Santa María, una de las partes ya no adhiere a un estatuto impuesto en el hecho por la otra, en su exclusivo interés.

Ambas partes adhieren a un estatuto impuesto en derecho por la autoridad pública, guardiana del interés general, y conciliadora de los intereses particulares. Contexto normativo que disipa en este proceso de alza de precio base la existencia de cualquier eventual vulneración de garantía fundamental que deba ser enmendada por esta vía, lo que conduce al rechazo de la acción de protección entablada.

Explicó que hace referencia a este extracto de una de las sentencias porque es bastante clara la posición que ha tenido la Corte Suprema en torno a que este proceso de verificación ya estaría despejando ese acápite que no había quedado resuelto en la ley N° 21.350, al sólo colocar un indicador y no establecer un mecanismo individual para cada una de las Instituciones de Salud Previsional.

El **Honorable Senador señor Macaya** consultó por aquella parte del proyecto de ley que habla de la variación anual del gasto por persona beneficiada que, a su entender, se trata de una estimación que es un promedio, o sea, no puede ser un trabajo que se haga nominativo.

Será necesario precisarlo de esa manera, porque más allá incluso de las normas de resguardo a la información, de los derechos de los pacientes, cuando habla de la variación anual por persona, podría eventualmente surgir una interpretación de que se tiene que mandar nominativamente por cada una de las personas afiliadas a la ISAPRE y tal vez, esa es la intención del legislador.

Esta es una duda que surge al revisar el tenor literal de la letra a). Porque si la intención es hacer una información respecto al promedio, que tal vez sería lo correcto, cabe la duda cuando se habla de "variación anual del gasto por persona beneficiada", quizá puede ser un exceso de información, incluso vulnerar los derechos y el resguardo de la información de cada una de las personas afiliadas a la ISAPRE.

El **Honorable Diputado señor Lagomarsino** señaló que los datos ya han sido solicitados en tres ocasiones por la Superintendencia a la ISAPRE y estos datos son entregados sin visibilidad de los nombres.

Indicó que, para determinar efectivamente la variación interanual efectiva de costos de la ISAPRE, en la cual sustenta y justifica el porcentaje informado, estos datos son fundamentales para determinarlos. Estimó que esos son los datos que va a necesitar la Superintendencia.

Por último, precisó que un tema que no se debatió a fondo en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, fue la discusión sobre la necesidad de que los cuatro indicadores, deben quedar en la ley o bien si se deben determinar a través de una circular de la Superintendencia de Salud. Y esa es una discusión que se podría abrir.

El Superintendente de Salud, señor Víctor Torres aclaró que la Superintendencia está autorizada para tratar datos sensibles y no publican datos que no sean anonimizados cuando se requieran, sobre todo para uso de estadísticas o estudios, en general se puede trabajar con datos agrupados o anonimizados, incluso si fueran individuales, pero cuentan con esa autorización.

A su vez, informó que manejan los archivos maestros. En el sistema de verificación, la ISAPRE plantea cuánto es su variación de costo inter operacional y la Superintendencia verifica aquello. Por lo tanto, para poder contrastar la información, ellos envían su base de datos, por cada uno de los beneficiarios y la Superintendencia la contrasta con los archivos maestros, que además les entregan constantemente.

El presidente de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional de Chile A.G., señor Gonzalo Arriagada, quien acompañó una [presentación](#) en su exposición y, con el propósito de tener más claridad respecto a esta materia, presentó un resumen de todas las leyes que actualmente regulan este tema.

Detalló los cinco cuerpos legales que regulan la materia, en primer lugar, el [DFL 1 del Ministerio de Salud del año 2006](#) que fue modificado por la ley N° 21.350 del año 2021, estableció un mecanismo mediante el cual las Instituciones de Salud Previsional tenían que sujetar sus alzas de precios anuales a un máximo, que se establecía mediante un mecanismo que se llama ICESA.

En segundo lugar, está la sentencia de la Corte Suprema, de agosto del dos mil veintidós, que cuando se aplicó por primera vez este mecanismo establecido en la ley, la Corte Suprema señaló que la limitación que establecía el ICESA era insuficiente y que además de esa limitación, tenía que proceder una verificación de las alzas que anunciaran las Instituciones de Salud Previsional. Ese proceso de verificación se hizo por parte de la Superintendencia de Salud, el mismo año dos mil veintidós.

En tercer lugar, mencionó la norma de la ley de reajuste del sector público, que el año 2023, en su artículo 95, también incorporó algunas normas que modifican el proceso de adecuación, en particular adelantó el proceso de adecuación del año 2024 y postergó el del año 2025, además de incorporar algunas correcciones.

En cuarto lugar, indicó el proyecto de ley corta de ISAPRE, en actual tramitación; que incorpora una serie de modificaciones al proceso de adecuación de precios de la ISAPRE.

Por último, el proyecto en estudio, que regula el proceso de verificación de ajuste anual.

Señaló que la ley N° 21.350, le entregó a la Superintendencia de Salud la facultad para determinar el valor máximo que podían tener las alzas de las Instituciones de Salud Previsional a través del cálculo de un indicador denominado ICSA. Ese indicador lo calcula anualmente la Superintendencia. En segundo lugar, se establecieron algunas metas de exámenes de medicina preventiva que las instituciones tenían que cumplir para acceder a hacer la adecuación de precios del año. Además, la ley establece los procedimientos y plazos dentro de los cuales se deben realizar estas acciones.

Explicó que para efectos del cálculo del ICSA, la ley señala que se deben considerar las variaciones de costo de las prestaciones de salud, las variaciones de las frecuencias de uso de las mismas prestaciones, las variaciones en el uso de los subsidios, los costos de las nuevas prestaciones que se incorporen en el año en que se esté tramitando el ICSA, las variaciones de las frecuencias de uso de la modalidad de libre elección del FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos.

Destacó que el ICSA que calcula la Superintendencia solo considera las prestaciones de la Modalidad de Libre Elección (MLE) del FONASA y curiosamente hay dos metodologías en paralelo para calcular lo mismo.

Se trata de calcular las alzas de costos que han sufrido las Instituciones de Salud Previsional y de esa manera, validar un alza de precio. En el ICSA se intenta eso, a través de las prestaciones de la modalidad de libre elección del FONASA. Sin embargo, en las verificaciones que hace la Superintendencia, producto de la instrucción del fallo de la Corte Suprema, se calcula lo mismo, pero considerando todas las prestaciones que tienen las Instituciones de Salud Previsional que además de la modalidad de libre elección del FONASA, incorpora otras que se han codificado con códigos propios de las instituciones o con códigos propios de la Superintendencia. Planteó que al existir dos metodologías se generan dos posibles resultados.

Cuando se aplicó la mencionada ley el año 2022, la Corte Suprema estimó que los topes de alzas que se establecían mediante el ICSA eran

insuficientes, anulando el proceso de alza que habían hecho las Instituciones de Salud Previsional en función de esa ley y ordenó que se hiciera nuevamente, esta vez verificado por la Superintendencia. Recordó que la Superintendencia dictó una resolución en el mismo año 2022 que instruye la forma de hacer esa verificación de alzas.

Al comparar los dos procedimientos, el ICOSA, calcula el tope máximo de variación de precios considerando un promedio entre el alza de prestación y el alza de subsidio y para eso considera las prestaciones del FONASA de MLE. En cambio, el mecanismo de validación considera todas las prestaciones que las Instituciones de Salud Previsional hacen, ya sea de MLE, como aquellas que tienen código propio o código establecido por la Superintendencia.

Por su parte, el año 2023, en la ley de reajuste al sector público, se incorporó en el artículo 95 algunas normas relacionadas con la adecuación de precios anuales. En primer lugar, se estableció que el ajuste extraordinario por suspensión del cobro de los menores de dos años, tenía que incorporarse en el alza de ese año.

Por otro lado, se anticipó el proceso de adecuación del año 2024, se excluyó las prestaciones nuevas y se excluyó la modalidad de la libre elección del FONASA, que son dos elementos considerados en el ICOSA de manera normal.

A su vez, se postergó el proceso del año 2025, que será tres meses más tarde al correspondiente.

Por su parte, en el llamado proyecto de ley corta de ISAPRE, se contemplan varias modificaciones al proceso de adecuación, relacionadas con el proyecto de ley en estudio, como la modificación a la forma en que se adecuan los precios, que ya no se hará sobre precios base, sino sobre precios finales. Además, se establece que el ICOSA ya no será un tope a las alzas, sino que será vinculante, es decir, es el porcentaje del alza que se aplicaría por todas las Instituciones de Salud Previsional que estén con plan de pago, como son por 10 años que se aplica el ICOSA, en tal sentido se podría dudar del sentido de las verificaciones de cada ISAPRE, si por otro lado el ICOSA es obligatorio. Por último, también establece nuevos factores que se deben considerar en la metodología para el cálculo del ICOSA.

A continuación, se refirió a lo que propone el proyecto de ley en estudio e indicó que básicamente convierte en ley el mecanismo de verificación que aplicó la Superintendencia.

Al revisar la resolución que dictó al efecto la Superintendencia en su momento y al compararlo con este proyecto, se observa que son bastante similares. Se considera la variación del gasto por persona en unidades de

fomento; se considera los cambios de frecuencias de prestaciones; la variación del costo de los subsidios y los costos de las prestaciones nuevas codificadas en el arancel de la libre elección del FONASA, con indicación del listado de las nuevas prestaciones con su código y frecuencia de uso.

Como conclusiones, señaló que la variación de precios está regulada en varios cuerpos normativos, además de dos proyectos de ley en tramitación (el objeto de estudio y el de ley corta de ISAPRE). Esto hace recomendable diferir el análisis de este proyecto de ley, para regular de manera armónica su contenido con las normas que se aprueben en el proyecto de ley corta de ISAPRE.

A su vez, llamó a considerar la experiencia adquirida en los tres años de aplicación de este sistema de adecuación de precios.

Por último, propuso considerar que de aprobarse el proyecto de ley corta que permite el equilibrio de las Instituciones de Salud Previsional, se considere también este elemento, porque habrá instituciones que van a haber calculado su ingreso por un mecanismo que las va a dejar en un equilibrio y, por lo tanto, cualquier mecanismo de adecuación futuro debiera considerarlo, porque si las instituciones sufren incrementos de costo que no se permite que se reflejen en el precio, no van a tener ingresos suficientes para funcionar.

El **Honorable Senador señor Gahona** consultó sobre la verificación del ICESA que se establece en el proyecto de ley. Es algo innovador y genera otras condiciones respecto a lo que ya se hace o simplemente es lo mismo que existe y solo se busca darle rango legal, lo que le quitaría flexibilidad al regulador para determinar este tipo de cosas.

El **Honorable Senador señor Castro González** solicitó al señor Arriagada una síntesis desde el mes de diciembre del año 2023 a la fecha de las fluctuaciones promedio de precios a la baja o al alza producto de la aplicación del fallo GES y producto del ICESA. Así como la tendencia que debiera suceder en el itinerario con el fallo de tabla única.

El **señor Arriagada** explicó que el proyecto de ley en discusión, corresponde a la misma forma en que actualmente se calcula la verificación según la circular que emitió la Superintendencia.

Sin embargo, consideró que hay una oportunidad en la revisión de esta materia, porque actualmente existen dos metodologías para calcular el alza y lo lógico sería revisar la metodología más apropiada, dado que ya se ha hecho durante tres años este proceso.

En relación a la consulta del Senador Castro González, informó que la Superintendencia publicó recientemente los resultados de la industria correspondientes al año 2023, señalando que hubo una utilidad cercana a

9.000 millones. Añadió que esos resultados tienen que ver con los precios que incorporaron el alza del GES que las compañías hicieron el año 2023.

Manifestó que, en enero de 2024, se aplicó el fallo de la Corte Suprema en materia de GES que disminuyó los ingresos de las compañías en un 12% promedio. Esa utilidad es equivalente al 0,2% de los ingresos del año 2023 y producto de la aplicación del fallo de GES, disminuyó su ingreso en un 12% a partir de enero.

Sostuvo que, en el primer trimestre de este año, las cuatro instituciones abiertas que componen la Asociación que representa, el resultado acumulado a marzo es de 18.000 millones de pérdidas.

El **Honorable Senador señor Castro González** consultó por las dos Instituciones de Salud Previsional que tuvieron números azules y las demás, tuvieron una baja menor que en el período anterior.

El **señor Arriagada** confirmó que hay dos Instituciones de Salud Previsional que tuvieron utilidades en el 2023 y cinco que tuvieron pérdidas, pero más mitigadas que las del año 2022. Las dos instituciones con utilidades son Nueva Masvida y Consalud.

El **Honorable Senador señor Castro González** consultó, en el supuesto de que el monto de la deuda por fallo de tabla única sea el que declaró por última vez la Superintendencia de 1.180 millones de pesos, ¿en qué momento empieza el plan de devolución según el trayecto de la ley corta de ISAPRE y el impacto financiero que tendría para el sistema? ¿Cuál es el impacto y cuál es la rebaja de precios?

El **señor Arriagada** indicó que el año 2023, la mayoría de las Instituciones de Salud Previsional tienen pérdidas, solo 2 obtienen utilidades, pero éstas representan el 0,2% de los ingresos. Los ingresos representan una baja neta del 9% (baja del 12% y alza del 3%). Lo que puede esperarse en el transcurso de este año es pérdida de gran magnitud.

Manifestó que, según el proyecto de ley corta, los pagos de deuda están dentro de las soluciones, porque están dentro del paquete del plan de ajuste y pago. Si se aplica el fallo de tabla de factores bajando los ingresos sin que exista un elemento que permita financiar esto, estarán con 19% menos de ingreso hasta octubre.

Por otra parte, consideró que no hay mucha claridad, por ejemplo, la ley no establece un plazo concreto del momento en que se aplica el ajuste con el 7% de tope. Se podría entender que es coetáneo con la baja de tablas, o sea, se calcula la baja de tabla a las personas, la ley habla que no puede bajar por menos del 7%, por lo que se entendería que están juntos, pero la norma no es expresa.

El **Honorable Senador señor Castro González** preguntó por la prima de reajuste extraordinario, porqué es una prima y no un reajuste de precio final. Por otra parte, el guarismo, suponiendo que sea un reajuste con tope del 10%, ¿cómo juega eso en relación al equilibrio financiero que visualizan a la luz de la trayectoria de la aplicación de los fallos que se va completando?

El **señor Arriagada** planteó que hay dos efectos que ha recibido la industria que han afectado sus ingresos, lo que impide financiar las prestaciones, el fallo de GES y el fallo de tabla de factores. Por otra parte, hay dos medidas que pretenden reponer este equilibrio, que son el 7% y el alza extraordinaria que completa lo que falta para lograr el equilibrio.

Indicó que en lugar de la posibilidad de que las Instituciones de Salud Previsional puedan proponer un porcentaje de alza, se plantea la indicación en el proyecto de ley corta, que las instituciones puedan proponer una prima de equilibrio, un valor fijo.

Lo anterior, tiene varias diferencias, el primero de ellos, es que cuando es porcentaje, el que tiene un precio más alto paga en proporción a ese valor, el que tiene un valor más bajo paga en proporción a ese valor más bajo. Cuando es una prima, todos pagan el mismo valor.

Al ser una prima el valor, por ejemplo, 5 mil pesos, es menos complicado de explicar que el porcentaje sobre el precio base. Consideró que es una mecánica distinta, probablemente menos conflictiva y cualquiera que sea la mecánica, persigue lo mismo.

Respecto del tope, señaló que se hablaba de limitarlo al 10% y consideró que se trata de un porcentaje razonable.

El **Honorable Senador señor Gahona** consultó al señor Superintendente de Salud si este proyecto de ley es útil, dado que ya se ha aprobado el proyecto de ley corta de ISAPRE.

El **señor Superintendente de Salud** recordó que el proceso de verificación nace a partir de los fallos de la Corte Suprema respecto de la adecuación del precio base, no así de tabla de factores ni GES, que es lo que contiene la ley corta de ISAPRE que se hace cargo de estos dos elementos.

La Corte Suprema estableció que se suspendiera el proceso el año 2022 y se establezca uno nuevo por parte de la Superintendencia de Salud, toda vez que la ley N° 21.350 crea el Indicador de Costos de la Salud (ICSA) y lo establece como un techo, sin embargo, cuando se aplica por primera vez, todas las instituciones informaron un alza al techo de aquella época (7,6%), por tanto, la Corte Suprema estableció que si bien estaba justificado legalmente el

indicador, no era suficiente para justificar el alza individual por cada ISAPRE y seguía existiendo arbitrariedad, estableciendo un mandato a la Superintendencia de Salud para verificar de manera individual el porcentaje que podía subir cada ISAPRE.

Explicó que, mediante dos circulares, N° 409 y N° 425, la Superintendencia norma el proceso de verificación. No obstante, administrativamente sigue respondiendo a la instrucción de la Corte Suprema, más que a una potestad legal, por eso, consideró relevante clarificar en la ley la existencia de este procedimiento, que elimina la arbitrariedad y unilateralidad en el alza de los planes.

Lo anterior, permitiría cerrar, desde la perspectiva legal, el proceso de adecuación de precio base y resolverlo de manera definitiva, por ello respaldan este proyecto de ley.

Explicó que las indicaciones que presentará el Ejecutivo, como modo de patrocinar este proyecto de ley, establecen precisión sobre algunos elementos que se requieren como información a las Instituciones de Salud Previsional y transformarlos a porcentaje de variación anual del gasto y otros aspectos que se modifican, pero no son sustantivos.

Se busca que las Instituciones de Salud Previsional informen de una manera que faciliten el proceso. Se solicita, técnicamente, los siguientes elementos: porcentaje de la variación anual del gasto por persona beneficiaria, considerando todas las prestaciones de salud bonificadas por la ISAPRE, que se financien a través del plan complementario de salud, es decir, excluyendo a las contenidas en el GES.

Lo anterior es relevante porque la variación de costo, solo traduce los costos que asume la ISAPRE para financiar una prestación contenida en el plan complementario y excluye los costos del GES, porque para eso existe una prima que cada tres años se revisa en la medida que haya un decreto y queda expresamente excluido.

El porcentaje de variación anual de la frecuencia de uso de las prestaciones bonificadas por persona beneficiaria, porcentaje de variación anual del costo de subsidio de incapacidad laboral, con cargo a la ISAPRE y costo en Unidad de Fomento de las nuevas prestaciones contempladas en el arancel al que hace referencia el artículo 159 de la ley del año en análisis.

También se precisa el porcentaje de variación anual de costos operacionales, que corresponde a la suma del costo de prestaciones excluyéndose las Garantías Explícitas de Salud (GES) contempladas en el régimen específico.



A su vez, se exige el cumplimiento del examen de medicina preventiva como una exigencia previa para poder alzar su precio de manera anual.

En resumen, lo que traduce la verificación, es la variación de costo interanual de las Instituciones de Salud Previsional y permite con eso establecer el máximo que las instituciones podrían alzar cada año, indistintamente que ya exista un techo máximo para todo el sistema como es el ICOSA.

- Puesto en votación el proyecto de ley, en general, fue aprobado por la unanimidad de los integrantes de la Comisión, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Gahona y Macaya.

- - -

DISCUSIÓN EN PARTICULAR

A continuación, se efectúa una relación de las indicaciones presentadas al texto aprobado en general y de los acuerdos adoptados a su respecto por la Comisión.

ARTÍCULO ÚNICO

El artículo único introduce modificaciones al artículo 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, mediante tres numerales.

Numeral 1

El numeral 1 reemplaza el literal e) del numeral 2 del inciso primero del mencionado artículo 198, por el siguiente numeral 3:

“3. En el plazo de quince días corridos, contado desde la publicación del indicador a que se refiere la letra d) del numeral 2, las Isapres deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el valor del precio base de los planes de salud y, en caso que decidan aumentarlo, junto con el porcentaje de ajuste que aplicarán a todos sus planes de salud deberán acompañar los antecedentes siguientes:

a) Variación anual del gasto por persona beneficiaria, en unidades de fomento, considerando las prestaciones bonificadas con código de modalidad libre elección de Fonasa, con código propio de la Isapre, o con código definido por la Superintendencia de Salud.

b) Cantidad anual de prestaciones bonificadas y la variación promedio de prestaciones bonificadas con código de modalidad libre elección de Fonasa, código propio de la Isapre, y código definido por la Superintendencia de Salud.

c) Variación interanual del costo en subsidios de incapacidad laboral por persona beneficiaria, en unidades de fomento, de cargo de la Isapre, incluidas las licencias médicas que hayan sido reconsideradas por la propia Isapre o por Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.

d) Costo, en unidades de fomento, de las nuevas prestaciones codificadas en el arancel de la modalidad libre elección de Fonasa del año en análisis, con indicación del listado de nuevas prestaciones con la glosa en el respectivo código y la frecuencia de uso de la prestación.

La Superintendencia de Salud, mediante circular dictada al efecto, detallará la forma de informar cada uno de los antecedentes antes indicados, así como los requisitos mínimos de la comunicación a los afiliados.

Vencido el plazo señalado en el encabezado del párrafo primero de este numeral, la Superintendencia dictará una resolución que contendrá la verificación del porcentaje de ajuste de cada una de las Isapres, informado en base a los antecedentes aportados. Dicha resolución autorizará el ajuste de los precios base de los planes de salud de la Isapre respectiva, el que, en ningún caso, podrá ser superior al valor resultante de la verificación realizada por el regulador, ni al indicador a que hacen referencia los numerales 1 y 2. Si en su ajuste la Isapre respectiva no supera el indicador de costos de la salud, ni el valor verificado por la Superintendencia de Salud, se entenderá justificada para los efectos legales.

Por el contrario, si el valor verificado es negativo, la Isapre respectiva no podrá aumentar el valor del precio base de sus planes de salud.

La resolución mencionada en el párrafo tercero deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.”.

La indicación N° 1, de S.E. la Vicepresidenta de la República, reemplaza el numeral 1 por el siguiente:

“1. Reemplázase, en el inciso primero, el literal e) del numeral 2, por el siguiente numeral 3, nuevo:

“3. Dentro del plazo de quince días corridos, contados desde la publicación del indicador a que se refiere el literal d) del numeral 2 anterior, las ISAPRE deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el valor del precio base de los planes de salud. En el evento de

que el indicador sea negativo, las ISAPRE no podrán subir el precio. En caso de que decidan aumentar el precio base, el porcentaje de ajuste informado que aplicarán a todos sus planes de salud deberá ser acompañado de los siguientes antecedentes:

a) Porcentaje de la variación anual del gasto por persona beneficiaria, considerando todas aquellas prestaciones de salud bonificadas por las ISAPRE que se financian a través del plan complementario de salud, excluyéndose las Garantías Explícitas en Salud contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud.

b) Porcentaje de variación anual de la frecuencia de uso de prestaciones bonificadas por las ISAPRE, por persona beneficiaria, excluyéndose las Garantías Explícitas en Salud contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud.

c) Porcentaje de variación anual del costo en subsidios de incapacidad laboral por persona beneficiaria de cargo de la ISAPRE, incluidas las licencias médicas que hayan sido reconsideradas por la propia Institución o por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.

d) Costo, en unidades de fomento, de las nuevas prestaciones contempladas en el arancel a que hace referencia el artículo 159 de esta ley del año en análisis.

e) Porcentaje de variación anual del costo operacional, que corresponde a la suma del costo en prestaciones de salud, excluyéndose las Garantías Explícitas en Salud contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, y en subsidios de incapacidad laboral, por persona beneficiaria.

La Superintendencia de Salud, mediante circular dictada al efecto, detallará la forma en que las Instituciones de Salud Previsional deberán informar cada uno de los antecedentes antes indicados.

Vencido el plazo señalado en el presente numeral, la Superintendencia dictará una resolución que contendrá la verificación del porcentaje de ajuste de cada una de las ISAPRE, informado en base a los antecedentes aportados. Dicha resolución autorizará el ajuste de los precios base de los planes de salud de la ISAPRE respectiva que, en ningún caso, podrá ser superior al valor resultante de la verificación realizada por la Superintendencia ni al indicador a que hacen referencia este artículo. Esta resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud. Si en su ajuste, la Institución respectiva no supera el indicador de costos de la salud, ni el valor verificado por la Superintendencia de Salud, se entenderá el ajuste de los precios bases justificado para todos los efectos legales.

Si el valor verificado es negativo, la ISAPRE respectiva no podrá aumentar el valor del precio base de sus planes de salud.”.”.

Numeral 2

El numeral 2 aprobado en general, agrega en el inciso primero del artículo 198, un numeral 4 del siguiente tenor:

“4. En el plazo de diez días corridos, contado desde la notificación de la resolución de la Superintendencia de Salud que contiene el porcentaje de ajuste verificado, las Isapres comunicarán a sus afiliados por correo electrónico o, en caso de no disponer de éste, por carta certificada, sobre el aumento porcentual que afectará a sus planes.

La comunicación a sus afiliados que realice la institución de salud previsual deberá contener, a lo menos, la decisión de adecuar los planes, el porcentaje de tal adecuación, los antecedentes que la justifican y la resolución de la Superintendencia de Salud que verifica el porcentaje de alza de la respectiva institución.”.

La indicación N° 2 de S.E. la Vicepresidenta de la República, reemplaza el numeral 2 por el siguiente:

“2. Agrégase, en el inciso primero, a continuación del numeral 3, el siguiente numeral 4, nuevo:

“4. La ISAPRE que dentro del plazo señalado en el numeral anterior, decida aumentar el valor del precio base de los planes de salud, deberá comunicar de dicha adecuación, en el mismo mes de marzo del año respectivo, a los afiliados que correspondan. La comunicación deberá realizarse por medios electrónicos en base a la última información registrada por la persona afiliada. De no contar con dicha información, esta se realizará por carta certificada, y se entenderá practicada al quinto día, contado desde el día siguiente a su envío.

La comunicación que hace la respectiva ISAPRE deberá contener, a lo menos, la decisión de adecuar los planes de salud, el porcentaje de tal adecuación, los antecedentes que la justifican y la resolución de la Superintendencia de Salud que verifica el porcentaje de alza de la referida Institución. Esta comunicación no podrá contener ni adjuntar información, documentos o cualquier antecedente adicional que no tengan relación con la adecuación propuesta.

Las ISAPRE deberán estar siempre en condiciones de acreditar la remisión de la comunicación a sus cotizantes, independiente de la forma de notificación.

A fin de dar cumplimiento a las reglas sobre notificación antes señaladas, las ISAPRE deberán instar a sus afiliados al uso de medios electrónicos, debiendo la Institución respectiva dejar constancia de que la persona afiliada otorgó su voluntad sobre el uso de esta forma de notificación. Al respecto, la ISAPRE deberá estar siempre en condiciones de acreditar las medidas adoptadas para tal efecto.”.”.

Numeral 3

El numeral 3 intercala en el inciso segundo del artículo 198, entre la palabra “indicador” y la expresión “sea negativo” la siguiente frase: “a que hace referencia los numerales 1 y 2 de este artículo”.

La indicación N° 3 de S.E. la Vicepresidenta de la República, reemplaza el numeral 3 por el siguiente:

“3. Elimínase el inciso segundo.”.

ooooo

Numeral nuevo

La indicación N° 4 del Honorable Senador señor Gahona, agrega un nuevo numeral, luego del numeral 3), del siguiente tenor:

“x) En el artículo 206 bis:

i. Reemplazar en su inciso primero, la expresión “verificará el precio” por la expresión “verificará la variación del precio”.

ii. En el literal a) de su inciso primero, reemplazar la expresión “los precios” por la expresión “la variación de los precios”; y la expresión “el precio” por “la variación de los precios”.

iii. En el literal b), reemplazar:

-En su párrafo primero la expresión “el precio” por la expresión “la variación del precio”.

-En su párrafo segundo, para reemplazar la expresión “los precios” por “la variación de los precios”.

iv. En su literal c), reemplazar la expresión “los precios” por la expresión “la variación de los precios”; y la expresión “el precio” por la expresión “la variación de los precios”.

v. En su inciso final, reemplazar:

-La expresión “Los precios” por la expresión “La variación de los precios”.

-La oración final, por las siguientes oraciones: “Estas variaciones de precios entrarán en vigencia junto con el decreto que hace referencia el literal a). En el evento de que la variación constatada por la Superintendencia sea negativa, las Isapres no podrán subir el precio.”.

ooooo

El **Superintendente de Salud, señor Víctor Torres** recordó que esta iniciativa legal transforma en ley el contenido de una circular de la Superintendencia de Salud que se basa en las sentencias de la Corte Suprema y que instruyó que en la adecuación del precio base del 2022 se generara un proceso de verificación. Proceso que hasta el día de hoy ha sido exitoso por cuanto todos los recursos judiciales posteriores a la verificación que hemos implementado, la Corte los ha rechazado por cuanto se entiende que ya no hay alzas que sean ni unilaterales ni tampoco arbitrarias.

Agregó que les parece importante que esto quede establecido en la ley y no solamente se sustente en las sentencias de los tribunales, eso le da un sustento mucho mayor y permite su proyección en el tiempo.

Añadió que el Ejecutivo ingresó algunas indicaciones básicamente a raíz de la petición de la Comisión de Salud con el propósito de despejar la duda de admisibilidad del proyecto en cuanto a su origen parlamentario.

Hizo presente que la indicación sustitutiva -ya ingresada- en términos generales, no modifica el contenido de fondo, lo que hace es precisar parte de la redacción de los elementos que se solicitarán a las ISAPRE y que básicamente permitirá cuantificar la variación de costos operacionales interanuales de cada ISAPRE. Eso es lo que mide en términos generales esta verificación y, por lo tanto, nos puede decir lo que podrán alzar justificadamente cada uno de ellas cada año.

Sostuvo que estas son alzas que ocurren sobre el valor de la Unidad de Fomento, por lo tanto, una vez reajustado se establece esta alza y por eso debe ser bien justificada.

Enseguida señaló que la indicación formulada por el Honorable Senador señor Gahona, no va dirigida a la adecuación del precio base, sino que al proceso GES y la indicada verificación del proceso GES fue recientemente publicado en la ley, por lo tanto, no se ha implementado nunca.

Luego planteó algunos alcances sobre el tema, en primer lugar, la [ley N° 21.674](#) establece que la Superintendencia verificará el precio y la indicación se refiere a la variación del precio. El alcance se explica porque cada vez que hay un decreto nuevo, a diferencia de la ecuación precio-base, en que se mide la variación, lo que ocurre es que la ISAPRE establece un precio nuevo. No es que haya una variación, no indican que se subirá un porcentaje respecto del valor anterior, sino que con las prestaciones nuevas que establece el decreto, se fija un precio nuevo y a la Superintendencia le corresponde verificar dicho precio nuevo establecido por la ISAPRE y determinar si se justifica o no.

Expresó que en algún momento del trámite de la ley N° 21.674 se consideró que la Superintendencia fijará un precio, pero se determinó que sea la ISAPRE la que haga el ejercicio y el ente fiscalizador verifique si está justificado o no. Reiteró que entonces la variación de precios no es algo que se vaya a verificar porque no es lo que corresponde.

En segundo lugar, hay una parte de la indicación que establece que las modificaciones sólo pueden ser al alza y en ningún momento a la baja. Por ejemplo, si en algún momento hubiese precios que se puedan considerar menores a los calculados previamente o los que eventualmente están proyectando las instituciones, no permitiría una modificación. Por ello sugirió que, dado que esta es una materia distinta que ha sido recién discutida en la ley N° 21.674, no sea considerada en este proyecto de ley, sino que pueda ser eventualmente discutido en otro momento, en otro espacio y en otro cuerpo legal.

El **Honorable Senador señor Macaya** señaló que según le expresó el autor de la indicación, el objeto era buscar una precisión cuando se habla de la verificación del precio base, si se habla de la variación de dicho precio. Agregó que en el fondo la duda es si la Superintendencia en el futuro podría fijar un precio GES enteramente nuevo, que es lo que siempre rechazó el Congreso Nacional. En el fondo, la consulta a la Superintendencia es cómo interpreta este proceso de verificación del precio GES. ¿podría verificarse eventualmente incluso a la baja? Lo que sería extrañísimo considerando que los precios de la salud son inflacionarios; todo esto en el entendido que el decreto GES tiende a sumar patologías, a incorporar tecnologías que son más caras y no a eliminarlas, por lo tanto, los precios en general van al alza.

El **Superintendente de Salud, señor Víctor Torres** señaló que efectivamente lo que ocurre en el precio base es distinto a lo que ocurre con GES. En el precio base hay una variación porcentual y por eso lo que realizan es verificar si ese porcentaje de variación es correcto.

En cambio, en el caso de GES lo que hay es un precio nuevo. No hay una variación del precio, por lo tanto, la Superintendencia tiene que verificar si efectivamente está justificado o no ese nuevo precio. No



corresponde a este organismo fijar el valor, sino que se considera, según los cálculos que se realizan, si está justificado o no ese nuevo precio que establece la ISAPRE.

El **Honorable Senador señor Macaya** señaló que junto con entender la materia que separa las proposiciones hay también un tema de admisibilidad que no se ha planteado.

-Puestas en votación las indicaciones N^{os} 1, 2 y 3 de S. E. la Vicepresidenta de la República fueron aprobadas, con adecuaciones formales, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Macaya y Sanhueza. En tanto que la indicación N° 4 del Honorable Senador señor Gahona fue rechazada con el voto en contra de los mismos Senadores.

- - -

MODIFICACIONES

En conformidad con los acuerdos adoptados precedentemente, la Comisión tiene el honor de proponer las siguientes modificaciones al proyecto de ley aprobado por la Cámara de Diputados:

ARTÍCULO ÚNICO

Numeral 1

- Sustituirlo, por el que sigue:

“1. Reemplázase, en el inciso primero, el literal e) del numeral 2, por el siguiente numeral 3, nuevo:

“3. Dentro del plazo de quince días corridos, contados desde la publicación del indicador a que se refiere el literal d) del numeral 2 anterior, las Instituciones de Salud Previsional deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el valor del precio base de los planes de salud. En el evento de que el indicador sea negativo, las Instituciones de Salud Previsional no podrán subir el precio. En caso de que decidan aumentar el precio base, el porcentaje de ajuste informado que aplicarán a todos sus planes de salud deberá ser acompañado de los siguientes antecedentes:

a) Porcentaje de la variación anual del gasto por persona beneficiaria, considerando todas aquellas prestaciones de salud bonificadas por las Instituciones de Salud Previsional que se financian a través del plan

complementario de salud, excluyéndose las Garantías Explícitas en Salud contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud.

b) Porcentaje de variación anual de la frecuencia de uso de prestaciones bonificadas por las Instituciones de Salud Previsional, por persona beneficiaria, excluyéndose las Garantías Explícitas en Salud contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud.

c) Porcentaje de variación anual del costo en subsidios de incapacidad laboral por persona beneficiaria de cargo de la Institución de Salud Previsional, incluidas las licencias médicas que hayan sido reconsideradas por la propia Institución o por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.

d) Costo, en unidades de fomento, de las nuevas prestaciones contempladas en el arancel a que hace referencia el artículo 159 de esta ley del año en análisis.

e) Porcentaje de variación anual del costo operacional, que corresponde a la suma del costo en prestaciones de salud, excluyéndose las Garantías Explícitas en Salud contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, y en subsidios de incapacidad laboral, por persona beneficiaria.

La Superintendencia de Salud, mediante circular dictada al efecto, detallará la forma en que las Instituciones de Salud Previsional deberán informar cada uno de los antecedentes antes indicados.

Vencido el plazo señalado en el presente numeral, la Superintendencia dictará una resolución que contendrá la verificación del porcentaje de ajuste de cada una de las Instituciones de Salud Previsional, informado en base a los antecedentes aportados. Dicha resolución autorizará el ajuste de los precios base de los planes de salud de la Institución de Salud Previsional respectiva que, en ningún caso, podrá ser superior al valor resultante de la verificación realizada por la Superintendencia ni al indicador a que hacen referencia este artículo. Esta resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud. Si en su ajuste, la Institución respectiva no supera el indicador de costos de la salud, ni el valor verificado por la Superintendencia de Salud, se entenderá el ajuste de los precios bases justificado para todos los efectos legales.

Si el valor verificado es negativo, la Institución de Salud Previsional respectiva no podrá aumentar el valor del precio base de sus planes de salud.”.”.

(Indicación Nº 1. Aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Macaya y Sanhueza, con adecuaciones formales.



5x0)

Numeral 2

- Reemplazarlo, por el que sigue:

“2. Agrégase, en el inciso primero, a continuación del numeral 3, el siguiente numeral 4, nuevo:

“4. La Institución de Salud Previsional que dentro del plazo señalado en el numeral anterior, decida aumentar el valor del precio base de los planes de salud, deberá comunicar de dicha adecuación, en el mismo mes de marzo del año respectivo, a los afiliados que correspondan. La comunicación deberá realizarse por medios electrónicos en base a la última información registrada por la persona afiliada. De no contar con dicha información, esta se realizará por carta certificada, y se entenderá practicada al quinto día, contado desde el día siguiente a su envío.

La comunicación que hace la respectiva Institución de Salud Previsional deberá contener, a lo menos, la decisión de adecuar los planes de salud, el porcentaje de tal adecuación, los antecedentes que la justifican y la resolución de la Superintendencia de Salud que verifica el porcentaje de alza de la referida Institución. Esta comunicación no podrá contener ni adjuntar información, documentos o cualquier antecedente adicional que no tengan relación con la adecuación propuesta.

Las Instituciones de Salud Previsional deberán estar siempre en condiciones de acreditar la remisión de la comunicación a sus cotizantes, independiente de la forma de notificación.

A fin de dar cumplimiento a las reglas sobre notificación antes señaladas, las Instituciones de Salud Previsional deberán instar a sus afiliados al uso de medios electrónicos, debiendo la Institución respectiva dejar constancia de que la persona afiliada otorgó su voluntad sobre el uso de esta forma de notificación. Al respecto, la Institución de Salud Previsional deberá estar siempre en condiciones de acreditar las medidas adoptadas para tal efecto.”.

(Indicación N° 2. Aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Macaya y Sanhueza, con adecuaciones formales. 5x0)

Numeral 3

- Sustituirlo, por el que sigue:

“3. Elimínase el inciso segundo.”.

(Indicación N° 3. Aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Órdenes y señores Castro González, Chahuán, Macaya y Sanhueza. 5x0)

TEXTO DEL PROYECTO

En virtud de las modificaciones anteriores, la Comisión de Salud tiene el honor de proponer a la Sala la aprobación, en general y particular, del siguiente proyecto de ley:

PROYECTO DE LEY:

“Artículo único.- Introdúcense las siguientes modificaciones en el artículo 198 del 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:

1. Reemplázase, en el inciso primero, el literal e) del numeral 2, por el siguiente numeral 3, nuevo:

“3. Dentro del plazo de quince días corridos, contados desde la publicación del indicador a que se refiere el literal d) del numeral 2 anterior, las Instituciones de Salud Previsional deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar o no el valor del precio base de los planes de salud. En el evento de que el indicador sea negativo, las Instituciones de Salud Previsional no podrán subir el precio. En caso de que decidan aumentar el precio base, el porcentaje de ajuste informado que aplicarán a todos sus planes de salud deberá ser acompañado de los siguientes antecedentes:

a) Porcentaje de la variación anual del gasto por persona beneficiaria, considerando todas aquellas prestaciones de salud bonificadas por las Instituciones de Salud Previsional que se financian a través del plan complementario de salud, excluyéndose las Garantías Explícitas en Salud contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud.

b) Porcentaje de variación anual de la frecuencia de uso de prestaciones bonificadas por las Instituciones de Salud Previsional, por persona beneficiaria, excluyéndose las Garantías Explícitas en Salud contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud.

c) Porcentaje de variación anual del costo en subsidios de incapacidad laboral por persona beneficiaria de cargo de la Institución de Salud Previsional, incluidas las licencias médicas que hayan sido reconsideradas por la propia Institución o por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.

d) Costo, en unidades de fomento, de las nuevas prestaciones contempladas en el arancel a que hace referencia el artículo 159 de esta ley del año en análisis.

e) Porcentaje de variación anual del costo operacional, que corresponde a la suma del costo en prestaciones de salud, excluyéndose las Garantías Explícitas en Salud contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, y en subsidios de incapacidad laboral, por persona beneficiaria.

La Superintendencia de Salud, mediante circular dictada al efecto, detallará la forma en que las Instituciones de Salud Previsional deberán informar cada uno de los antecedentes antes indicados.

Vencido el plazo señalado en el presente numeral, la Superintendencia dictará una resolución que contendrá la verificación del porcentaje de ajuste de cada una de las Instituciones de Salud Previsional, informado en base a los antecedentes aportados. Dicha resolución autorizará el ajuste de los precios base de los planes de salud de la Institución de Salud Previsional respectiva que, en ningún caso, podrá ser superior al valor resultante de la verificación realizada por la Superintendencia ni al indicador a que hacen referencia este artículo. Esta resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud. Si en su ajuste, la Institución respectiva no supera el indicador de costos de la salud, ni el valor verificado por la Superintendencia de Salud, se entenderá el ajuste de los precios bases justificado para todos los efectos legales.

Si el valor verificado es negativo, la Institución de Salud Previsional respectiva no podrá aumentar el valor del precio base de sus planes de salud.”.

2. Agrégase, en el inciso primero, a continuación del numeral 3, el siguiente numeral 4, nuevo:

“4. La Institución de Salud Previsional que dentro del plazo señalado en el numeral anterior, decida aumentar el valor del precio base de los planes de salud, deberá comunicar de dicha adecuación, en el mismo mes de marzo del año respectivo, a los afiliados que correspondan. La comunicación deberá realizarse por medios electrónicos en base a la última información registrada por la persona afiliada. De no contar con dicha información, esta se realizará por carta certificada, y se entenderá practicada al quinto día, contado desde el día siguiente a su envío.

La comunicación que hace la respectiva Institución de Salud Previsional deberá contener, a lo menos, la decisión de adecuar los planes de salud, el porcentaje de tal adecuación, los antecedentes que la justifican y la resolución de la Superintendencia de Salud que verifica el porcentaje de alza de la referida Institución. Esta comunicación no podrá contener ni adjuntar información, documentos o cualquier antecedente adicional que no tengan relación con la adecuación propuesta.

Las Instituciones de Salud Previsional deberán estar siempre en condiciones de acreditar la remisión de la comunicación a sus cotizantes, independiente de la forma de notificación.

A fin de dar cumplimiento a las reglas sobre notificación antes señaladas, las Instituciones de Salud Previsional deberán instar a sus afiliados al uso de medios electrónicos, debiendo la Institución respectiva dejar constancia de que la persona afiliada otorgó su voluntad sobre el uso de esta forma de notificación. Al respecto, la Institución de Salud Previsional deberá estar siempre en condiciones de acreditar las medidas adoptadas para tal efecto.”.

3. Elimínase el inciso segundo.”.

ACORDADO

Acordado en sesiones celebradas los días 2 de abril de 2024, con asistencia de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danús (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar; 9 de abril de 2024, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente Accidental); señora Ximena Ordenes Neira y señores Francisco Chahuán Chahuán y Sergio Gahona Salazar; 18 de junio de 2024, con asistencia de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danús (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González; Francisco



Chahuán Chahuán (Alejandro Kusanovic Glusevic), y Sergio Gahona Salazar, y **23 de julio de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danús (Presidente); señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González; Francisco Chahuán Chahuán (Alejandro Kusanovic Glusevic), y Gustavo Sanhueza Dueñas (Sergio Gahona Salazar).

Sala de la Comisión, a 26 de julio de 2024.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Juan Pablo Libuy Garcia".

JUAN PABLO LIBUY GARCIA
Abogado Secretario de la Comisión

RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN SEGUNDO TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE MODIFICA EL DECRETO CON FUERZA DE LEY N° 1, DE 2005, DEL MINISTERIO DE SALUD, PARA ESTABLECER LA OBLIGACIÓN DE LAS ISAPRES DE INFORMAR A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD EL AUMENTO DEL PRECIO DE SUS PLANES. (BOLETÍN N° 15.751-11).

I. OBJETIVO DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN:

Introducir modificaciones en el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, de Salud, que refunde diversas normas reguladoras, con la finalidad de incorporar en el ordenamiento jurídico, el proceso que deberá llevarse a cabo para la adecuación anual de la variación y alza de precios de los planes base que aplican las Instituciones de Salud Previsional, en concordancia con lo mandado por un fallo de la Corte Suprema y por la circular emanada de la Superintendencia de Salud.

II. ACUERDOS:

Indicación N° 1: aprobada (unanidad 5x0)
Indicación N° 2: aprobada (unanidad 5x0)
Indicación N° 3: aprobada (unanidad 5x0)
Indicación N° 4: rechazada (unanidad 5x0)

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN: consta de artículo único.

IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL: El artículo único de la iniciativa es una norma de quórum calificado por referirse e incidir en materia de seguridad social en virtud de lo dispuesto en el artículo 19, numeral 18° de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 66, inciso segundo, de la misma Carta Fundamental.

V. URGENCIA: "Simple".

VI. ORIGEN E INICIATIVA: Cámara de Diputados. Moción del Honorable Diputado señor Tomás Lagomarsino.

VII TRÁMITE CONSTITUCIONAL: segundo.

VIII. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO: 26 de septiembre de 2023.



IX. TRÁMITE REGLAMENTARIO: primero, discusión en general y en particular.

X. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:

- 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.

- Ley N° 21.350, que regula el procedimiento para modificar el precio base de los planes de salud.

- Ley N° 21.674, que modifica el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el Fondo Nacional de Salud, otorga facultades a la Superintendencia de Salud, y modifica normas relativas a las Instituciones de Salud Previsional.

Valparaíso, a 26 de julio de 2024.

JUAN PABLO LIBUY GARCIA
Abogado Secretario de la Comisión