INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, recaído en el proyecto de ley, en primer trámite constitucional, que modifica el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el FONASA, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsional.
BOLETÍN Nº 15.896-11

Objetivo(s) / Constancias / Normas de Quórum Especial (si tiene) / Consulta Excma. Corte Suprema (si hubo) / Reserva de Constitucionalidad / Asistencia / Antecedentes de Hecho / Aspectos centrales del debate / Discusión en General / Discusión en particular / Texto / Acordado / Resumen Ejecutivo.

HONORABLE SENADO:

La Comisión de Salud tiene el honor de informar el proyecto de ley de la referencia, iniciado en Mensaje de Su Excelencia el señor Presidente de la República, con urgencia calificada de “discusión inmediata.”.

Se hace presente que la Sala del Senado, con fecha 27 de septiembre de 2023, acordó autorizar a la Comisión de Salud, para discutir en general y particular la iniciativa legal, con ocasión del trámite reglamentario de primer informe. Se deja constancia, asimismo, de que la propuesta legal resultó aprobada, en general, por la unanimidad de sus integrantes (5x0).

- - -

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Hacer viable el cumplimiento de la jurisprudencia de la Excelentísima Corte Suprema sobre las ISAPRES y asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en dicha jurisprudencia por parte de las mismas, sin afectar su sostenibilidad financiera, dotando a la Superintendencia de Salud de las facultades legales necesarias. Fortalecer el Fondo Nacional de Salud, entre otras medidas, con la creación de la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria. Comprometer un conjunto de iniciativas legales para el curso del presente año con el fin de introducir reformas al sistema de salud que profundicen los principios de seguridad social en salud.

- - -

CONSTANCIAS

- Normas de quórum especial: Si tiene.

- Consulta a la Excma. Corte Suprema: Si hubo.

- Reserva de Constitucionalidad: Si hubo.

- - -

NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL

Es norma de rango orgánico constitucional el artículo 130 septies contenido en el numeral 3) del artículo 1° en virtud de lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 8° de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 66, inciso segundo, de la misma Carta Fundamental. En cuanto impone el deber de realizar la declaración de intereses y patrimonio establecida en la ley N° 20.880, sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses.

Son normas de quórum calificado por referirse e incidir en materias de seguridad social los numerales 1), 2), 3), con excepción del artículo 130 septies que contiene; 4), 5), 6), 7), 8), 9), 10), 11) y 12) del artículo 1°; los artículos 2°, 3°, 4°, 5°, 7°, 8° y 9° permanentes y los artículos transitorios segundo, cuarto, quinto, séptimo, octavo, noveno y décimo 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.

- - -

CONSULTA EXCMA. CORTE SUPREMA

Se hace presente que la Sala del Senado envió un oficio solicitando el parecer de la Excelentísima Corte Suprema respecto del artículo 9° del texto que se propone, en cumplimiento de lo preceptuado por el artículo 77 de la Carta Fundamental, y por el artículo 16 de la ley Nº 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional, toda vez que dicha iniciativa incide en la organización o atribuciones de los tribunales de justicia.

Posteriormente, el Máximo Tribunal emitió su opinión en torno al proyecto de ley en estudio, mediante Oficio N°117-2023, de fecha 30 de mayo de 2023.

- - -

RESERVA DE CONSTITUCIONALIDAD

El Honorable Senador señor Chahuán manifestó su intención de realizar reserva de constitucionalidad respecto a la indicación N° 12, presentada por el Ejecutivo, que reemplaza el artículo 2° del proyecto de ley.

- - -

ASISTENCIA

- Senadores y Diputados no integrantes de la Comisión:
Senadora María José Gatica Bertin.
Senadora Ximena Rincón González.
Senador Juan Antonio Coloma Correa.
Senador Karim Bianchi Retamales.
Senador Juan Castro Prieto.
Senador Iván Flores García.
Senador Carlos Kuschel Silva.
Senador Javier Macaya Danus.
Senador Matías Walker Prieto.
Diputada Ana María Gazmuri Vieira.
Diputada Joanna Pérez Olea.
Diputado Eric Aedo Jeldres.
Diputado Tomás Lagomarsino Guzmán.

- Representantes del Ejecutivo e invitados:

Del Ministerio de Salud: La Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera; el Jefe de la División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA), señor Iván Paul; la Jefa de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), señora Soledad Martínez; el Jefe del Departamento de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas, señor Juan Francisco Collao; la Jefa de Gabinete, señora Javiera Menay; el Jefe de la División de Planificación Sanitaria, señor Manuel Najera; la Jefa de Comunicaciones, señora Maritza Labraña; la Jefa de la División Jurídica, señora Yasmina Viera; el Abogado de la División Jurídica, señor Lorenzo Bascuñán; el Jefe (S) de Comunicaciones, señor Mauricio Pradenas, y los Asesores, señora Rocío Norambuena, y señores Manuel Pérez; Jaime Junyent; Julio Muñoz; Sergio Sánchez, y Sebastián Leiva.

Del Ministerio Secretaría General de la Presidencia: el Ministro, señor Álvaro Elizalde; el Jefe de Gabinete, señor Ignacio Soto; el Jefe de la División de Relaciones Políticas e Institucionales, señor Nicolás Facuse; la Asesora de la División de Relaciones Políticas e Institucionales, señora Sofía Fuentes, y los Asesores, señora Sofía Salvo y señores Juan Manuel Badilla; Diego Perelli; Miguel Angel Vergara y Cristian Abarca.

Del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos: el Ministro, señor Luis Cordero; el Asesor, señor Rafael Ferrada; la Jefa de Comunicaciones, señora Paola Sais, y el Jefe de Prensa, señor Hernán Leighton.

De la Superintendencia de Salud: el Superintendente, señor Víctor Torres; la Jefa del Departamento de Estudios y Desarrollo, señora María Mercedes Jeria; el Fiscal, señor Jorge Dip; la Intendenta de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, señora Sandra Armijo; el Jefe del Subdepartamento de Resolución de Conflictos de la Superintendencia de Salud, señor Osvaldo Varas; la Jefa del Subdepartamento de Fiscalización Financiera de la Superintendencia de Salud, señora Marcela del Canto; la Jefa de Comunicaciones, señora Ximena Gutiérrez; la Asesora, señora Natalia Castillo, y la encargada de Prensa, señora Catalina Rojas.

De la Subsecretaría de Redes Asistenciales: el ex Subsecretario, señor Fernando Araos; el Subsecretario, Dr. Osvaldo Salgado; el Jefe de Gabinete, señor Juan Vielmas, y las Asesoras, señoras Javiera Vela y Yocelyn Price.

De la Subsecretaría de Salud Pública: la Asesora, señora Evelyn Reyes.

Del Fondo Nacional de Salud: el Director, señor Camilo Cid; el Jefe de la División de Desarrollo Institucional, señor Matías Goyenechea; el Fiscal, señor Juan Fuentes; la Jefa de la División Gestión Comercial, señora Nancy Dawson, y la Periodista, señora Marlene Rettig; la Jefa de Gabinete, señora Francisca Garat, y el Jefe del Departamento de Comunicaciones Estratégicas, señor Andrés Fuentealba.

De la Asociación de Isapres de Chile A.G.: el Presidente, señor Gonzalo Arriagada; el ex Presidente y actual Gerente General, señor Gonzalo Simón; el Fiscal, señor Matías Avendaño, y la Gerente de Comunicaciones, señora Gabriela Sandoval.

Del Colegio Médico de Chile A.G.: el ex Presidente, señor Patricio Meza; el Jefe de Gabinete, señor Cristian Fernández; la Asesora Jurídica, señora Patricia Núñez, y el Asesor de Comunicaciones, señor Marcos Santis.

De la Asociación de Aseguradores de Chile A.G.: el Presidente, señor Alejandro Alzérreca; el Vicepresidente Ejecutivo, señor Jorge Claude.

De Clínicas de Chile A.G.: el Presidente, señor Gonzalo Grebe, y el Vicepresidente, señor Javier Fuenzalida.

De la Sociedad Chilena de Enfermería en Dermoestética: la Directora, señora Doris Mundaca, y la secretaria, señora Claudia Holzer.

De la Fundación Politopedia: la Directora, señora Victoria Beaumont.

De Salud Libre: la Directora, señora Victoria Beaumont, y los representantes señoras Olga Inostroza, Karen Farias, Pamela Aravena, Patricia Cruz y señor Bernardo Luane.

De UC Christus: el Gerente General, señor Cristian de la Fuente.

Del Centro de Estudios Horizontal: la Investigadora, señora Soledad Hormazábal.

Del Centro de Estudios Espacio Público: la Presidenta Ejecutiva, señora Paula Benavides, y el Director Ejecutivo, señor Benjamín García.

Del Instituto Igualdad: el Presidente de la Comisión de Salud, señor Sergio Sánchez.

De la Asociación de Salud Domiciliaria (ACHISAD): el Presidente, señor Diego Hurtado, y los representantes, señora Adela Dastres y señor Alfredo del Desposito.

De la Asociación de Estudiantes de Medicina de Chile: el Presidente, señor Nicolás Abásolo.

Del Foro Nacional del Cáncer: la Directora Ejecutiva, señora Carolina Goic.

Del Observatorio Judicial: el Director de Estudios, señor José Miguel Aldunate.

De Libertad y Desarrollo: el Director de Políticas Públicas, señor Pablo Eguiguren.

De la Federación Médica de Chile: el Presidente, señor Rodrigo Julio, y la Gerente General, señora María Elena Reveco.

De la Federación de Sindicatos Profesionales de la Salud Privada (FESPROSAP): el Presidente, señor Delfín Levicoy; el Director, señor Felipe

Corvalán; la Directora de Género, señora Evelyn Muñoz, el encargado de comunicaciones, señor Luis Barriga.

De la Universidad San Sebastián: la Directora de Estudios del Instituto de Políticas Públicas en Salud, señora Carolina Velasco.

De la Facultad de Salud de la Universidad Santo Tomás: el Decano, señor Ricardo Fábrega.

De la Universidad Autónoma de Chile: el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, señor Luis Castillo, y la Directora Corporativa Unidad de Salud Pública, señora Karla Rubilar.

De la Universidad de Chile: el Presidente de Gobierno Corporativo de la Facultad de Economía y Negocios, señor Alvaro Clarke; el Profesor Asistente de la Facultad de Economía y Negocios, Departamento de Administración, señor David Díaz, y el Académico, señor Marco Núñez.

De la Comisión Técnica de Ex Ministros: los Coordinadores, señores Emilio Santelices, Cristóbal Cuadrado y Manuel Najera.

Los ex Superintendentes de ISAPRES: señores César Oyarzo y Héctor Sánchez.

Los ex Superintendentes de Salud: señores Manuel Inostroza, Patricio Fernández y Sebastián Pavlovic.

El Abogado, señor Jorge Correa Sutil.

El Abogado Constitucionalista, señor Patricio Zapata.

El Master en Salud Pública, Dr. Juan Carlos Said.

El Economista, señor David Debrott.

El Asesor internacional en Reformas de la Salud y Ex-Director Mundial de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial, Washington DC, Dr. Cristian Baeza.

De la Biblioteca del Congreso Nacional: el Investigador, señor Eduardo Goldstein.

- Otros (Asesores):

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

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

De la oficina del Senador Sergio Gahona: señora Teresita Santa Cruz y señor Benjamín Rug.

De la oficina del Senador Juan Ignacio Latorre: señoras Rocío Olivares y Jennifer Astudillo, y señores Miguel Corona; Jorge Díaz; Sebastián Villarroel, y Tomás Mendoza, y la Periodista, señora Ida Miranda.

De la oficina de la Senadora Ximena Ordenes: señores Camilo Aguilera y Felipe Mendoza.

De la oficina de la Senadora Yasna Provoste: señores Enrique Soler y Luis Thayer.

De la oficina Senadora Ximena Rincón: señor Gonzalo Mardones.

De la oficina del Senador José Durana: señora Pamela Cousins y señor César Quiroga.

De la oficina del Senador Javier Macaya: la Jefa de Gabinete, señora Camila González, y señor Carlos Oyarzún.

De la oficina del Senador Ricardo Lagos: señora Valeska Ponce.

De la oficina Senador Juan Castro: señores Sergio Mancilla y Daniel Quiroga.

De la oficina del Senador Matías Walker, señor Ignacio Ortega.

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

De la oficina del Senador Carlos Kuschel: señor Alejandro Mera.

De la oficina del Senador Iván Flores: señora Carolina Allende.

De la Bancada DC: señor Arturo Carvacho.

Del Comité RN, señor Octavio Tapia, y Sebastián Amado.

Del Comité UDI, señora Cristina Pinochet y señor Cristian Livingstone.

De la oficina de la Diputada Ana María Gazmuri: señoras Bárbara Fuentes; Glenda Calderón, y Consuelo Ramírez y señores Jorge Carroza; Benjamín Aguayo, y Pedro Abarca.

De la oficina del Diputado Tomás Lagomarsino: señor Marco Hormazábal.

- - -

ANTECEDENTES DE HECHO

Para el debido estudio de este proyecto de ley, se ha tenido en consideración el mensaje de S.E. el Presidente de la República, señor Gabriel Boric Font.

El decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N°18.933 y N°18.469, regula los organismos públicos de salud; el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud; y el sistema privado de salud administrado por las instituciones de salud previsional.

El mensaje del Gobierno hace presente que por más de diez años el sistema de financiamiento de salud privada ha venido arrastrando una situación que se ha tornado cada vez más crítica y se ha unido a esto la altísima judicialización del sistema en torno a la fijación de los precios bases de los contratos de salud previsional.

Añade que durante años se ha discutido eventuales reformas estructurales al sistema de financiamiento de salud, sin que ninguna de ellas se haya materializado.

Puntualiza luego que, en este contexto, durante noviembre y diciembre de 2022, la Excelentísima Corte Suprema dictó una serie de sentencias que, en un hecho histórico, fijaron criterios generales aplicables a todos los contratos de salud vigentes de las Instituciones de Salud Previsional.

Y por ello estima que hoy es indispensable otorgar un marco legislativo para el cumplimiento de la jurisprudencia del máximo tribunal del país. Asimismo, es de suma relevancia abordar este problema relativo al financiamiento de la salud, que afecta al sector íntegramente: personas usuarias del sistema de salud, prestadores tanto público como privados, el Fondo Nacional de Salud y las ISAPRE.

Precisa enseguida que el sistema de salud chileno se caracteriza por ser mixto tanto en su financiamiento como en la provisión de prestaciones. A nivel de financiamiento, están presentes el Fondo Nacional de Salud como asegurador estatal y las Instituciones de Salud Previsional como entidades privadas, todos ellos a su vez fiscalizados por la Superintendencia de Salud.

Expresa que específicamente respecto al financiamiento privado de salud ofrecido por las ISAPRE, de conformidad a la ley, el contrato de salud celebrado entre una persona y una ISAPRE debe cumplir con ciertos mínimos, entre ellos: (i) precio del plan; (ii) forma en que se modificarán las cotizaciones y aportes, prestaciones y beneficios; y, (iii) las Garantías Explícitas de Salud (GES) relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, contempladas en la ley N°19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud.

Luego pone de manifiesto que la judicialización del sistema privado de financiamiento de salud es un problema que se ha hecho particularmente relevante desde hace más de diez años. En su mayoría, se trata de casos donde las personas afiliadas reclaman que su ISAPRE aumentó o fijó el precio de sus planes no ajustándose al decreto ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Recuerda que la Excelentísima Corte Suprema estableció una nueva jurisprudencia respecto a la denominada tabla de factores que usan las ISAPRE para determinar el precio final de los contratos previsionales de salud, que va en línea con lo fallado anteriormente por el Excelentísimo Tribunal Constitucional y por las diversas Cortes de Apelaciones y en esta nueva jurisprudencia, la Excelentísima Corte Suprema, definió criterios generales en la materia.

En particular, el máximo tribunal resolvió dejar sin efecto toda tabla de factores empleada por las ISAPRE en sus planes de salud, que sea distinta de la Tabla Única de Factores definida por la Superintendencia de Salud que, a la fecha de las sentencias, es la tabla vigente de la Superintendencia estaba contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019.

Expresa luego el mensaje que la Excelentísima Corte Suprema instruyó a cada ISAPRE a calcular el precio final de todos los contratos de salud que administren, sujetándose a los criterios fijados en sus fallos. Y. asimismo, instruyó a la Superintendencia de Salud a que, en ejercicio de sus facultades, determine el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud administrados por las ISAPRE a los términos de la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019. Ordenó luego al ente regulador disponer las medidas administrativas para que, en el evento que, de la aplicación de la Tabla Única de Factores de la Superintendencia, se determine un precio final del contrato inferior al cobrado y percibido por las ISAPRE, las cantidades recibidas en

exceso sean restituidas como excedentes de cotizaciones a las personas afiliadas.

A continuación, el mensaje se refiere al financiamiento público de salud que se materializa a través de la operación del Fondo Nacional de Salud, cuya principal tarea es otorgar cobertura financiera a las distintas atenciones en salud. Dicha cobertura financiera otorgada por FONASA, consistente en otorgar acceso, cobertura y protección en salud a las personas a través de un Plan de Salud Único, se encuentra regulada principalmente en el Libro II del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Hizo presente el mensaje que la aplicación de la jurisprudencia ya mencionada tiene la potencialidad de producir un potente impacto en lo que se refiere a la continuidad de la protección financiera que los contratos de salud de las ISAPREE aseguran, lo que podría comprometer el acceso a la atención de salud de las personas beneficiarias del mismo.

Para ello, el proyecto de ley propone una forma de implementación de lo establecido por el máximo tribunal, y dota de herramientas a la Superintendencia de Salud, para que cuente con el marco necesario a efecto de dar cumplimiento a lo ordenado por la Excelentísima Corte Suprema.

Señala luego que la iniciativa tiene por fin viabilizar el cumplimiento de la jurisprudencia, asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en dicha jurisprudencia por parte de las ISAPRE protegiendo la viabilidad financiera de las mismas, y fortalecer al Fondo Nacional de Salud a través de la creación de una nueva modalidad de acceso a la provisión financiera del Fondo Nacional de Salud que permita acoger a nuevos beneficiarios en condiciones similares a las que hoy contempla el sistema privado.

Con este objetivo el proyecto propone:

1. Ajustar la normativa vigente para la implementación de la jurisprudencia de la Excelentísima Corte Suprema:

a. Dotar a la Superintendencia de Salud de las facultades legales necesarias para implementar las instrucciones dadas por la Excelentísima Corte Suprema.

b. Establecer la presentación por parte de las ISAPRE de un plan de devolución de las deudas generadas ante la adecuación de los planes de salud. Con la especial consideración de proteger los derechos de las personas que se encuentran adscritas al sistema de salud privado.

c. Determinar que las cantidades percibidas en exceso por adecuaciones de planes de salud no serán parte de los índices que deben cumplir las ISAPRE.

d. Establecer un privilegio de primera clase para los créditos generados a favor de las personas afiliadas.

e. Establecer un procedimiento de autorización para el retiro de utilidades.

f. Establecer sanciones penales por conductas antieconómicas que puedan afectar el cumplimiento de la obligación del plan de devolución de deudas.

2. Reducir la judicialización del sistema privado de financiamiento de salud.

a. Facultar a la Superintendencia de Salud para determinar el precio que las ISAPRE cobren por las Garantías Explícitas en Salud.

b. Establecer un orden de pago entre prestadores con cargo a la garantía que cada ISAPRE debe mantener.

c. Perfeccionar el Índice de Costos de Salud (ICSA) y fijar dicho índice mientras esté pendiente el pago total de la deuda informada en el plan de devolución de cada ISAPRE.

3. Fortalecer del Fondo Nacional de Salud.

a. Crear una nueva modalidad de atención de FONASA, denominada Modalidad de Cobertura Complementaria y regula:

- los beneficiarios de la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria; el contenido de la Modalidad de Cobertura Complementaria; la fiscalización de la modalidad; y normas supletorias para la MCC.

b. Establece la reclasificación de oficio por parte del FONASA a las personas de los grupos B, C y D.

- - -

En otro orden de materia la iniciativa comprende la creación de un Consejo Asesor, de carácter técnico y consultivo, que tendrá como objetivo entregar recomendaciones ante las decisiones que adopte la Superintendencia de Salud en relación al procedimiento de cálculo de deudas y de devoluciones. En particular, se delimita el ámbito mínimo respecto al cual deberá emitir sus recomendaciones; se determina la composición del Consejo y los detalles de nombramiento de sus integrantes; se establece que no podrán formar parte del Consejo quienes tengan conflictos de interés y regula las situaciones específicas que se entienden por conflicto de interés.

- - -

ASPECTOS CENTRALES DEL DEBATE

El estudio de la iniciativa se enfocó en la necesidad urgente de viabilizar el cumplimiento de la reciente jurisprudencia de la Excelentísima Corte Suprema, relativa al uso de la tabla de factores por parte de las ISAPRES, adecuación de precio de plan de salud y restitución de montos recibidos en exceso, asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en dicha jurisprudencia por parte de las ISAPRES protegiendo la viabilidad financiera de las mismas, y fortalecer a FONASA a través de la creación de una nueva modalidad alternativa de acceso a la provisión financiera de dicho fondo que permita acoger a nuevos beneficiarios en condiciones similares a las que hoy contempla el sistema privado.

- - -

DISCUSIÓN EN GENERAL[1]

La Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera exhibió una presentación y mencionó los primeros antecedentes como forma de contexto del aseguramiento del sistema privado.

Recordó que las y los trabajadores cotizan el 7% para recibir cobertura financiera de sus atenciones de salud y de acuerdo a la Constitución Política, las personas pueden optar entre seguros privados y el seguro público que es FONASA.

---

[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/2023-05-10/133416.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-05-15/095036.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-05-16/074715.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-05-17/081058.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-05-30/074558.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-06-05/090457.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-06-06/073956.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-06-13/074624.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-06-19/150434.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-06-20/073942.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-07-04/075823.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-07-11/074408.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-07-17/151232.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-08-01/074355.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-08-08/072431.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-08-21/155306.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-08-28/084023.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-08-29/103145.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-09-05/074030.html

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-09-26/073023.html

El valor de la prima o precio final de los planes, que es un tema a tener en consideración al analizar este proyecto de ley, está constituido por tres elementos directos:

1.- el precio base, que tiene una multiplicación por el factor de riesgo, que es donde entra el tema de la tabla de factores.

2.- la prima Garantías Explícitas en Salud (GES)

3.- el costo de los seguros catastróficos, en algunos casos.

Añadió que hay obligaciones de las ISAPRES: que los precios bases sea el mismo para todos los que están afiliados y que existen más de 40.000 planes de salud distintos en todas las ISAPRES y aproximadamente 950 tablas de riesgo en la actualidad.

A continuación, hizo referencia a los antecedentes jurídicos de la situación que propició la presentación del proyecto de ley en estudio. Indicó que en el año 2005 existían más de 2.400 tablas de factores de riesgo, que motivó la publicación de la ley N° 20.015 que restringió la libertad de las ISAPRES de determinar tablas de factores.

En adelante, se intensificaron los recursos presentados en las Cortes de Apelaciones y ante el Tribunal Constitucional, el que el 2010, decidió pronunciarse de oficio y concluyó que la edad y el sexo son base de la garantía de derechos sociales y derecho a la seguridad social y argumentó que la discriminaciones por edad y sexo eran incompatibles con el derecho a la igualdad ante la ley, de esa manera derogó el artículo 38, que permitía a las ISAPRES aplicar un factor al precio base según el sexo y edad del cotizante.

El fallo señalado generó un vacío que, según el propio Tribunal Constitucional, no podía ser llenado por el regulador, sino por una decisión legislativa.

---

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-10-03/072734.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-10-10/074546.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-10-11/113627.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-11-06/094112.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-11-13/090336.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-11-14/111755.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-11-20/095337.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-11-28/091652.html

Desde esa fecha se ha observado una judicialización creciente por tres materias relacionadas al precio, por eso es importante tener en consideración los elementos que fijan el precio o la cotización que pagan las personas.

Las materias relacionadas con el precio, se centran en la adecuación del precio base, las múltiples tablas de factores y el alza de la prima GES.

Destacó que el año 2022 se triplicaron las causas judiciales, ascendiendo a 660.000, frente a las 280.000 que se registraron el año 2020 y a las 150.000 el año 2021.

Esta judicialización, finalmente ha generado un problema en el sistema de aseguramiento privado y de la inacción legislativa, de la cual hay responsabilidad compartida.

La Corte Suprema, enfrentada a esta situación de judicialización sin parangón, empieza a generar fallos, el primero en agosto del año 2022, que dejó sin efecto las alzas de precio base anuales y en noviembre de 2022, que establece la tabla única de factores por parte de la Superintendencia de Salud desde el año 2019 y deja sin efecto todas las otras tablas de factores existentes a la fecha.

Recordó que falta un tercer fallo relacionado con la prima Garantías Explícitas en Salud (GES), que debería conocerse próximamente.

Comentó que el fallo del 2022 tiene las siguientes características.

En primer lugar, es aplicable a todas las ISAPRES y a las personas afiliadas; indica que todos los planes de salud tengan una sola tabla de factores, que es la fijada por la Superintendencia de Salud el año 2019 y que está vigente desde abril del año 2020; y también, exige la regla: si la aplicación de esa tabla única de factores de la Superintendencia de Salud implica que las personas que tenían contratos vigentes a esa fecha, paguen un precio final menor al que se ha pagado, se debe dejar sin efecto ese cobro, es decir, bajar la cotización y devolver la diferencia.

Añadió que se ha destacado mucho la devolución, pero el primer efecto es que se debe dejar de cobrar el monto que según la Corte Suprema ha sido un cobro en exceso.

Por su parte, la devolución del diferencial, se debe realizar desde la vigencia de la tabla única de factores, lo cual fue objeto de un recurso de aclaración por parte del Superintendente de Salud y la Corte Suprema aclaró que se debía realizar desde el mes de abril del año 2020.

La Corte Suprema indicó además que si esa tabla única de factores significaba que la persona hubiese tenido que pagar más de lo que pagaba, se dejaba sin efecto los cobros que calificaba de excesivos en adelante.

También señala que a aquellos a los cuales les hubiese podido subir el precio, no se les suba, sino que se mantenga igual y además establece suspender el cobro de los menores de dos años de edad, argumentando que los costos relacionados a la prestación de servicios a los menores de dos años, están cubiertos por la prima GES.

Por otra parte, indica que cuando las personas ingresan a la tabla de factores, no se modifica el cobro por tramo etario. Es decir, el contrato queda con el tramo en el que ingresó la persona y no puede volver a cambiarse a pesar del cambio de tramo por edad.

Además, le otorga un plazo de 6 meses a la Superintendencia de Salud para dictar las normas generales para aplicar la sentencia.

Enseguida, se refirió a las consecuencias del fallo de la Corte Suprema (de 30 de noviembre de 2022), y expresó que puede comprometer la continuidad de la protección financiera, como se reconoce en el mensaje de la iniciativa legal presentada, de los contratos de salud que las ISAPRES mantienen, lo que podría comprometer de alguna forma, el acceso a la atención de salud de las personas beneficiarias.

Indicó que en el país hay un sistema de salud que tiene dos subsistemas y como en todo sistema, cualquier impacto en uno puede afectar al otro.

Según cifras de la Superintendencia de Salud, este efecto es sobre 1.200.000 contratos, de un total de 1.800.000 aproximadamente, que son los que estaban vigentes a abril del año 2020.

Sin embargo, un conjunto de alrededor 600.000 contratos, son los que deberían haber experimentado una rebaja del cobro producto de la tabla única de factores, que son aquellos a los que le debería disminuir la cotización, una vez que el Superintendente de Salud emita la circular respectiva.

Indicó que es necesario un proyecto de ley para aplicar la sentencia detallada y no basta una simple ejecución de la sentencia porque se requiere dotar en primer lugar al Superintendente de facultades para modificar los contratos vigentes y aplicar de forma universal la tabla de factores y así poder aplicar de forma universal la suspensión del cobro de los menores de dos años.

Añadió que si bien, la Corte Suprema pide la universalidad, es acerca de los fallos dictados sobre distintas ISAPRES y no todas las ISAPRES tienen fallo.

A su vez, indicó que se trata de dar cumplimiento gradual a los elementos de la sentencia, es decir, ponderar el impacto financiero que tiene la baja de las cotizaciones producto de la tabla de factores con el efecto de la devolución y suspensión de los cobros de los menores de dos años y de esa forma, cautelar los impactos sobre la solvencia financiera del sistema y resguardar el derecho de las personas, que es el objetivo que empuja al Ejecutivo a presentar el proyecto de ley.

La protección del acceso a las personas también implica el acceso en la red de prestadores privados y su elección a través de la Modalidad de Libre Elección (MLE). A través del componente de FONASA, también se cautela la posibilidad de las personas de utilizar los prestadores privados a través de la MLE.

Aclaró que son las sentencias las que definen qué contratos son los que se deben adecuar, cuál es el monto que se considera cobrado en forma excesiva, qué se debe devolver, y cuál es el monto que se debe rebajar a futuro.

Agregó que lo que pretende el proyecto de ley es generar un mecanismo gradual, de manera de salvaguardar la estabilidad del sistema.

Mencionó los efectos directos que tendrán los beneficiarios de ISAPRES; en primer lugar, se dará fin a los cobros calificados por la Corte Suprema como indebidos o cobrados en exceso, que equivale a una disminución del precio del plan de salud, una baja en la cotización que se estima en un promedio de $50.000 mensuales aproximadamente.

Precisó que se suspende el cobro de las cotizaciones para los contratos que incluyen a los menores de dos años, que son alrededor de 60.000 contratos y se mantiene solamente el cobro de la prima GES para ellos y se debe devolver la cantidad que se cobró entre diciembre y hasta la fecha en que se publique la circular.

Añadió que se establece un procedimiento para hacer efectiva las devoluciones de los cobros indebidos por la no aplicación de la tabla de factores a los contratos y se crea un Comité Asesor para ayudar al Superintendente a evaluar los planes de pago que es lo que se le pide a las ISAPRES.

Por su parte, las personas que están en el sistema de FONASA, van a tener la posibilidad de acceder a través de un contrato con un seguro privado, intermediado por FONASA a un seguro complementario que no va a

discriminar por edad, sexo ni condición de salud y para el uso en las redes privadas con un copago menor.

En cuanto a los objetivos específicos que tiene el proyecto de ley, señaló que el primero, es dotar a la Superintendencia de Salud de las facultades de las que carece y que son necesarias para implementar las instrucciones de la Corte Suprema, adecúa las normas del sistema privado y fortalece FONASA.

Resaltó que las normas relativas al sistema privado son para mitigar los efectos financieros y disminuir la judicialización.

En síntesis, enfatizó que se faculta al Superintendente para instruir a todas las ISAPRES a adecuar los precios finales de los contratos, incluida la Isapre Esencial que no tiene fallo, y también a devolver las cantidades percibidas en exceso por concepto del uso de una tabla distinta a la tabla única de factores, y a instruir a las ISAPRES la suspensión del cobro a los niños y niñas menores de dos años de edad y definir la forma de restituir las cantidades percibidas por las ISAPRES por estas cargas desde ejecutoriada la sentencia, que es el mes de diciembre de 2022 hasta la fecha.

Asimismo, expresó que faculta a la Superintendencia para requerir a las ISAPRES un plan de pago. Aclaró que no son las ISAPRES las que van a calcular lo que deben, sino que tienen que presentar un plan de pago y como parte constitutiva de ese plan, tiene que indicar el contrato y montos entre otros datos. Sin embargo, el Superintendente tiene la información respecto a esa materia y la puede pedir y actualizar cada vez que se necesite, porque es una información dinámica que depende del movimiento de los contratos e incluso del costo de la UF.

Luego manifestó que el Superintendente de Salud podrá aprobar ese plan de pago, previo pronunciamiento no vinculante de un Consejo Asesor de Expertos que se crea para esa materia, y autorizar que esas devoluciones se hagan a través de excedentes, como de prestaciones, es decir, las empresas pueden, dentro de la oferta de excedentes, ofrecer otro tipo de servicios como primas de seguros u otros elementos que puedan ser atractivos para los afiliados.

El referido Consejo es independiente, no es vinculante y está integrado por expertos nombrados por los Ministerios de Salud, de Hacienda y de Economía y representantes de las facultades de medicina de las universidades del Estado; de las facultades de economía y administración y de las facultades de derecho.

Respecto a las adecuaciones al sistema privado que propone el proyecto de ley, permite por una parte la optimización, se determina cómo va a seguir funcionando hacia el futuro y busca reducir también las causas de

judicialización y reconocer de mejor forma la modificación de los precios al consumidor que impactan en salud, se permitirá que se incluyan nuevos factores para optimizar el cálculo del Indicador de Costos de la Salud (ICSA), de manera que sea más representativo de la realidad del sector.

Establece que el ICSA deja de ser un valor máximo de reajuste y será el porcentaje único u obligatorio de reajuste durante el período de devoluciones para evitar que sea un monto máximo y que comience una vez más la judicialización respecto a si se llegó al máximo o no, entonces se fija.

Por otra parte, faculta al Superintendente de Salud a definir la prima GES, que también tiene por objetivo reducir la judicialización, de manera de dar una muestra de la voluntad del Ejecutivo de regular el elemento de la prima GES y no tener otra situación compleja en relación a los recursos judiciales que hay sobre Garantías Explícitas en Salud.

En este contexto, toda alza futura debiese entenderse como totalmente justificada para los efectos legales, de manera que no se cuestionen en sede judicial, así estos elementos contribuirán a disminuir la actual judicialización.

Respecto al fortalecimiento de FONASA expresó que protege el acceso de las personas a la red de prestadores de su elección, con una protección financiera asegurada. Cuando se habla de “su elección” se refiere particularmente al tema de los prestadores privados, a través de la modalidad de libre elección, que también ayuda a dar mayor seguridad a las redes de prestadores privados que han estado en la incertidumbre por esta situación.

Por último, plantea que todos los cotizantes de FONASA puedan contratar en forma voluntaria, seguros privados intermediados por FONASA y que le permitan acceder a prestadores privados, sea en clínicas, centros médicos, laboratorios y otros, con un pago directo de bolsillo menor al actual. No impide que las personas sigan usando la libre elección tradicional en los prestadores no preferentes y permite resguardar la actividad de los prestadores privados a pesar de la disminución de cotizantes de ISAPRES.

El Honorable Senador señor Castro González solicitó precisar el monto adeudado, cual es el pasivo, producto de la aplicación del fallo y la cantidad de contratos afectos a él, desde abril de 2020 a la fecha y explicar la situación de las solicitudes de prórroga a la Corte Suprema, que ya se han efectuado.

El Superintendente de Salud, señor Víctor Torres acompañó su presentación con un documento. Señaló que el organismo ha realizado los cálculos en virtud de los elementos que establecen los distintos fallos, porque son fallos individuales por cada Isapre que tienen el efecto general sobre la totalidad de los planes.

Considerando los elementos que allí se establecieron, se analizaron en total 1.885.015 contratos de los cuales, aproximadamente 1.600.000 son los que tienen un análisis retrospectivo. La diferencia también es un análisis prospectivo, respecto de aquellas materias que tienen que ver con la aplicación de tablas de factores de riesgo entre abril del año 2020 y la dictación del fallo respectivo y luego se hace el análisis prospectivo de ahí en adelante.

Recordó que, en el recurso de aclaración, la Corte Suprema hace esta distinción sobre cuándo empieza la aplicación de la tabla y cuándo comienza la reducción del cobro por niños y niñas menores de dos años, por lo tanto, no se puede hacer un análisis igualitario desde abril del año 2020.

Frente a eso, hay una totalidad de contratos analizados como ya se mencionó y viendo las dos características tanto retrospectiva como prospectivamente, el total de contratos favorecidos, o sea, aquellos que debieran tener reducción de sus ingresos y, por lo tanto, se pudieran generar excedentes a devolver son 725.878 contratos, lo que significa un 39% del total de contratos analizados. De los cuales el 70% corresponde a mujeres.

El monto total asciende a un billón ciento veintiún mil seiscientos quince millones setecientos sesenta y cinco mil ciento cincuenta y siete pesos. Este monto es variable, a propósito de lo que acaba de mencionar la señora Ministra de Salud, recordó además que los contratos están en unidades de fomento (UF), ahí ya hay una variación que se va dando de manera natural y algunos otros elementos que pudieran generar variaciones que son menores.

Hay un monto promedio del total de restitución de un millón quinientos cuarenta y cinco mil ciento ochenta y cinco, según la cantidad de contratos beneficiados y hay una fluctuación entre $ 288 hasta, en algunos casos, más de $ 60.000.000.

Finalmente, planteó el impacto en los ingresos mensuales por cada Isapre y mencionó el total que está calculado a diciembre de 2022 y el total de cotizaciones percibidas por el sistema fue de casi $ 494.000 millones, de los que dejaría de percibir desde diciembre, porque desde ahí empieza a generarse la disminución, son $ 31.381 millones, que corresponde a un promedio de un 8% de disminución del ingreso mensual, obviamente diferenciados por Isapre, el impacto no es el mismo, fluctúa entre 1% y 10%.

La Ministra de Salud destacó que el proyecto de ley propone una gradualidad del cumplimiento de la sentencia dada la complejidad financiera que se aprecia y que en un primer momento se plantea que terminen los cobros que se han calificado como exceso por la Corte Suprema, más la suspensión del cobro en los menores de 2 años, que es el efecto de reducción del ingreso y que exista un procedimiento en el que funcione un consejo asesor que ayude a que se evalúe el plan de pago por parte de la Isapre, que tenga

seis meses para proponerlo, seis meses para revisarlo para comenzar el plan de pago y separar en el tiempo el efecto financiero de estos dos elementos y cumplir la sentencia.

Dentro de los elementos del proyecto de ley se contempla la restricción del retiro de las utilidades mientras exista una deuda con los cotizantes.

Informó que se incorporó la urgencia simple, para que permita avanzar en su tramitación dando tiempo para el análisis por parte del Senado e iniciación del proyecto.

El Superintendente de Salud informó que se solicitó una prórroga de seis meses adicionales, para legislar esta materia, que fue ingresada a la Corte Suprema.

El Director del Fondo Nacional de Salud (FONASA), señor Camilo Cid, comentó que el objetivo fundamental de una parte del proyecto de ley en estudio, que fortalece el FONASA, consiste en aumentar la protección financiera.

De lo que se trata fundamentalmente, es que las personas que ingresan en FONASA encuentren una protección financiera similar a la que tenían eventualmente en una aseguradora de Isapre o privada.

En tal sentido, se plantea que FONASA, en base a convenios y licitando carteras de beneficiarios, que voluntariamente se inscriban en la modalidad de cobertura complementaria, pueda obtener un aseguramiento que permita cerrar la brecha de cobertura que existiría si solo fueran a la MLE normal de FONASA.

Si una persona fuese a la MLE normal de FONASA y solo utilizara prestadores privados, su cobertura sería alrededor de un 38% en promedio; en una Isapre, esa persona obtendría una cobertura de 65%.

Se plantea que, con una prima plana, una aseguradora privada cubra esa diferencia.

FONASA en base a sus ventajas puede generar que estos aseguramientos tengan ciertas ventajas para las personas, como la que señaló, es decir, si la prima es plana no hay discriminación por sexo, edad o pre existencia y además se requieren ciertas condiciones para que esto funcione, como por ejemplo, criterios similares a los de la modalidad de libre elección, como la existencia de un arancel que permita regular los precios de las prestaciones en los prestadores privados y generar redes de prestadores que sean preferentes y que hagan que esta propuesta tenga sostenibilidad financiera.

El Honorable Senador señor Chahuán observó que el proyecto de ley no resuelve el problema. Valoró la apertura del Gobierno a solicitar la ampliación del plazo para el cumplimiento del fallo.

Añadió que la iniciativa legal no se hace cargo, en términos de señalar el número de personas afectadas, los montos y los plazos para resolverlo. Le da facultades a la Superintendencia de Salud para que lo resuelva.

Señaló que le complica que se le esté dando facultades legislativas a las Cortes de Justicia y no se resuelva por el Congreso Nacional materias en las cuales debieran resolver.

Esto lo planteó en consideración al próximo fallo, que sería el tercero, en materia de GES. Si no somos capaces de dar una señal importante, estamos ante un escenario complejo respecto al sistema íntegro de salud privado.

Comentó que el proyecto en estudio, que va en una dirección, pueda terminar complejizándose aún más.

Por otra parte, comentó que podría haber una discriminación entre los pacientes del sector público de salud, lo que sería inaceptable, porque aquellos pacientes del sector público que tienen posibilidad de contar con un seguro complementario, tendrían una salud distinta, lo que sería complejo porque es un servicio que entrega el Estado.

Cuestionó la posibilidad de que algunos pacientes del sistema público tengan cobertura respecto de una enfermedad rara o poco frecuente y otros pacientes, que no tiene el seguro complementario (que está administrado y licitado desde FONASA en una cartera de eventuales prestadores), no tendrían cobertura.

Consideró que lo anterior puede ser objeto de una judicialización permanente al tener pacientes de primera y segunda categoría en el sector público de salud.

En otro contexto, recordó que hay 5,5 millones de pacientes del sistema público que se atienden en clínicas.

Agregó que, si se produce una quiebra en cascada del sistema privado de salud, afectando a las clínicas, la lista de espera va a aumentar.

Comentó que existe una oportunidad histórica de sacar adelante el fortalecimiento de FONASA en el proyecto de seguro catastrófico de salud para pacientes de FONASA que está en comisión mixta y llamó a avanzar en

paralelo en ello, porque igualmente se requiere fortalecer el sistema público de salud para administrar mejor la lista de espera y no solamente para preparar el sistema público ante la quiebra del sistema privado.

La Honorable Senadora señora Rincón indicó que este proyecto de ley se esperaba hace mucho tiempo y hay mucha expectación en la opinión pública de lo que esto significa.

Comprendió que el Ejecutivo quiere abordar y resolver el problema y existe disposición en el parlamento para materializar aquello.

Señaló que, en materia de seguridad social, tanto el ejecutivo como el parlamento, no pueden renunciar a la facultad legislativa, cuando se expone que son las sentencias de la Corte Suprema las que definen qué contratos se deben adecuar, el monto que se considera que se debe devolver y el monto que se debe rebajar a futuro, se está permitiendo que la Corte Suprema traspase una facultad que no le pertenece.

El escenario actual, se explica porque se renunció a abordar un problema desde hace décadas y, en consecuencia, la Corte Suprema se pronunció respecto de casos particulares, pero legisla de manera general.

En segundo lugar, indicó que se está provocando un drama tremendo a la salud pública, hay más de un millón de personas en lista de espera, con enfermedades complejas, que requieren medicamentos u operaciones carísimas y no tienen oportunidad de ser atendidas y ahora se agrega el problema de GES.

Si no se es capaz de resolver hasta hoy lo que sucede con el 86% de los cotizantes FONASA, se debe pensar en el escenario que tendremos cuando se agregue un 10% de cotizantes adicionales. Por otra parte, hay una fuga importante de dinero que se destina al pago de licencias médicas.

Añadió que la Isapre Esencial no sería capaz de recibir a todos los cotizantes o tal vez recibirá a todos, menos a las personas con pre existencia.

Mencionó que otro tema complejo es la necesidad de que debe existir un seguro universal de salud para todos, con independencia de quien da la prestación. Hay quienes señalan que debe haber un solo sistema de aseguramiento, el problema es que lo presentado en el proyecto de ley es un sistema disfrazado, porque habrá algunos que tendrán posibilidad de contratar un seguro privado de salud y otros no.

Por otra parte, planteó al Gobierno que hay más de un billón de pesos involucrados en esta reforma, de acuerdo a los cálculos e informes de la Superintendencia de Salud, lo que equivale a 100 años de utilidades de las ISAPRES, de acuerdo a sus cálculos. De extinguirse las ISAPRES, se debe

comunicar a la ciudadanía que tienen que ver donde se van a atender y comunicar la real situación de las listas de espera.

El Honorable Senador señor Castro González consideró que se debe establecer una mesa de expertos y asesores, para alimentar el debate, que es muy técnico.

El Honorable Senador señor Gahona percibió que el proyecto de ley está hecho desde la base de una posible caída de las ISAPRES, en lugar de analizar el equilibrio del sistema. Manifestó que le cuesta comprender si efectivamente FONASA será capaz de hacerse cargo del millón y medio de usuarios adicionales que ingresen y si ese mayor número de usuarios podrá pagar el seguro. Por otra parte, requirió saber la cantidad de recursos que el Estado tendrá que incorporar para la implementación de lo planteado.

Consultó si se han sostenido reuniones con compañías de seguro o asociación de aseguradores, para constatar si lo proyectado es viable y saber si para las compañías de seguro es atractivo hacerse cargo de una cartera riesgosa. Requirió claridad respecto a los números del seguro complementario.

Por su parte, en el proyecto, se endosa a las ISAPRES la formulación de un plan de pago, ellas podrán decir que pueden pagar en 25 o 30 años, por los montos involucrados, pero en la discusión, se habla de un tiempo distinto.

Mostró preocupación en que se piense más bien en cómo se lleva todo a un sistema de FONASA y no se piense en mantener un sistema mixto y equilibrar el sistema de salud.

La Honorable Senadora señora Órdenes manifestó que en los grandes ejes hay claridad. Es importante dar certeza a los usuarios, en conversaciones anteriores, ya hubo consenso de que no se va a realizar un salvataje a las ISAPRES.

Existió un cobro indebido y a raíz de eso hubo un fallo que requiere de un marco legal para implementar su cumplimiento. Se discutirá en particular las aristas, pero consideró que se debe indicar claramente los alcances. Se habla de más de 1.800.000 contratos, pero no todos los contratos son objeto de la devolución.

Aclaró que por otra parte se trata de un proyecto de ley para abordar esta contingencia, por lo tanto, no se le puede pedir a un proyecto la reforma de la salud.

No tramitar este proyecto de ley generará una crisis en el sistema, la cantidad de usuarios sumado a la migración que ya ocurrió hacia FONASA, genera un desequilibrio, Se deberá definir una gradualidad que sea coherente

con una respuesta adecuada, un método y plazos claros, porque el objetivo principal es dar certeza a los usuarios y que el sistema de salud chileno mixto público y privado opere.

El Honorable Senador señor Latorre coincidió con lo señalado en el sentido que la presentación de este proyecto de ley es para cumplir el fallo de la Corte Suprema, que se debe hacer con una perspectiva responsable de gobernanza del sistema, de certeza a las personas, en término de su atención sanitaria. Reconoció la inacción legislativa y una práctica abusiva de una industria muy lucrativa, donde se viene judicializando el tema por parte de los usuarios desde el año 2010.

Consideró preocupante ciertas campañas de consumidores que empiezan a surgir exigiendo a las ISAPRES la devolución del dinero cobrado en exceso. En Chile tenemos la lógica de la mercantilización de los derechos sociales, en la cual, mediante la cotización obligatoria a empresas con fines de lucro, se financia una cotización que debería ser de seguridad social.

Es muy importante en el plan de pago que hagan las ISAPRES, aclarar cómo van a realizar la restitución y en plazos razonables, que implique una gobernanza responsable, pero que tampoco sea excesivo, porque hasta ahora han sido una industria abusiva que no ha tenido un comportamiento socialmente responsable, hablamos de empresas privadas con fines de lucro.

A su vez recordó que las ISAPRES han bloqueado, han hecho lobby, con toda reforma regulatoria intentada en los años anteriores.

El Honorable Senador señor Flores comentó que, en una primera revisión, la iniciativa se acerca a una propuesta de una mini reforma a la salud, dado que modifica parte de la prestación desde la institución pública y cómo intervenir en los deberes del mundo privado.

Sugirió avanzar en lo anterior y planteó que el debate nacional es respecto al seguro universal, el rol que juega el sector público y el sector privado y la forma de generar un marco. Añadió que este es el momento para hacerlo.

La Ministra de Salud señaló que todos los cuestionamientos han sido válidos y se han resuelto en la medida que ha avanzado el tiempo. Mencionó que, en este proyecto de ley, se expresa la voluntad del Ejecutivo de regular el tema, por ello se incorpora el tema GES, para tratar de contener ese flanco.

Recalcó que hay voluntad de generar estabilidad en el sistema, dentro de los márgenes que define la sentencia. Ya no se produjo el escenario de contar con proyectos de ley aprobados que evitaran esta situación, por lo

tanto, están en la contingencia de responder a esta situación y proponer un proyecto de ley que plantea una gradualidad.

Manifestó que la propuesta de solución que se está planteando (y que esperan mejorar con el aporte del proceso legislativo), es una propuesta de gradualidad en la que separan en el tiempo los efectos financieros de la reducción, con el efecto de la devolución, generando un procedimiento transparente, con una asesoría independiente, que ayude a evaluar los planes de devolución, de manera que den más garantías. El objetivo es evitar un enfrentamiento entre la Asociación de ISAPRES y el Superintendente de Salud, y contar con una evaluación técnica que apoye la resolución respecto de aceptar el plan de pago propuesto o rechazarlo. Si lo rechaza, el Superintendente de Salud, tiene que proponer un plan de pago.

Es una situación compleja que están tratando, como Ejecutivo, de hacerse cargo dentro de los límites que se han planteado en el fallo de la Corte Suprema.

Añadió que están preocupados de los 5,5 millones de pacientes que se atienden en el sector privado y el tema de mejorar la cobertura de FONASA tienen que ver con aquello.

A la pregunta planteada sobre discriminación dentro del sistema público, señaló que el hecho de que exista la modalidad de libre elección de facto, es una discriminación, porque las personas se atienden en modalidad institucional, que es gratuita, copago cero, que ha beneficiado a un número importante de pacientes desde septiembre del año 2022 a la fecha. Se trata de una política pública de la cual no todos están al tanto, las personas pueden recurrir a este sistema, con atención médica gratuita, pero hay problemas de oportunidad, como mencionó la Senadora Rincón.

Recordó que desde la década del 60 existe la posibilidad de comprar bono a través de la MLE, por lo tanto, ya existe esa diferencia. Esa diferencia la intentan morigerar con la posibilidad de acceder a un seguro público voluntario, en el sentido de que, al utilizar FONASA, con su gran poder de compra, se genere la posibilidad de contar con seguros que no discriminen por edad, sexo o condición de salud y ciertamente sigue existiendo una discriminación por recursos económicos, pero lamentablemente no se pueden resolver todos estos temas en este proyecto de ley.

Por otra parte, recalcó que han estado trabajando fuertemente, con la participación del sistema privado, en reducir la lista de espera. Han logrado cumplir con las metas planteadas en conjunto con el Ministerio de Hacienda. Informó que este primer año de Gobierno se ha reducido, en al menos, 100 días las medianas de espera, además se ha mejorado la producción de cirugía y eso ha llevado a la reducción de los tiempos de espera.

Señaló que están planteando un sistema mixto e intentan establecer elementos que permitan mantener esa situación, que sin duda es desafiante. Pero se debe distinguir entre la magnitud de los montos y propuestas que se están haciendo. La situación financiera de las ISAPRES es un elemento esencialmente dinámico, por otra parte, han vivido la peor crisis sanitaria desde el tiempo moderno chileno y a nivel global, a raíz de la pandemia. La crisis ha impactado en el aumento de listas de espera en los sistemas de salud con mejor financiamiento del mundo, lo que ha significado un retroceso en los objetivos y desarrollo sostenible a nivel mundial.

La situación ha ido mejorando al reducirse la cantidad de casos diarios de Covid-19, se han reducido las licencias médicas en proporciones significativas, por tanto, todo ello hace visualizar una mejor situación a futuro para las ISAPRES, cosa que ya se observa en las cifras que, si bien ayer se comunicó que habían tenido una pérdida de 2 mil millones de pesos, hace un año la pérdida ascendía a 21 mil millones de pesos, por lo tanto, se ha reducido a un décimo de las pérdidas que tenían.

La perspectiva de generar una gradualidad en el tiempo, en un contexto de evolución de la situación, que ha generado posibilidades de una mayor estabilidad, para el Gobierno es una forma prudente y responsable de responder a esta crisis.

La Honorable Senadora señora Rincón aclaró que cuando se refirió al tema de discriminación de salud de primera o segunda categoría, se refería a que la persona va a poder contratar un seguro por fuera. Actualmente, cualquiera que esté en FONASA puede acceder a la libre elección, pero no tiene que pagar un seguro adicional.

El Superintendente de Salud agregó una consideración respecto a la solicitud de prórroga: el fallo instruye a la Superintendencia de Salud, que es un órgano autónomo quien debe solicitar la prórroga, por tanto, no era un asunto del Gobierno.

En segundo lugar, señaló que aceptar un comité asesor al lado de la Superintendencia de Salud, refleja la voluntad de transparentar el proceso, de generar un sistema de gobernanza de la situación que se vive, precisamente para que no existan dudas respecto al resultado.

Por último, hizo referencia a los estados financieros e indicó que el sistema perdió en su conjunto, en los tres primeros meses (sin considerar a la Isapre Esencial, para hacerlo comparable con el año anterior), $ 2.152.000.000. El año 2022, en los tres primeros meses perdió $ 21.000.000.000, es decir, actualmente la pérdida es un 10% del primer trimestre del año pasado. Hay dos ISAPRES abiertas que tienen ganancias y una de las ISAPRES refleja pérdidas bastante bajas.

La Ministra de Salud señaló que le corresponde al director de FONASA detallar lo que corresponde a la nueva modalidad de cobertura complementaria. Manifestó que para el Gobierno este es un elemento fundamental para mejorar las coberturas financieras de los afiliados; también para dar mayor seguridad en el uso de la modalidad de libre elección y mayor seguridad a los prestadores privados de que seguirán contando con un mercado amplio de personas que puedan utilizarlo con una cobertura financiera mejor.

El Director de FONASA, señor Camilo Cid acompañó su presentación con un documento y detalló los temas que tratará su exposición.

El primero de ellos, es un repaso sobre FONASA y sus modalidades de atención, dado que se genera una nueva modalidad. El segundo tema trata sobre los fundamentos y objetivos del proyecto de ley y su relación con FONASA y el proyecto de nueva modalidad de cobertura complementaria. El tercero, entrega el detalle de la modalidad propiamente tal en sus distintos componentes. Posteriormente, se dará respuesta a consultas realizadas anteriormente.

Indicó que Fonasa administra los recursos financieros del sector público de salud, tiene una importante injerencia en el sector privado a través de cierre de brechas de distintos programas. Aproximadamente 1,1 o 1,2 billones de pesos es la operación completa con el sector privado, a través de la MLE del Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), el segundo prestador y otros programas que financia el Fondo.

Precisó que el Fondo atiende a las personas en base a dos modalidades: la Modalidad de Atención Institucional (MAI) y la Modalidad de Libre Elección (MLE). La primera, está abierta para todas las personas, es fundamentalmente dirigida a la red pública de atención, a los servicios públicos de salud, incluyendo a la atención primaria, secundaria y terciaria, cuyo financiamiento para las personas, a partir de septiembre del año pasado, es gratuito. Comentó que cerca de 690.000 personas desde esa fecha hasta marzo de este año, se han visto beneficiadas por el copago cero, quienes se han ahorrado alrededor de $90.000 cada una de ellas, que en total suman $62.000.000.000.

La segunda es la Modalidad de Libre Elección (MLE), para los cotizantes y sus cargas, correspondiente a los Grupos B, C y D. Fundamentalmente la MLE está destinada al acceso a las personas al sistema de prestadores privados, clínicas y prestadores individuales y se financia con un porcentaje de cobertura a través bonos que FONASA subvenciona para las personas que hacen uso de esta modalidad. Lo anterior implica un copago, es decir, parte del financiamiento lo costean las personas.

Informó que actualmente FONASA está compuesto por 15,8 millones de personas, que corresponde al 81% de la población total de Chile.

Indicó que el 90% de los adultos mayores, están en FONASA, lo que es importante porque cuando se señala que van a ingresar los adultos mayores que tienen mayor riesgo, pero es necesario saber que la gran mayoría de ellos ya están en el sistema. A su vez, informó, que el 85% de las mujeres está en FONASA.

A continuación, explicó la distribución por grupos de ingreso. Las personas carentes de recursos, Grupo A, corresponden al 20%; el Grupo B, son el 38%, donde están los adultos mayores y pensionados; el grupo C, son el 16% y el Grupo D, de mayor ingreso, es el 26%.

En el proyecto de ley, además de dar cumplimiento al fallo de la Corte Suprema en relación con las ISAPRES, tiene el objetivo de generar una alternativa a las personas para que tengan mayor protección financiera.

Se crea una modalidad de cobertura complementaria, que permite que los beneficiarios de FONASA, los mismos que acceden a la MLE, puedan tener una cobertura complementaria mayor, que está disponible para las personas de FONASA, como para las que ingresen a futuro.

Explicó que parte del diagnóstico en el que han trabajado, da cuenta de que hubo una migración importante, el año pasado entraron al FONASA 380.000 personas, de las cuales, cerca de 260.000 migraron desde ISAPRES, la otra parte, son personas que ingresan al mercado laboral por primera vez.

En el diagnóstico observaron que las personas que llegan al FONASA desde el sistema privado, continúan utilizando los mismos prestadores que tenían anteriormente, lo que se produce, en consecuencia, es un cambio de administración del financiamiento.

Informó que la cobertura de una persona que se atiende solo en los prestadores privados con la Modalidad de Libre Elección, es menor que la otorgada en un seguro privado. El 38% de los costos son cubiertos por el FONASA, lo cual es natural porque tiene un principio de equidad en el financiamiento, financia a los cotizantes como a los no cotizantes de acuerdo a los recursos disponibles. El acuerdo social de la existencia de la MLE, es que sea coherente con ese principio. Por su parte, en una Isapre, la cobertura efectiva alcanza al 65%, en promedio.

Sostuvo que lo que se busca es que la nueva modalidad tienda a cubrir la brecha entre 38% y 65%. Se aspira a que las personas tengan la misma cobertura que les otorgaba el sistema privado.

Para hacer lo anterior, se plantea habilitar a FONASA para que, mediante licitaciones y convenios, se establezca una relación con aseguramiento privado para permitir esta cobertura que es de copago, porque la relación con los proveedores y con las redes continúa haciéndola FONASA.

Señaló que el Fondo mantiene relaciones de convenios o contratos con prácticamente todos los prestadores privados institucionales y con una gran cantidad de prestadores privados que son personas naturales.

Observó que, en el primer trimestre de este año, ya han ingresado a FONASA 213.000 personas, de esa cifra, alrededor del 50% a 60% se cambiaron de las ISAPRES y la otra cantidad ingresan al mercado del trabajo.

Siguiendo a la población que se cambia desde el sector privado, han observado, en primer lugar, que las personas usan de manera importante la MLE y buscan seguir con sus mismos prestadores. Por otra parte, la distribución de edad y sexo de las personas que ingresan actualmente a FONASA es similar a la distribución nacional, hay una distribución más pareja de la migración.

Por otro lado, han visto que el gasto de las personas que se cambiaron a FONASA, es menor al gasto de las personas que ya están en FONASA, analizando aquello, han determinado que el riesgo de las personas que ingresan es menor al de las personas que están en el sistema público.

A su vez, se aprecia que la demanda se da en distintas prestaciones de la MLE, en particular, la demanda que hay por los programas de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), pero también de consultas médicas, exámenes e imagenología, entre otros.

A continuación, se refirió a la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), cuyo objeto es fortalecer la protección financiera.

El proyecto señala que a esta modalidad podrán acceder los cotizantes, o sea, los grupos B, C y D del FONASA, es una adscripción voluntaria, a petición del beneficiario, con ciertas reglas normadas, para otorgar certeza a los posibles oferentes de seguros complementarios de copago como, por ejemplo, tener un mínimo de 6 meses de pago de cotizaciones; que las personas independientes mantengan ciertas garantías.

Señaló que han pensado que lo que se ofrecería a la licitación, son tres tipos de esquemas de coberturas, los que se diferencian por la red de prestadores, por sus niveles de costos y relaciones entre ellos, eso quiere decir que habrá prestadores que sean más económicos y otros más caros y que se desenvuelven de cierta manera en red.

La otra característica es que tienen una prima plana y que sería igual en cada esquema, por ello le llaman prima comunitaria porque es equivalente para todas las personas que forman el esquema. A su vez cuenta con una bonificación fija, o sea, un copago fijo en cada esquema.

Explicó que la característica de ser una prima plana, quiere decir que no diferencia por edad, sexo y no tiene ningún tipo de discriminación respecto de las preexistencias.

Indicó que fue pensado de esa manera porque estiman que es coherente con un convenio con el FONASA, que tiene principios de seguridad social, pero también porque han observado que, en los seguros privados de salud existentes en Chile, que no son ISAPRES, actúan de esta manera: tienen primas comunitarias, los contratos colectivos son el 80% (fundamentalmente contratos con empresas) y tienen determinadas coberturas de copago que son relativamente parejas.

Cada cotizante de FONASA, si quiere inscribirse en esta modalidad, tiene que inscribir a sus cargas, la prima comunitaria o plana es por persona, por tanto, si una persona ingresa a esta modalidad, paga el 7%, debe avisar para enterar la prima adicional al seguro licitado según su grupo familiar.

Otro punto importante que destacó, es el catálogo de prestaciones. El plan de salud es el plan de FONASA que está dado por los aranceles del Fondo, esto es, por la Modalidad de Atención Institucional (MAI), el arancel de la Modalidad de Libre Elección (MLE), por beneficios del AUGE y otros como la Ley Ricarte Soto, así como también otros programas que dan acceso a prestaciones a las personas.

Es el mismo conjunto de servicios que va a estar disponible y es el que utilizan las personas en el sector de las ISAPRES.

Precisó que hay mecanismos de pago que deben introducirse, que están establecidos en la ley, como, por ejemplo, en materia hospitalaria están propiciando extender la modalidad de pago de grupos relacionados por el diagnóstico, que ya han contratado con las clínicas y que ha significado un ahorro importante para FONASA.

Los estudios muestran que se ha ahorrado cerca de un 20%, respecto a los métodos de pago anteriores, lo cual puede seguir perfeccionándose y aspiran a que sea un mecanismo de control de costos dentro del sistema privado, sin poner en riesgo su operación, porque ya están funcionando con este mecanismo, se trata de expandirlo a esta modalidad y asegurar también que se cuente con primas comunitarias razonables para que las personas puedan acceder a la modalidad.

Por otra parte, se refirió al principio de equidad en el financiamiento, que no se modifica. FONASA no va a pagar más desde el Fondo solidario por personas que elijan distintas modalidades, sino que paga igual subvención en razón de los mismos problemas de salud, el financiamiento es el idéntico para cualquier beneficiario.

En la Modalidad de Cobertura Complementaria, aunque existan tres esquemas diferentes, con distintas primas comunitarias, FONASA seguirá financiando lo mismo, porque ese es el principio de equidad en el financiamiento.

Explicó que, una parte de la diferencia, será financiada por el prepago que es un seguro complementario de copago, y otra parte, seguirá siendo gasto de bolsillo como lo es ahora.

Informó que en la discusión de la propuesta se ha trabajado con la Dirección de Presupuestos para analizar diferentes efectos financieros. Se evaluaron distintos escenarios y en todos ellos hay equilibrio o superávit respecto al posible efecto económico que tenga sobre el Fondo.

En la simulación, calculando lo que cubre la MCC, se observó que, a pesar de los gastos en subsidio de incapacidad laboral, de los gastos en prestaciones y el gasto en administración que tiene FONASA, siempre hay una brecha positiva, es decir, no hay un déficit provocado.

En cuanto a la relación con los prestadores, recordó que existirán no más de tres redes o esquemas y la relación con los prestadores tiene que darse a través de un arancel, al igual como se dan las relaciones actualmente en la MLE.

Por tanto, el arancel tendrá subvención, la misma que tiene hoy el arancel de la MLE y tendrá precios adecuados a los estudios que se han realizado. Se trata de obtener una relación de arancel igual que la MLE, con los mismos principios e incentivos que tiene el arancel actual.

Respecto de los seguros propiamente tal, lo que se plantea en el proyecto de ley es una licitación. La idea es congregar grandes contingentes de personas que deseen esta modalidad y hacer licitaciones que sean convenientes para las personas en base a la magnitud de cotizantes y de cargas que se puedan poner a disposición.

Se trata de que los aseguradores presenten sus ofertas, atraídos por una gran cantidad de personas, con diversidad de riesgo. Existirá una forma de distribución de los riesgos en las licitaciones, de manera que los aseguradores no se especialicen o concentren en algunos de ellos.

Por otro lado, hay ciertas condiciones generales, planteadas en la propuesta, que deben cumplir los aseguradores, como la clasificación de riesgo, el patrimonio mínimo, la reserva e instrumentos de inversión, las cuales son medidas clásicas que se exigen en estos casos.

Comentó que la operación es sencilla, se realiza a través de los bonos electrónicos, los mismos que se utilizan en el sistema ambulatorio, corregidos según el arancel que se pacte, también vinculado a los Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD), una dinámica en que se financia una parte por FONASA, una parte del seguro complementario y otra, con gasto de bolsillo de las personas.

En términos prácticos, se encuentra, por una parte, la persona afiliada que elige voluntariamente estar con sus cargas en una Modalidad de Cobertura Complementaria (que entera una prima al asegurador), hay una licitación y un convenio de FONASA con ese asegurador, que paga una parte del costo. Por su parte, FONASA paga lo habitual y las personas continuarán efectuando un gasto de bolsillo.

Finalmente, se hizo cargo de algunas preguntas que se plantearon anteriormente:

Recordó que se señaló que el proyecto conduciría a un monopolio estatal. Aclaró que no es así, el proyecto no fomenta el cambio, añadió que el cambio de sistema que hacen las personas está dentro de su libertad de elección. La diferencia que se puede observar actualmente, es que las personas jóvenes están eligiendo el sistema de FONASA.

El proyecto dota de mayores herramientas al Fondo para contar con más opciones, de manera que las personas tengan coberturas financieras mayores a las que se podrían ofrecer, dadas las restricciones y principios de equidad que imperan en el financiamiento del Fondo.

Por otra parte, se ha dicho que la implementación del proyecto de ley podría colapsar el sistema público. Reiteró que se ha observado que las personas que migran al sistema público continúan atendiéndose en el sector privado, pero ahora con una administración de FONASA, sumado a un seguro complementario.

No hay una demanda que presione el sector público, porque esas personas están demandando el sector privado a través de la modalidad de libre elección.

Por otra parte, recordó que se ha señalado que la población que ingresa a FONASA es más riesgosa. Sobre el tema planteó que la población que ingresa actualmente es menos riesgosa que la que ya está en el Fondo.

Se ha dicho que el proyecto de ley pone en peligro la actividad financiera de las clínicas. Indicó que es lo contrario está dando continuidad al flujo financiero que existe con las clínicas.

La operación de FONASA con el sector privado, en general, es de 1,2 billones de pesos al año, existe una operación constante con el sector privado y señaló que este proyecto de ley, podría aumentar esa operación. Se ha trabajado con el sector, con el objetivo de realizar un pago oportuno, cumpliendo la normativa y revisiones necesarias, para que no se acumulen deudas desde FONASA hacia los proveedores.

También se ha planteado que existiría discriminación entre los beneficiarios de FONASA. Informó que la modalidad de libre elección (MLE) existe desde hace muchas décadas y el sistema propuesto en el proyecto de ley ofrece nuevas opciones, cautelando el principio de equidad en el financiamiento, que es el que realmente dirime si hay desigualdad o no; lo demás es disponibilidad de pago que las personas tienen naturalmente por la diferencia de ingresos que existe, sobre lo cual FONASA o el sector salud no tiene una injerencia directa. Pero si tiene la posibilidad de entregar opciones de políticas que sirvan para el acceso.

El Honorable Senador señor Gahona se refirió al copago cero y consultó si está contemplado sólo a la modalidad institucional y fundamentalmente al Grupo A.

Consideró que los aportantes beneficiarios del FONASA en términos de los ingresos, representan un monto marginal respecto al aporte del Estado.

Comentó que le han informado de cifras donde el 87% del presupuesto del FONASA lo aporta el Estado y el otro 13% los cotizantes, solicitó aclarar esos datos. Si los datos son certeros y van a ingresar nuevos cotizantes, evidentemente debiera haber mayor gasto fiscal, porque parte del aporte estatal deberá aumentar.

Manifestó la duda de si el pago complementario, que ascendería a un seguro de $ 32.000 aproximadamente, será per cápita, lo que significa que, en la MLE, paga el titular y cada carga, es decir $ 32.000 multiplicado por el número de cargas.

Observó que todo lo dicho son supuestos, desconoce si se ha realizado el análisis con algunas compañías aseguradoras o simulado los diferentes escenarios con números concretos.

Por otra parte, hizo referencia a las deudas del FONASA con los prestadores privados que es enorme y solicitó precisar el volumen de deuda.

El Honorable Senador señor Chahuán requirió saber qué cotizante de FONASA podrá pagar los seguros. Consultó por las coberturas de Fonasa que actualmente tienen modalidad de libre elección. Consultó lo que sucederá con la hospitalización domiciliaria y con aquellas personas que actualmente están enfermas y están en tratamiento, con CAEC, por ejemplo.

Por otra parte, señaló que, en un segmento importante, se está casi duplicando el 7%, de acuerdo a los montos señalados respecto al seguro complementario.

Insistió que se trata de una discriminación arbitraria que será objeto de litigio judicial respecto a aquellas personas que estarán en FONASA que van a tener una atención en salud de primera y de segunda clase.

Consultó por aquellas atenciones que no están codificadas en FONASA, que pasa con los tratamientos médicos, como algunos de cáncer que no tienen cobertura.

Reiteró que este tema se puede zanjar separadamente a través de la aprobación del proyecto de seguro catastrófico de salud para pacientes de FONASA que se encuentra en Comisión Mixta, esperando la indicación del Ejecutivo.

A continuación, se refirió a las listas de espera que actualmente están licitando a prestadores privados, que de 150 encuentran solo a 2 o 3 pacientes de listas de espera, porque no tienen el número telefónico actual, porque fallecieron o porque lograron obtener financiamiento para atenderse en el sector privado.

El Honorable Senador señor Gahona solicitó aclarar una declaración del Director de FONASA de hace un tiempo atrás, que señala “Las ISAPRES desaparecerán del mapa de seguridad social con la reforma del Gobierno”. Requirió que el director de Fonasa aclare el contexto de esa declaración emitida en la radio Biobío.

El Honorable Senador señor Latorre observó que, en el informe financiero, en el punto 6, sobre gasto de administración, hay un incremento de solo 26 personas para el fortalecimiento de FONASA, para el primer año, pero no encontró el detalle para los años siguientes.

Consultó al Director de FONASA si considera suficiente esa cantidad para el fortalecimiento del Fondo.

Por otra parte, requirió saber, si está contemplado o no un incremento para el fortalecimiento de la Superintendencia de Salud, que será la contraparte de las ISAPRES.

A su vez, consultó sobre la certeza que se otorga a las personas que se quieren cambiar de ISAPRE a FONASA, que sucede con lo que se les adeuda por parte de la ISAPRE.

La misma inquietud surge frente a tratamientos que mantenían o eventualidades en el futuro al cambiarse al sistema público de salud, que sucede con aquellas prestaciones que no están cubiertas.

El Honorable Senador señor Castro González solicitó al Director de Fonasa que precise el carácter de los seguros y las redes privadas de atención, cuáles son los avances de exploración que existen; los rangos de prima plana estimados, dado que se ha hablado de una siniestralidad cargada de afiliados de ISAPRE que migren a FONASA. Solicitó precisar la conducta de siniestralidad que han tenido los actuales migrantes que se han trasladado, más de 400.000 personas, para estimar la proyección de esa carga y cómo se ajusta la prima comunitaria para que no sea inflacionaria.

En segundo lugar, consultó si actualmente el gasto de salud en promedio en FONASA por modalidad de libre elección es de un 38% y cuánto es el gasto en atención cerrada de salud, cuál es la diferencia que hay que cubrir en la proyección que se quiere hacer en la modalidad complementaria.

Requirió saber el volumen de los usuarios B, C y D. Llamó su atención que 31% de los migrantes actuales, son del grupo B, que es el más bajo de los que cotizan.

Por último, solicitó señalar de manera más precisa la temporalidad de estos cambios. En el evento que el proyecto de ley estuviera despachado este año, cuál es el itinerario o ritmo a seguir para FONASA con modalidad de cobertura complementaria.

Al Superintendente de Salud le consultó acerca de la inminencia de la insolvencia, producto de la rebaja del precio final del plan de un conjunto de afiliados.

Lo que se ha dicho es que al tercer mes de promulgada la ley ya no habrá ISAPRES. Solicitó precisar el escenario de riesgo de insolvencia de las 7 ISAPRES abiertas.

Requirió asimismo identificar aquellas que están integradas verticalmente con clínicas, porque los *holdings* tienen un neto distinto al del aseguramiento que tiene la prestación. Es importante realizar una separación y calificar adecuadamente la situación, porque a veces coincide que algunas tienen mucho pasivo, pero a la vez tienen ingresos por vía de la prestación.

A su vez, solicitó precisar aquellas mejoras del gasto y el escenario del subsidio de incapacidad laboral. En el caso de las ISAPRES, tiene un

efecto devastador, ¿cómo se enfoca eso y qué mirada tiene la Superintendencia de Salud?

Consultó respecto de las ofertas que ya se están haciendo por determinadas ISAPRES abiertas de seguros complementarios, qué ocurre con la oferta que está en desarrollo, que da la impresión de que pudiera ser una reconversión futura por parte de las ISAPRES a sus clientes.

Finalmente preguntó por la deuda estimada a los médicos prestadores desde las ISAPRES.

El Director del Fondo Nacional de Salud, señor Camilo Cid, sobre copago cero consultado por el Senador Gahona, indicó que es una medida implementada a partir del mes de septiembre del año 2022, que decretó gratuidad para los grupos C y D del Fondo que faltaban dentro de la gratuidad y los del grupo B, en la atención dental.

Las personas del grupo A, no copagaban, el grupo B tampoco, excepto en atención dental; el grupo C, pagada el 10% y el Grupo D, el 20%. Por tanto, se eliminó el copago, en modalidad de atención institucional (MAI) en redes públicas y en instituciones privadas cuando la MAI accede también a privados, como, por ejemplo, la ley de urgencias.

Sobre el gasto fiscal, señaló que una parte del gasto es normal, acá lo que hay que evaluar es qué sería diferencial. Lo normal es que se establezca un subsidio a las personas que ingresan y usan la MLE, pero señaló que estas personas traen ingresos que se reconocen en los presupuestos del FONASA. Lo importante sería saber si esos ingresos son mayores o no a lo que gastan y qué debe cubrir el FONASA.

En el escenario que el 10% de las personas de ISAPRES se cambien a FONASA, se mantiene el equilibrio, porque las personas de ISAPRES tienen cotizaciones más altas, dado que los sueldos son mayores.

Señaló que han simulado precios de las primas, pero finalmente, el precio de la prima va a depender de la licitación. Es decir, la licitación es por precio.

Añadió que han calculado cual podría ser el rango de esos precios y han dicho que pueden estar entre $15.000 y $33.000, lo que dependerá del esquema, hay prestadores que son de más bajo costo.

Recordó que se debe comparar con lo que sucede actualmente, porque hoy las personas en el sistema de ISAPRES pagan el 11% de su salario, lo que significa que de la cotización que realizan, hay $50.000 en promedio que pagan en cotizaciones adicionales al 7%, por tanto, ese es el rango de comparación.

Aclaró que el monto es por cada carga, efectivamente hay familias más numerosas y se debe tener en cuenta que el promedio de cargas es menor a 2 por persona en FONASA. No se niega que hay una relación con la capacidad de pago de esta medida, igual como existe actualmente en la MLE, son personas que tienen disposición a pagar.

En relación con otra consulta, señaló que han simulado cuales podrían ser esas personas y cuanto podría ser, pero depende de los que están pagando hoy la MLE. Por tanto, dependiendo de la migración, cuentan con parámetros para estimarlo y en las estimaciones realizadas, han simulado con un conjunto de 900.000, 600.000 y 100.000 personas, haciendo uso de esta modalidad, pero depende de la migración y de los precios concretos que se establezcan en la licitación.

Sobre la deuda, indicó que la deuda del FONASA tiene dos componentes, hay componentes que son de los servicios y otros que son de FONASA propiamente tal.

Añadió que la deuda que mantienen con las clínicas, a la fecha de corte (16 de abril de 2023) eran 4.000 millones de pesos de deuda, cobrables o exigibles, porque están devengados o son facturas que tiene FONASA.

Pero hay una operación normal de $1,2 billones en el año, que se mantiene más o menos en $90.000 millones, que se generan en personas que aún están internadas, pero aún no se genera la factura por parte de la clínica, por tanto, no podría ser cobrado.

Comentó el problema de la acumulación de la deuda de la ley de urgencia que data de hace 4 años. Explicó que los servicios no pagaron toda la deuda de urgencia en los últimos 3 años, esa deuda se genera con la clínica, se le da el presupuesto al servicio para que pague. El total de la deuda acumulada en diversos años, asciende a 196.000 millones de pesos.

Se está trabajando, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y con las clínicas, en la forma de saldar la deuda, tomando la responsabilidad como sector.

A continuación, respondió a las dudas planteadas por el Senador Chahuán, la primera de ellas relativa a hospitalización domiciliaria y tratamiento.

Al respecto, comentó que han detectado que hay una cantidad de prestaciones que son validaciones de la MLE, que la Superintendencia de Salud reconoce como servicios de las ISAPRES, pero codificados por las propias ISAPRES o la Superintendencia de Salud.

Si se ven estrictamente, esas prestaciones no corresponden al código de FONASA, pero corresponden a la misma prestación, con variaciones por tecnologías. Comentó que FONASA ha realizado los cálculos cubriendo estas prestaciones, asumiendo que lo que se usa en estos niveles de atención del sistema privado son similares a las prestaciones de la MLE, por lo tanto, tiene un costo y se ha incluido en los cálculos. Lo anterior implicaría que el 10% de prestaciones, debería incluirse en las licitaciones para que sean cubiertas.

Los casos particulares de tratamiento de hospitalización domiciliaria, es un tema que deben tratar. Afirmó que, por ahora, se está identificando el número de pacientes, que son cerca de 500 personas, se debe determinar a su vez, el gasto. Es un trabajo que deben realizar con la Superintendencia de Salud. Añadió que muchas de esas personas han ganado juicios, están cubiertas, por tanto, no tendrían incentivos para cambiarse al sistema público.

Si eso sucediera, tendrían que ver como lo hará FONASA, que cuenta con posibilidades de atención domiciliaria en sus programas, se tendría que analizar si a través de los convenios de la MLE y los de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), admitirían personas en estas situaciones en el entendido que van a tener grandes cantidades de personas y que no pueden discriminar respecto de lo ofrecido en la licitación.

Hay muchos seguros que actualmente tienen precios diferenciados, con o sin preexistencia, al declarar la preexistencia, cobran un 15% más.

La aseguradora debe saber al momento de la licitación, que tiene una distribución de riesgo heterogénea y suficientemente amplia como para no tener que preocuparse por especializarse en adultos mayores, por ejemplo.

FONASA le puede entregar carteras que tengan una distribución normal de riesgo y dentro de la misma, habrá casos de mayores gastos y eso lo deben asumir las aseguradoras.

En cuanto a las inquietudes del Senador Latorre, acerca de los gastos de administración, manifestó que existe en una coordinación y discusión con el Ministerio de Hacienda, es un acuerdo que existe en el Gobierno respecto de las restricciones financieras que se tienen.

Sobre lo consultado por el Senador Castro, respecto a los avances de exploración con las posibles aseguradoras, señaló que han sido muy cuidadosos en relación a las atribuciones que tienen. Añadió que están preparando una política pública y las conversaciones con la industria ocurrirán en los procesos normales. Hay instancias en las licitaciones donde se pueden hacer presentaciones previas, presentaciones de intereses respecto de un esquema y esperan que ocurran esas circunstancias.

En materia de atención cerrada y copagos, hay diferencias importantes en coberturas financieras, en la MLE actual, entre lo ambulatorio y lo hospitalario, hay problemas en lo hospitalario y así lo han reconocido. La cobertura general, si se comparan los costos totales que las personas realizan en lo hospitalario respecto a lo que cubre FONASA, es baja, alrededor del 10% y en lo ambulatorio es más alto. Sin considerar el convenio, porque tienen que adherir a lo que está estipulado y mantener las coberturas a los precios que fija el arancel, en concreto, las personas usan otras prestaciones que no están en el convenio y que hacen que el promedio en los egresos hospitalarios, sea esa la cobertura.

A partir de eso, fue calculado el aumento de la cobertura o del seguro de copago.

Sobre la implementación, comentó que hay un artículo transitorio en el proyecto de ley que permite que la primera licitación sea de asignación directa para que, una vez promulgada la ley, no transcurra tanto tiempo en la generación de la licitación.

El Superintendente de Salud, respondió a la consulta del Senador Latorre sobre los incrementos presupuestarios, señaló que la Superintendencia siempre estaría a favor de un incremento presupuestario, pero en este contexto, toda mejora presupuestaria tiene que ver con el funcionamiento habitual y eso se traslada a la discusión de la Ley de Presupuestos. Este proyecto como novedad establece un Consejo Asesor que no irroga gastos, por esa razón tampoco hay gastos que estén establecidos para la Superintendencia de Salud en el informe financiero.

Respecto a las consultas del Senador Castro González, manifestó que hay algunas que puede contestar y otras que no por exceder sus competencias.

Sobre los resultados del primer trimestre de este año, sostuvo que es importante señalar que las ISAPRES tuvieron una pérdida, sin considerar la Isapre Esencial, para hacerlo comparativo con enero, febrero y marzo del año 2022. Tuvieron una pérdida de 2.152 millones de pesos, que es aproximadamente el 10% de lo que perdieron, enero, febrero y marzo del año 2022, que alcanzó los $21.000 millones y fracción.

Dos ISAPRES tuvieron ganancias durante este primer trimestre y una que redujo de manera importante su pérdida, de $11.000 millones en el mismo trimestre comparado, versus $66 millones en este trimestre.

A la consulta sobre ISAPRES que estén relacionadas con prestadores, comentó que, de 7 ISAPRES, 5 tienen relación, a través de los *holdings* respectivos, pero la Superintendencia de Salud no cuenta con ningún tipo de potestad de fiscalización financiera respecto de los prestadores, por

tanto, no manejan esa información, siendo materia de la Comisión para el Mercado Financiero (CMF).

Sobre las mejoras del gasto del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL), indicó que hubo una reducción importante en este trimestre del uso del SIL del 11% aproximadamente, respecto al trimestre comparado. En el caso de las prestaciones en general, han planteado que el objetivo es avanzar en el pago de prestaciones paquetizadas, ya sea a través de un modelo de Programas Asociados a Diagnósticos (PAD), por ejemplo, o eventualmente, avanzar hacia un modelo de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD).

En el caso de PAD, tienen avanzado una circular que permita comercializar algún tipo de plan que involucre aquello. En el caso de GRD, se requieren algunas modificaciones en la ley, que está en evaluación, sobre todo por el manejo de ficha clínica, o bien, si se requiere modificar las prestaciones mínimas, esos son elementos que se están estudiando, que ayudaría a minimizar o disminuir los costos asociados al gasto por prestaciones sin afectar la calidad de la atención.

En cuanto a los gastos de administración y venta, en promedio llegaron al 10,2% este trimestre, hay algunas ISAPRES que han realizado esfuerzos para reducir esos gastos a menos del 10%, hay otras que perseveran en valores mayores y eso también es una situación importante a evaluar.

Actualmente tenemos un promedio de 101,6% en la gestión operacional, es decir, de cada $100, el sistema está gastando $101,6, de allí también se deduce la disminución importante que ha habido en términos de pérdida del sistema en su conjunto.

Respecto a la consulta sobre el riesgo de quiebra inminente de las ISAPRES, con el análisis actual, todas están cumpliendo los indicadores.

El Superintendente de Salud reiteró que no tienen facultad de fiscalización financiera sobre las clínicas. Si puede enviar lo relacionado con la deuda, porque a través de las garantías tienen claridad sobre aquello que es deuda sobre las personas y sobre los prestadores.

La Honorable Senadora señora Órdenes indicó que el acceso a la salud en Chile se garantiza a través de un sistema mixto, actualmente hay una crisis en el sistema privado que evidentemente tiene efectos en el sistema público. El proyecto de ley que se presenta a raíz del fallo de la Corte Suprema, tiene distintos componentes. El fortalecimiento de la Superintendencia de Salud y la modificación a la normativa de las ISAPRES para que se cumpla la sentencia.

La presentación se ha focalizado en el tema de modernizar FONASA, con la modalidad de cobertura complementaria. Hay varios temas, el gasto fiscal es una variable y Hacienda tiene que dar más certezas sobre ese punto.

Por otra parte, consultó por las conversaciones que se han sostenido con el sector privado, incluyendo a las aseguradoras, que para ellos es un buen negocio en la medida que se venda más, pero cómo se garantiza el acceso a la salud.

La inquietud es si habrá o no acceso a la salud, porque va a cambiar algo en el sistema privado y se pueden romper los equilibrios financieros también en el sistema público de salud si se verifica una migración muy alta.

Respecto a la Superintendencia de Salud, estimó que hay que profundizar un poco más en el gasto fiscal, porque si aumenta el número de personas en el sistema público, se requiere un cambio en la facultad fiscalizadora.

El Director de FONASA comentó, a propósito de la preocupación de la Senadora Órdenes, que lo que se planteó es que las personas en el sistema privado gastan recursos que son el 7% más 4 puntos porcentuales en promedio, aproximadamente $ 50.000 adicionales.

Cuando las personas ingresan, lo hacen con una diferencia del 7%, que es muy grande respecto a los que están y aun con una disponibilidad de pago holgado. En ese contexto señaló que se deben considerar los ingresos y los gastos para ver el equilibrio fiscal y determinar si va a impactar el sistema.

Reiteró que se han realizado diferentes simulaciones sobre alternativas de flujos de personas, que permite determinar cómo se va produciendo el equilibrio financiero.

A continuación, hizo una precisión respecto del gasto hospitalario en la MLE actual, con cobertura de alrededor del 10%, aclaró que se refería a aquellos que no son PAD, porque éstos son cerca de 85 y los copagos son conocidos y son mucho menores. Pero cuando no son PAD y hay inducción por parte del prestador que no se ajustan al convenio, aparece este abultamiento del gasto y la poca cobertura.

El Honorable Senador señor Gahona solicitó aclarar un tema, relacionado con el presupuesto total de un año de FONASA, consultó el porcentaje de ese presupuesto que es aportado por los cotizantes y el aportado por el Estado.

El Director de FONASA señaló que alrededor del 30% del presupuesto proviene de las cotizaciones y el 70% es de aporte fiscal, explicó

que las cotizaciones de FONASA son disminuidas porque todas las personas de más bajos ingresos están en el Fondo.

Generalmente cuando se da este dato, se descuenta el gasto en subsidio de incapacidad laboral y por eso, aparecen datos pequeños cercanos al 10%, pero es el 30%.

La señora Ministra de Salud especificó que el sentido de este componente de modalidad de cobertura complementaria, es dar mayor seguridad a los prestadores privados respecto a la sostenibilidad de un mercado que haga uso de ella. Destacó que han estado preocupados por el tema de las ISAPRES. El proyecto de ley en su conjunto tiene por objeto generar condiciones de estabilidad, que pueden ser perfeccionadas, con el fin de evitar la quiebra masiva de las ISAPRES.

Con respecto a las listas de espera que consultó el Senador Chahuán, señaló que efectivamente hay problemas de contactabilidad de las personas, informó que han trabajado en mejorar los sistemas de información, en conjunto con personas del sector privado y con los centros de estudios de informática médica. Los casos de listas de espera que se resuelven al licitarlas, son alrededor de un tercio de los pacientes que figuran en los paquetes entregados a prestadores privados.

En la siguiente sesión, expuso **el Presidente de la Asociación de ISAPRES, señor Gonzalo Simon** quien exhibió una presentación, señaló que es un tema complejo, solamente entender el problema ya toma un tiempo, tiene variables involucradas, es necesario conocer el funcionamiento del sistema para avanzar y revisar alternativas de solución.

En primer lugar, se refirió a las consideraciones básicas, los principios que consideró deben tenerse presente para el desarrollo de una solución que se haga cargo del tema:

1.- la sentencia debe cumplirse, eso no se discute.

2.- la sentencia se debe aplicar conforme a las leyes que están vigentes, consideró que de alguna manera no se le ha dado la importancia a esto. Añadió que la sentencia no ha modificado el DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

3.- se debe proteger el acceso a salud de las personas.

Señaló que el énfasis debe estar en la protección y cobertura, sobre todo de aquellas personas que tienen alguna enfermedad o tratamiento en proceso para que no se vea interrumpido o limitado en su atención, más que en los pagos que eventualmente podrían recibir los afiliados. Esa es la prioridad número uno que se debería tener presente.

Comentó que, en base a estas consideraciones generales, y teniendo presente lo indicado respecto a las leyes que están en vigor, cabe repasar cuáles son esas leyes, que indican y a que obligan actualmente a las ISAPRES.

En primer lugar, manifestó que el DFL N° 1 está vigente, y el artículo 197 también, eso quiere decir que los contratos siguen siendo indefinidos, no pueden ser modificados, que las coberturas no pueden ser cambiadas y que el plan de salud que está vigente se mantiene, antes del fallo y después del fallo.

En segundo lugar, está vigente el artículo 171 del DFL N°1, que establece la condición básica de operación del sistema. Señala que las cotizaciones tienen que ser suficientes para pagar las prestaciones y los beneficios que están pactados, por lo tanto, por un lado, los beneficios están definidos por las personas, si las personas quieren mantenerlo lo van a sostener, dado que no se han cambiado antes ni después del fallo y, por otro lado, esos beneficios deben ser financiados con las cotizaciones.

El sistema Isapre es un sistema que se autofinancia, no recibe aportes adicionales a las cotizaciones que hacen las personas adscritas.

Si eventualmente hay alguna modificación que altere esto, significa que se está reformando la naturaleza del sistema.

En el caso que el sistema no tenga la condición de autofinanciarse, evidentemente no puede seguir operando. Por lo tanto, hay que estar atento a que se cumplan los artículos que actualmente están vigentes en la ley.

La Corte Suprema señala en un fallo, que no tiene que ver con la tabla de factores, sino que, con el proceso de fusión de dos ISAPRES, pero con el propósito de ilustrar lo que estaba sucediendo con el tema de la tabla de factores.

En él, la Corte advierte que frente a ciertas condiciones el sistema de ISAPRES podría no mantenerse, anticipa que hay que tener cuidado y advierte que tendría consecuencias no solo para las personas que están en el sistema Isapre, sino que además tiene un perjuicio para las personas del sistema público y llama a buscar acuerdos.

A continuación, dio lectura a un extracto del fallo al que hizo referencia: “por el fin último del Estado, cual es el bien común de la sociedad y que, en la especie, se concreta en la posibilidad que los afiliados a las ISAPRES puedan tener acceso a sus prestaciones médicas en el sistema que libremente eligieron.”.

Señaló que eso es lo que opina la Corte Suprema respecto de lo que tiene que buscarse como solución, esas personas libremente escogieron una cobertura y hay que precaver que esas personas puedan seguir recibiendo esa cobertura en el futuro.

Por otra parte, se refirió al funcionamiento del sistema en relación con esos mismos artículos, y recordó que el artículo 171 señala que las cotizaciones se tienen que destinar a beneficios.

Es necesario hacer la relación que existe entre los ingresos que reciben las ISAPRES, las cotizaciones de los afiliados al sistema, el costo de salud, licencias médicas y todos los servicios anexos para poder dar esos beneficios.

Señaló que, en el año 2013, el 99% de las cotizaciones recibidas se destinaron en beneficios y servicios. El 2014, el 98%, el 2015, el 100%, el 2016, el 99%, el 2017 y 2018, el 98%. Durante la pandemia los años 2020, 2021 y 2022, fueron de 107 y 108%, lo que quiere decir que las cotizaciones fueron inferiores a los beneficios y servicios entregados.

Sostuvo que casi la totalidad de los montos aportados por los cotizantes en todos los años, sobre la total, se devuelve a los cotizantes, en beneficios directos y servicios.

No puede apreciarse que exista un margen excesivo o grandes cantidades de recursos que quedan disponibles y que no hayan sido utilizados en beneficio.

La utilidad anual de un año normal es $34 mil millones o 1,2% de las cotizaciones.

Realidad financiera de las Isapre

Mill$ 2022	2013-2019	20/21/22	2023
Rubros	Promedio Anual	Pandemia	1 Trimestre*
Cotizaciones Totales	2.979.061	10.601.332	989.657
Gasto en Prestaciones y SIL	2.605.254	9.868.864	906.539
Gastos de administración y ventas (-)	346.657	1.134.049	98.613
Cotizaciones - Gastos	27.150	-401.580	-15.495
Resultado no operacional	26.862	100.043	9.712
Impuesto a la renta (-)	19.626	-95.784	3.630
Resultado del ejercicio	34.387	-205.753	-2.152
Cotizaciones Totales	100,0%	100,0%	100,0%
Gasto en Prestaciones y SIL	87,5%	93,1%	91,6%
Gastos de administración y ventas (-)	11,6%	10,7%	10,0%
Cotizaciones - Gastos	0,9%	-3,8%	-1,6%
Resultado no operacional	0,9%	0,9%	1,0%
Impuesto a la renta (-)	0,7%	-0,9%	0,4%
Resultado del ejercicio	1,2%	-1,9%	-0,2%
*$2023			

*: $2023

Fuente: SIS

En cuanto a los números, en la columna del centro se reflejan las cotizaciones totales, los ingresos que reciben las ISAPRES por el pago por planes. Luego figuran los gastos en prestaciones y licencias médicas, que son los beneficios directos que las personas reciben y luego están los gastos de administración.

Durante la pandemia se aprecia que hay $205.000 millones de déficit, comentó que la pandemia es una situación particular, acotada en el tiempo, en la cual se intervinieron los precios, a raíz de esa intervención de precios, se produce el resultado final que es una pérdida por el monto señalado.

El año 2023, durante el primer trimestre, aún se mantiene una situación deficitaria, aunque no de los mismos montos de años anteriores.

Explicó que en la columna de la izquierda “promedio anual”, del documento exhibido más arriba, es el promedio del resultado del sistema en un período de funcionamiento en el cual no hubo grandes sobresaltos, que se puede calificar como normal. Igualmente se produce una situación en la que los ingresos y beneficios son muy cercanos, el 87,5% de las cotizaciones se destina directamente a beneficio y el 11,6% en ese promedio anual, se destinó a los gastos de administración necesarios para poder dar esos beneficios.

Lo anterior quiere decir que en realidad la diferencia entre lo que las personas cotizan y lo que queda como remanente es menos de un punto del total. De cada $100, menos de un punto es lo que queda como diferencial positivo.

En el promedio de ese año, el resultado del ejercicio es 1,2%, así es como funciona normalmente el sistema. Reiteró que la amplia mayoría de las cotizaciones que se reciben, se devuelven en beneficios y en servicios anexos necesarios para entregar esos beneficios.

Recordó el número del promedio anual, porque evidentemente, durante la pandemia es negativo. Pero asumiendo un año normal, se debe tener preste que el sistema ha mostrado resultado, ese 1,2%, representa alrededor de $34.000 millones de utilidades, en un año normal.

Continuando con las normas que siguen vigentes y que no han sido modificadas por el fallo, hizo referencia al artículo 199 del DFL N° 1 del Ministerio de Salud, relacionado con la oferta de una cobertura o plan. Precisó que el artículo, establece que, para determinar el precio a pagar por el afiliado respecto del plan, se debe multiplicar el precio base y el factor de riesgo que corresponde a cada uno de los beneficiarios que están presentes.

Si se quiere modificar algún valor, se debe modificar el precio base o la tabla de factores o ambos. No hay otro camino para hacer modificaciones, la ley establece que esa es la única forma por la cual se determina el valor de los planes y esa norma sigue vigente.

Recordó que durante la pandemia se intervino el precio base a través de la ley N° 21.350, congelándolo durante un período, produciéndose un déficit durante ese período.

Ya hay experiencias anteriores en las cuales se ha hecho intervención respecto de uno o de ambos factores que están presentes en la determinación del precio.

Explicó que las ISAPRES usan tablas de factores porque las normas legales así lo establecen. El artículo 199 mandata a que las ISAPRES deben usar tablas de factores.

Observó que, por un lado, la ley obliga y que, por otro lado, las circulares sucesivas que ha emitido la Superintendencia de Salud durante todo el período mandatan a lo mismo, en el sentido que tiene que funcionar el sistema a través del mecanismo de la tabla de factores.

No obstante, lo anterior, la judicialización por tabla de factores comenzó el año 2019, no comenzó el año 2010 y tuvo un crecimiento importante a partir del año 2020 en adelante. Esa judicialización la realizó menos del 10% de la población de ISAPRES.

En consecuencia, el fallo tiene aplicación general, pero que tiene su origen en menos del 10% de la población adscrita al sistema de ISAPRES y hay que tenerlo presente en las soluciones que se planteen para la generalidad de la cartera.

Reiteró que la norma vigente no permite un sistema distinto a la tabla de factores, que para las ISAPRES son obligatorias. Por esta razón estimó que no existen cobros indebidos.

Cuando el año 2019, se aplica la circular IF N° 343, de diciembre de 2019, que da una instrucción directa que se aplica a los nuevos contratos y eso fue lo que hicieron las ISAPRES, aplicaron la tabla indicada desde esa fecha en adelante.

Añadió que desde la emisión de la circular 343 en adelante, ha habido fiscalizaciones, la Superintendencia de Salud tiene un gran equipo de fiscalización y funciona constantemente y este tema ha sido revisado específicamente en relación con la aplicación de la circular mencionada.

Hasta la fecha, señaló no tener conocimiento de que se indique por parte de esas fiscalizaciones realizadas por la Superintendencia, que las ISAPRES no están cumpliendo con la circular que está vigente, en el sentido de que los planes de salud, a contar del año 2020 en adelante, tienen que utilizar esa tabla, salvo errores que se pueden haber cometido, que son puntuales y que, al mismo tiempo, reafirman el hecho de que lo que está vigente es esa tabla de factores aplicada de esa manera.

A continuación, hizo una referencia a la situación de los niños menores de dos años. Sostuvo que está la duda de la razón por la cual la Corte Suprema ordena a las ISAPRES devolver los cobros, siendo que no ha habido cobros indebidos.

Explicó que lo que entienden es que hubo un cambio de criterio y lo ejemplificó con el caso de los niños. Los niños menores de dos años sufren un cambio a raíz del fallo del 30 de noviembre del 2022.

La Corte Suprema mandata a que se suspenda el cobro mientras el niño tenga entre cero y dos años.

Consultó a las autoridades presente si alguien podía anticipar que ese sería el mecanismo de cobro que tenía que tener el sistema en algún momento, en un cierto plazo respecto de los niños. ¿Esa era una regla que estaba en discusión en alguna parte?

Afirmó que no había discusión de esa regla y apareció el fallo señalando que se debe suspender el cobro.

Aclaró que se debe cumplir con el fallo, por tanto, se debe suspender el cobro, pero, además, el fallo indica que hay que devolver lo pagado, insistió que hay un cambio de criterio y como lo formula la Corte Suprema, que se aplica a contar del 30 de abril del 2022, implica devoluciones, pero no hay cobros indebidos, sino que hay pagos que realizar por efecto de este cambio de criterio.

Afirmó que se ha cumplido cabalmente con la norma. Y el ejemplo de los niños es muy claro para mostrar que lo que hay es un cambio de criterio, es una forma distinta de ver las cosas y hay que cumplir con esa forma distinta.

A su juicio, el fallo se concentra en dos cosas, en primer lugar, ordena que solo se utilice una tabla de factores en el sistema de ISAPRES, que es aquella que está en la circular 343, que no diferencia por sexo y tiene mucho menos rangos de edad, por tanto, es más solidaria entre jóvenes y personas mayores.

En segundo lugar, ordena la suspensión del cobro de los niños menos de dos años.

En tercer lugar, la sentencia da lineamientos generales de cómo se debe poner en práctica esta sentencia.

Enseguida, reafirmó un punto importante, que es una parte que no dice la sentencia:

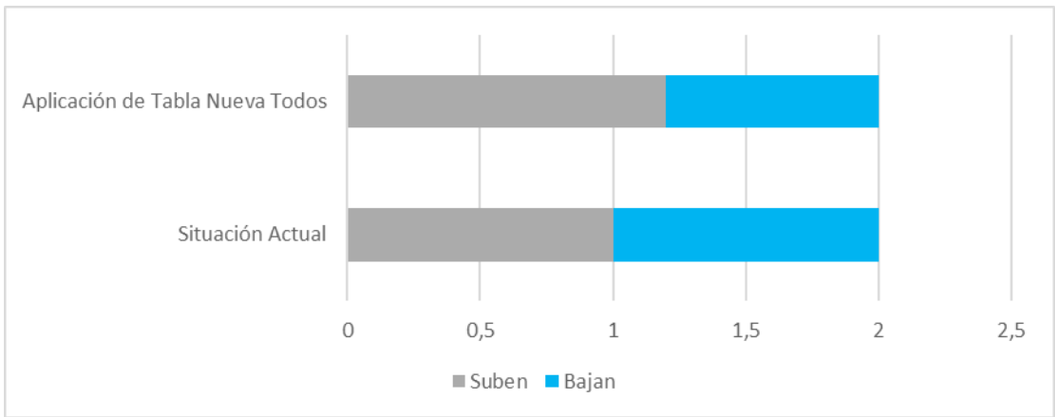
1.- Se mantienen las coberturas, no se pueden modificar las coberturas y el fallo no mandata a cambiarlas.

2.- Lo mismo sucede con el servicio, no se puede deteriorar el nivel de servicio, no se puede cambiar la forma de atender a las personas.

3.- Las licencias médicas siguen siendo las mismas, COMPIN, la Suceso y las reglas siguen siendo las mismas (DS N°3, los decretos, como el N° 7, entre otras)

4.- Las leyes vigentes no se modifican, el DFL N° 1 del Ministerio de Salud y todas las demás normas y, por lo tanto, se tienen que cumplir.

A continuación, se refirió al impacto que tiene el mandato que realiza la Corte Suprema, para ello, presentó el siguiente gráfico:



Al mirar el gráfico, en la barra de abajo, se observa la persona en plomo, que paga 1 y la persona en azul, que paga 1, entre ambos pagan 2. Con esos 2 que se toman por parte de la ISAPRE, se pagan los beneficios que esas personas reciben, que son casi el 100% de lo que las personas pagan.

Al aplicar la tabla de factores a la cartera completa, casi no produce diferencias, el ingreso total es casi el mismo que existía antes de cambiar la tabla de factores, lo que sucede es que se mueve, a una persona de le sube de 1 a 1,2 y a la otra persona, le baja de 1 a 0,8.

Lo anterior significa, como está presentado el fallo, que ya no está recibiendo 2 la Isapre, porque como a la persona no se le puede subir de 1 a 1,2, ese 0,2 no se recibe, por tanto, el ingreso baja de 2 a 1,8.

Los beneficios son los mismos, porque no se pueden cambiar, pero no existen los recursos, dado que los recursos eran casi 1 a 1 con los beneficios otorgados.

Comentó que se debe realizar un trabajo muy técnico para enfrentar esta situación, con el objetivo de cumplir con el fallo, y, por otro lado, mantener los ingresos para resguardar que las personas continúen recibiendo sus prestaciones.

Observaron que, al aplicar la misma tabla de factores sobre una muestra importante de 300.000 personas, 42% bajaba la cotización y el 58% la subía. Sin embargo, no se puede aplicar el alza de precios al 58%, solo se aplica la baja respecto al 42%.

Agregó que, si el mecanismo o proceso a través del cual se pone en funcionamiento el fallo, es inadecuado, va a suceder que habrá un grupo con alta cobertura al que se le rebajará el monto de aporte, o bien, se mantendrá y otro grupo quedará con menor cobertura

Lo anterior implica obligar a todo el resto de la cartera a hacerse cargo de esa diferencia, sin que tenga relación con el estado de salud de las personas, que es parte de la solidaridad y del funcionamiento de un seguro. Por el contrario, esto solo obedece a un cambio administrativo, que provocaría que un grupo determinado de personas estaría recibiendo beneficios mayores a los que les correspondería, según los montos del aporte, lo cual es insostenible de manera permanente.

Manifestó que, al ser puesto en práctica, el año 2020, la Superintendencia de Salud hizo un estudio para determinar lo que había sucedido. Se cambió una tabla de factores que estaba separada por hombres y mujeres, que tenía una diferencia mayor entre personas jóvenes y mayores, a una tabla que no tenía esa diferencia, y por tanto, se reacomodó de tal manera que el resultado final fue bajar efectivamente la cotización de las mujeres y personas mayores, y por otra parte, se subió la cotización a los hombres y a las personas más jóvenes, pero en el resultado final, los ingresos, siguen siendo los mismos para las coberturas que las personas estaban recibiendo.

Finalmente, para una cobertura determinada, hay un ingreso en particular, que tiene que ser suficiente para cubrirla. Si se rompe el esquema, dado que las ISAPRES solo reciben como recurso la cotización, no puede funcionar.

Resumió que, por una parte, se produce una baja de ingresos y, por otra, se producen devoluciones y hay otros aspectos administrativos que están involucrados.

Señaló que el Superintendente de Salud calculó, la disminución de las cotizaciones, y cada vez que se habla de tabla de factores, un 80% del protagonismo, lo toma lo que se denominan “devoluciones”. Y consideró que lo primero es revisar si el sistema reúne las condiciones para seguir operando, porque si no lo puede hacer, las devoluciones pasan a un segundo plano.

Comentó que, en un período normal, entre los años 2013 al 2019, las utilidades anuales que las ISAPRES tenían en períodos normales eran de $34.000.000.000. Indicó que lo que se plantea es una caída de $31.000,000.000 en un mes, eso quiere decir que las ISAPRES requerirían tener márgenes doce veces superiores a los que tienen actualmente para poder enfrentar esta situación, porque una vez que se produce esta caída, ya no hay forma de recuperarla, se mantiene en el tiempo.

A continuación, se refirió a los efectos que la rebaja calculada por la Superintendencia de Salud provoca. En primer lugar, recordó que el proyecto de ley dice que una vez tramitado, la Superintendencia de Salud solo tiene 30 días para emitir la circular, que indicará que, dentro de los 60 días siguientes, tiene que estar realizado el ajuste o adecuación.

Eso quiere decir que si en el mes de mayo se aprueba el proyecto de ley tal como está redactado, en septiembre estaría cerrado el sistema de ISAPRES. La caída es tan importante que no da espacio para que la mayoría de las instituciones continúen funcionando.

Si se parte con el año 2023 y se anualiza la situación que hay en el primer trimestre, se rebajan los ingresos calculados por la Superintendencia de Salud, $ 31.000.000.000, multiplicados por 12, son alrededor de $ 370.000.000.000. Al rebajar ese monto al ingreso, se generaría un déficit de casi $ 400.000.000.000 (cuatrocientos mil millones) en el año 2023 y una vez realizada esa modificación, no tiene corrección.

El resultado que se da es un déficit instantáneo, que se produce en el momento de aplicar el proyecto de ley en estudio.

Luego, se refirió a las devoluciones, que prefirió llamar “pagos”, que se deben hacer, siguiendo los cálculos en función de la metodología que propone el Superintendente, que entiende que es la contemplada en el proyecto de ley. Sin embargo, señaló que se debe revisar lo que sucede en la práctica con el monto establecido.

Enseguida, señaló que el proyecto de ley señala que a los 4 o 5 meses se produce la caída, por lo tanto, en el año se produce un déficit de casi

$ 400.000.000.000. Además de eso hay que concurrir con el pago de los montos que se determinó en base a la metodología de la Superintendencia, que corresponden a $ 1 billón 121.000.000.000 y entendió que se puede pagar en cuotas. Se realizó el cálculo para períodos de pago de 5, 10, 20 o 30 años.

Si las ISAPRES concurren con el pago por un período de tres años de esas cifras, significaría que tendrían un déficit los primeros 3 años, de $ 771.000.000.000, durante el período en el cual tienen que hacer la devolución, una vez efectuada, como se producirá un déficit permanente, siguen con el desequilibrio. Observó que es irrelevante el plazo de pago, no hay como volver al equilibrio, y comentó que, a 30 años, el déficit anual sería de $ 400.035.000.000.

Por un lado, el cambio de los ingresos a los pocos meses de que el proyecto de ley empiece a funcionar, ya produce una situación inmanejable para las ISAPRES, y al agregar la obligación del pago de las cuotas, no tiene ninguna viabilidad.

Estimó que, por un lado, se tiene que cumplir con el fallo, por otro lado, se tiene que cumplir con la ley.

El artículo 197 señala que las coberturas se tienen que mantener inalterables, no se pueden modificar, por tanto, pretender por alguna vía hacer algo relacionado con que las personas tengan menos acceso, menos atención y cobertura, no se puede realizar.

Por su parte, el artículo 171, señala que se tiene que mantener el equilibrio entre las cotizaciones y las prestaciones. Si eso no se cumple, quiere decir que se está modificando el funcionamiento del sistema, se está creando un sistema que no existe. Porque el artículo 171 señala que se tiene que producir el equilibrio entre ambos, dado que así funciona el sistema privado.

Las únicas variables vigentes en el cálculo de los ingresos de los precios son tabla de factores y precio base, es lo único que puede moverse en un sentido u otro, de manera de restaurar el equilibrio.

Por otra parte, manifestó que hay que cumplir con la sentencia, añadió que se debe cumplir con los fallos y con las leyes vigentes y si se logra hacer una solución que cumpla con ambos, naturalmente se va a producir un sistema que va a tener viabilidad, que funcionará sin mayor problema y que podrá cumplir con las coberturas que las personas tienen.

Planteó que, para trabajar en una solución viable, primero hay que partir con un mecanismo a través del cual hacerse cargo de la operación futura, de lo que sucede una vez que se han hecho las correcciones, de tal manera que de ahí en adelante se pueda mantener el equilibrio.

Indicó que la primera prioridad para ellos es mantener las coberturas de los afiliados. En segundo lugar y dado que los recursos para las coberturas provienen de las cotizaciones, estas deben ser suficientes para cubrir los costos de las atenciones de salud. La tercera condición, es que las variables a través de las cuales se pueden hacer los cambios para alcanzar el equilibrio, son las que están previstas en la ley, que son precio base y tabla de factores. En relación con ellas, analizar cuáles son las modificaciones realizables para hacer las correcciones que correspondan y darle las facultades al Superintendente de Salud que sean necesarias, bajo la condición de que las facultades son para mantener las coberturas que las personas tienen vigentes.

Solucionado ese problema y establecida la fórmula para ponerlo en práctica, se tendrán los criterios que se pueden aplicar para la solución de la determinación de los pagos a los afiliados.

Con lo anterior, no solo se va a entender cómo van a funcionar los flujos en adelante, sino que, además, se van a recoger los criterios básicos a aplicar para determinar los pagos que se deben realizar.

Estimó que ese es el camino para trabajar en una solución que permita armonizar lo planteado.

La señora Ministra de Salud manifestó que en la propuesta de ley están preocupados por dar sostenibilidad al sistema, pero solicitó al señor Simon que señale de forma más concreta cómo estiman que se podría hacer esta mantención de la sostenibilidad del sistema. Consultó si tiene una fórmula del tipo que se está realizando, a través de la reforma constitucional, que mantiene los cobros que la Corte Suprema ha considerado que son en exceso para un subconjunto de contratos o en forma más general.

El señor Superintendente de Salud observó que se ha mencionado lo señalado en el artículo 171 del DFL N° 1, como si allí se estableciera que está por ley garantizado un equilibrio de ingresos y gastos y eso no es efectivo, solo se permite que las Instituciones de Salud Previsional puedan financiar las prestaciones y beneficios de salud con cargo al aporte de la cotización legal o una superior a la convenida.

Añadió que no es efectivo que ese artículo garantice un equilibrio. Pero, si fuera eso lo establecido en el artículo, consultó ¿cuál es el plan de gestión operacional para mejorar la eficiencia del gasto de las ISAPRES?

En el período que mencionó el señor Simon hay ganancias de alrededor de $ 35.000.000.000, sin embargo, en gastos de administración y venta, se registra un promedio de 11,5 que también están imputadas a los únicos ingresos que tienen las ISAPRES, que son el pago de cotizaciones.

Comentó que sería interesante analizar los elementos o los planes que se han comercializado para poder hacer más eficiente el gasto. Porque en esta discusión, el tema no solamente tiene que ver con promedios de menores ingresos, sino cómo hacer más eficiente la gestión operacional, de tal manera que se pueda equilibrar con una contención de gastos.

Recordó que en algún momento plantearon la posibilidad de hacer una revisión de planes, se invitó a las ISAPRES en el verano de este año 2023, pero no hubo mayor interés de avanzar en eso. Consultó si hay alguna propuesta relacionada con esa materia.

El Honorable Senador señor Castro González solicitó precisar un punto sensible que tocó el señor Simon, relacionado al modo en que se configura el fallo judicial. Recordó que respecto a la circular 343, el señor Simon aludió a un estudio realizado por la Superintendencia de Salud en meses posteriores, señalando que el uso de la modificación del precio base era un mecanismo natural para hacer la compensación de costos con los menores ingresos, producto de la aplicación de la nueva tabla de factores.

Por otro lado, cuando se dictó el fallo el 30 de noviembre, uno de los argumentos principales que se solicitó fue intervenir el precio base, incluso se planteó como una opción que directamente podría hacer la Superintendencia de Salud para enmendar esta situación.

Comentó que también resulta evidente que en el fallo se innova respecto al modo de mutualizar los ingresos y egresos en el sistema. Se innova porque se establece que aquellas aplicaciones que deriven en alzas de precios final, no debiesen ser consideradas, sino solo las que se mantienen o tienen una rebaja.

Si todos entendemos que se debe acatar el fallo judicial, parece ser un hecho cierto que las características del fallo son atípicas respecto a las reglas del juego que venían sosteniéndose en el sistema.

Ya han pasado casi seis meses y manifestó entender que las ISAPRES, sin decirlo explícitamente, no comparten muchos de los criterios tenidos a la vista para dictar esa naturaleza de fallo, consultó por qué las ISAPRES no han solicitado aclaración del fallo judicial, dado que tienen diferencias de criterios con el mismo.

Recordó asimismo que a la consulta realizada por la Superintendencia meses atrás, sobre el precio base, la Corte Suprema aclaró que no podía hacerlo la Superintendencia de Salud, porque que la ley no lo habilita para aquello.

Por su parte, la moción presentada en la Comisión de Constitución, busca habilitar por vía de una reforma constitucional, que se intervenga el

precio base. Lo anterior, para lograr el siguiente efecto: si el precio base lo que hace es netear las bajas de cotizaciones derivadas de la aplicación de la nueva tabla y si el precio base es solo modificable por una habilitación legal o una reforma constitucional, consultó el motivo por el cual la Asociación de ISAPRES, afectada directamente por las consecuencias relatadas en torno a sus menores ingresos y escenarios de colapso, hasta la fecha no ha solicitado una aclaración a la Corte Suprema de ese punto, que es la piedra angular de esto y en cambio, se sitúa el daño solo en el Ejecutivo, que busca obtener la manera de cumplir un fallo judicial.

Actualmente la polémica pareciera estar situada, desde el punto de vista del señor Simon, entre el Gobierno y la afectación a las ISAPRES.

La Asociación de ISAPRES que representa, ha calificado esto de engaño, se han utilizado calificaciones muy duras. En la legislación es el espacio para dar todas las aperturas y el ánimo es dialogar.

El Honorable Senador señor Latorre consultó por un punto que llamó su atención en relación a los gastos de administración de las ISAPRES, que están alrededor del 10%: Si se compara con Fonasa, este es cercano al 1%, que es un tema de eficiencia. En Europa en promedio, tratándose de los seguros regulados, equivale al 5% dicho gasto.

Consultó por estos altos gastos de administración de las ISAPRES, estimó que es adecuado poner sobre la mesa la información actualizada, por transparencia, incluso con los mismos afiliados, clientes de las ISAPRES que no cuentan con la información de los sueldos de los directores de empresas privadas con fines de lucro, directores, gerentes, la integración vertical con los prestadores, la fijación de aranceles y una serie de cosas que es bueno aclarar.

Consultó la opinión de las ISAPRES acerca del proyecto de reforma constitucional presentado por parlamentarios demócratas y por Chile Vamos en la Comisión de Constitución del Senado.

Acerca de una columna en un periódico del señor Juan Carlos Said, manifestó que señala que el problema de la crisis de las ISAPRES no es el fallo, sino un sistema que estructuralmente es inviable. Requirió conocer la opinión de las ISAPRES sobre esa afirmación.

Informó que el ex Ministro de Salud señor Mañalich, sostiene que las ISAPRES podrían estar pagando lo que deben en cerca de 7 años de plazo. Consultó que les parece a las ISAPRES ese plazo.

Por otra parte, requirió saber cómo se realizará el pago de lo que deben, se hará en dinero, en prestaciones o excedentes.

Actualmente, el 81% de la población está en FONASA, consultó lo que sucede si Chile avanza hacia un sistema de seguro único, universal y solidario de salud, como ocurre en la gran mayoría de los países desarrollados de la OCDE, y donde el modelo de seguros privados puede ser un seguro complementario de segundo piso. Cuál es la disposición de la industria respecto a esa transición que tendrá que ser gradual.

El Honorable Senador señor Chahuán solicitó poner el foco en los afiliados del seguro privado de salud que actualmente están con incertidumbre respecto a sus coberturas, que son tres millones de personas. El tema de fondo son los pacientes y los afiliados y la forma en que se le dará certeza jurídica a esas personas.

Si este tema no se resuelve, se va a provocar una crisis sistémica y más de cinco millones de personas que, a través del modelo de libre elección, son afiliados a FONASA y se atienden en las clínicas de Chile, particularmente en las pequeñas y medianas. ¿Qué sucederá con ellos si hay una quiebra sistémica?

Recordó que la Ministra de Salud señaló que la supervivencia de los sistemas públicos y privados son esenciales para efectos de hacerse cargo, no solo de las listas de espera, sino que también de otras soluciones.

Desde el punto de vista de donde poner los acentos y las preguntas, señaló que le interesa que los altos costos de administración sean resueltos por parte de las ISAPRES.

Consideró que el problema es que la Corte Suprema, frente a una inacción de este parlamento, terminó legislando. Manifestó que su preocupación es que no solo responda por altos costos de administración, sino que, además, cómo se hace cargo el sistema de la dificultad que implicaría la quiebra sistémica.

Descartó la idea de realizar un salvataje a las ISAPRES ni de solicitar recursos públicos para ayudar al cumplimiento del fallo. Lo único que importa es que los pacientes no sigan con incertidumbre jurídica.

Consultó por los altos costos de administración, donde están enfocados, como puede mejorar y hacer contención de costos, como se puede mejorar el sistema de pago de los prestadores.

Por último, consultó al señor Simon si se han puesto en el caso del tercer fallo, que dice relación con una aplicación general del tema GES, que los pondría en una situación aún más crítica.

La Honorable Senadora señora Órdenes señaló que se debe tener un consenso desde donde parte esta conversación. En el origen, se

observa un fallo del Tribunal Constitucional del año 2010, que señaló la inconstitucionalidad de las tablas de factores por vulnerar el principio de igualdad ante la ley.

Al menos todo el trabajo que se desarrolle en este espacio tiene que partir desde ese punto. Paralelamente a lo que ocurrió el año 2010, está el fallo de la Corte Suprema, de noviembre del año 2022, que resolvió interpretando que las ISAPRES debieron aplicar la tabla única de factores. ¿Por qué no se aplicó la tabla única de factores, por qué no se presentó una solicitud de aclaración del fallo a la Corte Suprema?

Este fallo tuvo efectos, uno es que se debe aplicar la tabla de factores y el segundo es que se debe devolver lo cobrado en exceso. Observó que en la presentación de las ISAPRES se sostiene que, si este fallo se tuviera que acatar ahora, el sistema privado de salud colapsa en septiembre.

Consultó entonces, de qué manera se evita el colapso del sistema. Requirió saber si la Asociación de ISAPRES está evaluando medidas para reducir costos administrativos.

Hay consenso que se está enfrentado una crisis que no es exclusivamente del sistema privado porque tiene efectos directos en todo el sistema de salud.

Recordó que en esta Comisión el director de FONASA planteó una nueva modalidad de cobertura complementaria y solicitó la opinión de la Asociación de ISAPRES respecto a aquello.

El Honorable Senador señor Gahona aclaró que lo propuesto por el señor Mañalich no hacía referencia a devolver el dinero en 7 años, sino que señaló que en 7 años se pueden pagar, a través de beneficios o de una cuenta de excedentes, y que luego de ese período, recién se podría pagar de otra manera.

Por otra parte, observó que se mostraron cifras elocuentes respecto de la situación que podría ocurrir. Requirió que el Superintendente de Salud aclare las cifras para equilibrar el sistema. Manifestó entender que efectivamente el sistema no se equilibra, no hay posibilidad de hacerlo en las condiciones planteadas en el proyecto de ley.

Finalmente, no se trata de estabilizar el sistema por las ISAPRES, sino por los millones de personas que dependen de este sistema de salud y que actualmente tienen tratamientos.

La pregunta es ¿cómo garantizará el Ministerio de Salud la continuidad de tratamiento a los pacientes, si algunas de las ISAPRES quiebra en septiembre de este año?

El señor Simon, respondiendo a las consultas formuladas, señaló en primer lugar, que respecto al proyecto de reforma que está en trámite en la Comisión de Constitución, le parece bien que se formulen diversas ideas para conversar. Se trata de la búsqueda de soluciones para poner en práctica este fallo.

El contenido propiamente tal y la metodología no está descrita en detalle y por ello, deja una amplitud muy grande, puede haber tanto cálculos de pago hacia atrás muy elevados y disminuciones muy importantes, como pagos muy bajos en el otro sentido. Va a depender de cómo se desarrolle el criterio de la forma en que se pondrá en práctica, pero no se puede anticipar el resultado del proyecto sin conocer ese detalle en el momento que se desarrolla.

Respecto a lo planteado por el Superintendente de Salud, señaló que tiene razón en el sentido que precisa que el artículo 171 no señala que forzosamente las ISAPRES deban mantener el equilibrio, hay ISAPRES que pueden terminar su funcionamiento porque tuvieron problemas de gestión o alguna otra razón.

Explicó que, en este caso, se trata de otro problema y las ISAPRES tienen dos condiciones claras, una es que son de giro único, es decir, el único servicio que pueden ofrecer es la cobertura de salud, conforme a las normas establecidas en el DFL N° 1. Dado que es lo único que puede ofrecer, los únicos ingresos que pueden recibir, son los relacionados con las cotizaciones, no hay otra forma de sustentarse.

Ahora, si por una razón externa, que es el cambio que se ha producido en la forma de mirar la aplicación de la tabla de factores, pone en riesgo el sistema completo de salud, estimó que es una situación totalmente diferente al hecho de que efectivamente lo garantice, pero sí se tiene que garantizar que las leyes que se van poniendo en práctica, sigan manteniendo la factibilidad y viabilidad del sistema.

En cuanto a los gastos de administración, señaló que, si se toman las mismas proyecciones que mostró en la presentación y se eliminan los gastos de administración completamente, el sistema queda en pérdida igual, dada la propuesta del proyecto en estudio. Eso no obsta de que siempre hay que estar atentos a buscar nuevos mecanismos para obtener mayor eficiencia, que se ha realizado por el sistema y ha bajado los porcentajes de gasto en administración.

Añadió que no son comparables las funciones o actividades que hace el FONASA con el que hacen las ISAPRES, por tanto, no son comparables los gastos de administración de un sistema con el otro.

Actualmente, es necesario resolver la forma de viabilizar la modificación que señala el fallo, sin cambiar radicalmente el funcionamiento del sistema, sin cambiar la cobertura de las personas que están acostumbradas a ir a un local determinado, a tener un tiempo de espera acotado y el equipo médico instalado en determinada clínica.

En relación a la consulta de la razón por la cual no se ha solicitado una aclaración a la Corte Suprema, indicó que no se ha descartado esa posibilidad. Recordó que son las ISAPRES las que tendrían que hacerlo, no la Asociación de las mismas.

Manifestó que el fallo, lo analizan con la siguiente mirada: la Corte Suprema requiere que se utilice una tabla de factores para facilitar el funcionamiento y que se ponga en operación. Sin embargo, no es posible por vía de la Corte Suprema determinar la forma y monto a devolver, porque no cuenta con las bases de datos, es la Superintendencia de Salud, la que tiene esa información. Tampoco cuenta con la reglamentación detallada del funcionamiento del sistema.

El fallo dice que será la Superintendencia de Salud la que dispondrá de las medidas administrativas, le otorga las facultades al Superintendente para poner en práctica este fallo.

Entiende que lo que se está haciendo con el proyecto de ley en discusión es analizando las facultades que tiene el Superintendente de Salud, de tal manera que cuente con ellas y se pueda cumplir, dentro del plazo adicional que le otorgó la Corte Suprema.

Por ahora, la Asociación de ISAPRES ha trabajado bajo el concepto de que existe actualmente la capacidad para ponerlo en práctica por parte de la Superintendencia de Salud, dado que cuenta con todos los conocimientos e información y lo que se debe hacer es desarrollar una buena forma de hacerlo.

Aclaró que no cuestionan el fallo, consideró que avanzar hacia una tabla de factores, que tiene menos discriminaciones, es un paso positivo.

Sobre la columna del señor Said consultada, señaló no tener conocimiento de la misma.

Estimó que es interesante hablar de una reforma, el país lo necesita, pero mientras el problema de cumplimiento del fallo no se solucione, consideró que el escenario no es adecuado para el desarrollo de una reforma de ese tipo.

Respecto a un salvataje mencionado por el Senador Chahuán, aclaró que la Asociación de ISAPRES jamás ha solicitado uno e insistió que el sistema de ISAPRES está determinado por las leyes, las cuales señalan que el funcionamiento es en base a las cotizaciones y así tiene que seguir. Nunca se

ha hablado de recursos adicionales o recursos públicos para poder seguir operando.

Señaló que efectivamente, está pendiente el fallo de la Corte Suprema sobre el beneficio GES y es un tema muy delicado, dependiendo del resultado que se adopte.

Respecto del seguro complementario de FONASA, comentó que prefiere no emitir opinión al respecto, más allá de considerar positivo el hecho que el sector público busque mejorar las coberturas y servicios.

El Honorable Senador señor Castro González observó que el señor Simon, en la presentación, ha cuestionado el fallo reiteradas veces, lo hace cuando señala que no existen cobros indebidos; cuando trata los efectos de la sentencia del 30 de noviembre de 2022; al criticar lo que no dice la sentencia; el impacto al aplicar la tabla de factores y los efectos de la aplicación, según lo que dijo la Superintendencia el año 2020, por la aplicación de la circular 343.

A su vez, revisando la prensa, recordó que, en el mes de enero, el señor Simon acusó al Gobierno de inacción en cuanto a que, si no enviaba pronto un proyecto de ley, estaba dejando caer a las ISAPRES por efecto del fallo.

Solicitó que se haga cargo de las discrepancias que tiene con la Corte Suprema, en representación de sus socios.

La Ministra de Salud se hizo eco de las palabras del Senador Castro González, en el sentido de que no existe una lectura explícita de la forma en cómo interpreta el fallo la Asociación de ISAPRES, simplemente se ha abundado respecto al dilema que implica el cumplimiento, cosa con la cual ellos coinciden, por lo cual presentaron el proyecto de ley en estudio, intentando mitigar los efectos financieros de la sentencia. Sin embargo, no aparece su propia estimación de lo que significa la sentencia, por otra parte, tampoco hay una propuesta concreta en la presentación.

Señaló que el Ejecutivo está dando propuestas respecto a la gradualidad de la aplicación, están abiertos a recibir propuestas de los parlamentarios, por eso se presenta el proyecto de ley que llama a otro poder del Estado para dar cuenta de las incertidumbres relacionadas con la sentencia.

Pero la Asociación de ISAPRES ni siquiera se abre al tema planteado por los mismos senadores respecto a hacer más eficiente el gasto del sistema, en particular, los costos de administración.

La Ministra de Salud reiteró la consulta a la Asociación de ISAPRES para que aclare lo que entiende de la sentencia en lo referido a las cantidades que deberían dejar de cobrar o las devoluciones y cuáles son las propuestas que realizan para dar cumplimiento a dichas sentencias.

El Honorable Senador señor Gahona recordó la consulta realizada a la señora Ministra de Salud, respecto a las cifras que considera el Ministerio para que se logre el equilibrio financiero del sistema.

Solicitó detalle al respecto porque han hablado de $USD 1.400.000.000 y al parecer, con esos montos no sería posible mantener un equilibrio financiero en el tiempo.

Consultó si tienen calculadas las cifras de equilibrio financiero por el cual debiera el sistema privado de salud poder seguir teniendo solvencia y continuar atendiendo a los 3.000.000 de personas adscritos a él.

Por último, consultó el rol del Ministerio de Hacienda en este conflicto, porque claramente, en el caso que se produzca un colapso en el sistema, el impacto fiscal no debiera ser menor, por tanto, solicitó que las próximas sesiones pudiera estar el Ministro de Hacienda para entender cómo ve el impacto de lo que significaría incorporar a los usuarios del sistema privado al público.

El Honorable Senador señor Castro González recordó que la Asociación de ISAPRES señaló que a un plazo de tres meses desde que se dictase la promulgación de este proyecto de ley, estarían en un riesgo de quiebra eventualmente, que no podrían siquiera llegar a la fase de devolución.

Solicitó precisar esa declaración, que ha traído connotación pública y dé a conocer en base a qué criterios específicos hace esa afirmación.

Por otra parte, consultó al Superintendente de Salud, cuales ISAPRES actualmente están en un riesgo de insolvencia a la luz de los escenarios de datos de estos primeros 4 meses del año, requirió saber el método que establece que una ISAPRE pueda entrar en un proceso de insolvencia y eventual quiebra, y cómo, a juicio de la Superintendencia de Salud, se habilita su intervención sobre el precio base. Finalmente, se presentó un proyecto de ley que tiene que regular este tema, que es la ley N° 21.350, que lo habilitó con los Índice de Costos de la Salud (ICSA) sucesivos, cada año. Posteriormente se presenta este proyecto de ley que establece un modo en que se le otorgan facultades nuevas y en paralelo, la reforma constitucional que habilita por esa vía, la intervención del precio base.

Solicitó que el Superintendente de Salud explique los dos aspectos: en que consiste el proceso de quiebra y qué ISAPRES están en riesgo real de

quiebra. En segundo lugar, la intervención del precio base, a la luz del recorrido jurídico y legislativo que se ha tenido hasta la fecha.

El señor Simon respondiendo a las preguntas formuladas, manifestó que, en un plazo corto de 4 meses, el sistema podría quedar en una situación de imposibilidad de continuar operando.

Explicó que el proyecto tal como está presentado indica que, una vez aprobado, el Superintendente está obligado a tener la circular en un mes, y esa circular, por lo establecido en el artículo transitorio, indica que al mes subsiguiente se tiene que producir la adecuación.

El cambio es una caída inmediata de $31.000.000.000 del sistema, que equivale al 10% del total de los ingresos.

Señaló que los resultados del primer trimestre, son una pérdida del sistema. Si se produce una caída inmediata de $30.000.000.000, quiere decir que en forma inmediata queda en la condición de no contar con los recursos para cubrir los beneficios pactados con las personas y queda en una condición de no poder seguir operando.

Añadió que de aprobarse este proyecto de ley como está, los auditores tendrían que obligar inmediatamente a las ISAPRES a cambiar todos los balances, que quedarían reconfigurados incorporando esta nueva situación, con lo cual, todos los indicadores quedan cambiados.

En segundo lugar, explicó que en el momento en que el proyecto se apruebe, todos los bancos quedan inmediatamente con la información de la situación. Por lo tanto, no hay ninguna posibilidad de que el sistema pueda seguir trabajando en relación con los bancos.

En cuanto a la consulta de la intervención del precio base, han observado que el sistema tiene que cumplir con el mandato y tiene que volver a un equilibrio.

Respecto a la consulta de la falta de solicitud de aclaración de la sentencia ante la Corte Suprema, señaló que entienden que se refiere a la aclaración sobre el precio base. Explicó que no la han solicitado porque en el mes de enero, la Superintendencia solicitó una aclaración y la Corte Suprema contestó que el precio base no es materia de la sentencia, sino que es sobre tabla de factores.

Con posterioridad, la Superintendencia pidió un plazo adicional para referirse a este mismo tema, dentro de la resolución del plazo, la Corte Suprema reitera que no es tema e incluso agrega elementos adicionales a lo establecido en la sentencia original. Sobre el plazo señaló que, de lo expuesto del tenor literal del fallo, se desprende que la Corte no dispuso una forma

especial de cumplimiento, sino que, en el ejercicio de las facultades de la fiscalización de la Superintendencia, le entregó a ésta, la determinación de la forma, modo y plazos de adecuación de los contratos de salud y pago.

Añadió que lo anterior es muy importante porque aclara e introduce nuevos conceptos. En la sentencia original, solo se refería al modo y cuando hablaba de los cambios, se refería a los contratos de salud. Ahora habla directamente de la adecuación de los contratos de salud y pago.

Con lo anterior, la Asociación de ISAPRES observa que se está entregando información adicional por la Corte Suprema, que permite entender que efectivamente se tiene que cumplir con el fallo, pero que existen todas estas flexibilidades para que la metodología que se ponga en práctica, pueda utilizar las variables que estime conveniente para hacer la corrección.

A continuación, se refirió a la consulta de la señora Ministra de Salud, acerca de propuestas que sugiere la Asociación de ISAPRES. Manifestó que entienden que puede haber múltiples formas de resolver el tema y el trabajo que se puede realizar en la Comisión de Salud es muy importante para desarrollar las propuestas.

Consideró que, lo relacionado con los niños menores de dos años, ya es una cantidad elevada, eso se va a cumplir. Pero simultáneamente, se tienen que dar las coberturas y la mantención de los beneficios que las personas tienen.

Para comenzar el trabajo, estimó que lo primero que hay que establecer es el objetivo. Saben que se debe cumplir el fallo, pero para ellos es muy importante que la metodología que se ponga en práctica permita que las personas que están en el sistema de ISAPRES, al día siguiente de la puesta en funcionamiento de la metodología, puedan continuar con las coberturas que tenían antes y que libremente puedan decidir si continúan o no adelante.

Pero consideró que, si la metodología no lo permite, significa que quedan personas que han elegido estar con una cobertura imposibilitadas de seguir adelante, la amplia mayoría de las cuales, no han participado de la judicialización y recordó que solo el 10% de la cartera ha interpuesto acciones judiciales.

La primera prioridad es proteger a las personas, sobre todo a aquellas personas que actualmente están recibiendo tratamiento por enfermedades graves.

En resumen, señaló que les parece que, para ir desarrollando una propuesta, primero tienen que establecer ciertas bases y principios guías, para después llegar al resultado.

El Honorable Senador señor Castro González consultó si a la fecha admiten que la aplicación de la sentencia significa una obligación de establecer esa tabla de factores a los 725.000 contratos que había al mes de abril del año 2020 y, por tanto, al monto que se desprende de esa aplicación, para efectos de un pasivo.

Una cosa es decir que quieren cumplir el fallo. El Ejecutivo dice que la aplicación del fallo significa un volumen determinado de contratos al año 2020, que es cuando se ordena aplicar la tabla. Pasivo equivalente a $USD1.400.000.000 y luego, esos mismos contratos afectos son el 39% de una rebaja en su precio final de plan, producto del fallo.

Consultó si estos dos elementos, son admitidos por la Asociación de ISAPRES o ponen en discusión que la aplicación del fallo sea la correcta.

La Ministra de Salud insistió que no se ha respondido a las preguntas formuladas con respecto a las propuestas de las ISAPRES. El señor Simon se refiere a que la metodología debe ser la correcta, sin embargo, no da ejemplos de cual podría ser una buena metodología para evitar esta crisis financiera a la que hace mención.

Como Ejecutivo, han sido claros sobre la estimación del impacto financiero de la sentencia, sin embargo, preguntada la Asociación de ISAPRES cuál es la estimación que ellos tienen respecto a lo que significa el cumplimiento de la sentencia, tanto en reducción de baja de ingresos, como en devoluciones, para saber si concuerdan o no con la cifra.

Consultó si ellos tienen otra estimación de cifras relacionadas con el cumplimiento de la sentencia. Insistió que la sentencia señala que la Superintendencia de Salud tiene que definir la forma para establecer la metodología, pero no la cuantía.

Con respecto a la consulta del Senador Gahona, sostuvo que el tema del equilibrio financiero es una situación que corresponde a la misma industria, que conoce las cifras, las que son distintas para cada ISAPRE. Aclaró que están conscientes de la necesidad de mantener un equilibrio financiero, por eso se presenta el proyecto de ley, dando la oportunidad y flexibilidad para acoger propuestas que reduzcan el riesgo de desequilibrio financiero de la industria.

La Honorable Senadora señora Órdenes señaló que se ha sostenido que, en un plazo de 4 meses, si se aplica el fallo tal como está contemplado, cae en insolvencia del sistema de ISAPRES. Consultó cuales son las variables que darían viabilidad para que las ISAPRES, cumpliendo el fallo de la Corte Suprema, sigan prestando el servicio a los usuarios.

Tiende a pensar que hay cierto consenso que se tiene que aplicar el principio de gradualidad, pero en los plazos tienen una diferencia.

Consultó si solo son los plazos, o si hay otras variables para sostener el sistema privado.

En segundo lugar, consultó si hay sostenibilidad del sistema privado, cómo se llega y cuáles son las variables que están vinculadas al punto de equilibrio.

El Honorable Senador señor Gahona, respecto al planteamiento de la Ministra de Salud, estimó que las cifras ya fueron entregadas y están en manos del Superintendente de Salud, con eso se calculó la deuda. De lo contrario, no sabríamos la estimación de la deuda y existe consenso técnico que la cifra es impagable.

Lo que se espera de la Asociación de ISAPRES es que, si no tiene una propuesta, plantee ciertos criterios para analizar fórmulas de pagar esa deuda.

El Honorable Senador señor Castro González distinguió que una cosa es la obligación financiera y otra es la devolución. Aclaró que es sobre el primer punto que formuló la consulta, es decir, si comparten que la aplicación del fallo reporta un número de contratos afectados y un número financiero de obligación en sus distintas modalidades, en el futuro precio rebajado y en las devoluciones retroactivas.

Otro tema es la devolución y como se procesan diversos mecanismos bajo la figura del excedente que queda estampado como el instrumento de devolución para el futuro.

El señor Simon comentó que hay una idea que ronda que pareciera ser que el camino a seguir, a través de una modificación de precio base, significa inmediata e instantáneamente que no hay ni pago retroactivo, ni disminuciones de precios. Eso no es así, es un error.

Añadió que utilizar eventualmente el precio base como una variable para hacer modificaciones en el tiempo, no quiere decir que queda inmediatamente eliminado, todo lo contrario. Si la metodología con que se pone en práctica el cambio del precio base es una metodología que no es correcta, no va a solucionar nada, va a quedar el mismo monto de diferencia y el mismo monto de disminuciones a futuro.

La modificación del precio base, por ejemplo, si se aplica a un plan de salud, a un solo contrato de salud, quiere decir que se maneja una sola variable respecto de todas las personas con ese plan de salud, sin embargo,

esas personas tienen diferentes condiciones y factores al interior de la tabla, por lo tanto, los efectos sobre las personas son distintos.

Una vez que se determina la variación del precio base, van a quedar en la misma situación, algunos suben, otros bajan al aplicar esa metodología.

Respecto al número de personas que les sube o baja el plan, indicó que, al aplicar una tabla de factores nueva, no se modifican los ingresos totales de las ISAPRES, lo único que cambia, es que para algunos les sube el plan, pero el fallo dice que no se puede subir. Obviamente, el equilibrio se mantendría si se produjera ambos sucesos.

Manifestó que dependiendo del criterio que se esté utilizando, se va a conocer el número de personas que quedan por arriba y por abajo, no es un número absoluto y no hay solo una forma de entender el fallo, a pesar de que finalmente todos tienen que quedar funcionando con la tabla de factores.

Señaló que la Corte Suprema le ha dado un año al Superintendente para estudiar este tema y de alguna manera es un sinónimo de que no es un asunto sencillo de enfrentar.

Acerca de los criterios, manifestó que se debe cumplir el fallo, lo que va a significar pagos, estimó que la palabra devolución no es la correcta, porque el fallo en ninguna parte utiliza la expresión “indebidos”, sino que se refiere a “excesos” y esa palabra implica que no hay un juicio moral detrás de ella.

Recordó que la sentencia indica que, no obstante, el Tribunal Constitucional emitió su fallo el año 2010, para las ISAPRES era imposible conocer nada hasta el año 2019 y 2020. No es posible que las instituciones hicieran modificaciones que se acercara a la circular con anticipación, así lo indica la Corte Suprema, porque no era de conocimiento de las ISAPRES. Por lo tanto, la palabra que prefiere utilizar es adecuación de los contratos, para que utilicen la nueva tabla.

Respecto a las consultas de la Senadora Órdenes, la primera es como se mantiene adelante el funcionamiento y la segunda, cuáles son las variables. A lo cual respondió que eso es parte de lo que se debe tener sobre la mesa para el desarrollo de la propuesta.

Manifestó que, de aplicarse la metodología propuesta, al día siguiente, todas las personas que están en el sistema ISAPRES, tienen que poder seguir con su cobertura.

En segundo lugar, sostuvo que las leyes están vigentes, eso quiere decir que lo único que las ISAPRES están autorizadas a hacer, es ofrecer

coberturas de salud a través de los planes y contratos de salud que ofrecen y a recibir la cotización que la persona libremente acepta pagar.

Esas son las únicas obligaciones y las únicas fuentes de ingreso que tienen, si no está equilibrado aquello, el sistema no puede seguir funcionando.

En tercer lugar, comentó que las únicas variables que la ley permite para realizar lo anterior, son la tabla de factores o el precio base.

Consideró que, si se entiende el problema de esa manera, se puede desarrollar una propuesta adecuada.

El Honorable Senador señor Castro González consultó al Superintendente de Salud si habría o no una sola forma de interpretar el fallo de la Corte Suprema.

Por otra parte, consultó si a una persona le cobran de más, tiene o no una carga moral.

El Superintendente de Salud sobre la interpretación del fallo, sostuvo que al menos como ente regulador, no tienen potestad de interpretar un fallo de los tribunales de justicia. Aclaró que los fallos no se interpretan, a diferencia de la ley, donde si tienen potestad de interpretación.

Los fallos se cumplen y si alguien tiene una lectura diferente de un fallo, lo que corresponde es presentar un recurso de aclaración ante la Corte Suprema. Los recursos de aclaración no solo se relacionan con la adecuación de precio base, las ISAPRES pueden solicitar que aclaren cualquiera de los puntos donde puedan tener duda.

A continuación, se refirió a los cobros en exceso. Precisó que, desde el punto de vista técnico, el cobro en exceso es un cobro que se realiza más allá de lo pactado, más allá de lo correspondiente a un plan de salud determinado, a diferencia del excedente, que es el que ocurre una vez que se ha pactado un contrato determinado y este está por debajo del 7% de cotización legal y como se genera una diferencia, queda a favor del cotizante. En tal sentido, la ley es muy clara, en el artículo 188 del DFL N° 1, donde dice que, además, es de propiedad de las personas.

En cuanto al equilibrio financiero, manifestó que no depende de una ley ni tampoco de una disposición de la Superintendencia. La ley señala que se podrán cobrar cotizaciones en valor de la cotización legal, o por sobre ella para estos efectos. En ningún caso la ley garantiza equilibrio financiero, tampoco la Superintendencia tiene acción respecto a esta materia, porque se trata de definiciones propias de las ISAPRES y son los administradores de las ISAPRES los que toman decisiones.

En situaciones complejas, por ejemplo, durante este período de pérdida, las ISAPRES han tomado medidas como la venta de activos, eventualmente, la capitalización, para enfrentar de mejor manera situaciones críticas, que es lo que ocurre con cualquier empresa que está pasando por momentos complicados. No es la Superintendencia la que determina el equilibrio financiero.

Por esa razón, el proyecto de ley busca dar mejores condiciones de cumplimiento de un fallo, por la dimensión del vacío que se ha generado y el impacto eventual que puede tener este respecto de los indicadores.

Aclaró que no comparte la afirmación de la quiebra de ISAPRES sesenta días después de la implementación de este proyecto de ley, dado que, si una ISAPRE cae en insolvencia, incumpliendo algún indicador legal, como Superintendencia de Salud, establecen el requerimiento de un Plan de Ajuste de Contingencia (PAC). Este PAC tiene un plazo máximo de 180 días para ser ejecutado, para que este Plan de Ajuste de Contingencia permita que la Isapre salga de la situación de insolvencia y mantenga la continuidad de las coberturas.

Si pasan los 180 días como máximo y la ISAPRE no sale de la situación, la ley contempla la figura del administrador provisional, que contempla 60 días, para resolver la situación de administración de la ISAPRE.

Es un período de tiempo importante antes de que eventualmente se produzca la quiebra. Si la ISAPRE sale del estado de complicación, se devuelve al administrador original, en caso contrario, se hace la liquidación de la garantía, antes del proceso de reordenamiento judicial, que depende de los veedores y que corresponden a otra Superintendencia, relacionada con la Ley de Quiebras.

Sobre el tema de la habilitación para modificar el precio base, informó que se formuló una consulta y la Superintendencia aclaró tres materias. La primera es si había algún pronunciamiento o habilitación para poder intervenir el precio base; la segunda, sobre la temporalidad de la retroactividad de la deuda, sobre la prescripción, pero como el instrumento de la tabla de factores, en la Superintendencia de Salud, entró en vigencia en abril del año 2010, se le consultó a la Corte Suprema y respondió que se debe contabilizar desde abril del año 2010 en adelante; la tercera consulta se refiere identificar desde cuando se genera la deuda o se tiene que hacer la modificación, respecto del grupo etario de cero a dos años, y la Corte Suprema responde que se debe realizar una vez ejecutoriada la sentencia, por tanto, respecto de esa deuda, la cantidad de meses es menor.

En la respuesta a la adecuación del precio base, la Corte Suprema señaló que no se pronunció respecto a esa materia, por lo tanto, la tesis de que

había alguna instrucción al Superintendente para habilitar una adecuación de precio base, no es tal, y no se puede desprender del fallo.

Si no hay una habilitación en el fallo, lo que queda es la ley y la adecuación del precio base está normada en la ley N° 21.350, que tiene un procedimiento objetivo, no es una acción arbitraria ni discrecional de la Superintendencia de Salud, sino que la ley establece los parámetros.

Mencionó otro elemento importante y señaló tener una discrepancia sobre el efecto en los precios finales, si se adecúan los precios base por contrato. Comentó que el precio final se calcula con el precio base para todos los miembros de un contrato determinado, que se multiplica por la suma de los factores. Explicó que, si hay 10 personas en un contrato determinado, se deben sumar los diez factores respectivos, según el grupo etario de cada uno, se multiplica el precio base y como resultado da el precio final.

Por lo tanto, si se modifica el precio base, va a tener el mismo efecto sobre la totalidad de los integrantes de ese contrato, porque se calcula multiplicando un precio base por la suma de los factores de cada miembro.

Si se genera un efecto de no disminución de los planes, en aquellos casos en que, incorporando la nueva tabla, el efecto final fuera la disminución, es complejo.

Finalmente, el fallo menciona claramente que la devolución tiene que ser por vía de excedentes y no es menor, porque si se quiere establecer un régimen especial de excedentes, se puede hacer a través de una modificación legal, pero debe estar considerado. Recordó que el mismo artículo 188 del DFL N° 1, garantiza que los excedentes son de propiedad de las personas, por lo tanto, cualquier alternativa de modificación de formas de devolución, tiene que estar contenido en este concepto y no fuera de él.

El Honorable Senador señor Castro González solicitó precisar lo que ocurre si se aplica el fallo ¿pone en un riesgo al sistema la aplicación del fallo en este punto de la rebaja de tarifa, en los plazos que se han señalado?

El Superintendente de Salud respondió que tal como lo ha señalado con anterioridad, el regulador no tiene potestad respecto del manejo de las finanzas de las ISAPRES.

Hay decisiones que han tomado los administradores de las ISAPRES en situaciones complejas para enfrentarlas de mejor manera, que son propias de los directores, como la venta de activos o eventualmente, la capitalización.

Esos no son elementos que maneje la Superintendencia de Salud. Informó que lo que supervigilan es el cumplimiento de los indicadores legales.

El proyecto de ley mejora las condiciones del cumplimiento del fallo porque desplaza los dos efectos en el tiempo, que son los menores ingresos que percibirán las ISAPRES y el pago de la deuda.

La aseveración, respecto de definiciones de estabilidad financiera, le corresponde a quienes administran las ISAPRES. Si alguna de ellas cae en insolvencia, no ocurre la quiebra inmediata, sino el proceso descrito anteriormente.

Informó que actualmente no hay ninguna Isapre que se encuentre en incumplimiento de indicadores.

El señor Gonzalo Simon se refirió a una afirmación, que consideró grave, realizada por el Superintendente de Salud. Según dijo entender de las palabras del Superintendente, éste señaló que las ISAPRES establecieron un contrato, en que se llegó a un valor, y que es el que estaban pagando las personas y, las ISAPRES, cobraron por sobre el valor pactado en ese contrato.

Aclaró que esa no es la realidad, jamás las ISAPRES han cobrado por sobre lo pactado, que es aquello que está indicado en el contrato.

El señor Superintendente de Salud señaló que pudo haber un problema de comprensión en lo dicho o se explicó mal. Aclaró que se refirió al concepto de exceso, no ha dicho que se pactó una cifra y se haya cobrado por sobre lo pactado. Sino que hizo referencia a los cobros en exceso, cuando se cobra más allá, incluso de lo pactado. Recordó que hay posibilidad de que a las personas les paguen o retenga el empleador o más de un empleador y eso genera cobros mayores, por esa razón, se tienen que devolver por la vía de los excesos. No ha dicho que, en este caso particular, haya ocurrido eso.

Indicó que es la Corte Suprema la que ha determinado que la aplicación de la tabla de factores, respecto de lo pactado, no correspondía. Ese es el cuestionamiento que hace la Corte, que no debió haberse pactado un contrato en virtud de esa tabla de factores, porque consideró que no había sustento legal para sostener esas tablas.

El señor Simon sostuvo que con lo dicho queda claro que las ISAPRES no han pactado un monto y luego cobraron por sobre ese monto establecido en el contrato.

Añadió que la Corte Suprema señala, en el considerando segundo, que, si bien es cierto, desde el año 2010, era conocida para las instituciones la decisión del Tribunal Constitucional, en relación a la inconstitucionalidad de la tabla de factores vigente a la época, la certeza sobre la nueva tabla, se alcanzó únicamente con la referida circular N° 343 del año 2019, de la

Superintendencia de Salud, la cual debió ser aplicada desde su entrada en vigencia en adelante.

Manifestó que lo que señala el fallo, es que un contrato que se firmó el año 2017, no se puede haber firmado con reglas distintas a las que se utilizaron en ese momento. Las ISAPRES no podían conocer esto con anticipación a la sentencia, ni siquiera la Superintendencia lo conocía.

Señaló que la diferencia entre cobro en exceso e indebido, es que éste último es un cobro sin causa, en cambio, cobro en exceso, tiene una condición que en este caso es una sentencia del 30 de noviembre del año 2022, que modificó el criterio.

Por otra parte, se refirió a lo señalado por el señor Superintendente de Salud, quien describió en detalle el proceso de insolvencia de una ISAPRE. Pero el proceso de insolvencia no quiere decir que ésta se termina, porque dado que la condición de inicio de la insolvencia no se ha modificado, el hecho de entrar en el proceso de insolvencia, no va a significar ningún cambio.

Entrar en insolvencia, no quiere decir que las ISAPRES cuenten con los recursos para otorgar las coberturas, por lo tanto, toda la descripción realizada por el Superintendente, que es correcta, no implica que las ISAPRES puedan cumplir con el financiamiento de las coberturas vigentes.

Sostuvo que, en ese mismo momento, los beneficiarios no van a poder contar con las coberturas pactadas.

Por último, indicó que siempre han tenido una discrepancia con el Superintendente de Salud, respecto a la interpretación.

Manifestó que tienen una diferencia que desarrolló a continuación, el fiscal de la Asociación.

El Fiscal de la Asociación de ISAPRES de Chile, señor Matías Avendaño expresó que se debe determinar cuál es el mandato que la Corte Suprema le entregó al poder Ejecutivo para la implementación de la sentencia.

Sostuvo que concuerdan que solo a la Corte Suprema le corresponde la interpretación de la sentencia. Pero se admite las posibilidades en la implementación de la sentencia.

La sentencia que impone las obligaciones a la Superintendencia de Salud y al Poder Ejecutivo, señala que la obligación primitiva es determinar el modo de hacer efectiva la adecuación del contrato. Sin embargo, en la sentencia de aclaración, se amplía y señala que el contenido del mandato es la determinación de la forma, modo y plazo, no solamente de la adecuación de precios, sino del contrato de salud y del pago. Es decir, agrega forma y plazo.

En el plazo está implícito el tiempo y la cuota, por lo tanto, la forma y modo son otras expresiones que hay que dotar de contenido. La Asociación entiende que ese mandato es amplísimo, es decir, le confiere las más amplias facultades al Poder Ejecutivo, que ha decidido conferir la potestad de dar la solución al Poder Legislativo, para resolver este tema.

Si este mandato no fuera amplísimo, no tendría sentido haber delegado en un tercero el cumplimiento de la sentencia. Estimó que el único propósito de haber delegado esta potestad, es cumplir la sentencia y al mismo tiempo, velar por la subsistencia del sistema.

El Superintendente de Salud precisó que lo señalado por la Corte Suprema es que se debe aplicar la tabla de factores de la circular N° 343, del año 2019 de la Intendencia de Fondos a todos los contratos de las ISAPRES. Por tanto, esa situación, se pronuncia con este efecto universal respecto de los contratos, prácticamente en la misma línea de lo que ya estaba haciendo de manera individual, a través de los recursos de protección interpuestos. Sostuvo que era conocida la posición de la Corte Suprema respecto de la situación de la utilización de tablas de factores de riesgo, no fue algo imprevisto.

Se toma un instrumento que la Corte Suprema valida, para estandarizar la situación y resolver la judicialización generada hace años.

Comentó que en la situación de la adecuación precio base, no hay una instrucción particular o específica de la Corte Suprema respecto a esta materia, porque nunca se pronunció sobre eso, por lo menos en estos fallos, por lo tanto, sigue operando la ley con los elementos ya conocidos.

El Honorable Senador señor Latorre señaló que, por una parte, está el fallo de la Corte Suprema, que tiene que ver con las ISAPRES y sus afiliados, se presentó un proyecto de “ley corta” para su aplicación, pero que involucra el fortalecimiento de FONASA. Añadió que está a favor del fortalecimiento del Fondo Nacional de Salud, pero consultó por el fundamento para que en este proyecto de ley incorpore el componente del fortalecimiento del Fondo.

Por otra parte, consultó al Ministerio de Salud por el mensaje que se les trasmite a las personas afiliadas a ISAPRES, a aquellas con preexistencias, con tratamientos como cáncer, frente a lo que ha señalado el representante de las ISAPRES, que podrían quebrar en pocos meses y, por tanto, generar el colapso en todo el sistema privado, las clínicas, el arrastre, la integración vertical.

Consultó si se está realizando algún monitoreo, como se ha prevenido desde el Ministerio de Salud esta situación, para dar una certeza a las personas.

El señor Simon manifestó su acuerdo con lo señalado por el Senador Latorre, en cuanto a que el centro deben ser las personas, los beneficiarios. Ese es el objetivo que se busca, se deben buscar caminos para que las instituciones otorguen coberturas a las personas para que no queden desprotegidas o desmejoradas.

Señaló entender que, la metodología que se va a poner en práctica, significará pagos para las ISAPRES. Sostuvo que el fallo se debe cumplir, no hay duda de ello, pero lo más importante es que las coberturas se deben mantener para no causar daño a nadie durante este proceso.

El Fiscal de FONASA, señor Juan Fuentes indicó que el fortalecimiento de FONASA está contemplado en este proyecto de ley porque la promesa general del Ejecutivo, es que el cumplimiento del fallo no afecte a los beneficiarios de las ISAPRES, de manera tal que, si por causa del cumplimiento del fallo, algunas ISAPRES o algunos afiliados no pueden mantenerse en el sistema privado, puedan migrar a FONASA en condiciones similares a las que tienen actualmente en cuanto a cobertura. En tal sentido, el diseño de la Modalidad de Cobertura Complementaria, tiende a caminar en esa línea.

El abogado del Ministerio de Salud, señor Manuel Pérez señaló que lamentablemente la Asociación de ISAPRES sigue sin contestar las preguntas básicas. Recordó que la Ministra de Salud consultó por la propuesta de la Asociación, quien desvió la respuesta al tema de metodología, pero incluso en sus términos, no presentan una propuesta en tal sentido.

A su vez cuestionan que existan múltiples interpretaciones y tampoco dan una interpretación para poder seguir contribuyendo a esta conversación.

Con respecto a la consulta formulada por el Senador Latorre, señaló que efectivamente la respuesta está asociada a lo que recién manifestó FONASA, agregó que el proyecto de ley señala que el objetivo o centro son las personas, justamente porque el Ministerio de Salud es consciente de las consecuencias que puede tener la implementación del fallo de la Corte Suprema, es que está tomando medidas para mitigar los efectos financieros.

Por ello tiene una serie de mecanismos y reglas para intentar mitigar esos efectos y para el caso eventual de que no sean suficientes, contiene propuestas en materia de fortalecimiento de Fonasa, para mantener la protección financiera de las personas y el acceso a los servicios.

El Presidente del Colegio Médico de Chile, señor Patricio Meza acompaño una presentación y manifestó que el rol del Colegio ha sido participar en las discusiones sobre políticas públicas de salud y una de sus

finalidades estatutarias es precisamente representar ante los poderes públicos y en general ante cualquier organismo del Estado, las repercusiones que puede tener la legislación vigente y las reformas que proyectan establecer sobre la salubridad general.

En ese contexto, el COLMED ha participado en distintas instancias de discusión y trabajo interno, mencionó que, en la última asamblea general, celebrada en abril del presente año, se acordó crear una comisión de trabajo para generar una propuesta de solución para la crisis actual de las ISAPRES. El COLMED ha participado en diferentes instancias para despejar dudas sobre el proyecto de ley y compartir miradas, de manera de hacer una mejor propuesta, que se estructura en tres ítems y que presentó a continuación.

El primer ítem, sobre el cumplimiento del fallo:

1.- En un estado de derecho, los fallos de los tribunales de justicia deben ser acatados, por lo que se debe descartar cualquier solución que pretenda soslayar su cumplimiento.

2.- En la implementación del fallo de la Corte Suprema, se debe poner al centro de las propuestas a las personas, buscando su protección financiera ante sus necesidades de salud y asegurando el acceso oportuno a las atenciones de ella.

3.- Es fundamental que los plazos para el pago de la deuda por parte de las ISAPRES, sea lo suficientemente amplio y posea la flexibilidad necesaria para evitar que una eventual insolvencia de las aseguradoras, afecte las coberturas de sus afiliados, así mismo, resulta positivo que el proyecto de ley contemple que las instituciones de salud previsional puedan ofrecer la devolución de los montos adeudados a sus afiliados, a través de diferentes mecanismos.

4.- Para concretar la forma de devolución, sería necesario modificar las normas sobre devolución anual de excedentes de las cotizaciones de salud.

5.- Las ISAPRES deben mostrar disposición y colaboración aportando proactivamente alternativas de pago de la deuda, entregando la información sobre estados financieros que respalde sus propuestas, así como también, compartir el monto de dinero que actualmente tienen respecto a los prestadores individuales, especialmente médicos y médicas.

6.- Dada la actual situación de las ISAPRES, la ley debe incorporar facultades para que la Superintendencia de Salud dicte mecanismos de contención de costos para las aseguradoras privadas, tanto de base administrativa, como de gestión clínica. Añadió que este elemento no queda suficientemente recogido en el proyecto de ley.

7.- En cuanto al monto de la deuda, resulta importante aclarar los mecanismos que se han utilizado por la Superintendencia de Salud para calcularla, la fórmula de medición debe ser auditable y transparente.

8.- Se propone que el consejo asesor, esté dotado de las facultades legales necesarias, para no solo realizar asesoría técnica en la revisión del plan de pago que se proponga por la Isapre, sino también realizar acciones de fiscalización, solicitar revisión de actos administrativos a Contraloría General de la República, contratar los servicios de auditores externos, entre otras. Proponen que integre a este consejo asesor, expertos elegidos por el Senado.

Segundo ítem, es sobre la protección de los prestadores:

1.- Establecer plazos de pago para los prestadores privados, y fortalecer la capacidad de fiscalización de la Superintendencia de Salud (SIS) para su cumplimiento. Se propone, para los prestadores institucionales, un plazo máximo de 60 días para el pago, contado desde la facturación de la prestación realizada y de 30 días para los prestadores individuales.

2.- Sobre el pago a prestadores, se propone modificar el artículo 226 del D.F.L N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, incorporando a los prestadores individuales e institucionales en el numeral 2° de esa disposición, para el pago de las obligaciones caucionadas con la garantía del artículo 181 del mismo cuerpo normativo.

3.- La SIS debe tener la facultad y capacidad fiscalizadora para exigir el pago en tiempo y forma por parte de las ISAPRES al prestador privado, con mecanismos de sanciones respectivas que permitan garantizar el cumplimiento de los plazos previamente establecidos, toda vez que la mayor dificultad de la situación del sistema de salud chileno actual se debe al abultado monto que adeudan las ISAPRES a los prestadores privados, que es dos veces más que lo adeudado por el seguro público.

4.- Disponer de línea de crédito extraordinaria y de bajo costo, administrada por Banco Estado o CORFO para inyectar capital de trabajo a prestadores privados institucionales, que pudieren verse afectados por eventuales insolvencias de las aseguradoras, debiendo la ley establecer los requisitos para acceder a ella.

5.- Asimismo, en caso de quedar un remanente impago de las deudas con prestadores, se propone incorporar a los prestadores institucionales en el sexto orden de prelación, como crédito de primera clase, de conformidad a lo dispuesto en el número 6 del artículo 2472 del Código Civil. En cuanto al remanente que pudiere quedar respecto a los prestadores de salud individuales, se propone su incorporación en el quinto orden de prelación de los créditos de primera clase, ya referidos.

El tercer ítem, sobre la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) de FONASA:

1.- Una propuesta de estas características hace necesario clarificar si requerirá la inyección de recursos fiscales adicionales, los que, en caso de ser necesarios, deberán estar asegurados.

2.- En relación a la modernización de FONASA, es necesario abrir la discusión para que la gestión del seguro público pase a estar liderada por un directorio independiente y autónomo, con la intención de profesionalizar el funcionamiento del Fondo.

3.- La Modalidad de Cobertura Complementaria debe incorporar la lógica de redes integradas, tanto en contexto de infraestructura como en el fortalecimiento de las capacidades de gestión. Un gran déficit de la MLE es que no existe un proceso de referencia y contrarreferencia entre ambos sistemas, integración de los datos con respecto a las listas de espera y otros, lo que provoca una fragmentación de la atención, dañina para los pacientes.

4.- Fortalecer el proceso de integración de los prestadores privados institucionales a las redes de cada Servicio de Salud mediante convenios, con la finalidad de que contribuyan a la reducción de listas de espera, efectuando derivaciones de pacientes que se encuentren con tiempos de espera que hayan superado normas de oportunidad que al efecto fije el MINSAL en intervenciones quirúrgicas priorizadas anualmente.

5.- En el caso específico de pacientes crónicos o con tratamientos de larga data, establecer que la MCC propenderá a la mantención de sus atenciones de salud en los prestadores que han realizado dichas acciones y en caso de no ser factible, se buscará asegurar la atención en instituciones similares o análogas. Para estos efectos, FONASA realizará las acciones necesarias para que dichos prestadores privados participen en esta modalidad (MCC).

6.- Debe incorporarse en la ley un mecanismo de revisión y actualización periódica de la codificación de prestaciones.

7.- Este proyecto de ley debe incorporar los mecanismos para establecer un marco regulatorio para los seguros complementarios en la MCC.

Por último, indicó que todas las propuestas realizadas, son el resultado de un consenso del COLMED.

Añadió que el proyecto de ley en discusión busca superar una contingencia del sistema sanitario que se provoca por larga data de problemas estructurales profundos. Sin embargo, se trata de un mecanismo para hacer frente a una situación coyuntural, por lo que, posteriormente, resulta necesario

avanzar en una reforma al sistema de salud, planificada y ampliamente consensuada, que se haga cargo de establecer un sistema regido por los principios de la seguridad social.

El Honorable Senador señor Castro González observó que el señor Meza hizo referencia al monto de dinero y al tiempo de pago desde los prestadores privados, a los médicos. Solicitó que aclare la estimación que tiene el COLMED del monto de la deuda que las ISAPRES tienen con los médicos, con cuantos médicos tiene esas deudas y cuál es el plazo de pago actual.

El señor Meza señaló que gran parte de esa información se está recogiendo, pero lo que se ha informado, es que, alrededor de $ 500.000.000.000 es la deuda con el sector privado, de los cuales la mitad, corresponde a deudas con los prestadores médicos.

Señaló que se realizó una encuesta a los médicos y la información preliminar es que alrededor del 60% de ellos se le adeudan pagos, con un retraso importante de varios meses. El total, no lo saben, por lo mismo están solicitando a la Asociación de ISAPRES que comparta esa información.

Muchos centros privados están con riesgo de insolvencia económica justamente por el retraso de las deudas.

La Ministra de Salud valoró las propuestas constructivas para llegar a una solución que permitan dar cumplimiento a la sentencia y a la vez mitigar los efectos financieros, de manera de evitar las disrupciones en el sistema privado y su posible impacto en el sistema público, con el centro en las personas.

A continuación, consulto sobre la propuesta 4, del cumplimiento del fallo, cuando habla de que sería necesario modificar las normas sobre de devolución anual de excedentes de cotizaciones de salud. Solicitó que desarrolle más ese aspecto.

El Honorable Senador señor Latorre consultó, desde el rol de presidente del COLMED, respecto al costo de las clínicas privadas, dado que hay una transferencia de recursos públicos importante para las prestaciones de servicios y parece ser que hay una especie de desregulación en aquello.

También consultó por los intereses, legítimos o no, que puede haber de médicos en el negocio de las ISAPRES y en el negocio de las clínicas. En definitiva, consultó si considera necesario o no regular los aranceles y precios, que se pagan con recursos públicos para las prestaciones en el sector privado.

La Honorable Senadora señora Provoste consultó por las propuestas que realizó sobre el cumplimiento del fallo, en el numeral 8, se sugiere que habría que darle al consejo asesor facultades fiscalizadoras.

Consideró que este punto es contradictorio porque por otra parte se planteó que se debía dotar de mayores facultades fiscalizadoras a la Superintendencia de Salud.

El Honorable Senador señor Chahuán manifestó que aún no ve la lógica de ponerse en el lugar de los pacientes. Cómo se cumple el fallo, dándole viabilidad a un sistema de seguros donde los riesgos se reparten.

Señaló que si los propios prestadores privados tienen dificultades y el COLMED tienen que realizar una encuesta a sus asociados para saber cuánto se le adeuda y cuanto es el riesgo de los asociados, tenemos un problema. No hay flujos de información transparente para que todos sepan cual es el nivel de riego sistémico que actualmente existe.

Por último, insistió que el fortalecimiento de FONASA debe ir por cuerdas separadas.

El Superintendente de Salud hizo referencia a dos puntos, el primero de ellos, es aclarar un tema, a propósito del punto 7 que menciona el COLMED y que propone que se deben aclarar los mecanismos utilizados por la Superintendencia para calcular la deuda en un cuestionamiento de transparencia que se ha escuchado a través de los medios de comunicación en el último tiempo.

En ese contexto, aclaró la voluntad de la Superintendencia de Salud para entregar esta información, en la primera sesión de la Comisión de Salud del Senado, donde se entregó la cifra y en la sesión del lunes 15 de mayo, proactivamente propusieron que fueran convocados los equipos técnicos para explicar la fórmula de cálculo y hacer entrega de la memoria de cálculo, que se agendaron para una sesión posterior.

A continuación, realizó otra consulta al COLMED sobre un punto de la exposición en la que plantea que, en un eventual reordenamiento judicial, se coloque en quinto nivel de prelación a los prestadores individuales y un sexto nivel de prelación a los institucionales, si las garantías son insuficientes. No obstante, el proyecto de ley como no coloca el pasivo generado por el fallo de la Corte Suprema en las garantías, lo lleva al sexto nivel de prelación del primero orden, por lo tanto, se generaría un problema, porque las personas estarían en peores condiciones de garantías en la devolución del pasivo.

La consulta es si el COLMED con esta propuesta plantea que vuelva ese pasivo a la garantía o que se deje en un nivel más bajo a las personas para garantizar la devolución del pasivo.

El Director de FONASA se refirió al efecto fiscal eventual que podría tener la Modalidad de Cobertura Complementaria consultada por el

presidente del COLMED. Explicó que la MCC ha sido calculada en su operación sin impacto fiscal.

Cuando se refiere a su operación, es en relación al uso y acceso a las prestaciones y su financiamiento.

Lo anterior es posible, porque se ha calculado que el aseguramiento complementario sea financiado y provenga de una prima comunitaria que aportan los propios interesados en pertenecer a esta modalidad. Se estima que las personas que vienen del sector privado al público, son capaces de adherir a esta modalidad. Recordó que actualmente pagan en promedio el 11%, y con esa diferencia es posible pensar en una reestructuración financiera que permita pagar primas comunitarias a este aseguramiento complementario de copago.

Afirmó que, sin duda, el aumento de ingreso de personas a FONASA genera más gasto por la vía de la modalidad de atención institucional, por la vía de la modalidad libre elección (MLE), pero esos gastos son absorbidos normalmente, de manera regular, por la generación de los presupuestos anuales en la Ley de Presupuestos, por lo tanto, en la medida que aumentan los beneficiarios, el presupuesto del sector también debe incrementarse, pero no es fruto de la modalidad que se está proponiendo.

El segundo punto que aclaró se refiere a la deuda, se informó que a abril de este año 2023, la deuda era de $4.000.000.000, que es bastante moderada. Por su parte, señaló que siempre hay una operación mensual con el sector privado, que anualmente es de 1,1 billones de pesos, que se transan en distintos programas de MLE, AUGE segundo prestador, camas críticas, diálisis, ley de urgencias, etcétera, que hace que $90.000.000.000 aproximadamente, estén en juego todos los meses, y corresponde a atenciones de personas atendidas en las clínicas, cuyos cobros aún no han sido facturados.

Clarificó que tienen una deuda de rebase que es histórica, que proviene de hace 3 o 4 años, que es de los servicios de salud, pero de la cual el sector debe hacerse cargo y están trabajando en ello.

Por último, enfatizó que el FONASA no mantiene deuda con los prestadores naturales, a los médicos se les paga automáticamente la MLE y no se genera deuda.

El Presidente del COLMED, señor Meza dio respuesta a la consulta formulada por la señora Ministra de Salud, en relación a los excedentes. Al respecto informó que lo que se discutió al interior del Colegio fue analizar si, a través del proyecto de ley, como está establecido en estos momentos, existe la posibilidad efectiva de que el pago a través de excedentes cuente con los plazos suficientes como para materializarse, sin que exista el riesgo de caer en insolvencia de parte de las aseguradoras privadas. Acompañó un documento que contiene la propuesta del COLMED.

Añadió que sus asesores les comentaron que normalmente la ley sobre el pago de excedentes tiene ciertos plazos de cumplimiento y creen que en el proyecto de ley se debe incorporar una flexibilidad en esos plazos, justamente para evitar la insolvencia de las aseguradoras privadas.

Respecto a lo planteado por el Senador Latorre, sostuvo que la prioridad del Colegio son los usuarios y desde ahí parten las premisas. Agregó que efectivamente se deben revisar los costos de administración de las ISAPRES y que las aseguradoras, tanto públicas como privadas, financien los costos de las prestaciones reales. Si una persona quiere un trato especial, porque quiere una hotelería o infraestructura distinta, que lo haga a través de sus recursos, pero lo importante es que lo que el Estado, FONASA o el seguro privado financie, esté dentro de los mínimos que a FONASA puedan exigirle para no poner en riesgo la oportunidad y la calidad en las prestaciones que requieren los pacientes.

En tal sentido, dentro del proyecto se habla de que la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) se base en temas hospitalarios con mecanismos de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), con lo cual están totalmente de acuerdo.

Por otra parte, si bien es cierto que, al interior del Colegio, también hay médicos que tienen participación en ISAPRES u otras instituciones, por lo menos el consejo nacional del COLMED, los dirigentes y la mesa directiva nacional, no tienen ningún tipo de conflicto de interés que pueda complicar las posturas que han expuesto y en general, las propuestas presentadas, son en base al bienestar de los usuarios y de los prestadores, pero pensando en la continuidad de atención a los usuarios.

En cuanto a la consulta de la Senadora Provoste, comentó que lo que proponen es que existan los mecanismos de fiscalización adecuados, para que permitan cumplir con los objetivos de la ley y del fallo.

Señaló que, en reiteradas oportunidades han hablado con el director de FONASA para que se agilice la puesta al día de las deudas que pueda tener FONASA con distintas instituciones, para que el cumplimiento sea lo antes posible.

El llamado es que tanto el FONASA como las ISAPRES aceleren sus mecanismos de pago, ya que hoy no se puede correr el riesgo de poner en insolvencia de muchos prestadores.

El Honorable Senador señor Castro González solicitó precisar la cuantía de la condición del cuerpo médico, en la triple situación que se encuentra en este tema, afiliado a un sistema de aseguramiento público o privado en cualquiera de las distintas ISAPRES del sistema, prestador público

o de libre elección de FONASA y prestador privado de ISAPRES y empresarios, en aquellos casos que puede ser de pequeña y mediana empresa, hasta aquellas empresas de tamaño mayor.

Lo manifestado tiene que ver con transparentar esta situación, en la que el Ministerio de Salud podría colaborar en los tratos que hacen los servicios de salud con las sociedades profesionales de médicos prestadoras de servicios hacia los establecimientos.

La Honorable Senadora señora Provoste consideró que sería necesario que cada invitado informe si tienen vínculos o no, ya sea como asesor, consultor o director de ISAPRES, antes de la intervención.

A continuación, se escuchó la intervención de los ex Superintendentes de Salud.

El ex Superintendente de ISAPRES, señor Héctor Sánchez presentó un estudio realizado por la Universidad Andrés Bello, en el cual ha participado el señor Manuel Inostroza y un equipo técnico del Instituto, con el objetivo de contribuir al perfeccionamiento del proyecto de ley que actualmente se está discutiendo.

En cuanto a la declaración de intereses, señaló ser funcionario de la Universidad Andrés Bello a tiempo completo, por lo tanto, su dedicación absoluta es con la Universidad. Manifestó que ha estado preocupado del ámbito de las políticas públicas durante toda su vida, careciendo de vínculos de asesoría o de propiedad con ISAPRES y con instituciones de salud.

Desde esa perspectiva han realizado el trabajo con la Universidad, como parte de los estudios de políticas públicas.

Por eso, como Universidad han solicitado, financiado y desarrollado con sus equipos técnicos, este estudio que tiene como objetivo hacer presente algunos criterios metodológicos, para calcular la devolución de excedentes de las ISAPRES por fallo de la Corte Suprema, que ordena aplicar la tabla única de factores de riesgo, de acuerdo a la circular 343 del año 2019.

Comentó que este documento, editado junto a Manuel Inostroza, ha sido suscrito por los ex superintendentes César Oyarzo; Alejandro Ferreiro; José Pablo Gómez; Sebastián Pavlovic y Patricio Fernández.

A continuación, se refirió a algunos aspectos generales, contenidos en una presentación:

1.- El fallo de la Corte Suprema de noviembre 2022 y una ley corta propuesta por el Ejecutivo en el parlamento para que este defina “cómo se aplica”, ha provocado inestabilidad en el sistema de salud, ya que está lejos de

resolver el problema y dependiendo de cómo se aplique el fallo, se puede generar una crisis sistémica de grandes magnitudes.

Añadió que aún quedan elementos fundamentales por definir, como las metodologías de cálculo con la cual se va a definir el monto a devolver a los afiliados, con el objeto de analizar el camino que posteriormente se va a tomar y cuál es la viabilidad que se le dará a la devolución.

2.- El Ejecutivo, a través de la Superintendencia de Salud, ha propuesto una sola interpretación para su aplicación y ha realizado los cálculos de un escenario que arroja una deuda de MMUSD$1.450, monto que consideran impagable por el sistema en cualquier plazo, porque el monto calculado, en la práctica, es tres veces el patrimonio de toda la industria.

3.- Se ha discutido mucho sobre las responsabilidades del origen del problema y la obligatoriedad de cumplir con el fallo y aparentemente hay consensos: el origen del problema tiene responsabilidades compartidas entre las ISAPRES, Gobiernos y Congreso Nacional, desde 2010 a la fecha, donde se han manifestado reacios a las reformas al sector por parte de las ISAPRES, pero también a aceptar el dictamen del Tribunal Constitucional (TC), que fue incompleto desde el punto de vista práctico, porque no declaró las tablas de riesgo como inconstitucionales, sin embargo, declaró la totalidad de los artículos que las construyen, como inconstitucionales, pero las dejó vigentes. En ese minuto había dos interpretaciones, la primera, que indicaba que las tablas eran inconstitucionales y la segunda, que se podían seguir utilizando. Las ISAPRES optaron por el segundo camino.

El TC también le entrega al Congreso Nacional y al Gobierno la responsabilidad de resolver este problema por ley, porque considera que es un problema de políticas públicas, que debe ser asumida por el parlamento. Desde el año 2010 hasta la fecha, ninguno de los dos ha sido capaz de ponerse de acuerdo para resolver este problema, por tanto, la responsabilidad es compartida.

Dada la complejidad del fallo y su alcance (retroactivo y efecto general), se ha trasladado al parlamento “donde corresponde” la discusión sobre su aplicación, ya que estamos frente a “una política pública”, bajo la forma de un fallo judicial de efecto general, obligatorio y de impacto sectorial.

La viabilidad de la solución al problema que nos preocupa tiene dos perspectivas una de largo plazo que se resuelve mediante una reforma del sistema de ISAPRE o de salud en general y una de corto plazo para evitar la crisis que se puede provocar por la aplicación del referido fallo, donde es determinante el cálculo del monto de excedentes a devolver.

Existe un conjunto de criterios validados, técnica y jurídicamente, para diseñar la metodología de cálculo y se pueden construir diversos

escenarios para definir “una política pública” que cumpla los objetivos de los jueces, que son:

1- Terminar con el uso de las tablas de riesgo diseñadas por ISAPRES;

2- Terminar con la judicialización del sistema;

3- Aplicar una tabla de riesgos definida por la circular IF 343 de 2019 de la SIS.

4- Si ha habido cobros en exceso, reintegrarlos de forma tal que no genere desequilibrios financieros que debiliten terminalmente el sistema privado de salud, afectando a millones de personas.

Esos son los objetivos establecidos en el fallo de la Corte Suprema.

Señaló que este parlamento a través de la Comisión de Salud del Senado ha abierto audiencias para que diferentes actores puedan participar y llegar a definir una buena política pública fundada en el referido fallo.

Consideró que el fallo, deja establecidos los siguientes aspectos:

a) En la determinación o cálculo del precio final de los planes de salud, las ISAPRES deberán multiplicar el precio base correspondiente, por la suma de los factores del grupo familiar, aplicando para ello los términos de la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343, de la Superintendencia de Salud, de 11 de diciembre de 2019.

b) Esta forma de calcular el precio final de un plan de salud no podrá importar un alza del precio de los planes de salud de los afiliados, respecto del precio fijado al momento de dictarse la sentencia.

c) En el mismo fallo se dan instrucciones a la Superintendencia de Salud, las que son del siguiente tenor:

En ejercicio de sus facultades de fiscalización y dentro del plazo de seis meses, la Superintendencia determinará el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud administrados por las ISAPRES de conformidad a la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, antes citada.

Adicionalmente, instruyó a la Superintendencia para que dispusiera las medidas administrativas para la aplicación del fallo.

d) Y deja establecido que se debe generar un conjunto de disposiciones para que se produzca una devolución de los excedentes que

hubieran pagado las personas en exceso por aplicación de la tabla de riesgo, la que se define como la única tabla de riesgo contenida en la Circular IF/N° 343.

Algunos de los criterios técnicos que, a su juicio, el legislador debiera considerar en sus análisis, son los siguientes:

I. De general aplicación:

1. Cálculo por contrato en el que se cuentan las rebajas y se descuentan las alzas, tanto al interior de los contratos y como entre contratos, como producto de la aplicación de la tabla de riesgo.

2. Exclusiones para el cálculo del universo la cual hay que aplicar la nueva tabla de riesgo:

a. Planes colectivos sin tablas de factores de riesgo.
b. Planes grupales con tablas, pero con normas especiales de ajustes de precios y determinación.
c. Planes al 7% de cotización legal.
d. Beneficiarios con orden de no innovar pendiente de procesar, hasta que se resuelvan.
e. Planes con renuncia a los excedentes.

Sostuvo que hay un conjunto de situaciones que hay que considerar a la hora de definir el grupo al que se tiene que aplicar esta tabla de riesgo.

II. Para los casos de beneficiarios o contratos acumulados o en stock, se identifican algunas alternativas a analizar y considerar por parte de la autoridad legislativa:

1. Desde la perspectiva de los beneficiarios, es aplicable a beneficiarios vigentes al momento en que el fallo esté ejecutoriado, es decir, al 30 de noviembre del 2022, o bien, aplicable solo beneficiarios que ingresaron desde abril de 2020 a planes con tablas antiguas y que están vigentes al 30 de noviembre del 2022.

Añadió que son situaciones que se deberían evaluar en torno a los criterios que conviene aplicar y que sean los más razonables.

2. Respecto al periodo de análisis, planteó diferentes alternativas:

a. Desde abril del 2020 hasta el 30 de noviembre del 2022 (32 meses en total) y a cada mes que se agregue hasta que se haga aplicable el fallo, mediante las instrucciones de la Superintendencia de Salud.

b. Procedencia de devolución de los cobros en exceso a que hace referencia el fallo de la Corte Suprema solo en aquellos períodos en los que las

ISAPRES hayan obtenido utilidades. Explicó que el espíritu del fallo es que no se produzca enriquecimiento.

c. Desde abril del 2022 hasta el 30 de noviembre del 2022 (8 meses), dado que la propia Circular Nº 343 de la Superintendencia de Salud, validada por la Corte Suprema en estos fallos, extendió la vigencia de las tablas antiguas hasta marzo del 2022.

3. Sobre los precios base y los factores de riesgo:

a. Precio base y factores de riesgo en cada mes del periodo de análisis, entre abril del 2020 hasta noviembre del 2022 y en cada mes que se agregue hasta que se haga aplicable el fallo mediante instrucciones de la Superintendencia de Salud.

b. Uso del precio base original actualizado por las adecuaciones de precio base, entre el 2022 y 2023 de cada contrato y no el precio base judicializado, para evitar discriminaciones entre personas afiliadas al mismo plan.

Explicó que hay dos grandes colectivos dentro de las ISAPRES, uno de ellos son todas aquellas personas que presentaron recursos de protección y fueron acogidos y congelaron sus primas. Por otra parte, están aquellas personas que no presentaron recurso de protección.

Por tanto, señaló que hay un aspecto que se debe resolver: cual es el valor de la prima base que se va a ocupar, la prima base que cada uno de ellos tenga, lo que generará grandes inequidades, o se va a considerar el valor de una prima base, que sea igual para todos los contratos y no produzcan inequidades entre las personas.

4. Sobre contratos y beneficiarios, propuso los siguientes criterios:

a. Cálculo por contrato en el que solo se cuentan las rebajas para el beneficiario y las alzas por beneficiario, se omitan.

b. Cálculo por contrato, en el que cada beneficiario usa la edad de las tablas en el momento actual o más bien dicho, en el momento de la aplicación del fallo y no la de abril de 2020 (Circular) o la del 30 de noviembre de 2022 (dictación del fallo)

III. Para los casos de beneficiarios o contratos en el flujo, se identifican algunas alternativas a analizar y considerar por parte de la autoridad legislativa:

1. Sobre los precios base:

Usar como referencia el ajuste de los precios base que se hicieron por parte de todas las ISAPRES a sus nuevos planes de salud en comercialización, a partir de la aplicación de la nueva tabla de factores de riesgo de la Circular Nº 343, que entró en vigencia en abril de 2020.

2. Sobre la tabla única de factores de riesgo:

Usar tal como establece la circular N° 343 de la Superintendencia de Salud, a partir de abril de 2025, una nueva tabla de factores más plana. Se establece que esta tabla de riesgo que existe del año 2019, tendrá vigencia solo 5 años, por tanto, desde esa perspectiva, la tabla está por vencer.

Sin embargo, como el fallo del Tribunal Constitucional estableció que no era adecuado que la propia Superintendencia de Salud tuviera la facultad de definir las tablas de factores de riesgo, sería recomendable que quedara establecida en la ley.

Manifestó que es importante evaluar a través de este proyecto de ley, una sola tabla de riesgo, con vigencia a partir de abril de 2025.

IV. Algunas consideraciones referentes al tiempo y a la forma en que se deben efectuar las eventuales devoluciones:

1. Plazos extendidos para aminorar el impacto financiero (5, 10 años o más de ser necesario). Esta es una dimensión que hay que considerar caso a caso en función de la situación que tiene cada ISAPRE en particular.

2. Distintas formas de devolución, las que debieran ser definidas en la ley. Manifestó que es un tema delicado que no se puede entregar al arbitrio de una autoridad administrativa.

Consideró que la ley debe hacerse cargo de definir cómo se van a hacer las devoluciones: en prestaciones de salud; coberturas financieras adicionales o menores copagos; capitalización accionaria por parte de los beneficiarios a los que se les adeuda o dinero en efectivo (esta debería ser definida como opción aplicable para los casos en que, una vez cumplidos los plazos de pago de las modalidades anteriores, quedase aún un remanente).

Desde esta perspectiva, sostuvo que hay otra dimensión en este punto que resulta importante revisar.

Recalcó que estos no son los únicos criterios, sino que son los que consideraron necesarios evaluar, para analizar el impacto que ellos tienen para que se cumplan los fundamentos del fallo, que son hacer justicia, que no se destruya el sistema privado de salud y no se produzca el riesgo de que las personas caigan en una situación en la cual no pueden darle continuidad a sus tratamientos o el manejo de su situación de salud.

Manifestó que han construido un conjunto de escenarios en que se mezclan los diferentes criterios, que no son los únicos escenarios, sino que se ponen a disposición para que sean analizados por la autoridad y por comisiones técnicas que la propia autoridad defina.

A continuación, exhibió una tabla para informar que construyeron seis escenarios diferentes en los cuales todos los criterios que ha mencionado, han sido incorporados en forma distinta en cada escenario:

Propuesta Metodológica: Construcción de escenarios para Stock

Tabla Resumen de Criterios utilizados en cada Escenario para el Stock.

Fuente: Elaboración Propia

Escenario	Criterios								
	Beneficiarios Excluidos	Estimación por Contrato	Compensación Intra Contrato	Compensación Entre Contrato	Devolución Periodo C/Utilidad	Con Tablas Antiguas Hasta Marzo 2022	Precio Base Actualizados	Edad de Tablas al Momento de la Aplicación del Fallo	Solo Cargas Nuevas que Ingresan a los Planes Antiguos desde Abril de 2020. Aplica Nueva Tabla de Factores de Riesgo
1	Ok	Ok	Ok						
2	Ok	Ok	Ok	Ok					
3	Ok	Ok	Ok	Ok	Ok				
4	Ok	Ok	Ok	Ok		Ok			
5	Ok	Ok	Ok	Ok		Ok	Ok	Ok	
6	Ok	Ok	Ok						Ok

Fuente: Elaboración Propia

Explicó que la estimación del riesgo por contrato está incorporada porque depende fundamentalmente de la variable anterior.

La compensación intracontrato también, porque forma parte de la naturaleza de los seguros.

Respecto a la compensación entre contratos, indicó que es un tema que no se ha discutido mucho, pero es indudable que tiene relación con el funcionamiento de los seguros. Los contratos de un mismo plan se compensan entre ellos, por lo tanto, desde esa perspectiva, si se quiere definir una manera que sea razonable para buscar las compensaciones, debe tomar en cuenta esta variable.

La devolución de los períodos en que hubo utilidad, se ha aplicado en un escenario, las tablas antiguas hasta marzo del año 2022, en dos escenarios y estos son los escenarios que se han construido para enfrentar el stock, pero también lo han construido para enfrentar los flujos futuros, es decir, la incorporación de las tablas en todos los contratos que están administrando actualmente las ISAPRES y el efecto futuro que pueden tener.

Finalmente, dio a conocer las conclusiones y recomendaciones:

Estiman que el dictamen judicial, dado que es de general aplicación y obligatorio para todas las personas del sistema, se transforma en política pública que es de plena facultad del Gobierno y del parlamento abordarla, lo cual no tiene por qué ser confrontacional con el poder judicial, ya que, inspirándose en los criterios de los jueces, los parlamentarios podrían definir una buena política pública que cumpla los objetivos del fallo, sin poner en riesgo la estabilidad del sistema.

El parlamento debe ejercer con toda su potestad la definición de esta política pública, la que con motivo de un dictamen judicial está en su ámbito de acción impulsar.

Consideró que no hay una sola interpretación posible del fallo y tampoco hay una sola metodología de cálculo de los excedentes a que hace alusión el fallo, más aún la utilizada es restrictiva en su interpretación y los montos que han resultado son imposibles de ejecutar.

El aporte metodológico que realizaron, tiene como objetivo mostrar algunos caminos alternativos para enfrentar el dilema, que no se ha podido resolver en más de 5 meses, con una solución viable, que cumpla los 3 consensos alcanzados: aplicar y cumplir el fallo, no desestabilizar la industria en general, -porque pone en peligro al sistema de salud en su conjunto- y no solucionar el problema con un mayor gasto fiscal.

Concluyó su presentación solicitando a la Comisión de Salud que, tomando estos criterios, escenarios y otros complementarios que considere, solicite a la Superintendencia de Salud y a las ISAPRES para que los apliquen a las bases de datos del sistema y así permitan cuantificar cada escenario para una mejor toma de decisiones por parte del Congreso Nacional.

Para el cumplimiento del objetivo anterior sugieren la conformación de una comisión técnica que tenga como misión acompañar a quienes se encomiende calcular los valores.

Declaración de conflicto de interés: **El señor Manuel Inostroza**, manifestó que es director de la Isapre Esencial hace más de un año, sin embargo, aclaró que, en los criterios técnicos, la Isapre Esencial no se ve afectada porque no tiene planes antiguos, toda vez que fue creada con posterioridad y ya cumplen con la tabla de factores de riesgo.

A continuación, **el ex Superintendente de Salud, señor Patricio Fernández**, manifestó que nunca ha tenido ningún tipo de relación, ni asesoría comercial ni laboral, con una ISAPRE y tampoco con un controlador de una ISAPRE.

Precisó que suscribieron el trabajo presentado porque creen que este es un espacio en el cual se tratará de buscar una solución y consideró que cerrarse a una sola interpretación o monto, no es el camino correcto.

Sin embargo, aún no encuentran la vía para que lo señalado como monto a devolver, sea algo que las ISAPRES puedan asumir y que no ponga en riesgo los derechos de los afiliados.

Su postura es que las sentencias judiciales si admiten interpretación, es de su esencia que el derecho es interpretable y como tal, por mucho que una sentencia trate de ser lo más clara y cerrar todas las posibilidades, siempre hay un espacio de interpretación.

El señor Sebastián Pavlovic manifestó que como académico y consultor en el sector privado, asesora tanto a prestadores como a algunos seguros de salud complementarios de primer piso de ISAPRES.

El Honorable Senador señor Castro González consultó si coinciden en la interpretación jurídica, dado que señalan en sus conclusiones, que puede haber múltiples interpretaciones. Por otra parte, requirió saber si están de acuerdo en que se debe aplicar el fallo a los 725.000 contratos que el regulador ha indicado, que son los que estaban vigentes a abril del año 2020.

El señor Héctor Sánchez señaló que eso es lo primero que hay que analizar en detalle, porque no conocen la metodología de cálculo, por lo tanto, no podrían decir que no están de acuerdo, pero tampoco pueden decir que lo están porque no saben si se excluyeron de esos 700.000 contratos todos los grupos que plantearon que deben ser excluidos por las características particulares de cada uno de ellos.

Por ello sostienen que se deben considerar los criterios propuestos para hacer los cálculos correspondientes, porque en función de ello, tendrán claridad si el universo es el correcto y, en segundo lugar, si los montos calculados también lo son.

El señor Superintendente de Salud observó que hay elementos presentados, que fueron parte de las evaluaciones que se hicieron durante todo el mes de enero y febrero por parte de la Superintendencia.

Manifestó que la Superintendencia como organismo regulador, no tiene atribuciones ni facultades para interpretar los fallos de los tribunales. Quien tiene la facultad de interpretar los fallos es la propia Corte Suprema, desde allí, que en enero del año pasado hicieron consultas, a través de un recurso de aclaración.

Por tanto, todo elemento que se considere distinto a lo que ha dicho la Corte expresamente en su fallo, debiera ser aclarado por la propia Corte Suprema, porque hay muchos elementos contenidos en esta propuesta, que al menos les generan dudas respecto a si se da o no fiel cumplimiento al fallo.

Recalcó que la Superintendencia es un órgano técnico. Cuando se cuestiona al organismo, no se cuestiona al Superintendente, sino que a toda la institucionalidad. Destacó que los cálculos fueron realizados por los equipos técnicos que llevan años trabajando y fue enfático en defender la labor de los funcionarios.

La Honorable Senadora señora Provoste señaló que el académico señor Sánchez mencionó varios puntos y hay un tema que consideró importante no dejar pasar. El manifestó que la derogación de las referidas disposiciones legales no dejó sin efecto las tablas de factores elaboradas por las ISAPRES. Lo que ocurre es que las siguieron aplicando, aunque hayan estado derogadas.

Consideró que es un error importante en el análisis, que repercute en las conclusiones que, manifestó, no compartir.

El señor Sánchez se refirió a lo señalado por el Superintendente. Manifestó que cuando cuestiona el resultado de un trabajo, no está cuestionando a la institución, por tanto, nadie se debería sentir ofendido.

En relación a lo planteado por la Senadora Provoste, sostuvo que es tan cierto que el Tribunal Constitucional no derogó las tablas de factores, que se siguieron aplicando legalmente por todos los gobiernos y todas las Superintendencias de Salud y se siguen aplicando, son legales y actualmente se tienen que aplicar porque de lo contrario, las ISAPRES entran en incumplimiento.

Si el Tribunal Constitucional, el año 2010, las hubiera derogado, ya no existirían. Comentó que lo que hizo el Superintendente el año 2019 fue crear, a través de la circular 343, una tabla de riesgo, incluso fue un poco más allá de lo que el Tribunal Constitucional señaló, al definir una tabla de riesgo para aplicarla prospectivamente, pero no la pudo aplicar retrospectivamente porque las tablas de riesgo estaban vigentes y eran legales.

En la siguiente sesión, se abordaron los métodos de cálculo y definiciones de la aplicación del fallo de la Corte Suprema de 30 de noviembre de 2022.

El Honorable Senador señor Castro González señaló que hay tres aristas claras que deben ser abordadas como consecuencia del fallo: quiénes tienen derecho a devoluciones por vía de los excedentes, quiénes pueden impetrar rebajas en los precios de sus planes, a partir del cálculo,

sobre la base de la nueva tabla a abril del año 2020 y la situación en la que quedan los menores de 2 años.

Precisó que, al revisar la documentación, tanto en el recurso de aclaración presentado por la Superintendencia de Salud de enero de este año, sobre tres preguntas que formula, en sus considerandos, establece el carácter general de la sentencia. Lo hace en la prórroga, solicitada el 10 de mayo pasado, donde todos los considerandos aluden en reiteradas oportunidades al carácter general del fallo.

El Presidente de la Asociación de ISAPRES de Chile A.G., señor Gonzalo Simon acompañó su presentación con un documento y señaló entender que el proyecto de ley presentado, tiene por objetivo hacerse cargo del fallo que está planteado y esperó que llegue a buen término y cumpla el propósito del fallo.

En primer lugar, se refirió al informe de deudas. Señaló que el primer trimestre, del año 2022 al primer trimestre del año 2023, en moneda de igual valor, se produjo un alza en las atenciones de salud y un alza en las licencias médicas, que pasó de 867.000.000.000 a 906.000.000.000 de un año a otro, es decir, se están dando más coberturas el año 2023 de las que se daban el año 2022.

Lo anterior es importante tenerlo presente porque ha aumentado la cantidad de prestaciones de salud desde el año 2022 al 2023 (primer trimestre de cada año). Añadió que las deudas tienen relación con las atenciones que se van otorgando y es natural que, si cada vez aumentan las atenciones, puedan aumentar los montos pendientes de pago.

Las deudas han pasado de $682.000.000.000 a $633.000.000.000, o sea, hay una baja en términos reales de un año a otro, de alrededor de $50.000.000.000 en las deudas que tienen pendiente.

Aclaró que como concepto, cuando se habla de deuda, no quiere decir que es deuda vencida, sino que están pendiente de pago porque en su proceso natural, aún no se ha llegado a ese momento.

Informó que efectivamente se está produciendo una caída, si se observa el porcentaje, el monto que estaba pendiente de pago el año 2022, era el 79% del total de las atenciones. El año 2023, corresponde al 70%.

Desde el punto de vista de los beneficiarios, se ha producido una caída desde los 459.000.000.000 a 392.000.000.000, en cuanto a la deuda vigente. Una parte de eso, se debe dejar a un lado, porque tiene que ver con excedente de cotizaciones, en el sentido que quizás las personas han hecho un uso más intenso de sus excedentes.

Sostuvo que lo que se produce con los beneficiarios es un reacomodo, un intento de volver a la normalidad, porque se pasa de $ 286.000.000.000 a $ 207.000.000.000, o sea, $ 80.000.000.000 menos de deuda pendiente el año 2023, respecto del año 2022, que es un cambio importante, donde se percibe que se va avanzando hacia un funcionamiento más normal.

En el caso de los prestadores hay un cambio que pasó de $ 223.000.000.000 a $ 240.000.000.000, que es un crecimiento de $ 17.000.000.000 millones, pero no parece un crecimiento muy importante y tiene que ver con las cuentas por pagar a clínicas, centros médicos y hospitales.

Consideró que los números muestran un proceso que va en un sentido positivo, la deuda general va a la baja, la deuda con los beneficiarios a la baja, el monto más importante, que es lo que está sucediendo a futuro va a la baja.

Desde el punto de vista del área médica, hay un pequeño crecimiento hacia arriba que esperan se ajuste en los próximos meses.

Se demuestra que este año, por lo menos, ha habido un proceso que avanza hacia la normalización del funcionamiento del sistema.

A continuación, se refirió al fallo de la Corte Suprema, para ello, se basó en la propuesta que hizo la Universidad Andrés Bello, incorporando temas adicionales para intentar construir o entregar ideas que le permitan a la Comisión construir un proyecto de ley que permita cumplir el fallo y sostener el funcionamiento del sistema.

Antes de ello, explicó algunas consideraciones, que estimó son importantes de reiterar:

1.- Las ISAPRES, hasta antes del fallo, acataban estrictamente las instrucciones que la Superintendencia de Salud establecía. Hubo cambios en la normativa, las ISAPRES lo acataron y además hubo fiscalizaciones en este tema, en los cuales no se advirtió ninguna situación anómala.

Añadió que el Superintendente fue muy claro en las presentaciones al decir que hasta el 30 de noviembre estaba todo vigente, en relación con el funcionamiento de la tabla de factores.

Entienden como Asociación, que la Corte Suprema estableció un nuevo criterio, una nueva forma de mirar este tema, no en la eliminación de la tabla de factores, sino que dice que la tabla de factores que debe utilizarse es una en particular.

Dado que hay un cambio de criterio que fija fechas anteriores al fallo, tiene efectos retroactivos, no hay duda. Pero el hecho que se haya producido un cambio de criterio no quiere decir que ha habido una acción abusiva por parte de las ISAPRES, no es la forma como la Asociación lo entiende.

No existe, ni pudo existir, un reproche o un disvalor asociado a una conducta ordenada por la ley y autoridad competente.

2.- Las normas que regularon el uso de la tabla de factores, son verdaderos actos de autoridad y las ISAPRES están obligadas a cumplir con el mandato.

3.- Las ISAPRES no buscan un “perdonazo”, sino el establecimiento de un mecanismo que viabilice las sentencias, de manera de acatarlo plenamente.

En cuanto a la metodología, sostuvo que lo primordial es que las personas que actualmente tienen cobertura dentro del sistema de ISAPRES puedan mantenerla y, en segundo lugar, se proteja el sistema de salud del país, tanto público como privado.

Estiman que para determinar esa metodología no existe un único mecanismo para implementar la ejecución del fallo.

Por último, indicó que la sugerencia realizada por la Universidad Andrés Bello, respecto a la creación de la Comisión Técnica, puede ser muy útil para desarrollar ciertos trabajos técnicos, que son complejos de presentar y requieren tiempo en su elaboración.

Obligaciones que emanan de la sentencia, según su opinión:

1. Se deben sustituir las tablas antiguas, por la indicada en Circular IF/Nº 343.

2. La metodología no puede implicar alzas de tarifas en el momento previo a la emisión del fallo.

3. Se deben calcular diferencias que se pueden producir en uno u otro sentido y aplicar tales diferencias.

Sin embargo, estimó que hay obligaciones que emanan de la ley, que actualmente están vigentes:

1.- Artículo 199 del DFL Nº 1 del Ministerio de Salud de 2005, que establece el mecanismo para determinar la cotización de los planes de salud.

2.- Artículo 171 del DFL Nº 1 del Ministerio de Salud de 2005, que establece el equilibrio entre ingresos y gasto para el financiamiento de prestaciones y beneficios.

3.- Artículos 84, inciso 2º y 92 del DL 3.500, sobre la cotización legal mínima del 7%.

4. Finalmente, sostiene que la propia Constitución Política, asegura a todas las personas la igualdad ante la ley, disponiendo que “ni la ley ni autoridad alguna podrán establecer diferencias arbitrarias”, que impiden que cualquier solución establezca diferencias que favorezca a un grupo en desmedro de otro grupo.

Estas normas deben considerarse al momento de revisar la solución que se vaya a tomar.

A su vez, se debe considerar la Circular IF/Nº 343, que pasa a ser protagonista del fallo, porque en ella se indica la tabla que se debe utilizar y, al mismo tiempo, es donde aparecen las fórmulas a través de las cuales se puso en práctica esta nueva tabla que, de alguna manera, el fallo y las posteriores aclaraciones que ha realizado la Corte Suprema, ha indicado en relación a su aplicación.

La circular ordena a las ISAPRES a:

1. La suscripción de los contratos y la incorporación de beneficiarios.

No dice que sucede con las personas que, hasta antes de la aplicación de esa circular, tuvieran un contrato con una tabla distinta, que eran todos porque la tabla recién comenzó a funcionar en el mes de abril del año 2020.

2. En relación con la incorporación de cargas, tienen claro que cualquier contrato nuevo tiene que tener la tabla de factores. Pero observó que se puede generar una duda, porque la circular indicaba que para la incorporación de beneficiarios también se aplica la tabla de factores nueva y ahí aparece una modificación. Señaló que, desde abril del año 2020 en adelante, no se ha aplicado la circular N°343 en el ingreso o salida de carga y eso es una forma distinta de mirar el funcionamiento del sistema.

Agregó que en este punto aparece la hipótesis de hacer una modificación, de manera de cumplir con esa parte de la circular.

Adicionalmente a eso, la circular decía que comienza en abril del año 2020 para la suscripción, pero tiene un acápite específico en relación con los contratos antiguos, porque la ley establece que, en la adecuación, la ISAPRE forzosamente tiene que enviar junto con ella, un plan alternativo, es

decir, una opción para que la persona decida si acepta o no la adecuación del precio o si prefiere incorporarse a un plan distinto del vigente a ese momento.

Manifestó que ese sentido, de alguna manera, lo que está haciendo la Superintendencia, es indicar lo que sucedía respecto de los contratos antiguos. Lo que sucedía en los contratos antiguos, era que en el proceso de adecuación de los años 2020 - 2021, según la Superintendencia de Salud, no se puede aplicar para ese proceso de adecuación un plan nuevo, porque no se cumpliría con la ley, que mandata que esos planes tienen que tener al menos, un año de vigencia y en ese proceso no lo tenían.

Por tanto, la circular dijo: para los antiguos no solo no hay suscripción, sino que, además, en la oferta alternativa, tampoco tiene que ir la tabla nueva (Circular N° 343) para ese período.

Sostuvo que hay ciertos puntos clave a tener presente para formular un mecanismo que ponga en práctica el fallo de la manera adecuada.

Lo primero es identificar a los cotizantes que están sujetos al cambio.

En segundo lugar, determinar el período correspondiente, respecto del cual se deben aplicar todos los cambios que eventualmente se requieren.

En tercer lugar, establecer la implementación de acuerdo al marco normativo vigente.

En cuarto lugar, señalar los criterios que tienen que estar presentes (determinación del precio base, determinación del factor de riesgo, etc.).

A continuación, se refirió a algunas consideraciones que recogen de la propuesta de la Universidad Andrés Bello, respecto de ciertos criterios que estiman importantes de delinear dentro del proyecto de ley, para facilitar el trabajo de la Superintendencia, al momento de poner en práctica el cumplimiento del fallo:

En primer lugar, entienden que lo señalado en el fallo, es que se debe reemplazar una tabla por otra. Por tanto, para que un reemplazo se pueda hacer, necesariamente el contrato que es sujeto del fallo, es aquel que tiene un cálculo de precio con tabla de factores.

Si hay algún plan de salud que no tenga un cálculo de precio con tabla de factores, no se puede hacer un reemplazo, porque no habría como establecer la modificación. Una persona que tiene contratado un plan al 7%, no se puede extraer el 7% y reemplazar eso por una tabla de factores, habría que preguntarse cuál es el precio base y el monto final que hay que alcanzar.

Existen casos que no operan con tabla de factores y, por lo tanto, les parece que, dado que es el reemplazo de la tabla de factores, todos aquellos casos que no se consideró en la cotización a través de ese mecanismo, tienen que quedar fuera del análisis. Que son todos aquellos casos que no tienen la tabla de la circular N°343.

En segundo lugar, señaló que el fallo dice que solo aplica para los contratos en administración: la Asociación interpreta que quiere decir que son aquellos contratos que están vigentes al momento en que se ponga en práctica la circular de la Superintendencia de Salud, porque el fallo habla estrictamente de los que estén administrando al momento de hacer el cambio.

En cuanto a los períodos a aplicar, manifestó que, si los flujos futuros no están equilibrados, el sistema no puede seguir funcionando, porque no puede seguir cumpliendo con los contratos.

Manifestó que se debe definir el momento en que eventualmente se producen los cambios de cotización, porque entienden que el fallo no lo establece, sino que lo va a establecer este proyecto de ley. No hay una fecha o momento en el cual hacerlo y va a depender cuando sea más apropiado para ponerlo en práctica.

Respecto de la revisión retroactiva, el fallo habló de prescripción y posteriormente aclaró que entendía la Corte Suprema por prescripción. En este caso la fijó en abril del año 2020, en el sentido de que desde esa fecha en adelante, es el período durante el cual se debe realizar el trabajo de identificar lo que sucede con cada contrato y al mismo tiempo, identificar lo que se va a aplicar respecto de ellos.

Sobre la circular N°343, comprendió que abre un espacio y así fue presentado por la Universidad Andrés Bello, porque la partida de la aplicación puede ser en año distinto y tiene que ver con que la propia circular establece que, para los contratos antiguos, la partida no es en ese momento, no es en abril de 2020, sino que la retrasa a lo menos un año, porque no se puede ofrecer un plan alternativo para un grupo de personas.

Explicó que la primera opción, es que sea en abril del año 2020, que fue la vigencia de la suscripción. La segunda opción, es seguir lo mismo que señala la circular, que para el primer año no actúa, sino que se debe considerar desde el año 2021. La tercera opción, es el hecho que, durante ese período, la ley N° 21.350, había congelado los precios y al hacerlo, no se podía hacer adecuación, por tanto, se podría considerar que la primera adecuación que se iba a producir posterior a la incorporación de la circular N°343, es la del año 2022 y aparece esa opción como el período a considerar para la aplicación y puesta en funcionamiento del sistema.

Añadió que entienden que las condicionantes que tiene que tener el proyecto de ley para una operación correcta, son los siguientes:

- No hay recursos fiscales, no hay salvatajes. Para que eso se pueda cumplir, tiene que haber un equilibrio entre ingreso y gasto, si eso no se produce, el sistema no va a poder operar.

- Está vigente la obligación de la cotización legal, del 7% a lo menos de la remuneración.

- El mecanismo a través del cual se establece el monto de cotización de cada contrato es la tabla de factores y el precio base, por tanto, si se va a establecer una tabla de factores, eventualmente tiene que pensar lo que se va a hacer con el precio base.

- No se pueden establecer discriminaciones arbitrarias. Explicó que no entienden que, una vez aplicado el fallo, puedan quedar miles de personas con una condición más favorable que todo el resto de la cartera.

Como es un sistema de salud, se entiende que la cartera completa se va haciendo cargo de las personas que tienen eventos médicos, ya sea temporalmente o crónicas. Pero no entenderían que se puede poner en práctica un mecanismo que, dejando fuera la parte de salud, se le dé una condición más favorable a un grupo muy relevante de personas, que finalmente puedan tener una cobertura muy alta y no concurrir con las cotizaciones que correspondan. No leen que el fallo pretenda realizar eso.

Por lo anterior, entienden que, aplicada la transición, la cartera adecuada no puede quedar en una situación que perjudique al resto, imponiéndole una carga discriminatoria, ni puede quedar bajo la cotización legal vigente. Cualquier adecuación que se vaya a producir tiene que cumplir además con el artículo 199.

Respecto a las consideraciones específicas que plantea la Universidad Andrés Bello en relación a la implementación del fallo, consideró que es adecuado y, en su momento, la Comisión de Salud tendrá que revisarlo y estimó que avanza en facilitar a la Superintendencia de Salud la redacción de la circular.

La pregunta del precio base que habría que usar cuando se compara la aplicación de la tabla antigua con la nueva, es una inquietud válida.

La determinación de la edad de las personas, también es un dato importante que debe tener la Superintendencia al momento de redactar la circular.

La Universidad Andrés Bello planteó la idea de revisar que los cobros en exceso solo apliquen cuando las ISAPRES hayan tenido utilidades y no pérdidas. Señaló que también es un tema a revisar y es interesante analizar el concepto que utiliza el fallo, que habla de exceso.

Por otra parte, llamó a avanzar en las fórmulas a través de las cuales se va produciendo el equilibrio para que no quede una cartera favorecida en desmedro del resto de la cartera, que tendría que hacerse cargo de ese grupo y entiende que la Universidad adelanta que se podría usar el estudio de la Superintendencia de Salud, realizado con posterioridad a la implementación de la circular N°343, donde determinan ciertas modificaciones a los precios base que se produjeron en esa época.

Por último, la Universidad adelanta también que se puede modificar la tabla de factores, porque la circular así lo establece. Estimó que se trata de un tema más complejo y se verá cómo enfrentarlo.

A su vez indica, temas que la circular también debe establecer, como los plazos durante los cuales se van a realizar los eventuales pagos retroactivos; las diferentes formas de devolución, que aparecen como prestaciones de salud, coberturas financieras adicionales, capitalización accionaria o en dinero.

Consideró que cada uno de estos puntos es importante para la Comisión, con el objeto de determinar aquellos que resultan razonables y con esos puntos establecidos, construir la metodología para determinar los números.

El Honorable Senador señor Castro González dijo entender que la manera de interpretar el acatamiento del fallo, por parte de la Asociación de ISAPRES, es sobre la base de la propuesta de la Universidad Andrés Bello.

El señor Simon comentó que es correcto, pero con las consideraciones adicionales, en el sentido de mantener el equilibrio de las carteras, para que no sean favorecidas unas pocas personas en desmedro de otras, y no pueden quedar, a raíz del fallo, personas con cotizaciones bajo la cotización legal.

El Honorable Senador señor Chahuán sostuvo que los magistrados hablan a través de sus resoluciones y lo que corresponde es que el recurso de aclaración sea interpuesto por las partes.

A su vez, manifestó que es una oportunidad para resolver al menos dos nudos críticos que ha tenido el sistema privado de salud, que dice relación con las tablas de factores y las preexistencias.

El Honorable Senador señor Gahona consideró que el gran problema del fallo, es resolver el tema de la cuantía de los recursos y si efectivamente el monto se puede devolver sin que el sistema se desestabilice o quiebren las empresas de salud privada.

El Honorable Senador señor Macaya sostuvo que las declaraciones de la Ministra de la Corte Suprema, señora Vivanco cambian el escenario, dado que se ha intentado legislar en función de un fallo de la Corte Suprema, donde originalmente se interpretaba desde el Gobierno, que los USD1.400.000.000 que impactaba este fallo en el funcionamiento de la industria, hacían necesaria esta legislación.

Las cifras están en entredicho y la urgencia es buscar una solución general que está radicada en esta Comisión en el plan garantizado de salud.

Señaló que la mirada no debe estar puesta en interpretar un fallo en particular, sino tener la mirada puesta en el mediano y largo plazo. El Congreso Nacional debe dar una solución que hable de pilares básicos del sistema como la solidaridad del mismo, que se sustentaba, hasta antes del fallo de la Corte Suprema, en que personas sanas financiaban de alguna manera a personas que tenían condiciones de preexistencia, personas jóvenes, también ayudaban a financiar a personas adultas mayores.

Indicó que el fallo de la Corte Suprema, de alguna manera, pone en entredicho ciertas cosas, no se puede tomar solamente algunos aspectos del fallo de la Corte Suprema y desconocer otros que tiene que ver, por ejemplo, con la solidaridad del sistema.

La Honorable Senadora señora Órdenes calificó de insólito que un fallo que es de noviembre de 2022, a través de una entrevista de la Ministra Vivanco, dé un giro. Recordó que la Comisión de Salud viene hablando desde hace tiempo de su aplicación a todos los afiliados, eso es lo que dice el fallo, y no tener clara la cobertura, es generar una incertidumbre de gran magnitud.

Manifestó entender que la cobertura no es universal. No se saben los criterios a ocupar. Por tanto, el tema de la Comisión es definir un método para aplicar el fallo y también mitigar sus efectos.

Por otro lado, hay una debilidad del sistema completo si no se otorga certeza del número marginal de usuarios a los que afecta el fallo.

El Honorable Senador señor Latorre consultó por el estudio realizado por la Universidad Andrés Bello recibe algún financiamiento, por ejemplo, de alguna ISAPRE.

Por otra parte, se han referido a las declaraciones a través de una entrevista de la Ministra Vivanco, que según los dichos del Presidente de la Corte Suprema, habló a título personal.

Recordó que en marzo de este año 2023, señaló como vocera, que este es un fallo de efectos generales para todos aquellos que han sido afectados por la imposición de tablas de factores que no correspondían.

Consideró, por tanto, importante un recurso de aclaración, que entiende que será presentado por la Superintendencia de Salud.

Por otro lado, señaló entender que las personas que han demandado son cerca de 700.000, que estarían en el universo de la devolución y los cálculos de la Superintendencia de Salud, también son aproximadamente por 700.000 contratos, solicitó aclarar esa información.

A su vez, requirió aclaración sobre otro punto importante del fallo, relativo a la adecuación de los planes base, en función de la tabla única de factores y eso sí sería de carácter general, no solo para las personas que han demandado.

La señora Ministra de Salud consultó a la Asociación de ISAPRES si va a presentar un recurso de aclaración, porque más allá de que el Superintendente ha presentado el recurso de aclaración en enero de ese año, recordó que conminaron a la Asociación a presentar uno.

Manifestó que nuevamente la Superintendencia de Salud va a solicitar un recurso de aclaración, con detalles, para no dejar espacio a lecturas diversas.

El interés del Ejecutivo es intentar evitar una crisis para el sistema y mantener una estabilidad dentro de los márgenes que plantea la sentencia de la Corte Suprema. Por eso, ha solicitado en innumerables oportunidades saber si presentarán un recurso de aclaración más allá que ahora adhieran a la interpretación de la Universidad Andrés Bello.

Comentó que el proyecto de ley corta no contempla, ni los mecanismos, ni los montos de cálculo, porque había una diferencia de interpretación entre la Asociación de ISAPRES y la Superintendencia.

Hay elementos en el proyecto de ley que plantea una forma gradual y responsable de implementar los distintos elementos de la sentencia y que después de la aclaración se podrán analizar, pero piensan que sigue siendo necesaria una forma gradual y responsable de implementar los distintos elementos, especialmente si se confirma que la aplicación de la tabla de factores es universal de aquí en adelante.

El Honorable Senador señor Gahona señaló que es correcto lo relacionado con que la ley corta debería establecer la gradualidad, metodología y aquellos aspectos relacionados, pero muchas de las cosas mencionadas son facultades propias de la Superintendencia y las puede ejercer.

Solicitó aclarar qué aspectos están fuera del ámbito de atribuciones de la Superintendencia que necesita la aprobación de una ley corta.

El Presidente de la Asociación de ISAPRES de Chile A.G., señor Simon respondió a las consultas formuladas. Reconoció que hay un tema importante de la tabla de factores y en el tema de la preexistencia. La consideración de un plan único, tanto para las personas del sector público como privados, estimó que es un avance.

Por otra parte, el Senador Gahona y la señora Ministra, consultan si se va a presentar o no un recurso de aclaración. Al respecto señaló comprender que la aclaración la hacen los incumbentes y es la Superintendencia o las ISAPRES directamente, pero como Asociación, no pueden hacerlo.

Comentó que la posición de la Asociación es entender que el fallo pretende ordenar el sistema y se debe poner en práctica con la prudencia necesaria, de manera de no causar ningún problema en su funcionamiento.

Respecto a la duda planteada por el Senador Gahona sobre el aumento de demandas que surjan en lo sucesivo, consideró que se va a producir en la medida que no se den señales claras del avance de la solución al problema de implementación del fallo.

Está de acuerdo con buscar una solución a mediano y largo plazo, como lo comentó el Senador Macaya y realizar cambios en el sistema de salud tanto público como privado, de manera que el sistema siga funcionando.

Por otra parte, respondió a una consulta concreta realizada por el Senador Latorre, respecto a si la Asociación ha tenido que ver con el trabajo que realizó la Universidad Andrés Bello, a lo cual señaló que no tienen contratación de servicios de estudios con la Universidad mencionada.

El señor Superintendente de Salud clarificó algunas dudas que se han planteado, sobre todo acerca de la cantidad de contratos que estarían afectos a una eventual rebaja y devoluciones deducidas de la aplicación que se va a aplicar respecto del fallo.

Se ha hablado en total de 725.000 contratos aproximadamente, al aplicar dos elementos que se han considerado, por una parte, las tablas de factores y, por otro lado, los menores de dos años.

Señaló en primer lugar, que han sido respetuosos del ordenamiento jurídico y del estado de derecho, en tal sentido, la Superintendencia de Salud en su calidad de ente administrativo, con competencias regulatorias y fiscalizadoras ha sido instruida por la Corte Suprema y se ha presentado un proyecto de ley al Congreso Nacional por parte del Ejecutivo que busca mejorar las condiciones de cumplimiento de este fallo, sobre todo en determinadas materias que van más allá de las facultades propias de la Superintendencia, por ejemplo, instruir de manera universal la aplicación de los menores de dos años, respecto a la totalidad de las ISAPRES, sacar de la garantía legal la imputación del pasivo, toda vez que un pasivo de mayor volumen afecta directamente indicadores que la Superintendencia supervigila.

Lo mismo ocurre con los plazos, porque es muy distinto que por vía administrativa se determinen plazos, a que la ley otorgue una facultad de plazo más extendido, para amortiguar el efecto del fallo o la definición de excedentes. Actualmente los excedentes están regulados por el DFL N° 1 y son claros los elementos que se pueden considerar.

Señaló, a propósito del alcance de los fallos respectivos, que todos los actores involucrados han estado contestes respecto al alcance general del fallo, no ha sido una situación de la Superintendencia ni del Gobierno.

Manifestó, por tanto, que los criterios y elementos de cálculo son parte del tenor literal del fallo y de su aclaración, no son antojadizos ni arbitrarios y cualquier criterio distinto, debe ser determinado por la misma Corte Suprema, mediante los recursos que existen para ello.

El tenor literal del fallo es bien claro, indicó que en el considerando vigesimoséptimo señala que “(…) esta Corte deberá declarar como ilegal y arbitrario el hecho de mantener su vigencia con carácter general, para todos los contratos individuales de salud que administra y a los que aplica, ordenando las medidas que se indicarán en lo resolutivo.”

En la parte resolutiva de la sentencia se indica que se deja sin efecto la tabla de fijación de precios y consecuentemente queda sin efecto la aplicación de dicha tabla de factores para calcular el precio final de todos los contratos de la ISAPRE recurrida. Esta ISAPRE deberá calcular el precio final de todos los contratos de salud que administre, multiplicando el valor del plan base correspondiente por la suma de los factores del grupo familiar, aplicando para ello la tabla única de factores contenida en la circular.

Señala lo anterior porque no es el contenido de la circular, sino que se remite a la tabla única que está contenida en la circular N°343 de la Superintendencia de Salud.

Además, se añade que la aplicación del procedimiento anterior no podrá importar un alza del precio final y una vez calculado el precio final de los

contratos individuales aplicando la tabla única de factores, solo podrá autorizarse un alza de precio final de dichos contratos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o beneficiarios y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar allí previsto.

La Superintendencia de Salud, en ejercicio de sus facultades de fiscalización y dentro del plazo de seis meses, determinará el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud administrados por la recurrente, en los términos de la tabla única de factores de la circular N°343.

La Superintendencia de Salud dispondrá además las medidas administrativas para que, en el evento de la aplicación de la tabla única, determine un precio final a un contrato inferior al cobrado y percibido por la recurrida, las cantidades recibidas en exceso y cuyo cobro no esté prescrito, y sean restituidas como excedentes de cotizaciones.

A continuación, señaló que la Superintendencia no tiene facultad como ente administrativo para interpretar los fallos de los tribunales de justicia. Aun cuando la Superintendencia no es parte del fallo, presentó en el mes de enero un recurso de aclaración.

Recordó a su vez que con fecha 18 de agosto de 2022, ya se habían dictado fallos con efecto general, a propósito del proceso de adecuación precio-base.

A continuación, se refirió a la afirmación de que la Superintendencia de Salud no habría acompañado antecedentes financieros. Al respecto informó que la Corte Suprema, no ha solicitado formalmente a la Superintendencia un informe financiero.

Por otra parte, al resolver una solicitud de prórroga, la Corte Suprema en el numeral 4, señala que debe tenerse presente que hasta la fecha la Corte no ha recibido ningún antecedente ni estudio acerca del impacto del fallo o de los aspectos económicos de su cumplimiento que hubiera explicado su retardo. Agrega que, sin perjuicio de lo anterior, los aspectos financieros y presupuestarios del sector ISAPRE, no son materia de competencia de este tribunal.

Sostuvo que los escritos tanto de aclaración como en la prórroga, en concordancia con el fallo, se señaló que este tenía efectos generales.

Manifestó que dado los nuevos antecedentes a raíz de las declaraciones de la Ministra señora Vivanco, la Superintendencia ingresará un nuevo recurso de aclaración ante la Corte Suprema, a pesar de no ser recurridos ni recurrentes, a fin de que sea el propio tribunal quien zanje las inquietudes que se han generado.

Se debe aclarar si efectivamente la Superintendencia debe dar una instrucción de carácter general o será por la vía de los reclamos o recursos ante la Corte que los ciudadanos podrán reclamar hacia adelante las rebajas. También se deben aclarar los efectos de los menores de dos años o la forma de devolución por vía de excedentes.

Consideró que se deben mantener los criterios al tenor literal de los fallos, estos criterios son:

Contratos que fueron considerados: los contratos de salud administrados por las ISAPRES a noviembre del año 2022, cuyo precio se calcula con una tabla de factores distinta a la tabla de factores única de la Superintendencia, que corresponde a planes grupales e individuales que contengan tablas de factores.

No se incorporan en este análisis el contrato de salud, cuyo precio no tenga como mecanismo de cálculo la tabla de factores distinta de la tabla de factores única, como, por ejemplo, planes grupales que no tengan tabla de factores, aquellos cuya prima representa el 7%.

Siendo el alcance del fallo para todos los planes que utilicen la tabla de factores distinta a la establecida en la circular, deben incluirse tanto planes grupales como individuales, que contengan tablas de factores.

En cuanto a la propuesta de no incluir planes grupales que, teniendo tablas, tienen un sistema de adecuación de precios distinta a aquella consagrada en el artículo 198 del DFL N°1, dicha propuesta a juicio de la Superintendencia, no tendría sustento por lo siguiente:

En primer lugar, porque la Corte Suprema no ha distinguido en sus sentencias entre planes grupales e individuales, ello implicaría aceptar que las tablas de factores antiguas, es decir, aquellas que distinguen por sexo y edad, solo serían arbitrarias en los casos de planes individuales y no grupales, aun cuando los efectos sean los mismos.

En segundo lugar, la Corte Suprema refiere a todos los contratos individuales, lo que implica el concepto de planes, recordó que incluso en un plan grupal, se requiere de un contrato individual de cada afiliado, por el cual se adscribe a un determinado plan.

El hecho de que el sistema de adecuación de precios para estos planes sea distinto, no implica que la tabla de factores no se utilice para determinar el precio final. Pero, además, señaló que si hubiese dudas respecto a este criterio, se despeja a propósito de los fallos de la Corte Suprema, ya que, entre ellos, se encuentran algunos relativos a planes grupales.

Respecto de la edad a considerar, recordó que la aclaración de la Corte Suprema, en aquello que concierne al segundo punto relativo al alcance temporal de eventuales restituciones, estableció que, si bien es cierto, desde el año 2010 era conocida por las instituciones la decisión del Tribunal Constitucional en relación a la inconstitucionalidad de tabla de factores vigente, la certeza sobre la nueva tabla, se alcanzó únicamente con la referida circular, la que debió ser aplicada por las ISAPRES desde su entrada en vigencia.

En consecuencia, es a partir de esa fecha que se establecerán las condiciones de eventuales devoluciones, que tal como se ha ordenado, debe determinar directamente la Superintendencia de Salud.

Eso responde la Corte Suprema en la aclaración, por ello y estableciendo la entrada en vigencia de la tabla como un elemento de temporalidad y dado que para el cálculo se requiere contar con una edad de afiliado, porque al ser una tabla que establece diferencia por edades, hace la diferencia la edad cuando se firma el contrato o la que tenía cuando empezó a regir el instrumento que es validado.

Debido a que la Corte establece que el instrumento validado rige a partir del 1 de abril de 2020, se consideran las edades a esa fecha y se circunscribe a ese momento.

En cuanto a la fechas que se han establecido respecto a la sentencia, indicó que estas han quedado muy claras a partir de los recursos de aclaración, en cuanto a las restituciones eventuales y los cobros en exceso, ya no representa una diferencia, toda vez que la Corte Suprema ha señalado con precisión la fecha desde la cual deben computarse, que es desde el 1 de abril del 2020, que continúan también devengándose los eventuales cobros realizados en exceso.

Por otra parte, en cuanto a los menores de dos años, se ha establecido la misma fecha de 30 de noviembre 2022, como punto de partida, porque dice “de ejecutoriada la sentencia” y es la fecha que se han ido considerando.

La jefa del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, señora María Mercedes Jeria comentó que le corresponde presentar la metodología de cálculo para estimar los montos de las cotizaciones a restituir por ISAPRES, en el contexto de la aplicación del fallo de la Corte Suprema, por tabla de factores.

Recordó la cronología del trabajo e informó que partieron trabajando en el mes de diciembre del 2022, con el fallo de la Corte Suprema de 30 de noviembre. Con la caracterización, se definieron las unidades de análisis, el período de referencia y la identificación de alcances temporales, la variable de interés. Luego en el período que abarca febrero de 2023 a abril de 2023,

elaboraron el diseño y análisis, con el archivo de maestro específico que fue solicitado a través de la Intendencia de Fondos en el oficio circular N° 5 de 28 de febrero del 2023.

Se elaboraron dos instancias en el período de cálculo, porque les importa la lectura estricta del fallo y tienen que velar porque los cálculos estén bien realizados y, por tanto, se trabajaron dos cálculos en paralelo, con dos *softwares* diferentes. Posterior a esa instancia, se abordó una etapa de cálculo de verificación por sobre los dos cálculos en paralelo, también con un nuevo *software* y en ese momento se elaboró la metodología.

A continuación, recibieron los archivos maestros específicos, validados por la unidad de datos de la Superintendencia, el día 6 de mayo, siendo que los datos se habían solicitado para el 31 de marzo del 2023. Durante el período que abarca un mes, entre el 4 de abril hasta el 5 de mayo de 2023, se tuvo que realizar una validación y auditoría a los datos, por lo cual, recién recibieron los datos informados por las ISAPRES el 6 de mayo.

Del 6 al 29 de mayo de 2023, realizaron operaciones de control acerca del manual metodológico, de la memoria de cálculo y una tercera instancia relativa al cálculo, que es una auditoría interna, donde tomaron el manual metodológico, entregaron la base de datos a un analista que no había tenido que ver con el cálculo previamente y el resultado de ese cálculo, es contrastado con lo que anteriormente tenían y llegaron al mismo resultado.

Señaló que tienen una línea temporal que parte en abril del año 2020, con un hito importante que es el inicio de la aplicación de la tabla de factores única del 1° de abril del 2020. Luego está el hito de las primeras sentencias, el 30 de noviembre del 2022.

Establecen que el punto de referencia para el análisis temporal, es el mes de noviembre de 2022.

Aclaró que el análisis es mensual de todos los contratos. Se hace un análisis retrospectivo en relación a noviembre de 2022 y un análisis prospectivo a partir de noviembre de 2022.

En primer lugar, la fuente de información del análisis retrospectivo, son los datos informados por las ISAPRES a través del archivo maestro, cambio de los factores de riesgo de los beneficiarios, a solicitud de la Superintendencia de Salud.

Recalco que el archivo cuenta con casi 105.000.000 de registros que están constituidos por 37 campos. Los registros son referidos a personas beneficiarias de las ISAPRES, cotizantes y cargas, para el período de abril de 2020 a diciembre de 2022, adscritas a un plan de salud que utilicen una tabla de factores.

Señaló que el precio pactado del contrato de salud en el mes “t”, se paga con la cotización del mes siguiente, por ejemplo, el valor de un contrato de abril de 2020, debió ser pagado por la cotización en salud asociada a la remuneración de mayo de 2020, dado que la imputación de la tabla única de factores a cada contrato de salud se realiza desde abril de 2020, las remuneraciones y, en consecuencia, las cotizaciones que se verán afectadas son las de mayo de 2020 a noviembre de 2022.

La caracterización del análisis retrospectivo parte por el período de análisis, se considera 31 meses desde abril de 2020 (entrada en vigencia de tablas de factores único) a octubre de 2022.

En el método de cálculo retrospectivo, el cálculo opera mensualmente para cada contrato de salud del período de análisis. En cada mes se compara el precio actual del plan complementario, con el precio nuevo determinado con la tabla de factores único, teniendo presente que el precio nuevo se aplica solo en la medida que sea inferior al actual (según el numeral 4 del fallo de la Corte Suprema).

En cuanto a la unidad de análisis, señaló que es el contrato de salud administrado por las ISAPRES a noviembre de 2022, cuyo precio se calcula con una tabla de factores distinta de la tabla de factores única, es decir, suscritos antes del 1° de abril de 2020, individual o grupal, expresado en pesos o en unidades de fomento. No se incorporan en este análisis contratos de salud cuyo precio no se calcula con una tabla de factores distinta de la tabla de factores única como, por ejemplo, aquellos asociados a planes grupales sin tabla de factores, ni aquellos cuya prima representa 7% de su renta imponible.

Explicó que el universo de análisis es el conjunto de estas unidades estadísticas, es decir, los contratos de salud con tablas de factores distintas a las tablas de factores única, administrados por la ISAPRE a noviembre de 2022.

Mencionó que, por ejemplo, contratos que, con anterioridad de noviembre de 2022, hayan tenido tablas asociadas distintas de la tabla de factores única, pero que en el mes de noviembre de 2022 se cambiaron de plan a uno con tabla de factores única, no son considerados en el análisis retrospectivo y, por tanto, no se verían afectos.

El Ministro de Justicia y Derechos Humanos, señor Luis Cordero realizó una presentación que trata de poner en contexto la discusión que está asociada a la sentencia de la Corte Suprema, que es objeto de la controversia y que da origen a este proyecto de ley.

Añadió que hará referencia a la evolución que tiene el proceso sobre la acción contra las ISAPRES, pero que permite en algún sentido entender el

razonamiento de la Corte. Manifestó que el razonamiento de la Corte no puede ser entendido como aislado y como simplemente arbitrario.

Mencionó algunos puntos relevantes que se deben observar, la primera, es que todo el debate sobre el cual ha descansado la atención judicial en materia de ISAPRE, descansa en el recurso de protección, porque pareciera que se olvida que no son simples acciones civiles, sino que han sido acciones de tutela de derechos fundamentales, donde la regla de competencia general que le otorga la Constitución y el auto acordado a los tribunales es bastante amplia.

Advirtió que suele suceder en el recurso de protección desde su nacimiento, que en ocasiones las sentencias de la Corte tengan efectos adicionales a las partes, denominado efecto ultra partes. Lo mencionó por la recurrente cita al artículo 3º del Código Civil, que tiene una particularidad concreta en el caso del recurso de protección, que más adelante hará referencia a eso.

En segundo lugar, señaló que desde que el Tribunal Constitucional declaró inconstitucional la tabla de factores, sucedió que todo el conflicto se llevó a tribunales, específicamente a través del recurso de protección. Más de 2.220.000 casos se registran entre 2013 y 2022.

Indicó que las controversias están concentradas principalmente, en el alza de plan base y en GES. Pero lo más relevante, para entender el contexto de las decisiones de la Corte Suprema durante el año 2022, es que la mayoría de los casos en esta última década, están concentrados específicamente en el año 2022, más de 668.000 casos que son muy diversos.

Al mirar la trayectoria, nos muestra que hay dos momentos relevantes de administrar más de 100.000 casos en las Cortes de Apelaciones: el año 2019 con 376.000 y el 2022 con 668.000 casos. Los temas centrales son GES, alza de precio del plan base, y hay otros aspectos que son relevantes, que son importantes, no en cantidad, pero son importantes para comprender el razonamiento judicial de la Corte.

Reiteró que es muy importante el año 2022, que es el año de mayores ingresos en el sistema judicial y el 83% de los casos que resolvió la Corte Suprema son sólo recursos de ISAPRE. Es decir, el sistema judicial ha estado sosteniendo el litigio sobre la base del conflicto entre los afiliados y las ISAPRES.

Lo cual tiene consecuencias extremadamente complejas en la congestión judicial. Al ver la trayectoria de la Corte Suprema, el año 2013, es el año en que comienzan a subir los casos que, hasta esa fecha, tenía ingresos de 12.000 casos aproximadamente y solo comienza a subir progresivamente en materia de ISAPRE.

Si luego se hace un análisis sobre los casos que ha resuelto la Corte Suprema, en materia de ISAPRES, las materias que habitualmente enfrenta son cobertura de medicamentos, cobertura hospitalización, alza del plan de salud por nacimiento o incorporación de hijos recién nacidos, alza el plan de salud por factores de edad y sexo, alza de prima GES, alza por adecuación de plan base, acceso a prestaciones GES, cambio prestador GES, negativa la incorporación a una ISAPRE, cambio al plan de salud y término unilateral por enfermedad preexistente.

Al mirar la trayectoria de la jurisprudencia de la Corte, se ha enfrentado a todos estos temas durante esta última década y con indiferencia a los Ministros y Ministras que han integrado la Sala, el efecto que esto ha ido produciendo es una manera de comprender lo que entiende por el contrato con los afiliados y que deriva principalmente de la decisión del Tribunal Constitucional el año 2010.

Recordó que desde el año 2015, todos los Ministros de la Corte Suprema, han advertido de esta situación en sus cuentas públicas.

El Ministro Juan Eduardo Fuentes fue el primero que se refirió a que se había tratado de buscar una solución legal, mediante la ley N° 21.350, la ironía de esa ley es que aumentó la judicialización, a propósito del plan base.

Si se quiere comprender lo que está sucediendo ahora, no se puede desprender de la evolución jurisprudencial de la última década.

La decisión de la Corte Suprema de agosto del 2022, tomó la estrategia para abordar la abrumadora cantidad de casos que estaban ingresando el año 2022. Primero, la totalidad de los casos de recursos de protección se ven sin alegatos previos, por lo tanto, lo que hace la Corte Suprema en el recurso de protección en segunda instancia, excepcionalmente, es otorgar audiencias y lo hace no solo en este tema, también pasa en temas ambientales u otros con alta connotación pública, como el caso de violencia rural o las ocupaciones ilegales. La señal que la Corte suele dar para decir que va a definir un criterio general, es que en esos casos da audiencias públicas y, por lo tanto, se conceden alegatos.

En el caso de las ISAPRES prácticamente esos alegatos no existen, salvo cuando la Corte quiere definir un criterio y eso sucedió a propósito del alza de los planes bases anuales de salud.

Fue el primer momento en que la Corte, respecto de la cantidad de ingresos que tenían en el año 2022, dada su magnitud tomó la decisión de convocar a una audiencia donde se debatió precisamente este tema.

En opinión de la Corte, lo que hicieron las ISAPRES, fue fijar el techo definido por la Superintendencia de Salud y lo que la Corte dice en ese caso en particular, que las ISAPRES tienen que justificar en cada caso el aumento.

El 19 de agosto del 2022, la Tercera Sala de la Corte anunció públicamente el efecto que esto producía, y en la parte resolutiva, en numeral dos, lo dice explícitamente, “consecuencialmente se deja sin efecto el alza porcentual de los precios bases de todos los planes de salud administrados por la ISAPRE”.

En el criterio de efecto general (que no es lo mismo que efecto universal), es decir, de aquellos aspectos en que la Corte detecta, en caso concreto, la ilegalidad, había sido anticipado en el criterio que definió la Corte el 19 de agosto de este año (plan base).

El segundo, es que cuando se resuelve el caso que da origen al proyecto en discusión, que es en noviembre de este año 2023, de nuevo la Corte advierte y lo dice explícitamente, que ha definido un criterio nuevo y lo hizo bajo la misma fórmula: convoca a audiencia, se formulan alegatos y en esos alegatos las aseguradoras solicitaron a la Corte que definiera un criterio general.

Para entender bien la parte resolutiva de la Corte es conveniente entender muy bien las partes considerativas. En las partes considerativas la Corte advierte tres cuestiones que son básicas. La primera, es que advierte explícitamente que se está aplicando una tabla de factores respecto a la cual el Tribunal Constitucional expulsó del ordenamiento jurídico.

En segundo lugar, manifestó que en tribunales se han enfrentado dos maneras de concebir la relación entre los afiliados y las aseguradoras (como argumento judicial). Por un lado, mirarlo como un seguro privado de distribución de riesgo y por la otra, mirarlo desde la perspectiva del derecho a la salud y la seguridad social. Esas son las dos maneras en que se han enfrentado en tribunales.

Por eso, cuando se observan los casos anteriores al 2010, los recursos de protección de ISAPRES se amparaban en la cláusula constitucional de contratos por propiedad. Cuando el Tribunal Constitucional mueve la frontera, lo hace en base al derecho a la salud. Al mirar la sentencia, en el caso de tabla de factores, lo que señala principalmente, es derecho a la salud y lo califica como si fuera un derecho social.

Lo anterior importa, porque no es posible entender el razonamiento de la Corte Suprema sin la evolución de esos 10 años. Cuando el considerando vigésimo tercero responde a esa interpelación, lo hace con esa jurisprudencia de 10 años y lo dice explícitamente: “Es necesario manifestar que el contrato

de salud no puede reducirse a un seguro individual, pues opera a fin de materializar el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y a la seguridad social.”. Y por eso, la Corte entiende que los mecanismos de discriminación por sexo y edad son inconstitucionales.

El tercer elemento que es clave para entender los efectos de la decisión es que la Corte advierte en dos momentos, a la pregunta de qué sucede con las otras personas que no recurrieron. Recordó que la Corte elige casos que representan distintas ISAPRES, para definir un criterio común, pero lo hace a partir de casos separados. Y lo que señala explícitamente la Corte, es que la recurrida, según expresó en su informe y apelación de autos, mantiene vigente para todos sus planes suscritos con anterioridad al 11 de diciembre de 2019, a pesar del carácter discriminatorio de sexo y edad, y por eso la Corte, que conoce de este caso, mantiene sobre los otros casos la obligación de sostener también su ilegalidad.

No hay que olvidar el medio jurisdiccional que se está utilizando, que es el recurso de protección.

Por lo mismo, la Corte clásicamente ha entendido que sobre el recurso de protección tiene una tutela amplia y por eso los casos ultra partes son más habituales de los que se cree en el recurso de protección. Los casos, por ejemplo, de contaminación, donde se toman medidas adicionales respecto a los sujetos recurridos. Los casos de ocupaciones ilegales, tienen la misma particularidad. Las declaraciones de la Corte Suprema vinculadas al derecho humano al acceso al agua, descansen en el mismo criterio, es decir, efectos ultra partes.

Esto tiene que ver con entender el razonamiento judicial en el recurso de protección. Está en el entendido que, a través del recurso de protección, el juez está sometido a un principio de oficialidad. Por lo tanto, en el considerando que sigue, dice la Corte, que entiende que no sólo es el recurrente, sino que todos los afectados por la aplicación de la tabla en esta ISAPRE (que es el caso que está resolviendo). Y por un principio de igualdad, toma esa decisión.

Sorprenderse de que la Corte hoy esté resolviendo del mismo modo como lo ha hecho en los últimos 30 años, significa no haber leído algunos folios de la Corte Suprema previamente.

Señaló que la situación judicial del año 2022, es una situación que está en un contexto evolutivo de la jurisprudencia de la Corte Suprema, que solo es posible comprender la forma y modo en que el conflicto con las ISAPRES ha sido llevado a tribunales y que trata de resolver en la abrumadora cantidad de casos que el año dos mil veintidós ingresan en el sistema.

El Honorable Senador señor Chahuán recordó que ha sido testigo del criterio de la Corte, en los que ha dictado fallos con efectos generales. Respecto a las declaraciones de la Ministra de la Corte Suprema, entiende que los magistrados hablan a través de sus resoluciones, no a través de declaraciones y por tanto, consideró relevante saber si el Superintendente va a presentar una solicitud de aclaración.

Por otro lado, solicitó al Ministro de Justicia si va a haber un recurso de alteración, para establecer cuáles son los efectos del fallo. Porque uno podría pensar que hay dos formas: una, que se amparó en la mutualización del riesgo, desde el punto de vista que es un seguro privado de salud, o bien la argumentación es que se entiende que, dentro del derecho a la vida, contempla el derecho a la salud. Por eso es relevante saber cuál es la línea argumental.

El Honorable Senador señor Latorre consultó por las amenazas de demandas al Estado de Chile por parte de algunos inversionistas extranjeros, o demandas que ya están en curso y cómo se está abordando aquello.

Consideró que sería un mal precedente que una industria que tiene una regulación y que ve amenazada sus expectativas de ganancias, demande al Estado de Chile frente a una decisión autónoma del Poder Judicial.

El Honorable Senador señor Castro González observó que hay tres aristas que se desprenden, quienes son las personas que tienen derecho a excedentes o devoluciones; la rebaja de precio en sus planes y la eliminación de la tabla para los menores de dos años. La entrevista de la vocera de la Corte Suprema alude al primer punto, esto es, quienes serían meritorios de devoluciones. Consultó al Ministro cuál es el nivel de incertidumbre que queda respecto a los otros dos casos.

¿Se puede volver a interpretar que el que amerita devolución no es a la vez el mismo que amerita rebaja de precio? porque esto deriva de una aplicación de cierta tabla de factores, que dice que le cobraron en exceso retroactivamente, pero además su precio final es más bajo. Es el mismo universo.

Podría judicializar aún más el sistema al decir que solo los recurrentes pueden beneficiarse y, por lo tanto, si quieren tener ese beneficio, tienen que recurrir.

En segundo lugar, señaló que, en distintas Cortes de Apelaciones del país, hay quienes han recurrido desde noviembre a la fecha por la misma razón y no se ha fallado del mismo modo o se han admitido a trámite señalando que la Corte Suprema ya falló.

El Ministro de Justicia y Derechos Humanos señaló que el Ejecutivo va a presentar una solicitud de aclaración. Ya lo había hecho en dos oportunidades.

Reiteró que muchos de los argumentos públicos que se han dado, descansan sobre asumir que el conflicto al cual ha estado sometido el conocimiento de los tribunales fuera igual que una demanda civil. Se olvida que son acciones de tutela de derechos fundamentales.

La Superintendencia de Salud no es parte de este recurso, los recursos fueron las ISAPRES, lo que hace la Corte es que involucra un organismo del Estado a través de la solicitud de informes y esto porque como se modificó el auto acordado del recurso protección, la Corte Suprema estableció en ese auto acordado, que puede requerir informes para terceros.

Entonces, la manera en que la Corte trae a una parte a la discusión, es pidiendo un informe, que fue lo que hizo con la Superintendencia. Esto es relevante, a propósito de la pregunta del Senador Chahuán, porque el recorrido no es la Superintendencia, es la ISAPRE. Y transforma en protagonista a la Superintendencia de Salud, al momento en que le pide un informe, y termina ordenándole a ella el mandato.

Lo anterior no es nuevo, lo hace con todas las Superintendencias, los casos ambientales se caracterizan por esto, le solicita informe a la Superintendencia de Medio Ambiente o al Servicio de Evaluación Ambiental y a él le ordena medidas.

Esto es importante para entender que eso es derecho vigente en Chile, que podrá gustar o no, pero la insistencia de que de creer que solo existe el artículo 3° del Código Civil, es como pensar que la Constitución y el resto de las normas no existiera.

El derecho a la salud es fundamento en estos casos a partir del fallo del Tribunal Constitucional del 2010, porque recordó que el derecho a la salud no está cubierto directamente por el recurso de protección. Entonces, lo que han hecho los jueces, es que la Corte lo cubre a partir del derecho a la vida, de la integridad física, como los casos de financiamiento de medicamentos de alto costo, y a partir de eso, reconstruye derecho a la salud.

Lo que ha venido sucediendo es que la Corte utiliza derecho a la vida, derecho a la integridad, para involucrarse en derecho a la salud, aunque el origen de esta discusión está en la sentencia del Tribunal Constitucional, que habla directamente de derecho a la salud, lo que ocurre es que el Tribunal Constitucional no estaba condicionado por el tipo de derecho.

Antes del año 2010, los tribunales resolvieron casos de ISAPRES, pero con el razonamiento del derecho del contrato de seguro. Dado que una

persona tiene derecho de propiedad sobre el contrato, entonces, podía recurrir de protección.

Esto tiene que ver con cómo ha ido evolucionando la jurisprudencia. Cuando la Corte toma el criterio de derecho a la vida, no necesita asilarse en el contrato, sino que en la naturaleza de la prestación.

Sobre la consulta del Senador Latorre, explicó que, en la actualidad, Chile no está directamente demandado en arbitraje internacional, a propósito de los acuerdos de protección de inversiones, sino que se ha abierto la etapa de conversaciones sobre este punto, pero formalmente hasta ahora esa demanda no se ha producido, en buena parte por lo que se está discutiendo en este Congreso.

Respecto a la pregunta del Senador Castro González, manifestó que es relevante tener en consideración que lo que obliga a la Superintendencia y al Estado es una sentencia judicial que, dada la naturaleza del recurso de protección, y la parte resolutiva en estos casos, en que la Corte Suprema reenvió esto a todas las Cortes de Apelaciones, el otorgamiento de la prórroga.

Eso ha llevado a que algunas Cortes de Apelaciones, citando los roles de las sentencias que resolvió la Corte Suprema, declare inadmisibles los recursos de protección, porque entienden que la medida de cautela ya se adoptó, que es el efecto general sobre los contratos asociados a cada ISAPRE.

Y hago esta distinción, porque es la manera en que está utilizando la Corte, que no elige un caso para aplicarlo a todo el sistema, sino que elige varios casos de distintas ISAPRES, porque en el agregado está definiendo un criterio general. Esto es relevante, porque es tema de certeza jurídica también, y es que los casos van a ser resueltos de acuerdo al mismo criterio.

El contexto es más un debate más de política pública, que ya no le corresponde a los tribunales, sino que le corresponde al Congreso y al Ejecutivo como colegislador.

La Honorable Senadora señora Órdenes manifestó que aun cuando exista coherencia desde el punto de vista judicial, consultó la opinión del Ministro sobre el sentido de los recursos de aclaración y cómo poder acotar esta situación para seguir avanzando en la legislación.

El señor Ministro consideró que la Corte Suprema ha tenido la mejor de las disposiciones para resolver estos temas. El Ejecutivo en el mes de enero presentó la solicitud de aclaración y al día siguiente la Corte la tenía resuelta. Al igual que en el caso de la prórroga, la resolvió rápidamente.

Respecto a la necesidad de la ley corta, señaló que es necesaria simplemente porque se tiene que acotar la judicialización, porque se produce la paradoja en materia de judicialización, primero, que el sistema aumenta precisamente el litigio, eso genera una condición, que dado que el sistema judicial genera un efecto selección, que en rigor no todas las personas afectadas van a tribunales sino que las que tienen un compromiso directo con ellas, entonces el que habitualmente está en condiciones de financiar los costos terciarios del sistema judicial puede recurrir a un tribunal y en el largo plazo eso genera un problema de desigualdad.

El ejemplo clásico sería los casos de medicamentos de alto costo. El juez resuelve sobre la base del caso concreto, porque hay un derecho fundamental involucrado, pero en estricto rigor, bajo ese razonamiento, todas aquellas personas que están en la misma condición debieron recibir las mismas prestaciones.

En estos casos, la Corte se pronunció para cada caso respecto de los contratos de esa ISAPRE por eso el efecto selecciona casos. Si el proyecto de ley no tiene una solución general, se va a mantener el sistema judicializado.

A continuación, el **Presidente de Clínicas de Chile A.G., señor Gonzalo Grebe**, quien acompañó una presentación, comentó que son parte de un sistema de salud en el cual, el componente de financiamiento y lo que ocurra con ese componente tiene una serie de implicancias sobre el funcionamiento general del sistema.

Han estado atentos al fallo de la Corte Suprema, a su interpretación y cumplimiento, y ha sido un foco de preocupación respecto al impacto que puede tener sobre la prestación de salud.

Consideró que hay un eventual impacto sobre los pacientes que atienden como prestadores y porque lo que ha ocurrido ha sido incertidumbre respecto a cómo seguirán funcionando como sistema.

Indicó que los prestadores privados representan la posibilidad de la libre elección en salud, no sólo para el afiliado al sistema ISAPRE, porque en toda la complementariedad público- privada (en el caso del afiliado al FONASA), el cual puede, a través de la modalidad de libre elección, elegir donde atenderse y con quién.

Añadió que si bien, se hace una correlación entre el paciente ISAPRE con la prestación privada, las cifras son bastante decidoras respecto a cómo se comporta el sector. Si bien el 16% de la población pertenece a una ISAPRE, que son menos de 3.000.000 de personas, como sector prestador privado están atendiendo más de 11.000.000 de personas anuales, efectúan más de 33,000.000 de atenciones médicas, que corresponde al 52% total de atenciones de la población, realizan más de 80.000.000 de exámenes médicos

de diagnóstico, lo que representa casi el 40% del total de los exámenes, y hacen 680.000 intervenciones quirúrgicas, que representan el 47% del total de las intervenciones que se hacen en el país.

Además, ofrecen el 20% de la capacidad de camas, proveen un total de 7.500 camas, de un total de más de 35.000 camas que componen el sector y con ese 20% realizan el 47% de toda la actividad quirúrgica de la población.

Resuelven además un 20% de las listas de espera y hay una potencialidad de seguir creciendo por razones de eficiencia.

Desde el punto de vista de la fuente laboral, generan 210.000 puestos de trabajo.

Toda la actividad y atención a los pacientes que se ha señalado, se solventa gracias a un financiamiento mixto, donde la operación es posible por los pagos que reciben tanto del sector privado como del sector público.

Aquí es importante tener en cuenta que el 61% de los ingresos que reciben provienen del sector asegurador privado, y el 39% del sistema público. Por lo anterior la crisis y constante incertidumbre sobre el financiamiento privado, sin duda perjudica a los prestadores privados y los ha obligado a destinar parte importante de los esfuerzos cotidianos a planes de contingencia.

Se ha generado una deuda con el aseguramiento, la cual, en el caso de un colapso del sistema, existe una seria duda de que efectivamente esa deuda se pueda liquidar en el corto plazo. La constante amenaza del colapso del sistema ha tenido importantes y negativas consecuencias en la postergación y congelamiento de inversiones.

A esto hay que sumar que los prestadores privados continúan operando bajo un estrés financiero provocado por las deudas del sistema de aseguramiento que se mantienen con los prestadores. Desde el punto de vista del aseguramiento privado, la deuda a marzo, es de $ 485.000.000.000, dentro de eso hay que considerar que más o menos un 30% corresponde a médicos.

Respecto a la deuda pública, con el FONASA mantienen una deuda del orden de $ 146.000.000.000, en sus distintas líneas y no solamente la línea de los facturados pendientes de pagos, sino que hay varias otras líneas que se mantienen pendientes.

La deuda más relevante, que más cuesta que se mueva, es la deuda con los servicios de salud, la deuda que incluso en algunos casos tiene una data más allá del año 2018.

Si se habla de que un sistema tiene que hacerse cargo de un stock de pago a los afiliados de $1.400.000.000, más el componente que se

relaciona con la regularización de la deuda con los prestadores privados, que ha permitido mantener el sistema funcionando este último tiempo, estimó que es imprescindible construir un sistema de salud sostenible.

Las soluciones de fondo y estructurales deben pasar por decisiones que permitan repensar el funcionamiento del financiamiento del sistema de salud. Se debería apuntar al tema de una cobertura universal, donde siexiste un consenso transversal.

También consideró que el arancel FONASA de libre elección es un arancel que requiere una reestructuración, porque actualmente es un arancel que, desde el punto de vista de la cobertura hospitalaria, la desincentiva desde el punto de vista de la libertad de elección.

En otro orden de cosas, señaló que hay un elemento que ha estado alejado de las conversaciones, que tiene que ver con las licencias médicas. Precisó que el año 2022 se gastaron más de $1.000.000.000 en licencias médicas, que correspondió al 27% del gasto de las ISAPRES.

Es un sistema que funciona mal, que si se busca un sistema de gestión adecuado del otorgamiento y pago de licencias médicas totalmente distintos que existen hoy día, probablemente es una tremenda oportunidad de generar reducción de gastos que permitan dar viabilidad a este sistema.

El **Gerente General de UC Christus, señor Cristian de la Fuente**, complementó lo señalado por el señor Grebe, desde la perspectiva del hospital y de la red de salud U.C. Christus, que los caracteriza porque son la red de atención médica universitaria más importante de Chile. Sostuvo que el 40% de los pacientes que atienden provienen de FONASA.

Cuentan con 3 centros CESFAM en las comunas de La Pintana y Puente Alto; están construyendo un centro médico frente al Hospital Sótero del Río; están inaugurando un centro médico en Santiago Centro. Manifestó que tienen un compromiso social, con el país tremendo.

En la actualidad, las ISAPRES les deben $48.000.000.000. Los plazos de pago en lo ambulatorio son a 30 días, pero las cuentas hospitalarias son a 130 o 140 días y con estos plazos de pago, los convierten de alguna manera en una institución financiera.

En segundo lugar, señaló que si todo deriva en que finalmente las ISAPRES dejan de existir y se pasa a un FONASA como asegurador único, ese modelo le preocupa mucho. Comentó que varios precios generan subsidios cruzados.

Por ejemplo, participan en las licitaciones de los GRD, pero no ganan dinero con los GRD, lo hacen porque es un compromiso y un deber con

Chile. Pero por el otro lado, si tuvieran un solo comprador, que es FONASA, las instituciones universitarias, tienen un costo aproximadamente un 30% mayor a lo que puede tener cualquier otro hospital que no es universitario. Los aranceles que les paga FONASA no alcanzan.

Por lo cual solicitó que, si van a llevar un modelo de ese tipo, contemplen la posibilidad de tener aranceles especiales para los hospitales universitarios, porque parte del costo es precisamente formar profesionales de salud para todos los chilenos.

El Honorable Senador señor Castro González consultó por el estado actual de situación de términos de convenios entre ISAPRES y clínicas.

El señor Grebe manifestó que no ha habido nuevos términos de convenio, por lo menos en los últimos seis meses. Comentó que, en el año 2022, hicieron una cuantificación, hubo cerca de diez convenios que se habían terminado, siendo un porcentaje muy bajo. No fue una práctica generalizada y no se ha seguido avanzando respecto a ese tema por parte de los prestadores y la relación con la aseguradora.

El Superintendente de Salud señaló que, según lo que les obliga la ley, tienen las garantías de deudas en relación a las ISAPRES. La garantía se compone fundamentalmente por deuda con beneficiarios y deuda con prestadores, prestadores que son individuales y también prestadores que son institucionales y en ese sentido también se podría subdividir entre aquella deuda conocida, la deuda que es facturada, la que está cobrada, versus la deuda que no es conocida, que es la provisión.

Entonces, el año 2020, a propósito de lo que ocurre con el caso de la ISAPRE Más Vida, es que la superintendencia de la época, el Intendente de Fondos, establece un aumento por sobre el 100% del requerimiento de provisión hacia las ISAPRE.

Informó que, a abril, sobre deuda conocida hay $235.000.000.000 aproximadamente, que están garantizados.

Respecto a la provisión deben ser cerca de $184.000.000.000 para prestadores. Por lo tanto, del orden de los $ 420.000.000.000 es lo que consideran que estaría garantizado para prestadores al mes de abril.

Mencionó que se han tomado medidas que han sido criticadas, pero que estimó que son correctas, que es la mal llamada liberación de garantías. Explicó que está mal llamada así porque permite que las ISAPRES vayan utilizando esa garantía para pago de prestaciones.

Esa es una decisión que está sustentada en la ley, que producto de la situación que ha vivido el sistema, ha sido requerida por las ISAPRES en una mayor cantidad y han sido volúmenes relevantes.

Pero esa decisión ha permitido sostener un flujo de caja en números azules y permitir la continuidad de los pagos. Por lo tanto, es una situación que ha logrado mantener la continuidad en los pagos de las prestaciones que se otorgan.

El Honorable Senador señor Castro González solicitó al director de FONASA que precise sobre la diferencia de monto respecto de las deudas del FONASA hacia las clínicas, en conjunto con el sistema público y del FONASA centralizado.

El Director (S) Nacional de FONASA, señor Juan Fuentes indicó que tienen diferencias metodológicas con la Asociación de Clínicas y con las Clínicas para medir esto. Y eso básicamente porque están obligados como servicio público al uso de los recursos públicos y hay una norma expresa de la ley que les obliga a asegurar que las prestaciones fueron otorgadas y que los precios son los que corresponden. Lo anterior implica un proceso de revisión de las cuentas que tiene tiempo y en el cual han estado trabajando.

Señaló que ese proceso de revisión de cuentas asume un trabajo no solo de FONASA, sino también de las clínicas, es decir, las clínicas entregan sus cuentas, FONASA las revisa y una vez que se produce el proceso de revisión y validación de la cuenta, se produce el pago.

Por esa razón se genera esa diferencia en los montos porque para FONASA solamente hay deuda en la medida en que el pago está validado y por eso sostienen que deben $ 4.000.000.000 al mes de abril.

Lo relevante es que, con independencia de esta diferencia metodológica, han estado trabajando con la Asociación de Clínicas para mejorar su proceso de cobro como el proceso de FONASA para revisarlo.

Por otra parte, se refirió al comentario sobre los precios de licitaciones. Aclaró que las licitaciones son altamente competitivas. En particular en el caso GRD hubo un alza en los postulantes en la última licitación que se está cerrando, con más de 40 clínicas postulando a los precios base máximo que fija el FONASA. En general el proceso es competitivo y hay una alta participación.

El señor Grebe señaló que, con el tema de la deuda, no quiere polemizar, tienen las cifras cuadradas con el FONASA, la deuda asciende a más de $ 190.000.000.000, en distintos estados o procesos, pero consideró que minimizar la deuda a $ 4.000.000.000, no es real.

El Honorable Senador señor Gahona solicitó que se aclare el plan que tiene el Ministerio de Salud para pagar sus deudas relacionadas a los Servicios de Salud.

El Honorable Senador señor Latorre consultó por el espacio para buscar una cooperación público-privada, para satisfacer las necesidades sanitarias de la población. Sin embargo, preguntó si sería necesario una mayor regulación al sector privado de las clínicas, si las acciones se realizan con fondos públicos.

Consideró que hay espacio para una mejor coordinación público-privado desde la óptica de un sistema universal de salud, donde se entiende la salud como derecho social y donde participan proveedores, prestadores públicos y privados.

El Presidente de la Asociación de ISAPRES, señor Gonzalo Simon, respecto al proceso de implementación del fallo a través de la ley corta, indicó que tres ISAPRES han presentado aclaración ante la Corte Suprema.

La señora Ministra reforzó los elementos que mencionó el Ministro Cordero respecto de la racionalidad que da a entender cuál ha sido la trayectoria del conflicto de las ISAPRES a través de la judicialización y que llevan a entender el por qué se dictó esta sentencia que les motivó a presentar el proyecto de ley corta.

Coincidió en la importancia de las aclaraciones, que el Superintendente se comprometió a presentar a la brevedad. Por otra parte, las aclaraciones que han solicitado las ISAPRES a la Corte Suprema, van a permitir tener una mayor certidumbre que es el interés del Ejecutivo.

Enfatizó la importancia que significa el enfoque sistémico para el sistema de salud, en el sentido de que entienden y lo han dicho claramente, que el sistema de salud requiere del prestador privado, que hace un aporte importante a la atención y en relación al aporte que hace el sistema privado y para darle más estabilidad, se presenta dentro del proyecto de ley corta, la modalidad de cobertura complementaria de FONASA, que trata de dar respuesta a las limitaciones que ha mencionado la Asociación de Clínicas y también la Universidad Católica, en relación a la modalidad de libre elección, con mejores aranceles, también a un pago que está más relacionado con la resolución de problemas a través de GRD.

Mencionó que efectivamente, la relación que existe entre FONASA y los prestadores privados se hace con reglas públicas, por lo tanto, no es un precio que defina cada una de las entidades privadas. Hay una aplicación de reglas públicas, que puede ser mejorada, en la modalidad de cobertura complementaria, se optimiza esta aplicación de reglas públicas, pero es necesario mejorar la complementariedad, por ejemplo, en algunos elementos

como la integración del uso de los exámenes clínicos, que las personas los repiten si va a través de la modalidad institucional, en relación a la libre elección.

Con respecto al tema de la deuda que mencionó el Senador Gahona, comentó que el Ministerio de Salud tiene un rol rector sobre los servicios de salud, los cuales son autónomos y son dueños de patrimonio, y son ellos los que tienen la deuda. Con el rol rector, deben propender al cumplimiento de esas deudas.

La diferencia de la deuda que se menciona, respecto a lo informado por FONASA, está el tema que mencionó el señor Grebe de los rebases, que son deudas que vienen incluso del gobierno anterior y que efectivamente están tratando de regularizar de la forma más pronta posible.

El señor Superintendente recordó los criterios de la aplicación del fallo de la Corte que fueron corroborados luego de la respuesta que dio la Corte Suprema a los recursos de aclaración que se presentaron.

En primer lugar, los contratos de salud que fueron considerados, son los administrados por las ISAPRES a noviembre del año 2022, cuyo precio se calcula con una tabla de factores distinta de la tabla de factores única y que incluye tanto a planes grupales como a planes individuales.

No se incorporan en el análisis los contratos de salud cuyo precio no se calcule con una tabla de factores distinta a la tabla de factores única como, por ejemplo, aquellos planes grupales que no contengan tabla de factores o aquellos cuya prima representa el 7% de los ingresos. Esos planes están excluidos.

El alcance de los fallos para todos los contratos, que estén asociados a planes, que utilicen una tabla de factores distinta a aquella establecida en la circular IF N° 343 y en ese sentido tienen que incluirse tanto los planes grupales como individuales.

La Corte Suprema no había distinguido en su sentencia entre planes grupales e individuales, lo que implicaría aceptar que las tablas factores antiguas serían arbitrarias, según el criterio de la Corte, para los casos de planes individuales y grupales, tal como se ha dicho.

La Corte Suprema también refiere a todos los contratos individuales, no se refiere al concepto de plan. Recordó que un plan grupal requiere de un contrato individual. Por lo tanto, en un plan grupal, cada persona que es un cotizante, igualmente firma un contrato con la ISAPRE, aun cuando sea parte de un plan grupal.

El hecho que el sistema de adecuación, para estos planes sea distinto, no implica que la tabla de factores no se utilice para determinar el plan, ya que igualmente tiene un precio base que, al multiplicar con la tabla respectiva, permite determinar un precio final.

En ese sentido, que tal como lo expresa la sentencia desde el año 2010, era conocida para las instituciones la decisión del Tribunal Constitucional en relación a la inconstitucionalidad de las tablas de factores, la certeza sobre la nueva tabla se alcanzó únicamente con la referida circular, la cual debió ser aplicada por la ISAPRE desde su entrada en vigencia, eso es lo que dice la Corte, por lo tanto, la fecha que la Superintendencia ha fijado para efectos de la edad de ingreso a los grupos correspondientes a la nueva tabla, es abril del año 2020, tal como se ha hecho respecto del cálculo de la deuda hacia atrás, que la Corte lo clarificó también en este resolutivo.

Respecto a los menores de dos años, también hubo respuesta en el mismo recurso de aclaración por parte de la Corte Suprema, que plantea que es a partir de ejecutoriada la sentencia, o sea, desde el 30 de noviembre en adelante, se puede ir calculando estos menores ingresos y devoluciones si así correspondiera, teniendo en este caso todas las ISAPRES sentencias.

La Ministra de Salud observó que la Corte Suprema ha establecido que no había nada que aclarar, por lo tanto, eso desde el punto de vista del Ejecutivo, refrenda el enfoque que se había tomado. Sin embargo, mantienen la voluntad de seguir discutiendo esta propuesta de ley corta y entienden que todos los proyectos de ley son perfectibles en el Congreso y están abiertos a acoger propuestas, siempre que ellas permitan un cumplimiento de la sentencia y sea compatible con la garantía de los derechos de los afiliados al sistema de salud privado y también con estabilidad a los prestadores privados que son una preocupación particular por la necesidad de garantizar el acceso a la atención.

La Jefa del Departamento de Estudios y Desarrollo, señora María Mercedes Jeria retomó la presentación de la metodología de cálculo para estimar los montos de las cotizaciones a restituir por ISAPRES, en el contexto de la aplicación de los fallos de la Excelentísima Corte Suprema por tabla de factores.

Recordó que el cálculo ha sido verificado en dos instancias y ha sido el objeto de una auditoría interna por parte de la Superintendencia para tranquilidad acerca de la exactitud y de la corrección del cálculo.

Comentó que definieron una línea de tiempo y se señalan los meses porque el cálculo realizado es mensual. En la escala del tiempo consideran dos grandes hitos, el inicio de la aplicación de la tabla de factores única, al 1 de abril del 2020 y las primeras sentencias de la Corte Suprema del 30 de noviembre del 2022.

Se definieron dos alcances que conllevan a dos cálculos independientes. El alcance retrospectivo que abarca el periodo de los meses de abril 2020 a octubre 2022, por tanto, anterior al mes de referencia, que es el mes de los primeros fallos que es noviembre de 2022, se habla de cálculo retrospectivo, que llaman prospectivo, finalmente termina siendo ahora retrospectivo también.

Por eso insistió que el cálculo es prospectivo en relación al mes de noviembre de 2022 y, por tanto, cada uno de estas de estos alcances conllevan varios componentes.

En el cálculo retrospectivo está la restitución de cotizaciones por aplicación de la tabla de factores único, que es referido solamente a contratos cuyo precio se calcula en función de tablas antiguas.

En prospectivo, hay dos modalidades que fueron distinguidas para fines analíticos. La modalidad A, que son las cotizaciones que se dejan de percibir por aplicación de la tabla de factores único, y la modalidad B, que son las cotizaciones que se dejan de percibir por no cobro a cargas no natas y menores de 2 años.

El global abarca esas tres modalidades.

Añadió que los datos fueron informados por las ISAPRES a través del archivo maestro, Cambio de Factores de Riesgo de los Beneficiarios, solicitud formulada a través de la Superintendencia de Salud, mediante el oficio circular N° 5, del 28 de febrero del 2023.

Este archivo cuenta con casi con ciento cinco millones de registros, constituidos de 36 campos. Los registros son referidos a personas beneficiarias de las ISAPRES, cotizantes y cargas para el periodo de abril 2020 a diciembre de 2022, adscritas a un plan de salud que utiliza una tabla de factores.

Precisó que el precio pactado del contrato de salud del mes T, se paga con la cotización de salud del mes siguiente. Por ejemplo, el valor de un contrato de abril 2020, debió ser pagado con la cotización en salud asociada a la remuneración de mayo 2020. Dado que la imputación de la tabla única de factores a cada contrato de salud se realiza desde abril de 2020, las remuneraciones y en consecuencia las cotizaciones que se verían afectadas, son las de mayo 2020 a noviembre de 2022.

En cuanto al análisis retrospectivo, se caracterizó la restitución de cotizaciones por aplicación de la tabla de factores únicos. Indicó que la unidad de análisis es el contrato de salud administrado por las ISAPRES a noviembre de 2022, cuyo precio se calcula con una tabla de factores, distinta a la tabla de

factores única, es decir, suscritos antes del 1 de abril de 2020, ya sean individuales o grupales, expresados en pesos o en unidades de fomento.

Agregó que no se incorporan en este análisis contratos de salud cuyo precio no se calcula con una tabla de factores distinta a la tabla de factores única como, por ejemplo, aquellos asociados a planes grupales sin tabla de factores, ni aquellos cuya prima representa 7% de su renta imponible.

El universo de análisis es el conjunto de las unidades de análisis, es decir, los contratos de salud con tablas de factores distintas de la tabla de factores única (TFU), administrados por la ISAPRE a noviembre del 2022.

Mencionó, por ejemplo, que contratos que con anterioridad a noviembre 2022, hayan tenido asociadas tablas distintas de la tabla de factores únicas, pero que en el mes de noviembre 2022 se cambiaron de plan a uno con tabla de factores única, no son considerados en el análisis retrospectivo, por tanto, no se verían afectos.

El período de análisis es de 31 meses, desde abril de 2020 (entrada en vigencia a la TFU), a octubre 2022. El cálculo es bastante simple, opera mensualmente para cada contrato de salud, en el periodo de análisis. Explicó que en cada mes se compara el precio actual del plan complementario con el precio nuevo, determinado con la tabla de factores única, teniendo presente que el precio nuevo se aplica sólo en la medida que sea inferior al actual.

En el numeral 4 del fallo de la Corte Suprema acerca de la aplicación de la nueva tabla de factores única, señala que no podrá importar un alza del precio final de los contratos de los afiliados.

Los cálculos consideran las condiciones pactadas en los contratos de salud cada mes. Por tanto, deben contener a todas las personas beneficiarias que integraron dichos contratos dentro del periodo de análisis, incluyendo las cargas que se retiraron durante el periodo de análisis de abril 2020 a octubre de 2022.

El precio actual del plan complementario se obtiene al multiplicar el precio base vigente en cada contrato en el mes respectivo por la sumatoria de los factores de riesgo que cada persona beneficiaria del contrato tiene vigente ese mes conforme a la tabla de factores vinculada al plan complementario.

El precio nuevo del plan complementario, se aplica la misma fórmula anterior, pero en lugar de sumar los factores de riesgo actual, se suman los factores de riesgo nuevo en la tabla de factores únicos.

Se debe tener presente que los factores de riesgo así asignados se mantendrán inalterables durante toda la vigencia posterior de cada contrato a

fin de conservar los criterios normativos que impiden la utilización de la tabla de factores por avance de la edad.

El precio final del plan complementario es el menor precio entre el precio actual y el precio nuevo de cada contrato de salud en el mes. Las cotizaciones a restituir por mes, por contrato, se obtiene de la diferencia entre el precio actual y el precio final del plan de salud de cada contrato, en el mes respectivo, expresada en unidades de fomento del mes de remuneración.

El monto total a restituir por la ISAPRE se calcula como la sumatoria de las cotizaciones a restituir por contrato de la misma, para todos los meses dentro del periodo de análisis retrospectivo abril 2020 a octubre de 2022.

A continuación, explicó el análisis prospectivo cuyas fórmulas son las análogas del retrospectivo, adaptándolas a cada una de las modalidades que se están distinguiendo por fines analíticos. El análisis prospectivo abarca los meses de noviembre 2022 hasta el mes de mayo de 2023, porque hasta noviembre están los datos disponibles.

El análisis prospectivo, es distinto que el análisis retrospectivo. Los montos que deja de percibir la ISAPRE para el periodo de diciembre de 2022 a mayo de 2023, que fueron presentados en la sesión del Senado el día 15 de mayo de 2023, corresponden a un orden de magnitud de los montos obtenidos. Se obtiene no como un cálculo sobre los registros administrativos, sino que se obtiene como resultado de la imputación por arrastre a seis meses de los montos que la ISAPRE dejaría de percibir en diciembre de 2022.

Imputación por arrastre implica que se calculan los montos que deja de percibir la ISAPRE en diciembre de 2022, considerando la base del registro administrativo que recibió la Superintendencia y el monto lo multiplicaron por seis (para los seis meses que siguen). Por eso es un orden de magnitud y no es un cálculo como en el modelo retrospectivo.

La fuente de datos, por lo tanto, es la misma que para el análisis retrospectivo, solo que cambia la metodología.

Enseguida se refirió a la forma de estimación de los montos para la modalidad A, las cotizaciones que se dejan de percibir por aplicación de la tabla de factores únicos, no incluyendo el no cobro de los menores de 2 años, que se ve en la modalidad B.

Comentó que la unidad de análisis es el contrato que tiene asociada una tabla distinta de la tabla única de factores y administrado por las ISAPRES en noviembre 2022.

El universo de análisis es el conjunto de las unidades de análisis. El precio actual del periodo de análisis es a partir de noviembre 2022 y el precio

actual del plan complementario por mes, se obtiene al multiplicar el precio base vigente en cada contrato en el mes respectivo, por la sumatoria de los factores de riesgo que cada persona beneficiaria del contrato tiene vigente ese mes, conforme a la tabla de factores vinculada al plan complementario y omitiendo el cobro a cargas nonatas y menores de dos años porque se consideran en la modalidad B.

Es la misma fórmula anterior y el precio nuevo del plan complementario por mes, lo mismo, omitiendo el cobro de cargas no natas y menores de dos años.

El precio final del plan complementario por mes es el menor precio entre el precio actual y el precio nuevo del plan complementario de cada contrato de salud en el mes respectivo.

Las cotizaciones que deja de percibir la ISAPRE por contrato, por mes, corresponde a la diferencia entre el precio actual y el precio final del plan de salud de cada contrato de la ISAPRE, en el mes respectivo, expresado en UF del mes de remuneración y el monto total que deja de percibir la ISAPRE en UF, se calcula como la sumatoria de las cotizaciones mensuales a restituir calculadas por contrato de la ISAPRE, dentro del periodo de análisis prospectivo.

Recordó que, en el cálculo, los montos para este período representan un orden de magnitud que se obtiene de las cotizaciones que se dejan de percibir en diciembre 2022 y que se imputan por arrastre a los meses siguientes, obteniendo así los montos para el periodo de diciembre 2022 a mayo 2023.

Por último, se refirió a la modalidad B, que son las cotizaciones que se dejan de percibir por no cobro a cargas no natas y menores de 2 años, y se consideran tanto contratos con tabla de factores único, como contratos cuyo precio se calcula con tablas de factores antiguos.

La unidad de análisis es el contrato de salud administrado por la ISAPRE a noviembre de 2022, cuyo precio se calcula con una tabla de factores único y otras. El universo de análisis es el conjunto de las unidades de análisis.

Indicó que el precio actual se obtiene considerando los factores de riesgo que cada persona integrante del contrato tiene vigente conforme a la tabla de factores, vinculada al plan complementario (la misma fórmula). Añadió que el precio actual del plan complementario sin cobro por cargas no natas o menores de 2 años, por mes, se calcula considerando los factores de riesgo que cada persona integrante del contrato tiene vigente, conforme a la tabla de factores vinculada al plan complementario, omitiendo el cobro a cargas no natas y menores de 2 años.

El precio final del plan complementario, es el menor precio entre el precio actual y el precio sin cargas no natas o menores de 2 años del plan complementario de cada contrato de salud en el mes respectivo.

Las cotizaciones que deja de percibir la ISAPRE por contrato por mes, corresponde a la diferencia entre el precio actual y el precio final del plan de salud de cada contrato de la ISAPRE en el mes respectivo, expresada en UF del mes de remuneración y el monto total que deja de percibir la ISAPRE en UF, es la sumatoria de las cotizaciones mensuales a restituir calculadas por contrato del ISAPRE, dentro del periodo de análisis prospectivo.

En cuanto a los contratos afectos, señaló que, para obtener el número de contratos afectos en el alcance retrospectivo, con tabla de factores distintas de la tabla de factores único, se cuentan los contratos del universo de análisis que tienen un precio actual mayor al precio que se obtendría utilizando la tabla de factores único, en algún mes del período retrospectivo.

En caso de que el precio actual sea mayor, el contrato se cuenta como favorecido. Para obtener el número de contratos afectos en el alcance prospectivo en la modalidad A, solo tabla de factores distinta de la tabla de factores único, se cuentan los contratos del universo de análisis, omitiendo cobro a cargas no natas y menores de dos años, que tienen asociado un precio actual mayor al precio que se obtendría utilizando la tabla de factores único en algún mes del periodo prospectivo.

En caso de que el precio actual sea mayor, el contrato se cuenta como favorecido. Para obtener el número de contratos afectos en el alcance prospectivo de la modalidad B, tabla de factores única y otras tablas de factores, se cuentan los contratos del universo de análisis que tienen asociados un precio actual mayor al precio que se obtendría omitiendo el cobro a cargas no natas y menores de dos años en algún mes del periodo prospectivo.

En caso de que el precio actual sea mayor, el contrato se cuenta como favorecido.

El ex Superintendente de ISAPRES, señor Héctor Sánchez, acompañó una presentación y se refirió a las consultas que se han formulado acerca del origen del financiamiento del informe, ratificó que el informe está financiado exclusivamente por la Universidad Andrés Bello y forma parte de la función académica de vinculación con el medio del Instituto de Salud Pública de la Universidad.

El informe preparado por el instituto de la Universidad, tiene como objetivo generar criterios técnicos jurídicos para analizar la aplicación del fallo de la Corte Suprema y diseña nueve escenarios para ser evaluados sobre su impacto, con el fin de que la aplicación del fallo no genere una crisis de

magnitudes que ponga en peligro la estabilidad del sistema de salud en su conjunto, afectando a millones de personas.

Agregó que en Chile se ha debatido por treinta años entre dos modelos de sistemas de salud. El de un seguro único universal de carácter público, con un prestador esencialmente público y complementariamente con prestadores privados. Y otro de carácter mixto público-privado en el aseguramiento y prestación de servicios de salud.

Dada la experiencia que tienen y larga trayectoria en el sistema público y privado a nivel nacional e internacional, han llegado al convencimiento y lo han sostenido por muchos años públicamente de que para Chile y su población es mejor contar con un sistema de salud mixto público-privado en aseguramiento y prestación de servicios de salud, regido por los principios de la seguridad social y con un buen marco regulatorio.

Lo que se produzca con la aplicación del fallo no es inocuo respecto de cómo se define esta discusión de política pública no resuelta en tres décadas, ya que si la aplicación genera desequilibrios financieros, podría producir que el sistema privado asegurador quiebre, con consecuencias imprevisibles en el sistema privado prestador y en sus usuarios de ISAPRE y FONASA, y se generen las condiciones para avanzar precipitadamente, sin transición alguna, hacia un seguro único de salud de tipo estatal.

Este riesgo los ha llevado a transparentar esta situación, ya que aun creyendo que el actual sistema de ISAPRE debe desaparecer tal como está concebido, una crisis financiera de magnitudes no dará el tiempo para hacer ahora una reforma a los seguros de salud público y privado, con bases técnicas y sustentables.

Señaló que la lectura que se hace, es que el fallo, tal como lo interpreta el actual gobierno, es funcional a un cambio abrupto del sistema hacia uno de estos dos modelos en discusión del sistema de salud.

Se habla de cerca de 4.000.000.000 de dólares que se deberían pagar y que la industria no va a estar en condiciones de hacerlo y frente a esa situación van a quebrar y a continuación van a caer los prestadores y finalmente, las personas van a pagar la cuenta, principalmente aquellos que estén actualmente en tratamientos, principalmente en enfermedades crónicas de altos costos.

El ex Superintendente de Salud, señor Manuel Inostroza continuó con la presentación y dio a conocer algunos comentarios generales, en primer lugar, explicó que resulta evidente que hubo una tardía respuesta y una interpretación del fallo por parte del gobierno y la Superintendencia que finalmente requirió una ampliación de seis meses.

Señaló que el objetivo estratégico número dos de la Superintendencia, habla de resguardar el correcto funcionamiento del sistema de salud mediante la ejecución de procesos eficientes de regulación, fiscalización, y sanción. Por consiguiente, estimó que técnicamente y con independencia política, lo que se debía en los meses de diciembre y enero del 2022, era haber presentado un recurso aclaratorio con escenarios alternativos de interpretación, mostrando en todos ellos los números y sus consecuencias y así haber evitado lo que han denominado el sesgo de confirmación al que se ve expuesto en su interpretación el actual gobierno.

En segundo lugar, manifestó que el proyecto presentado dos días después de la elección del 7 de mayo, no se recoge el contexto actual político del país y esto puede producir un entrampamiento del proyecto de ley, tal como está concebido, lo que prolongaría la incertidumbre que el sistema de salud ha tenido en los últimos siete meses.

En tercer lugar, dada la interpretación del gobierno y de la propia Superintendencia que no se abordan los montos de devolución y su metodología de cálculo en el proyecto de ley. Dado que no se da esa discusión, consideró que es difícil que este proyecto de ley permita establecer el equilibrio que se declara en el mensaje del proyecto entre la aplicación del fallo y la viabilidad de los planes de salud de los tres millones de afiliados del sistema ISAPRE.

A continuación, ilustró dos cálculos que no han estado presentes en el debate. En primer lugar, si se aplica el proyecto de ley y se aprobara en las próximas dos semanas en ambas cámaras, con el solo cálculo prospectivo, ni siquiera con el cálculo de las devoluciones, que significan, según los propios datos de la Superintendencia, un 8,3% promedio de menos ingresos para los meses siguientes, en dos meses el sistema tendría la primera ISAPRE declarada en insolvencia.

A lo anterior hay que agregar que cualquier conversación hasta ahora ha sido entendida como una reinterpretación de ese fallo como un perdonazo, se está generando una discusión muy polarizada.

Por otra parte, hicieron un simple cálculo, tomaron la devolución que ha calculado la Superintendencia y los cálculos prospectivos y los pusieron en dos simples escenarios, a 10 años o a 20 años.

Si lo paga el inversionista, significa que el inversionista tiene que tolerar una pérdida a 10 años de 13,4% anual, del funcionamiento del actual sistema ISAPRE con la interpretación del fallo que ha hecho el gobierno y la Superintendencia. O en su defecto, si no lo tiene que pagar el inversionista y lo tiene que pagar el afiliado, significa que sólo por esta variable, sin considerar eventuales incrementos de costos de insumos, de consultas médicas, etcétera,

solo por efecto de este factor, el promedio de reajuste de los planes anuales a 10 años debiera ser 13,4% real.

Recordó que el promedio de reajuste de los planes, en los últimos 18 años, desde que la ley existe, ha sido en promedio cerca de un 3%.

O sea, se habla de más de cuatro veces el reajuste de los precios de los planes que tendrían que soportar los afiliados, si es que ellos son los que tienen que pagar con el flujo mensual de cotizaciones y sin permitir que el sistema tenga utilidades, sino que sólo para mantener el neteo, de que el sistema pueda seguir funcionando.

Si se considera a 20 años, la pérdida promedio para los inversionistas sería de 11,9% o el reajuste promedio de los planes en el mismo periodo de tiempo sería 11,9% y se mantiene la idea de cuatro veces lo que ha sido el promedio de reajustes reales de los precios de los planes de los últimos 18 años en el periodo 2006-2023.

Añadió que estos antecedentes, a la vista de lo que se trata de ilustrar, hacen inviable los planes de salud de los afiliados de ISAPRE.

Han llegado a la convicción de que, manteniendo de manera irrestricta esta interpretación, el proyecto de ley no tiene sentido. Explicó que el Superintendente con esta interpretación tiene todas las facultades para implementar el fallo, como de hecho lo hizo en el primer fallo de la Corte Suprema respecto a precios bases.

Recordó que el año 2022, hubo un fallo de la Corte con alcances generales y que la Superintendencia no tuvo ninguna dificultad en fijar una circular, en establecer los plazos sobre cosas que no estaban en el marco legal estricto de la Superintendencia, pero que dado que el mandato que la ley le ha otorgado a la Superintendencia de Salud es muy amplio respecto al sistema ISAPRE, tiene todas las facultades legales para hacerlo.

Respecto a la metodología de cálculo explicado por la Superintendencia, señaló que han planteado algunos criterios de exclusión para ver qué planes deben ser considerados cuando hay un cálculo. E insistió que en el fallo se habla expresamente que los contratos afectos al fallo son contratos individuales y la explicación que ha dado el Superintendente, que manifestó compartir, señaló que, si en la práctica todos los contratos son individuales el sentido de la Corte Suprema de haber explicitado “contratos individuales”, tiene que haber tenido un significado. Si no, habría dicho contrato a secas.

Manifestó que su interpretación es que sólo se aplique bajo este criterio de exclusión, la aplicabilidad a contratos individuales, sacando los contratos colectivos o grupales tenga no tengan tabla, porque en aquellos

contratos colectivos en que se permiten normas especiales de adecuación y de precio, lo relevante no es el precio base o la tabla de factores, lo relevante es el equilibrio financiero entre la siniestralidad y el cobro, por eso se permiten adecuaciones especiales, normas especiales.

Porque si la siniestralidad se escapa, ya no importa el precio base ni la tabla de factores, permite mediante condiciones especiales que están establecidas en la ley, que esos seguros colectivos se reajusten por sobre la condición de precio base. Porque esos son planes colectivos que en las empresas o en instituciones que existen son muy valoradas por sus trabajadores.

A continuación, señaló que el 90% de la información solicitada ya estaba en el poder de la Superintendencia. Desde el año 1998, la Superintendencia creó los archivos maestros de prestaciones que, por obligación de mandato legal de la Superintendencia, se actualizan todos los meses.

La información que se solicitaba por el cálculo estaba disponible en la Superintendencia de Salud. El único dato que no tenía disponible es el dato del precio base judicializado. Porque como las personas han judicializado sus precios bases, no está en consideración del archivo maestro, que maneja la Superintendencia, cuál precio base, de qué contrato individual, pudiendo en el mismo plan tener personas con ajuste de precio base judicializado o no. Ese dato es el que se podría haber pedido y consideró, que los datos se habían podido tener en un periodo mucho más corto.

Han considerado como supuesto implícito, que al momento de solicitar un cálculo a las ISAPRES, se le hizo pidiendo un cálculo que compensara intra contratos, las diferencias entre factores de riesgo entre la nueva tabla y las antiguas, ya que de lo contrario, sería un cálculo por beneficiario.

Indicó que los escenarios de cálculo de la Superintendencia, si se mira bajo la luz de los escenarios de cálculo que hizo la Universidad Andrés Bello con la suscripción de los ex Superintendentes, se están refiriendo a que en el escenario de stock o retrospectivo, la fórmula de cálculo de la Superintendencia es el escenario número uno.

De seis escenarios, la propuesta de interpretación de la Superintendencia es uno solo, con los criterios que ha ocupado, los beneficiarios excluidos, con sus dos criterios de exclusión, la estimación por contrato y la compensación intra contrato que señaló suponer implícitamente.

Manifestó que ninguno de los otros seis criterios que ha sugerido, aparte de los dos criterios de exclusión, están considerados en el análisis que hace la Superintendencia.

Así como en el cálculo prospectivo, la Superintendencia refleja uno de los tres escenarios que desde la Universidad han propuesto.

Detalló que proponen 10 criterios adicionales y esos en general son compartidos con otros organismos, aunque se agregan adicionalmente muchos más.

Respecto al proyecto de ley, comentó que consideran una buena iniciativa la creación de la modalidad de cobertura complementaria. Sin embargo, estimó que se requiere de un análisis técnico y financiero más acabado, ya que se construyen escenarios que hoy día son técnicamente poco creíbles y que muchos otros expertos ya han cuestionado.

No es creíble el informe financiero que establece que no hay impacto fiscal, que no hay un gasto adicional en el presupuesto del FONASA, salvo la situación de los recursos humanos considerados adicionalmente, ya que hay una serie de consideraciones técnicas, como fenómenos de selección adversa, de riesgo moral, de cotización oportunista y de elasticidad precio-demanda que impactan en la demanda de prestaciones, que hacen que sea poco creíble que no vaya a haber un impacto fiscal.

Señaló que se debe calcular y considerar su impacto, de manera que queden consignados como incrementos eventualmente presupuestarios de esta estrategia de fortalecimiento del FONASA.

En segundo lugar, hizo evidente otro problema que también emana de la interpretación. Resulta evidente que los 1.400 millones, surge por la interpretación con efecto retroactivo del fallo de la Corte Suprema y el consiguiente cálculo que hace la misma la Superintendencia.

Sin embargo, por una interpretación que no se desprende del fallo, en este proyecto de ley, estos recursos son excluidos de la garantía, no afectará a los indicadores financieros del sistema ISAPRE y son dejados en la masa de quiebra en el sexto orden, por lo que la posibilidad de cobro de esos montos por parte de los afiliados es cercana a cero.

Si en cambio, se quisiera que estos recursos fueran devueltos a las personas, sin necesidad de hacer una interpretación, serían parte de la garantía, porque los excedentes por su propia naturaleza, sin crear esta condición especial de excedentes que crea el proyecto de ley, debiera ser parte de la garantía.

Al ser parte de la garantía y ser de propiedad de los afiliados, pasan al número uno de prioridad de la garantía. Por lo tanto, si quisieran devolver ese dinero, con la garantía que hoy día está vigente en el sistema, el problema es que solo se alcanza a pagar el 44% de esos montos, ocupando el 100% de

la garantía de los prestadores. Con lo cual tendría como consecuencia que los prestadores no recibirían ningún peso de la deuda que está comprometida por ley en la garantía del sistema de salud.

El proyecto de ley está planteando un dilema muy complejo de resolver en su interpretación, o se privilegia a los afiliados, o a los prestadores y los médicos.

Observó que el proyecto de ley, está privilegiando a los médicos y a los prestadores y está generando condiciones de incobrabilidad de esta garantía, por parte de los afiliados.

Indicó que, además, el proyecto endurece la política de fijación de precios en el sector privado con alto riesgo de captura política. Señaló que, se fijan los precios de todos los prestadores privados a través de la fijación del arancel de la modalidad de cobertura complementaria, que además tiene la restricción que es sin impacto fiscal, por tanto, el incentivo a no reajustar los costos reales de las prestaciones va a ser cada vez mayor.

Agregó que, como este proyecto de ley, fija la facultad de fijación del precio del GES, recordó que en el sector público el GES 87, que es financiado por el Estado en el Sistema Público de Salud, por decreto del Ministerio de Hacienda, tiene un financiamiento de cuatro UF anuales per cápita, por cada uno de los 15.600.000 beneficiarios del FONASA. No obstante, en la misma ley de FONASA, la prima original para 56 patologías, tiene un financiamiento máximo posible de 4,53 UF.

Es decir, donde debiera haber dinero para financiar las 56 patologías por 4,53 UF, actualmente con 4 UF, no solo se está financiando las 56 antiguas, sino que se le agregan 31 patologías más.

Además, se agrega la política de fijación de precios del plan complementario mientras se esté en proceso de devolución.

Consideró que es el Congreso Nacional el que debiera empoderarse en el ejercicio de su potestad de colegislador y autor de políticas públicas en este ámbito, con el fin de restituir, como lo señala la Superintendencia de Salud en sus definiciones estratégicas, el correcto financiamiento de nuestro sistema de salud.

Por último, realizó algunas sugerencias para establecer un acotado cambio regulatorio al sistema ISAPRE, a la mejora de FONASA y al establecimiento de la necesaria independencia de su órgano regulador.

Consideró que en materia de ISAPRES, habría que hacer una acotada reforma que establezca el plan único de salud, con prima plana o comunitaria, sin tablas de riesgo y con enfoque preventivo; fondo de

compensación de riesgo sin declaración de salud, sin persistencia ni cautividad, esto permite no sólo tener una tabla sino que eliminar las tablas de factores de riesgo efectivamente del sistema ISAPRE y mecanismos de contención de costos como establecimiento de médico de familia, mecanismos de pago para compartir riesgo, afiliación electrónica, y reducción del uso del pago por acto médico, que le hace tanto daño al sector salud.

En el FONASA agregaría a la creación de la modalidad de cobertura complementaria, una modificación del gobierno corporativo autónomo tripartito de la seguridad social pública, para administrar este gran seguro público y una reforma organizacional de FONASA para que asuma su rol de seguro público.

En el caso de la Superintendencia de Salud, consideró que, así como la Comisión de Mercado Financiero, que juntó a la antigua Superintendencia de Valores y Seguro y a la antigua Superintendencia de Bancos en un solo organismo y que hizo una interesante reforma a la autonomía e independencia con un gobierno corporativo autónomo, se analice ese tipo de reformas para la gestión de la Superintendencia de Salud en el futuro.

La Presidenta Ejecutiva del Centro de Estudios Espacio Público, señora Paula Benavides comentó que la presentación que pasará a exponer, se basa en un trabajo conjunto que realizaron en Espacio Público, con los directores Eduardo Engel y Eduardo Bitrán, y los investigadores del equipo que representa, Marcia Salinas y Benjamín García.

En primer lugar, como antecedente general, enfatizó que, si bien actualmente es urgente la implementación del fallo de la Corte, no se puede olvidar que los problemas que arrastra el sistema de ISAPRES son problemas estructurales y que han sido diagnosticados por distintas comisiones técnicas y expertos.

Señaló que la judicialización es un síntoma de estos problemas y también de la inacción legislativa, luego del fallo del Tribunal Constitucional, en 2010 y que ha llegado a su punto máximo en el año 2022, con más de 660.000 causas en las Cortes de Apelaciones, y que, como es conocido también, estas ineficiencias se han reflejado en una selección adversa que afecta al sistema público, donde están concentradas las personas de mayor riesgo y de menores ingresos.

Entienden que el fallo tiene un alcance general. Esto se basa en el tenor literal de los fallos y destacó los numerales 2, 3 y 7 de aquellas sentencias, así como el considerando vigésimo séptimo, que establece que al acoger este recurso, para dar adecuada protección al recurrente y a todos los afectados con la aplicación de la tabla de factores empleada por la recurrida a sus planes y contratos de salud, con pleno respeto del principio de igualdad consagrado en el artículo 19 de la Constitución Política, la Corte declara como

ilegal y arbitrario el hecho de mantener su vigencia con carácter general para todos los contratos individuales.

Destacó que, en el recurso de aclaración presentado por la Superintendencia, se solicitaban detalles sobre los recurrentes en caso que se determinara que los fallos tenían alcance particular, lo que también se entiende rechazado.

Esto sin perjuicio de que existen opiniones que son legítimas respecto de los problemas que puede haber en fallos de alcance general en políticas públicas como salud, y también sobre la elevada judicialización que existe en este ámbito.

Mencionó, que de haber tenido efecto particular los fallos en su aplicación retroactiva, muy probablemente ese escenario hubiese tenido una escalada de judicialización, por las tremendas expectativas que se han generado respecto de las devoluciones.

Se requiere encontrar una solución legislativa que facilite la implementación del fallo, evitando a la vez el colapso, la quiebra del sistema privado con los enormes efectos sistémicos asociados que esto tendría.

Compartió, a continuación, algunos antecedentes financieros que son conocidos. Para contextualizar, entre 2021 y 2022, se superaron en pérdidas los 300.000 millones de pesos de las ISAPRES. En particular, en el último año, en el 2022, estas pérdidas, que fueron 138.000 millones de pesos, representaron 4% de los ingresos operacionales. Con un aumento en la siniestralidad, que se estrecharon en el margen operacional y que no permitieron el financiamiento de los gastos de administración.

Los gastos de administración, que han estado relativamente estables, entre un 10% y 11% de los ingresos operacionales.

En estos años se produjeron causas transitorias, como la disminución de ingresos operacionales, por el lado del congelamiento de precios de los planes en pandemia, producto de la ley 21.350. También el efecto que tuvieron los fallos de la Corte Suprema, que impidieron reajustes de los precios bases a partir de junio de 2022, esto se materializó recién en octubre, y aumentos particulares de los costos, como los aumentos de licencias médicas, el efecto que tuvo el financiamiento de la licencia médica preventiva parental de la ley 21.247 del 2020, y también están los efectos de los recursos de protección.

Indicó que, en el año 2023, se observa, a partir de los estados financieros publicados el primer trimestre, que hay una normalización financiera de las ISAPRES, producto de mayores ingresos, por dos factores, los

aumentos que tuvieron lugar de precio base y también los reajustes de las primas GES.

Se observa que hay un crecimiento del margen operacional, que ha disminuido la siniestralidad en el primer trimestre. Los gastos de administración se mantienen todavía en torno a un 10% de los ingresos operacionales y, por lo tanto, el contexto para este año, sobre el cual se instala el fallo, es que las pérdidas se han reducido, en el primer trimestre fueron de 3.300 millones para ISAPRES abiertas, lo que equivale a un 0,3% de los ingresos operacionales.

Este 4% de déficit, por llamarlo de algún modo, del año 2022, en el primer trimestre del año 2023, está 0,3, y desde junio opera el reajuste del 2023 del precio base. Por lo tanto, es un sistema que está en un proceso de normalización.

Precisó que con la aplicación del fallo sobre esta situación de base, si se mantienen las estimaciones que han planteado las autoridades, con un impacto de aproximadamente 8 %, llevaría a una situación compleja, con un desequilibrio en los flujos, a lo cual se sumaría el impacto del efecto retroactivo con estimaciones que también se han dado del orden de los 1.400 millones y que son tres veces el patrimonio que mencionaba antes, y equivalen a 20 años de utilidades promedio del periodo 2012-2020.

Por lo tanto, hay un riesgo cierto de insolvencia de las ISAPRES, que implicaría desprotección en la cobertura de las personas, impactos en el sistema público, tanto en prestadores como en el seguro, altos costos sociales, y complejiza además el tránsito hacia un sistema de seguro más solidario, que requiere de una transición acordada y adecuada.

Por otra parte, opinó que los fallos de la Corte Suprema de noviembre, prestan un espacio amplio a los poderes colegisladores para una interpretación sistémica de la sentencia, con mirada de política pública. Lo plantea desde lo señalado en el considerando vigésimo tercero, donde se señala que es necesario manifestar que el contrato de salud no puede reducirse a un seguro individual. Opera a fin de materializar el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y a la seguridad social.

Por su parte, el considerando vigésimo octavo, que establece el carácter evidentemente cautelar de la acción deducida y dice que no es posible por esta vía determinar la existencia de eventuales cantidades a devolver y su monto, razón por la cual será el órgano fiscalizador, quien, en su caso, determinará la forma de proceder a su cómputo y diseñará las directrices, formas y condiciones de devolución.

Manifestó comprender que hay un espacio amplio en el cual es importante que los poderes colegisladores no se inhiban, de buscar una forma de implementación de este fallo con lógica sistémica y de política pública.

En cuanto a las vías de solución, estimó que la interpretación del efecto retroactivo de los fallos tiene que hacerse con una lógica sistémica y permitiendo que opere el marco de subsidios cruzados entre los beneficiarios, la solidaridad que es inherente a un seguro de esta naturaleza, y que estos criterios para determinar qué fue lo cobrado en exceso debiesen estar en la ley corta, y de este modo permitir que exista un cálculo diferente.

Algunos detalles específicos de cálculo, como los que se han señalado, edad y otros, podrían ser resueltos a partir de la propuesta de un consejo técnico.

Llamó a interpretar el fallo determinando las rentas injustificadas o lo que fue el enriquecimiento sin causa, considerando los mayores precios que se hayan cobrado y descontando a su vez, los menores precios y por lo tanto calculando un efecto neto.

Una vez definido ese monto total de enriquecimiento sin causa de cada ISAPRE, se puede definir su distribución o prorrateo entre los usuarios que sufrieron cobros en exceso, como proporción de este.

El resto del valor, entendió que ya benefició a otros usuarios, que están en su patrimonio sin poderse alterar.

Agregó que, hacia adelante, para recuperar el equilibrio financiero, estimó que se requieren medidas adicionales a esta tendencia de recuperación que ya se ha visto. Propuso medidas en tres dimensiones, por el lado de los costos, por el lado de los ingresos y los reajustes de precios, y la tercera medida está por el fortalecimiento de las facultades regulatorias de la Superintendencia.

Respecto a los costos de ingresos y de regulación, detalló que en costos, han sugerido en el estudio, la existencia de un plan robusto de contención de costos que fortalezca las facultades de la Superintendencia para regular y supervisar. Se puede obligar la adopción del sistema de grupos relacionados al diagnóstico (GRD); revisar la regulación del subsidio por incapacidad laboral (las licencias médicas del 2021 llegaron a representar 30% de los costos operacionales de las ISAPRES);

A su vez, evaluar la obligación de ofrecer a los nuevos afiliados un plan estandarizado de salud, con vinculación a la atención primaria de salud y que se revisen los gastos de administración.

En paralelo, propuso perfeccionar el mecanismo de reajustabilidad de las primas. Hay que dar certeza jurídica, esto está judicializado, se sabe que respecto de la prima GES hay fallos pendientes, por tanto, es importante que se dé esta certeza jurídica y, habiendo hecho un plan de contención de costos,

evaluar la posibilidad de un ajuste uniforme y acotado con un valor determinado.

Consideró que esto necesita una institucionalidad robusta y cree que debiera participar un panel de expertos independiente, que sea parte de la regulación del reajuste de los precios.

Y en el ámbito regulatorio, estimó esencial, en el corto plazo, mayores facultades regulatorias para la Superintendencia a nivel de prestadores, pudiendo fijar estándares de calidad de servicio y también para requerir información con lógica de contabilidad regulatoria.

Finalmente, destacó algunos elementos positivos de la ley corta. Destacó que hay una separación en el tiempo de la implementación del fallo para los flujos respecto del efecto retroactivo, donde se da un plazo para que se presenten estos planes, lo que permite que se acuerden estos criterios sistémicos, que es posible porque el fallo no es taxativo en aquello.

Sostuvo que es positivo que se considere un consejo asesor de carácter técnico para resolver estos planes de devolución y que se avance en certeza jurídica sobre los reajustes, para eliminar espacios de discrecionalidad de las ISAPRES, que pueden terminar siendo judicializados.

En aspectos de mejora, es fundamental que se expliciten criterios sistémicos para la interpretación del efecto retroactivo, para la interpretación que se da respecto de la sentencia, reconociendo la existencia de subsidios cruzados entre beneficiarios.

Estimó que tiene un monto muy diferente del que se está manejando.

Sugirió que se incorpore efectivamente un plan de contención de costos y mayor regulación en esta materia, no ve que sea parte de la ley corta y consideró que es fundamental para que efectivamente se puedan recuperar los equilibrios financieros y se logren realmente tener disminuciones de precios para las personas.

En cuanto a los perfeccionamientos de los mecanismos de reajuste, es fundamental que se robustezca la institucionalidad que se contempla para ellos, con este panel de expertos que mencionó, así como las facultades regulatorias de la Superintendencia en el ámbito de los prestadores, que tampoco se observa en la ley corta.

Por último, hizo referencia al fortalecimiento de FONASA, que se contempla en el proyecto de ley corta. Su impresión es que se trata de un tema más complejo, que debiera ser parte de otro proyecto.

La modalidad de cobertura complementaria como está planteada, profundiza segmentación por ingresos en el seguro público y también desvía en este momento la atención de los problemas que ahí se tienen y que se estaría minimizando las complejidades que puede tener una licitación de este tipo.

El Master en Salud Pública, Dr. Juan Carlos Said acompañó una presentación y señaló que esta crisis no nace con el fallo, sino que es estructural, es una crisis interna de las ISAPRES y las ISAPRES están enfrentando una crisis terminal. En primer lugar, surge de los mecanismos internos de pago. Los mecanismos que tienen las ISAPRES para pago son mecanismos que no se usan en ningún país desarrollado, que consideran mecanismos inflacionarios de pago, que son pago por prestaciones. Esto se traduce en que, por ejemplo, si una persona quiere atenderse 10 veces con un neurólogo, 14 veces con un gastroenterólogo, quiere hacerse 3 resonancias por las dudas, esas resonancias son pagadas por el sistema.

Eso no existe en ningún país desarrollado donde en general los mecanismos de pago consideran sistemas de pago tipo GRD, es decir, se paga por la resolución de un problema.

Por ejemplo, si una persona tiene que operarse de una apendicitis, se paga por una prestación paquetizada, es decir, una cirugía, un control médico, un escáner. Si la clínica hace cinco, seis, siete escáner adicionales, esos escáneres no son cubiertos, eso permite transferir parte del riesgo al prestador, de modo que no se genere un incentivo a prestaciones innecesarias, que finalmente terminan aumentando los gastos sin necesariamente generar mayor eficiencia en la prestación de la atención médica.

Comentó que también existe ausencia de otros mecanismos básicos de pago, como la atención primaria. Hay pacientes que no tienen la continuidad en su cuidado, que no tienen un médico de cabecera y que no tienen lo que se llama un gatekeeper, que es lo que en Inglaterra se llama un GP, lo que en Alemania usan, funcionan los médicos internistas o lo que también sucede en Australia, países que tienen distintos sistemas de salud, pero donde todos tienen algo en común, que es tener algún mecanismo de control que permita que no se genere una inflación de solicitudes o de evaluación por subespecialistas.

Explicó que lo anterior, durante mucho tiempo, no fue un problema, porque hubo una época en donde era posible subir los planes indefinidamente, al mismo tiempo esos planes se ajustaban por UF y sobre la UF, en una forma adicional, por una tabla que era determinada por las mismas ISAPRES.

El mismo tiempo, como las ISAPRES estaban integradas verticalmente con clínicas, no había tanto incentivo a la contención de costos porque, por un lado, la mayor necesidad de pagar prestaciones en las clínicas,

era suplido con aumento de los ingresos por vía de los ajustes y lo que no era ganancia para el ISAPRE, era ganancia para la clínica por la vía de integración vertical.

No obstante, esta situación cambió con el fallo del Tribunal Constitucional, porque el fallo dijo que discriminar por sexo y por edad, atenta contra los principios de la seguridad social, y con un aumento continuo y prácticamente sin límite del alza de los planes puede llegar a ser expropiatorio.

Al mismo tiempo se generó, producto de este fallo, un aumento en la litigación.

Desde el fallo del Tribunal Constitucional, con el aumento de la litigación, que empezó a limitar el aumento de los planes, no pasó nada y ese es el problema. Precisó que no se crearon sistemas de atención primaria; no se crearon sistemas de GRD.

Por un lado, el aumento de la litigación alcanzó una cifra exponencial y, por otro lado, entre el 2012 y el 2019 sistemáticamente los costos por beneficiario aumentaron más que los ingresos, porque efectivamente había una restricción al alza en los precios de los planes por la masiva litigación, pero al mismo tiempo los costos de la ISAPRES no cambiaron sustantivamente.

No hubo mejorías en la gestión, en los mecanismos de administración, tampoco hubo mejorías en los mecanismos de pago, no se establecieron sistemas de atención primaria.

Con la pandemia de Covid-19, se generó un nuevo problema. Por un lado, un incremento en las licencias médicas, por otro, el incremento sustantivo de los costos por necesidad de hospitalizaciones y ha habido un aumento basal de los costos de salud por el que se ha convertido en un gran asignador de recursos, que es la Corte Suprema, que es un fenómeno que no es solo de Chile, sino que es un fenómeno que se ha convertido, en un fenómeno mundial, relacionado con el costo de medicamentos.

Donde muchas veces es legítimamente discutible hasta qué punto se puede seguir gastando en ciertas tecnologías sin dejar de cubrir otras más baratas e igualmente efectivas para otros pacientes y otras enfermedades.

Afirmó que en ese contexto llega el fallo de la Corte Suprema, es decir, una crisis que las ISAPRES venían arrastrando hace al menos una década.

El fallo plantea que hay que implementar la tabla de factores de la Superintendencia del año 2019. Manifestó su acuerdo a todo lo que se ha expuesto anteriormente, consideró que implementar este fallo de forma brusca

es brutal para las ISAPRES, porque cualquier empresa que tenga que pagar de un día para otro, 17 años de la utilidad promedio del 2012 al 2019, o que tenga que reducir al mismo tiempo sus ingresos en 10% y seguir sobreviviendo al mes siguiente, no es razonable.

En tal sentido, estimó que el fallo de la Corte Suprema los pone en una situación muy crítica que podría también afectar a los prestadores privados de salud, que podrían verse arrastrados, en un contexto donde al país no le sobra ninguna cama, no le sobra ningún prestador.

Señaló que, respecto a las soluciones de fondo, la manera para que las ISAPRES no colapsen, sería crear un fondo único de salud, que es la propuesta del CEP, que mancomune todas las cotizaciones, que permita crear un sistema estilo seguros sociales, que es lo que sucede en Alemania, es decir, con mancomunación de cotizaciones, ajuste por riesgo, en donde se paga más por pacientes más enfermos y menos por pacientes menos enfermos, a los distintos seguros, ya sean públicos o privados. Al mismo tiempo mandatar un cambio del sistema GRD; establecer la creación de un sistema de atención primaria.

Esos cambios son muy profundos, son cambios estructurales, que estimó serían la forma en que las ISAPRES podrían sobrevivir en su forma actual.

Sumado al cambio del sistema de licencias médicas, que actualmente, representa alrededor del 40% del gasto de las ISAPRES.

De no mediar una reforma de esa magnitud, en la cual no ha habido consenso en los últimos 20 años, estimó que es un sistema absolutamente inviable.

Aclaró que no es partidario de ese tipo de reformas, sino que es partidario de la creación de un seguro único de salud, modelado al estilo de lo que se ha hecho en Australia y Corea del Sur, en donde se mancomunan las cotizaciones, se permite que con esas cotizaciones se financie atención médica en una red integrada, público y privada y donde se permite además el acceso a las personas a seguros complementarios de salud, que permiten cubrir, complementar o suplementar atenciones que no están adecuadamente cubiertas en el seguro estatal o que no están disponibles en el seguro estatal.

Estimó que un modelo así, es muy factible de implementar en Chile y en eso concuerdan diferentes especialistas.

Sin embargo, no hay consenso político para las reformas de fondo y cada día que no se avanza en una reforma de fondo, es un voto por un seguro único.

Explicó que cada día que pasa, en que no se logra un consenso de fondo es un voto por lo que llamó un seguro único a la mala, en donde las ISAPRES se están atomizando y se aprecia una fuga masiva de afiliados, que alcanzó el récord el último año, y esa fuga las expone a una situación que es lo que se llama un espiral de la muerte.

A continuación, se refirió a los aspectos positivos del proyecto de ley en estudio, por un lado, establece un mecanismo de pago de la deuda que es flexible en términos de plazos, entrega mayores atribuciones a la Superintendencia, establece el pago de deuda antes de pago de utilidades, por otro lado, crea la modalidad de cobertura complementaria.

Es esencial, porque la posibilidad de un sistema de cobertura complementaria es, por así decirlo, una tercera vía entre hacer una reforma de fondo, para la cual, estimó que no hay consenso, y hacer cambios cosméticos que no van a dar estabilidad al sistema y podrían finalmente terminar en una crisis no solo para los aseguradores, sino una crisis que arrastre a prestadores y con ello también a pacientes.

Señaló que lo que se está viendo actualmente en las ISAPRES, de postergación de pagos a los pacientes, es en sí mismo una caída progresiva del sistema de salud que ya la están pagando los pacientes. Es decir, las ISAPRES están pidiendo crédito a los pacientes para seguir funcionando.

El sistema de atención de seguros complementarios, podría permitir una transición, en donde pacientes que no están recibiendo una atención adecuada, pero que sienten que no están completamente satisfechos con una atención completa en el sistema público, pudieran encontrar un camino intermedio.

Al mismo tiempo el proyecto del gobierno plantea una misma prima sin discriminación, lo que no representa ninguna novedad, esto se hace en muchos países desarrollados, especialmente en Australia, la prima es así, es una prima única, sin discriminación.

Finalmente, mencionó que siempre se habla de la libertad, y consideró que este proyecto, en ese sentido, con la existencia de mejores seguros complementares con FONASA, defiende la libertad que es más sensible para los pacientes.

Estimó que contempla un buen punto medio, dado que permite asegurar la libertad relevante, que es la libertad del prestador, pero genera una mayor equidad en el sistema, permitiendo que todos estemos en un mismo seguro basal, que entregue cobertura de medicamentos para todos, similar cobertura en licencias médicas, que no sea discriminatorio.

Mencionó algunos aspectos a mejorar del proyecto de ley, como el fortalecimiento del FONASA, no se necesita solo más personal, se necesita fortalecer cómo FONASA maneja las listas de espera, se tiene que empoderar por sus pacientes. Actualmente parece ser simplemente una caja pagadora que recibe dinero del gobierno, que la transfiere a los hospitales y parece no estar empoderado a través de los pacientes para resolver los problemas de atención de los pacientes.

FONASA tiene que ser seguro de las personas y debería buscarse aprovecharse esta ley para fortalecer FONASA en el sentido de darle mayor capacidad de manejo a las listas de espera.

Por otro lado, es necesario plantear la necesidad de un régimen transitorio para pacientes cautivos, con tratamientos no cubiertos en FONASA.

Mencionó que hay pacientes que hoy en día están recibiendo tratamientos de alto costo, que no están de alguna forma cubiertos en FONASA, y se debe generar algún mecanismo de transición, porque es legítimo que, si una persona está recibiendo una quimioterapia, se quede sin seguro.

Esperó que también se puedan considerar alternativas para que las mismas ISAPRES, se transformen también en seguros de segundo piso.

Consideró que el proyecto de gobierno es una tercera vía, no salva las ISAPRES, pero amortigua la caída, permite cumplir el fallo y genera un mecanismo de transición.

El Honorable Senador señor Castro González señaló que de lo que se ha expuesto hasta ahora, por parte del regulador, ha sido una aplicación del fallo a un determinado universo de contratos vigentes a abril del 2020, de lo cual se desprenden devoluciones y se desprenden rebajas de precios de plan, como efecto inmediato.

En la presentación que hicieron los ex Superintendentes y Espacio Público, señalaron que había otros escenarios de aplicación. Esos escenarios, obviamente deben estar dentro de lo que es el ámbito de la aplicación de un fallo judicial.

El Superintendente de Salud manifestó que han hecho un estudio respecto de las distintas propuestas que fueron entregadas. En primer lugar, señaló que esto constituye una opinión técnica de la Superintendencia, no obstante, las atribuciones que obviamente tiene el Senado para evaluar las materias que le sean pertinentes.

En segundo lugar, indicó que los planteamientos deben cumplir con elementos que son importantes para el buen juicio de los señoras y señores

Senadores, respecto, por ejemplo, a la implicancia que pueda tener alguna de las propuestas, ya sea porque no cumple el fallo o eventualmente requiere una modificación del mismo a través de la ley.

La Superintendencia ha planteado que las modificaciones al fallo pueden terminar en alguna discusión de constitucionalidad, pero no le corresponde al organismo emitir un pronunciamiento al respecto, sino más bien a los colegisladores y eventualmente al Tribunal Constitucional si esto llegara a ese nivel.

A propósito de las presentaciones que se realizaron, comentó que la labor como Superintendencia, ha sido actuar con la mayor rigurosidad técnica con funcionarios que llevan años en el servicio y, por tanto, descartó de plano cualquier sesgo ideológico en el trabajo.

La presentación realizada por dos ex Superintendentes, a su juicio, parte de una premisa que no es correcta, que es que la Superintendencia pueda interpretar fallos. Ya lo ha dicho reiteradamente, además, existe jurisprudencia importante de la Contraloría General de la República, que establece claramente que los órganos de la Administración del Estado no tienen ninguna potestad de interpretar fallos.

Respecto a lo planteado, de excluir los planes grupales del análisis, indicó que ello no se ajusta al fallo, primero, porque la Corte Suprema no ha distinguido en sus sentencias entre planes grupales e individuales.

La Corte Suprema se refiere a todos los contratos individuales, lo que no implica concepto de plan. Hay una diferencia entre el concepto de plan, porque se puede ofertar un plan determinado, pero siempre tiene que ejecutar contratos individuales entre las partes, entre la ISAPRE y las personas que finalmente son los cotizantes y sus beneficiarios.

Habiendo plan grupal, tiene que haber contrato individual y el hecho que el sistema de adecuación de precios para estos planes sea distinto, no implica que la tabla de factores no se utilice en la determinación del precio final, ya que igualmente tienen un precio base que, al multiplicar por la tabla respectiva, da el precio final.

Recordó que la Corte Suprema ya fijó un punto respecto de esto, y esto se puede observar en el fallo de ISAPRE Fundación, una ISAPRE cerrada, Rol 25.570 al 2022, que entrega las mismas instrucciones para los planes individuales.

Por lo tanto, el tema de los planes grupales, con tablas de factores de riesgo, que conllevan contratos individuales, también tienen que estar incluidos y así ha sido por parte de la Superintendencia.

Por otra parte, lo señalado por los ex superintendentes Inostroza y Sánchez, de que el 90% de la información solicitada se encontraba en poder de la Superintendencia, informó que la Superintendencia cuenta con distintas fuentes de información, potenciales para el cálculo, archivo maestro de contrato, planes, beneficiarios, cotizaciones, entre otros. Con esos archivos se trabajó en un principio entre diciembre del 2022 a mayo del 2023, tal como expuso la jefa del departamento de estudios.

Lo anterior arrojó algunas cifras iniciales, que fueron compartidas en un espacio convocado por la Ministra de Salud, pero que finalmente se termina de corroborar a la luz de la necesidad de contar con fuentes más detalladas de datos específicos, porque todos los elementos anteriores no estaban construidos para un cálculo como el que planteó la Corte Suprema, sino más bien para el ejercicio habitual de las funciones de la Superintendencia.

Con la nueva fuente solicitada a partir de marzo de 2023 y que se entregó en mayo, se lograron hacer validaciones correspondientes a los datos, asegurando niveles aceptables de confiabilidad estadística.

Sobre los beneficiarios excluidos, planes grupales sin tabla y planes al 7%, como ya ha dicho, en el caso de los planes grupales, si no tienen tabla, efectivamente no están afectos al fallo, porque la instrucción habla de contratos individuales y se refiere a la tabla de factores de riesgo.

En el caso de los planes al 7%, ocurre la misma situación, no tenemos planes al 7% que utilicen tabla de factores, por lo tanto, quedan excluidos.

Sobre la estimación por contrato, tal como lo ha señalado en distintas oportunidades, aquí hay una unidad de análisis, que no son los beneficiarios, sino que son los contratos, porque lo que mandata la Corte es, precisamente, actuar respecto de los mismos.

Se planteó una compensación intra contrato, señaló sobre este punto que el contrato es la unidad de análisis, desde el mes de abril del 2020, mes por mes. De tal manera, se refleja la realidad del mismo, por ejemplo, si hay movimientos de carga, eso está imputado al cálculo porque se va evaluando mes a mes.

La mantención del precio base de los casos judicializados, ya está considerada en el cálculo que han realizado. Todos los cambios que han ido sufriendo estos contratos a partir de abril del 2020 hasta la fecha que se hizo el cálculo, están todos consignados por esta revisión mensual.

Respecto a la compensación entre contratos, que es otra situación que se había planteado, mencionó que conforme lo resuelto por la Corte Suprema, el análisis debe considerar los contratos individuales para determinar

el precio final a pagar. Por lo tanto, cualquier mecanismo de compensación, cuyo sentido y alcance corresponde a explicar a los proponentes, que implica a un afiliado que deba pagar más que lo que corresponde por aplicación a su respecto a la tabla de factores única o deba recibir un monto menor de excedente, va en contra de lo resuelto por el fallo.

Pero, además, recordó que el numeral 7 es imperativo, en decir que las cantidades recibidas en exceso y cuyo cobro no esté prescrito, tendrá que ser restituida como excedente de cotizaciones.

Si se quisiese subir el valor del plan por la vía de la aplicación de la tabla, hay una expresión clara de la Corte Suprema, que indica que, de resultar en un mayor precio, este no puede subirse, sino que tiene que mantenerse según el precio final que está establecido una vez ejecutorial la sentencia.

Sobre la devolución del período con utilidad, algunos especialistas han planteado que debiera devolverse solo las utilidades en exceso percibidas. Manifestó que en este punto cabe poco análisis porque también la Corte Suprema fue expresa en hablar de los cobros realizados en exceso.

No se pronuncia respecto a si ha habido utilidad a propósito de estos cobros, sino que, si se cobró de más, indistintamente que haya habido utilidad, tiene que ser restituido.

Sobre los precios bases actualizados, reiteró que la unidad de análisis también es el contrato y, por lo tanto, desde esa perspectiva, lo que se está realizando es considerar los precios bases actualizados y, por lo tanto, es un cálculo con precios bases reales.

Respecto a la edad de tablas al momento de la aplicación del fallo, que es otra propuesta que se ha escuchado, insistió en el tenor literal de la primera aclaración, la Corte dice, en consecuencia, es a partir de esa fecha que se establecerán las condiciones de eventuales devoluciones, esto se refiere a abril del 2020. Por lo tanto, la consideración que hace la Corte en este sentido, es que, en el momento en que opera la nueva tabla de factores de riesgo, es allí donde debe considerarse el momento de partida para el cálculo de las eventuales restituciones y es donde debiera haber operado la adecuación de todos los planes a esa tabla de factores.

Por esa razón la Superintendencia entiende que no es en el momento en que se firmó el contrato original, ni tampoco es en el momento de ejecutoriada la sentencia, sino que el mes de abril del 2020, es la fecha que se considera para consignar la edad de corte de las personas y de esa manera establecer el cálculo tal como lo planteó la jefa de estudio.

Otra de las propuestas que hizo en su momento la Asociación de ISAPRES, fue que solo cargas nuevas puedan ingresar a los planes antiguos

desde abril del 2020, a juicio de la Superintendencia, tampoco está contenido dentro del fallo y en este caso, lo que señala la Corte es que lo que hay que hacer es aplicar a los contratos respectivos, que tengan tablas de factores anteriores a abril del 2020, la nueva tabla de factores de la Superintendencia y eso se aplica a la totalidad del contrato y no solo a los movimientos que pueda tener este contrato a propósito, por ejemplo, de las nuevas cargas.

Por otra parte, indicó que no pueden aplicar una tabla que no existe, no pueden hablar de una nueva tabla, por lo tanto, y lo que dice el tenor literal del fallo es que se debe calcular aplicando la tabla de factores contenida en la circular de la IF N° 343.

Por otra parte, se refirió a lo planteado por Espacio Público, reiteró que hay que ponderar la necesidad de establecer en la ley la interpretación, digamos, de un efecto retroactivo.

En cuanto a la posibilidad de subsidiar, entre contratos, se genera el problema recién mencionado, que no se pueden alzar los precios de aquellos contratos que impliquen, eventualmente, un valor mayor.

Hay otras medidas inmediatas que plantea Espacio Público que son muy atendibles, que tiene que ver, por ejemplo, con los planes de contención de costos, perfeccionamiento regulatorio en materia de ajuste de precios y el fortalecimiento de facultades de la Superintendencia.

Sobre el tema de perfeccionar mecanismos de reajustabilidad de primas, entregando certezas jurídicas y posibilidades de ajuste, comentó que se trata de una materia que no está contenida en este fallo, que tiene que ver con la adecuación precio base.

Sobre eso, recordó dos cosas, la primera, es que hay una ley que rige la adecuación precio base, que es la ley N° 21.350, y hay fallos de la Corte, los primeros con carácter general en el 2022, que estableció un mecanismo de verificación por parte de la Superintendencia. Lo anterior generó, contar con un indicador que establece un promedio de la industria que opera como un techo de alza, sin embargo, la Corte los habilita para hacer una verificación individual de la variación interanual de los costos operacionales.

Actualmente hay dos elementos objetivos, el indicador promedio del sistema y un indicador de verificación individual por cada una de las ISAPRES.

El Honorable Senador señor Castro González entendió que hay tres grupos de beneficiario, uno es aquel que tiene contratos después de abril del 2020; otro, es el que tiene contratos entre el 2010 y abril del 2020, el tercero es el grupo que tiene contratos anteriores al año 2010.

Por otra parte, observó que no tenemos claridad del nivel de generalidad o no que tenga el fallo judicial de la prima GES, que parte el próximo mes con audiencia pública y que tendrá que arrojar algún criterio, y que también va a ser parte de esta discusión.

El Honorable Senador señor Gahona comentó que no tiene mayores objeciones con el mecanismo de cálculo, ni con la metodología utilizada por la Superintendencia.

A propósito de lo planteado por ex Superintendente Inostroza, respecto del 8,3%, que bajaría los ingresos futuros, consultó al Superintendente si continúa pensando que con este proyecto de ley corta se le va a dar estabilidad financiera al sistema privado de aseguramiento de salud.

Dado que en todos los informes que ha visto, los números no lo dan. Consultó si se puede garantizar que el sistema de aseguramiento de salud privada colapsará y si este proyecto de ley va a servir para estabilizar el sistema.

Por otra parte, estimó que esto sería el fin de las aseguradoras privadas. Y eso significa que muchas personas tendrían que cambiarse al FONASA. Consultó si las hospitalizaciones domiciliarias que provee el FONASA son equivalentes a las que contemplan las ISAPRES.

En enfermedades catastróficas, hospitalización domiciliaria, enfermedades crónicas, consultó si seremos capaces con un sistema público, que a su juicio es deficitario, de cubrir toda esa demanda, con calidad y oportunidad.

El señor Manuel Inostroza reiteró que, si el Superintendente tiene una interpretación tan clara y categórica en la que prácticamente rechaza el 95% de los puntos expuestos, no requiere de una ley para implementar el fallo.

Continuó sosteniendo que no hay ámbito en el cual la Superintendencia no puede inmiscuirse en el sistema ISAPRE, lo puede hacer con plena potestad y no requiere de ninguna ley para instruir la implementación del fallo.

Su punto básico es que dado que el Superintendente, que está además facultado por la propia Corte Suprema, en su condición de conocedor experto de la regulación en salud, de cómo implementar el fallo, la misma resolución le da alguna manera facultades interpretativas respecto a cómo acoger la implementación del fallo, sin que esto pudiese generar un descalabro en el sistema.

Estimó que hay aspectos en el proyecto de ley, en las que sí hay una interpretación sobre la aplicación práctica del fallo.

Manifestó que realizaron una propuesta colaborativa para ayudar a crear condiciones para que el Superintendente pueda tener espacio, concordarlo en el proyecto de ley, para que el parlamento le diera respaldo a esa interpretación.

Por último, comentó que hay tres tipos de planes, con tres tipos de tablas. Cuando se aprobó la ley del 2005, la ley AUGE y la ley ISAPRE, a partir del año 2006, se implementó la ley y se permitió que se crearan nuevas tablas de factores. Anteriormente, recordó, había tablas que eran efectivamente muy abusivas, que eran alrededor de 3.500 tablas, que con la correspondiente circular de implementación de la Superintendencia fueron eliminadas y se crearon solo trece tablas de factores de riesgo.

Esa regulación, tanto administrativa como legal, no pudo haber tenido efecto retroactivo, las personas que quisieron seguir teniendo esos planes antiguos, con tablas antiguas, las siguieron teniendo y por eso es que hoy día nos encontramos que hay un grupo de personas que, si no se cambió a los planes nuevos del 2006 en adelante, se quedaron con sus planes antiguos y con esas tablas antiguas por voluntad propia.

La Superintendencia de la época le permitió a la ISAPRE crear estos planes con estas nuevas tablas, con el ajuste del precio base, porque el principio regulatorio básico es el equilibrio financiero y, por lo tanto, cambiaron los precios base, que permitió crear tablas nuevas que eran mucho más justas.

Ahora se agrega un tercer grupo de planes con tercer grupo de tablas, porque con la circular que estableció el Superintendente Patricio Fernández, se estableció una nueva tabla y nuevamente lo que ocurrió fue que se dejaron de comercializar los planes antiguos con las 13 tablas que se crearon el año 2005 y se empezaron a crear solo con la nueva tabla.

Esta nueva tabla también permitió que se ajustara el precio base nuevamente porque lo que importa es el equilibrio financiero y se pasó a tener una nueva tabla de factores de riesgo, más justa, que no discrimina por sexo, por ejemplo, y mucho más plana que las anteriores, pero sí permitió el reajuste de precio base y los planes nuevos que se aplican ahora, sólo pueden tener esta única nueva tabla, pero también con el reajuste del precio base. Por eso tenemos estos tres grupos de plan.

Este fallo de la Corte Suprema señala que tanto para las 13 tablas, como para las 3.500 antiguas que todavía subsisten, se debe aplicar esta nueva tabla y no se aplica el reajuste del precio base y eso origina y hace aparecer la existencia de estos montos a devolver, que de otra manera no podrían darse técnicamente, ni la Superintendencia actual ni la anterior la podría haber aplicado, porque habría significado aplicar una nueva tabla sin el equilibrio financiero respectivo y eso habría llevado a la quiebra del sistema.

El señor Héctor Sánchez señaló que el objetivo y destino del documento que presentaron, fue abrir espacio para una discusión que permitiera que, cumpliendo el fallo, se pudiera hacer una interpretación por parte de la autoridad política, que es donde se está discutiendo, y que es la responsable de definir las políticas públicas de este país, y se pudiera interpretar de alguna manera los elementos fundamentales del fallo, para que en definitiva se pudiera cumplir con él, pero a continuación se pudiera avanzar en un cambio importante de justicia hacia los afiliados, sin que esto generara una quiebra del sistema.

No pretenden discutir con el Superintendente, porque tienen claridad cuál es su posición, que es de una interpretación del fallo, donde no hay apertura a otras interpretaciones y a otras vertientes de solución del problema.

Señaló que, en esencia, lo que pretende la Corte Suprema es terminar con la variedad de tablas, que producían eventualmente situaciones injustas respecto de los afiliados, que la Corte Suprema ha tenido que ir dictaminando caso a caso, y en definitiva quiere que se terminen las tablas de riesgo.

Señaló que lo que está en juego es básicamente que el sistema prestador entre en riesgo y a continuación, las personas empiezan a vivir las consecuencias de ese riesgo. Por lo tanto, consideró que, a esta altura, se tiene clara la posición del Superintendente, sin embargo, se debe escuchar la posición del Senado, porque es el Parlamento el que tiene que tomar las decisiones que permitan una interpretación adecuada del fallo, con el objeto de que no se avance en la solución del problema con costos que son superiores a los que a la autoridad judicial nunca se le pasó por la mente tomar en cuenta.

Estimó que hay que buscar una solución que permita la implementación del fallo sin las consecuencias que con la interpretación actual de la Superintendencia está generando.

Pero se quiere evitar la quiebra del sistema, se debe buscar la forma y recordó que han visto dos formas para eso. La primera son distintos criterios que se pueden aplicar para definir cuál es el universo. Segundo, cómo calcular el valor del precio del plan, modificando el precio de la prima base, sin que esto signifique un aumento del precio final, que es lo que dice la Corte Suprema, respecto del precio de los contratos, que no aumente el precio final, pero nada habla del precio intermedio.

No se debe olvidar que, si una de las dos variables que definen el precio, baja, la otra puede subir, de manera que se produzca el equilibrio.

Por otra parte, sostuvo que, si se quiere terminar el problema de las tablas de riesgo, hay que eliminar las tablas de riesgo y para eso hay que

entrar en una reforma acotada del sistema ISAPRES, lo que significa definirle a las ISAPRES un plan para terminar con el tema de cuál es la cobertura que unilateralmente pueden definir.

Eliminar las tablas de riesgo y la selección al ingreso. En cuanto a la libre movilidad a los afiliados, garantizarla y crear un fondo compensatorio por riesgo, porque es la única manera de eliminar las tablas de riesgo.

A continuación, definir otros mecanismos que permitan que se produzcan estas eficiencias que se persiguen del sistema de ISAPRES. Sostuvo que va a ser imposible de que avance en la eficiencia del sistema si no se hace por ley, lo que implica permitirle a las ISAPRES y darles la autoridad para que puedan cambiar su modelo de atención, con un fuerte énfasis en lo preventivo, y en segundo lugar, permitirles que compren soluciones a problemas de salud o entreguen población a cargo, de tal manera que, en definitiva, con este tipo de modificaciones se produzcan eficiencias.

Se estima que, si la Corte Suprema fuera por el mismo camino de las tablas de riesgo respecto a la prima GES, podría generarse un déficit adicional al que estamos proyectando, alrededor de los $ 350.000 millones.

La señora Paula Benavides comentó brevemente dos aspectos de la propuesta que presentó, primero, se refirió a lo que observan respecto a los espacios que dejan las distintas sentencias de la Corte Suprema, para que los poderes colegisladores puedan entregar una interpretación sistémica, en aquellos ámbitos en los cuales el fallo no es taxativo.

En particular, lo planteado es respecto de la forma en que se determina lo cobrado en exceso, para el efecto retroactivo. Observó que hay ahí un espacio para que además se restituya el concepto de que los seguros tienen que operar sobre una base de subsidios cruzados.

En segundo lugar, se refirió a lo planteado respecto de los flujos y distinguir ambas cosas. Aclaró que se planteó en el contexto de cómo determinar un efecto retroactivo, no para materializar un alza en el plan de las personas, sino para determinar un cálculo neto para definir el monto de cuál fue el enriquecimiento sin causa que tuvieron las ISAPRES por la no aplicación de la tabla de factores desde abril de 2020.

Entonces, en este sentido, en el primer punto, tanto por lo señalado en el número 7 de los fallos de la Corte Suprema, que señalan que en el evento en que la Superintendencia de Salud, al aplicar la tabla de factores, determina un precio final del contrato inferior al cobrado y percibido por la recurrida, las cantidades recibidas en exceso y cuyo cobro no esté prescrito, serán restituidas como excedentes de cotizaciones.

A su vez, han hecho referencia para establecer que existe un espacio en este ámbito para una interpretación sistémica, es lo señalado en el considerando vigésimo tercero de los fallos de noviembre del 2022, que señalan que es necesario manifestar que el contrato de salud no puede reducirse un seguro individual, entre otras cosas que ahí se detalla.

Desde este punto de vista, lo que proponen para determinar el efecto retroactivo de los fallos, es que opere un marco de subsidios cruzados entre los distintos beneficiarios. Es decir, proponen que se interprete el efecto retroactivo, determinando como una renta injustificada o enriquecimiento sin causa, considerando tanto los mayores precios que hubiesen existido, como los menores precios, y que se determine, por lo tanto, un monto neto global que luego sea prorrateado entre las personas que tuvieron cobro mayor al que les correspondía, considerando plazos adecuados para ello.

Señaló que el fallo permite esa interpretación del efecto retroactivo con una lógica sistémica para definir cuál fue el enriquecimiento sin causa.

Estimó que una interpretación de esa naturaleza cumple con los estándares jurídicos del fallo de la Corte, por cuanto ha señalado que el contrato de salud no puede reducirse a un seguro individual. Cumple también con el fallo, por cuanto ordena efectivamente restituir las cantidades recibidas en exceso, a quienes tuvieron un precio final mayor al que correspondía de haber aplicado la tabla única de factores, y además deja en el regulador los detalles de implementación en el marco de criterios que quedarían establecidos en la ley.

Por lo tanto, esto está planteado como para que se establezcan criterios en la ley, determinados por los poderes colegisladores y que puedan servir de base para un cálculo de la Superintendencia.

Aclarar que tienen presente lo señalado por el Superintendente, que hacia adelante, en lo prospectivo, el fallo es taxativo al señalar que la aplicación de la tabla única de factores, no puede importar un alza en el precio final de los planes.

Esto es distinto a cómo se determina un efecto global para determinar el efecto retroactivo.

Por eso es que proponen, en lo prospectivo, abordar el desequilibrio financiero que se va a producir por la aplicación de la sentencia, que como se ha estimado, implicaría del orden de 8% menos de ingresos, sobre una situación que se está comenzando a estabilizar financieramente y sugieren que exista un plan robusto de contención de costos.

El señor Juan Carlos Said señaló que el sistema adolece hoy en día de una inviabilidad estructural que es el problema de fondo.

Indicó que el actual es un sistema que no puede funcionar, que no puede ser viable con la lógica actual. Y esa es la crisis que puso a la vista el fallo de la Corte Suprema, no se desarrolló ahora, en un día, producto de un fallo, sino que es una crisis que está en los cimientos mismos del sistema.

Por otra parte, observó que las posibilidades para salir de esta crisis, son probablemente dos. Una es avanzar un sistema tipo alemán, un seguro de un fondo único de salud, mancomunar las cotizaciones y crear un sistema de seguros sociales con seguros sin fines de lucro y un seguro estatal, algo similar al estilo alemán.

Otra opción que es la que, en particular manifestó favorecer, es la creación de un seguro único de salud que permita la integración de una red público-privada, que es la mejor cara que se vio de Chile, por ejemplo, en la pandemia, donde logró una integración completa de prestadores públicos y permitió la atención de todos los chilenos que lo necesitaron.

Estimó que, por tanto, se deben buscar algunas alternativas que permitan hacer pequeños cambios, que quizá no definan la estructura de fondo del sistema, pero que sean cambios relevantes, que den viabilidad, más allá de lo que suceda con el fallo.

Algunas opciones, son las que ha planteado Espacio Público, efectivamente, se debe incluir en la ley la exigencia para las ISAPRES de pagar por prestaciones agrupadas, paquetizadas.

Es clave la incorporación de la atención primaria. No hay ningún motivo por el cual nuestro sistema de salud en el sector privado no deba tener una atención primaria, que permita no sólo contención de costos, sino mejor atención médica.

Al mismo tiempo, hay una ventana de oportunidad también en el tema de licencias. Sabemos que tenemos un sistema de licencias que está desfondado en muchos aspectos.

Señaló que efectivamente las ISAPRES enfrentan una situación de gran inviabilidad, que se ha agudizado por el fallo de la Corte Suprema y que podría arrastrar a prestadores que prestan un rol muy relevante en el país, recordó que 50% de las consultas que realizan los pacientes en las clínicas son FONASA, 30% de los días cama son FONASA, pero también recordó que ese mismo financiamiento podría lograrse también de otra forma, y en eso, es clave un elemento del proyecto del Gobierno que es la creación de seguros complementarios.

Consideró que la creación de seguros complementarios que funcionen de forma integrada con FONASA es un elemento crucial, que se

debe discutir con mayor detalle, hay dudas respecto a cómo está estructurado, a si las licitaciones efectivamente serían viables.

El Director de FONASA, se hizo cargo de la consulta del Senador Gahona respecto de si FONASA podría hacerse cargo de las hospitalizaciones domiciliarias.

La consulta parte de un supuesto que es que el sistema privado de salud se cae. Estimó que el proyecto de ley que se propone, permite una salida ordenada del problema.

Señaló que no considera que ocurrirá una crisis cataclísmica, como la que se presenta en algunos estudios que se han escuchado. Más aún, si el proyecto de ley que se ofrece presenta un procedimiento que genera plazos a partir de los cuales las propias ISAPRES propongan un método de pago.

Habiendo dicho eso, aun cuando hubiese riesgo de insolvencia y FONASA se viera obligado a recibir personas en situaciones de atención de extrema gravedad o de extremos cuidados, como las hospitalizaciones domiciliarias, informó que ya tienen convenios con prestadores privados en la atención domiciliaria.

FONASA gasta alrededor de 6.000 a 7.000 millones de pesos al año en este ítem, sólo en prestadores privados, que conservan y que tienen más o menos las mismas cualidades que una hospitalización domiciliaria que financian las ISAPRES, son los mismos prestadores.

Buscarían en tal supuesto, generar convenios si fuese necesario, con otros prestadores para suplir esos casos.

El Superintendente de Salud hizo presente que han reiterado por todos los medios y en diferentes ocasiones, que la Superintendencia no ha realizado una interpretación del fallo. Seguir sosteniéndolo, lo que busca en definitiva es instalar la falta de voluntad eventual que podría tener el regulador respecto de otras alternativas.

Reiteró que no tienen potestad de interpretación y es muy distinta la aplicación literal de un fallo, a la potestad de poder interpretar sus alcances o todo lo que ello implique. Por lo tanto, si nuestra discusión sigue dando vuelta en torno a que aquí hay una interpretación, entonces es muy difícil seguir avanzando.

A continuación, planteó que cuando se habla del efecto retroactivo, a propósito de una deuda y por cierto, el planteamiento prospectivo, los cuestionamientos que se escuchan son ¿por qué razón se presenta este proyecto de ley? Explicó que precisamente, dada la magnitud de ambos efectos, es que se busca un proyecto de ley que permita el cumplimiento del

fallo en mejores condiciones para evitar que pueda generarse una caída a diferencia de que éste se resuelva por la mera vía administrativa.

Señaló que se otorgan plazos bastante extendidos y una fórmula en que incluso se incorpora un tercero ajeno, que va a tener la potestad de poder revisar, por ejemplo, las propuestas levantadas por las ISAPRES. Porque se otorga a las ISAPRES la posibilidad de proponer la forma de cumplimiento, pero, además, se incluye a un tercero ajeno, que es el comité asesor, que va a evaluar aquello antes que la Superintendencia pueda pronunciarse. O sea, se somete a un escrutinio de transparencia, en una instancia diferente. Y después se da un plazo para el inicio del cumplimiento, que además puede contener otros plazos.

Todas estas materias no pueden ser resueltas evidentemente solo por la vía administrativa. Pero también este proyecto de ley considera elementos como, por ejemplo, los impactos que pudieran tener precisamente en el ámbito del cumplimiento de los indicadores legales.

La pregunta es cuál es el problema de fondo que pueda generar o no una viabilidad del sistema, porque esto responde a distintas cosas. Primero lo estructural, segundo las definiciones propias de las ISAPRES y en tercer lugar el impacto que pueda tener este fallo, que se busca poder morigerarlo para que no tenga un efecto, a lo menos, sistémico.

Pero también contiene el proyecto de ley elementos como, por ejemplo, una fórmula de cálculo que será debatible y todo, respecto de la prima GES, que es un tema relevante, porque se está dando una señal de que hay un interés genuino para resolver una materia que hoy día también está en judicialización.

Sobre las tablas de factores distintas, antes del 2010-2020, la Corte Suprema ha sido clara, declara ilegales y arbitrarias todas aquellas tablas distintas a las contenidas en la circular N° 343, por lo tanto, no cabe distinción alguna respecto de esa materia.

Sobre comercialización de nuevos contratos, recordó que cuando se dicta este fallo y la Ministra invitó a las ISAPRES para que trabajara junto con la Superintendencia, la posibilidad de construir nuevos planes y que pudieran ser comercializados, incluso con el mismo costo actual, pero con beneficios distintos, de tal manera de que se pudiera durante este tiempo comercializar planes que también permitieran poder ayudar a contener parte de los menores ingresos, producto de estos menores costos y acudieron a una reunión, para luego, retirarse de la mesa y no se siguió avanzando.

Las ISAPRES podrían perfectamente estar comercializando actualmente, planes que permitan absorber parte de los menores costos que significaría bajar el costo de los actuales planes, con la misma tabla de la

circular 343, pero con otro elemento incluso de contención de costos como la comercialización con GRD incluido.

Se ha planteado adecuar el precio, lo único que ha dicho es que hay que observar la ley N° 21.350 y evitar que se reabra la judicialización, si se quiere buscar por esa vía la compensación.

En relación a lo señalado por Espacio Público, indicó que no se trata de enriquecimiento sin causa, porque la Corte habla de los cobros realizados en exceso, no de las ganancias asociadas.

La Ministra de Salud reiteró la intención del Ejecutivo respecto a por qué se presenta el proyecto de ley, entienden como Ejecutivo que tienen una responsabilidad en el sentido de cautelar los derechos de los asegurados, que es lo que los ha impulsado a presentar un proyecto que permita dar viabilidad al cumplimiento de la sentencia y garantizar una estabilidad del sistema.

El Honorable Senador señor Castro González propuso la creación de una Comisión Técnica, de apoyo a la labor parlamentaria, en el que concurran las diversas instancias del Ejecutivo, de la Asociación de ISAPRES y algunos expertos, que permita ir configurando un escenario de matriz financiera, de aplicabilidad, en el marco del fallo y un escenario que permita las definiciones de costo técnico presente y proyectado.

El Presidente de Gobierno Corporativo de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, señor Álvaro Clarke acompañó una presentación y dio a conocer un estudio elaborado por dicha facultad y aclaró que fue financiado por la ISAPRE Banmédica y los datos originales que se utilizan fueron proporcionados por la ISAPRE.

La segunda información relevante, es que el estudio compromete a los autores del mismo, que son profesores de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, y personas que trabajan en la Facultad de Economía y Negocios en distintas labores.

Mencionó que el estudio cubre tres grandes temáticas, la primera de ellas, es la estimación de los potenciales montos de compensaciones para los cotizantes de ISAPRE y las potenciales futuras pérdidas para las ISAPRES.

Esto se hace, en primer lugar, aplicando un mecanismo similar al que ha ocupado la Superintendencia de Salud y llegaron a cifras similares, pensando que el fallo es de aplicación general y que se suman las compensaciones de cada uno de los contratos.

Después hacen dos sensibilizaciones, la primera es que se mutualizan los riesgos. Esto significa que se introducen dos características que

son esenciales o inherentes a los sistemas de salud que mutualizan o solidarizan riesgos y cobran un solo precio, sin distinción de sexo o edad, y es básicamente que algunos contratos tienen que subir de precio y otros tienen que bajar.

Por ejemplo, los contratos asociados a mujeres deben bajar y los contratos asociados a hombres deberían subir. En este caso, si bien el fallo no lo permite, de todas maneras, se hace el ejercicio para tener alguna idea del desfinanciamiento que se genera en el sistema.

El segundo, estimó que es importante, porque no solo está contenido en el fallo, y que es el cambio en el peso base del plan en concordancia al promedio de variación del costo técnico de cada grupo de referencia. Esto significa que antiguamente, se tomaba como referencia a un grupo de hombres de 30 a 34 años.

Cuando desaparece la distinción por sexo, entonces el grupo de referencia pasa a ser mixto, integrado por mujeres y hombres. Lo que ocurre, es que si se aplican los precios de un grupo de referencia de hombres de 30 a 34 años, para calcular las diferencias que se generan en compensación producto de la aplicación de la nueva tabla de factores, lo que ocurre es que la cifra aparece relativamente mucho más alta de lo que debiera, ya que el grupo de referencia de hombres y mujeres debiera tener un precio base más alto que el del grupo de referencia integrado por solo hombres.

Lo que hicieron fue justamente es realizar ese cálculo cambiando el precio base de acuerdo al nuevo grupo de referencia, que en este caso es mixto.

Finalmente, hacen una estimación de los efectos financieros que los montos de compensación y pérdidas futuras podrían tener sobre el sistema. Esto lo realizaron tanto para las ISAPRES, como para los prestadores privados de salud.

El Profesor Asistente de la Facultad de Economía y Negocios del Departamento de Administración de la Universidad de Chile, señor David Díaz resumió la metodología utilizada y los principales resultados del estudio.

Para las estimaciones de la temática 1, que tiene que ver con la estimación de los montos, tanto de las compensaciones como de la pérdida esperada de la ISAPRE. Indicó que si bien, utilizaron información que les suministró la ISAPRE Banmédica, esta información era anonimizada, no tenían información del rut específico de cada una de las personas.

Para hacer los cálculos, utilizaron como unidad de análisis los contratos vigentes a noviembre de 2022, ese es el grupo de afiliados que se

toma como referencia para calcular los reembolsos hacia el pasado y de alguna manera también para hacer las proyecciones hacia el futuro, de qué implicaría seguir con esa cartera para la ISAPRE.

Otro punto importante metodológicamente, es que para calcular estos diferenciales entre lo cobrado y lo que se debería haber cobrado por la nueva tabla, es que existe compensación intra contrato. Por ejemplo, podría darse el caso de que dos cargas dentro del mismo contrato salían beneficiadas, pero al cotizante se le debería haber cobrado más, entonces se genera una especie de neteo intra contrato y los totales que muestran, toman en consideración ese punto.

Separaron la estimación en tres períodos. El período 1, se denomina monto retrospectivo, se miran las carteras desde mayo 2020 hasta noviembre 2022, después existe un periodo 2, que denominaron monto de actualización, e incluye el periodo desde diciembre 2022 a mayo 2023, y finalmente se agregó un periodo adicional, que intenta mirar lo que va a ocurrir desde junio 2023 hacia el futuro, entendiéndose el futuro como una proyección de hasta seis años.

Se traen a valor presente, los montos que se espera que se generen por los próximos seis años.

Respecto de cómo lograron hacer la estimación para el total del sistema de ISAPRES, indicó que, con la información entregada, tuvieron que hacer una extrapolación de cuáles podrían ser los potenciales impactos hacia el total del sistema.

Para ello, utilizaron dos metodologías. En la metodología A, que es más sencilla, simplemente tomaron los montos que se estimaron por la Superintendencia de Salud y de alguna manera reemplazaron sus estimaciones de Banmédica y de Vida tres, que eran respecto de las que podían tener una estimación para cada uno de los cotizantes.

A eso le llaman metodología A o metodología de revisión de la Superintendencia de Salud. Con un agregado, que hacen una proyección para el periodo 3, o sea, para el periodo hacia el futuro, que la Superintendencia no había hecho originalmente en su primera interpretación.

Explicó que después, hicieron una metodología un poco más sofisticada. Ocuparon un modelo de aprendizaje de máquina o de inteligencia artificial, y básicamente, le mostraron a ese algoritmo, las carteras de Banmédica y Vida tres, para que aprenda a estimar cuánto deberían ser los montos a devolver.

Después se le muestra al algoritmo, el resto de las carteras para el resto de las ISAPRES, que están disponibles públicamente en el sitio de la Superintendencia de Salud.

En ese punto, tuvieron un pequeño desafío metodológico, porque la Superintendencia tiene una publicación trimestral y esa fue la principal limitación de esta metodología del aprendizaje de máquina, además de que no estaban viendo las carteras directamente, cómo lo podría hacer la Superintendencia de Salud.

Respecto de la temática 2, que tiene que ver con la estimación de los potenciales efectos del cambio de base, señaló que el nuevo grupo de referencia es más grande, ya no incluye solo a los hombres de 30 años, sino que incluye, a cualquier persona independiente de su sexo, entre 25 y 34 años, lo que implica que atender a ese grupo de personas va a ser más caro, porque están las mujeres ahora incluidas en ese grupo.

Explicó que lo que hicieron, tomando la información disponible en la Superintendencia de Salud, fue estimar cuál fue la diferencia de costos del grupo de referencia antiguo versus el grupo de referencia nuevo. Lo que arrojó que, aproximadamente, es un 40% más caro el costo de atender a ese nuevo grupo de referencia.

Respecto de la temática 1, que tiene que ver con la estimación de los montos, utilizando la metodología más sencilla, que era esta corrección de la Superintendencia de Salud, llegaron a un estimado de aproximadamente 1.442 millones de dólares, que consideraron el periodo 1, más el periodo 2, que es muy similar a lo que había señalado la Superintendencia de Salud.

Pero, le agregaron a esta estimación, la estimación hacia el futuro y el valor presente de esa pérdida esperada, y son alrededor de 1.930 millones de dólares lo que, en total, si suman todos los períodos, daría una cifra de alrededor 3.300 millones de dólares.

El algoritmo estimó cuanto daría esto y llegó para el periodo 1 y 2, a 1.552 millones de dólares, 2.239 millones para el periodo 3, totalizando 3.791 millones de dólares, cuando se consideran todos los peritos.

Por supuesto van a haber diferencias, dado todos los supuestos y todas las limitaciones metodológicas.

Respecto de la sensibilización, de la temática 2, si por ejemplo, se hubiese podido cobrar más a aquellas personas que por la nueva tabla, se debería hacer, pero que el fallo no lo permite. Se ve que los montos disminuyen bastante y para el período 1, los montos serían 659 millones de dólares, utilizando la metodología A, o revisión de la Superintendencia de Salud, 586

millones para el período 3, y un total de 1.245 millones de dólares, que es menos de la mitad del monto original.

Después hicieron el mismo ejercicio, pero ocupando los montos referenciados por la metodología del algoritmo de inteligencia artificial, teniendo los siguientes resultados: $752 millones de dólares para el período 1 y 2, $512 millones para el período 3, y un total de $1,264 millones para el total de los tres períodos.

Respecto de la segunda sensibilización, o sea, qué ocurriría si se agrega este 40% de costo. Lo primero fue estimar estas diferencias de costo para diferentes periodos. Tomaron el costo promedio superior de los últimos cinco años y les dio un 39,5%. A continuación, hicieron la estimación siguiendo ese potencial aumento de costo del 40%.

El resultado de lo que ocurriría a esos 1,442 millones de dólares, si se pudieran traspasar a precios ese aumento en costo del 40%. Para el período 1 más el 2, sería 493 millones de dólares, mucho menos que los 1,400 millones originales, y el período 3, se reduciría de los 1,900 millones a aproximadamente 772 millones de dólares, totalizando 1,265 millones de dólares.

Respecto de la temática 3, es decir, el impacto que tendría tener que devolver estos dineros, primero para las ISAPRES y luego para una muestra de clínicas y prestadores de salud a los que tuvieron acceso, señaló que se generarían situaciones financieras críticas.

Por ejemplo, provisionar los 1.442 millones de dólares, que son el equivalente al periodo 1 y 2, siguiendo la metodología A, representaría el 93,2% de los activos totales del sistema de ISAPRE, al 31 de diciembre del 2022, es un 88,4% de la utilidad que han tenido las ISAPRES durante el periodo 2000 a 2019, y el 3,22 veces el patrimonio de las mismas.

Manifestó que un desembolso de dicha magnitud, se podría recuperar en 17,69 años, si se consideraran las utilidades promedio del sistema desde el año 2000 al 2019; 10,44 años, si se considera los tres mejores años sin pandemia y 11,22 años, si se consideran los cinco mejores años sin pandemia.

Si a esto se le agrega la proyección hacia el futuro, del periodo 3, a los 1.442 millones, se le sumarían los 1.930 millones por pérdidas de ingresos a raíz de la aplicación de la interpretación del fallo de la Superintendencia de Salud y estos 1.930 millones adicionales, representarían ahora el 212% de los activos totales del sistema, al cierre de año 2022; el 732% del patrimonio del sistema y 2,1 veces las utilidades netas acumuladas en el período 2000 a 2019, sin pandemia, es decir, el equivalente a 41,4 años de los ingresos generados por el sistema.

La estimación es que aproximadamente podrían disminuir sus ingresos entre un 10,3% y 13, 2%, lo que les dejaría un margen potencial estimado de menos 16,75% en el peor de los casos y de menos 5,26% en el mejor de los casos, margen operacional negativo, lo que para cualquier empresa es muy complicado y generaría una barrera para su viabilidad económica futura.

Destacó que el margen operacional promedio anual, desde el 2000 al 2019 de las ISAPRES fue de un 2,5%, es decir, no tenían un margen muy grande y ese margen pasaría de ser pequeño a negativo.

Respecto de cómo sería el impacto para una muestra de clínicas, mencionó que tuvieron acceso a todas las clínicas que tenían datos públicos, más las clínicas que estaban asociadas al Grupo de Banmédica.

De acuerdo a la información obtenida, señaló que, al término del año 2022, la deuda de las ISAPRE, con los prestadores privados de salud, era de 507.057 millones de pesos. De esta forma, las posibles consecuencias para los prestadores de salud privados, a raíz de la interpretación de la Superintendencia de Salud, del fallo de la Corte Suprema sería la siguiente:

Estimaron una reducción del 8,69% de sus ingresos totales anuales, si es que no existiera ninguna otra medida de compensación. Y para hacer esa estimación asumieron que todas las prestaciones realizadas antes con cobertura vía ISAPRE, ahora se realiza con cobertura vía FONASA, y que en promedio, las prestaciones pagadas por la ISAPRE son 1,27 veces el valor de la misma prestación en FONASA, son 27% más caro.

No existe ningún otro ajuste en la composición de los costos fijos o variados, o sea, no se reducen los costos, no se cambian los sueldos, etcétera.

Después, dados los montos anteriores y dado la reducción esperada de los ingresos, observaron que la reducción en el patrimonio por la eventual incobrabilidad de las cuentas por cobrar con las ISAPRES, fluctuaría entre un 15,34% y el 30,67% en esta muestra de clínicas bajo análisis, lo cual podría deteriorar de manera importante su situación de solvencia financiera y su relación con el sector financiero.

Considerando la muestra bajo análisis de ocho clínicas privadas, el margen operacional de ellas fue de 8,68% durante el año 2022, y se estima una reducción potencial de los ingresos del 11,75%, lo cual podría dejar a las empresas con un margen operativo negativo de 3,07% de sus ingresos.

El señor Álvaro Clarke manifestó que de acuerdo con la interpretación de la Superintendencia de Salud del fallo de la Corte Suprema, el monto que se ha calculado como compensación para cotizantes es para todo el

sistema ISAPRE de un total de 1.442 millones, a lo que se debe agregar lo que viene hacia adelante porque se crea una cartera inviable financieramente, porque como algunos contratos bajan de precio y otros no pueden subir por efectos de fallo, y esa cartera, en su conjunto financieramente, no está equilibrada, en consecuencia se vuelve una cartera inviable y genera pérdidas futuras.

Esa es la primera conclusión, 1.442 millones más 1.930 millones. Luego se introducen correcciones a interpretación a partir de factores que son esenciales en el funcionamiento de un mercado seguro de salud. La mutualización de riesgos, es decir, subsidios cruzados o solidarios. Y dos, cambio en el valor de la base de la tabla de factores desde hombres de 30 a 34 años a personas sin distinción de género, 25 a 34 años, los resultados serían:

Aquellos contratos que por la mera aplicación de la tabla de factores debieran subir, si se compensaron los contratos que deben subir con aquellos que deben bajar, monto neto, bajo el concepto de mutualización de riesgo, la estimación del cálculo a la compensación total para el sistema sería de 659, es decir, una baja sustancial respecto a los 1.442 y respecto a las pérdidas futuras esperadas también, desde 1.930 a 586 millones.

Si se cambia la base original, que es hombre de 30 a 34 años y eso es bien importante, como ejemplo, el cálculo técnico de esa base no considera los gastos de maternidad, si se cambia el valor de la base original a personas sin distinción de género, 25 a 34 años, que implica un alza de aproximadamente de 40%, porque hay que cambiar ese valor base a un valor base que represente el costo técnico de un grupo mixto, que en este caso es de 25 a 30 años, y esa estimación la hicieron en 40%, los resultados serían 493 millones, es decir una cifra sustancialmente menor a los 1.442 millones, solamente por el cambio en el valor de la base.

El Honorable Senador señor Castro González consultó cómo hacer que la mutualización del riesgo, que fue un factor que la Suprema abordó taxativamente respecto al cálculo, para la aplicación del fallo, se mantiene en el tiempo o se renueva en el tiempo.

Hay varias referencias que tienen que ver con ese concepto que es el que ha estado por años en el mundo de los seguros, que ahora se desvanece en el fallo, porque prima una lógica de seguridad social, más que una lógica de seguro cruzado y, por lo tanto, en la subsistencia del sistema, requiere saber cuál es la fórmula para revivir de algún modo, actualizado la mutualización o simplemente queda atrás la mutualización, porque son conceptos que son tremendamente poderosos y hasta antagónicos en un momento determinado.

En segundo lugar, consultó qué se hace con los ajustes de precio para personas que vienen algunas afectas a la rebaja de precio de plan, mujer

de 35 años, afecta a rebaja de precio de plan, que quedaría con un plan $50.000 más barato, en el promedio, versus el precio de plan de otra mujer de 35 años, en las mismas condiciones que no viene afecta a la rebaja del precio del plan, sino que se le haya mantenido el precio o por efecto del alza quedó también sostenido.

¿Qué tratamiento le da la ISAPRE a personas en el futuro, que tengan igualdad de condiciones y que queden unas diferenciadas de otras en el precio y en las coberturas de sus planes? Lo mismo de aquellos precios de plan que queden eventualmente por debajo del 7%, que es la ley.

La señora Ministra compartió una duda sobre el estudio, cuando se estimó ese 40% de alzas, ¿hizo con un escenario de optimización del funcionamiento de la industria? Es decir, con medidas de contención de costos, de algún tipo de mecanismo de pago distinto.

El Honorable Senador señor Gahona consultó por la opinión de la Superintendencia respecto del estudio, en particular, de la metodología y de los resultados del estudio. Y qué opinión tienen de las consideraciones finales que ellos hacen respecto de las posibilidades y la sensibilización de escenarios que hay.

El Honorable Senador señor Castro González consultó por la opinión respecto de los estudios de la ex Superintendencia de Salud, del estudio UNAB, que modela 6 escenarios de aplicación del fallo judicial.

Comentó que, en su impresión, más o menos coinciden en las cifras de monto de devolución y en las cifras de rebaja de cotización, con lo que opina la Superintendencia.

El Superintendente de Salud, señor Víctor Torres reiteró que la Superintendencia no ha interpretado el fallo, sino que lo ha aplicado al tenor literal del mismo.

Respecto a las consultas del Senador Gahona, aclaró que no conocen el estudio presentado.

Hay varios elementos que le interesa conocer de este estudio para tener una opinión acabada.

El señor Álvaro Clarke señaló que, respecto de los mecanismos de contención de costos, no es un tema que haya sido parte del estudio. Explicó que lo que hace básicamente el estudio es una estimación de las eventuales devoluciones que originaría la aplicación de la tabla de factores y se hace bajo los tres escenarios descritos y en base a eso calcularon las implicancias en los sectores.

De los tres cálculos, en el primero, replicaron la interpretación que hace la Superintendencia de Salud respecto de cómo debe llevarse a cabo este proceso.

En el segundo caso, permitieron que aquellos contratos que debieran subir, de acuerdo a la aplicación de las tablas de factores suban, aunque el fallo no lo permite, y el tercer caso, consideró que vale la pena revisarlo, porque en la aplicación que hace la Superintendencia de Salud, cuando se elimina la diferencia entre hombres y mujeres, se va a valorizar con respecto al precio base de hombres, y eso hace que las devoluciones sean mucho mayores que lo esperado. Son cifras que son prácticamente 950 millones de dólares distintas.

Cuando se calcula el precio base de un plan para hombres de 30 a 34, como era en las tablas antiguas, por ejemplo, no se incluye el gasto en maternidad. El proceso anterior era que había un precio base, hombres 30 a 34, y el de la mujer 30 a 34, era tres veces ese precio base y entre 25 y 30, era 2,5 veces. Así se incorporaba la diferencia de costo técnico.

Sin embargo, cuando se aplica una nueva tabla donde no existe esa diferencia, porque no discrimina entre hombres y mujeres por distintas razones, el costo técnico es distinto, por lo tanto, amerita tener a la vista también un precio base distinto y eso es lo que hicieron. Ese 40% de diferencia, entre un precio base y el otro, significa una diferencia de 950 millones.

Respecto a los distintos estudios, manifestó que no han analizado en detalle las propuestas que han hecho los ex Superintendentes, pero coinciden en algo, que es conceptualmente muy claro y es el hecho de que cuando se converge a sistemas que no discriminan por sexo ni por edad y, por lo tanto, a todos se les cobre el mismo precio, necesariamente en algún momento del tiempo unos van a pagar más que su costo técnico y otros van a pagar menos. Pero eso es solidarizar riesgos.

Consideró que construir un sistema así, requiere de muchas más instituciones. Lo que rescatan de eso, es que, para darle viabilidad financiera, necesariamente, algunos contratos tienen que subir de precio y otros tienen que bajar. No hay otra forma, eso está en la esencia de un sistema que mutualiza riesgos.

El señor Gonzalo Simon respecto al estudio, manifestó entender que cuando postulan seis años, es porque están usando la tasa de desafiliación normal, que está en torno a un 15% y por eso que dura seis años, pero esta es una cartera a un grupo de personas que quedaría en condiciones muy favorables, porque quedaría con una muy buena cobertura y un precio mucho más bajo, por lo tanto su permanencia en la ISAPRE debería ser mucho más prolongada, por lo tanto, el cálculo hacia adelante, tiene que ser muy superior al que está presentado en esta en esta en esta proyección.

En segundo lugar, manifestó entender que el fallo no permite se puedan producir alzas por efecto de la puesta en práctica del fallo.

Pero al hacer el ejercicio, lo que están haciendo es el neteo que propone Espacio Público. Es un cálculo que está llegando a un monto distinto de devolución, sin embargo, está cumpliendo con las condiciones del fallo, en el sentido que se le está bajando a un grupo de personas, se le está devolviendo un grupo de personas y a nadie se le está subiendo el precio.

En la práctica van a haber mujeres de 35 años, que tienen la misma cobertura que una mujer que tiene 35 años pero que ingresó 5 años antes, sin embargo, la diferencia de precio de su cobertura va a ser tremenda, porque las nuevas personas entraron en las nuevas condiciones de equilibrio de ingreso y gasto, en cambio, las personas antiguas, al estar solamente modificando la aplicación de la tabla de factores sin hacer la otra corrección, quedan en una condición en la cual su cobertura tiene un valor muchísimo más bajo y observó que se reproduce una discriminación.

Por último, señaló que, efectivamente, la mirada respecto de los costos futuros es un tema muy relevante, pero se debe tener presente lo siguiente, entiende que ni el fallo, ni el proyecto de ley, modifica las coberturas que las personas libremente pactaron.

La persona que tiene un plan de salud que le da acceso, bajo ciertas condiciones, no se puede modificar.

Si eso es así, la verdad es que intervenir el costo para esa persona es muy difícil de hacer porque es ella la que toma la decisión de qué prestador usar y en qué momento usar.

La Honorable Senadora señora Órdenes consultó a los autores del estudio presentado que, solo utilizando los supuestos del regulador, llegan a un monto similar, de 1,400 millones de dólares.

Pero además agrega que el impacto sería mayor, en tanto, están proyectando también la merma en ingresos a futuro, y por eso se habla de 3.372 millones de dólares. En ese escenario, la conclusión de los autores es la insolvencia.

A continuación, se plantean dos correcciones, una es la mutualización de riesgo. Y manifestó entender que el cálculo respecto a lo que sería cobro excesivo o devoluciones, disminuye. Consultó si además plantean un cambio en el valor de esos precios base.

Porque si finalmente va a aumentar la base, manifestó no saber si ese es el mejor camino.

El Honorable Senador señor Gahona consultó por la forma en la que contribuye el sistema privado de salud en realizar ajustes, que estimó hay espacio para realizar mayores esfuerzos, así como también en los prestadores privados de salud. Hay una serie de gastos que podrían contenerse.

Quizás la hotelería no tiene que ser de 5 estrellas, tal vez con 3 estrellas está bien, lo importante es resolver el problema de salud.

El Honorable Senador señor Latorre expresó la deuda, lo que tienen que devolver a los afiliados, estos 1.400 millones de dólares, representaría algo así como el 2,6% del patrimonio de las ISAPRES, hay grupos económicos detrás, en el fondo, hay patrimonio para pagar, hay distintas fórmulas de devolver, sobre todo si se propone como plan de pago, en un plazo razonable. Manifestó entender que es un porcentaje bajo del patrimonio.

El señor Álvaro Clarke respecto a la pregunta del cambio del precio base, señaló que cuando existían las tablas de factores, se fijaba un precio base y para eso se calculaba el costo técnico del grupo de referencia de hombres de 30 a 34 años. Eso por cada uno de los planes, porque evidentemente que hay planes que cubren menos y otros que cubren más. Pero había un precio base, y en base a eso, se calculaba el resto del costo del plan para distintos grupos etarios o para las mujeres.

En esa antigua tabla, la mujer entre 30 y 34 años pagaba tres veces lo que pagaba un hombre. Teniendo a la vista ese ejemplo, cuando se quiere calcular hacia atrás, y en este caso a la mujer se le aplica el precio del hombre, ese costo técnico está dejando fuera muchas cosas, porque ahora pasa a ser un grupo mixto de hombres y mujeres, entonces, por ejemplo, no contempla los gastos de maternidad, porque el precio base fue calculado respecto a un grupo de referencia que eran sólo hombres.

Lo que hicieron en el estudio, es una analogía, si la mujer tenía un valor de 3 UF y el hombre de 1 UF, y se hace un cálculo respecto al costo efectivo de cada uno, de cuál sería el costo técnico, llegaron a la conclusión de que el plan para el grupo referencia mixto, hombres y mujeres, debía ser un 40% más alto.

Si se aceptara como algo lógico lo anterior, que el precio va a ser distinto cuando se trata de un grupo mixto, entonces la devolución ya no serían 1.442 millones de dólares, sino que serían 949 millones de dólares, es decir 493 millones de dólares. Eso sería el cálculo cuando se acepta esa diferencia en el precio base.

Lo segundo, que es donde coinciden todos los centros de estudios, que para que esto tenga viabilidad financiera, tienen que ajustarse precios

hacia arriba y hacia abajo. Lo paradójico de esta situación es que probablemente el fallo busca apuntar a un sistema solidario donde se mutualiza el riesgo, no hay otra forma de hacerlo cuando hay una sola prima comunitaria, que es la misma para todos, sin distinción de sexo o edad.

Sin embargo, el hecho que no se pueda subir el precio de algunos contratos, por la mera aplicación de datos factores, crea una situación de inviabilidad financiera.

El señor David Díaz respecto a la pregunta del Senador Latorre, precisó que no es un 3,2%, sino que un 322% del patrimonio, es decir, es 3,22 veces el patrimonio que tienen las ISAPRES.

La Directora de Estudios del Instituto de Políticas Públicas en Salud, de la Universidad San Sebastián, señora Carolina Velasco acompañó una presentación y, en primer lugar, realizó una síntesis del fallo de la Corte Suprema, ya detallado previamente.

A continuación, se centró en la forma de abordar esta situación hacia el futuro, con un par de observaciones. La primera de ellas tiene que ver con que, si bien el mecanismo de cálculo del fallo no está en el proyecto de ley, lo que se ha visto posteriormente, como propuesta de implementación de parte de la Superintendencia, hace difícil cumplir con lo requerido por parte de la Corte Suprema sobre la sostenibilidad del sistema.

La evidencia sobre los efectos negativos sistémicos, ha sido presentada por diversos actores, la propia Corte, que lo señaló en el fallo posterior, expertos de manera transversal.

Estimó importante considerar, aunque sea temporalmente, el efecto del fallo en el indicador referencial de precios. Todo esto viene de la mano de lo que se decida finalmente respecto de cómo aplicar el fallo. En caso de que eso sea necesario y el proyecto de ley lo permite, es importante poder introducir al indicador referencial (de alza de precios anual de los precios base) este efecto para reducir con eso el impacto que pueda tener financiero en el sistema y con ello cumplir con lo requerido respecto a la sostenibilidad.

En cuanto a las medidas de sostenibilidad en el tiempo, es importante señalar que lo que se ha venido exigiendo por parte de los diversos fallos, no solo de la Corte Suprema, sino también del Tribunal Constitucional en su momento, tiene que ver con convertir a los seguros privados en Chile, ISAPRES, en aseguradores que sean parte de la seguridad social.

Es decir, que cumplan con los principios de la seguridad social y eso pasa, en todos los países que han combinado una multiplicidad de aseguradores, por al menos tomar cuatro medidas importantes, que son: establecer un plan compatible, una prima que no esté conectada con el riesgo,

es decir, que no haya un pago asociado ni a la edad ni al sexo, salvo que eso sea subsidiado, pero que las personas no paguen según su riesgo y eso requiere compensación por riesgo y, por supuesto, que las personas puedan afiliarse libremente, es decir, que no exista el rechazo por preexistencia.

Claramente que las alzas de las primas deben estar reguladas y tiene que haber introducción de mecanismos de control de costos, pero principalmente, son esos cuatro componentes los requisitos para avanzar a un esquema de seguridad social, que indispensable para poder mantener este sistema en el tiempo. De lo contrario, uno podría resolverse toda la aplicación del fallo, pero va a volver a tener los mismos problemas y no se va a hacer cargo de las demandas de la población, respecto de la necesidad de avanzar a un sistema donde no haya segmentación, ni discriminación por riesgo y que sea un sistema integrado.

Hay experiencia y líneas a seguir, se requiere un cambio gradual.

La segunda observación que planteó tiene que ver con la magnitud de temas, que tiene el proyecto de ley, lo dividió en cinco ámbitos, que tienen distintas urgencias y requieren una profundidad de análisis diferente cada tema.

Las medidas para aplicar el fallo son las más urgentes, hay un plazo de seis meses que fue prorrogado, y las medidas que tienen que ver con la aplicación del fallo son básicamente la dictación de la circular por parte de la Superintendencia, quien después se asesora con una comisión y luego aprueba o no los planes de pago, que tienen que ser presentados por las ISAPRES y ahí está establecido el proceso propiamente tal de aplicación del fallo.

Luego, establece otras condiciones para el período en que dure esta restitución de recursos, como retirar utilidades, modificar ciertos indicadores financieros y permite agregar nuevos factores al alza de precios base al indicador, eso puede ser también en el tiempo.

Después establece un grupo de condiciones que tienen que ver con las nuevas atribuciones para la Superintendencia, como fijar el precio de la GES, esto que no tiene que ver con la aplicación del fallo, o al menos no directamente, esta posibilidad de convocar no solo para el tema del fallo, sino que, para otros temas a la Comisión Técnica, y supervisar toda la nueva modalidad de cobertura, que se crea para FONASA.

En tercer lugar, hay una serie de nuevas normas para las ISAPRES, como se les va a fijar los precios de la Garantía Explícita de Salud, nuevas normas sobre entrega de información y sobre gestión de los recursos y

sanciones asociadas a eso, ya sea por retraso de entrega, no entrega o por inadecuada gestión de los recursos.

En cuarto y quinto lugar, están las atribuciones de FONASA, la primera tiene que ver con reclasificar usuarios al grupo A, y la quinta con toda esta nueva modalidad de atención que se crea sobre atención a ambulatorios de la red privada, con acceso solo para los contribuyentes, es decir, los que aportan el 7% y sus cargas o dependientes. Esto tendría un costo igual para todos los individuos, pero adicional al 7%, y sería una cobertura adicional a la de FONASA, no se explica cuál, se asume que a la de modalidad libre de elección y con un arancel definido.

Por lo tanto, es una nueva modalidad con un financiamiento bipartito o tripartito, dependiendo de si viene de parte de las personas o la forma de pago, está el aporte de FONASA, normalmente se compone del 7% de las personas, más el subsidio del Estado, la prima individual, que viene de parte de las personas, y los copagos que también vienen de parte de las personas.

De parte de la administración, se establece para los primeros tiempos un trato directo con las compañías de seguro y luego de dos años, se establece una licitación.

Sugirió que dada la magnitud de los distintos temas, es importante que lo urgente y lo que tiene plazos y ya tiene alguna base sobre la cual trabajar, se pueda resolver y separar en un proyecto de más corto plazo.

Lo que tiene mayor profundidad, como es toda la reforma a FONASA, incluso la de la Superintendencia, salvo lo que tenga que ver puntualmente con la aplicación del fallo, estimó que es mejor tratarlo en un punto separado, recalcando la importancia de hacerlo.

La tercera observación tiene que ver con la creación de la nueva modalidad de FONASA, que puede no cumplir su objetivo si no se revisan los supuestos, pero, sobre todo, por eso el énfasis en separar los proyectos, en empoderar a FONASA para que pueda administrarlo adecuadamente.

El margen que le deja a FONASA es muy menor, un 0,1% de los ingresos para cualquier desbalance en esos supuestos, por lo que sugirió hacer un análisis con diversos escenarios, más allá de los escenarios que se suponen en el trabajo actual, respecto de estos otros supuestos que se dan, por ejemplo, la intensidad en el uso de prestaciones.

Respecto de las capacidades del sector público, no se establecen recursos, por ejemplo, para aumentar el número de camas o atenciones que podrían darse y de hecho van a darse al menos en el GES, para las personas que se cambiaran a FONASA y tomaran este paquete, independiente de que

tomen la modalidad de cobertura complementaria, las prestaciones GES solo cumplen su garantía en la medida que se atiendan en los prestadores públicos.

Consideró que, si hay un ingreso masivo o mayor de personas a FONASA, tiene que haber también una inyección de recursos o de mejor uso de esos recursos en el mundo de la modalidad de atención institucional. Y eso no se ve reflejado en el proyecto, por eso también estimó que es importante tratarlo integralmente como un fortalecimiento a FONASA.

Lo mismo con el mecanismo de pago, tampoco hay posibilidad, al menos en lo que aparece en el proyecto de ley para FONASA, de poder definir mecanismos de pago más eficientes, pagar por la atención completa de la persona, o pagar un per cápita. Se habla de pago por servicio y de GRD, que es un avance, pero consideró que es adecuado dar libertad a FONASA para definir esos contratos y ajustarlos a la realidad.

Igualmente, en los casos no cubiertos y la forma de hacerse cargo de las prestaciones de las personas que ya venían con ese tipo de atenciones.

Hace falta saber cuáles son los recursos para mantener o no las atenciones que las personas tenían y que están fuera del arancel FONASA o que tienen acuerdos con sus propias ISAPRES, y cómo se van a tratar esos casos.

Hace falta saber cómo se va a regular las primas o qué se va a hacer en caso de que las estimaciones iniciales y las licitaciones, no logren su objetivo en cuanto a cubrir los costos, quizás por este mismo problema con los supuestos o potencial incumplimiento de los supuestos, ¿cuáles serían los mecanismos para compartir riesgo o para poder permitir una sostenibilidad a este esquema a las personas que lo contrataron en caso de que se aplicase?

Por eso las sugerencias son avanzar en las atribuciones de FONASA, por lo menos para que pueda terminar los convenios con estos aseguradores y prestadores, de manera que puedan cumplir con su objetivo considerando toda la necesidad de riesgo compartido.

Sostuvo la necesidad de mejorar también la gobernanza de FONASA, parar darle mayor nivel de autonomía y mirada de largo plazo y también una mirada menos unipersonal, ya que actualmente FONASA depende de una sola persona, de cómo poder fortalecer esa gobernanza. Y para eso también existen propuestas y proyectos.

También sugirió empoderar a la Superintendencia para que poder garantizar los derechos de los usuarios de FONASA, dado que hoy día solo lo hace para efectos de lo que es GES, pero no para el resto de las prestaciones del plan de salud.

Finalmente, estimó que esta es una oportunidad importante para el Poder Legislativo de asegurar un adecuado marco regulatorio integral, tanto con el proyecto de corto plazo, como un proyecto de mediano plazo, de reforma, del esquema de salud que tanto se ha esperado y que tantas propuestas se han realizado, ojalá con foco en los beneficiarios y sus necesidades.

Hay una oportunidad para poder darle viabilidad a un sistema de salud que ha estado desintegrado y que mediante la nueva forma de regulación, de aplicación de este fallo, puede permitir sacarlo adelante de manera de cumplir con los objetivos de cobertura universal del país y del sistema de salud en general.

La Investigadora del Centro de Estudios Horizontal, señora Soledad Hormazábal acompañó una presentación y sostuvo que este problema es de muy larga data, pero que ha llegado al punto en el que actualmente existe la obligación de resolverlo.

Añadió que las responsabilidades para llegar al punto en el que estamos son múltiples. Hay una regulación inadecuada que se arrastra durante décadas, una industria que fue particularmente resistente a introducir cambios y sobre todo la falta de acuerdos políticos que hubo, que impidieron que se fueran concretando las reformas que se presentaron para mejorar el sistema.

Los problemas del sistema de salud son múltiples, son muy graves, el principal de ellos es que el mercado está fragmentado sobre la base de características socioeconómicas y de riesgo de los beneficiarios.

De esta manera, las aseguradoras privadas han sido capaces de seleccionar personas con menos riesgo, comparativamente más sanas, mediante la cobertura restringida y la exclusión.

Actualmente hay una crisis severa, que amenaza con convertirse en una crisis sanitaria, que podría afectar a la totalidad de la población. Por lo tanto, encontrar la solución es urgente.

Es importante que el proyecto de ley se haga cargo de dar una salida técnica y políticamente viable al fallo de la Corte Suprema. Esto pasa por encontrar una fórmula que reduzca la incertidumbre y que no implique la quiebra abrupta de la mayoría de las aseguras privadas.

Respecto a las características del fallo, éstas ya se han abordado y que en consecuencia, impone una deuda que es inabordable para la mayoría de la ISAPRES del país, además reduce de manera permanente los ingresos a futuro de las aseguradoras en un 8% promedio, en circunstancia que los márgenes no son tan amplios como para abordarlo.

Por lo anterior, estimó que hay elementos cuestionables del fallo, en primer lugar, hay una desproporción entre la deuda que se origina del fallo, estos cobros en exceso, en relación con el volumen del negocio de las aseguradoras, donde encontramos que en promedio el patrimonio representa apenas el 31% de la deuda que se origina en el fallo.

Luego, está la reducción permanente en los ingresos de la aseguradora que se da por la rotura de la lógica de seguro, al forzar que se reajusten a la baja los planes, producto de la aplicación de la tabla única de factores, sin embargo, no permite que se ajusten al alza a aquellos en los que correspondería un ajuste al alza por la aplicación de la tabla única de factores. Lo que lleva a una reducción permanente, que hace inviable un mecanismo de seguro.

Mencionó que falta información, porque de acuerdo a los datos de la Superintendencia de Salud, hay un 38% de los planes que se ajustan a la baja y es muy importante saber qué pasa con el otro 62%, para revisar si se mantienen o debían haberse ajustado al alza.

El fallo aduce que existen cobros en exceso, pero estos se dan en circunstancia en que durante el tiempo del periodo en cuestión las ISAPRES estuvieron pérdidas.

De esta manera, el fallo y la interpretación que se le ha dado, inviabiliza el sistema segurador privado en Chile, porque le impone una deuda que es inabordable, desbalancea de manera permanente los ingresos y los gastos a futuro, al romper la lógica de los seguros.

La aplicación general del fallo, pese a que la ley vigente en Chile establece que las sentencias solo tienen efecto relativo o particular a quienes están compareciendo ante los jueces, está en la práctica poniendo fin al sistema asegurador privado de salud en nuestro país. Consideró que, si ese fuera el caso, la Corte Suprema habría hecho una política pública, lo que no es propio de su rol.

El llamado es que el Poder Legislativo, en el uso de sus facultades, corrija la falencia del fallo que no se logran abordar completamente bien en el proyecto del Gobierno, ya que no evita la caída del sistema.

Explicó que es importante no dejar caer a las ISAPRES, por dos grandes razones, una es la necesidad de evitar una crisis sanitaria y dos, es la necesidad de habilitar la necesaria reforma a la salud.

La crisis sanitaria se originaría por una caída que se haría de forma desordenada y abrupta de gran parte de las aseguradoras del sistema. Habría una migración masiva, FONASA, pero especialmente de aquellos afiliados con tratamiento en curso o enfermo. Porque existe una ISAPRE que tiene una

situación financiera marcadamente distinta al resto, por lo cual, en la eventualidad de quiebra de las otras aseguradoras, cabría esperar que los pacientes sanos de esa aseguradora en quiebra sean recibidos por esta aseguradora que tiene indicadores financieros buenos. En ese caso habría un importante descreme de la cartera y serían mayormente afiliados enfermos y con preexistencia, aquellos que llegarían a FONASA.

Sabemos que FONASA no tiene hoy la capacidad de recibir, a 1,3 millones de personas, que están en esta en ISAPRES. Se conoce la tragedia de las listas de espera que se dan desde la patología GES, son 150 días promedio a marzo, y una cirugía no GES, un número de 515 días promedio, para acceder a una cirugía, con lo cual, la llegada masiva de afiliados enfermos agravaría esta situación.

Por otro lado, hay que considerar la relevancia que tienen las aseguradoras privadas en el financiamiento del sector privado prestador de atenciones de salud del país. Las clínicas han señalado que la deuda que mantienen las aseguradoras con las clínicas es de un orden considerable. Por lo tanto, cabría esperar que, si colapsan, podría significar la caída de al menos parte de los prestadores privados de salud, solo por el no pago de deuda, además del menor flujo a futuro de ingresos. Esto llevaría a la pérdida de miles de empleos de profesionales de la salud y de la capacidad de atención sanitaria del país.

Respecto al proyecto de ley corta, en estudio, consideró que tiene una serie de problemas, quizás de diseño, algunos supuestos que no están siendo bien considerados.

Será clave la determinación de la red de prestadores en convenio, los aranceles que se fijen y las prestaciones que serán cubiertas, para evaluar si efectivamente esta nueva modalidad de atención de FONASA será capaz de contener los efectos perniciosos de la aplicación del fallo.

Planteó que es fundamental que se mejore la gestión en FONASA antes de darle nuevas responsabilidades, no ha dejado completamente su rol de ser fundamentalmente un financiador y debe realmente pasar a ser un asegurador de la atención, que debe ser oportuna y de calidad.

Precisó que como se está modelando el comportamiento sanitario de la población que va a emigrar a FONASA, han detectado algunos errores, porque no se está tomando en cuenta la selección adversa; no toma en cuenta la diferencia, por ejemplo, la población que queda actualmente en ISAPRE, versus la que migró a FONASA; hay un tema con el gasto en licencias médicas, las ISAPRES son más efectivas en contener el gasto en licencias médicas; no existe un plan claro de abordaje a la mayor cantidad de personas que va a trasladarse a FONASA, no se contemplan inversiones relevantes o

mayor gasto y las prestaciones a las que se acceden en ISAPRE y que Fonasa no cubre.

Por último, señaló que se requiere un sistema de salud justo y eficiente, que entregue atención de calidad de manera oportuna, y que además considere la realidad nacional, donde la gran mayoría de las personas desea que se les respete su derecho a elegir, que existan actores públicos y privados, tanto en el mercado asegurador como en el de los prestadores.

En esta línea, la reforma que tiene bastante consenso, debiera contener la creación de un plan único y universal, que sea ofrecido tanto por FONASA como por las aseguradoras privadas, para que sea efectivo y justo, se requiere un mecanismo de compensación de riesgo, que garantice la libre afiliación de las personas, es decir, que el estado de salud no determine las posibilidades de elegir aseguradora.

Se requiere un seguro catastrófico de medicamentos, que permita hacerse cargo del tema del elevado gasto en bolsillo que tiene Chile en salud.

Asimismo, es necesaria una modificación al sistema de licencias médicas, idealmente debe ser un seguro independiente del seguro de salud.

Por último, se requiere el fortalecimiento institucional de FONASA y de la Superintendencia de Salud, junto a la mejora en la gestión de hospitales.

La señora Ministra de Salud mencionó que en el mensaje presidencial del proyecto de ley, queda de manifiesto lo que significa el riesgo financiero y de estabilidad para el sistema, justamente razón por la cual han presentado este proyecto de ley y como ha manifestado el Presidente Boric, están abiertos a que existan propuestas que permitan mejorar el proyecto ley presentado.

El señor Superintendente comentó que ya saben que los cálculos son de la magnitud que todos conocen y, por lo tanto, el efecto que estos pudieran tener sobre el sistema, es lo que pretende este proyecto de ley poder morigerar, para dar cumplimiento de mejor manera a lo establecido o instruido por la Corte Suprema, tanto en los distintos fallos, como también en las aclaraciones realizadas.

Luego de ello hay varias propuestas que quizás sea interesante que las puedan evaluar también en la Comisión Técnica. Aquí se habla por ejemplo considerar temporalmente el efecto del fallo en el indicador referencial.

Coincido con algunos planteamientos, respecto a las atribuciones de la Superintendencia, no tanto en aquella sobre fiscalización financiera. Pero consideró interesante, respecto de la fiscalización financiera más allá de quién la hiciera, porque se debe evaluar la actual fiscalización financiera de las

ISAPRES en virtud de la ley, cuando ésta fue creada, a la luz de la caída de la ISAPRE Vida Plena, donde la Superintendencia empieza a medir indicadores o ratios que son los ya conocidos. Sin embargo, la evaluación de solvencia está muy por debajo de estándares internacionales. No es un problema de competencia de la Superintendencia.

Son discusiones que van más del proyecto de ley, pero quizás sería interesante en algún momento poder darlas.

Respecto de lo planteado recordó que se dijo que hay una desproporción entre la deuda y la ganancia del negocio. Comentó que en algún momento se instaló en el debate público que los cálculos de la deuda debían ser respecto de las ganancias, y señaló que el fallo es bien claro al decir que hay cobros en exceso y, por lo tanto, sobre ello, hay que hacer los cálculos indistintamente que el sistema haya ganado o perdido, porque las ganancias o pérdidas no solamente están dadas por los ingresos, sino que también por los niveles de gasto.

Sobre el tema de la deuda, señaló que la deuda que la Superintendencia maneja como garantía, se hace cargo de aquella deuda conocida facturada, de aquella deuda que no está facturada y que no es conocida, hoy día hay una importante provisión que se exige a las ISAPRES, mayor que la que existía en el momento en que colapsó la antigua ISAPRE Más Vida.

Respecto al problema de flujo, han ido dando cuenta y liberación de la garantía para pago, las mismas, lo que mantuvo un flujo y una continuidad de pago durante todo el año 2022. Con esta medida, al menos, se ha posibilitado mantener la continuidad de pago y un flujo de caja relativamente estable, para evitar tener un impacto sobre los prestadores privados.

El Director de FONASA comentó que hay cálculos, simulaciones y sensibilizaciones que han hecho para las estimaciones que no han podido explicar aún.

Señaló que el proyecto de ley se sostiene sobre una supuesta reestructuración financiera de los ingresos de las personas cuando se cambian de aseguradores, en el caso de provenir de ISAPRES.

Se sostiene sobre dos supuestos fundamentales, que es que las personas en promedio cotizan más del 7%, cotizan, de hecho, el 11% de su renta en primas, cuando se considera la prima complementaria que hacen en las ISAPRES. Por otro lado, se sustenta también sobre el supuesto que hay un 12%, de gastos de administración, que en total, equivalen a 400.000 millones de pesos anuales, que las ISAPRES gastan en administración y que da mucha holgura en los cálculos, porque FONASA tiene un gasto de administración de menos del 1%.

Destacó, además, que las prestaciones que están considerando son aquellas que se dan en el sistema privado, e incluso han detectado que cerca de un 15% de las prestaciones que están en el sistema ISAPRE, no están aranceladas y estarían siendo consideradas en este plan, a través de la MCC.

Respecto a los temas de gestión, la gestión directa, aclaró que FONASA cuenta con dos modalidades. Lo que están asistiendo actualmente es a la migración de personas que ingresan por primera vez al mundo del trabajo, otras personas que han recuperado el trabajo, y la gran mayoría, provienen del sistema de ISAPRE, que tienen ciertas características: son aportadores netos, en el sentido de que son más jóvenes, gastan en costo esperado menos de lo que aportan, en el sentido de que tienen menos carga de enfermedad y efectivamente esto es un cambio respecto a lo que históricamente ha ocurrido.

Estas personas además demandan en FONASA el MLE, tratando de permanecer en sus propios prestadores.

Respecto a la capacidad de FONASA, a mayo de 2023, se han recibido más de 700.000 personas en un año. Por lo tanto, ya está demostrado en la evidencia de lo que ha venido sucediendo que eso puede pasar y que FONASA puede absorber esa demanda.

Es evidente que eso trae los problemas de cobertura que han señalado al presentar el diagnóstico y que se requiere conversar sobre esta modalidad.

Aclaró que no es exacto decir que la lógica del seguro es siempre igual. Hay dos lógicas de aseguramiento y del cobro de la prima. La lógica del cobro en equivalencia en riesgo y la lógica de seguridad social.

Explicó que la lógica de equivalencia en riesgo, es una lógica de donde la solidaridad es residual y es la lógica que ha mantenido el sistema ISAPRE en toda su existencia, que es cobrar de acuerdo al riesgo de las personas que le piden afiliación.

No es lo mismo que el cobro que hace FONASA de una prima del 7%, independiente totalmente del riesgo de las personas, de las cargas que tenga, etcétera, que es la lógica de solidaridad de seguridad social.

Por lo tanto, no es exacto decir que esa lógica se ha vulnerado cuando ha habido un fallo como el de la Corte Suprema.

El Abogado señor Jorge Correa Sutil manifestó que en su presentación, se limitará estrictamente a comentar los alcances generales o particulares del fallo, tanto en su aspecto de regular para lo futuro, como lo relacionado con las devoluciones. Agregó que se trata de una serie de fallos

distintos dictados todos el 30 de noviembre del año 2022, aunque esencialmente idénticos, salvo por tratarse de distintas personas y diferentes ISAPRES.

Tomó solo como ejemplo el fallo del Rol 16.630, en el que la recurrida es Colmena Golden Cross S.A.

Precisó que la sentencia, desde su primer considerando hasta el vigésimo tercero razona respecto del alza de un solo plan que ha afectado a una sola persona (una madre con un hijo aún nonato), en este sentido, advirtió, es claramente particular. La misma Corte Suprema, en su considerando tercero expone así, el conflicto:

"Que de lo señalado en los considerandos anteriores y lo expresado por las partes en estrados, se puede colegir que la controversia objeto de esta causa radica en la forma en que se ha determinado por la Isapre recurrida el precio final del contrato de salud de la recurrente, aplicando la tabla de factores asociada.".

Señaló que claramente se trata de un conflicto entre recurrido y recurrente. Luego, la Corte sigue razonando acerca de esa concreta alza en examen. Así, por ejemplo, su Capítulo IV lleva por título: "IV. Sobre la ilegalidad o arbitrariedad de la determinación de los factores de riesgo y su cuantía asociados a la tabla de factores fijada por la Isapre recurrida para el plan base de la recurrente, con especial consideración del hecho de ser menor de dos años la nueva carga. Décimo noveno: Que, llegados a este punto, cabe ahora abocarse al examen particular del alza del precio del contrato de salud individual de la recurrente mediante la aplicación de la tabla de factores…".

Sostuvo que lo que se está examinando es ese contrato en particular. Los hechos analizados son el Plan de la Recurrente, el Formulario suscrito por ella y la Isapre, su particular situación de madre gestante, siempre el caso particular, para concluir que el alza de su Plan fue contraria a lo resuelto por el Tribunal Constitucional en su sentencia Rol 1.710, de 2011, y particularmente a lo establecido en la Circular IF 343 de la Superintendencia de Salud.

Manifestó que, al concluir el considerando vigésimo tercero, la Corte salta sin mayor explicación a una conclusión de carácter general:

"Es precisamente en este contexto que puede afirmarse que las tablas de factores elaboradas por cada Isapre, según se ha razonado, adolecen de nulidad absoluta por objeto ilícito, al contravenir el derecho público chileno, por hallarse en contradicción con la Carta Fundamental.".

Observó que se refiere a todas las tablas de factores, en plural y en abstracto, aunque luego vuelve, en varios considerandos, a abordar el tema

como si se tratara de un recurso de protección de los derechos de una persona en particular.

En el considerando vigésimo sexto constata que la ilegalidad que afecta a la recurrente proviene de la mantención de la tabla de factores vigente para todos los planes de salud, y, en el vigésimo séptimo establece lo siguiente:

“Que, por tanto, al acoger este recurso, para dar adecuada protección al recurrente y a todos los afectados con la aplicación de la tabla de factores empleada por la recurrida a sus planes y contratos de salud, con pleno respeto del principio de igualdad consagrado en el artículo 19 N°2 de la Constitución Política de la República, esta Corte deberá declarar como ilegal y arbitrario el hecho de mantener su vigencia con carácter general para todos los contratos individuales de salud que administra y a los que aplica…”.

Indicó que, en otras palabras, que queda anunciado y explicado los motivos de por qué la sentencia será general. Pero lo que queda anunciado y explicado, es la invalidación, a futuro, de la tabla de factores. No hay, en ese considerando, una palabra sobre devoluciones.

Explicó que sobre el tema de sobre devolución de cantidades, la única referencia de la sentencia está en el considerando vigésimo octavo:

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

Se trata de un considerando que mandata a la Superintendencia de Salud para calcular lo que se debe devolver, pero no hay un sujeto, no lo dice ni respecto de la recurrente, ni respecto de todos los planes de salud.

A continuación, señaló que los primeros 6 números de la parte resolutiva de la sentencia, disponen lo relativo a la prohibición de seguir aplicando la tabla de factores y el modo en que pueden operar, a futuro, los cambios de precios de los planes de salud y cómo debe ser la tabla de factores.

El numeral 7 de la parte resolutiva, es el único que hace referencia a la orden de devolver:

“La Superintendencia de Salud dispondrá, además, las medidas administrativas para que, en el evento de que la aplicación de la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343 de la Superintendencia de Salud

determine un precio final del contrato inferior al cobrado y percibido por la recurrida, las cantidades recibidas en exceso y cuyo cobro no esté prescrito sean restituidas como excedentes de cotizaciones.”.

La orden de devolver se aplica al contrato, en singular, manifestó entender que no puede ser otro que el de la recurrente, porque está resolviendo ese caso y hace referencia “del contrato”, es solo uno.

Por último, consideró que una sentencia judicial de carácter general en nuestro sistema legal es una aberración jurídica, por las siguientes razones:

1.- No se trata de invocar el efecto relativo de las sentencias, como si se tratara de un tecnicismo legal.

2.- Una sentencia de carácter general adoptada en un juicio particular afecta a personas a quienes no ha escuchado el tribunal. Juzgar sin escuchar es probablemente la más grave infracción al debido proceso.

3.- Una sentencia general adoptada en un caso particular resuelve acerca de lo que no se ha debatido, otra infracción grave al debido proceso.

4.- Una sentencia general adoptada en un caso particular, sin haber llamado a las autoridades, expertos, empresas y asociaciones de usuarios concernidos, como hace cualquier autoridad al adoptar una política pública, no ha podido visualizar los efectos secundarios de lo que resuelve.

Estimó que lo que acaba de afirmar, no sólo hace criticable el fallo, cualquier abogado compartiría que, dado lo problemático que resulta resolver con carácter general una causa particular, no cabe dar efecto general a una sentencia, a menos que lo tenga inequívocamente.

Las sentencias que se analizaron tienen ese efecto general inequívoco en cuanto a dejar sin efecto las tablas de factores que emplean las ISAPRES y a disponer que, en lo sucesivo, adopten el que les ha instruido la Superintendencia.

Sin embargo, señaló que, en materia de devoluciones, la sentencia no tiene un carácter general, ni en el único considerando que la trata, ni menos en la parte resolutiva, que la ordena, tan sólo respecto de un contrato.

Finalmente dio a conocer su criterio: consideró que el legislador ha quedado atado en cuanto a regular, a futuro, el alza de los precios. Pero estimó que ha quedado libre para determinar cuánto y como devolver. Si nada resuelve a este respecto, los requerimientos por devoluciones continuarán judicializándose. Espero que el legislador se forme su propio juicio acerca de si las ISAPRES han venido o no aplicando alzas contrarias a sentencias judiciales o a resoluciones vinculantes y, en su caso, desde cuándo y si estima que

proceden devoluciones, establezca montos y modalidades y lo haga con la prudencia política del caso, evitando quiebras que serían dañinas para el bien común. En suma, estimó que en lo que respecta a devoluciones, afortunadamente permanece como un problema político, que el legislador puede resolver con autonomía.

El Director de Estudios del Observatorio Judicial, señor José Miguel Aldunate manifestó que el foco de su presentación no está relacionado solamente con el efecto relativo o general de la sentencia, sino que también insistir en que el legislador no está obligado a aplicar sentencias judiciales, sino que, por el contrario, son los jueces los que deben aplicar la ley.

Estas dos cosas tienden a confundirse en el debate, una es el efecto general de la sentencia y otra es el rol del legislador frente a una sentencia que tiene pretensiones de generalidad.

En primer lugar, expondrá sucintamente el fallo, a continuación, realizará una crítica sobre el efecto general de la sentencia, argumentará contra la idea que ha sostenido el proyectos de ley presentado por el gobierno de que es necesario implementar por la vía legislativa el fallo y concluirá que el Congreso Nacional conserva en lo esencial su libertad para legislar conforme a su propio criterio y que las limitaciones que impone la sentencia son mucho menores que las que pretende en su mensaje el proyecto de ley.

Sobre el proyecto de ley, señaló que modifica con efectos generales los planes de salud en lo relativo a tablas de factores, afecta en específico también el caso de los niños no natos y los menores de dos años y ordena a la Superintendencia de Salud disponer medidas administrativas para adecuar los contratos de salud conforme a lo anterior y la diferencia de la tabla de factores, si resulta un precio final menor, las cantidades recibidas en exceso deben restituirse como excedentes en las cotizaciones.

Sobre este último punto, observó más controversias sobre si tiene o no efectos generales, no solo por el texto literal de lo que señala el fallo, sino que también por la vocera de la Corte Suprema en su momento cuando señaló que los excedentes que las ISAPRES tienen que devolver son a quienes demandaron.

En lo demás el fallo pretende tener un efecto general y así lo entiende también el proyecto de ley que presenta el Ejecutivo.

Consideró que se infringe la norma del artículo 3 del Código Civil y se deben hacer al respecto dos consideraciones. La primera es que no es una infracción meramente formal y la segunda es preguntarse lo que sucede con las sentencias del recurso de protección, porque el Ministro de Justicia se refirió a este punto en su presentación ante esta Comisión, sesiones antes.

Sobre la primera consideración, detalló que, aunque parezca una cosa meramente formal, el efecto relativo de las sentencias resguarda valores democráticos fundamentales. El principio de que nadie puede ser obligado por una decisión que ha sido adoptada sin consentimiento, porque somos personas libres e iguales. En el caso de la ley tenemos derecho a participar en la formación por medio de la elección de representantes democráticos, sin eso es una imposición autoritaria y en el caso de las sentencias, las partes tienen derecho a ser oídas por un juez imparcial que atienda a las circunstancias concretas del fallo. Eso señala la Constitución Política cuando asegura el debido proceso.

Por ello, recalcó, las sentencias con efectos generales son graves por partida doble: invaden las atribuciones del legislador por un lado y vulneran por otro lado la naturaleza de la función jurisdiccional misma, sin atender a las circunstancias del caso concreto.

Se han dado justificaciones para las sentencias con efectos generales y son bastante débiles en su opinión. La más común es decir que es necesaria esta sentencia para acabar con el fenómeno de judicializaciones. Sin duda se trata de un problema grave y es urgente que el legislador se haga cargo de ello e implemente medidas para terminar con la judicialización, pero también es importante recordar que según el artículo 6 de la Constitución Política, ninguna magistratura, que incluye a la Corte Suprema, ninguna persona ni grupos de personas pueden atribuirse ni aun a pretexto de circunstancias extraordinarias otra autoridad o derechos que los que expresamente le hayan conferido la Constitución o las leyes expresamente, que debe ser expresamente y no una construcción jurisprudencial, es decir, la judicialización masiva no puede ser sostenida como una circunstancia extraordinaria que justifique la dictación de sentencias generales.

Un segundo argumento que se repite es la desidia del legislador que generó un vacío legal luego de la sentencia del año 2010 del tribunal Constitucional y aquí se invoca normalmente el deber de inexcusabilidad de los jueces.

Sostuvo que el deber de inexcusabilidad autoriza al juez para llenar los vacíos en casos concretos, en ningún caso autoriza al juez a fallar contra el derecho extralimitándose en sus funciones.

Hay quienes señalan que la Corte Suprema solamente reitera lo que dijo en su momento el Tribunal Constitucional, sin embargo, explicó que el Tribunal Constitucional el año 2010 operó como un legislador negativo, eliminó la diferencia por sexo y edad de las tablas de factores y nada más.

Sostuvo que la Corte Suprema en este caso se comporta como un legislador positivo (no habría sido un legislador positivo, sino que hubiera llenado un vacío legal si se hubiera atenido al caso concreto), pero desde el

momento que extiende ese razonamiento a todos los casos, hace lo que en realidad debió hacer la autoridad política, que es llenar legislativamente el vacío dejado por el Tribunal Constitucional, establecer reglas de cómo operan las tablas de factores, ordenar a la Superintendencia de Salud modificar contratos de salud, establecer mecanismos de restitución de excedentes, nada de eso está en la sentencia del Tribunal Constitucional y perfectamente el legislador podría haber llenado el vacío de cualquier otro modo.

Finalmente está el argumento de que en realidad la norma del artículo 3 del Código Civil, no se aplica a las sentencias del recurso de protección.

Primero, porque el artículo 20 que regula el recurso de protección da a las Cortes un mandato amplio para reestablecer el imperio del derecho y segundo, porque en la última década, la jurisprudencia de la Corte Suprema ha ido extendiendo el recurso de protección dictando sentencias que se dice son extra partes, en este caso, la sentencia afectó a la Superintendencia de Salud, que no había sido parte, pero antes la Corte Suprema había dictado sentencia similar en materia de usurpaciones, de medioambiente, de urbanismo, entre otras.

Respecto al último punto señaló, en primer lugar, que la regulación del recurso de protección es muy delgada y es un problema de nuestra legislación que uno de los recursos más importantes actualmente para las personas, en la tramitación de sus problemas, tenga a penas el artículo 20 de la Constitución y el auto acordado de la Corte Suprema.

Manifestó que es cierto que la jurisprudencia de la Corte Suprema ha sido expansiva en la última década, pero esto lejos de ser algo pacífico es algo que ha sido muy criticado por los especialistas, son tan amplias las pretensiones de la Corte Suprema que el año 2019, pretendió por recurso de protección, revisar las sentencias del Tribunal Constitucional y ahora, ha empezado a dictar sentencias con efecto generales todo con muy poco sustento normativo.

Además, tiene efectos extra partes: una Superintendencia, un Ministerio, en definitiva, autoridades responsables que es distinto de la pretensión que tiene ahora la Corte Suprema de afectar todos los contratos de todos los afiliados en todas las ISAPRES, es decir, agota la categoría completa. Consideró que se trata de una invasión de las atribuciones legislativas, no que no está en la parte solamente del artículo 3 en aquella parte que dice que solo toca al legislador explicar o interpretar la ley de un modo generalmente obligatorio, sino que también en el artículo 66 de la Constitución Política, que regula las materias de ley y tratándose de materias de salud, no solamente es claramente materia de ley, sino que es materia de iniciativa exclusiva.

Sostuvo que una cosa es el efecto general de la sentencia y otra cosa es la pretensión de que el fallo contiene una orden al legislador para su implementación, ese es otro problema.

Y esa tesis no es una tesis que aparezca en el fallo, sino que viene del Ejecutivo y se puede leer en el proyecto de ley. En palabras del mensaje: “Lo instruido por la Excelentísima Corte Suprema en su reciente jurisprudencia requiere, en parte, que el Ejecutivo y el Congreso Nacional se hagan parte en la implementación de esta jurisprudencia.”.

Sostuvo que se trata de una imagen inversa de las fuentes del derecho, ya no son los jueces quienes aplican las leyes, son las leyes las que aplican las sentencias judiciales.

Señaló que, al leer el fallo, no se encuentra lo manifestado en el mensaje. El fallo ordena literalmente que la Superintendencia determinará el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos, nunca da una orden al legislador.

Más aun, destacó que la sentencia y el proyecto de ley se contradicen porque el fallo razona sobre la base de que debe haber una continuidad en el sistema de salud. Habla de que se concrete la posibilidad de que los afiliados a las ISAPRES puedan tener acceso a sus prestaciones médicas en el sistema de salud que libremente eligieron.

El mensaje en cambio, por una parte busca no hacer quebrar las ISAPRES, en tal sentido, consideró adecuado el objetivo; pero luego, lejos de evitar el colapso, ordena una serie de medidas para hacerse cargo de la quiebra de las ISAPRES, nada de lo cual está en la sentencia, ni establecer privilegios de cobros en los créditos, ni establecer reglas sobre retiro de utilidades, ni sanciones penales, ni tampoco la regulación de una modalidad nueva de Fonasa diseñada para hacer frente a los afiliados que se quedarían sin Isapre en caso de que colapse el sistema. Reiteró que nada de eso está en el falló.

La consulta final es qué puede hacer el legislador. Estimó que se debe partir por las definiciones más básicas. El Congreso tiene plena legitimidad democrática para dictar leyes y los jueces en general, y la Corte Suprema en particular fueron nombrados para aplicar las leyes dictadas por el Congreso Nacional y no al revés.

Al revisar la sentencia se concluye que la Corte Suprema nunca pretende dar órdenes al legislador, solo el Ejecutivo ha sostenido esa tesis, por lo tanto, se debe concluir que el legislador conserva todas sus atribuciones soberanas para dictar leyes y esta soberanía tiene dos límites:

El primero es la supremacía constitucional, en general y el respeto a los derechos que emanan de la naturaleza humana, como dice el artículo 5 de la Constitución Política, pero también la sentencia de los tribunales de justicia, con algunas especificaciones de lo que se está hablando.

En primero lugar, la sentencia del año 2010, del Tribunal Constitucional es un límite para el legislador, porque las sentencias del Tribunal Constitucional, si tienen efectos generales, porque así lo señala la propia Constitución Política. Además, porque esa atribución está entregada al Tribunal Constitucional en cumplimiento de una función contra mayoritaria, que tiene por definición el efecto de limitar al legislador.

La Corte Suprema, en cambio, no cuenta con esas atribuciones, alguna vez tuvo la acción de inaplicabilidad, y ya no la tiene.

Por su parte, el legislador no puede revisar los fundamentos o contenidos de la sentencia de los tribunales de justicia, sin infringir gravemente la independencia judicial.

Por lo tanto, el fallo de la Corte Suprema, tiene que ser respetado por el legislador en sus efectos particulares, porque ese es el efecto que tienen las sentencias. Las sentencias son obligatorias, porque la ley dice que lo son para las partes del proceso.

El legislador siempre puede volver a regular en general una materia, y lo hace todo el tiempo, aunque haya fallos. Lo que no puede hacer es referirse a lo particular del fallo, ese ámbito corresponde a la sentencia, el ámbito de lo general, corresponde al legislador.

Sin embargo, podría ser conveniente que a efectos de no seguir profundizando en la crisis institucional que generó este fallo, sería conveniente que el legislador respete la orden que la Corte Suprema da en los efectos particulares a la Superintendencia de Salud.

Señaló que, con todo, también hay que sentar claramente que la Constitución Política ordena el cumplimiento del fallo al propio poder judicial, incluso le da atribuciones para impartir órdenes directas de la justicia y nunca la Constitución le ordena al legislador hacer cumplir los fallos y tampoco lo ordena el fallo.

Consideró que, respetando esas limitaciones, el legislador cuenta con toda la libertad para regular el futuro del sistema de salud como estime conveniente y es deseable que se haga cargo del vacío legal que dejó el tribunal Constitucional el 2010, en materia de tabla de factores, que respete el fondo de esa sentencia y que reforme el sistema de salud para evitar la judicialización que es un problema muy grave. Pero en esa discusión se debe tener claro que las sentencias aplican el derecho vigente al tiempo de los

hechos y que no pueden dar órdenes generales y mucho menos limitar el espacio de la deliberación democrática.

El Honorable Senador señor Gahona señaló que la impresión que se ha ido formando en el tiempo es que la Corte Suprema con su fallo, trata de dictar una política pública y no limitarse exclusivamente a sus atribuciones.

La función de las políticas públicas le corresponde al Ejecutivo y al Congreso Nacional. Observó que, en este fallo, así como varios otros, tienen que ver con la dictación de políticas públicas más que de fallos judiciales. En tal sentido, esta aberración jurídica que han señalado ambos juristas, tiene que ver con la aplicación general de un fallo que tiene efectos particulares para las partes.

Manifestó que tiene la impresión de que el fallo de la Corte intenta resolver un problema que tiene el sistema producto de la excesiva judicialización relacionada con ISAPRES, que ascienden a 668.000 causas, que evidentemente de algún modo tienen que resolver ese problema.

Consultó si este caso implica una falta a la Constitución Política y de ser así, sería viable una acusación constitucional contra los jueces.

A continuación, consultó por las acciones que se pueden ejercer frente a fallos de esta naturaleza que contravienen la Constitución Política.

A su vez, requirió conocer la opinión de los juristas respecto a la reforma constitucional propuesta por algunos Senadores, que a su juicio tienden a resolver el problema. Sin embargo, si empiezan la presentación de reformas constitucionales para hacerle el quite a un fallo aberrante y buscar fórmulas para resolver el problema, abriría una puerta muy peligrosa respecto a que frente a cualquier fallo que genere algunos inconvenientes mayores, se tenga que presentar reformas constitucionales para resolver la situación.

El Honorable Senador señor Chahuán señaló que una cosa es tener recursos de protección con efectos generales y otra cosa es que se afecte el principio general del derecho del efecto relativo de la sentencia.

Señaló que ha logrado fallo en las Cortes desde el año 2001 a la fecha, a través de decenas de recursos de protección presentados contra el Ministerio de Salud y contra las ISAPRES, estimó que hay una diferencia entre los principios generales del derecho y estos recursos judiciales.

Insistió que la discusión respecto a los efectos del fallo es una y la discusión respecto a los efectos del fallo es una y la discusión respecto a la viabilidad de la provisión mixta para adelante, es otra.

Señaló que quiere distinguir ambos temas porque está convencido que la única manera de darle viabilidad a la provisión mixta es que sean capaces de cambiar la cancha. Recordó que ha repetido que en este proyecto de ley deben ser capaces de separar todos los temas de Fonasa en un proyecto alterno, diferente, al que se le pueda dar velocidad para fortalecer Fonasa y resolver el tema de los nudos críticos para darle certeza a todos los actores, incluso a aquellos que administran la provisión privada de la salud, resolviendo los nudos críticos de aquí en adelante.

Lo anterior implica, resolver el tema de preexistencias y de tablas de factores, con reglas claras, porque está convencido que aun la discusión en particular respecto de ese fallo, no va a resolver el problema. Puede afectar desde el punto de vista de la cuantía, vale decir, se entiende que las ISAPRES tuvieron o no utilidades respecto del cumplimiento de una tabla de factores, respecto de unos.

Del grupo demandante y eso podría ser un estímulo para otras demandas, o sea, podría generar activismo judicial y podrían tener nuevamente un colapso de las Cortes de Apelaciones por demandas en este sentido o bien, puede significar una corrección puntual, respecto de esta materia, pero están a la espera del fallo del GES, que puede generar un nuevo activismo judicial y también deberán resolver si tienen efectos particulares o generales.

El Honorable Senador señor Castro González recordó que tuvieron una larga discusión pública acerca del carácter del fallo de la Corte Suprema que fue hace ocho meses atrás. Ese fallo, que tuvo una controversia en los medios de comunicación por otros juristas y tiene adherentes y una posición de parte del Ejecutivo a través del Ministro de Justicia que la expreso en la Comisión y volverá a ser invitado, hace que la forma opinable que tienen quienes no son parte del Poder Judicial, pero pueden dar su opinión, que no significa no acatar, sin embargo, ha tenido un derrotero. Cuando la Ministra de la Corte Suprema dio su punto de vista, en el sentido que a su juicio eran los recurrentes quienes eran objeto de la aplicación del fallo y no tenía carácter general, luego cuando se hizo una presentación acerca de esa controversia, se zanjó sobre la base de una respuesta que dio la Corte Suprema. Desde el Poder Legislativo no se va a cambiar el carácter del fallo.

En segundo lugar, manifestó que le queda claro que la doctrina inspiradora de la Corte Suprema ha variado en el tiempo, desde la lógica de los seguros privados, a la lógica de seguridad social.

En tercer lugar, señaló que desde el punto de vista del legislador están abocados a buscar una fórmula que permita en este proyecto de ley del Ejecutivo, hacer aplicable el fallo y al mismo tiempo, cumplir con una estabilidad financiera del sistema, que haga viable el cumplimiento del fallo. Por lo mismo se ha resuelto tener una Comisión Técnica, que está funcionando y al que se le dará mayor cantidad de sesiones precisamente para que se aboque a

los aspectos financieros del sistema en el presente y en el futuro, es decir, las reglas que van a regir en la transición, después del 30 de noviembre, cuando empiece a aplicarse este fallo.

Por otro lado, el hecho de legislar con este proyecto, de manera de dar las flexibilidades y las regulaciones suficientes que el sistema indica, por ejemplo, un tema importante son las tablas de factores. La Corte Suprema ha fijado una, pero también es plausible, como lo ha dicho el Tribunal Constitucional que podría omitirse las tablas de factores.

Además, ver de qué manera, tanto las rebajas de cotizaciones, como las devoluciones, que es un punto que se ha hecho presente que podría ser una materia con mayos holgura para regular el modo de cómo se aplica o no, son materias que están en sede legislativa y que se deben abordar.

Consultó al señor Correa Sutil, de qué manera observa que fallos de naturaleza medioambiental, de derecho de aguas, que por definición se les da un carácter más general a esos litigios entre particulares, pero que terminan teniendo carácter general, o los denominados fallos de clase. En el escenario de hoy, de la seguridad social en materia de salud, que es lo que predomina en la interpretación de la Corte Suprema, consultó si pueden cambiar o alterar el curso de los grandes cambios o reformas de salud que tiene que asumir el país.

Hasta donde influye el fallo o los fallos en marcar una línea de reforma que pueda o no tomar el país. Cuanto de esto toca la esencia de una definición política que se tiene que tomar por el legislador respecto al futuro del sistema privado.

La Honorable Senadora señora Órdenes observó que los expertos no tienen un acuerdo respecto de los alcances del fallo. Dado el rol que les corresponde a los legisladores, en algún minuto se debe definir desde qué punto se va a iniciar la discusión legislativa, que además está sujeta a plazos.

Al menos lo que se entiende del fallo de la Corte Suprema es que deja sin efecto las tablas de factores que habían establecido las ISAPRES y se habla de la tabla única de factores. Por otra parte, la Superintendencia tiene que implementar el fallo, por tanto, deben encontrar la fórmula de hacer viable aquello.

La consulta es si se va a insistir en una reinterpretación del fallo, porque la segunda respuesta de la Corte Suprema dice que ese es el fallo y no hay otra interpretación. Hay temas que todos entienden que es la aplicación de la tabla única de factores y el tema de las devoluciones.

Indicó que comprende la autonomía de los poderes del Estado, pero están llamados a llenar espacios, por ejemplo, no dice el monto que se debe devolver. Por ello es importante el trabajo que debe hacer la Comisión Técnica, sobre todo, pensando en la sostenibilidad financiera del sistema con ambas aristas, públicas y privadas. Constituye un primer paso para hablar de una reforma de la salud.

Consideró que están interpelados para dar una respuesta a la ciudadanía, porque el 83% de las causas de la Corte Suprema, el año 2022, eran de este tipo.

Están llamados a diseñar una arquitectura de un proyecto de ley que involucre una nueva política pública que, de sostenibilidad a futuro al sistema, que dé respuesta a los usuarios y que finalmente se haga cargo de los alcances que tiene.

La Ministra de Salud comentó que es una situación compleja y que como Ejecutivo, entienden que el fallo tiene un alcance general, precisó que no se sienten interpelados por la Corte Suprema a presentar un proyecto de ley, sino que por responsabilidad respecto al alcance general que entienden que tiene el fallo, se han visto de manera responsable, obligados a garantizar lo que establece el mensaje del proyecto de ley, a establecer una forma que dé cumplimiento a este fallo que garantice la estabilidad financiera, ese es el sentido de presentar el proyecto de ley.

También porque entienden que hay algunos elementos respecto de la sentencia que requieren atribuciones, más allá de las que tiene actualmente la Superintendencia de Salud.

El señor Correa Sutil, se refirió a la consulta sobre los efectos del fallo. Consideró que antes de decir que el fallo tiene efectos generales o particulares, es indispensable distinguir. El fallo tiene dos partes, una referida a la nulidad a futuro de la tabla de factores y eso está declarado en términos generales. Eso es una nulidad de derecho público por la Corte Suprema, que tiene derecho hacer ese tipo de nulidades, por tanto, la tabla de factores no debe seguir existiendo.

La segunda parte de la sentencia, es la devolución de los cobros en exceso, en razón de una tabla de factores que se ha estimado ilegal e inconstitucional desde el año 2010. En este punto, la sentencia no tiene efectos generales.

Explicó que una sentencia para tener efectos generales, requiere ser inequívocamente general. Y en esa materia, la sentencia no es general, por lo tanto, la libertad de los órganos legisladores y administrativos es absoluta, salvo respecto de los recurrentes en esa misma causa.

Consideró que se debe realizar esa distinción, porque de lo contrario se confunde.

Por otra parte, señaló que frente a un fallo inequívocamente general como es el tema relativo a la tabla de factores, el Senador Gahona preguntaba si procede una acusación constitucional, otras acciones o reforma constitucional.

Con todas las críticas que le merecen los fallos de carácter general, señaló que se deben comprender las causas del mismo.

No se trata que los tribunales le imponen al legislador el cumplimiento de las sentencias, sino que, en nombre de la Constitución Política, hace más de diez años, vienen diciendo que las alzas de precios son inconstitucionales y en ese período no tenemos legislación que regule el alza de los precios.

Estimó que la solución a todo esto es que haya una legislación que señale cómo se pueden reajustar y alzar los precios de los planes de salud.

Consideró que va a pasar un tiempo muy largo en el cual los tribunales van a respetar aquello que se ha hecho por parte del legislador distinto a lo que se hizo en el decreto ley 3.500 que tenía una concepción que ya no es aceptable en general.

Estimó que se puede mirar el fallo y que no es una camisa de fuerza, por tanto, va a haber una nueva forma de reajustabilidad y de alza de los planes de salud que va a ser en general, aceptada por los tribunales de justicia.

Respecto a lo planteado por el Senador Chahuán, estimó que no es posible buscar sentencias particulares con efectos generales que no vulneren la Constitución Política, porque vulneraría el debido proceso y afecta la separación de poderes.

El señor Aldunate se refirió a la consulta sobre acusación constitucional y dijo ser muy escéptico contra acusaciones constitucionales contra jueces, estimó que se deben ocupar de manera muy excepcional, sobre todo por el contenido de sus decisiones, a menos que haya una torcida administración de justicia, como un caso de corrupción, se podría pensar en ella, pero el mérito de un fallo no debiera nunca ser objeto de ella, porque incluso si fuera aberrante el fallo, se debe respetar incluso el derecho de la Corte Suprema a equivocarse.

A la consulta de qué hacer entonces, estimó que es muy útil una metáfora que utiliza un académico del derecho, profesor John Finnis, inglés,

que dice que el poder judicial se ocupa del pasado, el poder ejecutivo, del presente y el poder legislativo, del futuro.

El poder judicial se ocupa del pasado porque aplica a los hechos, en el tiempo en que ocurrieron, la ley vigente a esos hechos. En este caso, la Corte Suprema llenó un vacío con la legislación que había, por lo tanto, se debe respetar esa manera de llenar el vacío, que puede parecer incorrecta, que invadió atribuciones, pero debe ser respetada.

Pero en lo que respecta al futuro, el poder legislativo conserva en plenitud sus atribuciones y puede cambiar toda la legislación respetando el principio que estableció el Tribunal Constitucional de que no se puede diferenciar por sexo y edad en las tablas de factores, porque el tribunal constitucional si tiene esa atribución.

La Corte Suprema llenó un vacío, desaparecido éste, porque se aprueba otra legislación, los tribunales tendrán que volver a pronunciarse y esto que puede parecer extravagante de que el legislador puede legislar una cosa diferente a lo dicho por una sentencia judicial, es algo que pasa todo el tiempo, porque todos los días cambia la ley, porque a diferencia de las sentencias, la ley no tiene efecto de cosa juzgada, por lo tanto, se tienen que ajustar las sentencias a las nuevas leyes en los hechos que se produzcan durante la vigencia de las nuevas leyes.

Como los hechos que ocurrieron en el pasado, tenían un vacío legal, obviamente, la Corte Suprema tuvo que llenarlo y estimó que lo llenó mal, sobre todo porque lo hizo con efectos generales y eso es un error.

Pero el legislador puede perfectamente general otro modelo completo nuevo, respectando el principio básico que estableció el tribunal constitucional en su sentencia del año 2010.

Sobre el tema que no hay nada que aclarar de la sentencia de la Corte Suprema, estimó que hay todo que aclarar, ya van ocho meses discutiendo este fallo, obvio que hay temas por aclarar. Todos los expertos y políticos están en desacuerdo, indicó que es la sentencia más confusa que se ha tenido en mucho tiempo.

Se debe interpretar el fallo, que no es otra cosa que entenderlo y hay muchas interpretaciones posibles del fallo.

El Honorable Senador señor Gahona respecto a la reforma constitucional propuesta por algunos senadores, cuál es su visión, porque en alguna medida, ese proyecto de ley tiende a resolver el problema, pero abre esa puerta peligrosa de que para cada fallo que genere problema se deba hacer una reforma constitucional.

El señor Aldunate al no ser especialista en salud, señaló que no sabe si con ese proyecto de ley se resuelve bien o no el problema de fondo.

Sobre la segunda parte de la pregunta, sobre atribuciones que no tiene la Superintendencia de Salud y que habría que conferirle, estimó que eso en sí mismo es un problema que una sentencia requiera una modificación legal.

Si se dice que para implementar una sentencia hay que cambiar la ley, inmediatamente colige de eso que esa sentencia va contra la ley. Si no tiene atribuciones, porqué la Corte Suprema ordena a la Superintendencia de Salud hacer algo para lo cual no tiene atribuciones. Estimó que eso forma parte del problema que tenemos con este tipo de sentencias que son tan extensivas.

No le parece bueno tener escenarios en los cuales tengamos leyes tratando de implementar fallos, pero estimó que se trata de un problema que viene del fallo y que lo único que hace es evidenciar lo que genera el activismo judicial.

La Honorable Senadora señora Órdenes insistió respecto a que la Corte Suprema falló respecto a derechos fundamentales que son valores jurídicos protegidos.

Señaló que están de acuerdo con un cambio a futuro de la tabla de factores, pero el tema son las devoluciones.

Consideró que después de diez años, se debió haber adelantado esta tensión y no ocurrió, se debe buscar una salida y es la tarea que están realizando.

El Superintendente de Salud reiteró que este no es el primer fallo con carácter general en materia de ISAPRES que ha emitido la Corte Suprema, el año 2022, en agosto, emitió un fallo que dice relación con la adecuación precio base, donde instruyó a la Superintendencia implementar un proceso nuevo, había cosas que no estaban contenidas en la ley, pero claramente no iban a caer en desacato de una instrucción de la Corte Suprema.

Eso logró librarse de buena manera porque básicamente los efectos asociados a la implementación de dicho fallo, no generaban un problema como el que están viviendo actualmente, porque se requieren medidas que no están contenidas dentro de algunas atribuciones que maneja la Superintendencia, como, por ejemplo, que el pasivo generado producto de la deuda calculada, no esté considerada dentro de la garantía legal. La Superintendencia no tiene atribuciones para eximir de ello a las ISAPRES porque la ley obliga que supervigilen el cumplimiento, por ejemplo, de esa ratio.

Consideró que si existe una justificación para un proyecto de ley que permite poder dar atribuciones que al menos amortigüen los impactos asociados a este fallo.

Se generan estos impactos porque finalmente si fuera esta discusión de carácter más restrictiva, evidentemente no se estaría discutiendo nada porque estarían hablando de resolver caso a caso.

El carácter general de la sentencia ha sido una lata discusión, que se ha estado dando desde hace mucho tiempo e incluso a propósito de las declaraciones de la Ministra ex vocera de la Corte Suprema, presentaron un recurso de aclaración en enero, y a propósito de esta discusión particular, presentaron una en junio donde la primera pregunta es el alcance de la sentencia.

Solicitaron incluso que, si la Corte Suprema establecía que el hecho de las devoluciones o cálculo de una eventual deuda solo tienen carácter individual por cada una de las causas, solicitaron que les remitieran las causas, porque la Superintendencia, al no ser parte de las mismas, no conoce la totalidad de las causas involucradas en este proceso.

Informó que, en la respuesta a esa acción de aclaración, la Corte no solo ante la primera pregunta, responde de manera contundente sobre los efectos y el carácter general de esta sentencia, sin que, además, no les entrega ninguna lista. Porque obviamente, al tener carácter general, lo que está instruyendo es actuar sobre la totalidad de los contratos.

Agregó que luego del considerando veintisiete, dice lo siguiente: finalmente el considerando vigésimo octavo (luego de argumentarse el carácter general), que por otra parte, considerando el carácter eminentemente cautelar de la acción deducida, no es posible por esta vía determinar la existencia de eventuales cantidades a devolver y su monto, razón por la cual, será el órgano fiscalizador quien en su caso determinará la forma de proceder su cómputo y diseñará las directrices, formas y condiciones de devolución en caso de corresponder.

Y continúa, que al tenor de lo referido en el considerando anterior (es decir, que tiene carácter general), recuerda todo lo resolutivo. También contiene la materia del cálculo de una eventual deuda generada, a propósito de la implementación de una tabla de factores de riesgo que podría dar por resultado un precio menor final.

Por tanto, a su juicio, no es que haya una división, sino que, en la aplicación del tenor literal del fallo, no le corresponde a la Superintendencia hacer ningún tipo de interpretación, entiende que si correspondía el cálculo que han realizado.

De acuerdo a lo planteado por el abogado señor Aldunate en cuanto a la regulación en virtud a lo que estableció el Tribunal Constitucional, señaló que la Corte Suprema, por primera vez en este fallo considera a la tabla de factores como no fenecida, es primera vez que la considera.

En fallos anteriores de las Cortes de Apelaciones, en algunas sentencias establecían que solo debía existir un precio base y ese cobrarlo para todo el grupo familiar, lo que era una excepción compleja. Finalmente, es en este fallo donde se reconoce y ante la presentación de la Superintendencia de Salud, que todavía existía en la legislación la tabla de factores y elimina la palabra “sexo” no en todo el articulado que regula eso, sino que en aquellos cuatro numerales que establecían el cálculo o la construcción de la tabla antigua.

Respecto de una regulación futura, hay que considerar que no puede existir esa discriminación que estableció el Tribunal Constitucional, pero opinó que esa modificación debiera operar una vez que ya se haya cumplido con la sentencia, porque el fallo se remite a una tabla en específico, contenida en la circular 343.

El Honorable Senador señor Chahuán consultó a los expositores, que pareciera que estamos frente a una contienda de competencia, entre la autoridad administrativa y la Corte Suprema en una materia que pudiera ser resuelta por Senado, de acuerdo a la norma constitucional.

El señor Simon en relación a lo señalado por el Superintendente respecto a la aplicación, consultó a los expositores una duda. Manifestó que interpreta que la política pública, lo que tiene que hacer en materia de salud es mantener o elevar el acceso a la salud a las personas.

Si una persona que no concurrió a un tribunal, que no presentó ninguna acción o recurso, se ve afectado en tal sentido que termina perdiendo su cobertura, no teniendo la cobertura vigente en cierto momento, eso tiene algún sentido con lo que el tribunal pretende hacer.

El sentido positivo es más acceso de atención de salud de las personas y en este caso, uniformar el sistema, en que haya una tabla de factores para todos, pero no dejar a las personas sin la cobertura que libremente han elegido.

¿Puede dar como resultado a una persona que no ha concurrido a los tribunales que pierda la cobertura que libremente ha elegido, disminuyendo el acceso a atención de salud por efecto de la metodología que se ponga en práctica para cumplir con este fallo?

El señor Correa Sutil manifestó que le parecería un error político plantear este tema como contienda de competencia o como acusación constitucional, como incumplimiento de la Corte de sus deberes.

Este tema se arregla regulando los planes de salud de aquí a futuro y respecto del pasado, estimó que es un error manifiesto del Superintendente de Salud pensar que la devolución tiene efectos generales.

Consideró que la respuesta de la Corte indicando que no tenía nada que aclarar es correcto, no hay nada que aclarar, al leer los considerandos vigésimo octavo y séptimo, que son los únicos que se refieren a devoluciones y se dará cuenta que el considerando no tiene una sola palabra respecto de si es general o particular y la resolución séptima, se refiere a “el contrato”, o sea, es particular.

En materia de devoluciones no hay nada en la sentencia que permita pensar que tiene efectos generales.

El señor Aldunate señaló que teóricamente si se puede plantear una contienda de competencia, pero también estimó que no es conveniente escalar más un conflicto alejándolo del problema ciudadano, que no quita que no exista un problema institucional que amerita una reflexión, pero más pausada.

En este momento está la urgencia de dar una respuesta al problema que se plantea.

Sobre la pregunta desde la Asociación de ISAPRES, manifestó que la Corte Suprema en la sentencia busca dar continuidad al sistema de salud, por tanto, una correcta implementación del fallo, debiera intentar evitar la quiebra de las ISAPRES y el colapso financiero.

Consideró que se debiera promover en la opinión pública de que los jueces no se inmiscuyan en políticas públicas porque no tienen las capacidades técnicas para prever las consecuencias de sus actos y tampoco tienen la legitimidad democrática para hacerlo.

El Ministro de Justicia y Derechos Humanos, señor Luis Cordero señaló que en términos sustantivos es poco lo que puede agregar en relación a lo que ya ha expuesto.

Resumió lo planteado anteriormente e indicó que lo que hizo la Corte Suprema fue sistematizar y ordenar lo que ha venido sucediendo en la última década en materia de litigios de contratos de salud, principalmente a través de un medio que es el recurso de protección y, en consecuencia, los estándares que progresivamente fue estableciendo tanto las Cortes de Apelaciones como la Corte Suprema.

Comentó que, en esa oportunidad, mostró las cifras históricas y las relaciones históricas desde el año 2013 en adelante y las consecuencias que tuvo la sentencia del Tribunal constitucional, que declaró la inconstitucionalidad de la tabla de factores.

Además de ello, pudo precisar como los casos de ISAPRES son casos masivos que han congestionado el sistema judicial y que, a partir de la evidencia disponible, buena parte de los afiliados suelen obtener sentencias favorables ante las Corte de Apelaciones que posteriormente son ratificados en la Corte Suprema.

La Corte Suprema a su vez ha ido involucrándose en los casos de ISAPRES en varios elementos. Se ha pronunciado sobre cobertura de medicamentos de alto costo, cobertura de hospitalización domiciliaria, alza de planes de salud por nacimiento e incorporación de hijos recién nacidos, por factores de edad y sexo, alza de planes de prima GES, alza de adecuación de plan base de salud, acceso de prestaciones GES, cambio de prestadores GES, negativa de incorporación de Isapre, cambio de plan de salud y termino unilateral del contrato por enfermedad preexistente.

En todos esos casos, los tribunales y la Corte han ido sentando distinto tipo de doctrina y si se toma la evidencia de los años 2013 al 2022, solo la Corte Suprema se pronunció en 567.000 casos sobre ISAPRES. Lo anterior ha llevado a una congestión significativa de la Corte y ha implicado cifras de magnitudes del orden de más de 100.000 ingresos anuales en tribunales.

Además, todos los presidentes de la Corte Suprema, desde el año 2015 han venido advirtiendo los efectos que esto tiene.

Desde el punto de vista de la litigación, los casos de Isapre han sido casos de litigación masiva, en segundo lugar, tienen elementos comunes, además de eso, ha debido la Corte, buscar mecanismos de descongestión del sistema institucional. La forma en que lo ha hecho, ya lo había advertido la Corte en la primera formula de decisión que fue en agosto del año 2022, respecto de los planes base anuales. En esa oportunidad, la Corte, refiriéndose a una circular, señaló en su parte resolutiva, tenía un efecto general, por tanto, esta no es la primera oportunidad en que la Corte se pronuncia con estas características.

En consecuencia, cuando se produjeron los casos en los cuales la Corte se pronunció a finales del mes de diciembre, tal como se explicó, desarrolló la misma estrategia que había venido definiendo en los casos previos, es decir, eligió casos guía de distintas ISAPRES y se pronunció en cada recurso de protección respecto a la Isapre referida.

Lo anterior es importante, porque, además, la Corte expresamente indicó la forma y modo en que entendía los contratos de salud y la forma en que a su vez entendía que venían utilizando las ISAPRES una tabla de factores que el Tribunal Constitucional había declarado inconstitucional y en consecuencia debía ser considerada ilegal.

Pero además de lo anterior, la Corte explicó en los considerandos que en su momento se citó, explícitamente el por qué estas debían tener un alcance no solo para aquellos afiliados que habían recurrido, sino que para aquellos también a los cuales estaban sometidos en cada una de las ISAPRES.

La intervención que realizó en su oportunidad, es con indiferencia de las preferencias personales que se puedan tener sobre la forma y modo en que razonan los tribunales, sino que específicamente la manera en que la Corte ha venido resolviendo estos asuntos.

En el caso de la solicitud de aclaración, en que la Corte se pronunció en junio de este año, recordó que se habían presentado una serie de aclaraciones que estaban vinculadas a los cotizantes que aplicaba la tabla de factores, en segundo lugar, respecto de las facultades de la Superintendencia y respecto a qué cotizantes le correspondía restituir las cantidades percibidas en exceso.

En esa oportunidad, la Corte Suprema dijo que no había nada que aclarar, sin embargo, es conveniente tener presente que la manera en que respondió la Corte en cada uno de esos casos fue haciendo referencia a las secciones resolutivas respectivas y donde era especialmente significativa aquella que estaba vinculada a los considerandos vigésimo tercero y siguientes de esas decisiones, dependiendo de la sentencia de la cual se esté hablando, pero principalmente, la forma y modo en que debía entenderse esa decisión.

Añadió que se ha trabado una discusión pública sobre los alcances de la decisión, en otros términos, una verdadera imputación a la Corte Suprema sobre la pretensión que por esta vía estaría infringiendo el artículo tercero del Código Civil.

Se debiera resolver, desde el punto de vista legal, si la pretensión que se sostiene sobre esa vía, implica necesariamente justificar esa decisión.

La referencia al artículo tercero del Código Civil, es la referencia más contextual a una norma que tiene por propósito distinguir quien tiene la facultad de interpretación general de la ley.

El inciso primero, se la entrega al legislador y precisa que las sentencias emitidas por los jueces, tienen fuerza obligatoria respecto de las causas que actualmente tramiten.

La regla concebida en el artículo tercero, es una regla del Código Civil que está instalada en el artículo 19 y que no reconoce y tampoco tenía por objeto reconocer, lo que con posterioridad implicó el desarrollo del derecho público chileno.

Los casos de ISAPRES, son casos que han sido discutidos en el contexto del recurso de protección que para bien o para mal, han sido el mecanismo de resolución de controversias más difundido para resolver conflictos públicos en el derecho público chileno.

Es novedad que los efectos de una sentencia se expandan a personas que no recurrieron en un recurso de protección. Recordó que anteriormente explícitamente señaló casos donde esto había sucedido, los casos ambientales suelen ser explicado de esta manera o casos de controversia de salud pública.

Para ser más preciso, sostuvo que en la primera oportunidad en que la Corte Suprema fue explícita en este punto, fue el año 1987, en un caso que comprometía a una distribuidora eléctrica. El debate central que ocurría en ese caso, era un conflicto sobre cortes de suministros, en relación a un número de personas afectadas.

En ese caso, de 1987, la Corte Suprema decidió que el asunto que se debatía no solo beneficiaba a quienes habían recurrido, sino que también, a todas las personas que habían sido afectadas por la interrupción del suministro eléctrico por parte del concesionario.

La razón era obvia, explicó que desde la década de los 80, la Corte Suprema ha entendido que, si hay una situación que afecta garantías en una situación determinada, por la naturaleza cautelar del recurso de protección, debe corregir la situación de afectación de garantías para todas aquellas personas que pudieran verse afectadas.

Por tanto, esto no es una novedad en el derecho público chileno, lo que parece que es una novedad es no seguir el análisis jurisprudencial de décadas de la Corte Suprema.

Sin embargo, considero que está abierto en el sistema institucional chileno y que excede a la discusión vinculada a este proyecto de ley son sobre los efectos expansivos del recurso de protección en el sistema institucional chileno, pero esa es otra discusión.

En esta materia, los casos de ISAPRES se han encausado a través del mecanismo de recurso de protección y sobre esto, hizo una precisión técnica: sistemáticamente se ha citado, en los conflictos que están vinculados a estos casos, el artículo tercero del Código Civil, ya respondió que ese artículo

se cita sin el contexto del recurso de protección, pero, en segundo lugar, señaló que cuando Andrés Bello escribió ese artículo, desconocía la jurisdicción contenciosa administrativa.

Explicó que cuando un acto administrativo es objeto de una impugnación ante un juez, ese acto administrativo puede tener alcances singulares o generales. Cuando es de alcance general, como el caso de una circular de una Superintendencia o un reglamento del presidente de la república, es declarado ilegal por parte de un tribunal, la declaratoria de ilegalidad que recae sobre el acto administrativo, no solo beneficia a quienes impugnaros, sino que a todos a quienes se aplica esa circular.

En otros términos, si un juez de la República, sea en el recurso de protección o en cualquier otra acción de ilegalidad, declara ilegal un acto de alcance general, los efectos de ese acto, por su naturaleza, tienen ese mismo efecto. Por ejemplo, si un juez declara ilegal una ordenanza municipal, respecto de un determinado tipo de explotación de áridos o el desarrollo de una actividad en un bien nacional de uso público, que gestiona la municipalidad, la declaratoria de ilegalidad no solo beneficia a quien recurrió, sino que a todos aquellos que se encuentran regulados en torno a esa ordenanza.

Se debe hacer esta distinción de los efectos de una sentencia de lo contencioso administrativo, lo que parece obviarse cuando se cita el artículo tercero del Código Civil. Señaló que, en el sistema institucional chileno, descansa esa regla del artículo tercero con estas otras competencias de los jueces cuando declaran la ilegalidad de un acto administrativo de alcance general.

Lo que ha discutido la Corte Suprema en materia de ISAPRES, por ejemplo, en el caso del plan base de agosto de 2022, tiene un alcance general, precisamente porque la Corte se estaba refiriendo a la circular. En el caso que la sentencia de noviembre del año 2022, la Corte se estaba refiriendo también a la interpretación que había guiado durante años a la Superintendencia.

Además de lo anterior, estimó conveniente citar la sentencia de 29 de junio del año 2023, que ha pasado desapercibida y que se pronuncia sobre alguno de los debates que formaron parte de la discusión de tabla de factores y que están asociados a la inquietud que se manifiesta en este proyecto de ley.

Explicó que, en concreto, en este caso. Lo que se discutía eran los alcances de la circular de la Superintendencia 396, sobre la extensión o no de las prestaciones de salud mental por parte de las ISAPRES, esto como consecuencia de la dictación de la ley N° 21.331.

La discusión de este caso, se parece bastante a la que existió en noviembre, es decir, la circular se aplica a todos los planes o se aplica a

aquellos que se comercialicen entendiendo por planes que se comercialicen a aquellos que solo están destinados hacia el futuro.

Señaló que es interesante la discusión de este caso porque si se toma las defensas que se presentaron ante la Corte por parte de las ISAPRES y por parte del Estado, se centran específicamente sobre la cláusula interpretativa, que se entiende por contratos sujetos a comercialización.

Es decir, en la sentencia de noviembre del año 2022, la Corte ha vuelto sobre la doctrina que mantiene desde agosto en materia de interpretación o alcance de las sentencias en materia de salud. Al analizar el considerando séptimo, lo que dice en términos concretos es que la Superintendencia en su calidad de regulador debe garantizar la aplicación de los preceptos concretos.

Que el verbo comercializar referido por la autoridad no alude a un tiempo futuro, sino a una acción que está ocurriendo, en consecuencia, se puede sostener que desde su entrada en vigencia, la conducta referida se encuentra proscrita, comprendiendo en ello los contratos que se celebran, como los que ya fueron suscritos, porque en el caso de estos últimos, al tener el carácter de tracto sucesivo, toda vez que el nacimiento de sus obligaciones y su cumplimiento se prolonga en el tiempo, mensualmente, mediante el pago del precio y el derecho a la cobertura pactada. Su comercialización se puede entender entonces, como permanente.

Es decir, la Corte Suprema, esta vez, sobre la circular 396, referido a la cobertura de salud mental, donde en tribunales se formularon alegaciones similares a las que se han presentado sobre las objeciones de la sentencia del mes de noviembre, la Corte ha vuelto a reforzar sobre los alcances que tienen sus decisiones en los contratos de salud.

El considerando octavo, responde a la gran pregunta que se mantiene pendiente. La Corte en este considerando señala que sobre la base de todo lo anterior y considerando que los contratos de salud deben conformarse a las normativas vigentes, más aún el ajuste, tiene por objeto resguardar la garantía constitucional de la igualdad, al prohibir la discriminación, por lo que cabe concluir que no precede permitir la vigencia de estipulaciones contractuales, que, en este caso, limiten la cobertura de las prestaciones referidas a salud mental, toda vez que las mismas se encuentran prohibidas por este tipo de contratos al atentar contra el ordenamiento constitucional.

El rol de la decisión es el 123.074-2022, que recientemente fue dictada por la Corte Suprema, el 29 de julio de 2023, que puede ser útil para ilustrar el contexto de la discusión.

El Honorable Senador señor Gahona consultó si es el Estado, a través de la Superintendencia que dicta circulares, que las aseguradoras privadas implementan, quien se hace responsable de los costos que eso significa, cuando la Corte Suprema declara ilegal algo dictado por el propio Estado.

Señaló entender que hasta hoy se están haciendo cargo las aseguradoras. ¿Quién asume la responsabilidad por parte del Estado por haber dictado una circular que probablemente los tribunales determinen que es ilegal, por ejemplo?

El señor Ministro planteó que la consulta formulada es en extremo delicada porque esa es una pregunta que forma parte de las solicitudes probablemente de arbitraje en el derecho internacional, por lo tanto, debe ser extremadamente cuidadoso a lo que va a responder.

En términos concretos, manifestó que puede indicar que el sistema institucional chileno, desde la declaración de inconstitucionalidad de la tabla de factores, está altamente judicializado en el sector salud.

Por lo tanto, la definición (que sería la explicación desde los tribunales) la manera en que los jueces han resuelto en la acción de tutela de garantías constitucionales, ha sido en el entendido de que el proceder de las aseguradoras ha sido contra ley.

De igual modo, que es lo que ha resuelto en los casos de circulares, en la manera en que ha realizado, en algunas de las ocasiones, la interpretación por parte de la autoridad.

Dicho de otro modo, la intervención de una autoridad administrativa, no convierte, por esa sola circunstancia, en lícita, algo que en su origen es contrario a la Constitución Política.

La Honorable Senadora señora Órdenes manifestó que planteó anteriormente, porque están convocados en un plazo acotado para acordar una iniciativa que permita dar sostenibilidad al sistema de salud.

Paradojalmente, siempre se vuelve al punto inicial, que es el fallo y la interpretación del mismo, pero estimó que se debe llegar a un cierto consenso respecto de qué punto se debe partir.

Las presentaciones de los expositores tienen apreciaciones bien diferentes. Le hace más sentido la del Ejecutivo que ha sido representado por el Ministro Cordero.

Estimó que el fallo tiene efectos generales y algunos señalan que hay ciertos espacios en el fallo y deben apreciar en primer lugar aquello.

Se debe determinar el tema de las devoluciones, con el cobro excesivo. En las presentaciones anteriores, el punto central era la interpretación del fallo en virtud de eso y dado los tiempos, es urgente un acuerdo en esa materia.

Consideró que la crisis de las ISAPRES es la crisis del sistema de salud.

El Honorable Senador señor Gahona señaló que, si bien el efecto general del fallo es debatible, señaló coincidir con la opinión de los expositores de la semana pasada.

Consultó al señor Ministro sobre el derecho a la protección de salud de los 3.000.000 de usuarios de Isapre que pertenecen al sistema privado y que van a ser afectados por este fallo, además no tendrán posibilidad de elegir entre un sistema privado o público, en relación con el artículo 19 N° 9 de la Constitución Política.

El Honorable Senador señor Castro González recordó que se está abordando la prima GES en la Corte Suprema. Consultó al señor Ministro cual es la metodología jurídica o el procedimiento a seguir para evaluar la prima GES respecto de lo que han sido los otros dos fallos, sobre precio base y tabla de factores.

En qué radicaría la diferencia jurídica en el procedimiento en este caso, o si fuera similar a los anteriores respecto al modo de cómo se está abordando ese procedimiento.

El señor Ministro sobre la inquietud planteada, señaló que, desde el derecho, los casos masivos de Isapre, han sido acogidos por la Corte Suprema, en el entendido que se ha afectado precisamente y se ha comprometido el derecho a la salud de los afiliados. Indicó que la Corte Suprema se venía pronunciando antes de la declaratoria de inconstitucionalidad de tabla de factores sobre ISAPRES, también se acogía el recurso, pero sin la masividad que se vio últimamente.

El punto central sobre el cual descansaba el racionamiento de la Corte Suprema, era sobre la idea de la infracción al contrato.

Aproximadamente, hace una década, la Corte comenzó a abordar los casos de Isapre, siguiendo el planteamiento del Tribunal Constitucional. Cuando éste último declara la inconstitucionalidad de la tabla de factores, lo hace no solo por razones de discriminación, sino que también, en base al derecho a la salud.

Lo podía hacer el Tribunal Constitucional principalmente porque la inconstitucionalidad le permitía esa declaración, en el caso del recurso de protección, el derecho a la salud no está cubierta por el recurso de protección, entonces la Corte Suprema ocupa medios indirectos para pronunciarse sobre eso.

En adelante, la Corte Suprema ha entendido que en las materias ya referidas, en las que ha existido pronunciamiento (cobertura de medicamentos, de hospitalización, el caso de menores de 2 años, cobertura GES y de prestadores) en estos casos la negativa de las ISAPRES o las alzas de planes, han afectado el derecho a la salud de los afiliados, esa es la paradoja y es que estamos en este debate por una litigación masiva en base a que los jueces han entendido que mediante sus decisiones han protegido el derecho a la salud de los afiliados.

Recordó que, en un momento determinado, en las estrategias de litigio, dada la masividad de estos casos, asociaciones de consumidores trataron de utilizar la ley del consumidor para litigar contra las ISAPRES. Porque la legislación de consumidores permite el efecto ultra partes, es decir que una sentencia que favorece a uno pudiera beneficiar a todos.

En esos casos, los tribunales decidieron que había regulación especial, por lo tanto, la masividad de los casos de ISAPRES se mantuvo en el recurso de protección.

La paradoja en donde estamos, es una donde los jueces han decidido los casos a favor de los afiliados para proteger la salud y ahora, tenemos una decisión sistémica y por eso es la decisión del Ejecutivo, que en su mensaje explica las razones que tratan de conciliar el derecho a la salud con el funcionamiento óptimo del sistema en toda su amplitud y por ello ha ingresado un proyecto de ley con ese fin.

También se ha utilizado bastante en los fallos los principios de no discriminación e igualdad ante la ley. Eso ha sido un tema clave en, por ejemplo, menores de dos años, en preexistencias, edad y coberturas.

En relación a la consulta del Senador Castro, manifestó que se debe tener cuidado de no hacer predicciones con los tribunales de justicia, lo mismo estima, en la situación de patología GES. Llamó a tener en consideración lo que ha hecho la Corte Suprema, que ha utilizado en patologías GES para efectos de conocimiento, la misma metodología de los casos anteriores, es decir, por su masividad, elige un número de casos. Explicó que los recursos de protección se ven en cuenta, sin alegatos, salvo cuando la Corte Suprema entiende que hay aspectos relevantes que deben ser objeto de discusión.

En todos los casos de ISAPRES donde ha tenido que definir un criterio específico, la Corte Suprema ha otorgado alegatos, así lo hizo en plan base, en tabla de factores y en GES.

El Director de FONASA, señor Camilo Cid, dio cuenta de aquella parte del proyecto de ley, sobre la nueva modalidad de cobertura complementaria de salud.

Indicó que los fundamentos de estas medidas, en conjunto con la parte de ISAPRE, refieren a la necesidad de aplicar la sentencia de la Corte Suprema, por una parte, dando nuevas atribuciones a la Superintendencia de Salud y un procedimiento para el cumplimiento de aquello y a generar una nueva alternativa para las personas en el sistema de salud, mediante una cobertura financiera complementaria para las personas que pertenecen al FONASA.

Explicó que implicaría que la cobertura complementaria trata de igualar las coberturas que eventualmente las personas tienen en la actualidad, en el sistema privado, atendiéndose en proveedores privados.

Por lo tanto, el supuesto es que el efecto de la incertidumbre generada por la sentencia y la aplicación que tiene en el sistema privado de aseguramiento de ISAPRE, pudiera generar cierta migración de personas hacia el sistema público, hacia FONASA, y también en la eventualidad que se genere alguna situación de insolvencia de alguna de las ISAPRES, que provoque también una migración masiva.

Ante esa posibilidad, esta propuesta, va de la mano con la propuesta de aplicación del fallo por parte de la Superintendencia.

Añadió que han estado viendo alguno de estos factores, han visto una importante migración que se ha producido de manera natural, facilitada seguramente por las condiciones económicas generales, pero también y sin duda por este problema específico de la crisis del sistema privado de salud.

El fundamento técnico de igualar las condiciones, señaló que parte de la base de los estudios de análisis, hemos seguido cohortes de cambio de personas de ISAPRES a FONASA, de manera que hemos percibido que cuando las personas utilizan solo la modalidad de libre elección del FONASA, es decir, solo se atienden con médicos y con prestadores institucionales privados, usando el bono de la modalidad de libre elección (MLE), en promedio, el conjunto de personas que hacen ese uso, pueden llegar a una cobertura financiera del 38%.

Eso dado una diferencia importante entre el ambulatorio, que es mucho más alta, y el hospitalario donde hay mayores problemas de cobertura financiera, en el caso de la modalidad libre de elección, respecto de los

prestadores privados. Comentó que hicieron el mismo cálculo para las personas cuando están en ISAPRES que, en promedio, esa cobertura es del 65%.

Indicó que la idea fundamental de este proyecto es poder cubrir esos 27 puntos que hay entre medio, entre medio los 38 puntos porcentuales de cobertura de la MLE versus el 65% que tienen en ISAPRE.

Para eso, se ha elaborado una propuesta de modalidad de cobertura complementaria, que básicamente permite la intermediación del Fondo Nacional de Salud en convenios, a través de licitaciones, con seguros complementarios de copago a aseguradoras privadas que puedan dar esa cobertura complementaria.

Históricamente, el FONASA da acceso a las personas a través de dos modalidades, la modalidad de atención institucional (MAI) y la modalidad de libre elección (MLE). Se estaría agregando jurídicamente, sobre la modalidad de libre elección, esta nueva modalidad, la de cobertura complementaria (MCC), que al igual que la de libre elección, operaría para los que son cotizantes y sus cargas, a través de la elección de prestadores privados, que en este caso también estarían en convenio respecto de la MCC, en este caso es un poquito más organizado el tema de los prestadores, a través de esquemas de cobertura.

El financiamiento en este caso, a diferencia de los otros niveles o las formas de acceso, que es la MAI, que es con copago cero, a partir de septiembre del año 2022, y de la modalidad de libre elección pura, que es a través del bono, esto también se financiará con una cobertura del FONASA, un copago de las personas y un pago adicional de un seguro complementario.

Explicó que la propuesta tiene tres partes, básicamente: las personas beneficiarias; el contenido propiamente tal de la modalidad y la participación de seguros complementarios o seguros de copago.

En cada uno de los puntos, va a desagregar, entre los esquemas de cobertura financiera, o sea, esto admite distintos, dentro de la MCC, distintas primas o distintos esquemas, no más de tres, es lo que hemos pensado, una prima plana por esquema, una red de prestadores para cada uno de los esquemas, un catálogo de prestaciones determinado, un arancel específico para la MCC y una cobertura financiera determinada.

Entonces, en cuanto a los beneficiarios, son los cotizantes y sus cargas, quienes pueden optar por pertenecer a esta modalidad, se exigen algunas cuestiones básicas como, por ejemplo, que tengan unas cotizaciones por cierto tiempo, se propone en la propuesta, seis meses de cotizaciones antes de poder acceder a esta modalidad, en el caso de los cotizantes que ya

pertenecen al FONASA, o que provengan de ISAPRE. En el caso de las personas que recién ingresan al trabajo, no se exige esta condición.

Los beneficiarios que voluntariamente acceden a esta modalidad, siguen teniendo acceso a las modalidades existentes actualmente, o sea, a la MAI, a través de la red pública, o a la MLE, normalmente, como existe hoy día.

Respecto de los esquemas de cobertura, han planteado que puedan existir dentro de la modalidad distintos grupos de prestadores que están asociados a distintas primas y, por lo tanto, distintos esquemas de cobertura. Van a suponer para explicación, que son tres, eso implicaría que existen unas primas diferenciadas, como las primas van a ser planas, existirá una prima más económica, para referir a aquellos prestadores que a la vez son más económicos; una prima intermedia y una prima más alta, diferenciando los tipos de prestadores que forman parte de estas tres redes.

Lo anterior es simplemente para dar cuenta de la realidad del sistema privado, en que las diferencias de precios, de prestaciones, entre uno y otro grupo de prestadores son relevantes. Y por lo tanto, ameritaba en el análisis que hicimos, a través del análisis de los vectores unitarios de precios de cada una de estas clínicas y de los grupos que comúnmente se asocian en red, pueden establecer que al menos hay estas tres diferenciaciones importantes y que entonces, un esquema de este tipo, debería tener estas tres diferencias, lo que significaría en concreto, que habría acceso a distintas primas, por lo tanto, a distintos esquemas de aseguramiento complementarios, de copagos.

Aun así, cualquiera de los tres esquemas se financiaría con una prima plana adicional. Esta prima plana adicional voluntaria, es una prima de copago, lo llamamos de esa manera porque es una prima netamente financiera.

Se propone que la relación con los prestadores la intermedia también el FONASA, así como el convenio con el asegurador complementario. Por lo tanto, no hay una relación directa entre el asegurador complementario con el prestador, sino que está mediatizada por el convenio de FONASA.

Indicó que FONASA actúa como bisagra entre ambos sectores, entre el nuevo participante, que sería este seguro privado de copago y el prestador con los cuales ya sostienen convenios, pero que tendría que extenderse a estas nuevas condiciones.

La prima plana no se diferencia en sus condiciones de si es de un grupo de prestadores más barato, intermedio o más caro. Las condiciones o las características que tiene son iguales, es decir, son planas, son comunitarias, no diferencian por sexo, edad, preexistencia o por condición de salud.

Señaló que la prima plana es cápita y las personas, si quieren estar en esta modalidad tendrán que pagar una prima plana por su grupo familiar, por cada una de las personas.

Respecto a la red de prestadores, está organizado, porque está referido a la experiencia de utilización de los servicios, en que se puede identificar ciertas asociaciones territoriales de redes privadas de atención, clínicas y centros ambulatorios para exámenes o procedimientos, por lo que proponen armar estas tres redes.

Esa es una misión que tendría el FONASA, celebrando convenios o extendiendo los convenios que actualmente tiene con estos prestadores para poder abarcar los tres esquemas.

En cuanto al conjunto de beneficios que estaría incorporado, se corresponde como siempre, primero al catálogo de prestaciones que tiene la modalidad libre de elección. Pero al igualar las condiciones, y pensando en que las personas ya están financiando estas prestaciones (dado que, en el sistema privado, cotizan más o menos el 11% de su ingreso), toda esta reingeniería del financiamiento, está apuntando a los 4 puntos de diferencia que las personas tienen cuando están en una ISAPRE, que puede transformarse en una prima comunitaria, que les permita este seguro de copago.

Por lo tanto, FONASA no tiene problema en incorporar prestaciones que las ISAPRES tienen codificadas y que están fuera por ahora de la modalidad de libre elección.

Destacó que, al conservar FONASA, la relación con los prestadores, le permite también conservar las condiciones de pago que tienen con ellos, que se caracterizan porque, a nivel hospitalario, pagan por grupos relacionados por el diagnóstico.

Lo anterior a generado una alta contención de costos, como FONASA, a través del tiempo, que pretenden utilizar y traspasar a beneficio de los propios usuarios.

Por lo tanto, a nivel hospitalario, se pensaría en un pago GRD, lo que implicaría extender, estos pagos en las clínicas privadas y también seguir con el pago por prestación en lo ambulatorio.

En cuanto a la forma de precisar el financiamiento, manifestó que en esta modalidad (MCC), están emulando la modalidad de libre elección que se basa fundamentalmente en el arancel.

Se generaría un arancel de la MCC, este arancel, al igual que los otros, tendría que ser aprobado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda y abarcaría a los tres esquemas dentro de la modalidad. Lo nuevo,

es que este arancel pretendería ser representativo de los precios de cada uno de los esquemas.

Explicó lo anterior, indicando que la regla general en la MLE, se financia con subsidio del FONASA, desde el Fondo Público, un nivel 1 del arancel de la MLE. Es una suma fija, que permanece así independiente del nivel en que se encuentra el prestador, que puede ser nivel 1, nivel 2 o nivel 3. El financiamiento es el mismo, lo que cambia es el precio de referencia.

Este mismo esquema, en base a un principio de equidad en el financiamiento, se mantiene.

Por lo tanto, el financiamiento del FONASA seguirá siendo el mismo, esa es la regla, y el financiamiento adicional está entregado al seguro complementario y a los copagos que hoy día existen y que han apuntado a que se mantengan.

La participación de los aseguradores de copago, han pensado que sean las compañías de seguro que están reguladas por la CMF, que ya tienen ciertas regulaciones financieras que tendrán que conservar, y en la ley hay algunas condiciones para las bases de licitación, porque en las bases de licitación se juegan cuestiones reguladoras importantes.

Mencionó que las bases de licitación harían que estas presentaciones fueran por precio, por tanto, no se fija el precio, sino que se está permitiendo que se compita en la licitación por este elemento.

Lo que se están fijando, son los elementos de la prima, que debe ser comunitaria, sin discriminación por edad y sexo, sin discriminación por preexistencia y hay algunas condiciones ciertas de exigencias que deben cumplir las compañías de seguro, al participar en esta licitación, que son muy comunes en este tipo de elementos.

No hay un seguro de este tipo existente hoy día, tal cual como se está planteando y cree que ahí está el espacio, que es una combinación entre ser FONASA y tener una cobertura amplia de prestaciones y de cobertura financiera.

La operación del seguro está montada sobre los sistemas que actualmente tenemos. No hay mucha novedad en esto, el huellero, el bono electrónico, el bono web, prefolio, bono papel, son sistemas que ya se usan en la MLE, y en lo ambulatorio y en lo ambulatorio sería lo mismo.

La gran novedad estaría en la bonificación de lo hospitalario, a través de los GRD, donde tendrían que aplicar la regla de financiamiento desde FONASA, similar a lo que se hace actualmente en la libre elección y el

remanente financiado entre el usuario por pago de bolsillo y el seguro de copago convenido.

Las personas que quieran estar en esta modalidad, tendrían que pagar el 7% en FONASA, una prima plana adicional, conforme al esquema que elijan y las personas que quieran participar de su grupo familiar, en una aseguradora en convenio con FONASA, de esta manera tendrían acceso a los prestadores en las condiciones similares a las que hoy día tienen, en el caso de provenir del sector privado.

Esto queda abierto para las personas que provengan del sector privado, pero también para los cotizantes de FONASA.

Mencionó que hay algunos ajustes que se pueden realizar, en lo fundamental, algunos aspectos técnicos en los que están trabajando, como que pueda existir un tiempo mínimo de cotización o de permanencia en el seguro complementario, para dar más estabilidad y más posibilidad de sustentabilidad del modelo.

El Honorable Senador señor Gahona consultó por la tarifa plana, que la llama tarifa comunitaria, pero en el fondo es una mutualización de riesgo. Señaló que le preocupa la tarifa promedio que han calculado, que es de $32.000, pero es bueno aclarar si es por cada persona, es decir, si se habla de una familia de 5 personas, son $ 160.000 adicionales al 7%.

Consideró adecuado escuchar la opinión de las compañías aseguradoras respecto del modelo que está planteando el FONASA, que en su opinión consideró que está bien, en general, es una oportunidad interesante.

Eso en primer término, la pregunta es cómo va ese diálogo con los actores de mercado y si efectivamente se ve atractivo y viable.

Por otra parte, solicitó aclarar lo relativo a las redes de prestadores territoriales, porque es como encapsular a las personas de regiones en su región, sin contar con la posibilidad de acceder a otro tipo de intervenciones que probablemente no existen en regiones.

Manifestó entender, en esta primera aproximación, es que hay una cobertura inicial del FONASA de libre elección, que ya existe, hay un copago y además hay complementario o ¿el complementario se hace cargo de todo el copago? Requirió saber si el complementario es además del copago.

El Honorable Senador señor Castro González planteó dos preguntas, una se refiere al informe financiero, que parece exiguo el monto para la magnitud de lo que importa la gran cobertura de modalidad adicional. Se contemplan $1.500 millones para una cantidad pequeña de personal.

La segunda consulta dice relación con una declaración que hizo la Asociación de Clínica, que aluden a una deuda de $200.000 millones desde los servicios de salud, distinta a los 130.000 millones, que tiene FONASA, y existe una preocupación de que se judicialice el cobro.

El Honorable Senador señor Chahuán consultó si tienen proyectada la cantidad de personas que eventualmente accedan a esta modalidad (MCC). Por otra parte, preguntó si en la deuda que ha planteado el Presidente de la Comisión, también están incorporados los prestadores individuales.

El Honorable Senador señor Gahona reforzó la duda respecto a la deuda pública en salud, que es preocupante porque se está asumiendo otra carga para el Estado y ya hay hartos problemas. Consideró que esto no es un problema del Ministerio de Salud, sino que del Ministerio de Hacienda.

Manifestó que le preocupa saber si esto es una carga adicional para el endeudamiento relevante que actualmente tiene el sistema público, sobre todo con ley de urgencias. Requirió saber si hay conversaciones con la Dirección de Presupuestos, con Hacienda.

El Director de FONASA se refirió en primer lugar acerca del diálogo con interesados en la nueva modalidad. Informó que se han producido algunas reuniones de lobby con la asociación de aseguradores. Entendió que hay interés y viabilidad.

Algunas de las condiciones, como de tener mayor tiempo de cotización de las personas para poder hacerse cargo de la forma y características de la prima que FONASA ha propuesto, los seguros han planteado que las cosas que han propuesto, los seguros ya las hacen, por ejemplo, la prima plana ya la aplican o soportar personas con preexistencia.

Respecto de las redes de prestadores, informó que han emulado lo que actualmente se está haciendo, por lo cual, se dan de facto algunas relaciones entre prestadores, algunas tienen relaciones territoriales, por ejemplo, la de zona occidente-norte de Santiago tiene una relación territorial, pero evidentemente que también, hay ciertas soluciones que han implementado las propias ISAPRES.

Lo que FONASA pretende hacer es emular y ponerla en este esquema, considerar las soluciones e ir mejorando algunos aspectos, pero basado en lo que hoy día se hace.

Respecto del financiamiento, manifestó que apuntan a que la situación de las personas, suponiendo una persona que migra de ISAPRE a Fonasa, quede igual a como está ahora.

Eso significa que va a haber un gasto de bolsillo, un copago de todas maneras, porque ya lo tienen. En promedio, en ISAPRE se gasta en copago entre el 30% y el 35% del costo de la prestación. Ese copago continuaría, no han pensado en la extensión de cobertura en ese sentido, sino en permanecer igual.

Es un financiamiento tripartito, el 7% financia la cuenta eventual, a partir del fondo solidario, que es FONASA, luego, el seguro complementario, que financiaría la brecha para llegar a la cobertura actual y la cobertura actual tiene un gasto de copago y se mantendría.

El Honorable Senador señor Gahona consultó si esta modalidad sería en base al arancel FONASA de hoy.

El Director de FONASA señaló que la idea de arancel se mantiene, en cuanto a la cobertura del FONASA, pero los precios del arancel, que son a los que se obligan los prestadores, se modifican. De esa manera los prestadores pueden calcular su sostenibilidad y ver que esos precios del arancel les son convenientes.

Respecto de la deuda, se trata de una deuda que provienen desde el año 2019 y que son los $196.000 millones que se señalan, que son deudas de los servicios de salud por el rebase de ley de urgencia. Explicó que una vez que las personas son estabilizadas en las clínicas privadas, los servicios las rescatan o pagan la cuenta de su beneficiario, ese es el esquema.

Lo anterior produjo grandes deudas en un contexto donde la propia pandemia generó un aumento importante de las prestaciones de ley de urgencia. Esa deuda es la que hay que saldar, hay un horizonte de pago. Manifestó que le han señalado a las clínicas que lo acordado con DIPRES es que van a pagar el 40% de la deuda de esta fecha a marzo del 2024.

Respecto de la deuda corriente o aquella que se va generando en la operación misma, que estiman de $90.000 millones, se ha señalado que son $ 130.000 millones, se trata de una deuda que no tiene demasiado tiempo de vigencia, no más de tres meses, tiempo en el que se renueva y se va pagando. Señaló que están haciendo las gestiones con Hacienda para agilizar el pago.

La señora Ministra respecto al tema de las deudas, complementó lo dicho por el Director de FONASA, están conscientes de la situación, han estado en conversaciones con las clínicas y también tienen reuniones semanales con el Ministerio de Hacienda, con la Dirección de Presupuestos, junto con los Subsecretarios y el Director de FONASA y han acordado este plan de pago, que se le ha comunicado a las clínicas, para dar cuenta del pago de la deuda de rebases en el curso de este Gobierno, entendiendo que es algo que es una responsabilidad de Estado, puesto que es algo que viene del Gobierno anterior.

Esos servicios fueron prestados y, por lo tanto, existe la obligación de pagarlo. La DIPRES ha ofrecido un plan de pago en el que se podrían hacer cargo del 40% de la deuda a marzo del 2024 y completar el pago de la deuda total en este Gobierno.

Destacó que, si bien, es una situación compleja el pago de la deuda que tienen los servicios de salud, sin embargo, de aquí en adelante ya tiene una solución, pero que todavía tenemos que efectivamente hacernos cargo de lo que queda hacia atrás.

Expuso a continuación **el Decano de la Facultad de Salud de la Universidad Santo Tomás**, **doctor Ricardo Fábrega** quien señaló que fue invitado a hacer sus apreciaciones sobre el proyecto de ley que había presentado el Ejecutivo ante el Parlamento para enfrentar la situación del fallo.

En primer lugar, agradeció que se haya hecho este proyecto de ley a nombre de todas las personas que hemos estado pendientes de que esto ocurra, de que se presente y de que tengamos el plazo de conversarlo con calma.

Añadió que en esta ocasión hay una situación distinta a cuando asistieron antes, donde no quedaba claro ni siquiera si todos estaban disponibles a cumplir el fallo. En esa ocasión recordó que estaba bastante sorprendido de la actitud de algunas instituciones del sector privado que no reconocían ni la deuda ni la necesidad de cumplir el fallo y decían que una parte sí y otra parte no. Hoy día eso está ya bastante claro -el fallo debe cumplirse- y la discusión de frente a la realidad, de frente al cumplimiento de la ley y al cumplimiento del Estado de Derecho es cómo ha de cumplirse.

Manifestó luego que lo que tenía que contener el proyecto de ley era que efectivamente el fallo se cumpliera completo y para ello no se usaran fondos públicos para enfrentar la crisis; que se buscara que esto se resolviera en el marco del funcionamiento actual del sistema y que se diera un fortalecimiento de las atribuciones de la Superintendencia de Salud como, asimismo, un mejor posicionamiento del FONASA para darle alternativas a las personas y para que tenga una situación de oferta de alguna modalidad que le permita realmente a las personas confiar en que si no pueden seguir en el sistema de ISAPRES, no exista esta brecha de protección financiera entre lo que habitualmente ofrece FONASA y lo que ofrecen algunos planes de ISAPRE en promedio.

Indicó que el proyecto de ley va presentando en cada uno de estos aspectos soluciones bastante prácticas y en ese sentido en lo que se refiere a FONASA, expresó que le parece fundamental lo que allí se plantea. Señaló que la presentación del Director de Fonasa, respecto a la modalidad complementaria, es una solución técnicamente factible y muy necesaria en el

escenario actual. Añadió que es creativo en la manera de enfrentar la situación en una complementariedad público-privada que a Chile siempre le ha venido bien.

En el ámbito del fortalecimiento de la Superintendencia de Salud, señaló que le parece muy interesante. Y sin entrar en detalles hizo dos observaciones que le preocupan, expresó estar de acuerdo con que las ISAPRES puedan presentar un plan y se alegró que a nivel de Comisión Técnica ha quedado clarísimo que el cálculo que en algún minuto yo presenté aquí es la única manera de hacerlo, sin torcer la nariz de la ley. Y precisó que en su concepto la manera de calcularlo es como lo ha hecho la Superintendencia de Salud, basado en los contratos, basado en las tablas y la comparación entre las tablas aplicadas y las tablas permitidas. Y el problema que tenemos allí es el efecto retroactivo, que hay que pagar esa deuda. Y ahí se debe que poner atención a un punto en particular en la ley y es la consideración de esta deuda para efectos de las garantías. Eso hay que hacerlo, yo creo que es fundamental porque si no se ve la posibilidad de tener que intervenir de inmediato a todos; pero el mercado no se va a dar por desentendido de esa deuda y va a leer perfectamente que, aunque no se considere para efectos de la intervención, esa deuda está allí. Estas empresas van a estar en insolvencia.

No se puede cambiar la lógica de la matemática, de la contabilidad internacional y esto de las normas internacionalmente aceptadas, de cómo se mide la contabilidad respecto a las deudas. Entonces, lo que se está limitando es la posibilidad de intervenirlas, pero van a estar, no en una inviabilidad empresarial, sin duda alguna, pero sí en una insolvencia respecto a sus indicadores y ello puede tener muchas dificultades para estas empresas en el acceso a liquidez. Por lo tanto, como se sabe que a las empresas les va mal cuando les falla el *cash flow,* podrían algunas de ellas no tener acceso al financiamiento que les permita seguir funcionando en un momento crítico. Y esto implica que la posibilidad de la quiebra de alguna de ellas es real.

Expresó luego que lo que no hace el proyecto, y no tiene por qué hacerlo, es que si eso ocurriera hay medidas que el gobierno tiene que tener preparadas para lograr que se mantenga el flujo financiero de las cotizaciones de las personas en el sistema de salud.

Refirió enseguida que en cuanto a las ISAPRES hay que ayudarlas a que hagan las cosas bien; todos los expertos coinciden que para que se ajusten tienen que hacer contención de gasto, tienen que hacer manejo de mecanismos de pago que no sean el *fee-for-service*, porque este es inflacionario en sí y al ser inflacionario en sí y tener los precios congelados no calza, en algún momento eso produce un ritmo de colisión y los gastos son mayores que los ingresos.

Manifestó que es necesario que las ISAPRES en su conjunto se vean obligada a usar mecanismos de Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD); a tener planes de atención primaria, a tener medidas de contención de costos, y no esta situación de hoy día donde ellos se ven arrastrados a una situación de ofrecer cada uno más y más, que lleva a todo el sistema a una situación inflacionaria.

El Economista señor David Debrott, acompañó un documento y expresó que por un tema de contexto es importante tener presente que, en agosto del 2010, el Tribunal Constitucional dicta una sentencia de inconstitucionalidad de parte de las normas que habilitaban la discriminación en salud, particularmente por edad y sexo, que es lo que se ha conocido como la tabla de factores.

Añadió que también es preciso tener en cuenta el vacío de legalidad en el uso de esas tablas de factores para discriminar nunca fue resuelto desde la perspectiva política por los colegisladores. hasta este fallo de la Corte Suprema de noviembre del dos mil veintidós que resuelve desde una perspectiva no política, sino que judicial este vacío de legalidad. Ese sentencia lo que hace es reconocer que existe un instrumento regulatorio -que es la tabla única que dictó la Superintendencia en el año 2019-, y que se genera una deuda por cobros en exceso que deberán ser devueltos como excedente a partir de abril del 2020, que los precios del plan complementario, que básicamente es la multiplicación del precio base por el factor de riesgo, deben reducirse también hacia el futuro, y le da una instrucción a la Superintendencia a que dicte normas administrativas para implementar el fallo, cuestión que hasta el día de hoy no ocurre.

Manifestó enseguida que el proyecto de ley en rigor no tiene relación directa con la implementación del fallo, ya que lo instruido por la Corte Suprema corresponde a facultades que la Superintendencia de Salud posee. Esas medidas, a su juicio, tienen que ver con cuidar las coberturas de los beneficiarios de la ISAPRES de manera directa y no indirectamente a través de este proyecto ley y la continuidad de la atención que tiene particularmente que ver con el estado de salud financiera de los prestadores privados. Y, por último, de establecer resguardos efectivos para impedir que una quiebra de la ISAPRE arrastre efectivamente a los prestadores privados. Esas medidas en este proyecto ley, insisto, no están contempladas de manera directa, más bien lo que está contemplado es hacerse cargo de la solución ante situaciones de migración o de quiebra de ISAPRES y su llegada al FONASA.

Expresó luego en lo relativo al proyecto de ley en su parte que tiene que ver con FONASA que obviamente se hace cargo de la crisis más estructural que vive la industria de la ISAPRE y que se expresa en una migración que partió sin ninguna interrupción mensual desde diciembre del año 2021; no partió a raíz de la dictación del fallo. La migración de los beneficiarios a FONASA ha ido ocurriendo de manera creciente.

Añade que el proyecto otorga facultades a FONASA que efectivamente no tiene actualmente para negociar, a nombre de sus beneficiarios actuales o aquellos que vengan migrados desde la ISAPRES, contratos de seguro complementario con compañías de seguro.

El proyecto también agrega una nueva modalidad de atención, donde FONASA podrá armar redes de prestadores privados, y más allá de esta modalidad, debiera ser quizá un mecanismo que simplemente, en el conjunto de la modalidad de libre elección, se haga con prestadores privados a efectos de homogenizar costos. Esa es la utilidad práctica que tiene en el contexto de este proyecto de ley, homogenizar costos y facilitar la negociación de primas planas y eventualmente colectivas.

Indicó que hay que contemplar la posibilidad de que FONASA negocie no solamente primas planas, sino que primas de carácter grupal o colectivo, cosa que los seguros de salud complementarios hacen habitualmente y las compañías de seguros lo tienen incorporado dentro de su metodología de cálculo de las primas por una razón fundamental que es el tema de la necesidad de sostenibilidad financiera de los contratos.

Agregó que debería ser complementado con medidas que fortalezcan la red pública y la modalidad de atención institucional. Ese es un déficit evidente de esta gestión sectorial, que es el fortalecimiento de la red pública más allá del FONASA como seguro.

Luego expresó en lo que tiene que ver con las ISAPRES o la implementación del fallo y las facultades de la Superintendencia que deseaba precisar: primero. En cuanto al reconocimiento de la deuda, ya lo decía el doctor Fábrega, el proyecto de ley contempla que no se deben considerar para la garantía, ni para el cumplimiento de los otros dos estándares legales, el reconocimiento de esta deuda. Eso ante la cancelación del registro de una ISAPRE y el remanente impago de la deuda será tratado en sexto lugar del orden de prelación como crédito de primera clase. Eso implica rebajar la categoría de deuda que tiene actualmente.

Puso de relieve que esto es un punto gravísimo si se llegase a aprobar porque infringe por ponerlo normas contables que son de aplicación prácticamente universal. O sea, las empresas que están constituidas en el extranjero, particularmente en el Reino Unido y en Estados Unidos, tienen la obligación financiera de reconocer esa deuda, de hecho, ya lo hizo el grupo Bupa sin ninguna instrucción de la superintendencia, para los estados financieros del año 2022, cuando tuvo que reflejar eso en la contabilidad en su sede en Londres.

Por lo tanto, aunque el proyecto de ley lo estableciera, se va a entrar en una colisión con normas financieras internacionales. Pero, por otra parte, y

eso lo señalaba el doctor Fábrega, esto es complejo porque es taparse la vista respecto de una situación real que es que las ISAPRES están técnicamente quebradas y no lo están formalmente porque hay una serie de mecanismos que siendo legales ocultan una situación financiera que de hecho existe y es que tienen una deuda que es superior en más de cuatro veces el patrimonio que estas compañías.

Enseguida añadió que le parece criticable dejar abierta la posibilidad de “manejar” los indicadores de costos de la salud o el indicador de costos de la ISAPRES, en definitiva, todos los instrumentos de regulación de precios y de costos que tiene el sistema. Esto se hace mediante una redacción que es absolutamente imprecisa, que es decir que se podrán agregar cualquier otro factor al cálculo de sus indicadores. No se puede agregar cualquier otro factor al cálculo de un índice de costo o un índice precio porque la literatura estadística y económica es muy clara respecto de cómo se hace el cálculo de este tipo de indicadores y no se puede permitir que haya cualquier otro indicador. Acotó que con esa norma mañana se podría -por la vía administrativa- decir que voy a agregar variables que permitan subir el precio para permitir mayor holgura financiera a la ISAPRE o bajarlo para hacerlas quebrar. No tiene ningún sentido dejar un articulado que tenga ese rango de flexibilidad.

En relación al retiro de utilidades, señaló que es un área compleja, el proyecto probablemente de manera bien intencionada plantea que las empresas ISAPRES no pueden retirar utilidades mientras no paguen la deuda. Eso es una cuestión que es bastante evidente porque cualquier empresa que no tiene utilidades no retira utilidades básicamente. Pero aquí hay un elemento que es complejo porque este artículo se pone en una situación en la cual no se va a implementar parte de la legislación que existe, que es el régimen especial de supervigilancia y control que da todos los elementos para que esa situación se pueda abordar con la legislación actual, que es la que da los instrumentos de intervención por un administrador provisional, los planes de ajuste y contingencia, la toma de control de todas las operaciones de financiamiento, de inversión, de retiro de utilidades, entre otras.

Se refirió enseguida a las disposiciones sobre los planes de devolución y connotó que lo que se hace es redundar en facultades que la Superintendencia tiene. No ve necesidad de una comisión asesora del Superintendente sobre cuál es el monto de la deuda, cuál es el plazo de pago, cuál es la forma de pago dentro de lo acotado que ya está, porque el fallo es claro en que se hace a través de un régimen de excedente. Enfatizó que crear una comisión es solo burocratizar porque las competencias ya están en la superintendencia, la información y las facultades legales están en la superintendencia hoy día sin este proyecto de ley.

En cuanto al régimen de excedentes manifestó que ha habido una polémica que es falsa, puesto que éste régimen de excedentes plantea

claramente que mientras transcurre el periodo anual calendario, esas prestaciones pueden devolverse en especie, por ejemplo, se pueden devolver como rebajas de otras prestaciones, copagos, etcétera, pero que al finalizar el año, se tienen que pagar en dinero. Eso es el régimen especial, a menos que este proyecto de ley busque incorporara una cláusula que dijera que el régimen de excedentes cambia.

Por último, hizo presente que, dado que lo que se plantea es que las ISAPRES no tienen la capacidad patrimonial para responder ante la deuda, hay que tener claridad de que la ley es bastante clara en el sentido de que la responsabilidad patrimonial se extiende a la alta gerencia y a los miembros de los directorios. Este fue un tema planteado por el Diputado Undurraga. Y ello a partir del cambio legal realizado en 2014 y es preciso determinar hasta dónde llegan las responsabilidades patrimoniales cuando hay conglomerados que tienen control de empresas subsidiarias, filiales, etcétera.

El Honorable Senador señor Castro González expresó su sorpresa sobre lo señalado por el señor Debrott en cuanto a la necesidad o no de un proyecto de ley para enfrentar la situación que afecta al sistema de salud de ISAPRES y por otra parte sobre el estado de quiebra de las ISAPRES, si eso es así que opina el Superintendente. También consultó sobre el ICSA que se contiene en el artículo quinto transitorio y que da al Ejecutivo una facultad para tomar iniciativa sobre él de forma diferenciada.

El Honorable Senador señor Gahona manifestó que deseaba consultar sobre la responsabilidad de lo ocurrido. ¿si las ISAPRES han estado normalmente haciendo lo que el regulador les está diciendo que hagan y después la Corte Suprema dice que lo que han venido haciendo. ¿No es responsable entonces el Estado de asumir esos compromisos financieros en que incurrieron las ISAPRES? Tomando en cuenta un posible juicio de carácter internacional, por ejemplo, ante la Organización Mundial de Comercio, ante el CIADI. ¿Hasta dónde llega la responsabilidad? Porque el señor Debrott decía que la responsabilidad podía llegar incluso, como dice la ley, a los gerentes, directorios.

La Honorable Senadora señora Órdenes expresó que le llama la atención el señor Debrott expresara que la Superintendencia de Salud ya tiene las facultades que eventualmente se requieren para la adopción de medidas. Entonces, yo entiendo ahí que bastan algunas medidas administrativas que no deberían pasar por este proyecto de ley corta; porque se ha estado mucho tiempo hablando de la necesidad de otorgar y dotar de mayores facultades a la superintendencia. Señaló respecto al tema FONASA, que su fortalecimiento es algo que se ve de manera positiva, sobre todo con las nuevas figuras que se están creando ahí, como la modalidad de cobertura complementaria.

Consultó también respecto de la devolución ya que es una de las variables más importantes en este debate.

El Honorable Senador señor Latorre expresó que el doctor Fábrega le hizo mucho sentido esto que hablaba de cómo ir generando nuevas regulaciones a las ISAPRES para la contención de la inflación del sistema y ahí, aunque esto excede al proyecto de ley si considera que debiese incorporarse en indicaciones más adelante o bien en otra regulación en otro proyecto. En cuanto a términos de la devolución, de la deuda a los ciudadanos, ¿se considera que esto podría, ser solo monetaria o podría ser una combinación en el fondo de prestaciones o distintas modalidades de devolución?

Al señor Debrott preguntó sobre el fortalecimiento de FONASA si le parece suficiente lo contenido en el proyecto en cuanto a cobertura complementaria o se debe considerar algo más.

La Ministra de Salud expresó sobre la necesidad de la ley reiterar lo dicho antes que considera legítima la preocupación del Ejecutivo de efectivamente resguardar la seguridad y la continuidad de servicios de los afiliados a las ISAPRES, que es una de las motivaciones que aparecen claramente expresadas en el mensaje del Ejecutivo. Y además de la consideración por parte nuestra de que parte de las atribuciones que necesitaría la Superintendencia no las tiene.

El Superintendente de Salud recordó que durante el mes de marzo de este año hicimos una simulación, una simulación a partir de lo que el fallo ha establecido y cuál sería el impacto de las medidas que por las competencias actuales tiene la Superintendencia podríamos haber implementado. Y en esa simulación donde participaron Senadores de esta Comisión pudimos demostrar que efectivamente en la aplicación de aquello se generaba una situación compleja que podía afectar la continuidad de la atención y de las coberturas. Por esa razón es que se ha avanzado en este proyecto de ley y se requiere perfeccionar varias de las atribuciones y complementar otras.

Añadió que en materia de insolvencia, claramente la existencia de ratios legales en la legislación actual responde a una cuestión coyuntural que ocurrió en el 2003, que fue la quiebra de en aquel entonces ISAPRE Vida Plena. Y lo que hace esta ley es precisamente evitar que exista una caída abrupta de algún tipo de ISAPRE y se puedan tomar medidas previas para intentar sacar a esa ISAPRE de una situación complicada. En ningún caso la legislación se hizo cargo de una situación que pudiera involucrar a una mayor cantidad de instituciones de salud. Y el impacto que genera entonces tanto el pasivo de la deuda producto del fallo de la Corte, como los menores de ingresos sí genera un efecto relevante. Entonces, nuestro sistema no está preparado para enfrentar un escenario de esa naturaleza. Es más, si nosotros quisiéramos avanzar en regulación respecto de cómo evitar o de cómo

precisamente medir la sanidad de las finanzas de las ISAPRE, deberíamos tener una legislación muchísimo más estricta, de hecho.

Agregó que por ahora no es posible porque ya tiene dificultades para poder cumplir con los indicadores legales que nacen a partir del año 2003, que no son los más óptimos. no obstante, y a pesar de los esfuerzos que se pretenden hacer de poder distanciar el pago, por ejemplo, de la deuda, también existe impacto o podría existir impacto sobre estos indicadores que pudieran hacer que una mayor cantidad de instituciones de salud previsional caigan en insolvencia.

Indicó que entonces, con el sentido de responsabilidad, sí podría eventualmente una situación generar un efecto global, que obviamente instale una mayor incertidumbre, lo que genera un problema que también afecta a los prestadores y finalmente lo que más nos interesa es que esto pueda afectar la continuidad de la atención de las personas. Y por eso, por ejemplo, el ámbito de sacar de la garantía legal esta deuda y traspasarla a otro espacio nos permite poder evitar entonces el incumplimiento de esa ratio.

Puso de relieve que ha habido dificultades, a pesar de que la industria desde el año pasado, desde fines del año pasado, con el primer fallo de la ecuación precio-base, ha ido ralentizando la pérdida, incluso entre el primer trimestre de este año, ya la pérdida ha sido menor, hay números que son bastante favorables, en algunos de los últimos meses, aun así ha habido problemas para poder conseguir las garantías en las negociaciones que se hacen con las instituciones bancarias. Entonces el nivel o la magnitud de este vacío podría ser que alguna cayera y se genere un problema con efecto dominó sobre los prestadores privados.

Precisó que la Superintendencia no tiene atribuciones para saltarse, por ejemplo, aquellas materias. Nosotros no podemos mirar para el lado respecto al incumplimiento de las garantías. Si no se cumple el 100% de las garantías que debemos supervigilar, entonces cae en plan de ajuste de contingencia. Si es menor al 75% de la garantía, se interviene con un administrador provisional. Todo esto para intentar sacar a la ISAPRE, y no que haya una caída directa. Sin embargo, insistió, el sistema no está preparado para que esto ocurra en una gran cantidad de instituciones de salud previsional, que es lo que pudiera ocurrir si no avanzamos en la discusión de este proyecto de ley.

Enseguida se refirió al ICSA, que es el indicador que nos permite establecer un promedio, genera un techo al sistema para poder establecer por lo menos un límite de alza en la adecuación de precios base, no respecto de la tabla de factores; pero además la Corte instruyó un sistema de verificación, que es lo que se está votando en la Cámara, que permite que cada una de las ISAPRES justifique su alza y con eso hemos logrado eliminar la arbitrariedad y

por lo tanto disminuir la judicialización y que las alzas respondan a elementos objetivos.

Insistió que lo fundamental en esta área es que los elementos de aumento de precios no sean arbitrarios, sino que tengan o respondan a elementos objetivos. Cualquier modificación a este ámbito de cosas no puede dejar de responder sino a la lógica de que no hay arbitrariedad y que esté establecido en la ley y no en la discrecionalidad de alguna autoridad administrativa

El señor Debrott, contestó en relación al tema FONASA que su fortalecimiento es necesario, incluso fuera del contexto de la modalidad de cobertura complementaria, es algo a lo que se debiese avanzar para la libre elección en su conjunto, o sea, tener la posibilidad de que FONASA negocie coberturas adicionales, para que la protección financiera de sus beneficiarios, los que están hoy día, independientemente de que migren o no migren desde ISAPRE, mejore.

Expresó que ese es un beneficio fundamental porque también hay elementos evidentes de negociación: la capacidad que tiene cada persona individualmente para negociar con una compañía de planes es nulo, o sea, esos planes están impuestos por las compañías, en cambio, aquí hay un poder de negociación de una cartera que tiene quince millones de beneficiarios hoy día.

Añadió sí que uno de los déficits fundamentales en esa línea tiene que ver con el fortalecimiento de la red pública. Porque el problema que lleva a que se requiera mayor protección financiera en la libre elección es porque no hay capacidad de oferta suficiente en el sector público y ese es un tema que se debiera abordar de manera preferente no necesariamente con este proyecto, pero por otra vía.

Explicó que en cuanto a los procesos de insolvencia que describe la ley de ISAPRES y que es un proceso que está regulado, prácticamente, solo por estos índices técnicos financieros, de patrimonio, liquidez y de garantía, es una legislación muy débil, si uno la compara con cualquier legislación de las compañías de seguros, de los bancos, en Chile y en el extranjero. Basta recordar que para constituir una ISAPRE se requiere un patrimonio inicial de 5000 UF, ese es el patrimonio inicial para constituir una ISAPRE, eso es evidentemente algo insuficiente. Pero con esos indicadores, las ISAPRES que no cumplen, si llega a un nivel de estrés financiero que no cumplen uno de estos tres indicadores entran en el proceso que se llama en rigor régimen especial de supervigilancia y control porque le da las facultades que la Superintendencia tiene en la ley para hacer un conjunto de cosas. Una de ellas es pedir un plan de ajuste y contingencia. En ese plan de ajuste y contingencia por cierto que la Superintendencia puede exigirle un plan de pago a una ISAPRE, eso no está dicho literalmente en la ley pero evidentemente es lo que

se ha hecho. También le da la posibilidad de intervenirla con un administrador provisional, lo cual no es una obligación, no es que dado esta situación se tenga que intervenir, pero le da la facultad para hacerlo.

Ese administrador provisional responde a la superintendencia y sustituye a la alta gerencia y al directorio. Por lo tanto, es una persona que es responsable por las decisiones que toma ante la Superintendencia. Le da la facultad y en eso es explícita la ley de, por ejemplo, que el Superintendente autorice los pagos de la ISAPRE, desde los pagos de sueldo en adelante, todo lo que son inversiones, todo lo que son flujos financieros de crédito, empresas relacionadas, etcétera.

Puso de relieve que las ISAPRES tienen una situación que desde el punto de vista legal o formal no se evidencia como una quiebra o como un proceso de insolvencia porque la ley le permite a las ISAPRES pedirle lamentablemente cuantas veces quieran liberaciones de garantías a la Superintendencia y ese proceso se inició en el mes de septiembre del 2021. Qué es lo que expresa la solicitud de liberación de garantía: precisamente que la empresa no tiene financiamiento para constituir la garantía. y es una situación de insolvencia en la cual no puede pagar a trabajadores, a beneficiarios, a prestadores y a otros acreedores. Se espera tenga al menos fondos para pagar a beneficiarios y prestadores. Añadió que el aumento creciente de liberación de garantía es lo que he caracterizado como una quiebra, pero donde uno tiene un respirador artificial por arriba. Evidentemente es por una vía que es legal pero desnaturalizo la configuración del marco regulatorio porque esa situación a lo que debiese haber llevado es a abrir el Régimen Especial de Supervigilancia y empezar a tomar decisiones respecto de los flujos financieros de las ISAPRES que están en esa situación.

Consultó luego por qué no se implementa la disminución de los precios que está instruida. Lo que provoca el problema más de fondo es el problema de la deuda, que es la parte hacia atrás. La Corte Suprema reconoce que este problema se genera desde abril del 2020 cuando se implementa la tabla de factores únicas; pero las otras partes de este fallo, la Superintendencia tiene esas atribuciones para implementarlo y no hay justificación para que no lo haga.

En cuanto a la responsabilidad del Estado señaló que hay unauna responsabilidad compartida puesto que no hubo una solución de parte de los colegisladores respecto de asumir qué es lo que implicaba la sentencia de inconstitucionalidad del 2010. Pero se llegó a una situación, más allá de la voluntad de cada uno de los que estamos presentes. Pero la Corte Suprema lo que estableció es que había una responsabilidad original y es que cuando se estableció la inconstitucionalidad de la parte de las tablas de factores, las ISAPRES debiesen haber implementado la rebaja o la homologación de sus mecanismos de tarificación a lo que la constitucionalidad chilena establecía.

El doctor Fábrega expresó sobre el tema de responsabilidad que nadie les instruyó a las ISAPRES discriminar. Decidieron discriminar y el Estado no tenía atribuciones para impedirlo. Lo que hacen con este mecanismo de tarificación, que es contrario a la seguridad social, es tarificar discriminando a las mujeres y tarificar discriminando a las enfermedades extremas. Ese mecanismo de tarificación discriminatorio es lo que la ley prohíbe en el marco de la seguridad social, nuestra constitución prohíbe y la historia del mundo de la seguridad social prohíbe, o sea, es contrario totalmente a la seguridad social.

Finalmente, respecto a la pregunta de cómo pagar hizo presente que esto lo establece la ley, está regulado como excedente y está claro cómo se pagan los excedentes. No se puede permitir que se cobre en UF, con interés, y cuando deben plata paguen en “fichas de su pulpería”, por ningún motivo.

El Superintendente de Salud respecto al punto que se planteó sobre la responsabilidad patrimonial solo quiso clarificar -que esto fue una intervención que ocurrió en la Cámara de Diputados, realizada por el diputado Alberto Undurraga- y en ese caso a quien le corresponde no es a la Superintendencia de Salud, sino que es la CMF quien debiera instruir una investigación para poder efectivamente ver si existe en esta materia una responsabilidad compartida por los directorios según lo que establece la ley.

En cuanto al cumplimiento del fallo indicó que este tiene una integralidad, no solamente tiene indicado una sola materia, sino que contiene, distintos elementos que generan por una parte una disminución, obviamente en los cobros de los planes, pero también la generación de una deuda. Y, por lo tanto, si uno sólo observa o aplica una parte del fallo, se puede generar un desequilibrio que es relevante.

Agregó luego que, desde el punto de vista de la aplicación o de la intervención de la Superintendencia, cuando hay incumplimiento de algunos de los ratios legales, ya basta uno de ellos, sea el indicador de liquidez por debajo de 0.8, el indicador de patrimonio por debajo de 0.3 o menos del 100% de garantía, ya coincidimos que son ratios bien flexibles y en algún momento debería avanzarse a algo más estricto, es allí donde la Superintendencia lo que puede hacer es requerir un plan de ajuste de contingencia. Si es que no se cumpliera en alguna de sus etapas en este plan de ajuste de contingencia o se rechazara por la Superintendencia de Salud, ahí podría entonces ingresar un administrador provisional de manera directa. Uno, que la garantía sea menor al 75 por ciento, o sea ya no sólo incluye por debajo, no cumple por debajo del 100 sino que además está por debajo del 75 por ciento la deuda. Dos, que el indicador de patrimonio sea menor a 0.2, o sea, si afecta el indicador de patrimonio ahí la puede entrar o por PAC o por administrador provisional directamente y en el caso del indicador de liquidez tiene que estar por debajo del 0.6. Yo insisto que esta cuestión legal fue debatida y fue así construida en el contexto de evitar la caída de alguna institución de salud provisional.

Acotó luego que, en cualquier alternativa, primero, tiene que modificar el régimen de excedente. Lo segundo, es que tiene que salvaguardar la libertad de las personas para poder elegir de qué manera se cumple aquello. Para evitar, en definitiva, como el ejemplo que da el doctor Fábrica, para no volver a la situación de la ficha pulpería, obviamente que lo que uno puede hacer es colocar allí una mayor cantidad de posibilidades donde las personas puedan optar, pero que sean las personas que opten y no cerrar solamente una alternativa. Recordó que en términos generales el régimen de excedente está creado para complementar, por ejemplo, prestaciones que no otorgan los planes de salud.

El Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma, señor Luis Castillo, acompañó una presentación. A continuación, realizó su declaración de intereses y aclaró que no tienen relación con ISAPRES, organizaciones de salud privadas, de seguros u organizaciones prestadoras privadas de salud, excepto las horas que mantienen en el Hospital Barros Luco, en la unidad de cuidados intensivos.

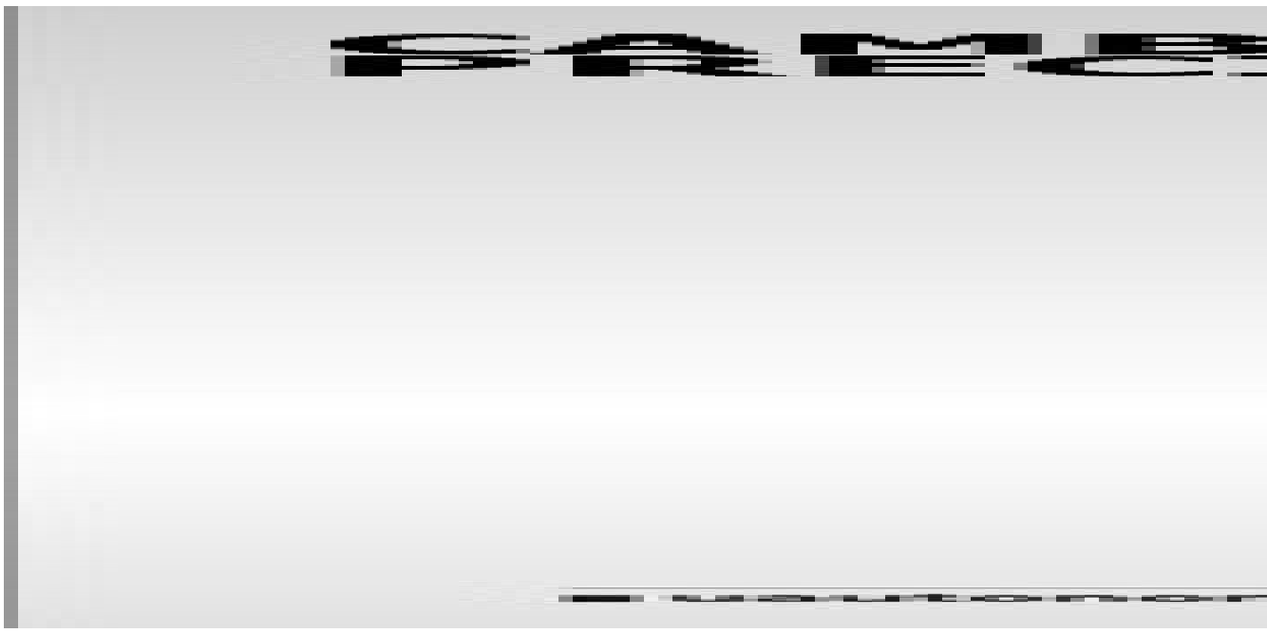
Enfatizó que no han recibido honorarios de organizaciones de seguro privado, ni público y no mantienen relación contractual a través de proyectos directos o indirectos.

A continuación, presentó un cronograma, en el que explicó que las ISAPRES comienzan a recibir aproximadamente en julio el 2,6% del reajuste sobre el precio base de los planes. En julio-agosto, la Corte Suprema por ir a resolver pronto el tema del AUGE, la prima universal de 0,33 UF por beneficiario y pendiente de lo que va a pasar con el fallo (GES), lo que puede ser un elemento gravitante en el futuro de la industria del seguro privado.

Estimó que, si el fallo que se espera es de carácter general, se va a generar un problema muy serio y su ejecución va a tomar mucho menos tiempo de lo que ha tomado el proyecto de ley en discusión.

Señaló que en octubre se verán resultados financieros parciales y en noviembre, se estima que será la aplicación final del fallo de la Corte Suprema.

El fallo, en relación a la tabla actual, señala, en términos globales, que la aplicación de la tabla de factores del año 2020 era absolutamente contraria a la reglamentación vigente y que se debe aplicar una nueva. Elemento que genera un arrastre financiero de proporciones muy importantes.



Indicó que las sentencias disponen, en resumen, lo siguiente: el uso de la tabla de factores en la Circular IF/Nº343 del año 2019, en todos los contratos; la suspensión de cobro a beneficiarios menores de dos años, y las condiciones para el cumplimiento (que la aplicación de la nueva tabla no implique un alza a los precios vigentes y ordena un eventual pago de dineros cobrados en exceso como excedentes).

El considerando vigésimo séptimo del fallo, declara como ilegal y arbitrario el hecho de mantener su vigencia con carácter general para todos los contratos individuales de salud que administra y a los que aplica, ordenando las medidas que se indicarán en lo resolutivo para restablecer el imperio del derecho.

Por su parte, el considerando vigésimo octavo, señala, entre otras cosas, que, en atención al carácter cautelar de la acción deducida, no es posible, por esta vía, determinar la existencia de eventuales cantidades a devolver y su monto, razón por la cual será el órgano fiscalizador quien, en su caso, determinará la forma de proceder a su cómputo y diseñará las directrices, forma y condiciones de devolución, en caso de corresponder.

Lo anterior ha generado una serie de interpretaciones que se han ido aclarando en el transcurso del tiempo, fundamentalmente se sigue manteniendo el entendimiento general y común de que la aplicación del fallo es de alcance general, es decir, para toda la población, aun cuando hay elementos jurídicos de que una de las maneras o la aplicación de este fallo, podría ser de manera muy fraccionada o jurídicamente, podría haber una salida para solucionar este tema.

En el recurso de aclaración de la Corte Suprema, vuelve a refrendar que la Corte Suprema estima este fallo de aplicación general, sin perjuicio de opiniones legítimas sobre los alcances del fallo y a la cuantía y magnitud del efecto que podría tener en el seguro privado y fundamentalmente en la cobertura de la salud de las personas.

Estimó que el fallo debe ser de alcance particular y que jurídicamente se puede encontrar una solución a este tema.

Dentro de las posibles interpretaciones del fallo en materia de aplicación y devolución, se puede hacer de la siguiente manera:

- Un cálculo para toda la cartera administrada: Según la parte resolutiva del fallo, deben calcular el precio final de todos los contratos de salud que administre usando la Tabla Única de Factores. Además, la Superintendencia de Salud debe determinar cómo hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud administrados por la Isapre a los términos de la nueva tabla. Esto implica que cualquier exceso de cobro que se determine se aplicaría a todos los contratos de salud administrados por la Isapre, no solo a aquellos para los que se ejercieron recursos de protección.

- Devoluciones sólo para quienes ejercieron recursos de protección: Aunque la parte resolutiva del fallo parece indicar que cualquier ajuste de precios debería aplicarse a todos los contratos administrados por la Isapre, podría ser que las devoluciones de excesos de cobros solo se realicen para aquellos contratos donde los beneficiarios presentaron recursos de protección.

Respecto a los reembolsos, señaló que hay dos efectos, en términos generales. El primero, el enfoque de la Superintendencia de Salud, cuyo monto que se ha calculado como compensación para los cotizantes de Isapres asciende a un total de: 1.400 millones, más un valor presente en un horizonte a 6 años de 1.000 millones y fracción más.

Manifestó que cuando se aplica un modelo especial, se matiza en el corto plazo, pero se incrementa en el largo plazo, dado que llevando a valor presente algunos elementos a valor futuro, el gasto puede ser más alto.

Lo anterior es importante tenerlo claro porque hay presentaciones en la comisión de salud que han hablado de algunos aspectos, entre otros, de la mutualización. Cuando se analizan los resultados y mutualiza los efectos del fallo y se introduce el concepto de mutualización de riesgo (los subsidios cruzados, solidarios), el monto empieza a ser un poco menor y eventualmente podría haber una resolución o salida bajo esa perspectiva.

Otro aspecto se debe analizar, que es un tema importante, la fijación de precios del AUGE. Señaló que, si la Corte Suprema en el fallo que está por salir, resuelve a favor de aplicar sólo la prima general, significa que las

instituciones tendrán que devolver las diferencias de prima de lo ya cobrado desde la aplicación de esta alza hasta hoy.

Observando las características de las instituciones previsionales, significa que entrarán en insolvencia dos o tres de ellas en el corto plazo.

En cuanto a los beneficiarios o contratos acumulados en stock, señaló que hay diferencias entre tomar el beneficiario activo al 30 de noviembre de 2022 y calcular respecto a esto o los beneficiarios ingresados el 2020 y hasta el 2022, con tabla de factores antigua. En este caso hay un cambio de universo.

Respecto al período de 32 meses (2020-2022) que tiene un impacto en los cambios que hay que acordar. 8 meses (abril - noviembre 2022) de Circular Nº 343 de la Superintendencia de Salud, validada por la Corte Suprema, extendió la vigencia de la tabla de factores antiguas hasta marzo 2022 y en este punto, señaló que hay personas que plantean aplicar solo 8 meses, dado que la Corte entendió la vigencia de esta tabla de factores hasta marzo.

Explicó que no se referirá a los Contratos, factores de riesgo y precios bases, porque estimó que hay elementos técnicos mucho más profundos que la Comisión Técnica seguramente está trabajando detalladamente.

Sobre las presuntas devoluciones, consideró que la forma de devolución del monto que sea y en el período que debe ser mediano a largo, entre seis y ocho años, el monto de devolución, debiera ser en prestaciones a través de la creación de programas en el mismo subsistema privado, pero incorporando fuertemente que prestaciones preventivas y terapéuticas semestrales.

Manifestó que es posible mejorar la cobertura para beneficiarios seguro privado por un tiempo acotado para los beneficiarios utilizando las potenciales devoluciones o crear planes preventivos y de promoción de la salud para toda la población beneficiaria especialmente en cáncer y salud mental.

La creación y extensión de universalización de la APS, también puede ser una inyección para avanzar en reformar el sistema.

A continuación, dio a conocer una idea que podría eventualmente ser considerada expropiatoria, pero igualmente la planteó: a cuenta de la devolución en el transcurso del tiempo, crear un programa de resolución de listas de espera quirúrgica publica en red prestadora privada, pero con financiamiento de las devoluciones.

Añadió que es posible que sea interpretado por los beneficiarios como un elemento expropiatorio, estimó que se le puede inyectar al sistema un elemento de solidaridad y con una fracción del monto a devolver, se podría financiar una resolución del programa de la lista de espera quirúrgica no AUGE, especialmente del área traumatológica y patologías oncológicas que no están cubiertas por el AUGE.

Con lo planteado, estimó que se puede reducir el riesgo de caída del sistema de salud.

En cuanto a FONASA, sostuvo que, en lugar de fortalecer verdaderamente el seguro público, el proyecto lo transforma en un intermediario de cobertura complementaria con entidades privados.

Esto excluye a quienes no pueden pagar la prima adicional, a menos que haya una mejoría y una reorganización, profundizando la inequidad en salud dentro del propio sistema público.

Estimó que en el proyecto de ley es necesario separar dos cosas, por la complejidad de los temas y porque no es adecuado que se mezclen objetivos técnicos y políticos. Asimismo, estimó conveniente que FONASA se discuta en su mérito y con todas las variables que están involucradas en su implementación, organización, financiamiento y con una transición adecuada.

El fortalecimiento viene a ser parte de otro proyecto, la nueva modalidad de cobertura complementaria profundiza la segmentación por ingreso y estimó que se puede desviar la atención de los problemas reales del seguro público, se minimiza las complejidades de la licitación de este tipo.

Hay ciudades enteras donde no hay especialistas inscritos en FONASA, hay más de 2.000 prestaciones que no existen en FONASA, que son un gasto de bolsillo exclusivo de las personas y que tienen un fundamento técnico sanitario bastante razonable.

En reajuste, expresó que no ha habido una norma técnica y un porcentaje de las prestaciones está bajo el valor real. El reajuste de prestaciones bajo la tasa de crecimiento del gasto de insumo en el IPC y hay un poco de desarrollo todavía en la modalidad de libre elección, que funciona en un porcentaje no menor en el área de prestadores privados, pero podría llegar a tener mayor desarrollo y tratando el proyecto FONASA en forma individual, puede ayudar a que se modernice el sistema público.

Se requiere un análisis financiero y técnico más acabado, ya que supone un escenario poco creíble con fundamentos técnicos frágiles que han advertido los seguros complementarios, entre otros.

Tal como está presentado, es poco probable que los seguros complementarios asuman un riesgo de siniestralidad, porque esto va a producir un problema no menor.

Los seguros complementarios están regulados además por la Superintendencia de Seguros y no es confiable, por lo tanto, un informe financiero sin un aumento del gasto fiscal.

Advirtió que esta implementación puede llegar a producir un fenómeno de selección adversa de riesgo moral, de cotización oportunista y aumento de la demanda de prestaciones de los beneficiarios que la usen por el efecto de la elasticidad precio-demanda de las prestaciones de salud.

Es decir, se puede generar una población de gente que se adscribe a este programa, solamente para consumir prestaciones y se puede salir del programa, una vez que ya lo ha consumido.

Todos esos efectos debieran ser calculados y considerados en sus impactos, en el aumento de presupuesto FONASA, pero en proyectos de ley separados.

La compensación calculada son USD 1.400.000.000 (1.400 millones), a los cuales se le agrega USD 1.700.000.000 de potenciales pérdidas futuras, en valor presente, con un horizonte de 5 años más las cuentas por pagar a la r4ed de prestadores privados, que en este momento está pendiente (se estima en USD 400 millones.)

A continuación, dio a conocer las proposiciones, que son viabilidad financiera, con mantención de beneficios a más de un millón de usuarios que usan activamente el seguro, desde trasplantes de órganos hasta drogas biológicas en cáncer, colon, páncreas.

Puede y debe haber viabilidad operacional del sector prestador privado y público.

En seguida, manifestó algunas consideraciones respecto a FONASA y su modernización legislativa debe analizarse en un proyecto propio e integral, que reforme estructuralmente el seguro y lo transforme en un seguro de verdad, gobernanza, introducción en FONASA de una unidad de tecnología sanitaria que permita analizar cada una de las prestaciones nuevas y que le dé costo eficiencia.

Respecto a FONASA y su modernización legislativa, consideró que deben analizarse en un proyecto propio e integral, que reforme estructuralmente el seguro y lo transforme en un seguro de verdad. Gobernanza, introducción en FONASA de una unidad de tecnología sanitaria que permita analizar cada una de las prestaciones nuevas y que le dé costo-

eficiencia y que lo estudie, antes de poder incorporarla como una prestación oficial del país.

Desarrollar más la modalidad de libre elección, mejorar el valor de las prestaciones y su reajuste real, la incorporación de prestaciones costo-efectivas, basadas y las transferencias y en consideraciones de tecnología sanitaria, la modernización técnica de prestadores, incentivo a prestadores, fundamentalmente en el área de la promoción y la prevención.

Señaló que la prioridad número uno, es la aplicación de los fallos con estabilidad financiera. La segunda prioridad, es modificar los mecanismos de pago entre ISAPRES y prestadores, mejorar la facultad de mediación y fiscalización para la Superintendencia y un plan de pago que sea propuesto al comité de aspectos, pero propuso, que sea a través de prestaciones, mejoría de cobertura y meterse en el área de la salud preventiva y promocional, en la participación de la resolución de la lista de espera quirúrgica, al menos un segmento de ello, en el área prestadora privada, cubierto con las futuras devoluciones del seguro público, como un elemento de solidaridad.

Llamó a tener presente los recursos de reclamos GES, que consideró es el escenario más grave. La Corte Suprema podría confirmar la sentencia dictada por las Cortes de Apelaciones y además haría aplicación general del fallo.

Aquí hay que ajustar el precio a la prima universal y establecer las devoluciones de cobro en exceso. La consecuencia es inmediata, el incumplimiento de indicadores legales de patrimonio y liquidez y al menos tres ISAPRES abiertas estarían con problemas y se produciría un escenario distinto, de corta ejecución.

Estimó que llegó el momento de hacer una reforma estructural del sistema de salud, y observó que esta opinión se ha ido consolidando, como una opinión mayoritaria que a salud hay que entregarle una mirada en forma, pero progresiva, conversada, partir de lo que más necesita los ciudadanos. Avanzar en un plan único, garantizado; crear un fondo de compensación en el seguro privado, con multiseguro; libre movilidad pública-privada, con un seguro catastrófico ad hoc, modernizado; con una complementariedad pública-privada en la provisión, y para ciertos aspectos, integrada.

Instaurar en forma oficial la atención primaria de salud, como una estrategia integradora universal en el área A o en el área B.

El proyecto FONASA mirarlo en forma individual, pero desde la organización de la gobernanza, la creación de una serie de elementos y las coberturas, entre otras cosas, y la modernización de regulación a los seguros privados.

El Fondo de Compensación de Riesgos, busca mitigar los incentivos a la selección de riesgos en el sistema privado y se basa en la ampliación del fondo de compensación de los AUGES a otro ítem de gasto de salud, considerando para el ajuste de riesgos el estado de salud, el sexo y la edad.

Se propone un esquema de riesgo compartido mediante la implementación de un reaseguro. Esto podría evitar la quiebra de una ISAPRE seleccionada adversamente y estimular a la ISAPRE abierta a reducir su nivel de costo, enfocándose en mejorar la eficiencia.

La compra y el modelo del seguro a la red prestadora debiera cambiar a contar de la ley corta y de todas las modificaciones que se están reglamentando y que se están estudiando. La incorporación de GRD u otros modelos de transferencia y de compra, debiera ser lo rutinario en nuestro sistema de salud público y privado.

Y buscar mejorar la equidad y la eficiencia en el sistema privado de salud. Finalmente, sostuvo que la Universidad Autónoma ve con buenos ojos esta ley corta, con resolución en la Comisión Técnica, que vaya en el sentido y cumplan tres elementos: Que haya una viabilidad financiera en el sistema privado, de manera de poder mantener operacionalmente cubiertos todos los derechos de los beneficiarios, que hoy día activamente, están ejerciendo y generando gastos en salud en todos los ámbitos. En segundo lugar, que se proponga un proyecto de ley dedicado a FONASA, como una manera de potenciarlo. En tercer lugar, generar un cambio, terminando el tema de la Comisión Técnica en Ley Corta, rápidamente un plan garantizado, un fondo de compensación y hacer un cronograma de reforma de salud progresivo a lo largo de los próximos años.

El Presidente de la Asociación de Salud Domiciliaria, señor Diego Hurtado acompañó un documento y señaló que la hospitalización domiciliaria es un sistema prestador de salud que muchas veces no se conoce su importancia para el sistema de salud en el país.

Subrayó que es clave seguir contando con este sistema en el futuro, asociado, a la ley corta y a la discusión del panel de expertos que está produciendo.

La definición de la Superintendencia de Salud, en relación a la hospitalización domiciliaria, señala que ésta es una alternativa a la hospitalización tradicional en un hospital o clínica, que permite mejorar la calidad de vida y atención de los pacientes y que contribuye a la contención de costos, mediante la utilización racional de los recursos hospitalarios.

Las atenciones brindadas al paciente deben corresponder a aquellas que habría recibido de haberse encontrado en un establecimiento hospitalario para su manejo clínico y terapéutico, en atención a lo exigido por

su estado de salud, ya que las atenciones estén indicadas y controladas por un médico tratante.

En resumen, la definición que está en sintonía con la definición Organización Mundial de la Salud, indica que la hospitalización domiciliaria, entrega los mismos servicios de salud que tendría un paciente en una clínica o en un hospital en su domicilio.

Hoy día las empresas de hospitalización domiciliaria entregan todas las atenciones de salud de un paciente, salvo algunas muy especiales, como las cirugía y urgencia.

Actualmente, como hospitalizaciones domiciliarias, tienen un número importante de pacientes, el 50% de los pacientes atendidos por hospitalización domiciliaria son pediátricos, 50% adultos, con todo tipo de complejidades.

Indicó que los principales beneficios de la hospitalización domiciliaria, según la OMS: reincorpora precozmente al enfermo a su entorno habitual; disminuye la probabilidad de infecciones intra hospitalarias; optimiza el uso de las camas de la red de salud del sistema de salud chileno, tanto público como privado.

Las atenciones de hospitalización domiciliaria, son en promedio un 70% más baratas que lo que podría costar atenderse en una clínica o un hospital. Comparando exactamente las mismas prestaciones.

Hay una mejor recuperación y adherencia al tratamiento, por estar en su entorno social y familiar y tiene además una atención personalizada. Disminuye significativamente las complejidades y toda la alteración de la vida familiar y evitan las reagudizaciones de patologías respiratorias, entre otras ventajas.

Mencionó que el año 2022, alrededor de 180.000 personas se atendieron en sus domicilios con hospitalización domiciliaria, siendo un millón cien mil días camas, que de alguna manera se reemplazaron del sistema de salud.

De las 180.000 personas, alrededor de 40.000, pertenecen al sistema asegurador privado, las ISAPRES. En la actualidad, las empresas de hospitalización domiciliaria, privadas, estiman alrededor de 800 pacientes de alta complejidad y larga estadía, manteniendo más o menos la misma distribución de 50% pediátrico y 50% adulto.

Solamente este tipo de pacientes, de alta complejidad, representan cerca de 290.000 días cama en el año. Indicó que todas las cuentas de estos pacientes son financiadas hoy día por las ISAPRES, cuyas cuentas promedio

son cercanas a los 13 millones de pesos mensuales. Pero si estuviera en una clínica o en un hospital, podríamos estar hablando perfectamente de 40 o 50 millones de pesos mensuales.

Estos 800 pacientes, representan el 30% de las camas críticas que tiene actualmente el país. Por tanto, si las empresas de hospitalización domiciliaria no pudieran seguir atendiendo a este número de pacientes, tendrían que migrar al sistema de salud chileno público y privado y claramente, las camas críticas tienen una tasa de ocupación. Por lo tanto, no tendríamos dónde atender a estos pacientes.

Ahí es donde se empieza a poner más crítico el tema de la hospitalización domiciliaria y su financiamiento por parte de las ISAPRES. Tendríamos 400 potenciales problemas críticos de este tipo de pacientes.

Sostuvo que el sistema de hospitalización domiciliaria, es sin duda un tremendo elemento para seguir apoyando y fortaleciendo al sistema de salud chileno.

Sin financiamiento, no podrían seguir siendo atendidos por la empresa de hospitalización domiciliaria.

Por todo lo anterior, consideró que es de vital y de extrema importancia para estos pacientes y para el sistema de salud chileno, tanto público como privado, seguir contando la hospitalización domiciliaria privada.

Llamó a tener en cuenta que hay pacientes cuyos sus tratamientos de hospitalización domiciliaria, son financiados por las ISAPRES, que tuvieron que demandar ante la Corte Interamericana de Derecho Humano para obtener el derecho, la que falló a favor del paciente y obligó a la ISAPRE a seguir entregando la cobertura de las prestaciones y al Estado de Chile como responsable de esto.

Por lo tanto, ya no sólo es un tema de financiamiento de la ISAPRE, sino que, además, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, le entrega responsabilidad al Estado de Chile.

El Presidente de la Comisión de Salud del Instituto Igualdad, señor Sergio Sánchez, acompañó una presentación y dio a conocer su visión y razonamiento desde la salud pública.

Señaló que la población chilena está en una etapa de transición epidemiológica avanzada, lo cual significa que tendremos una mayor proporción de la tercera edad y aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, por una parte. Por otra parte, la tasa global de fecundidad de nuestra población, es de 1,3, que está por debajo de la tasa de reemplazo.

Ninguna región de Chile está sobre esta tasa de recambio, ni siquiera las regiones que cuentan con población migrante. Son dos elementos que implican un envejecimiento poblacional que van a significar en el mediano y largo plazo menores ingresos para la seguridad social y, por tanto, un aumento del gasto en salud e incluso de las ISAPRES en el futuro.

Indicó que es un elemento a considerar en el tema de financiamiento de la seguridad social en Chile.

Un recuerdo histórico, las ISAPRE son una industria originada en 1981, organizada bajo una lógica de aseguramiento individual que no se había aplicado antes en algún país. Era un negocio con un riesgo acotado, pues se financiaría con un porcentaje obligatorio a descontar del sueldo bruto de los trabajadores de un 4%, aumentando a 7% en 1986. Y a cambio, financiar toda la prestación obtenía en el sector privado de salud, con deducibles fijos conocidos para los clientes, para evitar el uso superfluo del seguro.

En la historia de las ISAPRES, ya se produjo un aumento de la cotización en 1986, claro que, bajo otras condiciones políticas, evidentemente, para que pueda seguir siendo efectivo en ese minuto.

Al principio fue un mercado sin regulación, no había una contraparte estatal fija hasta 1990, cuando se creó la Superintendencia ISAPRE, que iba a fiscalizarla y dictar toda una normativa regulatoria del sistema.

Al revisar el fallo de la Corte Suprema, que implica el pago de esta deuda de 1.400 millones, aproximadamente, debido a los excesos cobrados al aplicar la tabla de factores. Estimó, sin embargo, que no se debe permitir el quiebre del sistema de ISAPRES, eso sería un conflicto político mayor e inmanejable, por lo menos en el corto plazo.

Estimó que la propuesta de generar esta modalidad de cobertura complementaria de FONASA, es interesante, se trata de un seguro complementario diseñado directamente para recibir beneficiarios de ISAPRES, que tengan capacidad de pago suficiente para comprar una cobertura de seguro mayor a la que actualmente ofrece el FONASA y equivalente a la que entrega en promedio el sistema ISAPRE, con un pago de mayor cuantía per cápita cercano a 1 UF.

Muchos clientes de las ISAPRES se están retirando y se están yendo al FONASA y el Fondo, tiene que estar diseñando estrategias para recibir a esas personas y darle adecuada protección financiera.

Consideró que el Superintendente de Salud debería tomar un rol más activo en la solución de los elementos que la Corte está solicitando. Generar las soluciones desde la residencia del regulador mismo, que es el Superintendente.

Se podrían haber programado pagos en el tiempo, se podrían haber establecido condiciones para el surgimiento de una industria de seguros complementarios.

A continuación, mencionó los desafíos. Uno de ellos, es la capacidad del regulador para evitar el colapso del sistema y al mismo tiempo cobrar la deuda, lo cual, está puesto en entredicho por la magnitud de la misma y porque queda pendiente el fallo de la Corte Suprema sobre los cobros GES, que podría aumentar la magnitud de la deuda.

Se podría generar, por lo tanto, un escenario paradójico donde la viabilidad del sistema sea incompatible con el pago de la deuda.

El regulador deberá, por lo tanto, encontrar un mecanismo que le permita subsistir a las ISAPRES o que paguen sus deudas. Este debería considerar, por ejemplo, otorgar viabilidad política para que las ISAPRES puedan aumentar el cobro de sus primas regulado por el Índice de Costos de Salud (ICSA), reemplazar el pago de la deuda por servicio o prestaciones, e introducir racionalidad sanitaria a la prestación de servicios de salud, ya sea por la vía de la contención del costo GRD o GES y, en menor medida, los gastos administrativos. Puso énfasis en este punto e indicó que la forma que tiene el Estado y las ISAPRES de comprar servicio a los prestadores médicos, tiene que ser modificada, hay que introducir una racionalidad en esa compra, que tiene que estar vinculada a resultados sanitarios.

Precisó que cualquier reforma que intente modificar el sistema de financiamiento ISAPRE o FONASA, tiene que pasar también por introducir modificaciones a los mecanismos de compra a los prestadores. Y eso es rol del regulador, de la Superintendencia.

Además, debería establecerse una estrategia de salida para que el negocio de los seguros de salud cambie su lógica de cobertura fija, por ley, a la venta de seguros complementarios, e implementar la aseguración de la población básica, que debería estar a cargo de un fondo único, como elemento ordenador de la solución regulatoria.

Las autoridades regulatorias podrían aventurar soluciones en estas dos materias, en darle un marco regulatorio nuevo a la ISAPRE, avanzar hacia este mecanismo seguro complementario, pero también, sin olvidar la promesa de campaña que tuvo el Gobierno, que era el Fondo Único de Salud, porque ese es el elemento ordenador que favorece una solución regulatoria global.

El Honorable Senador señor Chahuán respecto a la hospitalización domiciliaria, es un tema que preocupa bastante. Manifestó que está en riesgo justamente por la precaria situación en la que podría estar el seguro privado de salud.

Consideró que se debe buscar una forma de potenciar la hospitalización domiciliaria.

Consultó a la señora Carla Rubilar y al ex-Superintendente sobre cómo observan un eventual fallo del GES de efectos generales.

El Honorable Senador señor Gahona consideró que este proyecto de ley debe apuntar a tratar de resolver el problema de la inviabilidad financiera del sistema de seguro privado, de tal manera de mantener y poder resolver los problemas de los ingresos hacia adelante y además, pagar la deuda. Y para eso hay que determinar adecuadamente la deuda, hay distintas cifras y son diferencias bastante importantes.

Pero claramente, coincidió que esa no es la solución de la cronicidad del problema de salud que tenemos en Chile y desde esa perspectiva, estimó que es una gran oportunidad, no sólo para el Poder Legislativo, sino para el Poder Ejecutivo y también para el sector privado y el sector público de salud, de poder hacer de verdad una modificación y una reforma a la salud importante.

Consultó cómo se regula el alto gasto que genera al sistema las licencias médicas, señaló que no es entendible el nivel de gasto que estamos teniendo en licencias médicas en el país.

Por otra parte, la deuda hospitalaria de los servicios de salud con el sector privado de salud es enorme, más de 200 mil millones de pesos.

La modernización del FONASA, su sistema arancelario, sus sistemas de cobertura, su gobernanza, que no esté sujeta a los ciclos políticos.

Son temas bastante más grandes que se deben resolver y hacer una reforma de salud de verdad.

Consultó por el tema de las hospitalizaciones domiciliarias, y cuantas hospitalizaciones domiciliarias hace el FONASA, porque he escuchado muy buenos comentarios respecto no sólo de la hospitalización domiciliaria privada, sino también de la pública.

Consultó al expositor representante de las empresas que entregan hospitalización domiciliaria, si efectivamente beneficiarios del FONASA acceden a lo que están entregando las empresas del rubro.

La Directora Corporativa de la Unidad de Salud Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma, señora Karla Rubilar planteó que el proyecto de ley corta, como está presentada, no

da certeza de sostenibilidad y tampoco certidumbre a lo que es el sistema asegurador privado y por ende a los usuarios de este sistema.

Estimó que no cumple el mandato que además viene del mandato de la Corte Suprema. Añadió que la interpretación del fallo que hace el Superintendente, es discutible. En ese sentido, el rol de la Comisión Técnica, que esta Comisión ha determinado, va a ser fundamental para ponerse de acuerdo en cuál es la mejor interpretación que otorgue certeza y sostenibilidad al sistema, siempre pensando en los usuarios, no solamente del sistema asegurador privado, sino que también de la red de salud en su conjunto.

Es vital, observar cómo en esta discusión se asegure la continuidad de los beneficios y de las prestaciones de los asegurados por el sector privado. Recordó, especialmente, a los pacientes cautivos, a quienes tienen preexistencia, que corresponde al 42% de los afiliados, según la misma Superintendencia de Salud, a los beneficiarios de tratamiento en curso, aproximadamente el 10%, y a la clase media, que no va a tener probablemente recursos para seguros complementarios.

Sin lugar a dudas mirar también, a los beneficiarios de FONASA. Hay más de 70.000 casos de lista de espera GES, a pesar de que se garantizó con 137 días promedios. Hay más de 2,3 millones de personas que esperan una atención de especialidad, son 217.000 personas más que el año pasado, y hay 315.000 personas esperando por una cirugía.

Desde la universidad, ven como una oportunidad, la creación de sistemas de aseguración complementaria, pero se debe evitar que pueda ser discriminatoria, regresiva, con un alto costo fiscal que fuera inviable además técnicamente en el tiempo. Y consideró que, en tal sentido, es mejor avanzar en la cobertura de libre elección de FONASA y quizás mirar, como originalmente lo hacía la propuesta, el seguro catastrófico de FONASA que se planteó durante el gobierno anterior.

Es vital recuperar el equilibrio financiero del sistema asegurador privado pensando en las personas.

Más allá de que algunos planteen un sistema asegurador público y otros postulen un sistema asegurador mixto, lo cierto es que hay estaciones de intermedias, que son vitales de cumplir. Es necesario avanzar en el plan único para generar transparencia, avanzar en un fondo de compensación del riesgo para avanzar en movilidad y hacer mecanismos de contención de costos, con foco en atención primaria y formación de médicos de salud familiar.

El ex Superintendente de Salud, señor Patricio Fernández relacionado a lo que planteó el Senador Chahuán, consideró que es importante tomar el peso a lo que puede ocurrir los próximos días con el GES, porque será

una situación similar a la que está ocurriendo con la tabla de factores, porque no va a haber mucho que calcular ni considerar.

Si la Corte Suprema establece una devolución a realizar, es algo que las ISAPRES, a su juicio, van a tener que reflejar en sus estados financieros y probablemente el Superintendente va a estar más complicado, al momento de dar más flexibilidad a eso.

Podríamos tener una situación de incumplimiento de indicadores inminente, que habría que solucionar y que tiene que considerar esta Comisión Técnica los próximos días, porque lo que estén pensando, puede que lo tengan que repensar en ese sentido.

Por otra parte, consideró que se deben hacer cambios en el tema del GES, el precio GES, debería estar inserto dentro del precio del plan de salud. Actualmente hay un fondo de compensación en la ley, un fondo de compensación GES que no está funcionando.

Por último, mencionó algo que no está en el proyecto de ley corta que se debe poner énfasis, que es al artículo al artículo 199 del DFL 1 del 2005, que contempla todo lo relacionado con la tabla de factores, porque si se mantiene tal como está hoy, hay una absoluta incongruencia entre lo que resuelve la Corte, con lo que está plasmado la ley, por lo tanto, ese artículo, o bien va a tener que reconocer la existencia, en determinadas condiciones, de la tabla de factores de futuro o bien, derogarlo definitivamente y modificar por otra fórmula, que permita flexibilizar el precio base, si es eso en lo que están pensando.

El Superintendente de Salud se hizo cargo de algunos puntos planteados por los expositores. Reiteró que la Superintendencia de Salud no interpreta los fallos, no tienen potestad de interpretación.

Distinto es que especialistas puedan hacer interpretaciones desde lo académico o desde la capacidad de opinión que pueda existir en ese ámbito.

A propósito de lo que dice el ex Superintendente Patricio Fernández, manifestó estar de acuerdo con lo señalado, en el sentido que el problema que se sustenta detrás de la judicialización, tiene que ver con si las alzas de los precios, ya sea la ecuación precio-base, en este caso, la aplicación de la tabla de factores o el alza de la prima GES, son o no arbitrarias. Esa es la discusión que ha estado detrás.

El hecho de que existan hoy día elementos objetivos para el cálculo de dichas alzas, elimina la arbitrariedad y obviamente disminuye la judicialización.

Recordó que, en este proyecto de ley, a propósito del GES, se hace una propuesta de cálculo, precisamente para evitar que las lazas sean arbitrarias y se sustenten en base a elementos objetivos y técnicos.

Y coincidió que ojalá se revise el fondo de compensación que hoy día no ha sido todo lo útil que se quisiera, por lo menos para el ámbito del GES.

Respecto a las hospitalizaciones domiciliarias, son una alternativa interesante, informó que, hasta el año pasado, no había una regulación por vía reglamentaria. Actualmente, pueden ser reconocidos como prestadores propiamente tal.

Permite contener costos, sobre todo si se trata a través de mecanismos de pago paquetizado, si pudieran ser sometidos a acreditación, aún mejor, porque podríamos garantizar calidad.

Por último, se refirió a lo planteado por el señor Sánchez y realizó una diferenciación, una cosa tiene que ver con el proyecto de ley que se está discutiendo actualmente, para poder dar mejor cumplimiento al fallo y otra cosa tiene que ver con los temas de fondo, de reforma.

El impacto sobre el cumplimiento de las ratios, son indicadores legales, no es una flexibilización que pueda hacer arbitrariamente el Superintendente, esto está normado por ley.

Avanzar en la regulación de seguros complementarios, también es una materia de ley, no es una materia del regulador bajo ningún punto de vista.

Sobre GRD, reiteró que la contención de costos por la vía de la venta de planes, por ejemplo, con GRD, a lo más se requiere una pequeña modificación legal. Si se quiere limitar el gasto, por ejemplo, de administración y venta, tiene que ser por la vía legal.

Hay una serie de elementos que se imputan como rol del regulador, que no son un rol del regulador, hasta que la ley le permita hacerse cargo de esas materias.

El Director de FONASA respecto a la formulación del proyecto que está en discusión y de por qué están juntos, la parte de ISAPRE y de FONASA, aclaró que se tratan ambos porque son las dos caras de la misma moneda, en el sentido que los efectos que se están produciendo en el sistema privado, tienen efectos sobre el sistema público.

Evidentemente, y eso se ha estado concretando a través de la migración de beneficiarios que han recibido.

Por lo tanto, lo que se previó cuando se redactó la iniciativa de ley, se está produciendo.

En cuanto a las complejidades o la elaboración técnica del proyecto de modalidad de cobertura complementaria de MCC del FONASA y que se hizo con esa necesidad de responder a esta migración con protección financiera, sabiendo que se podía apelar a una reestructuración del financiamiento.

Lo anterior tiene complejidades, sin duda, se ha conversado con los actores y es posible, porque el aseguramiento complementario ya existe, tiene ciertas características y se emularon las propias características existentes, no inventaron nada, también estudiaron profusamente la experiencia internacional, países como Francia o Bélgica que tienen seguros de este tipo hace muchos años.

Por otro lado, esto se llama MCC, está situado sobre la MLE, pero en los estudios reconocieron y así lo plantearon, que la MLE tiene algunas falencias y son justamente esas brechas de coberturas, las que la MCC pretende cubrir, tanto en algunas prestaciones, como en la protección financiera, sobre todo.

Se trata de llegar a una cobertura financiera mayor, considerando un conjunto de prestaciones más completo, y por eso plantearon en el proyecto la elaboración de un arancel para la MCC.

Respecto a la hospitalización domiciliaria, han recibido a los grupos de pacientes en FONASA de este tema. Comentó que tienen un programa público en la modalidad de atención institucional. Financian hospitalizaciones domiciliarias por alrededor de 80 mil millones de pesos al año en el sistema público de salud, que consiste en hospitalizaciones que son más bien de mediana complejidad.

Consideran que de tener que adscribir a personas que vengan del mundo privado con este tipo de problemas, se debe estudiar y hacer una propuesta, en base a la magnitud de la carga y han estado trabajando durante este tiempo.

Esto debería responder a la imposibilidad de que las ISAPRES pudieran seguir dando esa cobertura, o sea, implica ciertos niveles de insolvencia para dar ese paso.

El Honorable Senador señor Latorre consultó al señor Sánchez del Instituto Igualdad, en pleno siglo XXI y más allá de la ley corta, dado el cambio epidemiológico, lo cual implica tanto desafíos en materia de seguridad social, en materia de pensiones, en materia sanitaria, criterios sanitarios y de

financiamiento de esa de ese sistema ¿hacia dónde deberíamos avanzar como país? ¿Cuánta solidaridad introducir al sistema de financiamiento?

La Honorable Senadora señora Órdenes observó una oportunidad, más allá de lo acotado o no que pueda ser, pero se debe abordar el tema FONASA en este proyecto de ley, se requiere para dar una respuesta. Y sin duda también la delegación de nuevas facultades a la Superintendencia.

Coincidió que se debe avanzar en cambios un poco más sustantivos para el futuro de la salud en Chile.

El señor Diego Hurtado se refirió a lo planteado por el Superintendente respecto a avanzar en la acreditación para garantizar la calidad y manifestó estar completamente disponibles para aquello, están convencidos que es el camino que tienen que recorrer así que desde ya se ponen a toda la disposición en ese camino.

Respecto a la consulta del Senador Gahona, sobre el aporte de FONASA en hospitalización domiciliaria y si los beneficiarios de FONASA acceden a hospitalización domiciliaria en el sistema privado, con prestadores privados, comentó que lo que hace FONASA en hospitalización domiciliaria, es muy bueno, en cuanto a su amplitud y en cuanto a la cobertura de personas.

El año 2022 se atendieron 180.000 personas en hospitalización domiciliaria y estimó que alrededor de 150.000 son del sistema público y en ese sentido logra una gran cobertura. El gran tema de la hospitalización domiciliaria financiada por el sistema público, es que no logra llegar a la misma complejidad de paciente, básicamente por la forma en que se entrega el servicio.

Entonces, de alguna manera, al no acceder a pacientes de mayor complejidad, no permite liberar camas de mayor complejidad en el sistema público. Ahora, manifestó estar convencido, y así lo han conversado con distintos directores de hospitalización domiciliaria pública, que el camino es trabajar en esta complementación público-privada.

El señor Sergio Sánchez respondiendo a la consulta del Senador Latorre, sostuvo que eso hay que resolverlo pensando en un financiamiento de seguridad social que tenga mayores grados de solidaridad, un fondo único, en el mediano y largo plazo. Pero también hay que revisar las políticas migratorias, porque el problema que tenemos con la tasa de natalidad baja, se resuelve facilitando que lleguen personas y la política migratoria es la forma regulada que tienen los países para poder hacerlo y se puede ver cuál sería el perfil de inmigrantes que el país necesita

El Presidente de la Asociación de Clínicas de Chile A.G., señor Gonzalo Grebe, acompañó una presentación y reiteró algunos conceptos que

cree son tremendamente relevantes para entender el impacto que efectivamente puede tener una no adecuada solución a la crisis que está viviendo actualmente el sistema asegurador privado y qué elementos en el fondo hoy día están presentes desde el punto de vista de alternativas que se podrían presentar frente al colapso que podría enfrentar este sistema asegurado.

Esto lo han dicho en varias oportunidades, pero estimó importante reiterar lo que representan actualmente en el sector prestador privado de salud, precisó que realiza más de 11 millones de días camas, 680 mil intervenciones quirúrgicas. Aquí lo relevante es que nosotros en el conjunto atendemos del orden del 53% de la población de Chile. Si uno cruza la información con respecto a lo que es el seguro privado, el seguro privado tiene del orden del 16% de la población asegurada, pero nosotros desde el punto de vista prestador abarcamos bastante más y nuestras cifras lo dicen con bastante claridad, en el sentido que más del 50% de la población hoy día accede a nuestro sector para resolver sus problemas de salud.

Agregó que resuelven del orden del 20% de la lista de espera; respecto a la diálisis, el 90% se realiza en el sector privado, trasplante el 89% y recientemente la crisis del COVID, el sector aportó con más del 30% de las camas críticas. Si uno hace una apertura por las distintas prestaciones, del orden del 60%, de las atenciones médicas se realizan en el sector privado, el 44% de los días cama, 53% de los exámenes diagnósticos y ahí en la composición, finalmente, el 53% de la población en distintas instancias, distintas prestaciones acceden al sector privado y representamos realmente la posibilidad de que la gente pueda libremente elegir su alternativa de salud.

Añadió que toda la actividad y atención a los pacientes que se ha señalado, esto se solventa mediante financiamiento mixto. O sea, se atiende el 52% de la población, pero el 60% del financiamiento de toda la prestación proviene del seguro privado y el 39,1% proviene del sistema público. Acá hay un elemento bastante explícito y esto fue ya enunciado por la Facultad de Economía de la Universidad de Chile en el estudio que hace poco tiempo se publicó, en que eliminar el financiamiento privado, esto tiene un impacto directo sobre los ingresos de los prestadores públicos que en el promedio significa una caída del orden del 9%. Esto es prácticamente dejar al sector en el promedio sin margen. Significa efectivamente eliminar el financiamiento privado y traspasar toda la atención bajo el esquema como opera hoy día el financiamiento público.

Los prestadores estamos en alerta, o sea, después del tercer fallo, hemos determinado que nuestra situación es bastante crítica, porque efectivamente ya el nivel de deuda de no mediar una solución, declararían en insolvencia varias ISAPRES de aquí a diciembre de este año.

Luego hizo presente que han trabajado con una incertidumbre ya muy larga y falta de certezas jurídicas y esto es porque efectivamente de no haber una solución, el riesgo del funcionamiento del sector es absolutamente real. ¿Qué implicaría una caída del sistema asegurador? Aquí hay tres elementos que voy a mostrar en el detalle.

En primer lugar, aquí hay una crisis de liquidez de los prestadores privados, aquí hay garantía insuficiente y una liquidación no prioritaria.

El segundo tema, tiene que ver con un efecto en la disminución de la oferta privada, porque efectivamente producto de esta crisis de liquidez va a haber prestadores que no van a poder seguir operando y la alternativa sería seguir colapsando, seguir aumentando la demanda del sistema público.

Y, el tercer elemento tiene que ver con la crisis sanitaria que se produciría por la incapacidad del sistema público de hacer frente a toda esta demanda. Señaló que ven con gran preocupación la falta de conciencia del problema de salud pública inminente que enfrentaremos y creen que debe haber una intervención urgente para enmendar el rumbo ya que la salud de las personas está en juego. Cuando se habla de la crisis de liquidez, la valorización total de las cuentas que se le deben a los prestadores privados a valor completo de la cuenta, es de un monto prácticamente de 800 mil millones de pesos, ¿cuál es la diferencia con lo que hoy día se contabiliza? es que la diferencia está en lo que le corresponde al gasto de bolsillo que las personas tienen que pagar, eso es lo que se garantiza, pero efectivamente frente a un colapso del sistema, el 100% de la cuenta va a quedar pendiente y ese va a ser el efecto sobre los prestadores, tanto institucionales como prestadores médicos.

Precisó que del orden del 25% al 30% del total de esas cuentas corresponden a honorarios médicos que tampoco se han cancelado. Una cosa es la discusión si efectivamente las garantías están al 100%, pero aquí lo más relevante para nosotros es que el proceso de liquidación de garantía hoy día es un proceso que no da ninguna garantía de que efectivamente frente a un colapso esos dineros vayan a llegar a las arcas de las clínicas.

Remarcó que hay un hecho concreto, todavía estamos en agosto del año 2023, la quiebra de la ISAPRE Más Vida fue el año 2017 y esas garantías todavía no se liquidan. Las clínicas no están en primer orden de prioridad en el proceso de liquidación y el proceso de liquidación es tremendamente engorroso. Por lo tanto, aquí más que la discusión, si efectivamente las garantías están al 100, al 90, al monto que sean, es que el proceso de liquidación es la verdad un espejismo. Hoy día ese proceso hace que la posibilidad de contar con dicho dinero sea prácticamente imposible. Respecto a la deuda del sector público, actualizada también el 30 de junio, es del orden de 382 mil millones. Aquí el tema que más preocupa tiene que ver con la deuda que mantienen los servicios de salud, porque aquí el

comportamiento del sector público por deuda de los servicios de salud resulta insostenible.

Agregó que entregan prestaciones de salud críticas que el Estado necesita, que se entregan con calidad y oportunidad a precios muchas veces fijados por ellos y sin embargo deciden arbitrariamente cuándo y cómo pagar. La propuesta de pago que recibimos hace pocas semanas atrás a través de la ministra, la verdad que es inaceptable. O sea, es una deuda que en algunos casos lleva más de tres años, que se generó producto de la pandemia, como decía, precios fijados por el Estado, y esa deuda hoy día el compromiso que hay es pagar un 40% a principios del año 2024 y el saldo a final del gobierno en pesos nominales, estamos hablando que aquí los precios se han corregido por inflación ya el último año más de un 13%, por lo tanto, si llega a pagar esa deuda, va a tener un descuento del orden del 20% al 30% con respecto al valor en que se generó la prestación.

Hizo presente que la constante amenaza del colapso del sistema por falta de liquidez ha tenido importantes y negativas consecuencias. Frente a este riesgo que se ve, los prestadores hoy día, y esto lo hemos dicho en otras instancias, todos están preparando sus planes de contingencia. Todas las inversiones, por cierto, especialmente las de mayor plazo, las que tienen un retorno a mayor plazo, nuevas inversiones, nuevas clínicas están todas postergadas.

Añadió luego que el segundo tema tiene que ver con esta crisis de liquidez que, efectivamente en el caso de producirse, van a haber prestadores que no van a poder seguir operando, va a disminuir la oferta privada y eso obviamente va a aumentar el colapso del sistema público. Aquí hay probablemente algo que no necesariamente sea 100% cierto, pero es una realidad que el sistema público, desde el punto de vista de reducir sus listas de espera o de mejorar en términos de su gestión, el problema no se ha resuelto.

Por lo tanto, lo que va a ocurrir es que el problema se va a agudizar. La atención de los pacientes públicos y privados que se atienden en nuestro establecimiento, va a haber un recargo del ya colapsado sistema público y se van a incrementar las listas de espera. Para hablar de la gestión de los hospitales versus las clínicas privadas se trajo dos elementos muy objetivos: la estada promedio un paciente en el sector privado, es la mitad de la estada promedio de un paciente del sistema público. Por lo tanto, aquí la conclusión inmediata es que, con los mismos recursos, con la misma infraestructura, el sector privado es capaz de atender el doble de pacientes de lo que hoy día realiza el sector público.

Y sobre eficiencia de los pabellones, los números son aún mayores. Tenemos que un quirófano en el sistema público, datos del año 2020, de acuerdo a un estudio realizado por la Comisión Nacional de Productividad, un quirófano se usa en promedio 4,8 horas diarias. En el sector privado el pabellón

se usa 12 horas diarias, prácticamente más del doble de capacidad productiva en el sector privado versus lo que hoy día ocurre en el sector público.

Otro elemento que es muy relevante, tiene que ver con la gestión de las licencias médicas. Esto requiere una reingeniería del proceso de administración, auditoría y fiscalización de las licencias médicas, probablemente creando una nueva institucionalidad. Aquí hay que hacer un cambio radical. Los montos que estamos hablando son gigantes. Aquí hay 2,6 billones de pesos anuales que se gastan en licencias médicas; 1,6 billones por parte del Fonasa y casi un billón de pesos por parte del sistema privado. Por lo tanto, solamente si uno piensa en un 10% de eficiencia, estamos hablando de 265 mil millones anuales. Y, por otro lado, cuando hacemos una comparación en cuanto de la cotización se va en licencias médicas, en el caso de la ISAPRES, 3,3 puntos, o sea, prácticamente la mitad de la cotización se gasta en licencias médicas. Y en el caso del sector público, 4,4 puntos de los 7 puntos se gastan en licencias médicas.

Enseguida refirió como tercer tema las falencias en el FONASA que hoy día impactan desde el punto de vista de los pacientes que recurren a él en el ámbito de la libertad de elección. En primer lugar, hay una crítica, respecto a cómo se reajusta el arancel, el último reajuste de dicho arancel FONASA del año 2022 para aplicarse el 2023 fue de un 6,2% nominal. Y aquí hay un ejemplo, como se dice, en el círculo mismo del ámbito del Ejecutivo de la salud. La Superintendencia hace un cálculo anual de cuánto es IPC de la salud que es el que se le autoriza a las ISAPRES para subir sus precios base, el cual determinó el último año, UF más 2,6%, y que incluso ya es reconocido que tiene una falencia que fue incorporada en el proyecto de ley corta, que estaría incluso subvaluado. Aquí estamos hablando que el arancel FONASA fue reajustado en menos de la mitad de lo que se incrementó el costo de salud, producto de restricciones presupuestarias, porque esto nace de cómo se estructura el presupuesto de la Nación año a año.

En relación al tema del arancel modalidad libre de elección es un arancel que hoy día no está correctamente tarificado especialmente en las prestaciones hospitalarias. Aquí hay un solo ejemplo que se trajo, el valor de un día cama útil, o sea un día de unidad de cuidado de tratamiento intermedio, está valorizado en el arancel en 28 mil pesos, esa es la cobertura que da el arancel. Al hacer un cálculo muy simple, o sea, costos directos, lo que significa tener un paciente en una cama de cuidado intermedio, el doctor, la enfermera, el auxiliar, solo lo directo, costo marginal y el costo es 6 veces a valor normal de un doctor, valor normal de una enfermera, valor normal de un auxiliar. Claramente, con ese nivel de valorización del arancel, es muy poco factible que efectivamente las personas puedan acceder o puedan mantener algún criterio de libertad de elección en caso de no existir un seguro privado.

Otro aspecto es que el arancel está absolutamente desactualizado, hay más de trescientas prestaciones que hoy día no están, y a modo de

ejemplo la cirugía robótica no está incorporada, la hospitalización domiciliaria, una serie de prótesis, ortesis, sistemas dentales, hoy día en el sector privado las personas sí pueden tener acceso y en el sector público, en el caso de la Modalidad Libre Elección del FONASA, no tienen cobertura.

Añadió que también cuando uno revisa los programas asociados a diagnósticos ahí en una muestra no todos tienen problemas pero sí hay programas que están subtarificados, un ejemplo bastante evidente es el de las varices cuando uno valoriza el honorario médico que el mismo FONASA paga por concepto de esta cirugía, son 585 mil pesos, y el programa completo cubre 578 mil pesos, o sea, el programa completo que incluye honorario médico, día de cama, cirugía, insumo, cubre menos que lo que el mismo ARANCEL fija al equipo médico completo.

Luego puso de relieve los plazos de pago, aquí también hay una diferencia bastante significativa. El sector privado en promedio paga a 86 días las prestaciones y el FONASA en promedio paga a 140 días las prestaciones. El otro elemento importante es que, desde el punto de vista del gasto de bolsillo, una persona que estando en el FONASA quiere recurrir a un prestador privado bajo la modalidad de libre elección, el gasto de bolsillo es significativamente mayor. En el caso de las prestaciones ambulatorias, el arancel FONASA modalidad de libre elección tiene un copago de un 63% e ISAPRE un 46%. En el caso de las prestaciones hospitalarias, ahí la brecha es bastante más significativa por esto mismo que yo señalaba anteriormente, que el valor del día cama y el valor del derecho pabellón están absolutamente subtarificados y, por lo tanto, la persona que quiera acceder a una clínica tiene que pagar el valor particular y la cobertura no alcanza más allá del 20%.

En conclusión, por todo lo expuesto, los prestadores enfrentamos una severa amenaza producto de la crisis y deudas del asegurador privado y por deudas y condiciones de pago del seguro público. A la ya grave situación se suma la necesidad de cumplimiento de los fallos de la Corte Suprema. Dado los impactos proyectados, ello puede implicar de manera probable que las ISAPRES no puedan continuar operando, y generen una profunda crisis de liquidez en el sistema prestador, insolvencia de alguno de nuestros establecimientos, disminución de la oferta privada y el consecuente aumento de la demanda por prestadores públicos y participación del seguro público.

Por último, expresó la necesidad de contar con un sistema de salud sostenible. Lo que hay hoy día no es sostenible y es imprescindible poder transitar desde lo que tenemos hoy día hasta un nuevo sistema, y generar las condiciones para que efectivamente esa transición se haga sin afectar a los pacientes.

El principal consenso manifestó es el plan de salud universal. En eso hay bastante consenso en que hoy se puede construir o tener un diseño de seguro mixto en la cual todas las personas puedan acceder a una misma

cobertura que garantice al menos el GES, las atenciones de urgencia y eso sea de acceso a todas las personas por igual.

Y los números lo evidencian, si el 52% de las personas se atiende en el sector privado con ese gasto bolsillo, el esfuerzo económico es brutal. Creemos que el FONASA hay que convertirlo en un ente autónomo, tipo Banco Central, una administración independiente de los gobiernos de turno, y tiene que funcionar lo más similar a un seguro. No es posible que efectivamente vuelva a ocurrir lo de este año en la cual tuvimos que aceptar un reajuste absolutamente arbitrario que no se condecía con la realidad que vive el sector salud y adicionalmente con un cálculo objetivo que realiza la misma superintendencia respecto a lo que son los costos de salud. Y, por otro lado, este producto, el FONASA Modalidad Cobertura Catastrófica MSC, que se está proponiendo como alternativa, requiere que sea debidamente validado por los aseguradores.

El Presidente del Colegio Médico de Chile A.G., señor Patricio Meza, acompañó una presentación y manifestó que este problema del sistema de salud ya está provocando un impacto directo, no solamente en los usuarios, sino que también en los prestadores. Agregó que se advierte en muchos usuarios que hoy están con tremenda incertidumbre con respecto a la continuidad de sus tratamientos crónicos y de patologías de alto costo. También se ha visto que ya se suspendió la venta de nuevos planes en alguna ISAPRES. Y que muchos centros prestadores ya no reciben bonos de los pacientes, de tal modo que los pacientes para recibir prestaciones tienen que pagar en efectivo el total de la cuenta antes de recibir la prestación y obviamente también esto se traduce, como se mencionó recién, en que los prestadores ya han suspendido su inversión en nueva tecnología, en nuevos procedimientos, en modernización, y ya se está traduciendo en aumento del despido de funcionarios desde el sector privado.

Hizo presente que esto es un tema que ya tiene un impacto, por lo tanto, en esa misma dirección, independientemente de quiénes son los responsables de haber llegado a la situación que hoy se está viviendo, se debe tomar con mucha premura, entregar certidumbre a los usuarios y a los prestadores, sin que eso signifique renunciar a la calidad y prolijidad del trabajo que se está realizando.

Expresó que esperan que toda definición que sea incorporada en esta ley corta, justamente considere el bienestar de los usuarios, la continuidad de sus prestaciones, y también la continuidad de la participación de los prestadores institucionales e individuales

Informó que el Colegio Médico se ha reunido con distintos actores de la comunidad, obviamente con sus bases, con otros gremios, con exautoridades, autoridades locales también, actuales, y se establecieron

algunos principios generales sobre la materia para considerar en la elaboración de la ley corta.

Subrayó que en primer lugar no hay duda que se debe cumplir la sentencia judicial, pero esta debe ser con gradualidad para que no tengamos el riesgo de la insolvencia de algunos de las aseguradoras privadas. No se deben interrumpir las prestaciones por ningún motivo y se deben resguardar los pagos a los prestadores individuales e institucionales y revisar en ese sentido los plazos y auditar los montos adeudados.

Indicó luego que la propuesta que han hecho para incorporar en la ley corta fue abordada en tres fases: en la protección a los prestadores, la modalidad de cobertura complementaria y sobre el cumplimiento del fallo.

Primero que nada, con respecto al cumplimiento del fallo, no hay duda que cualquier solución que se tenga debe acatar el fallo, hay que cumplirlo adecuadamente. Y en la respuesta se debe poner al centro la protección financiera de los usuarios y también el financiamiento y el pago de las deudas a los prestadores individuales y a los prestadores institucionales. Y en este sentido, debe conversarse e incluirse en esta ley corta, plazos definidos tanto para las prestadoras privadas como para FONASA, de tal modo que los prestadores tengan conocimiento a cabalidad, cuál será el momento en el cual van a recibir las remuneraciones por las prestaciones prestadas.

Luego señaló que este es un mecanismo a través del cual se le puede dar cierta tranquilidad a los prestadores, de tal modo que puedan seguir participando en la atención del paciente tanto del sector privado como el sector público. También las ISAPRES deben plantear alternativas de pago de la deuda entregando la información sobre el estado financiero que respalde la respuesta las propuestas correspondientes.

Asimismo, aseveró que la ley debe incorporar facultades para que la Superintendencia de Salud dicte mecanismos de contención de costos para las aseguradoras privadas, tanto desde el punto de vista administrativo como de su gestión clínica, porque parte del financiamiento que ellos dicen tener en este momento es en base a que no han mejorado su control de costo y mejorando su gestión. Es fundamental para que el ahorro en ese ítem pueda ser traspasado en beneficio a los beneficiarios y a los prestadores. Es importante aclarar los mecanismos que se han considerado por la Superintendencia para calcular el monto de la deuda, cuya fórmula de medición debe ser auditable y transparente. Se puede incorporar, que el Consejo Asesor sea dotado de facultades legales necesarias, no solo para para la revisión del plan de pago que se pueda proponer a la ISAPRE, sino también para realizar acciones en relación a la protección de los prestadores, esto es, garantizar los pagos, la forma de pago, y los plazos.

Agregó a continuación que para los prestadores institucionales exista un plazo máximo de 60 días para el pago, contando desde el día de la facturación de la prestación realizada, y de 30 días para los prestadores individuales. En relación a esto, también se propone que se incluya a los prestadores individuales e institucionales en el pago de las obligaciones caucionadas con la garantía del artículo 181 del mismo cuerpo normativo.

Recalcó que la Superintendencia de Salud debe tener la facultad y capacidad fiscalizadora para exigir el pago en tiempo y forma por parte de las ISAPRES pagas en apestado privado con mecanismos de sanciones respectivas que permitan garantizar el cumplimiento de los plazos previamente establecidos. Y esto sin duda no solamente incorpora a los prestadores privados, sino que también al Fondo Nacional de Salud, puesto que también esto le da cierta estabilidad al funcionamiento de los centros privados de los prestadores. También en relación a la protección de los prestadores, también existe la posibilidad en aquellos casos donde exista una insolvencia o riesgo de funcionamiento de los prestadores privados, se pueda considerar la posibilidad de una línea de crédito extraordinario de bajo costo administrada por el Banco de Estado o Corfo, para inyectar capital de trabajo a prestadores privados de tal modo que ellos puedan tener continuidad en su funcionamiento y le puedan dar estabilidad al trabajo de los funcionarios de la salud de sus respectivos centros.

Añadió que, en caso de quedar un remanente impago de las deudas con prestadores, se propone incorporar a los prestadores institucionales en el sexto grado de prelación y en el quinto grado a los prestadores individuales, en el caso de insolvencia de las aseguradoras privadas, para que sean incorporados en este orden de prelación, que hoy no están considerados. También en relación a la protección de los prestadores, al igual que para el pago de los afiliados, se debe establecer una secuencia de acciones con tiempo definido, considerando lo siguiente.

Enseguida se refirió al plan de pago. Una vez determinado el monto real de la deuda, se debe elaborar un plan de pago dentro de los seis meses propuestos en numeral anterior. La idea es que el pago sea lo más veloz posible para darle estabilidad a los centros prestadores tanto institucionales como individuales. El plan de pago a prestadores debe ser aprobado por el Consejo Asesor que ha planteado el proyecto de ley corta. También es relevante facultar a la Superintendencia de Salud para solicitar a FONASA un plan de pago de la deuda que supere el plazo estipulado de demora en el seguro público. Lo importante es que existan mecanismos a través de los cuales se puede exigir, a las dos aseguradoras, privadas como públicas, un plazo máximo de pago a los prestadores individuales e institucionales.

Agregó que la propuesta que considera la modalidad de cobertura complementaria FONASA hace necesario clarificar y en eso puedo transmitir las dudas que hay en el mundo de la salud, particularmente entre médicas y

médicos, si se va a requerir la inyección de recursos fiscales adicionales, se ha afirmado que no, pero lo importante es que si esto significa tener mayor necesidad de recursos, deben estar asegurados.

Acotó que, en relación a la modernización de FONASA, es necesario abrir la discusión para que la gestión del seguro público pase a estar liderada por un directorio independiente. Ahora lo importante es discutir una reforma de FONASA para que esté a la altura de los desafíos sanitarios que vamos a enfrentar de aquí en adelante.

Precisó que la modalidad de cobertura complementaria debe incorporar la lógica de las redes integradas, tanto en el contexto de infraestructura como en el fortalecimiento de las capacidades de gestión. Hay que fortalecer el proceso de integración de los prestadores privados institucionales a las redes de cada servicio de salud mediante convenio. En el caso específico de pacientes crónicos o con tratamiento de larga data, la idea es que esta modalidad de cobertura complementaria pueda garantizar que estos pacientes puedan ser atendidos en las mismas condiciones, con su mismo equipo tratante y en los mismos centros que están en este momento realizando y de no ser así, que los centros donde sean derivados tengan características similares.

Luego indicó que debe incorporarse también en la ley un mecanismo de revisión y actualización periódica de la codificación de prestaciones. No son solo de la codificación, sino que la valorización de los aranceles que hoy FONASA está pagando para las distintas modalidades de atención. A través de esta modalidad de cobertura complementaria o a través de la modalidad de libre elección, así como también de los aranceles que FONASA entrega a los distintos servicios de salud por prestaciones realizadas.

Consignó finalmente la necesidad que este proyecto de ley incorpore los mecanismos para establecer un marco regulatorio de los seguros complementarios de la modalidad.

El Vicepresidente Ejecutivo de la Asociación de Aseguradores de Chile A.G., señor Jorge Claude comenzó su presentación con una precisión inicial en el sentido de que hablará del proyecto tal cual lo conocen hoy. Sin embargo, comentó que han tenido unas importantes reuniones con el director de FONASA y con su equipo técnico, en el cual han ido planteando las inquietudes que tenemos de por qué creen que la modalidad complementaria de cobertura complementaria tal cual está en el proyecto no sería viable, de manera de aportar antecedentes para que FONASA evalúe y estudie si es posible introducir algunas indicaciones que pudieran cambiar esa situación.

Señaló que se sabe que el proyecto se origina por una situación crítica de la salud privada y comparten la preocupación de las consecuencias sistémicas que producirían la insolvencia al sistema privado. Aquí estamos

frente a un desafío de política pública mayor y también es importante avanzar evaluando los caminos que han probado a ser efectivos para enfrentar estos desafíos, donde la colaboración público-privada es absolutamente fundamental.

Expresó sin entrar en detalles que es importante mencionar que las compañías de seguro, ya que aquí se habla de aseguradoras como ISAPRES, pero las compañías de seguro, se rigen por el Código de Comercio y el DFL 251 en lo que se refiere a la ley propia de funcionamiento de la industria aseguradora y son supervisadas por la CMF. Esa es la realidad en la cual se mueven. Y es importante precisar que operan en un mundo en que los seguros de salud que ofrecen son de contratación voluntaria.

Sobre estos seguros se debe señalar que hay muchas variedades: complementarios, catastróficos, accidentes, diagnósticos, eventos, etc. En Chile hay 13.700.000 seguros privados vigentes. No significa que haya 13 millones de personas porque algunas pueden tener más de un seguro, pero es una cifra bastante significativa, de los cuales el grueso son los seguros colectivos que se contratan a través de las empresas, de esos hay del orden de 6 millones y medio más o menos de personas que están cubiertas con un seguro complementario contratado por el empleador. Lo otro relevante es comentar que en Chile hay 59 compañías de seguro que pueden ofrecer el seguro de salud. Como digo, en todos estos seguros, tengo que mencionar y precisar que, dado que son de contratación voluntaria, existe una estimación del riesgo pre-contractual. Aclaró que esto es parte de las características de cómo operan los seguros de salud hoy día.

Sobre los aspectos técnicos de la ley corta expresó que se debe saber quién entra. Y se dice que pueden entrar a uno de los esquemas de esta MCC, los afiliados y sus cargas, de los tramos BCID, que voluntariamente paguen una prima. En cuanto al financiamiento son tres capas: el aporte FONASA, la prima adicional y el copago del propio afiliado. En cuanto a la adjudicación, se habla de que debe haber unas bases de licitación, o sea, habrá una licitación, que no vemos ningún problema en que haya una licitación, y el valor de la prima va a ser la variable con la cual se va a adjudicar esa licitación.

En relación a los aranceles se preguntó si seguiría la misma suerte de los actuales aranceles de la modalidad de atención institucional y de libre elección, pero ignoran exactamente hasta dónde llegarían y cuántas prestaciones quedarían fuera de los aranceles. También expresó su preocupación que se contemple una terminación anticipada por parte del afiliado, y, por último, la fiscalización de la Superintendencia de Salud.

Puntualizan por estas razones que el diseño del seguro, tal como está previsto en el proyecto, desde su punto de vista no sería viable. Esto es porque básicamente hay tres principios que rigen el diseño de un seguro: que

es la mutualización de los riesgos, hay muchas personas que contribuyen y entre todos van y financian las prestaciones de aquellos que tienen la desgracia de tener el problema. La ley de los grandes números, mientras más grande sea la cantidad de personas, bueno, mayor precisión se puede alcanzar respecto a las probabilidades de que ocurran distintos tipos de situaciones. En seguros siempre existe el problema de la selección adversa. Y en este caso, nos preocupa especialmente la inscripción voluntaria. Porque el comportamiento del ser humano lo conocemos, una persona podría inscribirse, recibir todas las atenciones de salud que estime conveniente o que necesite, y luego retirarse y no seguir contribuyendo a la mutualización de los riesgos respecto de las otras personas. Entonces, ese es un primer punto que nos preocupa porque al final esto puede producir una selección adversa de que al final puedan ir quedando cada vez menos personas y que son las personas que tienen mayor propensión a tener enfermedades.

También hay un problema de asimetría de información entre los aseguradores y los asegurados. Tal cual está previsto hoy día, al menos en la primera vez, no habría ninguna información para las compañías respecto de las personas que estarían entrando a esto. De hecho, es probable que se podría licitar antes de saber cuál va a ser el grupo asegurado. Y eso dificulta mucho hacer una evaluación objetiva previa del riesgo y, por lo tanto, para las compañías poder establecer en qué condiciones podrían concurrir a esto. También puede haber un problema de sobreuso.

Insistió que les preocupa también la fiscalización de la Superintendencia de Salud, ya que podría producir un conflicto de competencias con la Comisión para el Mercado Financiero, que funciona muy bien y que de hecho aprieta bastante, tanto por el lado de la solvencia como por el lado de la conducta de mercado.

Por otro lado, indicó que es necesario saber si las bases de licitación van a tener una prima o rango de prima prefijada. En general no nos gustan las fijaciones de precios. Creemos que cuando hay 59 compañías compitiendo no es necesario fijar los precios porque la competencia lleva a la optimización. Y también nos preocupa poder disponer de información sobre la red y aranceles previos a la licitación, las redes y los aranceles para cuantificar de una manera apropiada el seguro, para que eso sea posible. También preocupa la fórmula de reajuste de la prima que aparece en el proyecto y especialmente nos preocupa el penúltimo punto que es la factibilidad de que FONASA prorrogue los contratos vigentes.

Y, por último, un comentario menor que también lo han planteado en FONASA, es que los seguros de salud no ISAPRES están afectos a IVA, sus primas, y sin embargo, aquí el proyecto habla de que estas serían contribuciones previsionales. Entonces, nos parece a nosotros que sería importante salvar el punto de si tienen IVA o no tienen IVA para efectos de poder entender bien cómo va a operar esto.

El Superintendente de Salud, señor Víctor Torres expresó que quería hacerse cargo de varios de los planteamientos que aquí se han realizado. En primer lugar, voy a partir respecto a lo planteado por la Asociación de Clínicas, decir lo siguiente, en el caso de las garantías ya se ha conversado, y hubo un cambio luego de la situación de Nueva Más Vida, sobre todo en la exigencia de provisión de deuda, y eso ha implicado que tengamos una mejor condición actual para poder responder frente a ello.

Hoy día la Superintendencia de Salud maneja un total de garantía al 21 de agosto del 2023 de 692.000 millones de pesos, siendo para los prestadores 222.000 y fracción, más aquello que está consignado en el IBNR o las prestaciones en tránsito que son aproximadamente 200.000 millones y fracción. Por lo tanto, obviamente la cantidad de recursos que están garantizados es bastante más cercana al 100% que lo que habitualmente ocurre. Es muy difícil que sea el 100% por la forma de comportamiento de pago que hoy día existe, por los mecanismos de pago incluidos. No obstante, concuerdo plenamente con lo planteado por el Presidente de la Asociación de Clínicas en cuanto a la situación de liquidación. Por el procedimiento que hoy día existe el proceso de quiebra de la ISAPRE Más Vida ha implicado impugnaciones que no están pendientes de resolver, recursos de reposición en el ámbito administrativo que no están pendientes de resolver y se presentaron 47 recursos jerárquicos de los cuales están todos ya resueltos, o sea, la Superintendencia, todas las reclamaciones realizadas por la vía administrativa las agilizamos y quedaron resueltas. Y sobre esta materia existen 47 causas judiciales asociadas a la garantía, de las cuales solo han sido conocidas y resueltas por la Corte de Apelaciones, siete causas; cinco por los montos reconocidos y dos por cotizaciones mal enteradas realizadas por ISAPRES. Las cinco causas por montos se encuentran firme, reconociendo entonces la independencia del proceso de liquidación de garantía versus la reorganización judicial.

¿Por qué se plantea esto? Porque efectivamente aquí hay una situación que se genera muy compleja, porque por una parte tenemos la vía de la reorganización judicial a cargo de un veedor y por otro lado la liquidación de garantía. Y a nuestro juicio, la forma en que se llevó a cabo al menos esta liquidación implica la necesidad de poder concordar procedimientos que sean conocidos de cálculo de deuda. O sea, no puede ser que solo una planilla de Excel sea la forma de establecer el levantamiento de una deuda para poder pagar a un prestador determinado. Tienen que haber requisitos y requerimientos que deben estar claramente establecidos para poder pagar aquello que realmente fue establecido como prestación. Debe haber un procedimiento que sea transparente y que sea bien complementario con la reorganización judicial. Si bien es cierto que hoy día la ley menciona esta complementariedad, a nuestro juicio en la práctica se genera una superposición y los veedores muchas veces avanzan con mayor premura que incluso la liquidación que hace la Superintendencia. Por lo tanto, más allá de la

suficiencia que podamos tener en garantía, yo creo que hay que observar, y quizás sea un buen momento, precisamente este proyecto de ley, cómo podemos mejorar o agilizar entonces estos procedimientos de liquidación de garantía.

Respecto al comentario al ICSA, que no es el IPC de la salud, hay que hacer una precisión, el indicador que está establecido por la ley 21.350, ha resuelto en buena forma, no solo el indicador, sino que el proceso de verificación en todas las causas judiciales que se estaban llevando por adecuación precio base. Quiero recordar que el segundo proceso del año 2022 y el proceso del año 2023 la Corte Suprema ha fallado favorablemente, o sea, en contra de los recursos y por lo tanto favorablemente al procedimiento el punto es que el cálculo del ICSA tal como lo estableció el legislador no solamente se hace cargo de un promedio de las variaciones de costo interanuales y de los costos operacionales interanuales sino que le agrega un elemento de contención de gasto que es precisamente el efecto de la variación interanual de los costos operacionales de FONASA que tiene una incidencia de un 25% en el cálculo de dichos hechos. ¿Por qué? Porque si no todo aquello se terminaría imputando a mayores costos en los planes. Durante los últimos 12 o 15 meses se han ido más de 500.000 personas del sistema de ISAPRES y la gran mayoría asociado a los mayores costos de los planes.

Añadió que de seguir en la lógica de que los mayores costos deben ser traspasados a mayor precio, sin fallos de la Corte, la jibarización del sistema privado continuaría. Por lo tanto, es un tema que se debe, obviamente, considerar, la verificación sí se hace cargo de la variación de los costos operacionales de cada una de las ISAPRES, eso ha permitido eliminar entonces la arbitrariedad que consideraba la Corte en su fallo anteriormente y la unilateralidad en el alza de los precios por la intervención de la Superintendencia.

Respecto de lo dicho por el Colegio Médico de dotar a la Superintendencia de mecanismos para regular contención de costos, señaló que les parece correcto tener una regulación que permita contribuir a que las ISAPRES cuenten con elementos de contención de costos para mejorar la gestión operacional de las mismas. Sobre la crítica de que el cálculo de la deuda debe ser auditable y transparente, yo solo le quiero responder que tan transparente es el sistema, que nosotros tenemos publicado en nuestra página web la memoria cálculo, un manual de procedimiento y contra solicitud toda la información de los datos que están obviamente anonimizados para quien quiera.

Agregó a continuación que hay varios puntos sobre las atribuciones por pago en tiempo y forma contra sanción que es lo que plantea el Colegio Médico. La Superintendencia de Salud debiera tener un rol de supervigilancia, de fiscalización y regulación de todo el sistema sanitario. Hoy día hay una asimetría importante entre la supervigilancia de las ISAPRES versus la de los

prestadores, por ejemplo, supervisamos los contratos entre las aseguradoras y las personas, pero no así entre las aseguradoras y los prestadores. Por lo tanto, cuando hay el término de un convenio, se comunica como un hecho relevante, pero se está afectando directamente a las personas y no podemos actuar sobre ello. Por lo tanto, incluso siguiendo modelos de otros países, la Superintendencia podría perfectamente al menos resolver controversias. Existen dificultades en la cuadratura de cajas por montos que son irrisorios y nadie resuelve esa controversia porque ambos están interesados. Entonces la Superintendencia podría tener un rol en ese sentido, así como también atribuciones sobre prestadores, lo que implicaría una mayor autonomía, porque cuando yo hablo de Supervigilancia sobre todo el sistema sanitario para la protección de los derechos de las personas, hablo de aseguradoras y prestadoras públicas y privadas, y ahí entra lo del plan de pago FONASA, etcétera.

Y si entendemos que la fiscalización finalmente para garantizarle a las personas el acceso y las coberturas, tendríamos que hacerlo entonces, si no es con los seguros, a través de FONASA y los planes que FONASA comercialice, de tal manera que en alguna parte queden garantizados para las personas que lo que van a contratar con FONASA y a través de FONASA con los seguros complementarios obviamente den cuenta de los requerimientos que tienen y se pueda dar cumplimiento a las coberturas pactadas.

El Director de FONASA, señor Camilo Cid señaló que efectivamente tal como indicó el señor Claude se está desarrollando una muy fructífera mesa de trabajo con su Asociación. Y en base a dicho trabajo se prepara una indicación al proyecto que aún se está evaluando.

Añadió que más que lo que esté escrito en la propia ley, las diferencias o las conversaciones han oscilado en función de lo que está ausente en la propia ley, Porque la ley dice varias cosas y algunas han sido precisadas como críticas de los seguros. Muchas de esas cosas se verán si hay que ponerlas en la ley o si hay que ponerlas en las bases de licitación o de alguna manera hacer mención a que las bases tienen que contener ciertos elementos técnicos que sean factibles y que sean por nosotros también evaluados como convenientes.

El Honorable Senador señor Gahona expresó que finalmente se está discutiendo cosas que se echaban de menos, aterrizar los temas de los seguros, que no era viable, y dijo alegrarse que estén trabajando en poder modificar su postura inicial, desde el Ejecutivo.

Manifestó que en su concepto el proyecto debe garantizar tres principios o ideas básicas: que esté centrado en los pacientes, en las personas; que se conserve la provisión mixta, que no puede ponerse en riesgo y, por último, que se mantenga la libertad de elección.

Propuso luego la necesidad de separar algunas materias y abordar en este proyecto los problemas relacionados con los fallos y el tema de FONASA tratarlo en otro proyecto distinto. Por los tiempos que apremian debe resolverse primero el tema de la viabilidad y la estabilidad del sistema y después ver lo que tiene que ver con FONASA, añadió que de resolverse el primer problema en realidad se podría frenar la necesidad de que FONASA cuente con un seguro complementario.

Agregó que en relación a los seguros complementarios también tiene las dudas respecto de que la Superintendencia tenga la musculatura suficiente como para fiscalizar y además ser la contraparte de los seguros complementarios de salud.

El Honorable Senador señor Chahuán reiteró que la responsabilidad se encuentra en el Ejecutivo que tiene iniciativa en estas materias; añadió que desde el comienzo han propuesto separar el proyecto de FONASA de la ley sobre ISAPRES que se está estudiando ahora; por su parte consignó que la Comisión Técnica también considera que el seguro complementario para FONASA, no cumple la expectativa porque no habían aseguradores disponibles para aquello.

Agregó que esperaba que se pueda perfeccionar el texto y llevarlo como indicación al proyecto de seguro catastrófico de salud para los pacientes de FONASA.

Indicó que se requieren definiciones del Gobierno, por ejemplo, si vamos a tener un plan garantizado universal o entender que finalmente tenemos que contar con garantías que sean espejos para los afiliados de FONASA e ISAPRES.

El Vicepresidente de Clínicas de Chile A.G., señor Javier Fuenzalida expresó que a propósito de las deudas y los reajustes una parte es la deuda de las ISAPRES, que está clara y que ha ido aumentando, y otra es la deuda del sistema público, de las prestaciones habituales que paga FONASA y que es cierto se ha llevado un trabajo fructífero con FONASA para ir mejorando mecanismos de pago. Pero hay una deuda histórica de doscientos mil y tantos millones de pesos, que es una cifra que se aborda permanentemente y que la verdad no hay una propuesta. Acotó que en esta conversación falta el Ministerio de Hacienda, que al final del día es el que redunda en, por ejemplo, definir que la deuda se debe pagar o no se debe pagar y cuánto se debe pagar.

En materia de reajuste es también el Estado el que impone dado que la industria paga a sus trabajadores que está indexado entre otras cosas a IPC y luego FONASA reajusta un 6,2 y no el 12 y tanto, lo que de nuevo es consecuencia de la imposición que hace la dirección de presupuesto respecto al presupuesto público.

El Honorable Senador señor Castro González solicitó se explicara por qué en ese sector de la industria de salud se ha hecho tal magnitud de liberación de garantías. Y por otra parte consultar si se consideraran en el proyecto las facultades para que la Superintendencia pueda supervigilar la relación de asegurador y prestadores o entre prestadores institucionales e individuales.

El Presidente de la Asociación de Isapres de Chile, señor Gonzalo Simon expresó que varios de los exponentes han hablado de cambios que a nuestro juicio significan cambios del funcionamiento del sistema y eso nos parece totalmente lógico. Sobre la contención de costos, efectivamente también parece muy importante y de hecho es tanto así que a través de la Comisión Técnica se han entregado decenas de propuestas que deberían incorporarse para ayudar a avanzar en dicha materia.

Luego hizo presente que el tiempo es acuciante para su sector por los plazos que se impusieron judicialmente y por ello instan a acelerar la búsqueda de una solución. Recordó que el Superintendente tiene hasta el 30 de noviembre para poder poner en práctica las modificaciones de la tabla de factores.

El Superintendente de Salud, señor Víctor Torres expresó que quería mencionar a propósito de la variación que ha tenido el costo en subsidio por Incapacidad Laboral, el director de FONASA da cifras relacionadas con el sistema público; en el caso de las ISAPRES abiertas han tenido una variación comparable entre el primer semestre del 2022 y el primer semestre del 2023 de menos 13,4%, o sea, ha existido efectivamente una disminución en los costos de subsidio por incapacidad laboral.

Luego señaló que, en relación a la llamada liberación de garantía, que no es tal, ya que es una potestad legal que tienen las ISAPRES, ellos pueden requerir efectivamente de este mecanismo. Esta no es una liberación de garantía para efectos del uso de recursos en cualquier cosa, es efectivamente para el pago de deuda. El requerimiento que se hace de liberación, que no es del total de la garantía, tiene que venir especificando para qué se va a utilizar y así nosotros fiscalizar que lo que se está liberando es para pagar y por lo tanto se rebaja esa deuda hasta que nuevamente vayan llegando las nuevas facturas.

Acotó que, en una situación de problema de flujo de caja, lo que se debe garantizar con estas medidas permitan mantener la continuidad de pago. Esto es parte de la preocupación que han planteado tanto el Colegio Médico como la Asociación de Clínicas. Por lo tanto, se han realizado, estas liberaciones, pero con una fiscalización bastante estricta.

Por último, en cuanto a las facultades de la Superintendencia hizo presente que antes de la presentación de este proyecto de ley, se ha estado

trabajando con el Ministerio de salud, un proyecto de ley para fortalecer la Intendencia de Prestadores. En dicha iniciativa, en estudio aun, se ha considerado precisamente la potestad para poder supervigilar los contratos que tienen tanto las aseguradoras como los prestadores.

El Director de FONASA, señor Camilo Cid expresó que continuando con lo ya dicho en la sesión pasada se requiere hacer algunas precisiones. En primer lugar, que han recogido algunas de las opiniones basadas en la experiencia de la industria. Fundamentalmente, el proyecto, en forma estructural tal como está pensado en cuanto a la forma de cobrar el precio, como prima plana o comunitaria, la forma de establecer los copagos, las formas de consideración de no discriminación por sexo o de edad o incluso por niveles de preexistencia, son posibles en un contexto de seguros de segundo piso, seguros voluntarios de copagos o financieros, en una relación además que con el prestador la sostiene el Fondo Nacional de Salud. Refirió que estas variables estructurales no están siendo criticadas. Hay unos mejoramientos que tienen que ver con ciertas cuestiones, que sabemos desde la generación de la teoría de seguros de salud, en que se describen los fenómenos de selección, la selección adversa, el riesgo moral, y los problemas de oportunismo que las personas pueden ejecutar en base a determinados conflictos, que se producen en estos mercados.

Añadió que, en general, es muy difícil abordar todos estos problemas en cualquier país, en cualquier circunstancia, pero sí se pueden mitigar. Y entonces, por ejemplo, el tema de selección adversa, que puede ser descrito como el comportamiento oportunista de los que están asegurados, en función de ciertos incentivos, se ha pensado y discutido que las licitaciones tienen que ser con carteras homogéneas, o sea, carteras cuya distribución del riesgo sea relativamente pareja. Por ello se propone que las bases puedan presentar este criterio general de manera que no se concentren riesgos en las licitaciones. También se ha considerado la posibilidad de una permanencia mínima más allá de la que se señala en el propio proyecto de ley.

Luego indicó que, en cuanto a las asimetrías de información, sin duda que es un problema inherente del sistema y aquí nuevamente se piensa que puede ser mitigado a través de la presentación de carteras cuyos riesgos son relativamente conocidos en función de que son personas que además están ejecutando atenciones o están utilizando el sistema privado de salud ya en este momento. Entonces hay ciertos indicios de cómo se comportan, de cuáles son sus riesgos o sus costos esperados en función de la información que públicamente se conoce a través de la Superintendencia o el FONASA en el caso de la modalidad de libre elección.

Añadió que, respecto del sobreuso, el riesgo moral tanto del prestador como de la persona, también se puede incorporar algunas cuestiones importantes en la propia ley o en las bases de licitación que permitan mitigar el riesgo moral. En particular está el tema del riesgo moral del

prestador que puede ser mitigado o controlado de alguna manera a través de los mecanismos de pago que usa FONASA, caracterizado fundamentalmente por los grupos relacionados por el diagnóstico que son contenedores especialmente importantes en la relación de los pagadores con los proveedores.

Explicó enseguida que en la fiscalización estos seguros están sujetos a la regulación o la fiscalización de la Comisión de Mercados Financieros y a la cual se incorpora la Superintendencia de Salud en tanto esta es fiscalizadora del FONASA y de la modalidad de libre elección; en la ley hay una ligazón directa de la modalidad de libre elección con la modalidad de cobertura complementaria que permite mantener esa esa tuición sobre el FONASA y no necesariamente sobre los seguros

En relación a los precios aclaró que tienen cálculos y tendrán también precios de referencia para entender cuáles van a ser las ofertas que se presenten, se debe esperara que se compita por esa variable en la propia licitación.

El arancel de la Modalidad de Cobertura Complementaria, que es un elemento central, estará disponible, antes de la licitación y habrá también considerada una fórmula de reajuste dentro del período de contrato que se debe determinar.

Por último, precisó que sobre la prórroga de los contratos se hacía ver -por la Asociación de Aseguradoras, que era un periodo inadecuado, pero se trata simplemente de una cláusula que permita dar continuidad de la prestación de servicio y no se trata en ningún caso de una prórroga ilimitada.

El Presidente de la Asociación de Aseguradores de Chile A.G., señor Alejandro Alzérreca reiteró que en conjunto con FONASA se está desarrollando una mesa técnica para dar viabilidad al seguro, que tal como está ahora no lo tiene. Connotó que para su asociación es fundamental que se mantengan ciertos principios básicos de un seguro. Ello porque el seguro en definitiva se hace con un grupo de asegurados y se mutualizan los riesgos. Esto quiere decir que entran personas que tienen o están afectos a un riesgo cualquiera futuro y que pagan una pequeña cantidad de dinero llamada prima, con el fin de generar un fondo que administra la compañía de seguros y pagar las indemnizaciones de aquellos que efectivamente fueron afectados por el riesgo cubierto.

Añadió que es un tema eminentemente estadístico, por lo tanto, para poder calcular probabilidades, se requieren grupos asegurados grandes; por ello se habla de la ley de los grandes números. Y no solo debe ser un grupo grande, sino que tengan un grado de estabilidad.

Acotó que es allí que se consideran conceptos como la selección adversa o el riesgo moral; si una persona entra al seguro porque le diagnostican una enfermedad y sale del seguro una vez que es tratado, obviamente que a nadie le convendrá tomar el seguro porque se iguala el costo de la prima con el costo de la atención de salud.

Además, señaló que es importante para evaluar los precios tener una cierta gestión o control de los costos. Y en eso planteo, y en el proyecto está, es fundamental que existan aranceles o una red de prestadoras de forma tal que se sepa que un diagnóstico va a tener un costo -en caso de presentarse- relativamente conocido.

En relación a la prima comunitaria o la no discriminación por sexo o edad o el tratamiento de las preexistencias, efectivamente hay una solución que dice relación con el grupo asegurado suficiente y estable, que permite entrar en mutualización de los riesgos.

Expresó luego que la supervisión por la Superintendencia constituye un problema porque se debe entender el rol que tiene hoy día la industria aseguradora. La industria aseguradora y el seguro que se está trabajando es un seguro patrimonial, no forma parte del sistema sanitario. Este es un seguro patrimonial que contribuye a reducir el gasto de bolsillo de los que tuvieron que tratarse alguna enfermedad. Con este mecanismo se puede permitir que quienes hoy solo pueden acceder a la red pública, puedan tratarse también en redes del del sector privado y que tengan su arancel prefijado. De este modo contribuir a reducir, ojalá sustantivamente, el gasto de bolsillo de aquellas personas que en caso contrario pasarían a ingresar las listas de espera.

Indicó luego que bajo la actual organización del la CMF da no solo el pilar de la solvencia y de la dirección general respecto a la conducta de mercado, si la preocupación es la forma en que la industria va a otorgar la cobertura desde el punto de vista ya más cualitativo, en términos de la cobertura de salud de su regulación y supervisión. Precisó que eso resaltaba porque las dualidades de supervisión y regulación, dan pie a riesgos en la operación y en la gestión de los riesgos de la industria.

El Honorable Senador señor Castro González pidió se precise cuáles son los requisitos que debe cumplir FONASA para hacer viable la propuesta.

El señor Alzérreca en primer lugar contar con un grupo asegurado de un tamaño suficiente y con la estabilidad suficiente y conocido con antelación, para poder tarificar. Segundo, tener los aranceles o red de prestadores determinados antes para poder tarificar cuál es el costo de una determinada prestación. Con esas dos cosas aclaradas y acordadas es posible licitar.

En cuanto al sistema de licitación, es conveniente evaluar cómo funciona hoy día el seguro de invalidez y sobrevivencia porque se pueden sacar algunas ideas que pueden operar también en la licitación del seguro como se está planteando hoy día. Es necesario poner de relieve que se puede tartar de varios seguros: para el GES, para enfermedades catastróficas, para consulta especialistas, no es necesario tener un solo seguro, sino que a lo mejor dar la posibilidad de que las personas contraten distintos tipos de seguros según su preferencia.

El Honorable Senador señor Gahona formuló algunas consultas al Director de FONASA: respecto de la cotización, si iba a ser considerada una cotización de carácter social y si estaría o no afecto a IVA. Sobre el control de las aseguradoras por la CFM y cuando quedarían sujetas también a la Superintendencia de Salud.

Se señaló también que hay aproximadamente ocho millones de personas del FONASA con seguro complementario, cuál es entonces el precio promedio del seguro. ¿Y será por jefe hogar o por grupos familiares? Acotó que le parece muy cercano a una fijación de precios lo que no está.

El Director de FONASA, señor Camilo Cid expresó que ya está dicho son fundamentalmente dos condiciones que el grupo de asegurados sea suficientemente grande y suficientemente persistente en el tiempo. Y que haya aranceles y unas redes de atención bien determinadas; que es diverso a la existente en FONASA de Modalidad de Atención Institucional y la de Libre Elección.

Luego en cuanto a la licitación que ya tiene ciertas características y detalles más la recomendación de considerar el modelo del seguro de invalidez y sobrevivencia.

Añadió enseguida que en cuanto al tema de la cotización está considerada en la ley y se está precisando aquello, como dentro del pago de la previsión de seguridad social por efectos meramente prácticos, para seguir usando los mismos mecanismos con los cuales automáticamente se paga y no tener que recurrir a pagos separados que pueden complicar y requerir un costo adicional al sistema. Se refiere solo a eso lo que no da características de seguridad social de ninguna manera, sino que simplemente es una forma de facilitar el pago del seguro y entonces corresponde el pago de los impuestos. Respecto de los precios se quiere que las licitaciones sean competitivas principalmente en precios, no habría una fijación de precios. En cuanto a las tarifas que se han manejado precisó que son solo simulaciones pero basadas en un conjunto de antecedentes y experiencia acumulada, se cuenta con las bases de datos de la Superintendencia de Salud y las propias de la modalidad de libre elección, se sabe lo que los usuarios utilizan, cuanto gastan, etc. lo que permite tener un acercamiento a un monto.

Insistió que el sentido del proyecto en esta materia es que las personas mantengan las coberturas que tienen hoy y eso genera una brecha que no es muy sustantivamente distinta a la diferencia porcentual que las personas cotizan hoy en promedio.

El Superintendente de Salud, señor Víctor Torres reiteró que para hacerse cargo de lo señalado por la Asociación de Aseguradoras será importante reunirse y conversar. Es cierto que su vínculo actual es con la CMF y, en cambio, el interés superior de la Superintendencia es el resguardo de los derechos de las personas. Y en ese sentido tal como lo planteó el director de FONASA, una manera en que se puede resguardar aquello es aumentando las potestades de fiscalización y supervigilancia respecto del FONASA, quien va a estar a cargo de la licitación de este tipo de planes.

Añadió que también el mecanismo de pago siempre les interesa y no solo por la eficiencia económica, sino que también por el resguardo de la atención y la capacidad resolutiva respecto a los problemas sanitarios de las personas. Avanzar hacia GRD o hacia pago por resultado, en el caso de la consulta ambulatoria, no solo es virtuoso desde el punto de vista de la gestión, sino que también respecto a los resultados que se otorgan a los pacientes.

La Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera manifestó el interés de que las propuestas que se hagan den una mayor viabilidad a las personas; lo importante es justamente en esta área fortalecer la capacidad y la protección financiera y en ese sentido se propone la modalidad de cobertura complementaria.

El Presidente de la Asociación de Aseguradores de Chile A.G., señor Alejandro Alzérreca en relación a la consulta del Senador señor Gahona sobre un precio promedio hoy día no es factible hablar de un precio promedio porque las coberturas son absolutamente visibles y existen desde un seguro complementario colectivo, que puede tener una prima por persona inferior a una UF; a seguros catastróficos, oncológicos, de pago por diagnóstico u odontológico, de forma tal de que un precio promedio no podría no entregar una información adecuada. En cuanto a las pólizas y los precios hizo presente que hoy día hay 60 compañías de seguros, de las cuales casi 40 ofrecen seguros de salud de tal forma que la competencia está bastante asegurada.

Ante la consulta del Honorable Senador señor Castro señaló que en la actualidad hay cerca de ocho millones de personas, tanto de FONASA o de ISAPRES, que cuentan con seguros de salud de las compañías de seguro.

La Directora de Salud Libre, señora Victoria Beaumont expresó que su presentación se realiza luego de conocer los tres fallos de la Corte Suprema y que es posible entender que las actuaciones de los tribunales de justicia generaron una modificación completa a lo que era la regulación de precios de la ISAPRES. Aseveró que la suma de las medidas incorporadas en

los fallos ya conocidos genera en el cortísimo plazo un desequilibrio financiero de estas empresas, porque representa un 20% aproximadamente de menores ingresos operacionales mensuales. Y esto equivale a unos 60.000 millones al mes. Además del costo de deuda retroactiva, que sumado al fallo de tablas de factores más el efecto del fallo sobre GES, se puede llegar a una cifra cercana a los 1.900 millones de dólares. Este es un escenario donde a su juicio la búsqueda de una solución de sustentabilidad financiera debería pasar prioritariamente por paliar el efecto inmediato de la reducción de los ingresos mensuales operacionales.

Acotó luego que estos montos superan considerablemente las potenciales utilidades y también los actuales patrimonios de las empresas, y la conclusión es que, de no mediar una indicación sustitutiva al presente proyecto, la caída en insolvencia es el resultado natural de una aprobación, así como está. Por lo tanto, la decisión es de resorte exclusivo del Ejecutivo, pero requiere una voluntad política que debe estar en esta sede legislativa para un amplio acuerdo.

Enseguida señaló que en este nuevo proyecto de ley o en indicaciones sustitutivas, se debe considerar un nuevo espíritu de la ley, más que implementar los fallos de la Excelentísima Corte Suprema, se trata de mitigar un potencial escenario genere un resultado del todo indeseado para los cotizantes y los afiliados del sistema.

Agregó la importancia de acuerdo y expresó que hay tres grandes razones. La primera es que el impacto es un golpe directo a los beneficiarios más vulnerables de ambos sistemas, retrotrayendo décadas de reformas y de apoyos que ha tenido el sistema de salud para lograr equidad y quedar en foja cero con un promedio de aproximadamente un 30% de la devolución teórica que deberíamos recibir, sin nuestros contratos de salud y sin los actuales planes. Los cotizantes jóvenes y sanos podrían seguramente redestinar sus cotizaciones adicionales a seguros complementarios, quedando a los beneficiarios adultos mayores y que hoy día están cursando alguna enfermedad en el sistema público de salud. Por lo tanto, para el Estado, hacerse cargo a través de FONASA debería ser un costo adicional, especialmente para aquellas personas que hoy día ya portan una enfermedad.

Hizo presente luego que si bien puede haber una mayoría de los cotizantes que podría seguir utilizando el sistema actual de la modalidad libre elección; el equilibrio de oferta es tan delicado que, en nuestros modelos, si se considera que el 10% de los afiliados se pasaran a FONASA y usaran el sistema público, para poder atenderse en la modalidad de libre elección, las listas de espera de consulta de especialidad podrían aumentar en un 40%. Han calculado unas 800.000 consultas adicionales.

Opinó luego que la quiebra parcial es más dañina en ese sentido para los cotizantes que la quiebra total, entendiendo que una quiebra parcial no

permitiría que personas que hoy día ya tengan alguna preexistencia puedan tener algún seguro complementario o irse a otra ISAPRE, cayendo al FONASA.

En segundo lugar, es muy importante hacerse cargo de la incertidumbre que los fallos generaron en los cotizantes. ¿qué sucederá con la continuidad de tratamientos y coberturas actuales de medicamentos para epilepsia o tratamientos de cáncer? ¿qué sucedería con la continuidad de radioterapias o de la posibilidad de validar diagnósticos realizados por el sector privado para activar potenciales GES que ya están en tratamiento en un sistema público? Hay también consultas de mujeres que están gestando y que están informadas de la obligación de gratuidad de los niños menores de dos años. Sin embargo, han surgido dudas de la ciudadanía respecto a la comprensión si las prestaciones del parto o las prestaciones del niño menor de dos años tienen que ser atendidas en modalidad GES o podrán ser atendidas en el seguro complementario. De los cotizantes del FONASA también se han recibido algunas dudas. Una es el temor de ser pasados a llevar en la lista de espera por no tener un círculo o una red de contacto, o simplemente porque los servicios colapsen. Existe también una incertidumbre con respecto a la relación que se da entre la hospitalización y el familiar de no poder acceder a un diagnóstico oportuno.

Y la tercera razón para poder repensar este proyecto de ley es la desprotección y pérdida de derechos que hoy día están teniendo los afiliados que están en ISAPRE y que ingresan al FONASA. Es necesario que estas personas sepan que no solo existen brechas en las garantías de acceso y oportunidad entre afiliados los de FONASA, especialmente en lo que significa a la modalidad libre elección hospitalizada, sino que también hay problemas respecto a protecciones que se encuentran en la ISAPRE y que no se encuentran en el FONASA.

Puso de especial relieve la diferencia que existe entre las posibilidades de reclamaciones judiciales y de reclamaciones administrativas y la igualdad ante la ley frente a unas y otras reclamaciones. Y añadió su preocupación sobre la existencia de la cobertura catastrófica, desde el punto de vista del seguro complementario que FONASA está ofreciendo en este proyecto de ley. Dicho seguro complementario no se hace cargo de resolver estas brechas de cobertura de prestaciones hospitalarias y además no todos los cotizantes de FONASA podrían acceder al pago adicional.

El Presidente de la Federación de Sindicatos Profesionales de la Salud Privada (FESPROSAP), señor Delfín Levicoy expresó que se comprendía la complejidad del problema y deseaba transmitir la incertidumbre laboral de miles de trabajadoras y trabajadores que están desempeñándose en la salud privada.

Añadió que entendía muy bien que hay aristas judiciales que tienen que cumplirse, que se producen proyectos gubernamentales que están siendo

analizados, que hay una Comisión Técnica que está trabajando, sin embargo, que poner de relieve que el sector privado de la salud atiende un sinnúmero de soluciones de problemas de salud que la población chilena tiene, con porcentajes altos de pacientes FONASA, y puso de ejemplo la pandemia como aporte del sector privado de la salud con manos, mentes y espíritus calificados.

Por lo tanto, solicitan como Federación que en todos los acuerdos que se lleguen, en el proyecto de ley, en las indicaciones que se hagan, se considere el proteger siempre la estabilidad laboral de las y los trabajadores del sector privado; recordó que cerca del 80% de quienes trabajan en el sector privado son mujeres y muchas de ellas son jefas de hogar.

El Presidente de la Asociación de ISAPRES de Chile A.G., señor Gonzalo Simon comenzó su exposición indicando que quería dar algunas ideas sobre el tema de los gastos de administración que les fue solicitado en una sesión previa.

Pero manifestó que se debía dar primeramente un contexto dada las opiniones vertidas respecto del funcionamiento tanto del sector privado como del sector público. El sistema de salud tiene como objetivos primordiales el acceso y calidad, esto es, que las personas puedan acceder a atención de salud, y que esa atención de salud sea adecuada, en el sentido que resuelva los problemas que las personas tienen. Sobre estos aspectos señaló que las encuestas han sido sistemáticas, siempre han dicho lo mismo en el sector privado, tanto la gente del sector público como del sector privado, consideran la atención de mayor calidad, con mayor satisfacción y con mayor oportunidad.

¿Qué es lo que ha pasado en el sistema ISAPRE? el nivel de satisfacción se mantiene relativamente alto a lo largo del tiempo, con alrededor de tres cuartas partes de la población manifestando notas que van entre 6 y 7 en cuanto a su nivel de satisfacción. Esta es una encuesta de aquellas personas que participan del sector y por lo tanto lo que están evaluando es la calidad de servicio que ellos están recibiendo. Esto es porque están recibiendo una atención oportuna, rápida, y con un nivel de tecnología muy adecuado, algo que quizás se vaya perdiendo en el tiempo. Ya informaba el presidente de la Asociación de Clínicas que efectivamente la inversión no había sido el último tiempo igual que las anteriores por la incertidumbre que se veía en el corto plazo. En las atenciones GES, las ISAPRES no tienen listas de espera. El ejemplo evidente es el del cáncer, donde la cobertura es del 95% cuando se utiliza el GES y evidentemente no hay ninguna demora en la atención.

Añadió que la mayoría de las personas lo que manifiestan, tanto en el sector público como privado, es que la prioridad en Chile es mejorar y modificar el sistema público de salud y por lo tanto es ahí donde hay que buscar las mayores modificaciones.

Enseguida expresó que se podría pensar que estos resultados se consiguen porque los ingresos, los recursos disponibles y los costos involucrados son muy distintos en un sistema y en otro y la verdad es que los números no reflejan eso. En el año 2000 efectivamente había una relación entre el gasto de salud de las personas en ISAPRE per cápita y los gastos de salud de las personas en el sistema público per cápita de 2 a 2; en el sistema público se gastaba 1, en el sistema privado se gastaba 2,2; sin embargo, ya el 2015 por los esfuerzos que sucesivos gobiernos fueron haciendo en relación con el aporte fiscal esa brecha se había casi desaparecido y al 2015 la diferencia era que en el sector público se gastaba 1 y en el sector privado se gastaba 1,2. Al año 2015 los gastos de salud ya se habían casi equiparados. Ese cuadro era de gran utilidad porque reflejaba el esfuerzo que estaba haciendo el Estado en relación con esta materia. En adelante se siguió ese estudio por un tercero esa tendencia se mantuvo y fue antes de la pandemia; porque la pandemia la verdad es que es una situación bien particular que amerita una revisión distinta, pero la diferencia entre el sector privado y el sector público en el per cápita del gasto en salud son muy mínimas.

Señaló luego que hay un nivel de satisfacción muy alto, hay un acceso a salud muy importante en el sector privado, sin embargo, no hay una diferencia muy importante en relación con los costos. Pero son dos sistemas que tienen mecanismos de financiamiento distinto. En el caso de las ISAPRES es un financiamiento completo por parte de la cotización que en la actualidad alcanza alrededor del 10% de la renta, el 7% legal más un 3% voluntario que las personas realizan. En tanto que, en el caso del sector público, siguiendo la cuenta pública del FONASA del año 2022, se informa que la cotización legal es el 21% del total de los ingresos que recibe el FONASA, siendo el 77% el aporte fiscal. Si uno lo que hace es que equipara el sistema de financiamiento de ambos sistemas, del sistema público y el privado, significaría que las personas que están en el FONASA tendrían que estar cotizando un nivel de un 20% si no existiera el aporte o subsidio fiscal.

Hizo presente que, en el sector privado, la eficiencia es algo clave en su funcionamiento y evidentemente en el sector salud son tres las variables que hay que estar revisando: las prestaciones de salud, las licencias médicas y el gasto de administración y ventas. En prestaciones de salud hay una serie de puntos, estos son algunos de los puntos que están planteados en la Comisión Técnica, entendemos que hay otros más que están siendo revisados.

Continuó explicando que hoy la ley que regula las ISAPRES en su artículo 189 regula un contrato con el afiliado que es de naturaleza indefinido, esto es, duran el tiempo de la vida de la persona si ella así lo decide. Y por lo tanto eventualmente se deben realizar adecuaciones en el tiempo, no solo de precios, también de contenido para que efectivamente funcione de modo adecuado.

La disposición señalada previene que se pueden modificar en un contrato de opción preferente el prestador, de tal manera de ir en el tiempo buscando aquellos prestadores que fueran semejantes, de un nivel de calidad parecido, pero que estén alcanzando mayores niveles o mejores condiciones desde el punto de vista de calidad, de resultado y de costo de las atenciones. Eso es algo que anticipó la ley. Sin embargo, al día de hoy, la forma en como se ha venido aplicando por parte de la Superintendencia, han sido tan estrictas las condiciones establecidas para hacer las modificaciones de los prestadores que ha resultado casi imposible hacerlos.

Otros cambios propuestos tanto para el sector público como privado, por ejemplo, la existencia de un vademécum general sería muy útil para el FONASA y para las ISAPRES; o, que haya una ficha clínica universal, sería muy útil para todo el sistema, etcétera.

Añadió que en materia de licencias médicas hay muchas cosas que hacer también, a vía de ejemplo, licencias médicas mentales que tiene tanto efecto en todo el sistema de salud no se ha actualizado y el decreto que lo regula ya lleva un par de años que está siendo revisado por parte del Ministerio de Salud y de la SUCESO.

En otra materia se refirió al gasto de administración y venta que también depende de varias cosas. Uno, es el nivel de servicio que se quiera alcanzar. Evidentemente hay que hacer los esfuerzos por mantener un nivel adecuado. En el caso del sistema privado, por ley está autorizado a vender tres tipos de productos: el libre de elección, el de atención cerrada y el prestador preferente. Las ISAPRES ofrecen estos tipos de productos que son distintos y al serlo son propuestas y ofertas a las personas que se acerca más a las necesidades de las ellas, eso difiere de la oferta del sector público.

Recordó que en FONASA el beneficio que se obtiene está totalmente enmarcado dentro del nivel de renta que la persona posee y por lo tanto no hay ninguna definición. El nivel de renta define inmediatamente cuál es la cobertura. Esta es una diferencia muy fundamental.

Lo segundo es que en el sistema privado existen reembolsos. ¿Qué quiere decir que existan reembolsos? Significa que todo prestador autorizado por el Código Sanitario, puede dar su atención de salud a una persona de ISAPRE y va a recibir una bonificación. En el sistema público eso no existe y solo están autorizados para recibir cobertura aquellas personas que tengan un convenio con el FONASA.

Evidentemente eso es una diferencia fundamental desde el punto de vista del funcionamiento del sistema y de la complejidad de la operación que el sistema tiene que ir haciendo, puesto que la variedad se abre de una manera muy importante, pero permite que las personas puedan efectivamente elegir cualquier prestador que a ellos les resulte más apropiado.

Manifestó también que otro punto importante es la relación entre el asegurado y el prestador. A diferencia del sector privado en el público hay una asociación completa, una integración completa entre el funcionamiento del seguro y el funcionamiento de los prestadores institucionales Ya que es en la ley de presupuestos de la nación que se establecen todas las condiciones que tienen que ver con los pagos que se hacen a la red pública. En el caso del sector privado no existe esa interacción y va sucediendo caso a caso.

Analizó que el sector público no tiene funciones que sí tiene el sector privado; porque realiza la recaudación, pero solo del 21% de los ingresos ya que lo demás son ingresos con origen en un decreto del Ministerio de Hacienda.

En materia de licencias médicas ellas son revisadas por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez que es una entidad externa. FONASA informa que sus gastos de administración son alrededor de 150 mil millones y el COMPIN tiene un presupuesto de alrededor de 260 mil millones y la amplia mayoría de su trabajo tiene que ver con las licencias médicas, eso no está contabilizado como costo en FONASA. Y cómo se administran las licencias médicas en el Fonasa: El 80% se administra a través de las cajas. Las cajas son las que procesan la parte administrativa de las licencias médicas. Nuevamente, ese costo, que en el caso de la ISAPRE está totalmente subsumido en los gastos de administración, en el caso del FONASA no.

En materia de atención institucional, el FONASA lo que hace es que traspasa los costos, los fondos que requiere la red pública a los servicios de salud, a la dirección del servicio de salud. La dirección del servicio de salud tiene un presupuesto de sobre 700 mil millones que en parte muy importante están destinados a apoyar al FONASA en esa función de distribución de esos recursos que tampoco están contabilizados en los gastos de administración. En tanto que en las ISAPRES, la relación es directa entre el asegurador y el prestador.

Puso de relieve que por estas razones no son comparables a nuestro juicio los costos que hoy día se informan a través del FONASA con la forma como las ISAPRE funcionan.

Luego connotó que los gastos de administración en las ISAPRES evidentemente han venido cayendo y van a seguir cayendo a medida que la tecnología avance.

El Honorable Senador señor Chahuán consultó al Director de FONASA sobre los costos involucrados en materia de administración y pago de licencias médicas.

El Director de FONASA expresó que debe corregir algunas imprecisiones de la exposición del Presidente de ISAPRES quien hizo más bien una exposición sobre FONASA.

Preciso en primer lugar, que el gasto de administración de FONASA es del orden de 0,41% del gasto que administra el fondo. Eso ha sido presentado en varias oportunidades incluida en la cuenta pública.

Añadió que las licencias médicas son realmente ínfimas en relación a los gastos generales que administra el fondo, que como ustedes saben y lo he dicho en otras oportunidades, ya supera los 15 mil millones de dólares al año.

También el gasto de operación no es comparable ya que los cálculos son los costos de administración de las ISAPRES y lo que cubren no está incorporando los copagos que las personas hacen en las clínicas. Eso resulta evidente cuando uno compara que el gasto en salud en Chile es cercano al 9% del Producto Interno Bruto y la mitad más o menos es gasto privado. Y la otra mitad es gasto público. Eso establece inmediatamente una diferencia porque si tenemos el 80% en el sistema público para la mitad del financiamiento que es público y el 20% o el 15% de personas que están en el ISAPRES para el mismo porcentaje.

Reiteró que si el 55% está disponible para el 80% de la población y el otro 45% está disponible para el 15% restante; no es posible que el per cápita que se usa en ambos mundos sea equivalente.

Además, indicó es mucho mayor el per cápita que se usa en el mundo privado porque los cálculos que entrega la asociación no incorporan el gasto de bolsillo y si se incorpora el gasto de bolsillo, entonces la diferencia es al menos el doble.

Expresó luego que es preciso señalar que los ingresos del FONASA, en términos presupuestarios son los que dice el Gonzalo Simon, sin embargo, en términos financieros, dado el hecho que nosotros financiamos las licencias médicas, han alcanzado el 30% del aporte total. Y esta situación va en aumento porque está creciendo el número de los beneficiarios, los cotizantes. FONASA también recauda, no recibe solamente, pero claramente se debe contar con una autorización presupuestaria para gastarlos, que está en la ley de presupuestos.

En cuanto lo expresado por la señora Victoria Beaumont respecto de las brechas que tiene FONASA respecto de la cobertura de las ISAPRES manifestó que tanto en el proyecto y en el mensaje del mismo se reconoce eso y lo que se está haciendo justamente es tratar de generar un cierre de esa brecha.

Y por último señaló en relación a la mayor inequidad que eso puede producir que lo cierto es que en ese caso el FONASA se está haciendo cargo de dicha inequidad existente en el sistema en su conjunto, y que es mucho mayor que la se puede controlar dentro del FONDO. El principio de equidad en el financiamiento, implica que no se va a subvencionar con mayores recursos a las personas de esta modalidad; es una reestructuración del financiamiento y son las propias personas las que financian su cobertura complementaria, sólo que ahora con un prepago y no desde bolsillo.

El presidente de la Federación Médica de Chile, señor Rodrigo Julio, acompañó una presentación e informó que trabaja tanto en el sector público como privado. Respecto a la Federación que preside indicó que se trata de una organización sin fines de lucro, que fue formada para reunir a las asociaciones médicas creadas en los centros de salud privada.

Representan a médicos que se desempeñan total o parcialmente en el sistema privado de salud y tienen personalidad jurídica desde el año 2022.

Pretenden, desde la mirada de la salud privada, aportar todos los elementos, a propuestas tanto del Colegio Médico y el gremio en general, como lo hemos hecho hasta el minuto.

Para entender la salud privada, comentó que el modelo de relación entre los profesionales y los prestadores institucionales tiene varias dimensiones. La primera es la contratación, en la cual es una relación laboral a través de un contrato a plazo fijo honorario. Hay una acreditación también individual de algunos médicos que sólo ocupan las clínicas para uso de pabellón, algunos procedimientos de hospitalización y no trabajan en su tiempo completo en ellas. Y la tercera es la prestación mutua de servicios, que es la mayoría de los casos, en la cual las instituciones de salud privada proveen infraestructura mobiliaria, administración, y cobro, y los médicos se encargan de la atención de hospitalización de paciente o atención directa de paciente.

De acuerdo a distintos modelos, está el modelo de participación o arriendo de consulta, el 85% trabajan de esa forma.

El honorario de los profesionales se basa de acuerdo al volumen de paciente atendido, número de cirugía, procedimiento realizado, interconsulta, etcétera, por lo tanto, no reciben un sueldo en particular, sino que es un trabajo en base a producción y la valorización de estas prestaciones, es a partir de convenios establecidos entre el centro de salud y las aseguradoras, ya sea públicas o privadas, teniendo como base el arancel FONASA, en el sentido de que los médicos no participan de la gestación de dichos aranceles.

A partir de esto, se refirió a continuación a la deuda, ya que la dimensión de la misma, en el contexto de los profesionales de la salud, es

distinta a la dimensión de las instituciones, que puede tener una espalda financiera.

Destacó que existe una cadena de pago, la cual parte en el minuto que la ISAPRE emite el bono del pago de la prestación y a raíz de la emisión de este bono, se activa la segunda parte de la cadena de pago, es decir, el cálculo del copago y la activación del seguro complementario. Por lo tanto, la deuda no se remite simplemente a la deuda directa de la ISAPRE, sino que, a la suma de la cadena de pago total, en el cual, si se corta un eslabón, no se activa el resto de la cadena y por eso, es que la deuda del sector privado, hacia los prestadores, no se limita a 485.000 millones de pesos, sino que se extiende a 625.000 millones de pesos, sumando la cadena completa de pago. Aclaró que esa es la deuda a los prestadores institucionales, y el 30% del total señalado, que son 145.550 millones de pesos, es la deuda a los prestadores individuales.

En el caso del sector público, señaló que es un poco más complejo de dimensionar, hay distintos estados de la deuda exigible, no exigible, la deuda de los servicios de salud, versus la deuda FONASA que, en total, a marzo de 2023, sumaba a 308.000 millones de pesos.

La deuda a los prestadores individuales la calcularon en un 25%, que son cerca de 60.000 millones de pesos, que es la deuda pública en cuanto a honorarios médicos.

Respecto a los fallos de la Corte Suprema y sus potenciales efectos, está claro que los tres fallos van a provocar algún grado de peligro en cuanto a la estabilidad financiera del sistema y dependiendo en cómo se apliquen los fallos, dependerá la subsistencia del sistema prestador privado, tal como se conoce actualmente.

Manifestó sus dudas de que en el actual escenario, las ISAPRES tengan la capacidad para responder a las deudas actuales del sistema, considerando además, que el patrimonio total de las ISAPRES es de 450 millones de dólares que por lo tanto, en un contexto de quiebra, no alcanza a cubrir toda la deuda.

Añadió que revisaron los indicadores de las ISAPRES, respecto a su estabilidad, contemplaron la deuda de las ISAPRES con los prestadores y sus afiliados y se evaluaron los indicadores que permiten calcular la capacidad de pago. Comentó que, si se suma la deuda operacional de la ISAPRES, la deuda de los fallos y la reducción de ingresos a futuro por parte de la aplicación de los fallos, desde una perspectiva del mundo médico, su pronóstico es muy malo.

Cada ISAPRE, desde el punto de vista de la condición operacional de cada prestador privado, aporta entre un 5% y un 30% de los ingresos de un determinado prestador, por concepto de cuentas, procedimientos y consultas.

Por lo tanto, si una ISAPRE cae en insolvencia, implica una reducción en la misma proporción de los ingresos de los distintos prestadores, lo cual provoca una cadena de efectos: reducción de los recursos del prestador institucional; limitación o puesta en riesgo de su capacidad operacional; reducción de costos o ajuste de costos; reducción de personal; contracción de inversiones y eventualmente la quiebra.

Hay una etapa de reducción de personal, aproximadamente un 15% del personal total se ha desvinculado de las distintas clínicas y centros médicos.

Por otra parte, realizaron el análisis del impacto que esto tiene en los pacientes. Las personas sanas o menores de 60 años, tienen múltiples alternativas para optar a distintos accesos a través de la salud privada, sin embargo, los enfermos no podrán acceder en forma individual, probablemente en forma colectiva sí, a un seguro complementario, por no ser elegibles por las compañías de seguro, ya que seleccionan el ingreso.

Los nuevos filiados FONASA, por lo tanto, podrán acceder a la modalidad institucional, sin embargo, estarán en la fila de los dos millones de personas que actualmente están en lista de espera, tanto de atención de especialista, apoyo de diagnóstico, y la cercana a las doscientos ochenta mil cirugías que también están pendientes al respecto. En resumen, se reduce la oportunidad de atención a los pacientes.

Mencionó los datos que aparecieron recientemente en la encuesta de la Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello, en la cual un 22% de los afiliados, que en este momento están en ISAPRES, es decir, cerca de 600.000 afiliados, tienen una enfermedad grave o un tratamiento de alto costo.

Señaló que la encuesta también abordó parte de la migración de los pacientes de ISAPRE a FONASA, de los cuales 2/3, se explica por la crisis económica y dudó que el nuevo modelo propuesto de MCC de estabilidad financiera, en este caso, a los prestadores.

Precisó que los efectos en los médicos, ha sido la ralentización de los procesos de pago a los profesionales, las cuentas pagadas a plazo son bastante mayores. Se ha visto la suspensión de convenios entre prestadores y las ISAPRES, con lo cual, se ha reducido los volúmenes de consulta y procedimientos, y se ha hecho menor volumen de cirugías no urgentes.

Ha habido cambios importantes en la relación entre los prestadores institucionales y los profesionales, en el sentido de que hoy día el prestador institucional está pagando contra recaudación, lo que se ha reflejado en una reducción de ingresos que puede llegar al 30% o 35%, sin considerar, además, la incertidumbre sobre el futuro laboral y la subsistencia del centro de salud en

el cual trabajan. Por lo tanto, si las ISAPRES quiebra, existe un riesgo de interrupción d ellos tratamientos de los pacientes, no se paga la deuda con el prestador e instituciones individuales, no pagan las deudas no facturadas en tránsito, que no está fiscalizada por la Superintendencia.

El objetivo de la organización que representa es proponer mecanismos para dar estabilidad financiera al sistema. Esperó que se puedan cumplir los compromisos que la ISAPRES tanto con los afiliados, como con los prestadores, proponen un conjunto de modificaciones acotadas al modelo ISAPRES, con el objetivo de darle sustentabilidad y dar tiempo para una futura reforma integral al sistema de salud.

Las propuestas sobre el cumplimiento del fallo de la Corte Suprema, es que debiera implementarse y consideró muy relevante la aclaración de los mecanismos del cálculo de la deuda y contemplar las propuestas que se han hecho hasta el minuto.

Toda modificación orientada a resolver la crisis financiera que generan los fallos, debe estar acompañada de cambios acotados al sistema de ISAPRE que impidan su judicialización, a corto, mediano y largo plazo.

Para esto comparten un conjunto de modificaciones a la ISAPRES, obtenidas de la revisión de los diferentes documentos que se han presentado en esta Comisión y que se han expuesto a la opinión pública y que consideró que son de consenso.

Para resolver la crisis financiera, se debe buscar alguna fórmula que no implique gasto fiscal, hay consenso en eso también. Para dar estabilidad financiera al sistema sin utilizar recursos del Estado, ven la factibilidad de trabajar sobre la fórmula de cálculo del valor de los planes de ISAPRE, pero que no implique alza en el valor a los afiliados y consideró, junto con esto, cualquier fórmula que le dé estabilidad financiera al sistema de salud privado en general, no solamente las ISAPRES.

Toda fórmula debe contemplar la no interrupción de los tratamientos de los pacientes, debe evitarse la interrupción de la cadena de pago contemplada en la totalidad de las prestaciones efectivamente realizadas. Por tanto, proponen también, dotar a la Superintendencia de más facultades de fiscalización, en la totalidad de la cadena de pago, desde el minuto en que el paciente se va de alta hasta que se genera la garantía.

Una alternativa, es la modificación del precio base en una proporción igual a la reducción de los ingresos, a partir del cálculo del valor de los planes calculado por la tabla de factores de la Superintendencia, con el objeto que el valor final se mantenga igual a los afiliados y no reduzca el resultado final del ejercicio de la empresa.

Señaló que está la posibilidad de generar esta fórmula, pero en forma prospectiva, es decir, a partir de la fecha de promulgación a futuro, lo cual deja una deuda, pero que no requiere una reforma constitucional, puede ser una ley simple y que puede estar contenida en la llamada ley corta.

Respecto al pago de la deuda, sostuvo que hay múltiples alternativas, por ejemplo, un porcentaje definido por ley, a partir del resultado del ejercicio previo del pago de impuesto de cada ISAPRE, que puede ser pagado en excedente o en prestaciones.

El objetivo finalmente, buscar dar estabilidad al sistema y sustentabilidad en el tiempo. Y las modificaciones acotadas al sistema de ISAPRES que han sido discutidas en diferentes documentos, es la eliminación de la selección al ingreso, una tabla única de factores o idealmente, eliminación de ésta, un fondo de compensación de riesgo, que permita la libre movilidad de los afiliados, evitar la cautividad, un plan único basal de salud, que permita la comparación con otros planes al respecto, un modelo de salud jerarquizado y orientado a la prevención, es decir, cambiar la lógica por un modelo que pretenda estar orientado a la prevención, flexibilizar la regulación para que se pueda estimular la existencia de modelos de compra que optimicen el resultado como GRD, y estudiar la separación de los subsidios de incapacidad laboral, es decir, las licencias médicas, de los modelos de aseguramiento.

En cuanto al nuevo modelo de atención en FONASA, cuestionan la viabilidad de su implementación, dada la forma de operación de los modelos de seguro. El proceso de cambios de la entidad estatal es largo, es lento, y requiere mucha participación. Por lo tanto, ante la insolvencia potencial de una ISAPRE, estimó que no va a dar tiempo para que este modelo alcance a incorporar a todos los pacientes que se vayan a migrar en casos que se produzcan insolvencia masiva del sistema.

Consideró que el volumen de la deuda estatal con los prestadores y la propuesta del gobierno de cómo hacer el pago de las prestaciones ya realizada, genera un grado de desconfianza en la gestión futura para garantizar a los prestadores, particularmente individuales, estabilidad laboral.

Y desde la perspectiva de quienes trabajan en salud privada, señaló que ven con desconfianza un modelo que tiende a fijar el cómo, cuándo y cuánto pagar, tal y como lo hace un monopolio, que en este caso sería un monopsonio.

Consideró importante que se realice un fortalecimiento de FONASA, apoyó la idea de que debe contar con una administración autónoma de los gobiernos de turno y que no dependa de las condiciones, ideológicas o políticas de un determinado gobierno, sino que tenga un carril de desarrollo y de trabajo que sea estatal.

El Honorable Senador señor Castro González consultó al Superintendente por la cifra 145.000 millones que se indica, de deuda a los prestadores individuales y a los médicos.

El señor Superintendente señaló que la deuda que está garantizada es respecto del total facturado, por lo tanto, incluye también los copagos, no solamente aquello bonificado por la ISAPRE. Y en el caso de la deuda en tránsito, ella está garantizada a partir de la provisión que se exige, que permite llegar a una cobertura en prestadores individuales e institucionales de alrededor de 450.000 millones, al 31 de mayo de este año.

Además, han permitido el pago de deuda contra liberación de garantía, lo que ha permitido mantener un flujo caja y la continuidad del pago.

Respecto a los prestadores individuales hay un punto que se debe precisar y es útil poder tener la información que entregan los expositores, por lo siguiente, porque la Superintendencia puede pesquisar aquella deuda directa que tiene la ISAPRE con un médico, por ejemplo, los bonos. Distinto es que éste tenga una deuda indirecta, o sea, a través de la deuda que está consignada como deuda a prestadores institucionales, y esa es la deuda donde no tienen un acceso directo, y ahí, cambian las cifras.

El Honorable Senador señor Gahona mencionó un reportaje que indica que casi el 50% de personas que migraron de ISAPRES a FONASA, serían de los tramos A, B y C.

Por lo tanto, son personas con ingresos demostrables inferiores a $670.000 pesos. El 30% de ellos es con ingresos inferiores a $460.000. Se podría pensar que al menos la mitad de las personas que ha migrado, lo hace por situación económica, más que por otra cosa, porque no tendrían posibilidad de seguir solventando sus planes de salud.

Lo anterior, lo llevó a analizar, con un poquito más de detalle, el modelo de cobertura complementaria que plantea FONASA, que tendría un costo de $30.000.

Si se toma esos datos, sólo pensando en que podrían pagar los $30.000 aquellas personas del tramo B, si se considera la cobertura del 7%, más el seguro complementario, vería aumentada su cotización en casi un 20%, es decir, llegaría la cotización del 7% al 20% y no al 10% como ha afirmado FONASA aquí permanentemente, que es un poco lo que se paga en el sistema privado de salud más allá del 7% y si se observa el tramo C, los datos llegan 16% de la renta.

Entonces, al parecer, no hay disposición a que ese peso que se está planteando en el seguro complementario será de $30.000. Por otra parte, las personas que acceden a ese seguro complementario, estarían pagando

bastante más, en términos adicionales a su renta, de lo que hoy día pagarían en la ISAPRE, producto de que efectivamente no califican para el sistema privado de salud por su renta, desafortunadamente.

Con estos datos es evidente que se hace inviable, por lo menos para la mitad de las personas que se cambiaron de ISAPRE al FONASA, la posibilidad de tener un seguro complementario de salud

Consideró que este modelo complementario de cobertura, está más bien entrampando la discusión de la ley corta, más que ayudando y consultó por la disposición y la posibilidad de que el Ejecutivo separe el proyecto.

El Presidente de la Federación Médica de Chile, señor Julio respecto a la pregunta sobre la forma en que se hicieron los cálculos de la deuda, señaló que fue en base a conversaciones con las distintas clínicas. Señaló que las proporciones que corresponde en cuanto a la deuda de la ISAPRE y de los copagos, es diferente en una clínica con respecto a la otra, por tanto, el desglose completo de la deuda de las ISAPRES y de los copagos hacia los prestadores individuales, es aproximadamente un 30%.

Respecto a la deuda que corresponde a los copagos en cuanto a honorarios, comentó que la mayoría de los seguros complementarios de salud hacen coberturas de hospitalización. Las coberturas de copago que incluyen honorarios médicos, son básicamente prestaciones que no están codificadas y que eventualmente son pacientes graves que se han operado con tecnología que no está precisada en un determinado paquete, por lo tanto, la proporción en cuanto a copagos no es la misma.

Sostuvo que el Superintendente tiene razón en decir que los modelos de relación, muchas veces, el monto total de la cuenta va en la clínica y no hace una separación entre el prestador individual y el monto de la clínica. Por eso es que esta proporción la calcularon haciendo la consulta a cada una de las asociaciones federadas y coincide el monto de la deuda entre cada una de las clínicas y es aproximadamente entre un 25% y un 30% de la deuda total, que corresponde a prestadores individuales.

La Ministra de Salud comentó que el proyecto de ley corta tiene el particular interés de justamente estabilizar, desde un punto de vista financiero, a las ISAPRES, dada la importancia de dar continuidad a las atenciones a los asegurados y en eso el rol preponderante que tienen los prestadores privados, tanto institucionales como individuales, que eso está en el centro del interés del Ejecutivo a través de la presentación del proyecto de ley.

Es una situación compleja en la cual todos están abocados a ver una posibilidad de hacer ajustes al sistema privado, que permita superar esta crisis para posteriormente trabajar en una propuesta de reforma más profunda.

Respecto a algunos de los aspectos que se mencionaron, sostuvo que, como Gobierno, se ha reconocido que existe una deuda, vinculada a la situación pandémica de los dos últimos años.

Recordó que se han planteamientos para el pago de esta deuda, que están discusión con la Asociación de Clínicas y se están tratando de mejorar las condiciones.

Por cierto, que hay problemas como los que mencionó el señor Julio de los reajustes y manifestó entender esa situación.

En relación a la modalidad de cobertura complementaria, mencionó que han estado en discusión con la Asociación de Aseguradores y los planteamientos que ellos hacen en relación a la modalidad de cobertura complementaria, los están considerando para mejorar la propuesta de ley.

La Jefa de la División Gestión Comercial de FONASA, señora Nancy Dawson sostuvo que hay que distinguir las dos modalidades que tiene el fondo. En la modalidad libre elección hay 18.000 prestadores individuales y más de 5.600 clínicas inscritas.

Indicó que el promedio de pago de esas prestaciones, de modalidad de libre elección, es muy breve 9,7 días en promedio y eso que se consideran las otras modalidades. Es decir, en términos de la relación que tiene FONASA con los prestadores inscritos en modalidad de libre elección, el pago es muy ágil.

La otra modalidad, es la modalidad de atención institucional, en la que actúan como Fondo Nacional, para cumplir las brechas que pudiera tener el sector público y en ese sentido, hacen convenios con prestadores privado.

Los pagos en esta modalidad, se liquidan mensualmente y se pagan mes vencido.

Comentó otros convenios, relacionados con camas críticas, de modalidad GRD, GES, segundo prestador, y otros convenios más pequeños. Los contratos que firman los prestadores, y las cuentas de se generan, deben ser revisadas por FONASA. Eso es lo que produce algún grado de lentitud.

Señaló que han mejorado los tiempos de pago.

La mayor deuda es en el pago de los rebases, que fueron asignados en el periodo pasado, de responsabilidad de los servicios de salud, entre el periodo del 1 de enero de 2019 hasta diciembre del 2022, fecha en que FONASA tomó la decisión de generar el pago completo de la cuenta de ley de urgencia. Es decir, hacia adelante, la revisión de cuentas de ley de urgencias del 2023 en adelante, tiene la celeridad que mencionó anteriormente.

Respecto a la deuda que se generó entre 2019 y 2022, se hizo un plan de pago, concordado con DIPRES y en este momento, junto con la Asociación de Clínicas están conciliando esas cuentas para empezar a pagar este mes una parte y terminar con el pago del 40% a más tardar en marzo del 2024.

El Honorable Senador señor Gahona a propósito de los fallos de la Corte Suprema, uno por tabla de factores, para el cual establece una fecha para su cumplimiento, que en un inicio, es el 30 de noviembre, en cambio, en el fallo GES, no se establece fecha, pero establece que tiene que implementarlo la Superintendencia.

Recordó que había consultado si sería conveniente que el Gobierno solicitara la prórroga por los dos fallos, eso implica, sujetarse a una sola fecha determinada también para el tema GES y la idea era hacerlos calzar con el plazo para tabla de factores.

El Vicepresidente de la Asociación de ISAPRES, señor Gonzalo Simon manifestó que los plazos es un tema sumamente importante. El Ejecutivo ha presentado un proyecto, se está discutiendo en el Congreso Nacional y ambas Cámaras necesitan plazo, así como la Superintendencia de Salud, para elaborar las circulares que establece el proyecto de ley.

En caso que la Superintendencia ponga en práctica el fallo GES, rápidamente, en muy pocos meses, las ISAPRES quedan con incumplimiento de los indicadores, lo cual eventualmente impediría su funcionamiento en adelante y se cae el fundamento del proyecto de ley que se está discutiendo.

Respecto a la tabla de los factores, dado que es a la propia Superintendencia a la cual se le fija una fecha, hay una prórroga que se debe solicitar y en el caso de la sentencia GES, consideró que la Superintendencia debe promover ante la Corte Suprema, las aclaraciones y la coordinación necesaria de su puesta en práctica, cumpliendo con el desarrollo que se está haciendo del proyecto de ley, en caso contrario esto va a ser totalmente ineficaz.

Recordó que el artículo 115, número 2 de la ley de salud vigente, establece respecto del GES, que la Superintendencia tiene que velar no sólo por los aspectos financieros, sino que, por los aspectos jurídicos, que tienen que ver con la revisión de las leyes, las normas, circulares y, además, con las sentencias.

Consideró clave el trabajo que se pueda realizar, de tal manera de provocar esa coordinación y que los plazos de funcionamiento de las sentencias, que tiene que ver con la tabla factor y con GES, se pueda hacer en conjunto con la implementación eventual del proyecto de ley corta, para que

todo opere correctamente, se cumpla con la sentencia y finalmente se les dé garantía a las personas, de que puedan seguir recibiendo las coberturas que actualmente mantienen.

El señor Superintendente clarificó algunos puntos para tener elementos comunes a la hora de definir materias.

En primer lugar, hay acuerdo de que se requiere más plazo, en el sentido de que hay una comisión técnica que está operando para dar una salida, que permita la correcta implementación de los fallos emitidos por la Corte Suprema.

En ese sentido, hizo una distinción respecto de los dos primeros fallos del año pasado (adecuación precio-base y tabla de factores), donde la Corte Suprema instruyó a la Superintendencia a establecer determinados elementos como procesos y verificación. Sobre esa materia ya solicitaron una ampliación de plazo el año pasado, por seis meses, respecto de aquello que fueron mandatados como Superintendencia, porque hay elementos dentro de ese mandato, que no están contenidos en la ley, y por esa razón, requerían de este proyecto de ley para tener algunas atribuciones y mejorar las condiciones de cumplimiento del fallo.

Actualmente, la Comisión de Salud del Senado ha requerido, solicitar más plazo para que la Comisión Técnica tenga mayor tiempo y pueda responder de mejor forma.

Explicó que en ámbito del fallo GES, a diferencia de los otros dos fallos, la Superintendencia no está instruida, si emitieran una instrucción general, en las condiciones actuales, perfectamente se podría caer por ilegalidad.

Se debe ser cuidadosos de no emitir una circular que no tenga respaldo legal o judicial, las otras dos acciones que mencioné en los otros dos fallos si bien no tenían respaldo legal, sí tenían un respaldo judicial.

El Honorable Senador señor Castro González señaló que se dará a conocer a continuación el informe de la Comisión Técnica que se creó el 7 de julio, en el cual trabajó el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud, Ministerio de Hacienda, la Asociación de ISAPRES, del Instituto Espacio Público, de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, cada uno de los asesores parlamentarios y expertos que han sido objeto de consulta durante este proceso.

Informó que la solicitud de prórroga fue aceptada por la Corte Suprema, que otorgó un plazo adicional de seis meses, de manera tal, que, a fines del mes de mayo, entren en plena vigencia los fallos dictados.

Sostuvo que el principio orientador del proyecto de ley, es lograr que se cumplan los fallos judiciales y la sentencia, porque hay personas a las cuales se les cobró en exceso y es un problema judicial que se ha ido exacerbando. En segundo lugar, mantener la viabilidad del sistema. En tercer lugar, no quieren ver que ninguna persona vea interrumpida su atención de salud en el sistema público o privado.

Esos mismos propósitos se han recogido desde el inicio y son los que se han encargado a los coordinadores de la Comisión Técnica, señor Emilio Santelices, ex Ministro de Salud, quien ha sido coordinador en representación de las fuerzas de oposición política dentro del comité, el señor Cristóbal Cuadrado, representante de las fuerzas oficialistas de los Senadores de esta Comisión, durante este período en calidad de coordinador y el señor Manuel Nájera, jefe de Gabinete de la Ministra de Salud, en representación del Ejecutivo.

Un gran amigo de lo que es la salud pública chilena, un hombre que es profesor de la Universidad de Washington, doctor en salud pública, consultor del Banco Mundial por décadas, ha asesorado a más de 50 países, en un proceso de reforma en el mundo, un hombre muy destacado, el doctor Cristian Baeza.

El ex Ministro de Salud, Dr. Emilio Santelices[2], quien acompañó una presentación y señaló que el mandato que se entregó al comité del expertos fue hacer una contribución técnica, académica, fundada sobre la base de los antecedentes como también de los aspectos jurídicos, que dieran fundamentos a esta Comisión de Salud, para perfeccionar el proyecto de ley que el Gobierno presentó, con el propósito de resolver la crisis en la cual se encuentra el sistema privado de salud y también avanzar en otras materias que puedan ser virtuosas para tener un mejor sistema en Chile.

Recordó que el mandato que se les entregó es evaluar la implementación del fallo de la Corte Suprema, asegurando la sostenibilidad del sistema y que entregue certeza jurídica. Pero el último fin, es resguardar la protección de salud de las personas, en el marco de la tramitación de la ley corta presentada por el Ejecutivo.

A continuación, detalló el trabajo realizado por la Comisión Técnica, en primer lugar, se refirió a los acuerdos metodológicos en el despliegue del trabajo.

---

[2] Informe Final de la Comisión Técnica Asesora

Indicó que el comité definió referirse exclusivamente al componente del proyecto de ley corta, vinculada a ISAPRES, por el hecho de que era una materia de urgencia, además, no concurrieron representantes del FONASA.

Los elementos asociados al proyecto, que se analizaron, fueron certeza jurídica en la implementación de la adecuación de las tablas de factores a los planes de salud, cambio en los cobros de menores de dos años y la reducción de las primas GES ordenadas por la Corte Suprema.

Por otra parte, se dimensionó la sostenibilidad financiera del subsistema privado de salud, el equilibrio definido entre los ingresos y los gastos.

A su vez, se revisaron los mecanismos de contención de costo para la sostenibilidad financiera e incrementar la eficiencia del sistema y fortalecer la institucionalidad referida a la regulación de las alzas del sistema, en lo que se refiere a los componentes ICSA, GES y a otras medidas regulatorias.

Añadió que el comité ha visto este espacio como una oportunidad, porque el proyecto de ley, va a resolver la incertidumbre de corto plazo y va a dar solución al problema, que desestabiliza el sistema de salud en su conjunto, pero también tienen claridad, que esta crisis obedece a una condición que se arrastra por más de 10 años y, por lo tanto, se debe avanzar a una necesaria discusión de reforma, en el corto plazo.

Por lo anterior, informó que han incorporado un capítulo asociado a entregar algunas líneas donde entienden que hay alto consenso, visión de futuro y que permitan instalar un sistema estable, que se pueda proyectar y entregar más y mejores condiciones y atención de salud a todos los chilenos y chilenas.

A continuación, detalló los contenidos de la propuesta:

I.-Situación financiera actual del subsistema ISAPRE.

II.-Impacto en el pasivo de los fallos por tabla de factores: análisis y propuestas.

III.-Impacto prospectivo de los fallos por tabla de factores y prima GES: análisis y propuestas.

IV.-Medidas de contención de costos.

V.-Fortalecimiento de la Institucionalidad.

VI.-Necesidad y urgencia de una reforma estructural.

En relación a la situación financiera del sistema, consideraron que la situación que actualmente se vive, está definida por diferentes factores y por temas que son estructurales y que se han ido manteniendo en el tiempo, a pesar de 10 años de discusión.

Una de ellas tiene que ver con la selección por ingresos y por riesgo, la competencia imperfecta, con grandes números de programas de salud, la cautividad de preexistencia y débil incentivo a la contención de costos, en la relación aseguradora y prestadores y en ambos espacios, por otro lado, generar una relación más virtuosa entre aseguradores y prestadores, de modo que haya eficiencia y se ponga como objetivo en esa relación más y mejor salud para las personas.

Señaló que en los últimos años se ha observado un deterioro en la situación financiera que tiene distintas vertientes por las cuales se puede entender. Alza de los gastos por subsidio e incapacidad laboral, licencia médica, es un tema que todos estamos conscientes que hay que acotarlo de una vez por todas, altos gastos en administración y ventas, también hay factores derivados de la pandemia, limitación a la posibilidad de hacer reajustes de precio, y a todo lo anterior, se agrega el impacto de los fallos de la Excelentísima Corte Suprema.

En cuanto a la situación financiera del sistema, en el año 2021, las ISAPRES abiertas, registraban pérdidas por 192.906 millones de pesos. En 2022, las pérdidas acumuladas fueron de 141.017 millones de pesos. Precisó que estas cifras superan al total de utilidades acumuladas en el periodo 2014–2020 (en pesos comparables), pero ninguna de ellas considera los efectos de los fallos judiciales de noviembre de 2022 y agosto de 2023.

Al observar los indicadores financieros, comentó que todos los indicadores reflejan un margen estrecho. Indicador de liquidez (0,8 veces), las ISAPRES abiertas cumplieron, al 30 de junio de 2023, pero este indicador refleja una estrecha capacidad de las entidades para poder responder a sus compromisos de corto plazo.

Las ISAPRES abiertas cumplieron, al 30 de junio de 2023, con el estándar legal de patrimonio (0,3 veces). Banmédica se mantiene al límite del cumplimiento del indicador en los dos últimos periodos.

Si se agrega que el indicador de garantía, las ISAPRES abiertas cumplieron, al 21 de agosto de 2023, con la constitución de la garantía mínima exigida, al cubrir las obligaciones con beneficiarios y prestadores de salud (M$676.010.043) con una garantía de M$692.502.559.

Es decir, se puede apreciar que los márgenes frente a contingencias mayores podrían estar sobrepasadas. Informó que este análisis está hecho previo a los fallos que motivaron la presentación del proyecto de ley.

El primer elemento de la discusión, fue contextualizar sobre qué base se realiza este estudio. Y, en síntesis, sostienen que se trata una industria que, desde el punto de vista financiero es frágil, pero por, sobre todo, los integrantes del comité entienden que esta fragilidad, se puede traducir en una fragilidad sanitaria, en el sentido que un colapso podría acarrearnos consecuencias que ya han comentadas.

En relación al segundo punto, impacto de los fallos por la tabla de factores, recordó que, a través de varios fallos, la Excelentísima Corte Suprema, ha establecido una jurisprudencia respecto a la denominada tabla de factores que usa la ISAPRE, para determinar el precio final de los contratos previsionales de salud.

En particular, el máximo tribunal, resolvió dejar sin efecto toda tabla de factores empleada por las ISAPRES en sus planes, que sea distinta a la tabla única de factores, definida por la Superintendencia de Salud, el año 2019.

Le ordenó, a su vez, a la Superintendencia, disponer las medidas administrativas para que en el evento que, de la aplicación de la tabla única se determine un precio final del contrato inferior al cobrado y percibido por la ISAPRES, las cantidades recibidas en exceso, sean restituidas como excedente de cotizaciones a las personas afiliadas.

Señaló que esta nueva jurisprudencia supone, al menos tres importantes desafíos para el trabajo de esta comisión.

Desafíos que, si bien son independientes, están íntimamente relacionados. Por un lado, el desafío de evaluar los pasivos, que la adecuación de los planes genera el subsistema privado de salud cuya sostenibilidad estaba en duda incluso antes de la nueva jurisprudencia.

Por otro lado, el desafío de evaluar el impacto en los ingresos futuros, que la misma adecuación tiene para el subsistema privado de salud.

Sin embargo, el analizar ambas dimensiones, no se pueden llevar a cabo si no existe certeza jurídica respecto a cómo se adecuan los planes de salud, en particular, cuál es el precio final que resulta de la adecuación y cuáles serían las cantidades que cabría restituir a los afiliados a su sistema privado.

Comentó que se abre el análisis, de tal modo de hacer conciliar bajo qué criterios jurídicos y respetando los fallos, se llega a las cifras que correspondan para hacer las devoluciones, que no están en discusión.

En materia de tabla de factores, antecedentes indispensables para hacer las proyecciones de subsistema privado de salud, que luego, permite evaluar su sostenibilidad, es indisoluble del modo o la forma en que ha de

implementarse dicha jurisprudencia. Cuestión última sobre la cual no hay certeza jurídica.

Es por ello que la forma de implementar la jurisprudencia sobre la tabla de factores, que se asume, ha de ser entendida como un aporte a la certeza jurídica, es decir, el comité entiende que es la mejor forma de esclarecer, desde el ámbito técnico financiero y, a su vez, generar insumos para los legisladores.

Para dar mayor certeza regulatoria al sistema, recomiendan que esta forma de implementar la jurisprudencia, sea algo que expresamente recoja el proyecto de ley corta en discusión.

En el análisis comento que distinguieron un primer período, que le llamaron pasivo retroactivo, que va desde abril del 2020, mes en que entró en vigencia la circular N°343, a noviembre del 2022, el mes en que se dictaron las primeras sentencias referidas a la adecuación de la tabla de factores.

Durante ese período, el pasivo estaría provocado únicamente por la adecuación de los planes de salud a la tabla de factores definida por la Superintendencia de la Salud.

Un segundo período de deuda prospectiva. Período que va desde diciembre del 2022, hasta la implementación efectiva de esta jurisprudencia. Indicó que esta es una fecha que sólo puede ser conocida una vez que la tramitación legislativa y los actos administrativos requeridos, hayan sido ejecutados.

Para estos efectos y en la necesidad de hacer la cuantificación necesaria, consideraron razonable establecer el mes de febrero del 2024, que obviamente en la dinámica legislativa podría cambiar, pero para efecto de los cálculos está hecho a esa fecha.

En este segundo período, el pasivo se genera no sólo por el efecto de adecuación de la tabla, sino también por la prohibición de cobro más allá de la prima GES por carga de menores de dos años, dispuesta por la Corte Suprema.

Finalmente, contemplaron un periodo, que llamaron flujo perspectivo que dice relación con las adecuaciones anteriores y, además, se va a sumar el impacto que se instala en agosto del 2023, de las modificaciones de la prima GES.

Junto al límite que impone la Corte para la modificación de los precios finales, también existe otra condicionante, que es de orden legal. Esta condicionante, en lugar de fijar un tope, define un piso a los precios finales.

En particular, el artículo 84 del decreto 3.500 de 1980, establece la obligación de cotizar un 7% de las remuneraciones imponibles para el financiamiento de las prestaciones de salud que se otorga dentro del sistema de salud. En este mismo sentido, y espíritu, el legislador dispuso que el artículo 188 del DFL-1, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469, que, al momento de celebrarse el contrato a la salud, el precio del plan de salud contratado no puede ser inferior al diez por ciento de la cotización legal obligatoria para la salud.

Este artículo añade que si una vez vigente el contrato, el monto de los excedentes supere el diez por ciento, las ISAPRES están obligadas a ofrecer al afiliado un plan de salud alternativo, cuyo precio se aproxima a la cotización del 7%. De las disposiciones legales señaladas, los comisionados entendieron que la ley reconoce, como regla general, la obligación de aportar un 7% de las remuneraciones imponibles al sistema de salud, siendo los excedentes una hipótesis que se considera a modo excepcional. Concordantemente, para los afiliados de FONASA, no existen los excedentes, toda vez que la contribución es fijada estrictamente en un 7% de las remuneraciones imponibles.

Esto es consistente con un régimen de seguridad social, del cual las ISAPRES son parte, consecuentemente, entienden que desde el punto de vista legal, la adecuación de las tablas de factores ordenada por la Corte Suprema, no debiese significar un precio final a pagar por cada afiliado, inferior a su cotización legal.

Al respecto, como bien ha sostenido la Corte Suprema, “el contrato de salud no puede reducirse a un seguro individual, pues opera a fin de materializar el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y a la seguridad social, tratándose de una convención en que la entidad en cuestión tiene asegurada una cotización y su monto, razón por la cual, las normas que regulan este vínculo son de orden público y, el servicio que prestan puede ser calificado como uno de dicho carácter en atención al sujeto. En otras palabras, nos encontramos frente a un contrato dirigido por el legislador en que se encuentra mitigado el principio de autonomía de la voluntad y cuyas normas son de orden público en el sentido material y tradicional del término.”.

Manifestó que el primer aspecto relevante, es entender cómo se debe mirar el 7% hacia el futuro, toda vez que entienden que este tiene que utilizarse para efectos de atenciones de salud y licencias.

Respecto al pasivo que se genera con ocasión de la jurisprudencia sobre la tabla de factores, cabe recordar una vez más que la Corte Suprema dispuso que en el evento de que la aplicación de la tabla única determina un precio final del contrato inferior al cobrado por ISAPRE, las cantidades

recibidas en exceso, deben ser restituidas a los afiliados como excedentes de cotizaciones.

En este sentido, los acreedores de las instituciones son todos aquellos que, con ocasión de la aplicación de la tabla única, obtengan un precio final del contrato inferior al cobrado.

Sin embargo, cabe dar certezas sobre cuánto es lo que corresponde restituir a cada uno o cuánto fue lo percibido en exceso por cada ISAPRE, toda vez que este asunto no fue resuelto expresamente por la Corte Suprema.

Sostuvo que el comité se esmeró en aportar antecedentes, desde el marco jurídico, para poder esclarecer la cuantificación de estos montos.

Señaló que, para dilucidar y estimar las cantidades cobradas y percibidas en exceso, resulta indispensable entender cuáles son los fundamentos sobre los cuales se construye un modelo asegurador y de qué manera se sustenta el aseguramiento de las personas, es decir, sobre la base de instituciones cuya función es distribuir riesgo, en este caso, el costo asociado a la ocurrencia de problemas de salud entre todos los aseguradores.

En este sentido, es de la esencia o inherente a toda institución aseguradora, la solidaridad o la mutualización, que opera a través de subsidios cruzados entre los distintos beneficiarios.

La tabla de factores, viene a ser el instrumento que distribuye, solidariza el riesgo, entre los beneficiados o asegurados, hasta ahora. Eventualmente, de una tabla de factores se puede predicar que es injusta, que distribuye el riesgo entre los beneficiarios de manera arbitraria.

Sin embargo, de una distribución de riesgos inequitativa, no se sigue que la aseguradora haya obtenido cantidades en exceso. Gracias a la ley de los grandes números, las aseguradoras pueden estimar el costo en prestaciones de salud que demanda un grupo de personas. El costo total, lo distribuye a través de la prima entre sus beneficiarios, procurando obtener el ingreso necesario para cubrirlos.

En cambio, prácticamente es imposible estimar el costo de salud de una persona individual, a fin de calcular la prima exacta para el individuo. Es decir, estamos en una lógica en donde cuando se convoca un grupo de personas, una población en torno a un ámbito de un seguro, se tienen que asociar los montos que estas personas pagan a través de su prima, para tener las debidas prestaciones, con el riesgo que se comparte al interior de esos grupos de personas, entendiendo que algunos, por sus características naturales, etarias y de género, podrían tener un costo mayor.

Se debe entender que esa es la lógica que subyace cuando se habla de grupo de riesgo, de mutualización y que subyace este concepto de solidaridad, que conversa con el concepto de seguridad social.

Indicó que una revisión de los números de la Superintendencia ayuda a entender este punto. Conforme a los que entrega la misma institucionalidad, en el periodo de abril del 2019 a noviembre del 2022, las ISARES obtuvieron ingresos por el orden de $11.614 mil millones. En el mismo período, gastaron en prestaciones de salud $7.555 mil millones y en licencias médicas $3.050 mil millones.

Es decir, un 91,3% de los ingresos fueron destinados a servicios para sus beneficiarios y las utilidades representaron un 1,7% de los ingresos.

El resto de los ingresos fue destinado a gastos de administración y ventas, otros costos de operación, impuestos, entre otros.

Lo expuesto hasta acá es consistente con la jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema en materia de tabla de factores. Antes de noviembre de 2022, cuando nuestros tribunales acogían los recursos de protección en materia de tabla de factores las Cortes solían declarar que era arbitrario o ilegal que las ISAPRES cobrasen un precio final que emplease una tabla de factores en particular.

Consecuentemente, ordenaba recalcular dicho precio final bajo nuevos términos que describía en la sentencia, el que lógicamente daba como resultado un precio final menor al precio pagado por el recurrente a la fecha de la sentencia.

En cambio ahora, la jurisprudencia del 2022 sobre tabla de factores tiene efecto sobre todo el sistema. La Corte Suprema ordena restituir las eventuales cantidades cobradas y percibidas en exceso, las que consecuentemente deben evaluarse y estimarse sistemáticamente y no individualmente.

Entonces, la pregunta que surge es ¿qué cantidades han de entenderse fueron percibidas en exceso por las ISAPRES, si hasta antes de 2022, la Corte Suprema no les ordenaba practicar devoluciones al acoger recursos de protección sobre tabla de factores?

Por lo expuesto, manifestó que resulta consistente con los sistemas de aseguramiento, por una parte, que es un fundamento que viene de los principios de esta rama de la economía y del financiamiento, que tiene que ver con la mutualización, y, por otro lado, con la jurisprudencia que ya instala la Corte Suprema, es necesario evaluar estos excesos sistemáticamente y no individualmente.

En otras palabras, para calcular los pagos hechos en exceso por el no uso de la tabla única de factores es imprescindible considerar los efectos en el sistema que habría tenido su uso, antes que los efectos individuales.

De esta manera, teniendo a la vista estas consideraciones jurídicas, señaló que hicieron los primeros cálculos para poder identificar el impacto del pasivo.

En primer lugar, la ley reconoce como regla general, la obligación de aportar un 7% imponible al sistema y, en segundo lugar, acorde con la jurisprudencia y los principios de aseguramiento de los riesgos y también los excesos, deben ser evaluados de manera sistémica.

De esta manera, analizaron en primer término, los montos de la deuda retrospectiva a noviembre del 2022, que asciende a 294.000 millones de pesos; en segundo lugar, los montos de la deuda prospectiva, que es a febrero de 2024, que asciende a 107.000 millones de pesos. De tal modo, que la deuda total asciende a 402.000 millones de pesos.

A propósito de la otra dimensión que había que analizar, que era la estabilidad del sistema, del punto de vista financiero, en términos de los pasivos que se generan de inmediato y ante la necesidad de generar capacidades para que el sistema se pudiera adaptar en un tiempo razonable, consideraron hacer un análisis de las cifras, restituir los montos a los afiliados, a través de los excedentes, en un período de 10 años.

Asumir el ineludible compromiso de cumplir con el fallo significa, en primer lugar, que la cuantía de la deuda equivale a 451 millones de dólares, lo que es comparable con todas las utilidades de la ISAPRES entre el año 2012 y el 2020.

El sistema debería destinar cerca de 45 millones anuales por los próximos 10 años, únicamente a saldar la deuda derivada del fallo de la Corte.

Durante este período, con deuda vigente, tal como establece la propuesta del Ejecutivo, las ISAPRES no podrán hacer retiro de utilidades, sin embargo, en la práctica, es que la ISAPRES no van a tener utilidades durante los próximos diez años.

La exigibilidad de dichas deudas tendrá un efecto sobre la liquidez y el patrimonio contable de los aseguradores. En este punto sostuvo que los integrantes del comité, dada la envergadura y los impactos que tiene el hacerse cargo de los temas de liquidez y patrimonio, consideraron que rebasaba sus capacidades para analizarlo y solamente a modo de sugerencia, creen oportuno hacer las consultas a entidades calificadas como es la Comisión para el Mercado Financiero (CMF), toda vez que también tiene que converger un análisis, que a la vista de los números, haga que el sistema en todo el período

de adecuación, logre mantener estos indicadores que de manera rigurosa el regulador resguarda para entregar certezas y seguridad a cada uno de los beneficiarios.

Se propone que la ley corta contemple un plazo de 10 años para la evaluación de estos excedentes, de manera de evitar los riesgos de incumplimiento y de quiebra.

Estimó que el primer punto que los convocaba, que era cómo racionalizar los efectos del fallo en los aspectos retrospectivos, proponen seguir avanzando y contribuir, para que el proyecto en discusión, se pueda enriquecer con las indicaciones que le parezca pertinente.

El siguiente aspecto a analizar es lo que ocurre con los flujos de ingresos futuros.

Lo primero fue cuantificar la deuda, de lo contrario, era muy difícil cuantificar los flujos.

El señor Cristóbal Cuadrado desarrolló este punto y señaló que el señor Santelices señaló los elementos vinculados a cómo se va a implementar hacia el futuro los aspectos de los fallos.

Lo primero que se plantearon, fue poder llegar a ciertas estimaciones, lo más certeras posibles, con respecto a cuáles podrían ser los impactos en los ingresos del subsistema de ISAPRE, con la implementación de los fallos.

Por lo tanto, en esta sección se busca cuantificar las disminuciones de los ingresos futuros de las ISAPRES, incorporando dentro de los ingresos operacionales y el impacto de pagar la deuda y como cada uno de los elementos vinculados a los fallos de agosto del 2023 del GES y de noviembre del 2022, con respecto a la tabla de factores.

En el informe final, se encuentran las tablas que resume las simulaciones con las cuales trabajaron, mencionó que fue un trabajo analítico desarrollado por el Departamento de Estudios de Superintendencia de Salud. En ellas se presenta el resultado operacional sin efecto de los fallos y refrenda que es un sistema que está en negativo, operando en pérdidas, incluso antes de que entren en efecto los fallos.

Lo que se presenta luego, son los escenarios en los cuales se agrega a los resultados negativos de arrastre, los efectos que podrían tener los fallos. En este caso, las pérdidas del sistema pasan de 16.000 mil millones de pesos a 91.000 mil millones de pesos, en el caso de ser considerados los fallos.

Cuando solamente se aísla el efecto de los fallos, arroja 75.000 millones de pesos de pérdidas estimadas mensuales.

Manifestó que se centraron en el elemento que dice relación con el efecto financiero que realizan directamente los fallos.

En términos sintéticos, expresó que el efecto retrospectivo de los fallos de noviembre de 2022, sobre el flujo de ingresos y los resultados de las ISAPRES, considera la deuda retrospectiva. Este efecto, significa una disminución promedio del 1% de los ingresos operacionales mensuales de la ISAPRES.

El efecto prospectivo de los fallos de noviembre de 2022, esto es cambiar a todas las personas que tienen una tabla antigua a la tabla única de factores y el no cobro de menores de dos años, vía planes complementarios, genera una disminución promedio de los ingresos de un 9,1%.

Por otra parte, la estimación que se hace con respecto a la implementación del fallo de agosto de 2023, representa una disminución de 12,7%. Por lo tanto, si se suman todos los componentes, se habla de una reducción de casi un 23% de los ingresos operacionales, al sumar todos los componentes que están impactando los ingresos futuros.

A modo referencial y en términos prácticos, si el costo anual de los beneficios de los afiliados (prestaciones más licencias médicas) se estima en $311.613 millones, se proyecta que luego de la implementación de la jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema las ISAPRES pasarán a tener un ingreso operacional de $254.520 millones, por lo tanto, esa brecha, son pérdidas.

Si es que se implementan las medidas que aquí están presentadas sin ningún otro ajuste del sistema, eso implica en un corto plazo, problemas en términos de los flujos y patrimonios. Es imposible para un sistema funcionar, con una reducción de este nivel de sus ingresos y esa es la manera en la cual se abocó el trabajo, buscando ver cuáles eran las posibilidades de ajuste que podía tener el sistema, considerando que la implementación de los fallos es algo que es ineludible.

En ese marco, la implementación de la jurisprudencia de la excelentísima Corte Suprema, no solamente tiene los efectos financieros recién detallados, también tiene impacto sobre la estructura misma del subsistema privado de salud, restándole coherencia interna.

Cuestión última que condiciona las políticas públicas que se puedan proponer para el sector. Es por ello por lo que las propuestas buscan reestablecer dicha coherencia y, al mismo tiempo, asegurar la sustentabilidad del sistema a través de una serie de medidas:

La primera medida ineludible, es la aplicación de la condicionante legal que define un piso de 7% para la cotización para salud, según se explicó en la sección III de este informe.

Respecto del cálculo prospectivo, este piso de cotización se debería aplicar una vez implementados los fallos de la Excma. Corte Suprema, es decir, una vez determinada la disminución de precios producto del cambio de tabla de factores y de la rebaja de la prima GES, en conjunto.

Es una medida que va a requerir algunas adecuaciones legales y que, en el fondo, busca evitar una situación que hoy día se genera y en la cual hay personas de altos ingresos, habitualmente personas que son hombres de bajo riesgo, que están utilizando ciertos espacios que genera la ley, para terminar contribuyendo menos de un 7% efectivo y eso debe corregirse y que tiene un correlato directo con las adecuaciones del sistema hacia el futuro en términos de sus ingresos.

La segunda medida que se propone, tiene relación con la adecuación de los precios de la prima GES a los fallos de la Excma. Corte Suprema.

La Corte Suprema, en materia de tabla de factores, ordena la suspensión del cobro por toda nueva carga menor de dos años o nonata, aduciendo que las coberturas de las prestaciones de esa población, estarían cubiertas en el régimen general de garantías de salud.

Sin embargo, de acuerdo a las cifras de la Superintendencia de Salud, las prestaciones de los nonatos y menores de dos años están mayoritariamente financiadas por el plan complementario.

Añadió que, en el fallo del agosto del 2023, se reconoce que el estudio que se utilizó como referencia para establecer el precio de la prima GES por la Corte Suprema, no considera como prestaciones de salud valorables, todas las que deben proveerse a los nonatos y menores de edad, respecto de los cuales esta Corte ha establecido que sí deben ser consideradas, situación que debe ser corregida.

A partir de las estimaciones realizadas con el apoyo de la Superintendencia de Salud, manifestó que el costo promedio de la atención para este grupo sería aproximadamente de 0,1 UF mensuales por beneficiario en base a los datos del 2022.

Adicionalmente, en el marco de la discusión, se planteó la posibilidad que exista una serie de otros elementos que podrían no estar adecuadamente financiados por la prima GES, ya sea porque no han sido incorporados en la metodología del Estudio de Verificación de Costos de estas

prestaciones o por que responden a beneficios cuyos costos no están incorporados en la prima GES.

En virtud de ello, se propone que el proyecto de ley corta contemple un mecanismo de ajuste extraordinario del precio de la prima GES, que identifique estos eventuales elementos y refleje adecuadamente los costos de estas coberturas, lo cual deberá ser fundamentado en los estudios de costos correspondientes.

En base a estos elementos, se evalúo escenarios de alza de la prima GES entre 0,1 y 0,2 UF mensuales, por beneficiario y estimaron cuales pueden ser los estados financieros del sistema, en el caso que se implemente una adecuación de este tipo.

El tercer elemento que se consideró, como aporte a la estabilidad financiera del sistema, es la contención de costos, para ellos, se considera fundamental, avanzar en cambios regulatorios que incentiven la contención de costos en el sistema, los que se detallan más adelante y son incorporados hasta donde es posible en las estimaciones de equilibrio financiero.

En cuarto lugar, se propone un ajuste de los precios base cobrados por las ISAPRES, considerando todos los contratos administrados a la fecha de implementación del proyecto de ley corta, cuyo objetivo es evitar que se profundicen los desequilibrios financieros de las instituciones; esto es, que los ingresos totales del subsistema sean suficientes para financiar las prestaciones totales que demandan los beneficiarios del mismo.

Este reajuste se propone que se realice por dos vías: uno asociado al proceso normal de reajuste de precios base asociado al mecanismo establecido por la ley N°21.350 y otro de manera extraordinaria y por una sola vez.

La primera de estas modificaciones, se realizaría bajo el sistema vigente que permite anualmente revisar los precios base de acuerdo al Indicador de Costos de la Salud (ICSA) en un mecanismo establecido a través de la ley N° 21.350.

Este es un reajuste regular que considera el alza de los costos de salud del subsistema privado, pero cuyo cálculo, establecido por ley, requiere modificaciones. Se sugiere que el procedimiento de definición del ICSA se modifique a fin de que sea más sensible a la realidad del sector. Por ejemplo, que no se considere el costo de las prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las mismas, que se realicen en la modalidad de libre elección (MLE) de FONASA.

Añadió que el reajuste extraordinario de los precios base, sería residual, considerando un alza máxima para el sistema. Dado que la Comisión

Técnica no conoce la cuantía del reajuste que se propondrá en el proceso ICSA 2024, se presentan cuales serían los resultados operacionales y los impactos esperados sobre el sistema.

Comentó que, a los aspectos vinculados a la sustentabilidad financiera, incorporaron algunos elementos de contención de costos. De todos los elementos de los costos del sistema uno de los que parece más fácilmente modificable, tiene que ver con los gastos de administración y ventas.

Por lo tanto, incorporamos dentro de los escenarios algunas medidas para buscar reducir esto bajo, el supuesto que las ISAPRES podrían reducir la proporción de dicho gasto, respecto a sus ingresos operacionales como industria.

Para eso entonces solicitaron nuevos escenarios a la Superintendencia de Salud y se realiza el ejercicio con el supuesto de que los gastos de administración y venta se reduzcan en un 10%, es decir, que pasen a representar en promedio de un 10%, que es lo que representan actualmente a 9%.

Entonces, el escenario de contención de costos presenta la reducción de un 10% de todos sus ingresos operacionales a un 9%, para los escenarios de alza de prima GES del 0,1 y del 0,2%.

Destacó que en el informe también se deja consignado un escenario de mayor grado de construcción de costos, esto es una reducción de un 40% de los gastos de administración y ventas, lo que implicaría entonces, la necesidad de ajustes de los precios base aún menor.

Respecto a la tabla que resume las estimaciones con cada una de las medidas que ha ido detallando, aplicadas. Significa que estamos concibiendo un escenario en el cual hay una implementación cierta de que todas las personas contribuyen con el 7% de su renta imponible a la seguridad social y salud, como piso de contribución. Segundo, hay un alza en la prima GES, vinculada a los beneficios y coberturas de menores de 2 años y eventualmente otras coberturas que tengan que ser revisadas. Y en tercer lugar una reducción de los gastos de administración y venta en un 10%.

Luego, se reflejan las alzas que serían requeridas de modificación de los precios base, para poder reequilibrar financieramente en el futuro el sistema y a cada uno de los actores del sistema, considerando la implementación de los fallos.

Comentó que en la medida en que el ajuste del GES sea mayor, las modificaciones de precios base son menores.

Se situó en el escenario de un alza de 0,2 UF, señaló que el análisis arrojo que hay 5 ISAPRES que no requieren ajustes al alza de precios base y que solamente con las medidas de contención de costos, el tema del 7% y la modificación de la prima GES, volverían a tener equilibrio financiero.

En el otro extremo existen al menos dos actores de la industria que requieren ajustes muy altos desde el punto de vista financiero, más del 20%.

Los promedios que estimaron, que son promedios ponderados por los ingresos operacionales de cada una de las ISAPRES, serían alzas de 16,7%, en el caso del GES, de 0,1 y un 12,7% en el caso de GES, de 0,2.

› En la tabla 9 se resumen las estimaciones de los reajustes de precios base (considerando el reajuste regular vía ICSA y el reajuste extraordinario que la Comisión propone) que combinan las diferentes medidas propuestas en este informe: cotización por el 7% legal, el reajuste de los precios de la prima GES entre 0,1 y 0,2 UF por beneficiario mensual y la contención de costos mediante reducción de los GAV.

Tabla 9: Resumen de los reajustes requeridos

Isapre	Variación % PB para resguardar los beneficios. Escenario: (1) Cotización al 7% (2) Alza GES 0,1 UF (3) Reducción GAV en un 10%	Variación % PB para resguardar los beneficios. Escenario: (1) Cotización al 7% (2) Alza GES 0,2 UF (3) Reducción GAV en un 10%
Colmena	2,0%	0,0%
Cruz Blanca	26,4%	22,2%
Vida Tres	10,4%	6,6%
Nueva Masvida	16,4%	10,5%
Banmédica	7,3%	2,6%
Consalud	39,4%	34,2%
Esencial	0,0%	0,0%
Isalud	0,0%	0,0%
Fundación	2,3%	0,0%
Cruz del Norte	---	---
Promedio (1)	16,7%	12,7%

Lo anterior, son elementos de contexto para entender cuáles son las medidas y el posible impacto que podrían tener dentro de la sustentabilidad financiera y donde hay una materia en la cual, el trámite legislativo va a tener que profundizar en la discusión, particularmente por la necesidad de definir cuál va a ser el techo que la ley establezca para esta alza de los precios básicos.

El siguiente capítulo, que va en línea de lo ya expresado, sobre la importancia de la contención de costos, donde se dejaron expresadas otras medidas adicionales, comentó que es fundamental entregar facultades a la nueva institucionalidad, para proponer y regular nuevos mecanismos de pago a los prestadores, basados en resolución de problemas de salud, tales como el Grupo Relacionados por el Diagnóstico (GRD) para atención cerrada y cirugía mayor ambulatoria; los pagos captados, ajustados por riesgo por población; pagos asociados o pagos basados en resultados, entre otros. Lo que implica modernizar el sistema de pago y hacerlos más eficientes.

Para ello, se proponen modificaciones legales, particularmente, la modificar el DFL1 del Ministerio de Salud, que faculten mecanismos de pago diferentes a los aranceles basados en el pago por prestación, de tal manera que habiliten una transición de los mecanismos de pago del sistema hacia mecanismos más eficientes en línea con lo anterior.

El segundo punto, tiene que ver con el subsidio de incapacidad laboral que es el siguiente componente en términos del gasto del subsistema ISAPRE, donde se realizan una serie de propuestas para fortalecer el marco normativo institucional, para perseguir con fuerza el uso fraudulento de este instrumento público, tales como la venta ilegal de licencias médicas, entre otros.

A su vez, proponen avanzar en medidas administrativas que apunten al uso apegado a la mejor práctica clínica, del reposo por causa médica.

Por otra parte, realizar una reforma a la institucionalidad del subsidio de incapacidad laboral, algo que parece ineludible dada su importancia debido a los problemas que tiene.

En tercer lugar, están las medidas de reducción del gasto en administración y ventas, que es algo que incorporaron dentro del escenario financiero.

Para ello, es fundamental otorgar a la nueva institucionalidad que se propone, mayores atribuciones para poder generar mecanismos de regulación de los gastos de administración y ventas, entre ellos, fijar parámetros de gastos de administración y ventas, como un porcentaje de los ingresos para el sistema en base a criterios objetivos.

Asimismo, la obligatoriedad de la Institución de Salud Previsional, de informar a los afiliados, de manera transparente y clara, los gastos de los ingresos incrementales promedio de cada una, de tal manera de generar mayor información en el sector.

El señor Santelices, estimó que, a propósito de lo que está señalado en el proyecto de ley, sugieren robustecer el consejo asesor que se crea, fortalecer la intencionalidad y facilitar la resolución de controversias que se suscite en la aplicación de las medidas que se implementen en el marco de la ley.

Esto debiera brindar mayor certeza jurídica en el proceso de implementación de dicha ley y evitar eventuales arbitrariedades. La comisión sugiere robustecer el consejo propuesto por el Ejecutivo. Proponen establecer la existencia de manera permanente en el tiempo de un panel técnico para la regulación de tarificación de las instituciones de salud previsional, tanto en su componente de precio base, como de prima GES, asimismo, se sugiere que en el ámbito de competencias, se incorpore el elemento de la regulación de contención de costo, incluir su participación en la regulación del índice de costo en salud de las primas asociadas a la garantía explícita en salud y la regulación de nuevos mecanismos de pago a prestadores y de gastos de administración y venta.

Como funciones del consejo asesor, estimó que puede ser un aporte, para evaluar y monitorear el cálculo en índice del costo, evaluar y monitorear los cálculos que se requieren según la metodología, procedimientos y demás normas que se establezcan en este proceso de determinación de los precios; formular observación y proponer al Ministerio de Salud y a la Superintendencia de Salud, cambios metodológicos y procedimentales para el cálculo de dichas primas; manifestar su opinión sobre propuestas de revisión de la metodología y procedimientos que puedan presentarse con una ocasión del proceso de determinación del precio de las primas que las ISAPRES cobren por la garantía explícita o en la determinación del ICSA y proponer medidas regulatorias y administrativas que contribuyan a la contención de los costos.

Sostuvo que hay una serie de variables que debieran evolucionar, como los mecanismos de pago, los sistemas de reajuste, la contención de costo, etcétera, y estimó que ahí hay un espacio de mejoría, a objeto de poder robustecer desde la Superintendencia de Salud todas estas nuevas funciones que van a generar mayor innovación, dinamismo, transparencia y eficiencia al sistema en su conjunto.

En cuanto a la composición y nombramiento de los integrantes del consejo asesor, consideró pertinente que contemple la asistencia de cinco personas de reconocida trayectoria en el ámbito de la economía y la salud, del derecho regulatorio y libre de competencia de la salud pública y de regulación del sistema de salud, con experiencia comprobada en temas que se han estudiado por el consejo, que sean designados por el Presidente de la República y ratificado por mayoría simple en el Senado.

Se sugiere que la nómina de candidatos sea propuesta por el Presidente de la República, durante los primeros 30 días después de promulgar la ley y que el Senado se pronuncie en la primera sesión de Sala que se celebre tras la presentación de la nómina. Lo que se sugiere que sea regulado con un artículo transitorio en el proyecto de ley. Los integrantes del durarían ocho años, sin reelección y se renovarían parcialmente.

Sería un equipo técnico, calificado, permanente, con continuidad, que estaría dando sustento a todas las medidas señaladas.

Finalmente, consideran que es una enorme oportunidad y se debe entender que esto forma parte de un proceso, hay un tema estructural que se debe abordar.

La reforma en salud son procesos que tienen pasos, y cada uno va aportando desde su lugar y en el momento para cada uno de esos pasos. En síntesis, planteó que hay que avanzar en reglas de seguridad social,

incrementando la solidaridad, equidad, y eficiencia del sistema, reduciendo el gasto de bolsillo y resguardando la posibilidad de elegir.

En segundo lugar, fortalecer y modernizar FONASA y la red pública de salud, superando sus principales problemas, tales como los tiempos de espera y mejorando la calidad de la atención centrada en las personas.

En tercer lugar, avanzar en la mancomunión de los recursos de la seguridad social, entre el subsistema público y privado de salud, en línea con incrementar la solidaridad y equidad del sistema y avanzar en lógica de cobertura universal.

En cuarto lugar, avanzar a una nueva regulación de los seguros privados, en la lógica de un sistema de seguridad social, superando sus principales problemas, tales como la cautividad, preexistencia, regulación de alza de precios, mutualización de los riesgos, mayor transparencia para los usuarios y eficiencia técnica.

A su vez, ampliar las funciones del Consejo Asesor, para que pueda transformarse en una agencia o Instituto de Evaluación de Tecnología Sanitaria.

En cuarto lugar, avanzar hacia una nueva institucionalidad para la administración del subsidio por incapacidad laboral, incluyendo tanto su componente por enfermedad común, como por enfermedad de origen laboral. Esta nueva institucionalidad deberá tener una gobernanza conjunta entre el sector laboral y sanitario, considerando las cotizaciones tanto de trabajadores como de empleadores, necesarias para el adecuado financiamiento de este sistema, diferenciando los flujos financieros para este fin, de los recursos destinados al sistema de atención de salud.

Esta nueva institucionalidad deberá asegurar una gestión eficiente de los recursos y reducir la burocracia a la que se ha visto expuesta las personas.

El señor Cristian Baeza hizo referencia a tres temas, el primero de ellos es que consideró que es importante señalar que no hay solo una crisis en el sector privado de salud, no es solo la crisis de las ISAPRES, sino que son dos, que es la crisis de las ISAPRES y la crisis de los prestadores privados, que es una crisis un poco más soterrada, pero es probablemente, tanto o más preocupante que la crisis de las ISAPRES. En segundo, lugar, comentará, preliminarmente, sobre lo expuesto. Y, por último, estimó es muy difícil avanzar en una reforma de ISAPRES propiamente tal, sin tener referencias a otras partes del sistema, que van a ser necesarias e indispensables para el éxito de una reforma o de un apoyo a la viabilidad financiera de la industria de la ISAPRES.

Respecto al primer tema, sobre las dos crisis del sistema, señaló estar convencido de que el foco en la crisis de las ISAPRES, no debería oscurecer la crisis subyacente e inminente de los prestadores privados.

Si bien es cierto, ellas están unidas, son dos crisis muy distintas, sugirió que la Comisión de Salud considere una conversación respecto a los desafíos del sector privado que, a su juicio, en el mundo prestador, tienen que ver con dos temas. Uno, la trayectoria del sistema de ISAPRE histórica, agudizada posteriormente por los fallos de la Corte Suprema y preliminarmente probablemente también, por la solución que plantea la Comisión Técnica, en términos de una solución que pasa por aumentos de las contribuciones de los cotizantes, que tienen implicancias en el sistema.

Esta trayectoria ha significado una reducción continua de la cartera de cotizantes y esa reducción tiene implicancias para la demanda y utilización de servicios en el sector privado.

El segundo tema que estimó que conduce esta crisis soterrada, es el rol creciente y preponderante que el Fondo Nacional de Salud tiene. En la medida en que la cartera ISAPRES disminuye, la cartera del Fondo Nacional de Salud crece. Sostuvo que en los años que lleva mirando desde adentro y desde afuera el sistema, consideró que en los hechos el Fondo Nacional de Salud es el cuasi seguro público único en Chile.

Cuando se está en tamaños del 85% y con las tendencias de la cartera de ISAPRE, no sorprendería que llegue al 90%, es un seguro que es prácticamente monopsonio en la práctica, aunque no lo sea en un mercado que está más abierto.

Esas dos tendencias, a su juicio, fijan un cambio potencial probable y cercano respecto a cambios de estructuras de precios para el sector privado prestador y a cambio de volúmenes de demanda en el sector privado prestador, que significan un cambio muy significativo de lo que los prestadores privados han vivido en los últimos años.

Mencionó que esta crisis que está en ciernes, es casi más importante que la crisis de las ISAPRES, en el sentido que esta sí, literalmente, nos puede matar.

Afirmó que se debe resolver la crisis de las ISAPRES, pero el mantenerlas juntas, contagia el riesgo de viabilidad financiera del sistema ISAPRES a los prestadores privados innecesariamente.

Hay soluciones difíciles para las ISAPRES, y hay soluciones difíciles para los prestadores, pero probablemente menos que para las ISAPRES y que concitan probablemente más apoyos y más soluciones.

Recomendó poner atención, separadamente, a los prestadores privados y preparar las acciones necesarias para que aun cuando se esté trabajando en definir lo que sucede con las ISAPRES, también se preparen para proteger un haber que existe en los prestadores privados en Chile que son cruciales, no sólo en el sector privado, recordó que la gran mayoría de la gente en el sector ambulatorio de FONASA, se atiende en el sector privado.

El segundo tema que abordó, fue lo expuesto previamente por la comisión técnica, que tiene más que ver con el ámbito de acción que se le definió a la comisión, más que con la comisión misma.

Entendió que la comisión técnica tomó tres pasos: calculó el pasivo, la deuda retrospectiva y el flujo para adaptar la tabla de factores y los ajustes del GES; luego, modeló el impacto de la deuda con los flujos futuros y, por último, propone medidas específicas.

Hay una parte donde se concluye que lo adeudado, sería de 402 mil millones, en total. Manifestó que no puede pronunciar sobre eso, sin haber visto el informe.

Recomendó que es importante que la Comisión de Salud, examine las bases para el cálculo, en el sentido de cuáles son las poblaciones tomadas para el cálculo, cuáles son las estimaciones de aquellos contratos a los cuales se les debe y cuáles son aquellos contratos a los cuales quedarían en el debe al sistema de ISAPRES. Consideró que esos son los parámetros que define la deuda total.

Consideró clara a la Comisión Técnica al decir que cualquiera sea el escenario en que se muevan estos parámetros, los órdenes de magnitud del impacto financiero son gigantescos, que ponen en riesgo la viabilidad financiera de la industria.

Observó que se proponen una serie de medidas respecto a cómo se debería manejar la situación, para minimizar el impacto. Propone un plazo de implementación de 10 años. Básicamente el corazón de lo que propone es un aumento del precio base, en el régimen normal y en un régimen especial. Propone un aumento excepcional del GES, si lo entendió bien, del 0,1 o 0,2; luego en la parte de gastos, asume, una disminución del gasto de administración y una serie de medidas relacionadas con contención de gasto.

Llamó su atención que, en la preocupación de la Comisión Técnica, no se toque el tema de los seguros complementarios. Consideró que por lo que ha ocurrido con los seguros complementarios y su efecto en los costos del sector, y por lo que va a ocurrir en los seguros complementarios para el futuro, ese es un tema que probablemente sería adecuado mirar.

Sostuvo que de los elementos propuestos por la Comisión Técnica, para compensar significativamente el riesgo financiero, tienen que ver con alzas del precio a los consumidores, tiene que ver con asegurarse que todos pagan el 7%, así que a aquellos que no pagan el 7%, les va a subir el precio; aumento del precio base en una u otra modalidad; aumento del GES, etcétera.

Los aumentos presentados, en promedio son un 16%, sin embargo, probablemente van a ser más si se toman los promedios ponderados de poblaciones, porque las ISAPRES más grandes tienen tamaños más grandes de reajuste propuesto.

Es imposible saber si eso resuelve o no resuelve el problema, pero consideró que mitiga el impacto y sugirió que se miren dos dimensiones de lo propuesto, uno es la dimensión del efecto en las carteras de las ISAPRES, en términos de que cuando se suben los precios, la demanda disminuye y, por tanto, va a tener efecto en las carteras y hay que mirarlo por la migración a FONASA.

Por otra parte, indicó que es importante mirar si lo que hay en la propuesta, es más bien una medida de estabilización financiera de corto plazo, pero sin tocar las bases de funcionamiento de las ISAPRES en el marco de la seguridad social, o si los toca.

Lo señaló porque uno de los temas que llaman la atención es que en el sistema de salud chileno, si bien en cierto de que las ISAPRES participan en la seguridad social, tienen ciertos marcos regulatorios y legales que son muy distintos a la seguridad social y si es que hay un proceso de apoyo para que la industria se mantenga, consultó si la Comisión Técnica también mira procesos de traer al sistema ISAPRES hacia la seguridad social más tradicional.

Por último, reflexionó que se proponen alzas para los usuarios entre un 16% hasta casi un 40%, si se mira a las ISAPRES individualmente, son importantes y son alzas que se van a pagar en 10 años. Los anterior implica un sacrificio importante a los consumidores que van a estar en la ISAPRE.

Señaló que probablemente, un paquete de este tamaño es una oportunidad y probablemente una necesidad de una conversión más grande respecto a una reforma del sector en Chile, porque se le dice a la comunidad que se va a mantener la industria de las ISAPRES, pero se debe hacer la pregunta de cómo se instalan en el contexto de una reforma del sistema de salud chileno más grande.

No sólo porque es importante por el tamaño, también porque hay partes del sistema que van a ser imprescindibles para que esto funcione.

Por ejemplo, tres partes que llaman a una mirada más grande de reforma. La primera, el rol creciente del Fondo Nacional de Salud, de facto, como el cuasi asegurador único nacional, y segundo, los temas de regulatorios que tienen que ver con este nuevo espacio, incluso si se entra a una reforma de las ISAPRES un poquito más profunda, de FONASA, y la Superintendencia, y, por último, las transformaciones que tienen que ver con el mercado de prestadores privados.

La señora Ministra de Salud señaló que es importante las etapas que se han dado en este proyecto de ley, primero, la aprobación en general, con el reconocimiento de los distintos elementos que mencionaron los Senadores, que los tienen en consideración, un segundo paso, es la entrega del informe de la comisión técnica, fruto de tres meses de un trabajo arduo y serio, que implica un análisis profundo por parte del Ejecutivo, de lo que se está proponiendo, para recogerlo adecuadamente a través de las indicaciones.

Ciertamente que es un tema complejo en el cual hay distintos elementos que se deben considerar, mencionó que para el Ejecutivo, siempre ha sido una prioridad garantizar la continuidad de los servicios para los asegurados del sistema privado, además de la estabilidad de lo que mencionó el señor Baeza, de la prestación privada, que podría ponerse en riesgo en caso de inestabilidad financiera abrupta del sistema asegurador privado y que es lo que está recogido adecuadamente en el mensaje presidencial de ese proyecto de ley.

Estimó que lo que se propone, hace un análisis de lo que significan los pasivos y se considera el pago de los cobros en exceso, se plantea un escenario para ese cobro, se plantean también propuestas para enfrentar lo que significa la reducción del flujo de ingresos futuro y como Ejecutivo, analizarán adecuadamente las propuestas.

Afirmó que apoyan que el sistema acoja de mejor forma los principios de la seguridad social y que siga funcionando en un sistema mixto, tanto asegurador como prestador, en forma más virtuosa, en cumplimiento a la seguridad social.

En atención también a los riesgos que observan para el prestador privado, es que, además en este proyecto de ley, se considera la modalidad de cobertura complementaria para FONASA, como una forma de trabajar de manera más eficiente con el prestador privado y asegurar una cierta estabilidad en este escenario.

El Honorable Senador señor Castro González consideró adecuado que se precisen dos temas, el primero, la estimación del pasivo o retroactivo, desde la base de las cifras originales que se habían planteado, a las cifras que la Comisión Técnica simula en los escenarios analizados.

El segundo tema, es sobre el modo de retorno de la devolución, para precisar cómo se llega a la propuesta que se ha dado, respecto a los 10 años, respecto a la cuenta individual, que son aspectos técnicos relevantes.

A su vez, solicitó ahondar en cómo el impacto de los fallos de la prima GES tienen incidencia y de qué variabilidad es la incidencia en las distintas ISAPRES, porque hay simulaciones de eventuales aumentos futuros de 0,1 y 0,2 UF, respecto al GES, para hacer estimaciones comparadas de modificaciones de precio base.

Por último, consultó por la transición de sistema de salud. En el país existe una modalidad que en el mundo es excepcional, que tiene una judicialización tremenda, con una imagen dañada, que se entiende, tiene que ir a un nuevo escenario, que no tiene como propósito impedir la atención privada.

Consultó por la forma de hacerse cargo, en esta transición, de poner fin a la cautividad en la salud privada y de un fenómeno que ha estado rondando todo este debate, que es la contención de costos, no sólo por la vía del gasto de administración y venta, sino que también, en relación al subsidio de incapacidad laboral.

La Honorable Senadora señora Órdenes comentó que, en el informe elaborado por la comisión técnica, se establecieron una serie de medidas, una es el piso del 7% para las ISAPRES, se propone que todos los cotizantes, tanto de FONASA como ISAPRES, coticen obligatoriamente un 7%. Comprendió que, con esa medida, se dejaría de generar excedente.

Consultó si esta propuesta va a producir un aumento en los precios de los planes de los cotizantes.

Una medida en la que sostiene que hay consenso, tiene que ver con la disminución de gastos de administración y venta. Actualmente, no existe una normativa que establezca límites o criterios para estos gastos y se propone un límite para que se reduzcan en un 10%, y eso evidentemente que va a tener un impacto. Consultó cuánto dinero significa una reducción de ese porcentaje.

Respecto al tema de la adecuación de los precios de la prima GES, se habló de escenarios de alza entre 0,1 y 0,2 UF mensuales, por beneficiario.

Si hay impactos presupuestarios en FONASA en este sentido, consultó a qué se refiere, ¿tendrá impactos?

Otro tema es el ajuste de los precios base, se proponen dos vías, una por el reajuste al ICSA y otro reajuste de manera extraordinario y por una única vez.

A su vez, el tema de mutualización es relevante, para estimar las cantidades cobradas y percibidas en exceso por las ISAPRES, porque evidentemente que hay un cambio significativo en los montos que se consignaron en el informe.

En resumen, lo que se entiende es que la deuda se reduce de manera significativa y consultó si eso tiene algún impacto en el fallo, porque recordó que el objetivo del proyecto de ley, es implementar el fallo.

El Honorable Senador señor Latorre hizo hincapié que fue un acuerdo de que este informe no tenía un carácter vinculante para la Comisión de Salud, era un informe que solicita la Comisión de Salud del Senado a una comisión técnica, que elabora un informe con una propuesta, que después se tiene que traducir en una discusión política, en indicaciones del Ejecutivo, etcétera.

Sostuvo que, como recomendación, que también se planteó en el informe, más allá del fallo, hay una situación de crisis terminal del sistema, una necesidad urgente de transitar hacia una reforma del sistema de salud de nuestro país. No es sostenible el sistema tal cual está.

Vinculó la discusión del plazo de 10 años que se propone por la comisión técnica, con las líneas de reforma y de transición. En principio, se podría sostener que devolver 45 millones de dólares anuales, en 10 años, parece excesivo.

Pero más allá del tiempo, interesa saber cómo se conecta en una discusión más integral ese tiempo, donde las ISAPRES tienen que cumplir el fallo, devolver lo cobrado en exceso, con una transición en reforma.

En 10 años estamos hablando de tres gobiernos, por lo que consideró que es un tiempo excesivo, para efectos de la urgencia de avanzar a un camino de transición, que se debe comenzar de manera más acelerada, con responsabilidad y gradualidad.

Por otra parte, se refirió a las cifras. La comisión técnica, elabora escenarios, en base a supuestos y llega a una cifra. Consultó si hay supuestos alternativos, porque la cifra original que se dio al inicio por la Superintendencia, era otra y es importante plantear alternativas, otros supuestos.

La señora Ministra de Salud consultó si la comisión técnica hizo alguna estimación de lo que significarían los distintos ajustes para las personas, es decir, qué proporción de personas deberían beneficiar con rebajas en su precio final, qué proporción de personas deberían tener un ajuste al alza, si es mayoritario.

Consideró que es un elemento a tener en cuanta, para la discusión de las indicaciones.

El señor Santelices señaló que, en el análisis realizado, la metodología fue, en primer lugar, esclarecer bajo qué conceptos se tenía que solicitar a la Superintendencia, hacer los cálculos.

Mencionó que se levantaron dos elementos que fueron consensuados por la comisión técnica, entendiendo que el aseguramiento se ampara en una lógica de seguridad social y por consiguiente, subyacen conceptos de solidaridad, tenían que perfeccionar a partir de la ley, el atenerse a el 7% y lo ponen en el texto, asimilándolo a la situación de los que son beneficiarios de FONASA, es decir, que no se generan excedentes. Pero la ley fija el piso y no el techo, por lo tanto, señala que las personas van a poder hacer uso de sus excedentes, pero también tienen que tomar un precio que no puede ser inferior a un 10% de la prima que correspondería a ser su 7%.

Explicó, que el primer ajuste que hicieron para el cálculo de lo que llamaron en su momento, el pago del pasivo, fue asimilar al 7%, es decir, todos tienen que concurrir con el 7%, dado que el eje de la propuesta es converger hacia la solidaridad.

Lo anterior produce un ajuste en lo que hay que retornar a las personas, los excedentes que son acorde a lo que señala la Corte Suprema.

El segundo elemento, dice relación con la mutualización y aquí, a diferencia de lo que ha ocurrido con los fallos anteriores, cuando las Cortes fallan de manera individual, lo hacen sobre la base de que no concurre el concepto de mutualización, porque se trata de individuos y no de un colectivo como es el aseguramiento sistémico, y por el cual la Corte finalmente falla y en mérito a ese fallo sistémico, sí considera que hay que hacer devoluciones.

Por lo tanto, la lógica que subyace es que efectivamente la Corte entiende que esto obedece a que, por ser un tema de seguros, tiene que realizarse bajo los preceptos de mutualización, y desde allí hicieron esos cálculos.

Por lo anterior, al producirse esta mutualización, se llega a las cifras obtenidas.

En síntesis, es un análisis sobre la base de cómo se debe entender los modelos de aseguramiento, por consiguiente, al momento de calcular los excedentes, se tiene que hacer bajo esos mismos preceptos y las correcciones, en relación al 7%.

Esos son los cálculos que realizó la Comisión Técnica y se entregaron las conclusiones de manera consensuada.

Comentó que hubo otra forma de calcularlo, realizada por la Facultad de Economía, cuya minuta también se presentó junto al informe.

Explicó que los cálculos que se hacen son con un vector de precio, que es vector de precio de hombres, por consiguiente, no se reconstruye el precio base como un precio base mixto. Se hace de esta manera, porque es sabido que las mujeres en su periodo fértil, tienen un gasto en salud que es mayor y si vamos a tener un precio actuarial único, se deben absorber esos gastos, porque de otra manera, el precio por el cual se están haciendo los cálculos, es subrepresentado, toda vez que no incluye los gastos asociados a la maternidad y esa es otra manera de hacerlo.

Sin embargo, la comisión técnica, hizo el ajuste en la versión de mutualización general, por llamarlo de algún modo.

El Superintendente de Salud consideró necesario aclarar algunos puntos, a propósito de cuestionamientos sobre el rol de la Superintendencia y algunos de los cálculos que fueron presentados anteriormente.

Sostuvo que tuvieron que modelar distintos escenarios, en segundo lugar, había elementos que requerían que fueran clarificados por la Corte Suprema para ir acotando ese cálculo.

En mayo del año 2023, presentan el proyecto de ley con un cálculo absolutamente revisado y razonado, luego, se entrega la información entendiendo que era parte del insumo a discutir a propósito del proyecto de ley, donde se establecen estos 1.400 millones de dólares, donde se hacen cálculos de una serie de elementos que permitía conocer el universo de los contratos que estaban siendo analizados y de los contratos que pudieran ser beneficiados. Destacó que el trabajo realizado por la Superintendencia fue absolutamente responsable y serio.

En tercer lugar, señaló que mal se podría cuestionar la labor de la Superintendencia y luego, requerirle a la misma Superintendencia que modele o que calcule escenarios distintos. Informó que estuvieron absolutamente disponibles, como institución, a pesar de estar instruidos por la Corte Suprema para implementar esto, a poner a sus equipos a disposición de la comisión técnica que convocó el Senado, para colaborar en aquellos supuestos, que se empezaron a evaluar, entendiendo que se busca con estos supuestos, generar un espacio de sostenibilidad del sistema y que el impacto no afecte la continuidad de las atenciones y de las coberturas y que, por lo tanto, pueda haber un espacio de mejor cumplimiento del fallo.

Entendido eso, se puso a disposición los equipos, no para que, a partir de la cifra dada por la comisión técnica, se termine criticando a los

mismos equipos por una cifra distinta, que responde, básicamente a lo que les corresponde como institución, que es la aplicación literal de un fallo.

El tenor literal de los fallos, llevaba a una cifra de 1.400 millones de dólares. Tal era el punto de la magnitud de esta deuda, que se presenta un proyecto de ley, precisamente para ver de qué manera se puede viabilizar el cumplimiento del fallo.

El aporte que hizo la Superintendencia, en la comisión técnica, fue entregar los elementos y los insumos técnicos, los cálculos que les fueron requeridos. Comentó que hay escenarios y supuestos que se hacen y se modelan a partir de la petición que hace la comisión técnica, que es distinta a la aplicación del tenor literal del fallo, y que se ponen a disposición y a discusión de esta Comisión de Salud.

El Honorable Senador señor Gahona manifestó que se dieron cifras que se condice con un tipo de escenarios y los que la comisión técnica ha definido, es que puede haber otros escenarios.

Señaló que sus declaraciones no implican cuestionar la idoneidad del trabajo de la Superintendencia, y si le pareció aventurado haber colocado cifras y haberse puesto en un solo escenario.

Consideró que la comisión técnica, sin alterar las condiciones que establece el fallo, llegó a cifras diferentes.

La cifra inicial, señalada por la Superintendencia de Salud, es insostenible e inabordable y lo que hizo la comisión técnica fue buscar una solución, ajustándose al fallo.

El Honorable Senador señor Chahuán manifestó que la responsabilidad está en el Ejecutivo, porque las indicaciones que requiere el ajuste propuesto por la Comisión Técnica, son de iniciativa del Ejecutivo. En esta nueva etapa, se requiere acuerdo político.

La Honorable Diputada, señora Gazmuri respecto a la mutualización de la deuda, consultó si esto estaría afectando la propiedad sobre los excedentes.

Por otra parte, entendiendo que la propuesta de la comisión técnica no es vinculante, requirió saber si se ajusta al cumplimiento del fallo.

Por otra parte, comentó que la mutualización de la deuda, la extensión del plazo para la devolución y, además, el aumento de las primas, no parece ir en la dirección de lo que la ciudadanía espera, considerando que ha habido un abuso de las ISAPRES, que el fallo de la Corte Suprema plasma.

El señor Superintendente señaló que el organismo que representa no ha sido parte de las definiciones políticas, porque es un organismo técnico y el rol fue eminentemente técnico que entregó todos los datos que se requirieron.

En segundo lugar, advirtió que los supuestos requieren modificación legal, de lo contrario, no estarían siendo discutidos a la luz de proyecto de ley.

Si se va a enfrentar esta situación de una manera distinta, con una interpretación diferente, tiene que estar establecido en la ley, porque la Superintendencia actúa en virtud de lo que dicen los tribunales de justicia o en virtud de lo que dice la ley.

El Honorable Senador señor Castro González mencionó que el primer aspecto que se aplica, que es el piso de 7% de cotización legal, parece algo bastante razonable, porque la ley chilena exige que la gente pague el 7% de cotización de salud.

Solicitó que se precise, en los universos de aplicación, del criterio de los planes que quedaron por debajo del 7%, cuál es la cuantificación que se hizo en la comisión técnica, porqué se llega al impacto de llegar, en esa primera etapa, a 900 mil millones de deuda.

A su vez, solicitó se clarifique lo que se tuvo a la vista, respecto a la doctrina de mutualización del riesgo y las consecuencias que tiene, en relación al fallo de la Corte Suprema.

El señor Santelices precisó que en el cálculo del 7%, entendiendo que está amparado en la ley, al producirse esos ajustes, se produce la reducción señalada.

En relación a la mutualización, dado que esto es un seguro, la técnica actuarial, hace que la forma de cálculo, cuando se habla de un seguro que funciona de manera colectiva y es así como se interpreta del fallo que alude sistemáticamente al sistema, es decir, al colectivo de personas que estaban pagando excesos, y ahí separa el concepto de excesos por excedente, entendiendo que el excedente estaba aplicado al 7%; entendiendo eso es que la mutualización aplica, toda vez que bajo esa lógica, se tienen que hacer los cálculos de las devoluciones, porque no es posible si estamos fundados en los seguros, entender que cualquier devolución se tenga que hacer con una lógica individual, dicho de esta forma, se estaría dejando de calcular la probabilidad.

Al pagar un seguro, se adquiere una forma de resguardar el riesgo, se establece un monto, para que el colectivo, en la eventualidad de una siniestralidad individual, concurra a cubrir el monto que requiere esa siniestralidad. Por lo tanto, al hacer el proceso inverso, también se debe concurrir aportando esos fondos, por eso se genera desde esta lógica, una

diferencia que es menor, lo que no significa que no vayan a existir los excesos que son los que se tienen que devolver en la suma señalada.

Respecto a la consulta de la Diputada señora Gazmuri, comentó que lo que propone la comisión técnica es que, aplicado el fallo, a continuación, se activa el proyecto de ley corta, para efectos de generar este nuevo escenario, que se instala y fortalece los conceptos de la seguridad social. Manifestó que se cumple con el fallo

Añadió que el fallo en ningún momento se pronuncia sobre la cantidad de los montos que hay que devolver.

La Honorable Senadora señora Órdenes planteó el tema de la cotización obligatoria, el piso del 7% para las ISAPRES. Actualmente la Superintendencia de Salud establece que aproximadamente un 30% de los afiliados tienen contratado un plan cuyo precio final pactado es menor a su 7%. Consultó si esta nueva interpretación va a producir un aumento en los precios de los planes de los cotizantes.

Respecto a la adecuación de los precios de la prima GES, la comisión técnica propone que el proyecto de ley incluya un mecanismo de ajuste extraordinario y evaluó escenarios de alza de la prima GES entre 0,1 y 0,2 UF mensuales, por beneficiario. Consultó si este incremento tendrá repercusión en el precio final que paguen los afiliados.

Por otra parte, debe ahondar en la propuesta de la mutualización para estimar las cantidades cobradas y percibidas en exceso por las ISAPRES. Acá se propone entender a las ISAPRES como aseguradoras que distribuyen riesgos en salud, por lo cual proponen que los riesgos se deben mutualizar y ahí empiezan a operar los subsidios cruzados.

Se propone que los cobros en exceso sean evaluados sistemáticamente y no individualmente. Estimó que, en ese planteamiento, se debe tener mayor claridad, porque es lo que cambia el escenario.

El Honorable Senador señor Latorre consultó al Director de FONASA por la migración de afiliados que se trasladan al sistema público de salud. Observó que se está transitando de facto a un escenario de un fondo único de salud, donde el 81% de la población está en FONASA, pero acurre sin un diseño de reforma, sin una legislación adecuada que implique el fortalecimiento del sector público de FONASA.

Consultó por la experiencia comparada, donde se cita mucho el caso de Uruguay y Corea del Sur, que hicieron reformas que podrían ser pertinentes para Chile, en contextos de un PIB per cápita similar o incluso más bajo del que tiene Chile hoy. Países que hicieron reformas en términos de seguridad social, de provisión mixta, entre otras.

El Honorable Senador señor Gahona mencionó que, dentro del mandato entregado a la comisión técnica, nada se habla de la modalidad de cobertura complementaria, que ese es un tema que se debe abordar. Consultó si se ha avanzado en el tema para dar mayor viabilidad.

Manifestó ser de la opinión que ese tema sea parte de una legislación distinta, pero si hay propuestas al respecto, señaló no tener inconveniente en discutirlo.

Por otra parte, la comisión técnica plantea que se podrían cumplir los indicadores que exige la Superintendencia para poder mantener a las ISAPRES con sus indicadores de viabilidad, consultó si tiene un correlato con los indicadores financieros que, por ejemplo, exigen las normas internacionales de contabilidad, porque detrás de varias ISAPRES hay grupos inversores internacionales.

La Ministra de Salud señaló que, en la Comisión Técnica, participaron abogados y asesores que participan en la Comisión de Mercado Financiero, como parte del Ejecutivo y como colaboradores técnicos permanentes.

Respecto a la modalidad de cobertura complementaria, comentó que es importante para el Ejecutivo ver el sistema como un todo. Aquí se está hablando del enfoque sistémico y se está trabajamos con un sistema de salud que es mixto en su provisión y que es mixto en sus seguros.

Al plantear una modificación, con reglas de seguridad social, no se está sosteniendo que se acabe ni la provisión privada ni los seguros privados, sino que tengan un funcionamiento virtuoso y adecuado a las leyes de la seguridad social, lo mismo que ha sido recomendado por la comisión técnica.

El Director de FONASA aclaró que el Fondo no formó parte de la comisión técnica por decisión expresa del sector, en el sentido que se entendía que era una reflexión respecto de las ISAPRES y no de la totalidad del proyecto que incorpora la modalidad de cobertura complementaria del FONASA.

Respecto de la MCC, señaló que en el momento que el Ejecutivo realice las indicaciones, se pueda incorporar también propuestas sobre la materia.

Informó que se sigue manteniendo una mesa técnica con los seguros generales de salud, lo cual ha permitido llegar a un diseño no muy diferente al que se había planteado, pero con algunas modificaciones relevantes. Muchas de ellas van enfocadas al modelo de licitación planteado,

pero básicamente consiste en simplificación de los esquemas que habían propuesto.

A la consulta del Senador Latorre señaló que, en términos programáticos de poder avanzar hacia una reforma, se podría plantear una transición distinta a la que se había reflexionado con anterioridad, dado que estamos en un momento diferente de partida.

Son interesantes muchos casos de legislación comparada, como los mencionados países Uruguay y Corea. En Uruguay, se realizó una reforma en el año 2008, donde 30 mutualidades que eran prestadores de salud pudieron formar un fondo central de mancomunación, que se llama ahora FONASA también, como un sistema común seguro de salud único, que asigna los recursos a estos prestadores que son las mutualidades, a través de un per cápita ajustado por el riesgo y que permite a estos prestadores financiar a sus afiliados en el acceso a la salud, manteniendo eso a un sector público cercano al 20-30%, que en un paso siguiente esperan incorporar.

En el caso de Corea, ellos también transitaron desde un multi aseguramiento, de cerca de 300 seguros, a uno solo, en 10 años y con una particularidad, que los proveedores en su mayoría, son proveedores privados.

El Presidente de la Asociación de ISAPRES, señor Gonzalo Arriagada comentó que participaron como colaboradores técnicos en la comisión técnica, no participaron directamente en sus conclusiones, ni en sus recomendaciones, y, por lo tanto, tuvimos acceso al documento definitivo al mismo tiempo que la ciudadanía y actualmente se está analizando en detalle.

Subrayó que la crisis del sector que representa es muy relevante. En el mismo informe se señala que producto de los fallos de la Corte Suprema, tanto de tablas de factores, como de GES, disminuiría los ingresos de las compañías en más del 22%.

Afirmó que, si se aplicaran los fallos en las condiciones que están señalados, sin ninguna medida de mitigación, significa la quiebra de toda la industria sin duda, con el efecto inmediato en la pérdida de las coberturas para casi tres millones de personas y de manera indirecta, probablemente la quiebra de muchas de las instituciones del sector privado de salud y los efectos que eso significaría en el término de menor oferta prestadora para todo el país.

Manifestó que naturalmente, tienen algunas diferencias, consideró que siempre han cumplido con las leyes y este cambio de criterio de la Corte, en relación a las tablas de factores, con aplicación retroactiva, generan un exceso en su opinión. Sin embrago, claramente cumplirán con el fallo.

El Honorable Senador señor Castro González recordó que la comisión técnica entregó su propuesta, luego de un detallado análisis bajo tres

principios: hacer cumplir las sentencias judiciales; darle viabilidad al sistema y no interrumpir las atenciones de los usuarios.

Estos ejes ordenadores fueron los que plasmaron en un documento de consenso, que fue recibido en esta Comisión de Salud. Aclaró que, sin ser un documento vinculante, contenía aquellos aspectos centrales que permitían conjugar los tres principios señalados y, por lo tanto, buscan dar soluciones a la crisis que tiene el sistema y al mismo tiempo reafirmar la necesidad de una reforma.

La señora Ministra dio a conocer las indicaciones presentadas con fecha 3 de noviembre. Acompañó una presentación para explicar su detalle.

Recordó que la Excelentísima Corte Suprema, mientras se discutía este proyecto de ley, dejó sin efecto el alza de precios por la prima GES, con fecha 10 de agosto del mes 2023. Asimismo, se entregó el informe de la comisión técnica, situación que fue muy valorada por el Ejecutivo y que fue un aporte importante para las indicaciones.

Explicó que las indicaciones presentadas por el Ejecutivo, contienen 27 modificaciones al proyecto de ley, 21 modificaciones al articulado permanente y 6 modificaciones al articulado transitorio.

Se efectúan cambios tanto en lo que respecta al fortalecimiento del Fondo Nacional de Salud, como las facultades para la aplicación de la sentencia de la Excelentísima Corte Suprema.

A continuación, señaló las indicaciones introducen:

1.- modificaciones relacionadas al fortalecimiento de FONASA.

2.- modificaciones al articulado de ISAPRE.

3.- sobre el Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud.

Sostuvo que las indicaciones recogen prácticamente la integridad del informe técnico, con excepción de elementos relacionados al cálculo de la deuda, en relación a la implementación del enfoque de mutualización y la extinción de la deuda, cuando las personas se cambian de ISAPRE a FONASA o a otra ISAPRE. El resto de los contenidos del informe técnico fueron recogidos, de alguna forma, en las indicaciones.

1.- Respecto a las modificaciones relacionadas al fortalecimiento de FONASA, se simplificó la propuesta.

Primero en la modalidad de cobertura complementaria se simplifica un solo esquema, en cuanto a la prima de la modalidad de cobertura complementaria, se incluye ahora, en forma explícita. un seguro catastrófico, se hacen ajustes en la regulación de la prima y se modifican algunos elementos sobre cómo se adjudica la licitación.

Además, se agrega un articulado respecto a la garantía de continuidad de tratamiento, que ha sido una de las preocupaciones que han manifestado las distintas agrupaciones de afiliados a ISAPRES, en relación a la situación de insolvencia en un ISAPRE, que es lo que sucede con la continuidad de los tratamientos GES, con las sentencias, aquellos casos que están judicializados y las personas que están acogidas al seguro catastrófico.

Con respecto al tema del fortalecimiento de FONASA, que son los actuales numerales 1 al 10 del artículo 1°del proyecto, se le da la nueva facultad de FONASA incorporando la facultad para velar por la correcta implementación y funcionamiento de la modalidad de cobertura complementaria y la creación e inscripción de las pólizas.

Con respecto a la competencia entre la Superintendencia de Salud y la Comisión de Mercado Financiero, la indicación número 2, especifica que la atribución que tenga la Superintendencia de Salud, para fiscalizar la modalidad de cobertura complementaria incorporada por el actual número 2 del proyecto, que modifica el artículo 107 del DFL, es sin perjuicio de las facultades que tiene la Comisión de Mercado Financiero respecto de las compañías de seguro.

La indicación número 6, regula el nuevo seguro catastrófico que trae aparejada la modalidad de cobertura complementaria, incorporando un seguro que para la persona afiliada y su grupo familiar y que tiene derecho a una protección financiera especial, que cubrirá todos los copagos derivados de un determinado problema de salud y de cargo de la persona beneficiaria, que superen dentro de un año calendario el deducible respectivo, de manera a dar más certeza respecto a la protección financiera y también a las empresas de seguro, con respecto a lo que deben cubrir.

A su vez, se presentó una indicación sobre coberturas exclusivas de la modalidad de cobertura complementaria y que, dado que la modalidad de cobertura complementaria tiene un seguro catastrófico, se aclara de que estas prestaciones quedan excluidas de los préstamos que puede otorgar FONASA.

Con respecto a las modificaciones relacionadas con el fortalecimiento FONASA y la regulación de la prima complementaria, es una prima plana, que no discrimina por edad, sexo ni preexistencias; elimina el trato de cotización que tenía la prima en el proyecto original, especifica que el valor será fijado en UF, determina que será el director de FONASA quien adecúe, mediante resolución, el valor de la prima, en base a criterios objetivos y de conformidad a la fórmula que establezca las bases de licitación.

Se establece que la inscripción será por 12 meses, renovable automáticamente por periodos iguales y la inscripción y renuncia de la modalidad de cobertura complementaria, tiene que ser informada por el afiliado al Fondo Nacional de Salud.

Con respecto al tema de las bases de licitación, se añade el valor de la prima como criterio objetivo a incorporar en las bases de licitación para adjudicar la cobertura financiera. Se establece que las bases de licitación deben incluir el deducible del nuevo seguro catastrófico, que se debe establecer en proporción a la prima complementaria y, además, se debe incluir el porcentaje de cobertura financiera, el valor residencial de la prima y las fórmulas de adecuación de estas últimas.

Estas son todas condiciones que deben estar en la base de licitación.

Las indicaciones números 9, 10 y 22, hacen adecuaciones formales en atención a las modificaciones realizadas por el resto de las indicaciones.

La indicación número 27, incorpora artículos transitorios, en virtud de los cuales, cumpliendo ciertos requisitos, FONASA podrá autorizar la continuidad de tratamiento para las personas afiliadas en ISAPRE que caen en insolvencia, para los casos de personas que reciben protecciones por las garantías explícitas de salud a través de su ISAPRE, de manera que no tengan que reingresar al sistema institucional desde cero, para el caso de personas con cobertura adicional por enfermedades catastróficas y que al tiempo de cancelación del registro de ISAPRE hayan tenido derecho a esta cobertura y lo hubieran activado oportunamente y para las personas que tengan sentencias firmes y ejecutoriadas dictadas por un tribunal, para que tengan derecho a esa cobertura.

Por último, el artículo 11º transitorio establece el deber de la Superintendencia de informar a FONASA sobre las personas que se encuentren en las situaciones descritas en los artículos transitorios previos.

2.- Modificaciones relacionadas con el tema de ISAPRES. Primero, con respecto a la circular de la Superintendencia, ya estaba mencionado en el proyecto de ley, que se tenía que observar la adecuación en la tabla única y la suspensión del cobro de los niños menores de dos años. Ahora, se agrega que la circular hará cargo de la contribución efectiva del 7%, que es una de las recomendaciones también que se acogen de la Comisión Técnica.

En cuanto al plan de pago y ajustes, ahora se define como plan de pago y ajuste porque permite el ajuste de precio base en forma extraordinaria. Este plan de pago y ajuste habla de la deuda y los plazos de pago, de las medidas de eficiencia con el cual deben acompañar cualquier solicitud de alza

extraordinaria, si es que requerida por la ISAPRE. Está definida la continuidad de la obligación del pago de la deuda independiente de si la persona se cambia de un ISAPRE a FONASA o de un ISAPRE a otra.

La modificación del cálculo e índice de costos de salud, incorporando el costo por el cuidado no GES de los menores de dos años, que se debe suspender y se modifica para reconocer el valor real de prestaciones sanitarias, excluyendo en forma excepcional, el factor relacionado con las prestaciones del Fondo Nacional de Salud.

Según las recomendaciones de la comisión técnica, pasa a ser permanente el Consejo Asesor de la Superintendencia y se definen las normas y funcionamiento de su conformación.

Detalló a continuación, el articulado relacionado con ISAPRES. Informó que, para el cumplimiento de la sentencia de tabla de factores, se indica que la adecuación de precios finales, no puede significar una reducción del precio pactado a los contratos bajo el valor de la cotización legal para la salud del 7%.

Para calcular el valor de la cotización se considerarán los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión, según sea el caso contado de la adecuación del mismo.

Se establece que la obligación de adecuar los precios finales respecto a los contratos vigentes al 1 de diciembre de 2022 y que esto debe realizarse a los dos meses siguientes de dictada la circular y la Superintendencia.

La circular también debe indicar la forma y plazo en que las ISAPRES notificarán a las personas afiliadas de los cambios que serán efectuados a sus contratos.

Se incorpora en el numeral 3, que las ISAPRES deben indicar si la diferencia existente entre el precio final cobrado y el nuevo precio final obtenido por la adecuación, procede por la aplicación del numeral 1, o sea, cambio en la tabla de factores, o el numeral 2, carga en menores de dos años, dado que esos dos factores van a incidir en el precio final.

Se reduce el plazo original de 30 días, contados de la publicación de la ley, para dictarla circular, a 10 días.

Siguiendo con las modificaciones relativas al plan de pago, que ahora se llama plan de pago y ajustes, se modifica el contenido del plan de pago que era propuesto en el proyecto de ley. Se incorpora el plazo de evolución de la deuda de hasta 10 años, que se había recomendado por la

Comisión. Sin embargo, permite que las ISAPRES ofrezcan acelerar el pago de la deuda pagando la deuda en efectivo a sus afiliados.

En concordancia con lo señalado por la Corte Suprema, se establece la devolución a través de excedentes, los que podrán ser retirados en dinero sólo una vez al año y en la manera en que se defina el plan de pago de cada ISAPRE.

Manifestó que se incorporan modificaciones destinadas a que se acorten los plazos, en los cuales se van a hacer los ajustes y el inicio de las devoluciones. Con respecto al pago de la deuda por parte de las ISAPRES, se explicita que la cuenta que se abre para efecto del pago de la deuda, no podrá ser cerrada sino hasta el pago total y que las ISAPRES no podrán en ningún caso cobrar por la mantención de dicha cuenta. Incorpora el que la deuda se devengue mensualmente, debiendo la ISAPRE poner a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponde según su plan.

Incorpora el caso si la persona termina el contrato con la ISAPRE deudora y mantenga una deuda, la ISAPRE deberá seguir pagando mensualmente, independiente si la persona está en otra ISAPRE o en FONASA. Finalmente, la indicación número 27 respecto al tema de la deuda, incorpora un nuevo artículo transitorio, que regula los casos en que las personas que a la fecha de la publicación de la ley ya habían terminado el contrato con el ISAPRE deudora, en ese caso el ISAPRE deberá abrir una cuenta a la persona, donde irá depositando lo adeudado.

Con respecto a los planes de salud y su ajuste a la cotización legal, se incorpora un artículo 8°, donde de forma excepcional y por una sola vez, todos aquellos contratos de salud, que tengan un precio pactado que sea inferior a la cotización legal obligatoria, se ajustarán al valor de dicha cotización.

Se determina la forma en que será efectivo el ajuste, lo que debe ofrecer cada ISAPRE a la persona afiliada y las condiciones de ésta.

La cotización se calculará sobre el monto promedio de los últimos seis meses de la remuneración renta o pensión según sea el caso. Si las sucesivas adecuaciones anuales del monto de los excedentes supera el 5% de la cotización, la ISAPRE estará obligada a ofrecer al afiliado la incorporación de nuevos beneficios o planes.

Respecto a los planes alternativos, sus precios se deben aproximar al valor de su nueva cotización legal para salud y que hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento.

Asimismo, las condiciones generales de cada plan deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan y no podrán importar una discriminación entre dichos afiliados.

En ningún caso, el afiliado estará obligado a suscribir uno de los planes de salud alternativos. Si opta por esto, toda diferencia superior al 5% de la cotización legal no generará excedentes.

Con respecto al perfeccionamiento del procedimiento administrativo, que sanciona a las ISAPRES que reparten dividendos o utilidades sin haber pagado la totalidad de la deuda. Se recogen los reparos contenidos en los informes evacuados por la Corte Suprema y se reemplaza el procedimiento sancionatorio. Se incorporan sanciones administrativas de multa a beneficio fiscal, como el objetivo final del procedimiento. Se establece que las medidas cautelares de retención de los dineros o depósitos y la prohibición de realizar transacciones que se contemplan en el proyecto de ley, solo podrán ser dictadas por la Superintendencia de Salud y los recursos se tramitarán de la forma habitual en que se tramitan los recursos de la Superintendencia.

Se añade de manera excepcional que para el cálculo del ICSA 2024 no se considerará la modalidad de libre elección del FONASA, de manera que reconozca de mejor forma las modificaciones del precio de mercado.

Asimismo, autoriza a la Superintendencia de Salud a determinar el valor o reajuste que las ISAPRES, por una sola vez y de forma extraordinaria, podrán incorporar a sus precios base, a fin de otorgar financiamiento al costo y cobertura de las prestaciones de salud de las cargas de niños menores de dos años.

3.- Respecto al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales. Indicó que se establece una nueva institucionalidad del Consejo; en la indicación número 3, se incorpora que será un órgano permanente, en línea de la recomendación de la comisión técnica, y se modifica su nombre pasando a llamarse Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud.

Su función permanente será asesorar a la Superintendencia de Salud, en lo relacionado con las ISAPRES, especialmente en lo relativo al precio que éstas cobren por el GES. Además, para efecto del cumplimiento de la presente ley, el Consejo asumirá la función de asesorar al Superintendente de Salud, sobre los planes de pago y reajustes que presenten la ISAPRES y las modificaciones a los precios de los planes de salud, que se realicen en conformidad a la ley.

Entonces, para cumplir dicho objetivo, dentro de los plazos que establece el proyecto de ley, se establece que el primer nombramiento de consejeros no se realizará por el Sistema de Alta Dirección Pública (ADP), sino directamente por los ministros, lo que deberá realizarse dentro de los 10 días

siguientes de la publicación de la ley. Se establece que en tanto no se dicta el reglamento que lo regula, el Consejo funcionará conforme a las normas que acuerde por mayoría simple en su primera sesión. En cuanto a la integración, se eliminan los tres representantes de la Universidad del Estado, manteniéndose las designaciones por sistema ADP del Ministro de Salud, Ministro de Hacienda y Ministro de Economía. Y dada su carácter permanente, se incorpora una dieta de 15 UEF por sesión para sus integrantes con un tope de hasta 60 UF mensuales.

Se incorporan incompatibilidades con otros cargos públicos y se precisan las inhabilidades que estaban contenidas en el proyecto, se establecen causales de cesación del cargo y se habilita al Ministerio de Salud para dictar un reglamento que regule el funcionamiento del consejo.

El señor Santelices en relación a las indicaciones, hay una serie de recomendaciones realizadas por la comisión técnica que se recogen, no obstante, dada la complejidad de lo que pidió como comisión técnica de resolver, señaló que esto es un todo armónico y cuando, por ejemplo, se abordó el tema de la deuda, lo hicieron en función de dar sustentabilidad al sistema, y entendiendo que se deben devolver los excedentes a los afiliados, estos se tiene que asociar al cálculo adecuado técnico por el cual se hacen los cálculos, toda vez que son cálculos actuariales, que recogen la complejidad de que se tiene que mutualizar el riesgo.

Hay otra aproximación, que se podría estudiar con más detalle y que no lo acogieron, porque se optó por la postura y propuesta de Espacio Público sobre la mutualización.

Señaló que al estar planteado de esta manera el proyecto, lleva a que al hacer la solución por el precio base, este precio base podría llegar a un incremento tal que hace imposible e inviable que las personas puedan sostenerse.

Otro elemento que consideró extraordinariamente sensible, es que el consejo que se plantea, sea un consejo asesor. Va a ser no distinto al consejo GES del cual he sido presidente en dos periodos, que tiene un alcance y significación muy marginal. Por ello, propusieron que este panel técnico tiene que ser vinculante y no solamente un consejo asesor.

El Honorable Senador señor Chahuán estimó que se pierde una oportunidad, desde el punto de vista del trabajo que hizo la comisión técnica que trabajó al alero de esta Comisión de Salud, para avanzar no solamente en una propuesta que permita aplicar los fallos de la Corte Suprema, sino que, además, para sacar adelante una reforma a la salud.

Consultó respecto a FONASA, la modalidad con cobertura complementaria y si sería excluyente de la modalidad de libre elección.

En ese sentido, ¿cuáles serían las proyecciones de FONASA en cuanto a la inscripción de prestadores privados, en la modalidad de cobertura complementaria? ¿Cuáles serían los incentivos que tendrían los prestadores de salud para inscribirse en la modalidad de cobertura complementaria, teniendo presente que el arancel es diferente a la modalidad de libre elección? ¿Y cuáles serían los incentivos que tendrían los beneficiarios de FONASA para inscribirse en la modalidad de cobertura complementaria?

La segunda, en cuanto a otras coberturas, observó que el artículo octavo transitorio, establece que FONASA podrá otorgar cobertura por GES a los ex beneficiarios de las ISAPRES, que se encuentren accediendo a esta garantía. Consultó si FONASA no puede hacerlo, las personas tendrán que ponerse a la fila de las personas que están actualmente en listas de espera.

Requirió saber qué sucederá con las hospitalizaciones domiciliarias, que no han sido parte de las indicaciones.

Respecto del consejo consultivo sobre seguros previsionales de salud, las propuestas, pronunciamiento o estudios, que emanen de él, no tendrán el carácter vinculante, por lo cual carece de fuerza.

Respecto a la forma de cálculo de la evolución de cobros en exceso, es complejo, porque los sistemas de seguro funcionan con el principio de la mutualización del riesgo.

Consultó por el número de cotizantes de ISAPRES que recibirán las devoluciones, cuántos de ellos verán aumentados los precios en los planes de salud y cuántos de estos cotizantes no podrán financiar esos aumentos, generando un incentivo a la migración a FONASA.

El Honorable Senador señor Gahona manifestó no saber si el gobierno está realmente convencido de lo que está presentando, pero pareciera que están disponibles a hacer modificaciones.

Consultó si de verdad estiman que esto resolverá el problema. Porque estimó que eliminar el concepto de mutualización del riesgo y, por tanto, la mutualización de la deuda hace inviable absolutamente la subsistencia del sistema privado de salud y eso hace, necesariamente, que caigamos en un seguro único estatal.

Dicho eso, cuando la comisión técnica plantea que se produce una deuda de un monto determinado, que es un poco más de 450 millones de dólares, señala que eso está dentro de un sistema, y para poder hacer frente a eso, lo que se necesita es que las aseguradoras privadas tengan la posibilidad de tener ingresos hacia adelante, dado que la Corte Suprema indica que tienen

que bajar los precios, que genera un déficit de ingresos. Por lo tanto, debería necesariamente haber un ajuste de precios base.

Ese ajuste de precios base, la comisión técnica, lo calculó en promedio en el 12% y una Isapre que tiene más problemas, un poco más del 35%.

Pero, cuando se habla de una deuda de mil millones de dólares, ¿de cuánto estamos hablando de aumento de los precios base?, porque las indicaciones presentadas señalan que se ajustarán los precios base.

Necesariamente, para poder financiar la devolución de estas deudas que están pendientes o estos cobros en exceso, sin mutualización, hay que financiar ingresos hacia adelante, de lo contrario, no hay forma de pagarlo.

Consideró que la propuesta de indicaciones que se presentó, carece de realismo, porque no se podrá asegurar ingresos hacia adelante, si es que no suben los precios de manera importante. Esto significa subir los precios de los afiliados, a tal punto de que lo más probable, es que muy pocos puedan pagar esos precios, provocando el éxodo masivo hacia el FONASA.

Requirió saber si el FONASA estará en condiciones de brindar las mismas prestaciones en calidad y oportunidad, que las entregadas por las ISAPRES.

Consultó como piensan afrontar esa deuda de mil millones de dólares que calculan, sin subir los precios de una manera tal, que haga imposible a las personas pagar.

El Honorable Senador señor Macaya sostuvo que cualquier discusión sobre una eventual reforma de salud, pierde sentido si las ISAPRES colapsan, y en la práctica, nos quedamos por la vía de hechos y no por una reforma, con un seguro único implementado, como consecuencia de un fallo.

En segundo lugar, consideró relevante y llamó su atención, el que no sea considerado el concepto de mutualización, por quienes defienden que tengamos un sistema de seguridad social.

Recordó el artículo de Eduardo Engel, de Espacio Público, donde señaló que el cálculo realizado por la comisión técnica era correcto porque consideraba tanto a los afiliados que pagaron de más, pero también a los que pagaron de menos. O sea, la correcta compensación de riesgo, en un sistema de seguridad social, con un sistema adecuado, equilibrado, permite que personas con más riesgo, tengan una compensación y se les cobre de más. en la medida adecuada, por cierto, que aquellos que no tienen ese riesgo.

Lamentó que esa fórmula no fue recogida en las indicaciones presentadas por el Ejecutivo.

Complementó la preocupación respecto del eventual colapso de alguna ISAPRE y lo que sucedería sobre todo con los pacientes crónicos, que sean traspasados a FONASA. Se establece la facultad de FONASA para seguir otorgando el tratamiento y no la obligatoriedad para recibir a esos pacientes.

El Honorable Senador señor Latorre recordó que el informe de la comisión técnica sería un insumo para la discusión del proyecto de ley. Estimó que todos tienen el mismo espíritu de dar respuesta a las personas, dar certeza, de cómo salir de un problema complejo, que no lo generó el Gobierno, lo generaron las ISAPRES, así lo señalan los dos fallos contundentes de la Corte Suprema.

Observó que el Ejecutivo en sus indicaciones, recoge gran parte de las recomendaciones del informe de la comisión técnica, no tiene por qué recogerlas todas, dado que no es vinculante.

Valoró que quede fuera el tema de mutualización y consideró que tienen un sustento teórico, pero no jurídico. Es muy complejo darle esa vuelta para facilitar y beneficiar a las ISAPRES, además, la rebaja de la deuda, es poco viable también políticamente.

Agregó que los seguros privados y particularmente como han operado las ISAPRES en Chile, no lo hacen con lógica de solidaridad, es una es una solidaridad residual, no se rige por reglas de seguridad social.

La lógica de los seguros privados es una lógica de descreme, de discriminación, de evaluación de riesgos, de enfermedades, preexistencias, declaraciones de salud.

A diferencia de cómo funciona FONASA, donde sí hay una lógica de solidaridad en el sistema, intrínseca.

Por tanto, esa vuelta le parece compleja, estará bien en la teoría del seguro, pero en términos jurídicos, consideró que no hay sustento.

En materia de contención de costos, manifestó que esperaba un poquito más, y consideró que se deja muy al arbitrio de cada ISAPRE, que presenta su plan de pago y su plan de contención de costos.

Solicitó a la Biblioteca del Congreso Nacional un estudio breve, comparado, de la forma en que operan otros países, que tienen sistemas de salud robustos, donde operan seguros privados, con fines de lucro. Para observar cual es la regulación pública que se hace a esos seguros respecto a contención de costos.

Valoró la propuesta de modalidad de cobertura complementaria, para las personas, que antes de los fallos de la Corte Suprema, han migrado masivamente de ISAPRE a FONASA y probablemente continúe la misma dinámica.

Consultó si se podrá incorporar una modalidad de compra de servicios, más allá de GES, que en la misma ley se pueda incorporar, entre otras cosas para dar respuesta y certeza en la prestación sanitaria a las personas, en listas de espera, etcétera.

La Honorable Senadora señora Órdenes consideró que hay puntos sobre los cuales hay acuerdos entre la propuesta de la comisión técnica y las indicaciones presentadas por el Ejecutivo, al menos, hay mayor claridad.

La cotización obligatoria del 7% para las ISAPRES, si se habla de la deuda, es una variable importante a considerar. Actualmente, según datos de la Superintendencia de Salud, aproximadamente un 30% de los afiliados tiene contratado un plan cuyo precio final pactado, es menor al 7% de la cotización legal. Eso hay que llevarlo también a un monto.

Otra variable asociada es la disminución de gastos de administración y venta. Actualmente no existe normativa que establezca límites o criterios para los gastos de administración y venta en que incurren las ISAPRES. Lo que se propone por la comisión técnica es establecer ciertos límites.

La mutualización es una variable más compleja de considerar, entiende la racionalidad que se plantea y es la medida que más reduce la deuda de las ISAPRES.

Observó que, en las indicaciones, no se presentan propuestas respecto al ámbito GES, porque las indicaciones relativas a la deuda de la ISAPRE se refieren más bien a la tabla de factores.

La comisión técnica propuso una alternativa de hacer un alza al precio base extraordinaria, y un alza al precio GES, que era 0,1 ó 0,2 UF, por beneficiario de manera mensual.

Estimó que, si no hay referencia al GES, habrá entonces un alza en el precio base y será importante.

Otro tema es el uso indebido de las licencias, ese gasto representa casi un cuarto de los gastos totales del subsistema ISAPRE.

En definitiva, hay al menos tres variables presentes, que implican una reducción y de todas ellas, requirió saber por qué la mutualización apareció de manera tan importante.

El proyecto tampoco impone ningún techo al alza extraordinario al precio base y manifestó su preocupación por eso, porque si finalmente, la solución va a ser adecuar los montos, a través del precio base, puede que sean inviables también, porque eso al final se maneja por cada ISAPRE y la Superintendencia tendría un rol de verificación.

El Honorable Senador señor Coloma manifestó que revisó las propuestas de la comisión técnica y las indicaciones del Ejecutivo y observó que hay diferencias grandes en algunos temas y comentó que cuando se llega a un acuerdo transversal, y ese acuerdo no es acogido, cuesta un poco más.

Consideró que la propuesta planteada por la comisión técnica es un camino de resolución de varios conflictos que, de alguna manera, se nubla.

Requirió saber si la objeción a la mutualización es jurídica o política.

El señor Arriagada recordó que se ha estado debatiendo largamente sobre un riesgo eventual y muy grave, que tiene el sector y que puede involucrar la salud de las personas.

Lo relevante es mantener el equilibrio financiero de este sector, única manera de poder cumplir con su propósito de cubrir las coberturas de sus afiliados y pagar las diferencias que se estime que corresponden, por la aplicación de los fallos. No hay posibilidad de cumplir con los fallos, ni de mantener esta industria funcionando sin ese equilibrio financiero, eso también lo reconoce el Gobierno, es un tema que no está en discusión.

La comisión técnica al momento de entregar una solución en el ámbito del equilibrio financiero, recurrió a cuatro elementos en su solución, el 7%, que parece concita un acuerdo general; un alza del precio GES; un esfuerzo de disminuir los gastos de administración y un alza de precios base.

Al considerar los tres primeros elementos, la comisión técnica llegó a la conclusión que, aun así, se así se requiere alza de precios base de 34% para una ISAPRE y de 22%, para otra.

Actualmente, se conocen las indicaciones del Gobierno y de estos elementos, y al menos, el alza del precio GES pareciera no estar considerado.

Además de eso, se establece una deuda mayor a la considerada por la comisión técnica.

Manifestó su preocupación, porque no tienen certeza si esta estrategia va a lograr el propósito de mantener el equilibrio financiero de la industria y así mantener las coberturas de las personas.

Confió que en el proceso de perfeccionamiento del proyecto de ley, se puedan resolver estos temas para que se logre el objetivo deseado.

El señor Santelices, respondiendo a la consulta del Senador señor Coloma, señaló que analizaron el tema de la mutualización y consideraron que no era un tema jurídico, por lo tanto, podría ser político.

Por otra parte, añadió que sería interesante que se revisara otra alternativa, que es el estudio realizado por la Facultad de Economía de la Universidad de la Chile liderado por el economista Álvaro Clarke, que también formó parte de la comisión técnica, sobre la forma en que desde la Superintendencia el precio base, pero sobre el precio base mixto, porque de lo contrario, se estaría cometiendo un error metodológico profundo.

El Honorable Senador señor Castro González solicitó mayor precisión sobre un elemento que está ausente, que es el tema GES.

Sobre los seguros complementarios y el precio base, el peligro que el precio aplicado a las personas, termine financiando la devolución hacia las propias personas.

Por otra parte, consultó si está en la voluntad del Ejecutivo que las ISAPRES caminen hacia seguros complementarios en el futuro.

Solicitó aclarar el rol del comité asesor ejecutivo en la estructura de la Superintendencia de Salud, consultó si sería una nueva gobernanza.

Estimó que no se consideraron mecanismos de reforma de la salud transicionales.

La Ministra de Salud agradeció las consultas y propuso revisar las indicaciones con detalle para establecer el nivel de compatibilidad que tiene con las recomendaciones que se han discutido. La voluntad del Ejecutivo es tratar de responder a esta situación de crisis de la ISAPRES y mantener un sistema mixto con el sistema actual.

Recalcó que las indicaciones abren la posibilidad de permitir un ajuste de precio base, que fue una solicitud de las ISAPRES.

Llamó a entender que este proyecto busca dar cumplimiento a la ejecución de las sentencias, no es un proyecto de reforma a la salud, toda vez que escapa de las ideas matrices y, por cierto, que escapa del horizonte temporal de premura, para responder al cumplimiento de la sentencia.

Se abren a la idea de seguir perfeccionando el proyecto de ley.

Respecto al consejo consultivo, se allanaron a incorporarlo, lo que sucede es que el cambio de la gobernanza de la Superintendencia de Salud, va a ser algo más profundo y están disponibles para a continuar con proyectos que mejoren esa gobernanza, en un proyecto de ley diferente.

Señaló que el consejo que están creando es muy distinto del consejo GES, añadió que el consejo GES no es remunerado, no tiene dedicación y no tiene plazos acotados.

Con respecto al GES y a los ajustes que se recomendaban en la Comisión Técnica, comentó que el alza del precio GES lo está considerando, pero lo están incluyendo en el ICSA. Por otra parte, se presentó el tema de la suspensión del cobro de los niños menores de dos años.

Respecto a la forma de reducir los gastos de administración y a la discusión del precio base, sostuvo que se debe entender que los escenarios que preparó la comisión técnica, son con una situación financiera que va evolucionando en el tiempo y que se consideraron los antecedentes que había en el momento que empezaron a hacer esos modelamientos. Las ISAPRES han avanzado a una situación en que han reducido las pérdidas, que han tenido incluso ganancias, y eso ciertamente va a influir en el momento en que se presente el plan de pago y se fundamente la necesidad del ajuste de precios.

Por lo tanto, los ajustes de precios que se presentan en el informe de la comisión técnica son referenciales y tienen que ser actualizados al momento que la ISAPRE, lo planteen, en relación a la propuesta que ellos deben hacer, respecto a cómo contener de mejor forma los costos y ver una mayor eficiencia del gasto.

Consideraron que esa forme era más virtuosa, en el sentido de que la misma ISAPRE tenga los mayores incentivos a hacer una mejor eficiencia en el uso de sus recursos y que eso ayude a fundamentar la necesidad de un ajuste de precio.

Hizo referencia a los límites que el Ejecutivo tiene para hacer las indicaciones, que son los límites que establece la sentencia y desde el punto de vista del análisis de la sentencia, se habla caso a caso, de contrato a contrato, particularmente en la prórroga. Por lo tanto, esa es la razón por la cual no se consideró el tema de la mutualización. Al igual que mantener la obligación de la deuda con las personas que se cambian de ISAPRE, porque la sentencia le da un derecho a esas personas que no se puede eliminar en virtud de la ley.

Sostuvo que se consideraron los otros elementos aportados por la comisión técnica.

Con respecto al tema de la prórroga del GES, informó que, en esta sentencia, el Superintendente de Salud no está siendo mandatado, no hace parte el Ejecutivo ni el Superintendente con respecto a ninguna intervención y con respecto a eventuales devoluciones. Por lo tanto, corresponde a las ISAPRES realizar estas solicitudes.

Respecto a la inquietud de que los ajustes de precio estén financiando las devoluciones, recordó que este proyecto de ley se preparó para la sentencia relacionada con la tabla de factores. Y para esa sentencia no era requerido un ajuste de precio para responder, bastaba con el 7%.

Es la sentencia relacionada con GES, la que produce un desbalance financiero más profundo y que de alguna forma, como Ejecutivo, se deben abrir a la necesidad de un ajuste de precio base, que va a depender de la condición financiera de cada ISAPRE y de la posibilidad de cada una de hacer una propuesta para mejorar la eficiencia del gasto.

El Director de FONASA aclaró las consultas acerca de la modalidad de cobertura complementaria, en particular su relación con la MLE y los incentivos que preguntaba el Senador Gahona.

Señaló que cuando las personas ocupan solamente la MLA y están en FONASA, la cobertura tiene problemas a nivel hospitalario hoy día, que alcanza en promedio un 38% de cobertura financiera.

Sin embargo, en las ISAPRES, cuando eso se calcula, está en el 65%. Esa diferencia entre el 38% y el 65% de cobertura financiera, es lo que se pretende cubrir, a través de los seguros complementarios.

Respecto de los incentivos y si es MLE o no, recordó que se ha sostenido que, jurídicamente, la MCC se incorpora sobre la MLE, usa sus mismas herramientas. Pero, es más administrada, en el sentido que responde a una red específica, que va a ser solo una y los privados tienen incentivos porque el arancel, que es una herramienta de la MLE, es diferente.

Explicó que el arancel de la MLE tiene tres niveles de precios, donde los prestadores se acomodan de acuerdo a sus costos y el FONASA subsidia igual para los tres niveles. Entonces, no se genera un problema de inequidad financiera para el FONASA.

Propuso imaginar que la MCC es un nivel cuatro, con un precio más realista, sobre todo respecto de aquellas prestaciones hospitalarias, y con la obligatoriedad para los prestadores de cubrir todo el arancel.

Se ha generado la indicación, ante la eventualidad de insolvencia de algunas de las ISAPRES, sobre todo respondiendo a inquietudes respecto de la continuidad de tratamiento de los pacientes, en este caso, el FONASA podrá hacerse cargo de las personas que estén haciendo uso del GES, en las condiciones que lo están haciendo. Incluye a personas con sentencias judiciales favorable contra las ISAPRES y a aquellas que están haciendo uso del seguro de enfermedades catastróficas. Se pude discutir el cambio de "podrá" por "deberá".

Si una hospitalización domiciliaria, responde a uno de estos tres criterios, quedará cubierta, de acuerdo a la indicación ingresada.

El Superintendente de Salud, a propósito de los dichos del señor Santelices, que el cálculo de la deuda realizada por la Superintendencia, no habría sido debidamente fundada, aclaró que sí fue bien calculada, al tenor de lo que implica para una Superintendencia, el cumplimiento de un fallo.

Cuando realizan el cálculo y observaron la dimensión del problema, se lo plantearon al Ejecutivo, porque el monto de esta deuda genera una complejidad al sistema para dar cumplimiento y de allí que se presenta este proyecto de ley.

El Honorable Senador señor Chahuán consultó si habrá un nuevo informe financiero, porque el presentado no contempla recursos adicionales para que FONASA se haga cargo, por ejemplo, de las hospitalizaciones domiciliarias o de cubrir a pacientes que migran desde las ISAPRES, haciendo uso del seguro catastrófico activado.

La Presidenta Ejecutiva del Centro de Estudios Espacio Público, señora Paula Benavides, acompañó una presentación y en primer lugar, contextualizó los alcances de la crisis de ISAPRES y a continuación se refirió a cuatro puntos de las indicaciones, que consideró relevante de poder profundizar.

Estos cuatro puntos tienen que ver con la mutualización, con el fortalecimiento de la institucionalidad, con medidas de contención de costos y algunos elementos sobre la modalidad de cobertura complementaria en FONASA.

Sostuvo que las ISAPRES están en un punto en que el equilibrio que se ha alcanzado es una condición precaria y que se va a deteriorar gravemente en el contexto de la implementación de los fallos.

Enseguida, contextualizó los principales impactos que van a tener los fallos. Uno, son los efectos retroactivos, se va a determinar un pasivo, por la no adecuación de los planes a la tabla única de factores, que es lo que determinan los fallos como la restitución de lo recibido en exceso desde abril

del año 2020, y también, por prohibición del cobre a los menores de dos años y no natos, esto desde diciembre del 2022.

La estimación que se hizo, con los criterios adoptados en la comisión técnica, fue de 451 millones de dólares, lo que es más o menos equivalente a todo el patrimonio del sistema de ISAPRE.

Respecto al efecto prospectivo de los fallos, son tres dimensiones. Uno, va a haber una disminución de ingresos, por adecuar los planes a la tabla única y por el no cobro los menores de dos años, reducción de las primas GES y comenzar el pago anual del pasivo generado.

Esto es una caída de ingresos que se estimó en un 22,8%. En términos anuales, equivale aproximadamente a 900 mil millones de pesos anuales.

Entonces, el impacto de los fallos, es realmente significativo. Y, por lo tanto, si no se adoptan medidas adecuadas y oportunas, la posibilidad de una quiebra con impacto sistémico, es cierta. Añadió que, de darse ese escenario, no van a haber devoluciones y que tampoco se verificarían bajas de precios, porque se experimentaría discontinuidad en la protección a la salud.

A continuación, se refirió al primero de los puntos, que es la mutualización. Recordó que la Corte Suprema, estableció una nueva jurisprudencia respecto de la tabla de factores que usan las ISAPRES, para determinar el precio final de los contratos previsionales de salud, dejando sin efecto toda tabla distinta a la tabla única de factores y además, estableció efectos retroactivos.

Destacó dos elementos del fallo, en primer lugar, el considerando vigésimo octavo, que señala que “por otra parte, considerando el carácter eminentemente cautelar de la acción deducida, no es posible por esta vía determinar la existencia de eventuales cantidades a devolver y su monto, razón por la cual será el órgano fiscalizador quien, en su caso, determinará la forma de proceder a su cómputo y diseñará las directrices, formas y condiciones de devolución en caso de corresponder.”.

Los fallos no definieron los montos a restituir, lo que hubiese sido bastante más directo si fuera la diferencia de precios simplemente pagados versus el precio que se obtiene.

Por su parte, al observar la parte resolutiva del fallo, en el número 7, establece que la Superintendencia dispondrá además, las medidas administrativas para que, en el evento de que la aplicación de la tabla única de factores contenida en la circular 343, determine un precio final del contrato inferior al cobrado y percibido por la recurrida, las cantidades recibidas en

exceso y cuyo cobro no esté prescrito, sean restituidas como excedentes de cotizaciones.

En definitiva, los fallos definen quienes son los acreedores de las restituciones, que son aquellos a los que se les cobró un precio mayor al que resulta de la aplicación de la tabla única de factores.

Sostuvo que corresponde devolver las cantidades recibidas en exceso por las ISAPRES. No dice lo que pagó de más la persona.

Explicó que, con esos datos, el trabajo realizado en la comisión técnica, buscó dar certezas sobre el monto de lo recibido en exceso por las ISAPRES, ya que eso no fue resuelto expresamente por la Corte.

El trabajo que se hizo en la comisión técnica fue buscar determinar aquello que fue recibido en exceso por las ISAPRES. Indicó que el informe de la comisión técnica buscó justamente aportar certezas jurídicas, proponiendo una forma de implementar esa jurisprudencia, considerando dos elementos. El primero, que fue incorporado en las indicaciones, y es que existe una condicionante de orden legal, que tenemos una cotización de salud de 7%. Y el segundo, fue que la determinación de las cantidades recibidas en exceso por las ISAPRES, debe hacerse en forma sistémica y no a nivel individual.

Profundizó en el último elemento que es el que ha generado las mayores dudas. Explicó que, para estimar esas cantidades recibidas en exceso por las ISAPRES, es indispensable considerar que son aseguradoras y que, por lo tanto, es inherente a toda institución aseguradora la solidaridad o mutualización, que opera a través de subsidios cruzados entre distintos beneficiarios.

La mutualización es el principio de solidaridad que está detrás de cómo funcionan los seguros. Significa que los aportes de los afiliados, se destinan a un fondo común y con la prima de quienes no se enfermaron o tuvieron una siniestralidad menor, se cubren los gastos y necesidades de los que sí lo requirieron.

La tabla de factores es el instrumento que distribuye el riesgo entre asegurados y, por lo tanto, lo recibido en exceso por las ISAPRES, surge de que se aplicó una tabla distinta a la tabla única de factores desde abril del 2020.

Se puede argumentar, que la tabla que se usó es arbitraria o injusta y que merecía ser corregida, como establecieron los fallos, por ejemplo, porque tenía discriminación entre hombres y mujeres. Pero, de haber usado una tabla distinta no necesariamente significa que el cobro haya generado un sobreprecio por parte de la aseguradora.

Para responder a la pregunta de ¿cómo calcular lo que se recibió en exceso por las ISAPRES, por no haber aplicado la tabla única de factores?, hay que considerar los efectos que hubiese tenido, si se hubiese usado esa tabla única, antes de analizar que el efecto individual de sólo algunos de los casos.

Lo anterior involucra considerar que algunas personas pagaron de más y otras pagaron de menos. Utilizó el ejemplo que salió en una columna del profesor Eduardo Engel: Si una ISAPRE cobró 1.000.000 de pesos de más a un afiliado, pero 700.000 de menos a otro, su ganancia en exceso fue de 300.000, no de 1.000.000.

Esa ganancia neta por ISAPRE o enriquecimiento sin causa, por la no aplicación de la tabla única de factores, es la que debiera distribuirse proporcionalmente entre los afiliados que sufrieron cobros en exceso, que el fallo los determina cuando dice “en el evento que ocurre, que el precio pagado fue mayor al que surge de la aplicación de la tabla única de factores.”.

El resto del valor ya benefició a los usuarios que pagaron de menos y está en su patrimonio sin poder alterarse.

Esa es la lógica económica de seguro y en el marco de lo que dicen los fallos, consideró que es consistente.

Agregó que esta interpretación también es consistente con la jurisprudencia previa de la Corte Suprema en materia de tabla de factores.

Afirmó que la mutualización es una forma de cálculo que es consistente con una lectura armónica de los fallos, es consistente con la jurisprudencia previa y también con la lógica propia de un seguro de salud. Con esta forma de cálculo que se propuso para aportar a la certeza jurídica, en un ámbito que no fue expresamente resuelto, se determinó una cuantía de la deuda equivalente a cerca de 450 millones de dólares, que es comparable al total de utilidades que se acumularon entre los años 2012 y 2022.

El segundo punto que abordó, es aquel que tiene que ver con un elemento incorporado en las indicaciones, que es la institucionalidad. Consideró que las indicaciones avanzan positivamente en crear un consejo consultivo permanente, pero hay varios aspectos que sugirió sean revisados.

Primero, cuando este consejo se analiza en la comisión técnica, se sugiere que asesore al Ministerio de Salud y a la Superintendencia, es decir, como un organismo técnico independiente, que pueda asesorar en materias que son netamente técnicas, para respaldar definiciones que tienen que dar tanto el Ministerio de Salud como la Superintendencia.

Es importante revisar y fortalecer su independencia, particularmente en el nombramiento de los consejeros. Por último, que las funciones de esta

institución pudieran estar contenidas en la ley a su vez, consideró es importante, cuando se tienen consejos asesores, que puedan tener funciones que realizan de oficio en el marco de su mandato legal, no solamente cuando son consultados.

El tercer punto, referido a la contención de costos, mencionó que el proyecto también avanza estableciendo que cuando se presenten planes de pago y de ajustes, se presente una propuesta de contención de costos.

Estimó que es importante profundizar en las indicaciones, en medidas que faciliten y que habiliten, que efectivamente ocurra la contención de costos.

Por ejemplo, en materia del control del gasto en prestaciones, dar facultades a esta nueva institucionalidad que se crea, para proponer y regular nuevos mecanismos de pago a prestadores, basados en resolución de problemas de salud como los grupos relacionados a diagnósticos (GRD) y otros.

En la reducción de gasto en administración y venta, se pueden otorgar facultades a esta nueva institucionalidad, para que se propongan mecanismos de contención y regulación de los gastos de administración y venta y también obligaciones para las ISAPRE de entregar información detallada de estos gastos a los afiliados.

El cuarto punto, referido a la modalidad de cobertura complementaria. Precisó que este no fue un aspecto que se vio en la comisión técnica. Señaló que, sobre este punto, que las indicaciones avanzan en mitigar varios aspectos que hacían improbable el funcionamiento de esta modalidad.

Por ejemplo, se avanza adecuadamente en simplificarla, en establecer requisitos para tener una cobertura. Pero estimó que hay problemas de fondo que persisten. La principal pregunta que se debe realizar es si soluciona la crisis de las ISAPRES, ¿puede operar adecuadamente en el corto plazo o es más bien una definición que tiene que conjugarse con cambios más estructurales?

Destacó algunos elementos para esa reflexión más larga. Primero, los riesgos de declarar desierta la licitación. Es una licitación que se da en un contexto de alta incertidumbre sobre cuál va a ser el universo de afiliados que pudiera acceder a la MCC, cuál va a ser la tasa que usa del FONASA, cuales serían los eventuales traspasos por quiebras de ISAPRES, por lo tanto, el grupo sobre el cual se va a tarificar, es uno que tiene una alta incertidumbre.

Segundo, cuál va a ser el nivel de selección adversa, porque existe afiliación voluntaria, y cuando hay selección adversa, es mucho más compleja la operación de un seguro y su tarificación.

Tercero, es una licitación que se da en un sector que está altamente judicializado y, además, con incertidumbre regulatoria.

Estos tres primeros puntos son bastante estructurales y que manifiestan las dificultades que enfrenta un proceso de este tipo. El cuarto punto, no es estructural, pero tiene que ver con cómo está planteada esta modalidad, que estimó, tiene un marco normativo débil, con algunos vacíos que son relevantes.

Por otro lado, hay alguna ausencia de elementos básicos de diseño de la modalidad en la normativa, por ejemplo, los rangos que se esperan de cobertura financiera complementaria que se busca ofrecer o ciertos criterios mínimos, para determinar los aranceles asociados que fijaría FONASA por resolución o para la determinación de prestaciones ambulatorias y hospitalarias que se incluirían, o espacios de integración entre las redes públicas y privadas que se utilizarían.

En el caso, además, de la definición de responsabilidades y funciones, consideró que es poco precisa. La función de FONASA tiene un mandato que es bien limitado al respecto, de velar o de cautelar la licitación.

Por último, en materia de la fiscalización de esta modalidad, también pueden quedar espacios o vacíos y potenciales conflictos de competencia. Lo que hace el proyecto es que la Superintendencia fiscaliza FONASA, en relación a la MCC, agrega adecuadamente, que es sin perjuicio de las facultades que tiene la CMF respecto a las compañías de seguros.

Pero, no se señala quien puede emitir instrucciones, hacer los requerimientos de información a las compañías de seguro para gestionar esta modalidad.

Señaló que se debe considerar las condiciones y tiempo, para que haya una adecuada implementación de un cambio como la MCC, versus los plazos inminentes de aplicación de los fallos y de los impactos que van a tener.

El Presidente del Gobierno Corporativo de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, señor Álvaro Clarke, parte integrante de la comisión técnica, acompañó una presentación.

Explicó que prepararon un ejercicio muy simple, con la idea de exponer el anexo 2 del informe de la comisión técnica. Y a través de un ejemplo muy simple, tratar de demostrar de que hay un tema de cálculo que puede ser complejo y tiene una alta significancia en términos del impacto, es decir, puede ser un error pequeño, pero de alto impacto.

Se tomó una tabla de factores antigua, donde el precio base era el precio de un plan de hombres de 30 a 35 años, y supusieron que ese precio base era de 1 UF. El factor del hombre era 1, es el que fija el precio base, y el factor de la mujer, en aquella época, era de 3.

Entonces el hombre, en este plan, pagaba 1 y la mujer pagaba 3. Y supusieron que esa diferencia, era exclusivamente la prima de maternidad.

Con la tabla única de factores de diciembre del 2019 de la circular 343, el precio base pasa a distribuirse entre hombres y mujeres. Acá hay un cambio que es muy importante, se eliminan los planes de hombres y mujeres. Por lo tanto, el precio base, por construcción, es el que corresponde a un precio mixto, es decir, a un grupo de referencia de hombres y mujeres.

En este ejemplo simple, la prima de maternidad, que antes la pagaba solo la mujer, ahora se distribuye a través del precio base, entre hombre y mujer. Así la prima del plan sigue siendo uno y la prima de maternidad se distribuye uno el hombre, uno la mujer, cada uno paga dos y se juntan los cuatro que cuesta mantener el sistema de salud.

En el documento de trabajo de evaluación del impacto de la tabla de factores única, respecto a la circular 343 de 2019 de la Superintendencia de Salud, se indica que la mayoría de las ISAPRES, esto después que se aplica la tabla única de factores, muestran aumentos en el precio base promedio de sus planes.

Sostuvo que cuando se crea la tabla única de factores y se aplica el precio base, es un precio base, que corresponde a un grupo mixto.

Esta es simplemente la constatación que hace la Superintendencia de ese aumento en el precio base. Los hombres pagan más, las mujeres pagan menos. Porque pasan a compartir parte de sus costos con el grupo de hombres.

El fallo, básicamente, aplica la tabla única de factores, de manera retrospectiva, señalando que deberá calcular el precio final de todos los contratos de salud que administre, multiplicando el valor del plan base correspondiente, por la suma de los factores del grupo familiar, aplicando para ello la tabla única de factores. Y la tabla única de factores, solamente es compatible y coherente con un grupo de referencia mixto, que tiene por definición, un precio base que corresponde a ese grupo de referencia mixto.

La interpretación que se conoce hasta ahora, es que el valor del plan base correspondiente es el precio base plan hombre de 30 a 35, es decir, aquel que en el ejemplo valía 1 UF. Eso es lo que se usa como precio base, solamente el de los hombres.

El problema, es que como la tabla única de factores no discrimina por sexo, pagan los mismos hombres y mujeres y solamente es compatible con un precio base que corresponda a ese grupo de referencia, es decir, mixto, entonces, la consulta es ¿quién paga la prima de maternidad?

En los planes de hombres no se incluye la prima de maternidad y la consulta que surge entonces, es cómo se financiaron los beneficios de maternidad, licencias y prestaciones que efectivamente fueron entregados. De acuerdo con esta interpretación, nadie los habría pagado.

De acuerdo a esta interpretación, el hombre debe pagar uno, la devolución es cero, la mujer debe pagar uno, la devolución es dos y eso simplemente demuestra que la prima por maternidad, nadie la paga. Estimó que es tema para reflexionar y que corresponde corregir.

De aquí inequívocamente se deriva que para hacer las estimaciones correctamente, al aplicar de manera retrospectiva la tabla única de factores, se hace necesario estimar un precio base coherente con un grupo mixto.

La tabla única de factores se refiere a un grupo mixto y tiene como precio base un grupo de referencia de hombres y mujeres, es decir, el precio base es un precio base mixto. Luego, repitieron el mismo ejercicio, solo que hicieron un pequeño cambio en la interpretación, donde se indica que la interpretación sugerida debe ser usar el precio base compatible con la tabla única de factores (TUF), y como tiene un precio base mixto.

Este estudio fue financiado por ISAPRE Banmédica, como lo informaron desde un inicio y se utilizaron los datos aportados por ella, por tanto, son estimaciones, no son cifras exactas.

En esa ocasión se calculó el precio base de un plan mixto como el que corresponde aplicar en el caso en que se aplique la tabla de única de factores retrospectivamente. Y llegaron a la conclusión que es muy parecida a lo que constató la Superintendencia de Salud, cuando evaluó la aplicación de la 343, que es la que pone en práctica la tabla de únicos factores, que el precio base de un plan mixto debería costar un 40% más que el precio base solo de hombres.

Esta corrección en el precio base, es la que permite incorporar la prima y beneficio de la maternidad. Porque en la tabla única factores la prima de maternidad, se incorpora ya no a través de la tabla de factores, sino a través del precio, que corresponde a un precio mixto.

Lo que antes hacían las tablas de factores, ahora lo hace el precio base pagando hombres y mujeres la misma prima, compartiendo el gasto.

Ahora siguiendo esta metodología, se hizo el cálculo, y el monto a devolver, sería de 493 millones, desde mayo de 2020 hasta mayo de 2023. En otras palabras, la compensación, se habría reducido en casi 950 millones.

Agregó que hay un tema importante que merece ser discutido, porque tiene implicancias grandes en cuanto a los montos finales.

Finalmente, sugirió revisar este detalle en la metodología de cálculo que, por las cifras estimadas, tiene implicancias importantes en el resultado final.

El Director de Políticas Públicas de Libertad y Desarrollo, señor Pablo Eguiguren, integrante de la comisión técnica, acompañó una presentación.

Mencionó que hay varios puntos que ya fueron abordados por los expositores anteriores.

Opinó que las indicaciones presentadas por el Ejecutivo desarman el puzle que costó armar en la comisión técnica, hay piezas que no calzan, y por ende hace que todo lo que se había avanzado, se logre parcialmente y aumenta el riesgo de un colapso sistémico, que es lo que se quiere evitar.

Respecto al diagnóstico, mencionó que Chile tiene actualmente un gasto en salud de 9% del PIB, que es similar al promedio de la OCDE, solo un poco más bajo.

Pese a ello, el sistema de salud logra una esperanza de vida bastante mayor al de la OCDE, también mayor al de países como Alemania, Reino Unido y Estados Unidos, lo que demuestra la parte buena que tiene nuestro sistema.

Indicó que lamentablemente, tenemos un problema de oportunidades, conocido es el problema de las listas de espera.

Sostuvo que el sistema está en riesgo, donde no solo están en riesgo las aseguradoras, sino que también los prestadores eso es muy relevante, la ISAPRES mantenían deuda por 507 mil millones de pesos a fines del año pasado, y eso puede arrastrar a que prestadores terminen por quebrar, si es que colapsa el sistema ISAPRE.

Recordó que el 30% de las últimas atenciones de medicina general de personas de FONASA, fue en prestadores privados.

La comisión técnica, tenía por objetivo buscar una solución a un problema muy complejo y estimó que lograron armar un puzle que abordaba

cobros en exceso; un equilibrio financiero; disminución de los gastos de administración y venta y daba certezas jurídicas.

Informó que la deuda que estimaron, que asciende a 450 millones aproximadamente, supera el patrimonio de las ISAPRES, es 1,25 veces, en promedio el patrimonio, y en algunas ISAPRES, incluso supera dos veces el patrimonio y equivale y equivale al 85% de las utilidades de la última década.

Señaló que las piezas que faltan en estas indicaciones para volver a armar el puzle, que puede ser a través de otros mecanismos, que logren el mismo objetivo.

Consideró que faltan dos aspectos relevantes, la primera es la mutualización, consideró que Paula Benavides lo explicó de manera muy clara. Solamente reiteró que en ninguna parte del fallo se establece que esto tenga que hacerse a nivel individual.

Y esa solución fue lo que concitó el mayor consenso dentro de la comisión técnica.

Lo presentado por Álvaro Clarke es una forma distinta de hacerlo, pero que también permitiría mantener el equilibrio del sistema y evitar los riesgos de un colapso sistémico. Esa es otra alternativa, pero lo importante es que esa pieza no puede faltar.

La segunda pieza que falta, dice relación con institucionalidad. Informó que durante la discusión de este punto, el objetivo era que hubiera mayor certeza jurídica, evitando espacios de arbitrariedad en la implementación de este proyecto de ley, mejorando la forma de determinación de los precios base y GES, que va a quedar de manera permanente en el tiempo, antes GES era un precio libre, y permitir que los gastos de administración y venta y la contención de costos sean realizables.

Estimó que las indicaciones dejan una nueva institucionalidad que no es vinculante, que es dependiente de la Superintendencia de Salud y que los cinco consejeros los nombra el Gobierno, entonces pierde bastante autonomía y consideró que es un retroceso respecto a lo planteado.

Dentro de la nueva institucionalidad, se proponía era que hubiera un reseteo del sistema, es decir que, en el plazo de un año desde su instalación, se pueda realizar un análisis integral del costo técnico de los planes de salud ofrecidos por las ISAPRES.

Los anterior es importante, porque debido a los distintos fallos van a quedar muchos problemas, por ejemplo, una persona que firmó un plan de salud justo antes de la entrada en vigencia de la tabla única de factores, y una persona idéntica, que firmó su plan de salud justo el día después de que

entrara en vigencia la tabla, van a pagar planes de salud por valores muy distintos.

Comentó que hay otros elementos complejos, se van a producir judicializaciones y no hay suficientes certezas jurídicas, además de otros desequilibrios económicos.

Manifestó que el Ejecutivo, se hizo cargo, a través de sus indicaciones, de algunas materias señaladas por la comisión técnica, pero de manera distinta.

La comisión técnica siempre apuntó a que el alza de los precios base, tenía que buscar un equilibrio financiero post fallos. Todos los cálculos se hicieron de esa manera. Sin embargo, la indicación dice: cubrir el costo de prestaciones, licencias médicas y otros beneficios de sus personas afiliadas y beneficiarias (artículo 3, letra c). Señaló que eso no necesariamente implica equilibrio financiero, por ejemplo, no hay forma de pagar una deuda si no se incluye en el precio base, por eso la comisión técnica la incluyó.

Un segundo punto, tiene que ver con el cambio del número de personas sujetas a devolución. El fallo habla de contrato administrado a la fecha de aplicación del fallo, las indicaciones hablan del 1º de abril del 2020 (artículo 2, número 4). Eso puede aumentar fuertemente el número de beneficiarios y, por ende, el monto de las devoluciones.

En tercer punto, tiene que ver con los intereses. La comisión técnica sugirió que fueran reajustables, pero sin intereses. La indicación número 5, los trata como excedentes normales y eso sí incluye intereses, por lo cual, va a aumentar el monto de la deuda.

Mencionó que no hay total claridad sobre el monto, por lo cual, no pueden calcular efectivamente el impacto financiero que va a tener el sistema.

Otro aspecto que consideró relevante, tiene que ver con los plazos, este mes entra a regir el fallo GES, lo que tiene como consecuencia una caída de ingresos de 13%.

Lo anterior, va a generar un problema, porque no se van a cumplir los indicadores de liquidez que el mismo DFL1 obliga.

La Ministra de Salud compartió el hecho de que este tema es complejo, en el que han trabajado desde fines del año 2022, compartió el diagnóstico de que se requieren medidas de mitigación.

El Ejecutivo tienen una responsabilidad que está dada por el objetivo supremo de mantener la continuidad de las atenciones y el aseguramiento de las personas y, por esa responsabilidad es que el Ejecutivo tomó la iniciativa de

presentar este proyecto de ley, porque se requieren atribuciones sobre las atribuciones que tiene la Superintendencia para dar un cumplimiento adecuado y que no implique la discontinuidad o la quiebra del sistema ISAPRE, con todas las consecuencias que esto tiene específicamente para el prestador privado.

Comentó que las indicaciones se presentan al Congreso Nacional, para que sean discutidas y perfeccionadas. El espíritu que los empuja es el cumplimiento de la sentencia.

Subrayó que las recomendaciones que no fueron acogidas, tienen que ver estrictamente con el análisis jurídico que se ha hecho respecto al cumplimiento o incumplimiento de la sentencia.

El Superintendente de Salud señaló que cuando se trata de resolver un problema, lo peor que puede ocurrir, es intentar modificar el problema para ajustarlo a determinadas soluciones.

En este caso, se presenta el proyecto de ley, a propósito del impacto que logramos medir, que tenía sobre el sistema, los cálculos adoptados por la aplicación literal del fallo.

Reiteró que la Superintendencia tiene la posibilidad de interpretar la norma, pero no los fallos ni las sentencias judiciales.

Las distintas sentencias emitidas por la Corte Suprema, habla de la totalidad de los contratos administrados, estableciendo un criterio respecto de todos aquellos posibles o eventuales usuarios del sistema que llegaran a judicializar. Así fue planteado, a propósito de la gran cantidad de causas que se vieron en la Corte por tres temas. Uno, adecuación precio base, dos, tabla de factores y tres, por garantías explícitas en salud (GES).

A la consulta de mutualización, explicó que, en primer lugar, el sistema no funciona con mutualización, si a una persona le cobran de más, las ISAPRES tienen que devolverle a cada persona que le cobran en exceso aquello. Si se generan excedentes, estos van a una cuenta individual, que además es de propiedad de los afiliados, no es del sistema, no se genera una colectivización de este porcentaje por debajo del 7% que se genere.

Por otra parte, tampoco podían calcular modificando los precios bases, porque cuando se plantea que hay un cálculo que requiere establecer un precio base mixto, señaló entender el ejercicio que se hace, que supone aquello que ocurrió posteriormente a la circular del año 2020, que las ISAPRES hicieron un cálculo distinto de sus precios bases, para ajustar el factor de riesgo.

Sin embargo, lo que dice la Corte, es que se debe aplicar, en cada contrato, la tabla de factores única y de allí arrojar precisamente eventuales

diferencias que podrían ser favorables, si es que el valor del precio final es menor. Si el valor del precio final es mayor de cada contrato, se mantiene, sigue hablando la Corte de los contratos de manera individual.

Por lo tanto, no pueden modificar un precio base, ni tampoco suponer un precio base ficticio. Porque las personas podrán reclamar ante la Corte Suprema que se utilizó un precio base para el cálculo, distinto al precio base que está convenido en el contrato.

A propósito de lo dicho por el señor Eguiguren en respecto al plazo fijado, que es desde el 1° de abril del 2020, informó que, en la primera solicitud de aclaración ante la Corte Suprema, porque tenían la duda sobre la retroactividad, es la Corte quien responde que el cobro es desde el 1° de abril del 2020, salvo el caso de los menores de dos años.

Finalmente, respecto al consejo consultivo, manifestó no estar de acuerdo con una comisión que sea vinculante, dado que significaría abdicar de las atribuciones que tiene actualmente la Superintendencia de Salud, que por lo demás, ha funcionado durante todos estos años, a pesar de lo precario de su presupuesto en condiciones óptimas, ha podido eh fiscalizar y supervigilar a las ISAPRES de buena manera.

El Director de FONASA hizo referencia los comentarios planteados respecto a la modalidad de cobertura complementaria (MCC). Comentó que esta política pública, responde a la situación real y efectiva que se está produciendo.

En términos anualizados, han recibido 600.000 beneficiarios nuevos (de septiembre 2022 a septiembre 2023).

Lo anterior tiene un impacto importante y en el proyecto de ley se intenta igualar las condiciones de protección financiera que las personas tienen actualmente en el sistema del cual se están cambiando.

Se han recogido en las indicaciones los comentarios que se han dado en las discusiones en la Comisión de Salud y las recibidas de los aseguradores en discusiones y conversaciones técnicas que han sostenido durante este tiempo.

A su vez, se han especificado algunas cosas que no estaban explícitas, por ejemplo, que el precio va a ser un elemento de las bases de licitación, que la cobertura financiera va a ser un elemento de las bases de licitación, que habrá una cobertura catastrófica y que entonces el deducible que se determine para eso, también va a ser un elemento que se considera en la evaluación de la licitación.

El Honorable Senador señor Gahona manifestó su inquietud respecto al informe presupuestario del proyecto, sobre la consideración de los 11.000 millones de pesos que tienen que devolver las ISAPRES del Estado. Hay dos ISAPRES estatales, las del Banco Estado y de Codelco.

Por otra parte, se señaló que las ISAPRES no incluyen el concepto de mutualización, consultó a la señora Paula Benavides por este punto.

Si el Gobierno plantea que no hay mutualización, la posición que ha planteado el señor Clark, señala de que hay otros mecanismos adicionales, pero tampoco es recogido en las indicaciones. Consultó si existen otros mecanismos para poder enfrentar este problema de mejor manera.

El señor Santelices manifestó que el mandato que le dieron a la comisión técnica, tenía un sentido sanitario, llamó al Gobierno a ampliar la mirada ante la potencial crisis sanitaria de magnitud.

Destacó que este no es un problema de gobierno, sino que es un problema de Estado.

El señor Gonzalo Arriagada la comisión técnica que está parcialmente representada acá trabajó en forma ardua, en lograr una propuesta que fuese técnica y que asegurara resolver esta difícil situación en la que nos encontramos, donde el tema del equilibrio financiero es vital.

Manifestó su preocupación por las indicaciones presentadas, porque el Gobierno, a través de sus indicaciones, recogió parcialmente la solución y no tiene certeza si esta parcialidad permite realimente el equilibrio financiero.

Sería importante conocer las simulaciones de los resultados de estas indicaciones, saber si es posible que, con las indicaciones presentadas, se logra el equilibrio y de esa forma, lograr que las coberturas de las personas se mantengan y la crisis no se provoque.

El Ministro de Justicia y Derechos Humanos, señor Luis Cordero aclaró previamente, en relación a la invitación que se le ha formulado. Manifestó que se va a referir cuestiones estrictamente jurídicas, vinculadas a las indicaciones que presentó el Ejecutivo y en concreto, más que las indicaciones, a las razones que están detrás de ellas.

A lo relacionado con la consulta de por qué no incorporar uno de los aspectos de la recomendación de la comisión técnica, asociada a la mutualización, a la forma y modo en que el Ejecutivo entiende que existe el problema en este caso.

Los aspectos a los que se va a referir, son estrictamente jurídicos y advirtió que no emitirá opinión de mérito sobre la sentencia, ni sobre el dilema

de política pública, porque tal como está señalado en el proyecto original, este proyecto fue presentado para cumplir una sentencia judicial.

Esto que pareciera ser trivial es esencial en el sistema institucional chileno y recordó un par de referencias normativas que estimó son relevantes. La primera, es la regla del artículo 76 de la Constitución, que establece que es de competencia de los tribunales, resolver las causas civiles y criminales y hacer ejecutar lo juzgado.

De modo que es una atribución exclusiva y excluyente de los tribunales de justicia, existiendo prohibición constitucional, no legal, constitucional al Presidente de la República y al Congreso para abocarse a causas pendientes, revisar los fundamentos o contenidos de sus resoluciones o hacer revivir procesos fenecidos.

Esta regla es relevante en la historia del derecho público chileno, porque la referencia específica de hacer ejecutar lo juzgado, es una referencia que utilizó la Constitución que nos rige, precisamente por la disputa que tuvo el Poder Judicial con el Ejecutivo, al inicio de la década de los años 1970, donde el Ejecutivo, frente a sentencias judiciales que ordenaban mandatos específicos, por distintos tipos de razones, otras de orden público, por ejemplo, u otras razones de interés general, no disponía la ejecución de las mismas.

De ahí, que en la tradición constitucional chilena, la regla del artículo 76 tenga un reforzamiento precisamente por la situación ocurrida con los actos de autoridad bajo la regla de la constitución del 25. Hacer ejecutar los juzgados es una referencia explícita del orden constitucional chileno, que es clave para poder entender el conflicto que ha sido resuelto por los tribunales y cuya viabilidad de cumplimiento está sometido a conocimiento de este Congreso.

Otro aspecto que consideró relevante recordar, es lo que jurídicamente la Corte resolvió. Lo primero, fue que los cobros realizados por las ISAPRES son ilegales. La Corte reprodujo su jurisprudencia histórica sobre la materia, que explicó anteriormente, en la discusión de este proyecto de ley.

Lo segundo, sobre la naturaleza de los contratos de las ISAPRES. No es novedad que la jurisprudencia de la Corte, no sólo la jurisprudencia de la Corte, sino que la propia sentencia del Tribunal Constitucional del año 2010, le da una particularidad a los contratos de ISAPRES. Esto es relevante porque no es un asunto desconocido por parte de la Corte, la naturaleza de los mismos y las obligaciones de orden público que tienen en su contenido. Eso explica, por ejemplo, por qué la Corte no sólo ha repudiado los casos de tabla de factores, sino que también ha declarado ilegales aquellos que están vinculados a los aumentos de planes base, la discriminación por patología GES, aquellos que están vinculados a determinadas negativas de prestación de servicios.

Esto es también relevante porque Chile ha sido condenado en la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Vera Rojas, del 1º de octubre del año 2021, y que es conveniente que se tenga presente, es un caso de negativa de la cobertura por parte de una ISAPRE, donde la Corte condena al Estado de Chile, precisamente por la forma y modo en que se aborda ese asunto.

El tercer aspecto que consideró relevante, es que la Corte establece una obligación de restitución. Desde el punto de vista legal es extremadamente importante, la Corte señala que los ingresos percibidos, deben ser restituidos.

Los cobros ejecutados por las ISAPRES son ilegales. En segundo lugar, los derechos de los titulares son indubitados, por eso es razonable, entonces, entender que los acogió a través de un recurso de protección. Tercero, en consecuencia, la sentencia judicial no es declarativa, sino que, por el contrario, reconoce una posición jurídica permanente por parte de los afiliados, y en consecuencia existe obligación de restitución.

La obligación de restitución es de aquellas personas que se vieron favorecidas por esa sentencia. Indicó que es relevante considerar que en la solicitud de ampliación de plazo que realizó la Superintendencia de Salud, en los casos de tabla de factores, la Corte Suprema no otorgó pura y simplemente la ampliación del plazo. En la resolución del 5 de octubre de 2023, la Corte recordó lo que había ordenado.

La primera, lo que resolvió, que lo hacen en el considerando segundo, es dejar sin efecto la tabla de factores, calcular el precio final, y aplicar el criterio que se establece, para luego, recordar también, que ordenó a la Superintendencia actuar dentro de un plazo determinado para la determinación del precio final, adoptar las medidas administrativas con ese fin, y además de eso, recordó que en el sistema institucional chileno existe separación de poderes, que por lo tanto, la forma y modo en que tome las decisiones de este Congreso no es competencia del Ejecutivo, y que sólo por deferencia del Ejecutivo había ampliado el plazo.

Lo señalado es relevante porque la Corte ha vuelto a señalar que eso es lo que resolvió y las obligaciones que fueron establecidas en esa sentencia.

Comentó que, las cuestiones que puedan existir sobre las críticas a la decisión de la Corte o sobre los comentarios sistémicos sobre esta decisión con otras de la sentencia, es un asunto ajeno al cumplimiento de esta sentencia.

Reiteró que el asunto que está sometido en esta etapa, es el de la ejecución de la sentencia, no es un problema de interpretación de reglas, es

decir, un problema donde lo que existe es como entendemos el contrato de salud, sino a qué obligó la Corte.

Por lo demás, aquellos excesos que se le han criticado a la Corte, las propias ISAPRES las hicieron suyas en los recursos que presentaron en el caso GES y que la Corte desechó hace pocas semanas atrás.

La Corte no ha hecho otra cosa, que sostener un criterio de ilegalidad permanente que ha señalado en el tiempo. Así las cosas, el Ejecutivo no puede enfrentar esta situación de un modo distinto.

Primero, porque el Ejecutivo, es el sujeto obligado en relación a esta resolución y, por lo tanto, debe ajustarse estrictamente a lo decidido por la Corte. Lo segundo, es que el mandato de la Corte, es una orden de restitución. Lo tercero, es que existe una constatación de ilegalidad y, por lo tanto, no es una sentencia declarativa de derechos.

La distinción hecha, tanto, la obligación de restitución y que no es sentencia de declarativa de derechos, la está ocupando desde el punto de vista de la denominación técnica. Obrar de otro modo, en opinión del Ejecutivo, respecto de sus indicaciones, implicaría infligir el artículo 76 de la Constitución, pues implicaría volver sobre los fundamentos y motivos que tuvo la Corte para decidir este asunto.

Eso explica por qué el Ejecutivo ha presentado las indicaciones del modo en que los ha hecho.

El Honorable Senador señor Castro González consultó si el hecho de la separación de poderes, el que no haya sido considerada la mutualización en el fallo de tabla de factores, impide que otro poder del Estado, como el legislativo, pueda considerar dicha mutualización, en el escenario legislativo, respecto de la materia.

En segundo lugar, consultó sobre la constitucionalidad del proyecto de ley en discusión, dado que ciertas opiniones señalan que podría tener un eventual vicio de inconstitucionalidad.

El Honorable Senador señor Gahona consideró que el fallo no inhibe al legislativo para que busque otras fórmulas, ni inhibe al Ejecutivo para revisar otros mecanismos de cumplimiento, en el entendido que lo señalado por la Ministra de Salud, es que hay una disposición a conversar estos mecanismos.

Por lo tanto, se tiende a pensar, en función de lo que señala el señor Ministro Cordero, que están en una camisa de fuerza.

Consultó si los mecanismos que establece el Ejecutivo son los únicos que tiene a la vista como para poder ejecutar el fallo.

La Honorable Senadora señora Órdenes señaló que la exposición ha sido clara, y coinciden en que el principal objetivo del proyecto de ley, es cumplir con un fallo judicial.

El Ministro señaló que la Corte Suprema no fue ambigua cuando señaló que se habían realizado cobros de carácter ilegal, y también la obligación de restitución.

A su juicio, no hay mucho espacio, para introducir otra forma de cumplir el fallo.

El Honorable Senador señor Latorre observó que este proyecto de ley tiene varios objetivos al mismo tiempo, cumplir el fallo; garantizar la prestación de servicio a las personas; la sostenibilidad y la gobernanza del sistema, para que no haya un colapso sistémico.

Manifestó su preocupación por una arista que es la de las personas que han judicializado, a lo largo de los años y cómo este proyecto de ley, cierra de alguna manera, futuras judicializaciones.

El Honorable Senador señor Gahona señaló compartir lo planteado en la sentencia respecto a que los cobros han sido ilegales, también cierto que el fallo señala la obligación de restituir, pero en ninguna parte la Corte establece ni forma de cálculo ni cuantía de la obligación, por lo tanto, el Ejecutivo, puede señalar su forma de establecer un mecanismo para hacer cumplir el fallo, pero no necesariamente es el único mecanismo.

El señor Ministro señaló que una de las particularidades de la discusión de este caso es que uno está discutiendo sobre cómo se ejecuta una sentencia. Si esta fuera una discusión sobre la reforma al sistema de salud, los bordes de política pública son mucho más amplios y los criterios también se tienen.

Importa la diferencia, porque si se realiza la evaluación de la mutualización en términos sistémicos, en realidad, lo que se está haciendo es más bien evaluar el problema de política pública y no la ejecución de la sentencia.

Sostuvo que el Ejecutivo ha sido particularmente cuidadoso y solicitó comprensión de la posición del Ejecutivo, él no puede sostener que se pueda eludir el cumplimiento de una sentencia judicial, por otro medio distinto.

Consideró que es la voluntad de todos, respetar los contornos del artículo 76 de la Constitución.

Pueden existir discrepancia de interpretación, los abogados y los profesores la suelen tener con ella, puede existir una discrepancia de política pública, se puede estar en desacuerdo, que es una mala decisión que tiene un impacto en el sistema, etcétera, pero una sentencia judicial ejecutoriada, se cumple en el sistema institucional chileno, esa es la regla del artículo 76.

Sobre los vicios de inconstitucionalidad, que consultó el Senador Castro González, manifestó que no ha leído las opiniones que argumentan ello.

Sobre la consulta del Senador Gahona, indicó que el Ejecutivo ha dado una interpretación a cómo entender los contornos del artículo 76, para estos efectos.

Mencionó dos elementos clave en la sentencia, el primero es que es un mandato a la Superintendencia y por eso el proyecto de ley, descansa en eso, por eso el proyecto de ley no tiene un monto, sino que establece una manera de adecuar el precio final a la tabla de factores, y una vez adecuado, establece la obligación de restitución. Esos dos elementos, que la Corte volvió a repetir el 5 de octubre, son los que tienen que estar presentes.

El Ejecutivo lo que está tratando de resguardar es, específicamente, el artículo 76, entre otras cosas, por la importancia que tiene para la historia constitucional chilena y por la otra, por los efectos futuros.

Sobre lo que plantea la Senadora Ordenes y el Senador Latorre, reiteró que lo que demuestra el sistema institucional chileno, es que la judicialización en materia de salud ha sido incremental y sustantiva.

Añadió que, en el derecho comparado, y esto la industria de la salud lo tiene perfectamente claro, las tasas de judicialización en materia sanitaria son altísimas.

La dictación del proyecto de ley en estudio, no va a impedir la judicialización, pero si puede dar certezas para reducir los efectos especulativos que están detrás de la judicialización.

El Honorable Senador señor Castro González consultó, en el dilema del cumplimiento de sentencia cuyo cumplimiento recae en la Superintendencia, en el escenario legislativo, se debe respetar lo establecido en el artículo 76. Pero aquí también se hace política pública.

Reiteró la pregunta ¿En qué podría impedir que, en el escenario legislativo, aspectos como mutualización u otros pudieran ser considerados al momento de establecer los montos del pasivo?

El Ministro de Justicia respondió que esto no es un problema de monto de pasivo, esa es la perspectiva de la industria, en cambio, desde la perspectiva de los beneficiarios, ellos tienen derecho a la restitución.

La Corte estableció el derecho de los afiliados a obtener restitución y por eso la expresión “obligación de restitución” la ha ocupado en una denominación técnica. Se restituye lo que se ha percibido indebidamente.

El Honorable Senador señor Gahona señaló que el Gobierno propone un mecanismo y al proponer ese mecanismo, determina la cuantía de las obligaciones. Pero la obligación de este Congreso es tener un enfoque sistémico y de los efectos de las decisiones que se tomen al respecto.

No se trata de resolver los temas de una industria en particular, sino más bien de los efectos sanitarios que esto provoca.

Por eso es muy importante la determinación de la obligación y el mecanismo como se determina, porque los efectos sistémicos que provoca eso, son enormes y aquí estamos pensando en los afiliados, en los casi 3 millones de personas que perderían sus coberturas de salud y que tendrían que ir a engrosar listas de espera que el Estado no ha sido capaz de resolver.

El Ministro de Justicia recordó que la sentencia ordena a la Superintendencia de Salud; el Ejecutivo considera que la aplicación inmediata tiene el efecto sistémico, pero en segundo lugar, que para cumplir los propósitos perseguidos por la Corte, es necesario que esa atribución sea explícita en el caso de la Superintendencia.

Manifestó que, si no se llega a acuerdo y fracasa este proyecto de ley, los titulares beneficiarios de las sentencias, pueden apercibir a la Superintendencia el cumplimiento y expone al Superintendente a las sanciones que establece la legislación vigente por no cumplir la sentencia.

Por último, insistió en la separación del cumplimiento de la sentencia de otros aspectos de política pública, que es relevante para efectos de encausar razonablemente el debate.

El abogado Patricio Zapata manifestó que en los años de trabajo ha escuchado decir que algo que se estaba pensando hacer, no se podía hacer porque la constitución lo impide.

Consideró que es difícil sostener que los fallos del 30 de noviembre del año 2022, pertenecen a la categoría de esos dictámenes prístinos, evidentes, inequívocos, la propia Corte Suprema estuvo durante dos meses en la duda, dado que se refería a que “no hubieran prescrito”, esto podía significar que había que devolverles a personas desde el 2018 y no desde el 2020.

En enero se pidió aclaración de varios puntos y el fallo especificó que, en realidad, la obligación nacía con la entrada en vigencia de la circular que establece la tabla de factores.

Luego la Ministra vocera de la Corte Suprema, que participó en el fallo, dio a conocer en una entrevista una interpretación, respecto a que el fallo sólo favorecía a quienes hubieran litigado. Distinguidos profesores, sostuvieron que el fallo sólo beneficiaba a quienes habían litigado en esas causas.

Que se hayan solicitado dos prórrogas, que se hayan concedido dos prórrogas, sugeriría un poquito de más prudencia y cautela, a la hora de plantear que aquí estamos ante un límite evidente, de qué evidencia estamos hablando.

Si la Corte hubiera pensado que esto era clarísimo, habría dictado una sentencia indicando más o menos los contornos líquidos o liquidables de la obligación y no hubiera encomendado a la Superintendencia que hiciera esta complejísima operación.

Planteó la legítima duda de que alguien pueda decir que esto es evidente. Probablemente la última palabra la va a tener de nuevo, la Corte Suprema.

Consideró que la idea de distinguir las partes de política pública, de las partes de ejecución del fallo, es compleja.

Traer a esta conversación la lógica con la cual, por ejemplo, se restituyen los excedentes, en este caso, tiene una pequeña complejidad, no se trata de comparar lo que alguien paga por un contrato, sino que se trata de ver cuáles son los excesos percibidos, habiéndose producido un cambio en las características esenciales del contrato, porque se cambió la tabla de factores que la Corte Suprema considera ilícita, por una tabla de factores que la Corte Suprema considera imperativa.

Entonces cambia el contrato. No es la misma lógica que la lógica de los excedentes, es más complejo.

Efectivamente, el artículo 76 de la Constitución, les concede a los fallos de los tribunales una fuerza vinculante. Pero el ejemplo que se ha citado, es el de sentencias judiciales que ordenaban la restitución de un inmueble y que la autoridad política, el intendente, señalaba que iba a diferir el cumplimiento porque podían producirse problemas de orden público. No estamos hablando de un fallo como este.

En la resolución del 5 de octubre, efectivamente la Corte Suprema cuando concede nuevamente una extensión de plazo, recuerda el contenido de la obligación y agrega esta referencia sobre la separación de los poderes.

Manifestó no saber si leer esa referencia de la separación de los poderes como un argumento de carácter defensivo, en que la Corte Suprema advierte a la Superintendencia, de no inmiscuirse en sus potestades, más bien le pareció que está señalando su respeto o consideración a la facultad que tiene el legislador, porque la Superintendencia señaló, que era necesario legislar y por eso pedía los seis meses.

Si hubiera dudas sobre el sentido y alcance de esa frase, viene a continuación el punto 3 que dice, y por deferencia al Ejecutivo, se concede.

La deferencia es la disposición a respetar las competencias del otro, la disposición a presumir, en principio, que el otro actúa bien.

Si un fallo admite varias interpretaciones, y hay una que es más funcional, más útil, más coherente con el sistema, se prefiere esa interpretación por útil y por respeto, porque asumimos que el tribunal actúa racionalmente. A veces no ocurre eso y a veces tiene que lamentar que el legislador ha violado la Constitución o que el fallo es lamentable, los fallos es que obedecerlo en todo caso.

La Corte Suprema entendió hace bastante tiempo, la intrínseca dificultad de este problema y entendió que el Congreso Nacional estaba interviniendo, estaba legislando y concede de nuevo un plazo, reconociendo que hay asuntos de mérito y de oportunidad que están entregados a este Congreso Nacional.

Sobre el tema de la mutualización, comentó que la Asociación de ISAPRES le solicitó que estudiara solamente el asunto de si la sentencia excluye como forma válida de cumplimiento algo así como lo que propuso la comisión técnica.

El Gobierno ha dicho que, en su interpretación, lo que propuso la comisión técnica, violaría el artículo 76. Y es respecto de esa afirmación, que luego de estudiar los antecedentes, manifestó su desacuerdo.

Estimó que es una forma de cumplir y es más cabalmente fiel, a la naturaleza del asunto, a la jurisprudencia de la Corte Suprema, que la idea de que aquí se debe abordar el asunto del mismo modo en que se aborda la devolución de excedentes o en que se abordó la devolución del reajuste, anulado el año 2022. Porque esto es distinto.

Entre la realidad de los cobros del año 2003 y 2002, cuando por primera vez la Corte Suprema, empezó a acoger recursos de protección, en que las ISAPRES efectivamente abordaba esto con poca consideración por la solidaridad, con la dictación de la ley en 2005, que incorporó la primera tabla de factores, el fallo 2008, el fallo 2010, estamos en una situación distinta.

Indicó que, al leer el fallo del mes de noviembre de 2022, cuando señala que la Corte, que este no es un tribunal para hacer una liquidación de la deuda, es un tribunal de garantía, de tutela, de cautela. Por tanto, instruye a la Superintendencia para que vea la forma y el modo.

Señaló que entiendo la forma y el modo, como una cuestión de cálculo. Si esta fuera una cuestión en que forma y modo significaran temas accidentales no se estaría tramitando este proyecto de ley.

Comentó que el artículo 76, le prohíbe al Presidente de la República y al Congreso, dice, “revivir causas fenecidas”, no es el caso; “avocarse a causas pendientes”, tampoco es el caso; “revisar los fundamentos”, eso no significa que no se pueda comentar los fallos. Por supuesto que es complejo, que en un en un estado de derecho, el Gobierno emita opiniones públicas descalificatorias de un fallo, pero determinar cuál es el sentido de un fallo, habiendo sido confiada la aplicación del fallo al Ejecutivo y entender que ahí hay un mandato unívoco, es cuestionable.

El hecho de que el artículo 76 obligue a cumplir la sentencia, a concluir que el fallo obliga a una cierta conducta, hay un paso.

En este caso, lo que ha ocurrido, es que una opción, que no puede juzgar técnicamente, porque no es experto en salud pública, concitó el apoyo de algunos técnicos y de algunos parlamentarios, fue sacada de la mesa de manera unilateral, invocándose la Constitución Política. Lo que, unido a la iniciativa exclusiva presidencial (es discutible el alcance que tiene la iniciativa exclusiva), pero suponiendo que en esta materia hay iniciativa exclusiva del Ejecutivo, se ha usado el argumento constitucional, para impedirle al Congreso evaluar una fórmula posible. Es un acto de poder. Sostuvo que ese argumento es un error jurídico.

Consideró que no le parece que el fallo de la Corte Suprema tenga aparejada la exclusión de esta fórmula y la única autoridad que puede dilucidar esto, fuera de toda duda, es la excelentísima Corte Suprema.

Manifestó que se encuentra en la posición de defender la interpretación que le permita a los órganos de representación democrática optar y no en la posición que le dice a los órganos de representación democrática ustedes no pueden hacer esto.

Su interpretación es pro legislador y por lo demás, estimó que es la misma Corte Suprema la que la ha asumido también.

La decisión es de política pública, dentro del marco de la Constitución Política.

Sostuvo que hay dos tipos de maneras de ver la Constitución, como un marco dentro del cual siempre caben varias opciones y queda excluidas otras, y aquellos que entienden que la Constitución es una especie de fuente de la cual nace la solución legislativa, entonces los que son buenos lectores de la Constitución son capaces de sacar de la Constitución lo que está en germen y dicen: esta es la solución legal en materia de educación, en materia de negociación colectiva, en materia de tributo.

Consideró que la Constitución es un marco, el artículo 76, también lo es y este fallo judicial ha dado lugar a interpretación, está dando lugar a interpretación y va a dar lugar a interpretación.

El Honorable Senador señor Castro González consultó entonces, que esta Comisión de Salud, podría elevar a la tercera sala de la Corte Suprema, los escenarios de cálculo que ha elaborado la Comisión Técnica y consultarle si está dentro del marco del fallo.

El señor Zapata indicó que se le han hecho varias veces estas preguntas a la Corte Suprema, en alguna ocasión respondió, que no habiendo nada que aclarar, se rechaza el recurso de aclaración. Consideró que la Corte Suprema, no va a anticipar una opinión, sino una vez que se encuentre frente a una fórmula concreta.

Señaló que, si alguna persona se siente disconforme, es probable que vaya a la tercera sala y ésta se va a pronunciar sobre un texto concreto. Mientras tanto, observó la voluntad de la Corte Suprema, esta vez, de ser deferente.

La Corte Suprema está confiando, que un asunto de esta complejidad técnica, que involucra a millones de afiliados, sea resuelto por la entidad fiscalizadora, que tiene la información, que tiene la experiencia, que tiene el conocimiento, y si ella siente que necesita refuerzo legislativo, que lo haga este Congreso, que tiene los recursos, que tiene los conocimientos, que tienen la especialización.

Si la Corte Suprema está confiando en el Congreso y está confiando en el Ejecutivo, creo que hay que tomar esa confianza.

El Honorable Senador señor Gahona manifestó que no corresponde que el Parlamento le pregunte a la Corte Suprema, porque la Corte Suprema dijo bien claro que la forma de cálculo y la cuantía de las obligaciones, la tiene que determinar la Superintendencia. La Superintendencia, ha dicho que le faltan atribuciones o facultades y se presenta este proyecto de ley para, entre otras cosas, otorgar esas facultades.

Seguramente cuando termine este proceso legislativo, cada persona tendrá el libre derecho de recurrir a la Corte Suprema si siente que se están vulnerando el fallo.

Por otra parte, reiteró las consultas formuladas previamente al Ejecutivo. La primera consulta era si el informe financiero asociado a las indicaciones, incluía el costo de devolución las ISAPRES estatales, que son las del Banco Estado y la de CODELCO.

La segunda era para la comisión técnica, respecto a cómo el sistema mutualiza.

En tercer lugar, consultó por el fallo GES, sobre el requerimiento desde el Gobierno, para una aplicación conjunta por parte del Gobierno.

Solicitó a la Superintendencia que calcule la cuantía del reajuste del precio base, que mantendría el equilibrio del sistema para adelante, para asegurar las coberturas de las personas y para poder restituir hacia atrás, todas las obligaciones que establece el fallo.

El señor Superintendente señaló, respecto al fallo GES, señaló que ya han tenido algunas conversaciones, porque las ISAPRES han hecho llegar algunos requerimientos, que son distintos entre ellas. Están analizando cada uno de los requerimientos y esperan tener resuelto el tema en los próximos días, de manera de estudiar si se puede hacer o no una presentación ante la Corte Suprema.

Sobre el reajuste de precio base, sacando la mutualización, se comprometió a hacer ese cálculo, para que la Comisión lo tenga estudie.

El señor Arriagada, solicitó tener claridad de qué alzas se producen con las indicaciones presentadas, que es más que el cambio de la mutualización, porque hay otros cambios adicionales.

El Director de FONASA, acompañó una presentación y señaló que realizará una visión completa de la modalidad de cobertura complementaria, que se ha propuesto en la ley corta, en este caso, en la parte de fortalecimiento del FONASA, cómo estaría quedando con la propuesta original más las enmiendas que han propuesto el 3 de noviembre.

Luego, recordó que FONASA es el organismo público encargado de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros públicos del sector salud, para brindar cobertura a las distintas atenciones de salud, que se incluyen en el régimen de prestaciones. Asimismo, tiene la función de financiar, de acuerdo con las políticas y prioridades que determina el Ministerio de Salud, las prestaciones que se otorgan a los beneficiarios en cualquiera de sus modalidades. Estas modalidades son dos: de atención institucional y de libre

elección. La primera, se refiere a la red pública de salud que, a partir de septiembre del año pasado, es gratuita con la política de copago cero. Se incorporan a esa modalidad los prestadores en convenios para el cierre de brecha. A su vez, agregó que existe una parte de esta modalidad que también se dirige a los privados para cerrar brechas normativas, por ejemplo, el segundo prestador, que también incorpora copago cero, pero es una obligación legal de FONASA, que obliga a cerrar brechas. En general, la forma de financiamiento a los prestadores públicos, esto es, 29 servicios de salud, que tienen su organización a través de los hospitales y la atención primaria de salud, se dirige en los tres grandes ítems del presupuesto: APS, PPI y GRB.

En la misma línea, explicó que, en la parte de financiamiento de la brecha, es compra directa y, en la parte de modalidad de libre elección, es aporte fiscal. Esto es, recursos del Fondo a través de los Fondos de Ayuda Médica (FAM), que es la subvención que aplica FONASA cuando las personas adquieren un bono.

Por otra parte, el Director de FONASA señaló que la institución ha experimentado un ingreso masivo, que implica una migración desde el sector privado. Esta tendencia se viene produciendo desde el año 2022 y las proyecciones indican que se intensificarán o perdurarán.

En el contexto de la de la modalidad libre elección, sostuvo que la cobertura de protección financiera, respecto de los precios que allí funcionan, es el 38%, cuando las personas sólo usan la modalidad de libre elección de FONASA.

Enseguida, hizo presente que, en lo relativo a FONASA, el proyecto de ley tiene por objeto generar una nueva alternativa a las personas beneficiarias, a través de la creación de esta modalidad de cobertura complementaria, con la finalidad mejorar la protección financiera y alcanzar coberturas similares a las que se ofrecen eventualmente las ISAPRES.

Con todo, para cumplir el objeto de esta iniciativa legal se debería aumentar -al menos en los puntos porcentuales que igualan en promedio- la cobertura promedio de una persona en las ISAPRES, lo cual resulta ser, de acuerdo a los datos empíricos, el 65% de los costos de las atenciones. Por lo tanto, esa es la brecha, entre 27 a 30 puntos porcentuales, donde juega un rol una nueva institucionalidad, que es la modalidad de cobertura complementaria (MCC), que permitiría a FONASA intermediar con aseguradores privados y financiar esa brecha de protección financiera. Esto sería posible, añadió, en una especie de reorganización del financiamiento de las personas que están en una ISAPRE, que actualmente pagan el 7%, más un diferencial para ajustarse al riesgo de su contrato. De esta forma, las personas que reorganicen su financiamiento, al cambiarse a FONASA, con una prima plana adicional al 7%, podrá pagar una cobertura que iguale sus condiciones actuales.

Lo anterior, acotó, estaría vigente para las personas que ingresen y para aquellas que se encuentren en FONASA, que son los cotizantes de los grupos B, C y D. Al mes de octubre del año 2023, los beneficiarios del FONASA son 17.135.000 personas, de las cuales el 52% son mujeres y el 48% hombres. En total, representan el 82% de la población general y el 85% de la población asegurable. A su vez, explicó que el 85% de las mujeres está en FONASA, al igual que el 92% de las personas adultas mayores y el 95% de los migrantes. Luego, comentó que se observa un crecimiento, fundamentalmente, en el grupo B y D de FONASA. Em efecto, a octubre del año 2023, ha aumentado la cartera de FONASA en 521.798 personas y, desde enero de 2022 a la fecha, han ingresado 900.000.

En este marco, dijo, se planteó la modalidad de cobertura complementaria, donde las personas que pueden beneficiarse son los cotizantes de FONASA de los grupos B, C, y D, y sus correspondientes cargas. Esta modalidad, agregó, está pensada fundamentalmente para que las personas puedan recurrir a prestadores privados, que en su gran mayoría tienen convenio con FONASA. En efecto, esta institución mantiene convenios con el 98% de las clínicas privadas del país y, a partir de esos convenios, tienen la posibilidad de expandirse hacia la MCC, con un financiamiento tripartito.

En la modalidad de libre elección (MLE), explicó, el financiamiento es bipartito (FONASA y el FAM). El fondo de ayuda médica es la subvención de FONASA a las personas que compran un bono o un PAT, para una prestación hospitalaria (copago). En el caso de la MCC, sería lo mismo, esto es, el FAM de FONASA, el copago de la persona, con un tercer actor (nuevo asegurador), en convenio con FONASA, que cubriría una parte de la factura o del costo de las prestaciones.

El proyecto de ley, dijo, tiene tres grandes pilares de la modalidad. Uno tiene que ver con los beneficiarios que podrán acceder. El segundo, con el alcance, el detalle de las definiciones de la MCC, su operación propiamente tal, y el tercero con la participación de los aseguradores complementarios. En cuanto a quienes podrán acceder, se pueden inscribir voluntariamente el cotizante y sus cargas, de los grupos B y C de FONASA. Las cotizaciones, añadió, son haber cotizado durante los últimos seis meses, sea en FONASA o ISAPRE, donde se contabilizan las cotizaciones previas. Asimismo, se establecen condiciones especiales de ingreso para aquellos que no son trabajadores formales, sino que son independientes o ingresan por primera vez. En este caso, se generan algunas adecuaciones especiales, por ejemplo, no se exigen cotizaciones para las personas que ingresan por primera vez a trabajar y para los trabajadores independientes se exige una cotización equivalente a doce meses de un salario mínimo. Las personas que adhieran a la MCC siguen teniendo las mismas condiciones y beneficios que tiene actualmente. Los que no se encuentren en esta en esta modalidad podrán optar a la modalidad de atención institucional o a la modalidad libre de elección. Con todo, hizo hincapié

en que no es cierto que se cierran posibilidades o que se afecte la libertad de elección, por el contrario, se abre una nueva beta. Esta nueva modalidad permite un mejor acceso a mayores prestaciones, fundamentalmente eligiendo los prestadores.

En el mismo sentido, señaló que el período de permanencia en la MCC, por parte de los beneficiarios inscritos, correspondiente a los 12 primeros meses, renovable por el mismo período, es una condición destinada a dar cierta certeza a los agentes participantes, en este caso evitando comportamientos oportunistas. Sin embargo, igual se agregan, en la misma anotación, causales para solicitar la salida, por ejemplo, un cambio importante en la situación de las personas como la cesantía, variaciones permanentes en la cotización legal o en la composición del grupo familiar.

Seguidamente, comentó que la prima es plana, complementaria y tendrá un carácter comunitario, eso significa que es igual para todas las personas, sin importar su edad, sexo o condición de salud. Cada persona inscrita deberá pagar una prima y cada cotizante pagará las primas de sus cargas, en caso de estar en la MCC. El valor de la prima se fijará en UF y se adecuará conforme a los criterios establecidos en la propia ley, esto es, cuando existan modificaciones en el arancel de la MCC o cambios en la siniestralidad.

En cuanto a la cobertura, aseguró que será la misma para todas las personas que ingresan a la modalidad. Por lo tanto, se eliminan los esquemas que habíamos propuesto inicialmente, por ende, existe un único esquema y una única cobertura para la modalidad. Del mismo modo, indicó que FONASA articulará la red de prestadores privados, mediante la celebración de convenios, al igual como lo hace en la MLE. De esta forma, las personas podrán elegir el profesional o el establecimiento en que desean atenderse dentro de una red.

FONASA, adujo, tiene convenios con muchas instituciones, por lo cual esta nueva modalidad se deberá expandir a nuevas instituciones y a prestadores que sean personas naturales. La red de prestadores permitirá proveer a la población usuaria las condiciones necesarias para otorgar soluciones a sus problemas de salud, con lógica sanitaria y cobertura nacional. Respecto del arancel, precisó que primero se definen las prestaciones, las cuales están en el listado que compone el arancel actual de la MLE, más algunos componentes. Las prestaciones con pertinencia sanitaria de ISAPRE, son aquellas que la Superintendencia de Salud tiene codificadas como prestaciones que efectúan las ISAPRES, pero que no son exactamente las mismas que están codificadas. La pertinencia sanitaria se refiere a la revisión de aquellas que ameritan ser incorporadas, previendo que pueden ser fármacos, prótesis y otros, financiados en la MLE, pero a través de reembolsos.

En lo que atañe al arancel, aseveró que la ley establece que será propuesto por FONASA y al igual que los otros aranceles propuestos por la

institución, consta en una resolución que materializa el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda. En este arancel se establecen las prestaciones de la MCC, sus precios y la contribución de financiamiento que hace FONASA. En este punto, aclaró FONASA realizará el mismo aporte para la MLE y lo continuará haciendo para la MCC, lo cual permite asegurar la equidad en el financiamiento. Del mismo modo, previno no es posible destinar más recursos a una modalidad diferencial, a la que pueden acceder el resto de los cotizantes. De esta forma, se debe garantizar esa equidad, en función de ejercer la solidaridad, principio fundamental del fondo. Por lo tanto, no se puede ser regresivos y aumentar el aporte en esta modalidad, en la medida que no existen nuevos recursos, o sea, en la medida que se perciban más recursos públicos, se podrán mejorar las coberturas en conjunto, para todos los beneficiarios, independiente de la modalidad en que se encuentren.

En el mismo orden de ideas, indicó que el arancel también incorpora una cobertura financiera especial, la cual permite a los beneficiarios de la MCC acceder a prestaciones de costo elevado. Esto se considerará en la prima plana de la modalidad. La protección financiera especial será de cargo del seguro complementario y cubrirá todos aquellos copagos derivados de un determinado problema, dentro de un año calendario, y se activará mediante un deducible establecido en la póliza. Es decir, es una un símil de la CAEC en las ISAPRES o el seguro catastrófico. En efecto, puntualizó que opera en prestadores dentro de la red MCC, su activación quedará a cargo del seguro y será de forma automática en base a determinados requisitos,

Por otra parte, hizo presente que la protección financiera será cargo de la compañía de seguro y cubriría de todos los copagos derivados de un determinado problema de salud, que supere dentro del año calendario el deducible. Al año siguiente, añadió, comienza el conteo del GES-CAE.

Enseguida, señaló que la participación de los seguros complementarios es el tercer pilar. Al respecto, puntualizó que se licitará el otorgamiento de la cobertura financiera a seguros complementarios. La ley establecerá criterios mínimos del proceso, que deben ser completados por las bases de licitación elaboradas por FONASA y suscritas por DIPRES. Por ejemplo, FONASA diseña la póliza de la MCC y la deposita en la Comisión para el Mercado Financiero (CMF). Esto es una práctica habitual cuando hay una propuesta de diseño específica. A su vez, indicó que se incorpora como parte de los criterios objetivos de adjudicación, el valor de la prima.

En cuanto a la operación misma, comentó que las personas se inscriben y pagaran una prima complementaria a la aseguradora, por ella y por cada carga que está inscrita en el caso de la atención abierta. La aseguradora participará del pago al prestador, al hacerse el cobro del bono, muy similar a lo que ocurre ahora, con la huella. En la actualidad, esto ocurre con las personas que tienen un seguro complementario a FONASA y la persona entonces paga un remanente respecto del precio del arancel.

En el caso de la atención cerrada, explicó, el asunto es totalmente diferente. En este caso, se propone incorporar los grupos relacionados por el diagnóstico, lo cual permite pagar resultados sanitarios y problemas de salud en paquetes. De esta forma, se promueve el buen uso de los recursos a nivel hospitalario. Este valor, agregó, también está determinado por licitaciones con los proveedores. Así, FONASA puede ejercer su rol de contraloría respecto del gasto y del uso de los recursos financieros, lo que significa revisar cuentas. En consecuencia, será posible determinar cuánto va a bonificar FONASA y cuánto van a pagar las compañías aseguradoras. La institución pública velará por el correcto funcionamiento de la licitación, contratación e implementación de las MCC y, a su vez, podrá ejecutar aquellas acciones necesarias para procurar la contratación de seguro por las personas beneficiarias. Con todo, la propuesta le atribuye funciones explícitas a FONASA; sin embargo, en términos de la regulación queda supeditada, tal como ahora, en la CMF, en tanto, la Superintendencia de Salud vela por lo sanitario, es decir, tendrá atribuciones sobre la modalidad.

En síntesis, precisó que el beneficiario que está en la MCC cotizará 7% y podrá pagar una prima plana, complementaria a un seguro licitado por FONASA. En este caso, cuando tenga eventos de salud será financiado por el copago más FONASA y la compañía que con la cual suscribió su seguro.

Luego, sostuvo que, en el evento de ocurrir algún desajuste importante en las ISAPRES, que alguna entre en insolvencia, es importante que, una vez cumplido el plan de pagos y ajustes, las personas puedan emigrar a otra ISAPRE o a FONASA. Entonces, se plantea que FONASA se haga cargo las garantías explícitas de salud activa, el gesto activo, la cobertura adicional por enfermedades catastróficas, la CAEC activa y la sentencia dictada por tribunales o por la misma Superintendencia de Salud que se encuentren vigentes. En el caso de las garantías explícitas, la continuidad del tratamiento será hasta el otorgamiento de la intervención sanitaria, en la fase en que se encuentra la persona. O sea, si está en tratamiento, éste se garantiza, en tanto, si está en diagnósticos, éste también se garantiza. Asimismo, en el CAEC se propone asegurar un plazo de seis meses.

En la sentencia, aclaró que ha operado la justicia o la Superintendencia, no hay mayor discusión. Además, destacó que se incorpora una indicación donde la Superintendencia pone esta información a disposición y, de esta forma, FONASA pueda reclasificar de oficio a sus beneficiarios. Actualmente existe un problema importante, los beneficiarios se van acumulando en algunas de las categorías de la FONASA, porque la ley obliga a las personas a comparecer presencialmente y realizar el trámite de cambio. Esto facilitaría la gestión de la cartera de manera importante.

El Honorable Senador señor Castro González preguntó cómo se incorporan las cotizaciones de los nuevos cotizantes, que serían cerca de 16

millones de personas, con una progresión sostenida en el tiempo. En la actualidad se puede desagregar el financiamiento de esta nueva modalidad de cobertura. Luego, consultó acerca de evaluación de los seguros primarios, por ejemplo, aquellos que están actualmente en régimen y operan de facto. Del mismo modo, interrogó acerca de cómo se tipifica la causal de desvinculación de la modalidad complementaria por cesantía, variación de cotización o compromisos legales. En este contexto, comentó que las ISAPRES se han quejado históricamente por las lagunas previsionales, ante un evento de cesantía, debido a que el mercado laboral es muy volátil, pudiendo significar la salida del sistema.

En relación con el arancel de la modalidad complementaria, el señor Senador solicitó precisar la dictación anual del mismo arancel, por cuanto en la actualidad existen muchas quejas de los prestadores médicos respecto a su monto, debido a que no crece de acuerdo al IPC. Al efecto, inquirió respecto de la forma en que se superarán las dificultades existentes en la MLE, en relación al tarificado.

En la misma línea, requirió precisar lo que se denominó cambio de siniestralidad, en relación con su alcance, la nueva evaluación de la cartera con costos distintos. A su vez, preguntó cuál será el grado de libertad de elección en la red cerrada, a qué universo de redes se refiere, cómo se califican y qué rol le cabe a la Superintendencia de Salud respecto a esos prestadores. De igual forma, consultó, cómo las personas pueden calificar que se encuentra en una red adecuada, mínima y suficiente. Luego, interrogó acerca de si se está asegurando en la prestación cerrada al menos el 65% de cobertura, en función del desincentivo que produce la baja cobertura de hospitalización. En el mismo sentido, inquirió cómo se compatibiliza esa aspiración con la modalidad de cobertura complementaria.

En lo relativo al deducible, indicó que siempre es un tema que genera mucha controversia, principalmente en lo que se denomina la letra chica. Del mismo modo, preguntó qué ocurre con los medicamentos ambulatorios si no tienen cobertura.

En el mismo orden de ideas, planteó que la posibilidad de que los seguros complementarios sean regulados por la Superintendencia de Salud, debido a que, si la población (85%) entra de un modo masivo a este seguro público, acercándose a seguro universal, la Superintendencia de Salud debería asumir un rol más importante respecto de los aspectos fiduciarios, financieros y administrativos, al menos gradualmente.

La Honorable Senadora señora Órdenes hizo presente que en la actualidad el sistema cuenta con las modalidades institucional y libre elección, en tanto, con esta iniciativa legal se agrega una tercera. Al respecto, previno que es esta implementación no es sencilla, por la magnitud del número de

usuarios y la posible migración masiva de usuarios de ISAPRES a FONASA. En cuanto a la licitación, preguntó si ésta se realiza por usuarios o montos.

En el mismo sentido, consultó qué sucede frente a la quiebra de una ISAPRE, cuando aparecen cientos de miles de usuarios demandando cobertura en FONASA. En este marco, interrogó cómo intermedia FONASA con las aseguradoras y qué ocurre con los usuarios que tienen prestaciones de atención domiciliaria de ISAPRE y sorpresivamente quedan sin este servicio. Por este motivo, es importante que estos cambios sean graduales, con ciertas certezas. Al respecto, aseguró que, más que facultades, se debe fortalecer FONASA de forma significativa para que el nuevo modelo de cobertura complementaria pueda funcionar.

A su turno, **el señor Arriagada** señaló que, para evaluar esta materia, se debe tener en cuenta el arancel considerado, la cobertura y el precio. Luego, explicó que cuando personas emigran desde el FONASA a ISAPRE, se produce un incremento de frecuencia, debido a que cuentan con las modalidades MAI y MLE. En la MAI, no hay problema de limitación por la frecuencia o precio, sólo existen por oferta, Por este motivo, que hay listas de espera y problemas en el número de especialistas. En tanto, cuando la gente utiliza la modalidad de libre elección tiene el problema de la cobertura, que a veces es menos al 20%, Así, al observar las estadísticas, las frecuencias de FONASA son mucho más bajas que las de ISAPRE.

Sin perjuicio de lo anterior, previno un incremento de frecuencia en los afiliados del sistema público, al existir una alternativa adicional sin limitación de cobertura (MAE) o costos (MLE). Entonces, aunque al Estado le cueste lo mismo la MLE que la MCC, el incremento de frecuencia generará un mayor costo.

El Honorable Senador señor Castro González hizo presente usuarios de los grupos B, C y D entran en la MLE, pero aquellos pertenecientes al grupo B de están por debajo en materia remuneracional. Al respecto, preguntó cuál es la proyección de demanda acumulada y de precio. De igual forma, consultó cuál será la gradualidad temporal que se aplicará.

El señor Camilo Cid, a raíz del ingreso de cotizantes a FONASA, explicó que esta institución es un organismo público y funciona en base a presupuestos de gastos. Por este motivo, para incorporar gastos se deben precisar a la DIPRES, por ejemplo, en la tramitación presupuestaria se discute cuáles son los programas existentes, hacia donde se expande el presupuesto, cuáles son las prioridades del Ministerio, etc.

Seguidamente, puntualizó que la MLE, en un reconocimiento del aumento del gasto, incrementa en 25% el presupuesto del próximo año. Esto tiene respaldo en la medida que también refleja un aumento de los ingresos de las personas que están demandando esa modalidad. Ciertamente, advirtió que

no existe un mecanismo de indexación del ingreso respecto del gasto, no es inmediato ni automático.

En lo relativo a los seguros primarios, aclaró que la publicidad que ha aparecido ofrece cobertura primaria para ciertas prestaciones, aunque no estén en el convenio de la MLE con la clínica. Estas prestaciones pueden ser cubiertas cuando una persona se encuentra en FONASA. En el mismo sentido, indicó que en la modalidad de cobertura complementaria las pólizas que existentes al momento en que se presentó el proyecto de ley, se han duplicado y sobre todo han incorporado a beneficiarios de FONASA en el aseguramiento complementario. Entonces, esto significa una expansión de las prestaciones que las clínicas son capaces de inscribir de acuerdo a su capacidad. De esta forma, si las clínicas tienen la capacidad para realizar el 100% de las prestaciones que están en la MLE, inscribirá a todas, incluso las hospitalarias. En cambio, si no tiene capacidad de hacer alguna, se excluirá, pero todas las que están inscritas quedarán susceptibles de esta nueva cobertura financiera.

El señor Superintendente de Salud aclaró que este tipo de seguros no están bajo la tutela de la institución que representa, porque la norma se refiere a las instituciones de salud previsional, por ende, no se cuenta con campo de acción en ese sentido.

Asimismo, expresó que con la normativa en discusión se trató de dar cierta certeza a las personas, mediante un primer contrato que dura doce meses; sin embargo, eso podría cambiar en condiciones que no son habituales, como la pérdida del trabajo, el nacimiento de un niño o alguna otra situación que pueda generar imposibilidad de pagar.

En la actualidad, agregó, se apunta a que las clínicas (proveedores) inscriban esa prestación, antes no lo hacían, porque el precio estaba demasiado lejos de lo que ellos consideran costos reales. Por lo tanto, es muy importante cómo se determine el arancel de cada prestación.

Respecto de los ajustes de precio, puntualizó que responderá a cambios en la MCC, obviamente, por la modificación de los costos que tengan que cubrir los aseguradores. A su vez, sostuvo que la siniestralidad es el costo técnico del ingreso que tiene el asegurador, lo cual podría variar hacia el alza o la baja incluso, por lo cual habría que estar monitoreando. Del mismo modo, explicó que lo señalado va a funcionar en base a licitaciones, por ende, tiene ese horizonte de tiempo, pudiendo ser modificado con posterioridad. De esta forma, se requiere una regulación más robusta respecto de ellos por parte de la Superintendencia de Salud. En este contexto, expresó que, en las bases de licitación con proveedores, hay una serie de regulaciones, por ejemplo, alza de precios, camas críticas, diálisis, etc. Las propias compañías que se presenten a la licitación serán las que, en el fondo de sus propuestas, determinen el precio final.

En relación con los seguros catastróficos y el deducible, señaló que éstos últimos tienen una relación directa con la cotización, son individuales y cada cotizante lo tiene de acuerdo a su propia cotización, por ende, opera de manera particular. En tanto, en las prestaciones comunes, el copago se va acumulando, hasta que alcanza el deducible. El deducible es un beneficio, pero no adicional, de lo contrario, las personas tendrían que cancelar el copago de un tratamiento tantas veces.

Respecto de la cobertura de medicamentos, hizo presente que se han realizado los cálculos en función de las coberturas actuales, por ejemplo, quimioterapias, aparatos, lentes, prótesis, etc. Sin embargo, los medicamentos ambulatorios de farmacias comerciales no están considerados, porque no están contemplados en la modalidad de ISAPRE, sino en la de atención institucional.

Luego, hizo hincapié en que aquí no hay gastos de administración ni utilidades, lo cual no es menor porque son $400 mil millones de pesos anuales que se usan en el estado financiero del año 2022, de los cuales $380 mil millones son gastos de administración de las ISAPRES. Una proporción de estos gastos quedan disponibles en la medida en que las personas migren, es decir, contrato a contrato existe un gasto de administración que nos permite tener cierta holgura también respecto de los cálculos.

Respecto de la cobertura adicional, indicó que se han realizado cálculos sobre la base de datos de las ISAPRES, que permiten establecer todos los costos de cada una de las personas y sus prestaciones.

En relación con las nuevas cotizaciones en el fondo nacional de salud, en el contexto de la MCC, el **Director de FONASA, señor Camilo Cid**, presentó un documento y explicó que esta institución de salud es pública, constituida por un fondo solidario, que opera bajo la ley de presupuestos del sector público. De esta forma, los mayores ingresos por cotizaciones o aumento en el monto de la cotización, se materializan en el año siguiente, si se justifican en el presupuesto de gasto presentado a la DIPRES. Al igual que la MLE, la MCC está financiada con recursos del fondo, mediante el FAM, el copago y el seguro financiero, de copago o complementario.

En cuanto a la oferta de seguros primarios, aclaró que en rigor no se trataría de esta clase de seguros, conforme a nomenclatura de uso internacional, que se definen como aquellos que cubren las prestaciones de seguridad social. En nuestro país no existen seguros que cumplan esta función, sino que cubren financieramente más allá de esta cobertura. En rigor, adujo, se trataría de seguros complementarios y no primarios, y en la actualidad éstos han proliferado y se han diversificado.

En lo que atañe a la desvinculación de la modalidad, indicó que existen dos tipos de causales: una forzosa y otra voluntaria. Respecto de la

primera, se refiere a la ausencia o no pago de primas. De esta forma, el no pago de primas en dos meses continuos o entre meses no continuos en un año, serían causales de exclusión forzosa. La causal de exclusión voluntaria sería en dos hipótesis: la ordinaria, que es la renuncia a la MCC, hasta diez días previos a la renovación automática, y la extraordinaria, donde puede renunciar en cualquier momento en condiciones de cesantía, variación permanente de la cotización legal o del grupo familiar.

Respecto de las diferencias entre copagos y MLE, aseveró que la estructura del copago dependerá del arancel; sin embargo, la idea es dotar a la modalidad de una cobertura suficiente, igual a aquellas que las personas tienen actualmente, en promedio, en el sector privado. Por lo tanto, el arancel y las coberturas están pensadas en ese sentido. En el caso de los hospitales, se pagaría por grupos relacionados con el diagnóstico, mediante paquetizaciones. Agregó que son más de 700 grupos de diagnósticos, que sintetizan la actividad hospitalaria y que tendrán cobertura de copago, de acuerdo a un porcentaje. En la parte ambulatoria se ha pensado en continuar con la situación actual, con los mecanismos de subvención.

En lo relativo a la adecuación de la prima, el señor Cid señaló que ésta se modificaría debido al cambio de siniestralidad o en el arancel. En el caso de cambio de siniestralidad, dijo, significa que el costo técnico varía respecto del ingreso por las primas. Esto estaría explícito en las bases de licitación y mediante un algoritmo aritmético se podría estudiar el alza de las primas.

En lo concerniente al grado de elección en la MCC, precisó que es toda la posible dentro de la MLE, no hay un detrimento del grado de elección, por el contrario, aumentan las posibilidades de uso de los dispositivos sanitarios privados para usuarios de FONASA, en coherencia con lo dispuesto en la Constitución Política de la República.

En cuanto al porcentaje de cobertura en atención cerrada, indicó que se aspira a que la MCC logre una cobertura, en promedio, de 65% en el sector privado. En efecto, esta es la cobertura efectiva que las personas tienen en promedio en el sector ISAPRES. Sin perjuicio de lo señalado, habrá una diferenciación entre lo ambulatorio y lo hospitalario. Lo anterior, dijo, se ha recogido como parte de las bases de licitación y del concurso.

En relación a la cuantía del deducible, el Personero de FONASA explicó que el deducible de la cobertura financiera adicional o catastrófica y su forma de funcionamiento es similar a la CAEC en el sistema de ISAPRES.

En lo relativo a la cobertura de medicamentos ambulatorios en la MCC, sostuvo que no existen cambios respecto de los medicamentos que se utilicen en la prestación de servicios, tanto hospitalarios como ambulatorios, dentro de los listados de aranceles vigentes. En FONASA, mediante convenio,

las personas obtienen un descuento importante (36% en promedio) en algunas cadenas de farmacias, en 6.900 medicamentos y productos farmacéuticos.

En lo atingente al rol de la Superintendencia de Salud, hizo presente que la regulación de la MCC ha sido extendida a lo que regula la Superintendencia en FONASA, tanto en la MAI como en la MLE, extendiendo esas facultades a la MCC. La parte financiera, dijo, de estos seguros (regidos por la CMF) continúan de la misma manera.

Respecto de los precios de la MCC para una familia promedio, puntualizó que los precios de la prima consideran aquellas adicionales o complementarias que hoy se pagan en las ISAPRES. El valor preciso, comentó, dependerá de la propia licitación. En tanto, respecto de los precios de las prestaciones, indicó que en lo ambulatorio será muy cercano a lo existente, pero con diferencias significativas en lo hospitalario.

En lo que atañe al diseño y oportunidad de la licitación, expresó que mediante un artículo transitorio se permite a FONASA, en caso de que se declare desierta la licitación, hacer una asignación directa, en función de iniciar el régimen de manera oportuna.

Una vez terminada la intervención del Personero de FONASA, hizo uso de la palabra el **Honorable Senador señor Castro González**, quien preguntó por qué no es posible, en materia de MCC, plantear un piloto, con el objeto de dar certeza acerca de la viabilidad de esta modalidad, riesgos, precios, supervigilancia, etc.

La Honorable Senadora señora Órdenes coincidió con lo planteado por Honorable Senador señor Castro González, por cuanto una nueva arquitectura de esta naturaleza no es un ejercicio sencillo, aún más con la migración a FONASA que se prevé desde el sector privado, modificando los ingresos, costos y gastos.

En relación con la nueva facultad de FONASA para velar por la correcta implementación y funcionamiento del MCC, indicó que es importante establecer claramente estas atribuciones, a fin de evitar objeciones al momento de fiscalizar. Por cierto, se debe facultar a la Superintendencia de Salud para velar por el correcto funcionamiento, sin perjuicio de aquellas que tiene la CMF, por lo cual es necesario visualizar potenciales conflictos en el ejercicio de atribuciones de ambos organismos.

Asimismo, valoró que la MCC consista en un solo esquema para todos los usuarios, con la misma prima y cobertura. A su vez, el financiamiento de las prestaciones otorgadas por la MCC, queda excluido de los préstamos que pueda otorgar FONASA. Al respecto, consultó a qué se debe esta diferencia. En cuanto a las bases de licitación, indicó que se establecen contenidos mínimos con el objeto de brindar certeza jurídica.

Con todo, hizo presente que la Corte Suprema rechazó la postergación de la implementación del fallo GES. En efecto, la Tercera Sala del Excelentísimo Tribunal señaló que “No existiendo puntos obscuros o dudosos de aclarar no se hace lugar a la solicitud.”. Esto, en función de la no aplicación de la tabla de factores y la realización de cobros indebidos.

A su turno, el **Honorable Senador señor Latorre** señaló que la prensa, específicamente el Diario El Financiero, informa que se propone para cotizantes de FONASA, un seguro tipo ISAPRE, un seguro primario, que permitiría atenderse en el sector privado. Al respecto, preguntó cómo dialoga lo señalado, sin regulación legal, con la propuesta de MCC. Luego, interrogó acerca de la forma en que se le puede dar certeza a las personas que se encuentran en tratamientos médicos o con prestaciones médicas inmediatas, con el objeto de impedir que se produzca una crisis.

El Honorable Senador señor Gahona llamó la atención acerca de la situación preocupante en que se encuentra nuestro sistema de salud, debido al peligro de insolvencia de aseguradoras privadas y la consecuente falta de cobertura que pueden tener las personas. A su juicio, la MCC no resuelve el problema, más aún si se ha pensado como una respuesta a la caída de las ISAPRES. Del mismo modo, inquirió acerca de la verdadera voluntad del Gobierno respecto de las asociaciones público-privadas. En este sentido, hizo hincapié en que los prestadores privados tienen todo el derecho a exigir que se les pague lo que se les debe.

En cuanto al seguro catastrófico de la MLE, consultó cuáles son los tiempos en esta materia, de acuerdo al compromiso que consta en el protocolo de la discusión presupuestaria. Asimismo, preguntó cuál será el orden de prelación de la red de prestadores en materia de seguro catastrófico.

Luego, aseguró que la discusión de esta iniciativa legal debe partir por asegurar la estabilidad del subsistema privado de salud, por cuanto no existe certeza respecto del funcionamiento de MCC. Con todo, lo importante es cómo se van a dar garantías a las personas que se encuentran enfermas y no han emigrado a FONASA.

A continuación, hizo uso de la palabra el **Director de FONASA, señor Cid**, quien informó, en relación con la judicialización efectuada por la Clínica Dávila, que existe una mesa de trabajo con las clínicas a partir de la deuda de rebase que se ha reconocido, originada en los servicios de salud y que FONASA está a cargo de gestionar su pago. En este contexto, comentó que el stock de deuda alcanza a los $196 mil millones, habiéndose pagado una parte de ella este año y en marzo de 2024 se habrá cancelado el 40%. De acuerdo con el protocolo firmado en discusión presupuestaria, en enero de 2025, se pegará el restante 60%. Sin perjuicio de lo anterior, precisó que existe una clínica que no pertenece a la asociación, la Clínica Dávila, que

legítimamente eligió el camino jurídico de demandar; no obstante, seguir con los convenios vigentes con FONASA, por los cual los usuarios de la entidad estatal se siguen atendiendo en la en dicha clínica. Entre 2017 y 2022, acotó, FONASA ha transferido a la Clínica Dávila $80.000 millones, por ley de urgencias, en tanto, la demanda es por $2.500 millones. De este último monto, aseguró que el 60% se encuentra saldado. A su vez, la prescripción se refiere a un caso del año 2017 que se cobró en agosto de 2023, por ende, FONASA no se puede hacer cargo de un cobro retrasado en seis años. En un escenario judicial, enfatizó, esta institución pública tiene la obligación legal de hacer defensa de los recursos públicos.

En lo relativo a tener un piloto en materia de MCC, expresó que se trata de una idea que se ha evaluado, pero como aún no existe regulación legal no es posible tomar decisiones, por ejemplo, establecer un arancel diferenciado a la MLE. Una vez dictada la regulación, aseguró, se podrán tomar decisiones bajo el contexto de convenios y la voluntad de las partes.

En cuanto a los préstamos, anunció que las personas podrán seguir disponiendo de ellos, pero en la MLE, que tiene precios diferentes y costos fiscales diversos. En tanto, este arreglo no cuenta con el referido financiamiento.

Seguidamente, recordó que había dos seguros complementarios que incorporaban a cotizantes de FONASA, que no tienen el carácter de primarios porque funcionan sobre una cobertura. Con todo, son seguros que no se parecen a la MCC, porque sólo cubren algunas prestaciones. Asimismo, afirmó que los seguros primarios no existen en nuestro país, más allá de la discusión que se ha planteado acerca de si la Constitución Política los permite. Actualmente, agregó, las personas están haciendo uso de la MLE, tratando de utilizar el prestador en que estaban cuando se encontraban bajo el régimen de ISAPRES.

En la misma línea, previno que en las indicaciones se pusieron tres temas que no tienen que ver con la MCC. De esta forma, en caso de insolvencia de una Isapre, si la persona que está haciendo uso del CAEC, AUGE o si ha ganado una sentencia, judicial o en la Superintendencia, FONASA garantizará este uso durante un período de tiempo. Con todo, hizo presente que la referida modalidad está destinada a fortalecer FONASA, pero se debe considerar que en dos años recibirá dos millones de usuarios.

En lo que atañe al seguro catastrófico, previno que aún no se han ejercido los procesos necesarios para tener claridad frente a la propuesta.

El Superintendente de Salud, señor Víctor Torres, destacó que no es menor que el proyecto de ley se haga cargo de un problema que en la actualidad existe con los pacientes enfermos, relativo a la continuidad de atenciones y cobertura. Así las cosas, es relevante que se le dé continuidad a

los pacientes GES, CAEC o que tienen sentencias ejecutoriadas. Agregó que se ha conversado con FONASA respecto de las alternativas de financiamiento, por vía legislativa o administrativa (instrucción de la Superintendencia de Salud), para efectos de determinar cómo opera el sistema.

Luego, señaló que se hizo entrega a esta instancia parlamentaria de la información relativa al impacto sin mutualización del alza de los precios bases.

En la comisión técnica, dijo, se había entregado un alcance del fallo GES, de un porcentaje de menores ingresos (12,7%). Esto fue parte del argumento utilizado por la Superintendencia para el recurso de aclaración presentado en la Corte Suprema; sin embargo, aclaró que en dicha presentación no se solicitó prórroga al no estar instruida la entidad reguladora. Sin perjuicio de lo anterior, esta solicitud se realizó por el efecto que puede tener esta sentencia sobre la continuidad de las prestaciones. De esta forma, la solicitud señaló: “Lo anterior se justifica, en que el principal interés de esta Superintendencia de Salud es resguardar la continuidad de las prestaciones y beneficios de los afiliados lo que podría verse comprometido por el eventual impacto de los indicadores que supervigila este Servicio al dictar instrucciones en esta materia, lo que requiere un plazo prudente para que las ISAPRES puedan ajustar su operación sin impactar a sus beneficiarios.”. Lo anterior, está dispuesto en el entendido que la Superintendencia impartiese una instrucción para dar cumplimiento a toda la cartera que no ha judicializado, porque respecto de la que lo ha hecho, las ISAPRES han estado cumpliendo dichas sentencias. La mayoría de estas sentencias tenían orden de no innovar por lo cual no generan deuda. La Corte, a su vez, señaló “Lo que corresponde a cada ISAPRE es dar cumplimiento al fallo referido, desde la fecha en que la sentencia quedó ejecutoriada, conforme a lo que dispone el artículo 174 del Código de Procedimiento Civil, dando aplicación al mismo, esto es, manteniendo la prima GES del trienio anterior, sin tener justificación alguna para cobrar desde entonces cualquier otra cifra que exceda a la anteriormente referida.”. De esta forma, cualquier deuda generada se debe contabilizar desde el momento en que la sentencia queda ejecutoriada. En el caso de eventuales deudas, éstas deben ser requeridas a la Superintendencia.

En el mismo orden de ideas, indicó que la única actualización que se tiene es respecto al 12,7% es que bajará a 11,9%, como impacto del menor ingreso porcentual. Esto produce otro efecto, adujo, se para la deuda eventual, desde agosto hasta que se ajusta. Las personas que consideren que se les ha cobrado demás, respecto del fallo de la Corte Suprema, es la que se debe dirigir a la Superintendencia, realizando un reclamo formal; sin embargo, para el cumplimiento de la sentencia, la instrucción va directamente desde la Corte Suprema a las ISAPRES. Esta compleja situación, añadió, puede impactar en el cumplimiento de indicadores. En este sentido, acotó que se ha trabajado en distintos escenarios respecto de estos mismos indicadores para buscar

eventuales alternativas que debieran ser entregadas al Ejecutivo, para que evalúe si son materia de ley.

El Honorable Senador señor Castro González indicó que se ha señalado que, durante tres meses a contar de diciembre, momento en que se inicia la rebaja de precio prima GES, podrían quebrar determinadas ISAPRES. Ante esta situación, consultó cuál es la opinión del regulador frente a este anuncio.

Al retomar el uso de la palabra, el **Superintendente de Salud, señor Víctor Torres**, distinguió entre la quiebra y el no cumplimiento de indicadores, que dan a entender insolvencia. Una vez caído alguno de los tres indicadores que se miden, la primera medida, salvo una caída abrupta, es la solicitud de un plan de ajuste de contingencia que, si se aprueba por la Superintendencia, se debe ejecutar. Luego, si la ISAPRE no sale de la insolvencia se nombra un administrador provisional, que puede sacar o no a la ISAPRE de la situación en que se encuentra. Este riesgo, agregó, siempre ha existido debido a la diferencia de patrimonio entre una ISAPRE y otra.

El Presidente de la Asociación de ISAPRES, señor Gonzalo Arriagada, señaló que frente a esta grave situación y los dos fallos judiciales (tabla y GES), era esperable que las disminuciones o pérdidas de ingreso fueran coetáneas con las soluciones. Sin embargo, lamentablemente la Corte Suprema no estimó necesario otorgar seis meses adicionales para que ambos fallos pudiesen ser coetáneos con esta iniciativa legal. En consecuencia, se anticipan disminuciones de ingresos sin tener, hasta el momento, ninguna solución. En efecto, si ocurre esta disminución de 12,7% todas las compañías quedan a pérdida. A su vez, si se considera una pérdida permanente en el tiempo es muy difícil considerar aportes patrimoniales que le ayuden a salir de esta situación. Así, en los primeros diez días del mes de diciembre las compañías notificarán a sus usuarios respecto de las disminuciones de precios, reflejándose para las ISAPRES esta disminución en el mes de enero.

En la misma línea, aseveró que en la Asociación de ISAPRES estima que las compañías no son capaces de funcionar a pérdida, sin afectar sus indicadores, por más de tres meses. No obstante, el problema se inicia en enero, porque todas las compañías irán a perdidas, es decir, no alcanzarán los ingresos para cubrir las prestaciones de sus afiliados, por ende, no podrá pagar en forma oportuna a los prestadores o no podrá otorgar en forma oportuna los reembolsos a los afiliados. Con esto, muchos prestadores no estarían en condiciones de recibir bonos de ISAPRES, suspendiendo o poniendo término a los convenios de atención. Por lo tanto, advirtió que, si en el mes de diciembre no existe ninguna solución propuesta, se podrán comprobar las consecuencias que se producirán, principalmente respecto de las personas.

De no implementarse prontamente esta ley, dijo, la MCC no va a estar disponible, pudiendo existir ISAPRES con problemas más pronto de lo

que creemos. En efecto, si se genera esta condición de falta de certeza de los prestadores respecto de alguna de las compañías, se producirá un problema bastante grave.

El Honorable Senador señor Chahuán sostuvo que, mediante la ley de presupuestos del sector público, FONASA tendrá una mejor administración de las listas de espera con un seguro catastrófico.

Por otra parte, advirtió que el Gobierno está dejando pasar una importante oportunidad para realizar una reforma importante en materia de salud, estableciendo un plan garantizado universal para los afiliados a FONASA e ISAPRES, garantizando una provisión mixta. Lo anterior, con el objeto de evitar un impacto de envergadura en las políticas sanitarias, esto es, la quiebra sistémica de los prestadores privados, donde se atienden seis millones de afiliados de FONASA, mediante MLE.

El Presidente del Colegio Médico de Chile A.G., señor Patricio Meza, acompañó una presentación y manifestó la urgencia de llegar a un consenso para establecer un camino a través del cual podamos superar la crisis e implementar el fallo de la Corte Suprema. La convicción en este momento de que el daño que le estamos provocando a la comunidad, a los usuarios de ISAPRES, que hoy tienen tremenda incertidumbre es muy alta.

Expresó que preocupa la insolvencia de las aseguradoras privadas, puesto que esa impactará a todo el sistema de salud, tanto al privado como al público, y hoy creemos que, si queremos realmente enfrentar los desafíos sanitarios de nuestro país, se requiere a todos los sectores al máximo a sus capacidades.

La insolvencia señalada se traduce en despidos de personal y suspensión de mantención de equipo y de nuevas prestaciones. También preocupa la estabilidad financiera de los prestadores, tanto individuales como institucionales, debido a la gran deuda que hoy existe, tanto de las aseguradoras privadas como de FONASA.

Hizo presente que ya algunas instituciones como centros médicos y clínicas han cerrado convenios en razón de la deuda creciente del sistema y han terminado prestaciones.

Señaló la urgencia de poner fin a la inestabilidad financiera que proviene tanto de ISAPRES como desde FONASA. Recordó que se ha anunciado que FONASA hará un esfuerzo de ponerse al día en algunos plazos, pero también se anuncia que en un plazo de dos años se pondrá al día con la deuda por prestaciones que ya se han realizado.

Precisó luego que las deudas de las ISAPRES con los prestadores privados son enormes, se acercan a los 700 mil millones de pesos, un 7%

mayor al cálculo que se había estimado el mes pasado de acuerdo a la Asociación de Clínicas de Chile. Y la deuda pública también estimada el 30 de octubre es de 425 mil millones de pesos, entre FONASA y los Servicios de Salud. De contarse con un oportuno pago se podría evitar el cierre de algunos convenios.

Agregó que ellos insisten en la necesidad de cumplir la sentencia judicial, pero con una gradualidad que evite el colapso del sistema; hoy es impracticable pensar en la caída de la ISAPRES porque eso tendría un efecto catastrófico en la salud de nuestro país.

Recordó que su propuesta se divide en tres líneas de acción ya presentadas ante la Comisión sobre el cumplimiento del fallo, la protección a los prestadores y la MCC de Fonasa y puntualizó que debe cumplirse un cronograma de pago de las ISAPRES a los prestadores, puesto que hoy existe una gran incertidumbre que en el fondo se traduce en que muchos prestadores piensan que, si se siguen dando atenciones de salud y las ISAPRES llegan a caer, esas prestaciones no van a ser canceladas. Es importante que existan plazos máximos para el pago de deuda a los prestadores individuales de treinta días, y para los institucionales de sesenta días.

Asimismo, cree que la Superintendencia debe tener las facultades y la capacidad fiscalizadora para exigir el pago en tiempo y forma de parte de las ISAPRES y al prestador privado con mecanismos de sanciones que permitan garantizar el cumplimiento; también se debe obligar al FONASA con los mismos plazos de pago, para evitar el colapso de algunos centros privados, sobre todo en regiones.

Expresó que se ha propuesto disponer una línea de crédito especial y también que se modifique el orden de prelación de las deudas de parte de la ISAPRES, en el caso de que éstas pudiesen colapsar.

Puso de relieve que debe incluirse la garantía de que los pacientes que hoy ya están en tratamiento puedan mantener la calidad y oportunidad y ojalá con sus mismos prestadores la continuidad de su tratamiento.

El Director de FONASA señaló que para aclarar el protocolo acordado para la aprobación del presupuesto 2024 se estableció como cronograma el pago de la deuda ahora en enero una parte y otra parte en enero del 2025. Ya se pagó el cinco por ciento de la deuda que estaba conversada con la Asociación de Clínicas que es la que entra en este paquete, parte de la deuda antigua, aquella que se generó también junto con la crisis de la pandemia. El cinco por ciento del año 2023, se va a pagar por tanto el 35% enero -que ronda los sesenta y siete mil a setenta mil millones de pesos- y los remanentes ciento dieciocho mil millones en enero de 2025, o sea, con presupuesto del siguiente año. Eso implica 196 mil millones que son la deuda reconocida. Hay un compromiso también de documentación de esta deuda

para el efecto contable de las propias clínicas y eso es por parte de la Dirección de Presupuestos.

Agregó que, respecto de las deudas individuales, FONASA no tiene deudas individuales. La Modalidad de Libre Elección como es sabido su forma es el pago automático al prestador y el copago de las personas. En todo caso señaló que el 90% de las transacciones son transacciones institucionales y el 10% de las transacciones son con prestadores individuales o personas naturales.

Añadió que los pagos corrientes están funcionando de forma normal y como también se ha dicho en otras ocasiones hay una operación que genera una deuda constante, que no es deuda en realidad, sino que son capitales de trabajo que los servicios deben tener porque se revisan cuentas, que alcanza más o menos los 100 mil millones.

El Superintendente de Salud señaló que para contestar la duda de la senadora señora Órdenes respecto de la actualización de la garantía, al 5 de diciembre del 2023 la garantía contable que corresponde al 31 de octubre de este año es de $236.688 millones de pesos y fracción respecto a los prestadores, más la provisión, que es del orden de los 224 mil millones de pesos, lo que da un total de más de $460 mil millones de pesos. Cuando se habla de la composición de la deuda de prestadores, tenemos una discrepancia con lo que informa en el colegio médico. No necesariamente porque sea distinto en la práctica, sino por la forma en que se constituye la facturación de la deuda. Para nosotros son 2,7% del total de la deuda de prestadores individuales y el 97% restante institucionales, donde puede estar subsumido el pago de algunos prestadores individuales. Por eso es que tenemos una discrepancia que no se ha podido lograr la coincidencia.

El Honorable Senador señor Castro González informó que la Comisión fue convocada y asistió a la Moneda y concurrieron los Ministros de Salud, de Hacienda y de la Secretaría General de la Presidencia y allí se formuló un planteamiento para la mejora del proyecto de ley en estudio junto a otras iniciativas que parecen indisolubles a esta y que en tiempo y forma habrá que conversar el momento en que eso se puede aplicar.

Enseguida recordó que, mediante indicaciones del Ejecutivo, presentadas el 3 de noviembre, se recogieron algunas de las propuestas formuladas y otras no. Añadió que, al revisar en el orden numérico de las indicaciones, que son treinta y dos, están superpuestas distintas temáticas. Una son aquellas normas que están asociadas a fallo judicial, que son las prioritarias a abordar las asociadas a fallo judicial. Esto es las normas que tienen que ver con precio final, precio base de julio del año pasado, tabla única de factores, y lo relativo al GES

Precisó que en su concepto estas temáticas vinculadas a fallo debieran ser las primeras que se aborden porque son las de sentido de urgencia respecto a la situación que hoy día se está como crisis del sistema.

Luego hay otro grupo de indicaciones que tienen que ver con nuevas regulaciones y ahí están la disposición sobre consejo consultivo asesor, los retiros de utilidades, el ICSA. En tercer lugar, todo el capítulo de FONASA y nueva Cobertura Complementaria de Seguros.

El Honorable Senador señor Chahuán indicó que le parece razonable abordarlo de esa manera. Pero recordó que está pendiente respecto del proyecto que está en la Comisión Mixta que él preside, sobre Seguro Catastrófico, indicaciones comprometidas y ello debiera coincidir con la votación del último punto, que es FONASA, y la nueva modalidad de seguro complementario.

\- - -

El proyecto de ley, sometido a votación en general, es del siguiente tenor:

“Artículo 1°. **-** Introdúcense, al Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469, las siguientes modificaciones:

1) Intercálase, en el inciso segundo del artículo 107, entre la frase “de libre elección,” y la frase “lo que la ley establezca” la frase “y de cobertura complementaria,”.

2) Agrégase, en el artículo 110, a continuación del numeral 17, el siguiente numeral 18, nuevo:

“18.- Fijar los valores de los precios de las Garantías Explícitas en Salud para las Instituciones de Salud Previsional, conforme al procedimiento dispuesto en el artículo 206 bis.”.

3) Reemplázase, el artículo 142, por el siguiente:

“Artículo 142.- No obstante lo dispuesto en el artículo 141, las personas afiliadas y las personas beneficiarias que de ellos dependan, podrán optar por atenderse bajo las modalidades de Libre Elección o de Cobertura Complementaria que se establecen en los artículos siguientes. En estos casos, podrán elegir al prestador de salud o esquema, respectivamente que, conforme a la modalidad respectiva, otorgue la prestación requerida.”.

4) Agrégase, a continuación del artículo 144, el siguiente artículo 144 bis, nuevo:

"Artículo 144 bis.- Las personas afiliadas que se encuentren en los grupos B, C y D podrán inscribirse en la Modalidad de Cobertura Complementaria que se establece en el artículo 144 ter y siguientes, en tanto hayan efectuado cotizaciones de salud durante los últimos seis meses.

Sin perjuicio de lo señalado en el inciso anterior, quienes hayan pagado por primera vez cotizaciones de salud y lo hagan en el Fondo Nacional de Salud, podrán optar por inscribirse en esta modalidad sin cumplir el requisito mínimo de cotizaciones.

Excepcionalmente, los trabajadores y trabajadoras independientes que paguen sus cotizaciones en la forma establecida en el artículo 92 F del decreto ley N°3.500, de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que establece un Nuevo Sistema de Pensiones, requerirán que el monto pagado por cotizaciones de salud sea al menos el equivalente a doce cotizaciones legales de salud por el ingreso mínimo mensual.

Si los fondos retenidos por la Tesorería General de la República para estos efectos no fueren suficientes, podrán cotizar en la forma establecida en el inciso cuarto del artículo 90 de ese cuerpo normativo.".

5) Agrégase, a continuación del artículo 144 bis, el siguiente artículo 144 ter, nuevo:

"Artículo 144 ter.- La Modalidad de Cobertura Complementaria es aquella en virtud de la cual las personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud, que cumplan los requisitos establecidos en el artículo anterior, se inscriben voluntariamente en uno de los esquemas ofrecidos en esta modalidad.

Estos esquemas permiten a las personas inscritas recibir prestaciones ambulatorias y hospitalarias en una red de prestadores y bajo un arancel asociado. Asimismo, las personas inscritas deberán pagar una prima adicional a la cotización legal para salud, por la cual recibirán una cobertura financiera complementaria a la otorgada por el Fondo Nacional de Salud, para el financiamiento de dichas prestaciones.

Las prestaciones cubiertas en la Modalidad de Cobertura Complementaria serán financiadas, en la parte que corresponda, por el Fondo Nacional de Salud, la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria en el respectivo esquema, y por el copago al cual debe concurrir la persona afiliada, de acuerdo con el arancel que se fije al efecto.

Una resolución del Ministerio de Salud, a propuesta del Fondo Nacional de Salud, establecerá el arancel señalado en el presente artículo. Dicha resolución deberá ser suscrita, además, por el Ministerio de Hacienda.”.

6) Agrégase, a continuación del artículo 144 ter, el siguiente artículo 144 quater, nuevo:

“Artículo 144 quater.- La persona afiliada que se inscriba en la modalidad señalada en el artículo anterior deberá inscribir a las personas a que hacen referencia los literales b) y c) del artículo 136 de esta ley, y al conviviente civil, conforme al artículo 29 de la ley N°20.830, que crea el Acuerdo de Unión Civil, si correspondiere.

Realizada la inscripción, la persona afiliada deberá pagar una prima por sí y por cada persona inscrita. Las primas serán consideradas cotizaciones de salud para todos los efectos legales; constituirán ingreso para la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria y no constituirán, en ningún caso, ingreso fiscal ni formarán parte del presupuesto público.

La prima complementaria será la misma para cada una de las personas inscritas en un mismo esquema, sin distinción ni discriminación alguna.

Las personas que incumplan el pago de la prima, durante dos meses continuos o tres meses discontinuos dentro de un periodo de doce meses, dejarán de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria, notificándoles previamente de ello. La exclusión a la persona de esta modalidad no inhibe a la compañía de seguros de perseguir el cobro de los saldos insolutos generados entre el no pago y el cese de la cobertura. La persona afiliada que sea trabajador o trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporado o reincorporada con efecto retroactivo si se acredita que las primas correspondientes a los meses impagos les fueron descontadas por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión.

En caso de que la persona haya dejado de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria por renuncia o no pago de la prima, sólo podrá volver a inscribirse en algún esquema transcurridos seis meses desde el cese de la cobertura. Para inscribirse nuevamente deberá, además, haber solucionado las eventuales deudas que se hubiesen generado durante su adscripción a esta modalidad en periodos anteriores.”.

7) Agrégase, a continuación del artículo 144 quater, el siguiente artículo 144 quinquies, nuevo:

“Artículo 144 quinquies.- El Fondo Nacional de Salud adjudicará mediante licitación pública el otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a la que accederán las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria.

El proceso de licitación se regirá por las normas y condiciones establecidas en las respectivas Bases, las que deberán ser públicas, contener criterios y requisitos objetivos, y respetar los principios de igualdad y libre concurrencia entre los oferentes.

Las Bases de Licitación para cada proceso serán establecidas por el Fondo Nacional de Salud, mediante resolución, que deberá ser suscrita además por la Dirección de Presupuestos.

Estas Bases contendrán las condiciones necesarias para la adjudicación de la licitación y la continuidad en la cobertura financiera complementaria de las personas inscritas en esta modalidad, debiendo, a lo menos, establecer los siguientes elementos:

a) Las etapas y plazos de la licitación, los plazos y modalidades de aclaración de las Bases, la entrega y la apertura de las ofertas, la evaluación de las ofertas, la adjudicación y la firma del contrato respectivo;

b) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las ofertas;

c) Los criterios objetivos que serán considerados para adjudicar la licitación;

d) La forma de designación de las comisiones evaluadoras;

e) El plazo de duración del contrato;

f) Las condiciones de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria;

g) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las compañías de seguros tanto al momento de participar en los procesos licitatorios como durante la ejecución del contrato adjudicado. Entre las condiciones y exigencias que deberán establecerse, estarán aquellas referidas a la o las clasificaciones de riesgo mínimas con las que deberá contar cada oferente al momento de la licitación, el patrimonio mínimo y el patrimonio de riesgo que pueda requerirse especialmente para la oferta de esta cobertura, las reservas técnicas, los instrumentos, activos y límites de inversión que determine la Comisión para el Mercado Financiero de acuerdo con las normas del decreto con fuerza de ley Nº251, del año 1931, del Ministerio de Hacienda. Sin perjuicio de lo anterior, no podrán participar en la licitación aquellas compañías de seguros que se encuentren al momento de iniciado el proceso de licitación o se hayan

encontrado dentro de los últimos doce meses anteriores, en alguna de las situaciones descritas en el Título IV del mismo texto legal;

h) La determinación de las medidas a aplicar en los casos de incumplimiento del contrato y de las causales expresas en que dichas medidas deberán fundarse, así como el procedimiento para su aplicación;

i) Las modificaciones y las causales de terminación de los contratos;

j) Las características y condiciones generales de la póliza, incluyendo el porcentaje de cobertura financiera complementaria para cada esquema, el valor de la prima y la posibilidad de reajuste de esta última; y

k) Cualquier otra condición que el Fondo Nacional de Salud estime pertinente o necesaria para el correcto desarrollo de la Modalidad de Cobertura Complementaria.

8) Agrégase, a continuación del artículo 144 quinquies, el siguiente artículo 144 sexies, nuevo:

“Artículo 144 sexies.- En caso de que se declarara desierta la licitación, o bien, todas las ofertas fueran declaradas inadmisibles en el proceso licitatorio, el Fondo Nacional de Salud deberá convocar a un nuevo proceso de licitación pública dentro de un plazo máximo de tres meses desde esa declaración. Para convocar este proceso, el Fondo deberá emitir una nueva resolución que establezca las Bases de este nuevo proceso de conformidad al artículo 144 quinquies.

Si el nuevo proceso licitatorio no es adjudicado a uno o más oferentes, el Fondo Nacional de Salud podrá realizar un proceso de contratación directa de conformidad a los términos de referencia que este fije mediante una resolución que deberá ser suscrita por la Dirección de Presupuestos.

En el caso que existan contratos ya adjudicados, y corresponda hacer un nuevo proceso de licitación, si este se declarase desierto, dicha declaración habilitará al Fondo Nacional de Salud para prorrogar los contratos adjudicados vigentes. De no ser posible la prórroga, el Fondo Nacional de Salud podrá realizar un proceso de contratación directa de conformidad al presente artículo.

En cualquier caso, las personas afiliadas y las personas beneficiarias seguirán afectas al Régimen a que se refiere el Libro II de esta ley.”.

9) Agrégase, a continuación del artículo 144 sexies, el siguiente artículo 144 septies, nuevo:

“Artículo 144 septies.- En todo lo que no esté regulado expresamente y sea compatible con lo expuesto en los artículos 144 bis, 144 ter, 144 quater, 144 quinquies y 144 sexies, se aplicarán las normas de la Modalidad de Libre Elección a la Modalidad de Cobertura Complementaria.”.

10) Agrégase, en el inciso final del artículo 164, a continuación del punto final, que pasa a ser una coma, la siguiente oración “sin perjuicio de la facultad de dicho Fondo para reclasificarlo de oficio, mediante resolución fundada, que será notificada por medios electrónicos o mediante carta certificada. El Fondo deberá reclasificar siempre a las personas afiliadas y beneficiarias que de ellas dependan pertenecientes a los grupos B, C y D, en el grupo A en el evento que dichas personas afiliadas dejen de enterar sus cotizaciones durante el periodo de doce meses consecutivos. La persona afiliada que sea trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporada con efecto retroactivo si acredita que la cotización correspondiente a los meses impagos le fue descontada por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión.”.

11) Modifícase el artículo 198 de la siguiente forma:

a) Agrégase, en el párrafo segundo del literal a) del número 2 del artículo 198, a continuación del punto aparte, que pasa a ser punto seguido, la frase “También se podrá incorporar en el cálculo cualquier otro factor definido en el decreto a que se refiere el párrafo siguiente, que responda a criterios objetivos que sean determinantes en el alza de los precios de las prestaciones de salud del período consultado.”.

b) Reemplázase el inciso tercero por el siguiente:

“En el evento de que el indicador sea negativo, los precios podrán ajustarse a la baja.”.

12) Sustitúyase, en el párrafo primero del inciso segundo del artículo 206, la frase “dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto”, por “dentro del plazo previsto en el artículo siguiente”.

13) Agrégase, a continuación del artículo 206, el siguiente artículo 206 bis, nuevo:

“Artículo 206 bis.- El precio que las Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explícitas en Salud y que, conforme al artículo anterior, deben informar a la Superintendencia de Salud, corresponderá al valor fijado por ésta conforme al procedimiento señalado en el inciso siguiente.

Para la determinación de este valor, deberá considerarse los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas, el costo de los nuevos problemas de salud, el costo de las nuevas prestaciones incluidas en las canastas de las garantías explícitas, la tasa de uso efectivo de las Garantías Explícitas en Salud por parte de los beneficiarios, el estudio de verificación de costos regulado por la ley N°19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud, y cualquier otro elemento de carácter objetivo que impacte directamente en la proyección de los costos de las Garantías Explícitas en Salud.

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, aprobará la norma técnica que establezca el algoritmo de cálculo para determinar el valor al que se refiere este artículo, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores de carácter objetivo que sirvan para el cálculo de ésta, en especial los señalados en el inciso precedente.

Dictado el decreto que establece o modifica las Garantías Explícitas en Salud y sesenta días antes de la entrada en vigencia de este, la o el Superintendente de Salud dictará una resolución que fijará el valor que las Instituciones de Salud Previsional podrán cobrar por ellas. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.”.

14) Modifícase el artículo 226 de la siguiente forma:

a) Agrégase, en el inciso primero del numeral 3) del artículo 226, el siguiente párrafo segundo:

“Se preferirá a los prestadores no relacionados, para cuya determinación se estará a la definición de persona relacionada establecida en el artículo 100 de la ley N°18.045.”.

b) Reemplázase, en la frase final del penúltimo inciso, la palabra “la” por “el”.

Artículo 2°.- La Superintendencia de Salud determinará por medio de una circular dictada especialmente para estos efectos, el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud previsional a los que las Instituciones de Salud Previsional aplicaron una tabla de factores elaboradas por ellas mismas y distinta a la Tabla Única de Factores establecida por la Superintendencia de Salud.

Dicha circular contendrá, al menos, las siguientes instrucciones para las Instituciones de Salud Previsional:

1.- La obligación de adecuar el precio final de todos los contratos previsionales de salud vigentes y que, al 1° de diciembre de 2022, no empleaban la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud, proceso que deberá realizarse al mes subsiguiente de su dictación.

2.- La obligación de suspender el cobro por los no natos y menores de dos años de edad y la forma de restituir las cantidades percibidas por las Instituciones de Salud Previsional por concepto de estos beneficiarios desde el 1º de diciembre de 2022. Estos cobros no podrán ser exigidos o realizados de manera retroactiva, una vez que la persona beneficiaria cumpla dos años de edad.

3.- La obligación de informar a la Superintendencia de Salud todos los contratos que, con ocasión de la aplicación de los numerales precedentes, resulten con un precio final inferior al cobrado y percibido por la Institución respectiva, debiendo señalar el monto de la cantidad percibida en exceso, en unidades de fomento, por cada uno de ellos.

4.- La obligación de restituir las cantidades percibidas en exceso por las Instituciones de Salud Previsional, desde el 1° de abril de 2020, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes.

Lo señalado en el numeral uno de este articulo no podrá importar un alza del precio final de los contratos de las personas afiliadas, vigente al momento de la aplicación del procedimiento de adecuación.

Calculado el precio final de los contratos de conformidad al numeral uno anterior, las Instituciones de Salud Previsional sólo podrán realizar un alza del precio final de dichos contratos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o personas beneficiarias y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar allí previstos así lo determine, alza cuyo cobro se suspenderá hasta que la nueva persona beneficiaria cumpla dos años de edad.

Lo referido en el presente artículo es sin perjuicio de las adecuaciones de precios que legalmente correspondan de conformidad con el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Artículo 3°.- Las Instituciones de Salud Previsional deberán presentar a la Superintendencia de Salud un plan de devolución de la deuda determinada conforme al numeral tercero del artículo 2º.

El plan de devolución mencionado deberá contener, al menos, el número de contratos afectos a devolución; los montos de la cantidad percibida en exceso a devolver a cada persona afiliada por contrato de salud, expresados en unidades de fomento; el plazo máximo de devolución; las

modalidades de devolución; y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.

Respecto a los montos adeudados, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas a través de dinero, prestaciones o coberturas. Para estos efectos, se aplicarán a dichos montos las normas relativas a los excedentes contempladas en el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469.

La Superintendencia de Salud, previa revisión del cumplimiento de los contenidos mínimos del plan respectivo, lo remitirá dentro del plazo de cinco días hábiles al Consejo Asesor establecido en el artículo 4º siguiente, el que tendrá seis meses para emitir una recomendación fundada por plan presentado por cada Institución de Salud Previsional. Cumplido dicho plazo, la Superintendencia tendrá treinta días para pronunciarse sobre el plan respectivo, aprobándolo o rechazándolo. En el segundo caso deberá instruir los cambios necesarios para su aprobación.

En el evento que el plan sea rechazado por la Superintendencia, la Institución de Salud Previsional deberá presentar un nuevo plan con las modificaciones correspondientes, en un plazo de treinta días contados desde la notificación del acto administrativo que lo rechaza e instruye modificaciones. Recibido el nuevo plan de devolución, la Superintendencia deberá remitirlo dentro del segundo día hábil al Consejo Asesor, el que tendrá un plazo de quince días hábiles para entregar su recomendación sobre el nuevo plan.

Si la Superintendencia rechaza el plan modificado, esta deberá fijar un plan de devolución de deuda dentro del plazo de treinta días. En este caso, la Superintendencia podrá sujetar a la Institución de Salud Previsional al régimen especial de supervigilancia y control que establece el artículo 221 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, con las mismas facultades allí indicadas.

La aprobación del plan de devolución por la Superintendencia constará en una resolución que deberá, al menos, explicitar el plazo máximo de devolución, las cuotas de devolución y las condiciones conforme a las cuales la Institución de Salud Previsional respectiva hará las restituciones de los montos adeudados.

El incumplimiento, cumplimiento tardío o parcial en la entrega del plan de devolución o en la ejecución de este, se sancionará de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Lo anterior, sin perjuicio que, en el caso de incumplimiento de la ejecución del respectivo plan, la Superintendencia podrá

establecer directamente un plan de devolución, de conformidad a las reglas establecidas en el inciso sexto.

Artículo 4°.- Créase un Consejo Asesor, de carácter técnico y consultivo, en adelante e indistintamente el “Consejo”, que tendrá como objetivo entregar recomendaciones ante las decisiones que adopte la Superintendencia de Salud con ocasión de lo dispuesto en los dos artículos precedentes.

El Consejo deberá emitir recomendaciones a la Superintendencia de Salud, al menos, respecto de la circular señalada en el artículo 2º anterior; la respuesta que entregará la Superintendencia Salud respecto de los planes entregados, en particular, en cuanto a si estos cumplen con los requisitos y parámetros que les fueran solicitados; y la eventual nueva propuesta que deberán hacer las Instituciones de Salud Previsional en caso de rechazo del plan.

Artículo 5°.- El Consejo estará integrado por:

a) Una persona experta nombrada por la o el Ministro de Salud, quien lo presidirá;

b) Una persona experta nombrada por la o el Ministro de Hacienda;

c) Una persona experta nombrada por la o el Ministro de Economía, Fomento y Turismo;

d) Una persona representante de las facultades de medicina de las universidades del Estado o reconocidas oficialmente en Chile por éste;

e) Una persona representante de las facultades de economía o administración de las universidades del Estado o reconocidas oficialmente en Chile por éste; y,

f) Una persona representante de las facultades de derecho o ciencias jurídicas de las universidades del Estado o reconocidas oficialmente en Chile por éste.

Cada representante titular del Consejo deberá ser nombrado en conjunto con una persona subrogante, quien deberá cumplir con los mismos requisitos que la persona titular.

Los representantes de los literales d), e) y f) serán elegidos siguiendo el mismo procedimiento contemplado en la ley N°19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud y su reglamento aprobado por el decreto Nº69 de 2005, del Ministerio de Salud.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, en esta elección se prescindirá del aviso establecido en el artículo 3º del referido decreto, y en cuanto a los plazos, el cronograma será establecido por la Superintendencia de Salud, el que en todo caso no podrá exceder del periodo de 20 días corridos desde la invitación por escrito a las facultades respectivas para la presentación de postulaciones hasta la dictación de la resolución que fije la integración del Consejo.

Artículo 6°.- No podrán integrar el Consejo aquellas personas que tengan conflictos de interés. Se entenderá, especialmente, que existe conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

1) Si en los últimos cinco años ha ejercido cargos gerenciales o integrado el directorio de una Institución de Salud Previsional o Prestador Institucional de Salud, o haya prestado servicios para entidades que tenga relación con el otorgamiento o aseguramiento de prestaciones de salud, cualquiera sea la naturaleza del vínculo o hayan sido gestores de intereses de las mismas instituciones, por sí o por terceras personas o sociedades;

2) Tener interés económico personal en uno o más de los aspectos o asuntos que le corresponde conocer en el ejercicio de su función, o tenerlo su cónyuge o conviviente civil, hijos o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, o una persona jurídica, en la que tenga, directa o indirectamente, el diez por ciento o más de la participación, acciones o derechos, cualquiera sea su tipo, o ejerza en ella funciones de administración y/o control; y

3) Participar, directa o indirectamente, en la propiedad de Instituciones de Salud Previsional o Prestadores Institucionales de Salud Privados; o en la propiedad de establecimientos del área de la salud. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participación que genere beneficios económicos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jurídicas indicadas en el numeral precedente.

Para los efectos de lo establecido en el numeral dos anterior, no se considerará tener interés económico personal cuando el contrato de salud previsional de la persona, su cónyuge o conviviente civil, hijos o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, estén dentro de los informados por las Instituciones de Salud Previsional de conformidad a lo establecido en los artículos 2º y 3º.

Artículo 7º.- Los integrantes del Consejo desempeñarán sus funciones ad honorem, no pudiendo percibir remuneración alguna por esta función.

La Superintendencia de Salud deberá velar por las condiciones materiales y administrativas para el correcto funcionamiento de este Consejo.

Para su adecuado funcionamiento, el Consejo contará con una secretaría ejecutiva que estará a cargo de un funcionario o funcionaria designada por la Superintendencia, quien no percibirá remuneración adicional alguna por esta función, y que tendrá como funciones actuar como ministro de fe en el Consejo, realizar el levantamiento de los acuerdos y recomendaciones y la propuesta de acta de cada una de las sesiones, y todas aquellas funciones necesarias para el correcto funcionamiento del Consejo.

El Consejo deberá sesionar las veces que sean necesarias para el cumplimiento de su objetivo, conforme a los plazos señalados en el artículo 3º.

Para sesionar, el Consejo requerirá un quorum mínimo de cuatro integrantes, más la presencia de quien ejerza la presidencia. El Consejo adoptará sus acuerdos por la mayoría simple de sus integrantes presentes con derecho a voto. En caso de no alcanzarse dicha mayoría, quien ejerza la presidencia o quien le subrogue tendrá la facultad de dirimir entre las alternativas presentadas. De los acuerdos que adopte el Consejo deberá dejarse constancia en el acta de la sesión respectiva, donde también deberán consignarse los votos de minoría.

Las materias tratadas en cada sesión del Consejo deberán constar en actas elaboradas por la secretaría ejecutiva y ser aprobadas oportunamente por las personas integrantes del Consejo, las que estarán sujetas a publicidad, de conformidad a lo previsto en la ley N°20.285, sobre acceso a la información pública.

Las personas integrantes del Consejo y la o el secretario ejecutivo deberán guardar la confidencialidad de toda la información y documentos de que tomen conocimiento con ocasión de sus respectivas labores y que contenga datos personales sensibles, según lo dispuesto en la ley Nº19.628, sobre protección de la vida privada.

Artículo 8°.- Las deudas de los planes de devolución de las Instituciones de Salud Previsional aprobados por la Superintendencia se reconocerán en una cuenta corriente individual que las Instituciones de Salud Previsional deberán abrir en favor de cada persona afiliada especialmente para este fin, y que estará claramente diferenciada para todos los efectos contables de aquellos excedentes que se generen de conformidad a lo dispuesto en el artículo 188 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, sin perjuicio de recibir el mismo tratamiento definido en ese artículo, en lo que no contravenga las disposiciones de esta ley.

Estas deudas de las Instituciones de Salud Previsional no serán consideradas en la garantía que estas deben mantener en alguna entidad autorizada equivalente al monto de las obligaciones asumidas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 181 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del

Ministerio de Salud. Asimismo, no serán consideradas para el cálculo de los indicadores de los artículos 178 y 180 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

De producirse la cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, el eventual remante impago de las deudas generadas por la adecuación del precio final de los planes, será pagado en el sexto orden de prelación como crédito de primera clase de conformidad a lo dispuesto en el número seis del artículo 2472 del Libro IV del Código Civil.

Artículo 9°.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán realizar repartición de dividendo o distribución de utilidades solo si han pagado la totalidad de la deuda de las cantidades percibidas en exceso a que se refiere el artículo anterior y con autorización previa de la Superintendencia de Salud.

Para ello, la Institución de Salud Previsional que haya pagado la totalidad de la deuda y desee realizar una repartición de dividendos o distribución de utilidades deberá informarlo a la Superintendencia, acompañando todos los antecedentes que den cuenta del total cumplimiento del pago de las cantidades percibidas en exceso y señalando la fecha en la que se realizará la sesión o junta, sea esta ordinaria o extraordinaria, para discutir la repartición de dividendos o el retiro de utilidades en la Institución. La Superintendencia de Salud podrá asistir a la misma con derecho a ser oída.

La distribución de dividendos o el retiro de utilidades será autorizado por la Superintendencia, únicamente, si se verifica el completo cumplimiento del pago de la totalidad de la deuda a que se refiere el artículo anterior y ello no pone en riesgo la seguridad del sistema previsional.

Si la Superintendencia tomare conocimiento de la pretensión de una Institución de Salud Previsional de realizar una repartición de dividendos o una distribución de utilidades de la que no se le ha informado por la Institución respectiva podrá ordenar a las instituciones bancarias o entidades financieras que correspondan la retención de los dineros o depósitos de las Instituciones y la prohibición de realizar transacciones de acciones, bonos o debentures. Asimismo, podrá aplicar el régimen especial de supervigilancia y control previsto en los artículos 221 y 222 del decreto con fuerza de ley Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud. También podrá solicitar a la Corte de Apelaciones correspondiente al domicilio de la Institución, que decrete cualquier medida necesaria para evitar el uso, aprovechamiento, beneficio o destino de cualquier clase de bienes, valores o dineros de la Institución.

De tales medidas podrá reclamarse, dentro del plazo de cinco días hábiles, ante la Corte de Apelaciones de Santiago, en el primer caso, y ante la Corte Suprema, en el segundo, las que evaluarán la necesidad de la medida para cautelar el correcto desarrollo del plan de pago y la seguridad del sistema previsional. El reclamante señalará con precisión, la resolución objeto del

reclamo, las normas legales que se estimen infringidas, la forma en que se ha producido la infracción, y las razones por las cuales el acto le causa agravio. Recibida la reclamación, la Corte requerirá de informe de la Superintendencia, concediéndole un plazo de diez días al efecto. Evacuado el traslado o teniéndosele por evacuado en rebeldía, la Corte podrá abrir un término de prueba, si así lo estima necesario, el que se regirá por las reglas de los incidentes que contempla el Código de Procedimiento Civil.

La repartición de dividendos o el retiro de utilidades que se realicen sin la correspondiente autorización serán nulas de pleno derecho y darán lugar a la responsabilidad personal de los administradores y directivos de la Institución de Salud Previsional, así como de quienes hayan percibido dividendos o utilidades, de forma solidaria con la Institución.

Artículo 10.- La entrega maliciosa de información falsa o incompleta sobre el cumplimiento de los planes de devolución de deuda establecidos en el artículo 3º será penada con presidio menor en su grado medio. Si la entrega de información falsa o incompleta se realizare para la obtención de la autorización referida en el artículo anterior, la pena será de presidio menor en su grado máximo. Con igual pena se sancionará la coacción para la obtención de dicha autorización.

El que, dentro del año anterior al incumplimiento de un plan de devolución, conociendo el mal estado de sus negocios o con ignorancia inexcusable sobre el mal estado de sus negocios, realizare algún acto en una Institución de Salud Previsional manifiestamente contrario a las exigencias de una administración racional del patrimonio, será castigado con la pena de presidio menor en su grado máximo. Si el acto contribuyere a desmejorar la situación patrimonial o financiera de la Institución y se declarare dentro de los dos años posteriores la reorganización o liquidación de la misma, la pena aumentará en un grado.

El que sin tener alguna de las calidades señaladas en los incisos precedentes interviniere en la perpetración del delito será castigado como autor, inductor o cómplice según las circunstancias.

Artículo 11.- La Superintendencia de Salud fiscalizará todo aspecto que resguarde la correcta aplicación de la presente ley. Para el cumplimiento de esta función, podrá requerir toda la información financiera, contable y operativa a las Instituciones de Salud Previsional y podrá tratar datos personales, para lo cual podrá requerir al Fondo Nacional de Salud, Ministerio de Salud y demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección que establece la ley N°19.628, sobre protección de la vida privada.

En el evento que las instituciones privadas señaladas en el inciso anterior no remitan la información dentro de los plazos establecidos por la Superintendencia de Salud o retarden injustificadamente su entrega, podrán ser sancionadas con las multas establecidas en los artículos 121 N°11 y 220 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero transitorio.- La resolución a la que se refiere el artículo 144 ter del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud deberá ser dictada por el Ministerio de Salud y suscrita además por el Ministerio de Hacienda dentro del plazo de tres meses contados desde la publicación de esta ley.

Artículo segundo transitorio.- El primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria, podrá realizarse mediante trato directo con una o más compañías de seguros. Dicho contrato deberá ser suscrito además por la Dirección de Presupuestos, y deberá contener, al menos, los elementos señalados en los literales e), f), h), i), j) y l) del artículo 144 quinquies del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Si el Fondo celebrare este primer contrato a través de trato directo, deberá dictar la resolución señalada en el artículo 144 quinquies del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, luego de 18 meses contados desde la entrada en vigencia de dicho contrato.

Con independencia de la entrada en vigencia del contrato referido en el inciso anterior, el Fondo Nacional de Salud podrá celebrar los convenios con los prestadores de salud que integrarán la Modalidad de Cobertura Complementaria. Las personas afiliadas y personas beneficiarias de los grupos B, C y D podrán elegir al profesional o el establecimiento e institución asistencial de salud que, conforme a dicha modalidad, otorgue la prestación requerida.

Iniciada la vigencia del contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria, las personas sólo podrán acceder a la Modalidad de Cobertura Complementaria de conformidad a los artículos 144 bis, ter y quater del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Artículo tercero transitorio.- La circular que debe emitir la Superintendencia de Salud de conformidad al artículo 2º de la presente ley, deberá dictarse dentro de los treinta días siguientes de publicada esta ley.

Artículo cuarto transitorio.- El plan de devolución de la deuda al que se refiere el artículo 3º de la presente ley, deberá ser presentado por las Instituciones de Salud Previsional a la Superintendencia de Salud, dentro del plazo de seis meses contados desde la publicación de esta ley.

Artículo quinto transitorio.- A partir de la aprobación del plan a que se refiere el artículo 3°, y mientras esté pendiente el pago del total de las deudas determinadas para la Institución de Salud Previsional de que se trate, el indicador que defina la Superintendencia de conformidad con el artículo 198 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, se entenderá como valor de reajuste obligatorio para todas las Instituciones de Salud Previsional que se encuentren en cumplimiento del plan de pago respectivo, sin que estas puedan fijar un valor distinto al calculado por la Superintendencia de Salud.

El índice de variación porcentual fijado de acuerdo con esta disposición transitoria se entenderá justificado para todos los efectos legales.

Si la Superintendencia de Salud declarara el incumplimiento o el retraso en el cumplimiento del plan de devolución de una Institución de Salud Previsional, dejará de ser aplicable lo establecido en este artículo a su respecto, rigiendo las reglas generales a partir del ajuste correspondiente al año siguiente.

Artículo sexto transitorio.- El Consejo Asesor deberá convocar a su primera sesión dentro de los treinta días siguientes a la fecha de la publicación de esta ley, debiendo en dicha instancia acordar las normas para su funcionamiento interno.

Artículo séptimo transitorio.- Auméntase la dotación máxima de personal del Fondo Nacional de Salud en 26 cupos.

Artículo octavo transitorio.- El mayor gasto fiscal que signifique la aplicación de esta ley en su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto vigente de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda podrá suplementar dichos presupuestos con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro Público en lo que faltare. Para los años posteriores, el gasto se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.”.

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

Los integrantes de la Comisión fundaron su voto a favor con las siguientes razones y prevenciones:

El Honorable Senador señor Latorre sostuvo que la ley corta presentada por el Gobierno, en términos generales, se hace cargo del problema. En medio del camino, se dicta el fallo del tema GES, lo cual complejiza aún más el cumplimiento del fallo y surgen las inquietudes de cómo dar gobernabilidad al sistema, se transita hacia un camino de reforma.

Respaldó la idea de legislar, sabiendo que se deben introducir indicaciones, a partir de la propuesta de la Comisión Técnica.

El Honorable Senador señor Gahona sostuvo que este proyecto de ley es absolutamente insuficiente, porque no se hace cargo de las intenciones declaradas del propio Ministerio de Salud.

Sin embargo, que votará a favor la idea de legislar, porque en función de las definiciones que establezca la Comisión Técnica, que también está integrado por el Gobierno, espera que se avance en un mejor proyecto de ley.

En segundo término, precisó que, al votar a favor, no está pensando en la modalidad de cobertura complementaria del FONASA, que calificó como un error. Las aseguradoras lo han criticado permanentemente y hasta ahora no se ha visto nada concreto al respecto.

En tercer término, este proyecto de ley es propio de una materia de seguridad social, por lo tanto, las indicaciones, son atribución exclusiva del Gobierno. Desde esa perspectiva está dando una muestra de confianza al Gobierno y que efectivamente tome los acuerdos de la Comisión Técnica y los transforme en indicaciones.

El Honorable Senador señor Chahuán coincidió que este proyecto de ley trata materias de seguridad social, donde hay iniciativa exclusiva del Ejecutivo. Ha habido voluntad para un largo debate, se ha generado un acuerdo para el funcionamiento de la Comisión Técnica.

Su votación dice relación no con el actual proyecto, que consideró insuficiente, no resuelve el problema, más bien, lo complejiza, sino que más bien su voto dice relación con la expectativa de lo que haga la Comisión Técnica.

Si el trabajo de la Comisión Técnica, no se traduce en indicaciones a este proyecto de ley, estaremos frente a una de las crisis político sanitarias más complejas de los últimos tiempos y si no nos hemos cargo, con una crisis sistémica.

Señaló que su voto es un mandato al Gobierno, para que recoja las observaciones de la Comisión Técnica, las incorpore y esperó que se separen los dos proyectos. Llevar lo que dice relación con fortalecimiento de FONASA, al seguro catastrófico en salud para los pacientes de FONASA, que está en la comisión mixta y despachar rápidamente lo que es la relación con el seguro privado de salud en un proyecto distinto.

La Honorable Senadora señora Órdenes el proyecto ley corta de ISAPRES, busca ajustar la normativa para la implementación de la jurisprudencia de la Excelentísima Corte Suprema. Nos enfrentamos a dos fallos. El primero, relacionado con la tabla única de factores que, con su carácter general, evidentemente tensionó el sistema y lo obligó a una reflexión bien profunda. El segundo, es el fallo GES, que es aún más complejo.

Al proyecto de ley corta, no se le puede pedir más de lo que es, porque era para dar oxígeno al sistema de salud chileno. Tenemos la convicción de que efectivamente eso generó una crisis y para enfrentarlo, se deben otorgar mayores facultades a la Superintendencia, para que pueda aplicar el fallo, se debe fortalecer el FONASA, y dar garantías a todos los habitantes que van a tener acceso a la salud.

Recordó que hubo cobros excesivos y el objetivo es que se cumplan los fallos. Esta Comisión de Salud resolvió crear una Comisión Técnica y consideró que fue acertado, sin embargo, ellos no van a hacer el proyecto de ley, el debate siempre es en la Comisión y por los parlamentarios, esa facultad y deber no se delega.

Por otra parte, es una oportunidad para pensar en la reforma de salud y es un foco irrenunciable respecto a un programa de Gobierno.

El Honorable Senador señor Castro González comentó que están llegando a esta primera fase en la cual no están por hacer perdonazos, ni por el suicidio asistido de las ISAPRES. Más importante que el detalle de las enmiendas de este proyecto de ley, es la transición que dibuje esta ley.

Es una configuración con aire de reforma, con aire de oportunidad de ver escenarios nuevos de cómo lo público lo privado se relacionan de otra forma, con reglas públicas.

\- - -

DISCUSIÓN EN PARTICULAR[3]

[3] 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/2023-12-12/072406.html

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 1°

La indicación A, del Honorable Senador señor Castro González, incorpora el siguiente numeral 1), nuevo, pasando el actual numeral 1) a ser 2) y así sucesivamente:

ooo

1) Reemplácese el inciso primero del artículo 49, por el siguiente:

"Crease el Fondo nacional de Salud, en adelante "el Fondo" como un organismo colegiado, descentralizado, de carácter técnico, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relacione con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud, y que cuya dirección general este a cargo de un Consejo Directivo compuesto por 5 miembros de reconocimiento profesional y técnico, sin representación de prestadores privados o públicos, y que en cuyo proceso de nombramiento participe el Senado de la República y el Presidente de la República. Un reglamento emanado del Ministerio de Salud en el plazo de 90 días establecerá los requisitos, inhabilidades, incompatibilidades y duración del Consejo Directivo".

ooo

- La indicación A, fue retirada por su autor.

ooo

La indicación N° 1, de S.E. la Vicepresidenta de la República, incorpora el siguiente numeral 1), nuevo, pasando el actual numeral 1) a ser 2) y así sucesivamente:

---

https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2023-12-19/074321.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-01-02/075722.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-01-03/071145.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-01-09/071941.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-01-15/071902.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-01-15/162757.html

“1) Intercálese, a continuación del literal f) del artículo 50, el siguiente literal g), nuevo, pasando el actual literal g) a ser h) y así sucesivamente:

“g) Velar por el correcto funcionamiento de la licitación, contratación e implementación de la modalidad de cobertura complementaria en los términos a que se refieren los artículos 144 bis y siguientes de esta ley. Para estos efectos, le corresponderá, entre otras funciones, elaborar la o las pólizas de seguro que deberán observar las compañías de seguro que otorgue la mencionada cobertura y depositarlas en la Comisión para el Mercado Financiero, conforme a las disposiciones de la letra e) del artículo 3° del decreto con fuerza de ley N° 251, de 1931.

Asimismo, el Fondo Nacional de Salud podrá ejecutar todas las acciones necesarias para procurar la contratación del seguro por las personas beneficiarias señaladas en el artículo 144 bis;”.”.

ooo

El Honorable Senador señor Gahona solicitó que el Ejecutivo aclare la frase que indica “deberán observar las compañías de seguro que otorgue la mencionada cobertura”. Comentó que esto queda restringido a la forma en cómo se elaboran las pólizas desde el FONASA, sin dar la posibilidad a que las compañías de seguro ofrezcan un producto distinto, quizás mejor.

La segunda interrogante, es el alcance de la siguiente frase: el Fondo podrá ejecutar todas las acciones necesarias para procurar la contratación del seguro por las personas beneficiarias. Consultó si es obligatorio o voluntario.

La señora Ministra explicó el sentido general de esta indicación, que tiene dos objetivos, recoger el artículo en el DFL-1 que enlista la facultad de FONASA, la facultad de velar por el correcto funcionamiento de la licitación, contratación e implementación de la modalidad de cobertura complementaria y armonizar la modalidad de cobertura complementaria con la facultad de la Comisión de Mercado Financiero.

Precisó que la configuración de la o las pólizas de seguro asociadas a la modalidad de cobertura complementaria que crea el proyecto, requiere que FONASA se encuentre expresamente habilitado para elaborarla, de modo que las compañías de seguros las comercialicen en los términos que indica la ley.

Para ello se faculta a FONASA que elabore la o las pólizas de seguro, que deberán observar las compañías de seguro de la modalidad de cobertura complementaria y depositarla en la Comisión del Mercado Financiero.

Recordó que esta modalidad de cobertura complementaria es adicional a la que hoy día ofrecen las empresas de seguro y que, por cierto, cumplen con las indicaciones de la Comisión para el Mercado Financiero.

Todos estos seguros financieros, están regulados por la Comisión de Mercado Financiero. Por lo tanto, el que “deba observar”, es en el sentido de observar lo que establezca el FONASA como póliza para entrar en la licitación en esta modalidad, pero ello no impide que las empresas de seguro sigan ofreciendo sus seguros libremente.

El Director de FONASA añadió que no hay limitación para que los seguros mantengan las pólizas que actualmente tienen, a su vez, pueden ofrecer otros productos en el futuro.

- Puesta en votación la indicación N° 1, resultó aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Gahona, Chahuán, Latorre y señora Órdenes.

La indicación N° 1.A, del Honorable Senador señor Castro González, reemplaza el inciso primero del artículo 106, por el siguiente:

“Crease la Superintendencia de Salud ,en adelante la Superintendencia como un organismo colegiado, descentralizado, de carácter técnico, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relacione con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud, y que cuya dirección general este a cargo de un Consejo Directivo compuesto por 5 miembros de reconocimiento profesional y técnico, sin representación de las Instituciones de Salud Previsional o del Fondo Nacional de Salud, prestadores privados o públicos, y que en cuyo proceso de nombramiento participe el Senado de la República y el Presidente de la República. Un reglamento emanado del Ministerio de Salud en el plazo de 90 días establecerá los requisitos, inhabilidades, incompatibilidades y duración del Consejo Directivo.”.

- La indicación N° 1.A, fue retirada por su autor.

La indicación N° 2, de S.E. la Vicepresidenta de la República, incorpora en el numeral 1), que ha pasado a ser 2), a continuación de la expresión “complementaria,”, la frase “sin perjuicio de las facultades de la Comisión para el Mercado Financiero respecto de las compañías de seguro,”.

- Puesta en votación la indicación N° 2, resultó aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Gahona, Chahuán, Latorre y señora Órdenes.

La indicación N° 2.A, del Honorable Senador señor Castro González, agrega el siguiente numeral 18 al artículo 110:

“18. Impartir instrucciones y fiscalizar el cumplimiento de la prohibición de uso de declaración de salud o cualquier otro instrumento, información o criterio discriminador por riesgo de salud como requisito para el ingreso o mantención de las personas en las ISAPRES y/o como instrumento para denegar afiliación o definir cautividad, exclusiones o preexistencias.”.

- La indicación N° 2.A, fue retirada por su autor.

La indicación N° 3, de S.E. la Vicepresidenta de la República, intercala a continuación del numeral 2) que ha pasado a ser 3), el siguiente numeral 4), nuevo, pasando el actual numeral 3) a ser 5) y así sucesivamente:

ooo

“4) Incorpórase, a continuación del artículo 130, el siguiente Capítulo VII, nuevo:

“CAPÍTULO VIII

Del Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud

Artículo 130 bis.- Créase un Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud, de carácter técnico, en adelante e indistintamente el “Consejo”, que tendrá como función asesorar a la Superintendencia de Salud en las materias de su competencia en relación con las Instituciones de Salud Previsional, previa solicitud del Superintendente.

Especialmente, en el cumplimiento de estas funciones deberá asesorar oportunamente sobre el precio que las Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explícitas en Salud, conforme al artículo 206 bis.

Las opiniones, pronunciamientos, estudios y propuestas del Consejo no tendrán el carácter de vinculantes y serán remitidos a la Superintendencia de Salud. Deberán ponerse a disposición del público a través de la página web institucional de la Superintendencia, en el plazo máximo de treinta días corridos desde dicha remisión, y no tendrán el carácter de vinculantes.

Artículo 130 ter.- El Consejo estará constituido por cinco personas, de vasta experiencia profesional y/o académica comprobada, en materias de salud pública, economía de salud o derecho sanitario. Dos de estas personas serán nombradas por la o el Ministro de Salud, dos nombradas por la o el Ministro de Hacienda y uno nombrada por la o el Ministro de Economía, Fomento y Turismo. Estas designaciones se realizarán a partir de una terna

propuesta para cada cargo por el Consejo de Alta Dirección Pública, de conformidad al procedimiento establecido en el título VI de la ley N° 19.882.

Los consejeros durarán en su cargo tres años a contar de su nombramiento, pudiendo prorrogarse su nombramiento hasta por un período sucesivo, por una sola vez.

Los integrantes del Consejo tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de sesenta unidades de fomento por cada mes calendario. Esta dieta será compatible con otros ingresos que perciba cada consejero.

Les corresponderá a los consejeros designar a uno de ellos como presidente del Consejo, quien presidirá las sesiones. Asimismo, deberán elegir a uno de ellos como subrogante del presidente del Consejo.

Artículo 130 quáter.- La calidad de consejero será incompatible con el ejercicio de los cargos de diputado, senador, delegado presidencial regional o provincial, alcalde, concejal, gobernador regional, consejero regional, miembro del escalafón primario del Poder Judicial, fiscal del Ministerio Público, funcionario del Banco Central de Chile, miembro de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública y miembro de los órganos de dirección de los partidos políticos.

Artículo 130 quinquies.- Los integrantes del Consejo estarán inhabilitados para prestar asesorías a las Instituciones Previsionales de Salud, mientras ejerzan el cargo.

No podrán integrar el Consejo aquellas personas que tengan conflictos de interés. Se entenderá, especialmente, que existe conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

1) Si en los últimos dos años han ocupado los cargos de directores, gerentes, administradores, ejecutivos principales de una Institución de Salud Previsional o de un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045 .

2) Si en los últimos dos años han prestado servicios de asesoría en materia de aseguramiento de prestaciones de salud, cualquiera sea la naturaleza del vínculo a una Institución de Salud Previsional o a un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045; o hayan sido gestores de intereses de las mismas instituciones, por sí o por terceras personas o sociedades.

3) Tener interés económico personal en uno o más de los aspectos o asuntos que le corresponde conocer en el ejercicio de su función, o tenerlo su cónyuge o conviviente civil, hijos o parientes hasta el cuarto

grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, o una persona jurídica, en la que tenga, directa o indirectamente, el diez por ciento o más de la participación, acciones o derechos, cualquiera sea su tipo, o ejerza en ella funciones de administración y/o control.

4) Participar, directa o indirectamente, en un prestador institucional de salud privado relacionado con una o más Instituciones de Salud Previsional, según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participación que genere beneficios económicos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jurídicas indicadas en el numeral precedente.

Para los efectos de lo establecido en el numeral tres anterior, no se considerará tener interés económico personal si la persona o alguno de los parientes señalados en dicho numeral, es o haya sido afiliado o beneficiario del sistema privado de salud.

Artículo 130 sexies.- Serán causales de cesación en el cargo de consejero las siguientes:

a) Expiración del período para el que fue nombrado.

b) Renuncia voluntaria.

c) Condena a pena aflictiva.

d) El fallecimiento de la persona.

e) Incapacidad psíquica o física sobreviniente para el desempeño del cargo.

f) Incurrir en alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad a las que se refieren los dos artículos anteriores.

g) Incumplimiento grave y manifiesto de las normas sobre probidad administrativa. Se entenderá como tal el incumplimiento de las normas señaladas en el artículo 130 septies siguiente, y particularmente, el incumplimiento del deber de abstención señalado en el mismo.

h) Falta grave al cumplimiento de las obligaciones como consejero. Se entenderá como falta grave, entre otras, la inasistencia injustificada a dos sesiones consecutivas o a cuatro sesiones del Consejo, durante un mismo año calendario, así como el incumplimiento del deber de reserva y secreto establecido en el artículo 130 octies siguiente.

El consejero respecto del cual se verificare alguna causal de las contenidas en los literales c) a e), cesará automáticamente en su cargo, debiendo comunicarse de inmediato dicha circunstancia al Consejo.

La verificación de las causales señaladas en los literales g) y h) será realizada por el resto del Consejo, en sesión convocada especialmente para tal efecto, de acuerdo con lo establecido en el reglamento. Para este caso, el Consejo podrá sesionar sin necesidad de que sea convocado por el Superintendente.

Las vacantes serán llenadas mediante el mismo procedimiento de selección. Habrá un plazo de 90 días desde producida la vacancia para que el Consejo de Alta Dirección Pública proponga la respectiva terna a la o el Ministro que designó a la persona que produjo la vacancia. El nuevo consejero ejercerá sus funciones por un plazo de tres años.

Artículo 130 septies.- A los integrantes del Consejo les serán aplicables las normas sobre probidad administrativa establecidas en el decreto con fuerza de ley Nº 1/19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley Nº 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y particularmente, el deber de abstención establecido en el artículo 12 de la ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado.

Asimismo, a los consejeros les serán aplicables las normas contenidas en la ley N° 20.880, sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses, y en particular, estarán obligados a realizar la declaración de intereses y patrimonio establecida en el Título II de dicha ley. También, a los consejeros les serán aplicables las normas contenidas en la ley N° 20.730 que regula el lobby y las gestiones que representen intereses particulares ante las autoridades y funcionarios.

Artículo 130 octies.- Para sesionar, el Consejo requerirá un quorum mínimo de tres integrantes, más la presencia de quien ejerza la presidencia o quien lo subrogue. En las sesiones los consejeros tendrán derecho a voz y voto. El Consejo adoptará sus acuerdos por la mayoría simple de sus integrantes presentes. En caso de no alcanzarse dicha mayoría, quien ejerza la presidencia o quien le subrogue tendrá la facultad de dirimir entre las alternativas presentadas. De los acuerdos que adopte el Consejo deberá dejarse constancia en el acta de la sesión respectiva, donde también deberán consignarse los votos de minoría.

El Superintendente de Salud tendrá derecho a ser oído por el Consejo cada vez que lo estime conveniente, pudiendo concurrir a sus sesiones.

Para su buen funcionamiento, el Consejo contará con una secretaría ejecutiva que estará a cargo de un funcionario o funcionaria designada por la Superintendencia, quien no percibirá remuneración adicional alguna por esta función, y que tendrá como funciones actuar como ministro de fe en el Consejo, realizar el levantamiento de los acuerdos y recomendaciones y la propuesta de acta de cada una de las sesiones, y todas aquellas funciones necesarias para el correcto funcionamiento del Consejo. Asimismo, la Superintendencia de Salud proporcionará el apoyo administrativo y de servicios para el desarrollo de sus funciones.

Las materias tratadas en cada sesión del Consejo deberán constar en actas elaboradas por la secretaría ejecutiva y ser aprobadas oportunamente por las personas integrantes del Consejo, las que estarán sujetas a publicidad, de conformidad a lo previsto en la ley N°20.285, sobre acceso a la información pública.

Los integrantes del Consejo y la secretaría ejecutiva deberán guardar absoluta reserva y secreto de la información y documentos de los que tome conocimiento en el cumplimiento de sus labores, sin perjuicio de las informaciones que deban proporcionar en conformidad a la ley.

Artículo 130 nonies.- Un reglamento expedido por intermedio del Ministerio de Salud establecerá las normas necesarias para el funcionamiento del Consejo y para la adecuada ejecución de las funciones que le son encomendadas.”.”.

ooo

La Ministra de Salud explicó la indicación, cuya finalidad es que el Consejo Consultivo que se había propuesto en el proyecto original, se transforme en un órgano permanente de asesoría a la Superintendencia de Salud. Para tales efectos, se modifican normas permanentes del DFL N° 1, del Ministerio de Salud, a fin de crear el Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud.

Indicó que el Consejo Consultivo será un organismo asesor en todas las materias que requiera el Superintendente, ya no sólo para la aprobación del plan de ajuste y devolución.

Será un organismo no vinculante, con la naturaleza de asesor permanente, que es lo habitual de los consejos, de lo contrario, habría que cambiar la gobernanza, que es una materia que excede esta iniciativa legal.

El Consejo Consultivo, estará integrado por cinco personas con vasta experiencia profesional o académica comprobada en materia de salud pública, economía de la salud o derechos sanitario.

Su nombramiento será por las autoridades indicadas, previa terna a propuesta, para cada cargo, por el Consejo de Alta Dirección Pública.

Manifestó que, por la urgencia y la aprobación del plan de ajustes y devolución, el primer nombramiento no alcanza a ser realizado a través del Consejo de Alta Dirección Pública, razón por la cual, se propone una regla especial para la primera designación en los artículos transitorios.

Comentó en este punto que se ha recibido una propuesta relacionada con la participación del Senado y la Cámara de Diputados en el nombramiento.

Con el objeto de cautelar la autonomía y profesionalismo, el proyecto contempla el nombramiento por Alta Dirección Pública y el derecho a percibir una dieta equivalente a 15 unidades de fomentos, por cada sesión a la que asistan, con un máximo de 60 unidades de fomento por cada mes calendario, y una exhaustiva regulación de inhabilidades e incompatibilidades.

El Honorable Senador señor Castro González consultó por la utilidad permanente del Consejo en materias de GES u otras.

El Honorable Senador señor Gahona preguntó si la idea de crear este Consejo Consultivo, es similar a la Comisión para el Mercado Financiero. Porque la idea es que tenga más fuerza.

El Superintendente de Salud sostuvo que el objeto es crear un Consejo Consultivo que pueda otorgar determinados elementos de juicio para la toma de decisiones, no sólo del Superintendente, sino que también para la Intendencia de Fondos, dado que prácticamente todas las decisiones inciden en materia de los seguros y fondos, que son de competencia de la Intendencia.

Explicó que el Superintendente actúa como última instancia, cuando las ISAPRES recurren o apelan a determinadas decisiones que toma la Intendencia de Fondos.

Los consejos consultivos, así concebidos, no son parte de un gobierno corporativo, porque es un cambio mucho mayor. Lo que han planteado es avanzar en mayores atribuciones hacia la Superintendencia, para luego derivar, eventualmente en un gobierno corporativo, por ejemplo, como el CMF, pero que tampoco actúa sobre la totalidad de las funciones de la Superintendencia.

Detalló que el Consejo Consultivo que se propone, tiene dos misiones, una que es transitoria, para observar aquellas materias que la ley otorga en cuanto al cumplimiento del fallo de la Corte.

La segunda, es en materia de GES, que es de bastante utilidad, porque en el caso de la adecuación a precio base, está relativamente resuelto el problema, al menos de la judicialización, porque existe un procedimiento conocido en la ley N° 21.350. Pero en el caso de GES no existe un procedimiento y la reciente sentencia de la Corte Suprema, nuevamente se sustenta en eventuales alzas con criterios de arbitrariedad.

Serviría mucho este Consejo para dar la objetividad a esas alzas. Aclaró que el Consejo del GES tiene otra misión, no ve los precios ni las alzas, sino que determina qué patologías o prestaciones son las que se incorporan en el respectivo decreto.

Por último, respecto a las materias puede requerir el Superintendente, mencionó que hay varios elementos de juicio, sobre decisiones que pueden tomarse desde el punto de vista de la regulación financiera, y resultaría interesante contar con la opinión de estos consejeros. Es por ello, que en ese ámbito se deja al requerimiento del Superintendente.

- La indicación N° 3, fue retirada y reemplazada por la 3.A.

La indicación N° 3.A, de S.E. el Presidente de la República, intercala a continuación del numeral 2) que ha pasado a ser 3), el siguiente numeral 4), nuevo, pasando el actual numeral 3) a ser 5) y así sucesivamente:

“4) Incorpórase, a continuación del artículo 130, el siguiente Capítulo VII, nuevo:

“CAPÍTULO VIII

Del Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud

Artículo 130 bis.- Créase un Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud, de carácter técnico, en adelante e indistintamente el “Consejo”, que tendrá como función asesorar a la Superintendencia de Salud en las materias de su competencia en relación con las Instituciones de Salud Previsional.

Especialmente, en el cumplimiento de estas funciones deberá asesorar oportunamente sobre el precio que las Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explícitas en Salud, conforme al artículo 206 bis.

Las opiniones, pronunciamientos, estudios y propuestas del Consejo no tendrán el carácter de vinculantes y serán remitidos a la Superintendencia de Salud. Deberán ponerse a disposición del público a través de la página web

institucional de la Superintendencia, en el plazo máximo de treinta días corridos desde dicha remisión, y no tendrán el carácter de vinculantes.

Artículo 130 ter.- El Consejo estará constituido por cinco personas, de vasta experiencia profesional y/o académica comprobada, en materias de salud pública, economía de salud o derecho sanitario. Dos de estas personas serán nombradas por la o el Ministro de Salud, dos nombradas por la o el Ministro de Hacienda y uno nombrada por la o el Ministro de Economía, Fomento y Turismo. Estas designaciones se realizarán a partir de una terna propuesta para cada cargo por el Consejo de Alta Dirección Pública, de conformidad al procedimiento establecido en el título VI de la ley N° 19.882.

Los consejeros durarán en su cargo tres años a contar de su nombramiento, pudiendo prorrogarse su nombramiento hasta por un período sucesivo, por una sola vez.

Los integrantes del Consejo tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de sesenta unidades de fomento por cada mes calendario. Esta dieta será compatible con otros ingresos que perciba cada consejero.

Les corresponderá a los consejeros designar a uno de ellos como presidente del Consejo, quien presidirá las sesiones. Asimismo, deberán elegir a uno de ellos como subrogante del presidente del Consejo.

Artículo 130 quáter.- La calidad de consejero será incompatible con el ejercicio de los cargos de diputado, senador, delegado presidencial regional o provincial, alcalde, concejal, gobernador regional, consejero regional, miembro del escalafón primario del Poder Judicial, fiscal del Ministerio Público, funcionario del Banco Central de Chile, miembro de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública y miembro de los órganos de dirección de los partidos políticos.

Artículo 130 quinquies.- Los integrantes del Consejo estarán inhabilitados para prestar asesorías a las Instituciones Previsionales de Salud, mientras ejerzan el cargo.

No podrán integrar el Consejo aquellas personas que tengan conflictos de interés. Se entenderá, especialmente, que existe conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

1) Si en los últimos dos años han ocupado los cargos de directores, gerentes, administradores, ejecutivos principales de una Institución de Salud Previsional o de un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045.

2) Si en los últimos dos años han prestado servicios de asesoría en materia de aseguramiento de prestaciones de salud, cualquiera sea la naturaleza del vínculo a una Institución de Salud Previsional o a un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045; o hayan sido gestores de intereses de las mismas instituciones, por sí o por terceras personas o sociedades.

3) Tener interés económico personal en uno o más de los aspectos o asuntos que le corresponde conocer en el ejercicio de su función, o tenerlo su cónyuge o conviviente civil, hijos o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, o una persona jurídica, en la que tenga, directa o indirectamente, el diez por ciento o más de la participación, acciones o derechos, cualquiera sea su tipo, o ejerza en ella funciones de administración y/o control.

4) Participar, directa o indirectamente, en un prestador institucional de salud privado relacionado con una o más Instituciones de Salud Previsional, según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participación que genere beneficios económicos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jurídicas indicadas en el numeral precedente.

Para los efectos de lo establecido en el numeral tres anterior, no se considerará tener interés económico personal si la persona o alguno de los parientes señalados en dicho numeral, es o haya sido afiliado o beneficiario del sistema privado de salud.

Artículo 130 sexies.- Serán causales de cesación en el cargo de consejero las siguientes:

a) Expiración del período para el que fue nombrado.

b) Renuncia voluntaria.

c) Condena a pena aflictiva.

d) El fallecimiento de la persona.

e) Incapacidad psíquica o física sobreviniente para el desempeño del cargo.

f) Incurrir en alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad a las que se refieren los dos artículos anteriores.

g) Incumplimiento grave y manifiesto de las normas sobre probidad administrativa. Se entenderá como tal el incumplimiento de las normas

señaladas en el artículo 130 septies siguiente, y particularmente, el incumplimiento del deber de abstención señalado en el mismo.

h) Falta grave al cumplimiento de las obligaciones como consejero. Se entenderá como falta grave, entre otras, la inasistencia injustificada a dos sesiones consecutivas o a cuatro sesiones del Consejo, durante un mismo año calendario, así como el incumplimiento del deber de reserva y secreto establecido en el artículo 130 octies siguiente.

El consejero respecto del cual se verificare alguna causal de las contenidas en los literales c) a e), cesará automáticamente en su cargo, debiendo comunicarse de inmediato dicha circunstancia al Consejo.

La verificación de las causales señaladas en los literales g) y h) será realizada por el resto del Consejo, en sesión convocada especialmente para tal efecto, de acuerdo con lo establecido en el reglamento. Para este caso, el Consejo podrá sesionar sin necesidad de que sea convocado por el Superintendente.

Las vacantes serán llenadas mediante el mismo procedimiento de selección. Habrá un plazo de 90 días desde producida la vacancia para que el Consejo de Alta Dirección Pública proponga la respectiva terna a la o el Ministro que designó a la persona que produjo la vacancia. El nuevo consejero ejercerá sus funciones por un plazo de tres años.

Artículo 130 septies.- A los integrantes del Consejo les serán aplicables las normas sobre probidad administrativa establecidas en el decreto con fuerza de ley Nº 1/19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley Nº 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y particularmente, el deber de abstención establecido en el artículo 12 de la ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado.

Asimismo, a los consejeros les serán aplicables las normas contenidas en la ley N° 20.880, sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses, y en particular, estarán obligados a realizar la declaración de intereses y patrimonio establecida en el Título II de dicha ley. También, a los consejeros les serán aplicables las normas contenidas en la ley N° 20.730 que regula el lobby y las gestiones que representen intereses particulares ante las autoridades y funcionarios.

Artículo 130 octies.- El Superintendente deberá convocar al Consejo a sesiones ordinarias, a lo menos, una vez cada dos meses. Podrá también convocar al Consejo a sesiones extraordinarias cuando existan circunstancias que así lo requieran.

Para sesionar, el Consejo requerirá un quorum mínimo de tres integrantes, más la presencia de quien ejerza la presidencia o quien lo subrogue. En las sesiones los consejeros tendrán derecho a voz y voto. El Consejo adoptará sus acuerdos por la mayoría simple de sus integrantes presentes. En caso de no alcanzarse dicha mayoría, quien ejerza la presidencia o quien le subrogue tendrá la facultad de dirimir entre las alternativas presentadas. De los acuerdos que adopte el Consejo deberá dejarse constancia en el acta de la sesión respectiva, donde también deberán consignarse los votos de minoría.

El Superintendente de Salud tendrá derecho a ser oído por el Consejo cada vez que lo estime conveniente, pudiendo concurrir a sus sesiones.

Para su buen funcionamiento, el Consejo contará con una secretaría ejecutiva que estará a cargo de un funcionario o funcionaria designada por la Superintendencia, quien no percibirá remuneración adicional alguna por esta función, y que tendrá como funciones actuar como ministro de fe en el Consejo, realizar el levantamiento de los acuerdos y recomendaciones y la propuesta de acta de cada una de las sesiones, y todas aquellas funciones necesarias para el correcto funcionamiento del Consejo. Asimismo, la Superintendencia de Salud proporcionará el apoyo administrativo y de servicios para el desarrollo de sus funciones.

Las materias tratadas en cada sesión del Consejo deberán constar en actas elaboradas por la secretaría ejecutiva y ser aprobadas oportunamente por las personas integrantes del Consejo, las que estarán sujetas a publicidad, de conformidad a lo previsto en la ley N°20.285, sobre acceso a la información pública.

Los integrantes del Consejo y la secretaría ejecutiva deberán guardar absoluta reserva y secreto de la información y documentos de los que tome conocimiento en el cumplimiento de sus labores, sin perjuicio de las informaciones que deban proporcionar en conformidad a la ley.

Artículo 130 nonies.- Un reglamento expedido por intermedio del Ministerio de Salud establecerá las normas necesarias para el funcionamiento del Consejo y para la adecuada ejecución de las funciones que le son encomendadas.”.”.

La señora Ministra de Salud comentó que por técnica legislativa, se retiró la indicación N° 3 y se reemplazó el capítulo entero, recogiendo las observaciones que habían planteado los integrantes de esta Comisión, en el sentido que en el nombramiento de los miembros del Consejo tuvieran participación ambas Cámaras. Se establece, asimismo, la posibilidad de autoconvocarse para las materias relacionadas a la aplicación de los fallos.

El Honorable Senador señor Chahuán observó que en el inciso tercero del artículo 130 bis, figura en dos oportunidades que no tendrán carácter de vinculante, por lo que sugirió corregir la redacción.

Respecto al artículo 130 quinquies, el **Honorable Senador señor Gahona** consultó por el numeral 2), particularmente, el caso de las universidades que prestan asesorías, a través de sus unidades de investigación a ISAPRES, a Asociaciones de ISAPRES o al sector privado de prestadores. Según la redacción de este numeral, ¿estarían esos académicos inhabilitados?

El Honorable Senador señor Castro González coincidió con lo planteado por el Senador Gahona respecto a inhabilitar a investigadores.

La señora Ministra propuso la siguiente nueva redacción al numeral 2) del artículo 130 quinquies:

"2) Si en los últimos dos años, como persona natural o a través de sociedades de personas de las que los integrantes del Consejo formen parte; o en sociedades comanditas por acciones, anónimas cerradas en que aquéllos o estas sean accionistas, o en sociedades anónimas abiertas en que aquéllos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, han prestado servicios de asesoría en materia de aseguramiento de prestaciones de salud, cualquiera sea la naturaleza del vínculo a una Institución de Salud Previsional o a un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045; o hayan sido gestores de intereses de las mismas instituciones, por sí o por terceras personas o sociedades.".

- La Comisión acordó incorporar la nueva redacción propuesta.

En relación al artículo 130 octies, **el Honorable Senador señor Gahona** señaló entender que este Consejo es de cinco personas y se establece que para sesionar deben ser tres más el presidente, o sea cuatro. Lo normal es que sean tres, incluido el presidente, argumentó que puede suceder que, por inhabilidad, enfermedad o fallecimiento, que el Consejo no pueda sesionar por carecer de quórum.

En segundo lugar, manifestó reparos en relación a que la secretaría ejecutiva la ejerza un funcionario de la Superintendencia, porque le resta autonomía al Consejo.

El señor Superintendente manifestó que el quórum más alto les da más legitimidad a las sesiones, pero es un tema debatible.

En segundo término, recordó que la Superintendencia es un órgano autónomo, por tanto, cuando se habla de más o menos autonomía respecto a un órgano autónomo, suena algo extraño, porque ya lo es.

La señora Ministra propuso, reemplazar la palabra “más”, por “incluida”, a continuación de la frase “tres integrantes” en el inciso segundo, de esta manera, el quórum para sesionar es de 3.

- La Comisión estuvo de acuerdo con la modificación propuesta.

- Puesta en votación la indicación N° 3.A, resultó aprobada, con modificaciones, por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Gahona, Chahuán, Latorre y señora Órdenes.

La indicación N° 4, de S.E. la Vicepresidenta de la República, suprime, en el artículo 142 incorporado por el numeral 3) que ha pasado a ser 5), la expresión “o esquema, respectivamente”.

- Puesta en votación la indicación N° 4, resultó aprobada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Gahona, Chahuán, Latorre y señora Órdenes.

La indicación N° 5, de S.E. la Vicepresidenta de la República, modifica el numeral 5) que ha pasado a ser 7), en el siguiente sentido:

a) Reemplázase el inciso primero del artículo 144 ter por el siguiente:

“Artículo 144 ter.- La Modalidad de Cobertura Complementaria es aquella en virtud de la cual las personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud, que cumplan los requisitos establecidos en el artículo anterior, se inscriben voluntariamente en esta modalidad para efectos de obtener acceso y protección financiera para las prestaciones de salud aranceladas en una red de prestadores determinada, obligándose al pago de una prima complementaria.”.

b) Reemplázase, en el inciso segundo del artículo 144 ter, la frase “Estos esquemas permiten” por “Esta modalidad permite”.

c) Elimínase, en el inciso tercero del artículo 144 ter, la frase “en el respectivo esquema”.

ooo

d) Agrégase, a continuación del inciso cuarto del artículo 144 ter, el siguiente inciso quinto, nuevo:

“Aquellas prestaciones financiadas en conformidad al arancel a que hace referencia el inciso anterior quedaran excluidas para el otorgamiento de préstamos contemplados en el artículo 162 de esta ley.”.

ooo

- Puesta en votación la indicación N° 5, resultó aprobada por la mayoría de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Latorre y señora Órdenes. Los Senadores señores Gahona y Chahuán, se abstuvieron.

El Honorable Senador señor Gahona argumentó su voto y explicó que no ha quedado lo suficientemente satisfecho con lo que ha explicado el director de FONASA respecto a la modalidad de cobertura complementaria, porque no se sabe exactamente el número de personas que podrán acceder y el costo de la prima.

La propuesta tampoco garantiza que las personas con más años, con más riesgos y preexistencias, puedan tener una cobertura adecuada a través de este modelo.

El Honorable Senador señor Chahuán fundamentó su voto. Indicó no tener claridad respecto del informe financiero que respalda estas medidas.

La indicación N° 6, de S.E. la Vicepresidenta de la República, intercala, a continuación del numeral 5) que ha pasado a ser 7), el siguiente numeral 8), nuevo, pasando el actual numeral 6) a ser 9) y así sucesivamente:

ooo

“8) Agrégase, a continuación del artículo 144 ter, el siguiente artículo 144 quáter, nuevo:

“Artículo 144 quáter.- Las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria accederán, además, a un seguro catastrófico en virtud del cual tendrán derecho a una protección financiera especial que cubrirá todos los copagos derivados de un determinado problema de salud y de cargo de la persona beneficiaria que superen, dentro de un año calendario, el deducible respectivo.

El seguro catastrófico operará con prestadores dentro de la misma red a la que accede la persona beneficiaria en virtud de la Modalidad de Cobertura Complementaria, y respecto de aquellas prestaciones financiadas en conformidad al arancel a que hace referencia el inciso cuarto del artículo 144 ter.

La protección financiera especial será de cargo de la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria. Esta deberá ser activada por la compañía de seguros de forma automática, una vez que los copagos financiados por las personas inscritas superen el deducible.

Este seguro catastrófico no será aplicable a aquellas prestaciones cubiertas en las leyes N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, y N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.

Asimismo, la resolución a que hace referencia el inciso cuarto del artículo anterior podrá excluir otras prestaciones de la cobertura del seguro catastrófico.”.”.

ooo

El Honorable Senador señor Gahona comprendió que establece que todos los que queden sin ISAPRE, podrán contratar este seguro (MCC), que es incierto, al igual que su precio. Añade a su vez el CAEC.

Señala por otra parte, que la ley N° 20.850, que rinde homenaje al señor Ricarte Soto, no estaría incluida en este seguro de MCC, tampoco, aquellas prestaciones cubiertas de la ley N° 19.966, además, la resolución a la que se hace referencia en el inciso cuarto del artículo anterior, podrá excluir otras prestaciones de la cobertura del seguro catastrófico. Consultó cuáles son esas otras prestaciones.

El Director de FONASA explicó que efectivamente incluye la cobertura catastrófica, que fue una sugerencia acogida por el Ejecutivo. Lo incluyeron pensando en la CAEC, por lo que será parte de la oferta.

Se excluyen aquellas prestaciones que son universales, como es el caso de la ley Ricarte Soto y GES, que tienen su propio esquema de funcionamiento.

El Honorable Senador señor Castro González comentó que esta es una modalidad, está la MAI, la MLE, y se crea esta. Consultó por los requisitos y si hay similitud de tramos para el acceso a la modalidad de cobertura complementaria.

Requirió saber quién tiene derecho a solicitar la MCC. Cuál es la categoría de umbral de ingreso para poder acceder a la MCC.

El Director de FONASA, señor Cid precisó que todo cotizante de FONASA podría voluntariamente acceder a la modalidad, independiente de su

nivel de ingreso. Aclaró que debe ser cotizante, por tanto, son las personas pertenecientes a los grupos B, C y D, las personas del grupo A, se excluyen porque no son cotizantes.

Sostuvo que la MCC descansa jurídicamente sobre la MLE.

El Honorable Senador señor Chahuán manifestó su preocupación por la posible discriminación que va a haber dentro de FONASA, porque habrá un servicio distinto para las personas con MLE, que tengan esta cobertura complementaria. Consultó si eso se podría prestar para una judicialización.

El Honorable Senador señor Castro González consultó por el nivel de protección financiera. Porque en el listado de aranceles de la MLE, las coberturas financieras son conocidas. En este caso, cual es la forma de conocer las coberturas, distintas a la MLE, que tendrán las personas.

Por otra parte, consultó por el problema de la tarifa, el Director de FONASA planteó que sería cercana a $30.000 por personas, actualmente, desde la academia, se habla que sería casi el doble de ese valor.

La Ministra de Salud, respecto a la preocupación por la desigualdad que generaría la modalidad, comentó que actualmente, las personas que están afiliadas a FONASA (Grupos B, C y D), tienen la opción de comprar un bono de libre elección.

No todas las personas tienen el dinero disponible para comprar esos bonos que, además, tienen tres tramos distintos de costo. Y lo que plantea esta modalidad de cobertura complementaria es mejorar la protección financiera que actualmente tienen las personas que están procurando cubrir su necesidad de salud a través del prestador privado y hacer un uso más eficiente de ese prestador privado.

Añadió que existe esa diferencia y existen los tramos de la modalidad libre de elección. Se trata de emular una mayor cobertura financiera en el seguro, en relación a los usuarios que actualmente tienen la MLE.

El Director de FONASA indicó que respecto a la prima, se han estimado rangos de números, como la prima comunitaria o la prima plana y está dentro del rango que han sostenido.

Habrá una licitación y precio quedará determinado por esa licitación. El Fondo tendrá una referencia y podrán dar a conocer un rango de precios, en función también de un rango de protección financiera.

Se considerará el precio, el rango de protección financiera y otras condiciones para evaluar la licitación. Por lo tanto, el precio es efectivamente una referencia, que se ha determinado en $30.000 aproximadamente y tendrán

rangos también en función de las otras variables que pueden ser presentadas por los seguros.

Respecto de cuál es la protección financiera y los precios de las prestaciones, comentó que eso también va a depender del esquema de arancel que van a proponer. FONASA tiene que levantar un arancel para la MCC y lo que se ha dicho es que sería una especie de nivel 4 de la MLE, que es un nivel superior.

Informó que eso se financia a través del seguro, porque el subsidio que FONASA ofrece a las personas cuando ocupan la MLE, se mantiene, dado que no hay recursos adicionales. Lo que se hace es elevar el precio de referencia y la diferencia que se produce, tiene que ser cubierta por el seguro. El cálculo está hecho en función de que la cobertura financiera, sea la cobertura promedio que obtienen las personas en ISAPRE, que es el 65% del costo de la factura.

Hay una distribución, de las distintas prestaciones, pero esa es el ancla base de los cálculos, alcanzar esa cobertura y, por lo tanto, el arancel se eleva en función de ese parámetro y es financiado tripartitamente: FONASA, el seguro y las personas.

El Honorable Senador señor Chahuán consultó por la situación de los actuales 300.000 beneficiarios de ISAPRES que están con GES. Requirió conocer el número de cotizantes de FONASA que actualmente no están en el arancel de modalidad libre elección.

Preguntó si tienen estimación sobre la cantidad de personas de FONASA que podrán pagar los seguros complementarios. A su vez, requirió saber lo que ocurre con las coberturas de FONASA que actualmente no están en el arancel de modalidad libre elección.

Por último, preguntó por la hospitalización domiciliaria de los usuarios de ISAPRES en el caso de insolvencia de estas instituciones, ¿está el sistema público preparado para ofrecer esa prestación?

El Honorable Senador señor Castro González solicitó información sobre la posibilidad de acceso de las personas que están en el grupo B de FONASA, que tienen ingresos bajo el mínimo.

El Director de FONASA acompañó una presentación y dio respuesta a las inquietudes formuladas. En cuanto a la migración, señaló que se analizaron los últimos 18 meses de la migración de ISAPRES que ha llegado a FONASA, correspondiente a 701.875 personas, que equivale al 63% de los desahucios informados por la Superintendencia y la mitad de estos migrantes llegan al grupo D. Sin embargo, no es despreciable que la otra mitad

ocupe las otras categorías del FONASA y que están en el grupo C en un 18%, en el grupo B en un 25%, y en el grupo A un 5%.

Otra característica relevante del grupo de migrantes son los ingresos, se aprecia que las personas que están ingresando a FONASA tienen ingresos superiores a las personas que están en el Fondo.

Las personas que migran a FONASA son menos riesgosas que las personas que ya están, en términos de que son más hombres y más jóvenes, y que tienen mayores ingresos.

Desde su perspectiva, las personas están eligiendo mayoritariamente FONASA por distintas variables.

Respecto de la pregunta sobre el acceso, consideró importante recordar que la MCC, al igual que la MLE, está disponible para los cotizantes y sus cargas. Por lo tanto, es para los grupos B, C y D del FONASA y no existe ningún otro umbral de ingreso, ni otra regla de la que existe en la modalidad de libre elección.

Hay unos requisitos de permanencia inicial, que también fue consultado. Hay una regla de mantención del primer año, sin embargo, con reglas de salida en casos normales o usualmente aceptados, como la pérdida del trabajo.

En cuanto a los requisitos para poder postular, se requiere las cotizaciones de los últimos seis meses, que ha estado pagando la prima, ya sea en FONASA o en ISAPRE; para los trabajadores que ingresan primera vez al mercado de trabajo eso no aplica.

Respecto de las coberturas, tienen el arancel de las prestaciones. En cuanto al arancel, la MCC, incorpora un arancel nuevo que está basado en el arancel de la modalidad de libre elección. Lo que cambia, es que se incorporan aquellas prestaciones cubiertas por las ISAPRES, que no se encuentren aranceladas por el Fondo, son prestaciones adicionales, que cuentan con pertenencia sanitaria.

Por otro lado, las atenciones hospitalarias incorporarán aquellos insumos que no están siendo incorporados ahora, los fármacos, las prótesis y los dispositivos propios del egreso hospitalario.

El valor de las prestaciones de ese arancel corresponde, a una especie de nivel 4 de la MLE para un grupo importante de prestaciones.

En aquellos casos que el valor de la prestación de la MLE es solo referencial, como derechos de pabellón, se utiliza un vector de costos unitarios,

que entrega la utilización del sistema ISAPRE, es decir, están usando un valor promedio del sistema privado, para asignar allí precios de la MCC.

En el caso de la cobertura catastrófica, se ha incorporado, en este caso, los costos de la cobertura adicional de enfermedad catastrófica (CAEC), de las ISAPRES, se trata de simular situaciones similares a las coberturas catastróficas que tienen las personas en el sistema privado y a partir de eso, determinar los deducibles que habría que incorporar en una eventual licitación. Porque la ley no determina precios, ni cobertura financiera, ni deducible, pero sí determina que variables son fundamentales para las bases de licitación, que serán evaluadas, cuando se presenten las ofertas.

Manifestó que esperan que la cobertura financiera total, esté entre un 50 y un 70% del valor de la atención.

Indicó que, a pesar de tener las prestaciones específicas por código, van a tener también las prestaciones específicas por GRD, que son alrededor de 700 grupos con una estructura diferente, son una especie de paquetes de servicios que actúan por resolución de problemas de salud.

En el cálculo de la prima, los elementos que determinan su valor son la cobertura financiera, el arancel, la tasa de uso o siniestralidad de la cartera, el deducible, el seguro catastrófico, y los gastos administrativos, margen de seguridad, y otros conceptos que incorporan los aseguradores. El valor definitivo será definido en la propia licitación.

Estiman un valor referencial, que se calcula a partir de las prestaciones de la población beneficiaria de la MCC, que tendría durante un periodo determinado, considerando cómo esas personas se han comportado en el sistema ISAPRE, o sea, cómo han demandado allí las prestaciones, reemplazando los precios por el arancel de la MCC.

A la vez se estimó el deducible, para aquellas prestaciones que acumulen un copago supuesto que supera ese deducible, entonces se aplica un *stop loss*, o sea, detención de pérdida, en virtud del cual, la persona no sigue pagando y eso también es incorporado en los cálculos.

Por su parte, pretenden que la modalidad extienda el uso de los GRD, los grupos relacionados con el diagnóstico, en todas las prestaciones de egresos hospitalarios.

Manifestó que la MCC no introduce una discriminación arbitraria, por el contrario, al mantener el criterio de la MLE, también se mantiene el criterio de subvención, no se está aumentando los dineros destinados por el Fondo Nacional de Salud a esta cobertura.

La misma cantidad, nominalmente, que se dispone por persona y por prestación, a las de la MLE, es la que se va a sostener. La diferencia, la tiene que cubrir el seguro, por eso se requiere de uno.

Si hay una cancelación de registro en una ISAPRE, las personas tienen la posibilidad de ingresar, con una regla especial, que podrá autorizar la continuidad del tratamiento, en la intervención sanitaria que se encuentre, sin necesidad de una nueva confirmación diagnóstica, conservando el prestador que tiene, pero eventualmente, FONASA verá si es posible obtener mejores condiciones en otro prestador.

Lo mismo ocurre con la CAEC, donde se podrá otorgar la cobertura por un plazo de hasta seis meses. En ese período se evalúa la solución definitiva del problema.

En el caso de una sentencia que ordena mantener el tratamiento, mencionó que no hay discusión y FONASA se compromete, en estas indicaciones, a dar continuidad al otorgamiento de la cobertura de dichas prestaciones.

Sobre la atención hospitalaria domiciliaria, señaló que existe tanto en la MAI como en la MLE. En la MAI, estas atenciones son desarrolladas por los establecimientos de la red pública, además de los prestadores privados en convenio, y se presentan tres niveles de complejidad, la básica, la intermedia, y la compleja.

En la MLE, también se encuentra la intervención sanitaria de hospitalización domiciliaria, pero de baja complejidad.

Para la MCC, se considera en el arancel, las prestaciones de hospitalización domiciliaria en las tres complejidades: básica, intermedia, y compleja, tanto para pacientes adultos como pediátricos.

El señor Arriagada señaló que, con la MCC, se entiende que el FONASA va a crear alguna modificación de la modalidad de libre elección. Se crea una especie de nivel 4, donde probablemente se va a modificar la lógica actual, tal vez en los días camas y en los derechos de pabellón, ya no se va a establecer una bonificación, sino que un valor.

Ha dicho el Director de FONASA que, además, quisiera ocupar la experiencia que existe en prestaciones paquetizadas. Señaló que la dificultad que han tenido las ISAPRES para ocupar los paquetes y que también será una dificultad para el FONASA, que podrían solucionar. Explicó que cuando las ISAPRES acordaban un valor de paquete con una clínica de prestación, por normativa, tenían que bonificarle a la clínica, como mínimo, lo que ofrezca el plan, prestación por prestación, aunque se haya acordado un valor de paquete de 2 millones, por ejemplo, igual estaban obligados a calcular cada prestación.

Esa es una dificultad que estimó, se puede resolver e incorporar las prestaciones paquetizadas en el arancel de la libre elección.

El señor Superintendente comentó que las últimas indicaciones presentadas por el Ejecutivo, incorporan la posibilidad de paquetizar, ya sea por la vía PAD o GRD.

La Honorable Senadora señora Órdenes consultó sobre la continuidad GES y CAEC, que es una de las prioridades. Observó que en los artículos transitorios se establece que FONASA podrá autorizar la continuidad del otorgamiento de la intervención sanitaria en curso. Se expresa de manera facultativa.

El Honorable Senador señor Latorre manifestó su inquietud en cómo avanzar hacia un financiamiento que recoja de mejor manera la paquetización de prestaciones.

Sobre los seguros complementarios, manifestó que sería ideal que sea una regulación sanitaria, por parte de la Superintendencia de Salud y no por la CMF.

Requirió saber cómo darle certeza a la ciudadanía, sobre la continuidad de las prestaciones sanitarias, de las personas que se atienden en el sector privado.

El Honorable Senador señor Gahona manifestó que el nudo crítico de este proyecto de ley, es lo relacionado con la forma de cálculo de la deuda y cuál va a ser el ajuste de precios.

Lo fundamental es que haya un equilibrio que permita sostener el sistema privado de salud, en términos de viabilidad financiera y económica, de tal manera de que efectivamente pueda haber continuidad de los tratamientos, continuidad de las coberturas y se puedan devolver los cobros en exceso.

Consultó por el porcentaje de personas afiliadas a ISAPRES que pagan más del 7%.

Respecto al CAEC y GES, recordó que un estudio de la UNAB dice que el costo de cubrir ambos, es 6,4 veces el presupuesto que hay para resolver el problema en lista de espera. Consultó la opinión del Ejecutivo sobre este punto.

Respecto de la prima de la MCC, indicó que le cuesta creer que sea del orden de los $30.000, como se dijo en un principio. Su impresión es que estaría más cercano a la cifra del estudio de la UNAB, que es de $45.000 por persona aproximadamente.

Sobre a la red pública, manifestó su preocupación por el plazo de seis meses y la expresión “podrá” autorizar la continuidad de los tratamientos. ¿Qué ocurre, por ejemplo, con las personas con cáncer?

La Ministra de Salud señaló que han incorporado el tema del pago paquetizado en las indicaciones, para las ISAPRES, de manera que mejore la eficiencia del gasto.

Respecto a la continuidad de las atenciones, señaló que están obligados a dar esa continuidad, explicó que el sentido de la indicación es que durante los primeros seis meses, se puede mantener el mismo prestador, mientras FONASA genera un convenio con ese prestador, no para que las personas cambien abruptamente.

Respecto al presupuesto de lista de espera, indicó que son bastante específicos y no cubren todo lo que el sector apuesta a lista de espera. En el presupuesto específico de lista de espera, se considera lo que FONASA va a derivar a los privados, para liberar del sector público la lista de espera, y ese presupuesto es de 28.000 millones de pesos, que no es el único presupuesto de listas de espera.

El Honorable Senador señor Gahona señaló que no ha tenido respuesta respecto a los mayores costos de la red pública, respecto a la migración desde el sector privado, especialmente en la atención primaria.

El Honorable Senador señor Castro González consultó si se produce la quiebra de una o más ISAPRES durante el año 2024, de qué modo se hace cargo la MCC, respecto a los tiempos de implementación.

Requirió saber cómo se le da carácter sanitario a la actual MLE, que recibe críticas desde Hacienda por el gasto inflacionario enorme, porque no se ordena el recorrido que hace el paciente. ¿Cómo eso se traduce en esta nueva modalidad complementaria, para que no sea de ese nivel inflacionario y de gasto creciente en el tiempo, que termine siendo un problema financiero el acceso a esta red?

Actualmente, las personas usan la MLE para las prestaciones ambulatorias. La cirugía y la hospitalización, son costosas y para obtener esas prestaciones, las personas ingresan a la lista de espera.

Consultó por la forma de proyectar una descompresión, bajo la MCC, que permita que la clase media ingrese al 60% de cobertura hospitalaria y de prestaciones quirúrgicas en el sector privado.

Preguntó por el proceso de reclamación de las personas que tienen seguros complementarios y red de prestadores en la modalidad de MCC, frente a qué problemas se va a recurrir ante la CMF.

La Ministra de Salud reforzó que han discutido un proyecto de ley que trata de evitar un colapso del sistema y que por eso, el Ejecutivo se ha abierto a distintas opciones que permitan que las ISAPRES tengan un plan de pago con ajuste de precio.

A la consulta de las garantías que tienen las personas que ingresan a FONASA, en primer lugar, mencionó que tienen la garantía de la atención por ley de urgencias, las personas acuden al prestador privado, hay una forma de solucionarlo también en el sector público. Si se atienden en modalidad institucional, tienen copago cero.

Además, para aquellos que tienen una situación especial, que ya están con GES, con coberturas catastróficas o con prestaciones adicionales, la continuidad de la atención, también está considerada dentro del proyecto de ley, por lo tanto, no hay una situación de desamparo.

Respecto a la forma de dar una orientación más sanitaria a la modalidad de libre elección, comentó que lo están trabajando en las indicaciones del proyecto de ley de seguro catastrófico, boletín N° 12.662-11, para que se oriente a aquellas prestaciones que están relacionadas con necesidades urgentes, contenidas en las listas de espera y otorgarles un tratamiento especial, de manera de que las personas que tienen alguna de estas necesidades, tengan un trámite más rápido.

El señor Superintendente de Salud señaló que, en el caso de los seguros complementarios, como los conocemos actualmente, son de corte financiero, por esa razón, se considera que en un inicio puedan tener supervigilancia de la CMF. No obstante, comprendiendo lo planteado, informó que están elaborando un proyecto de ley, que regula los seguros voluntarios de salud.

Respecto del porcentaje de afiliados que pagan por sobre el 7%, señaló que, según la cartera de agosto del 2023, es el 69,7% de los cotizantes, o sea, prácticamente el 70% pagan sobre el 7%.

Respecto al tiempo de implementación de la MCC, podría estar en operación en septiembre u octubre de este año, en el caso de utilizar la asignación directa, establecida en el artículo transitorio de este proyecto de ley.

- Puesta en votación la indicación N° 6, resultó aprobada por la mayoría de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González y Latorre y señora Órdenes. Los Senadores señores Gahona y Chahuán, se abstuvieron.

El Honorable Senador señor Gahona fundamentó su voto y señaló que no le satisface la respuesta del Director de FONASA, por la incertidumbre que genera no clarificar en detalle la forma que va a operar esta modalidad, con una prima de $ 30.000, incorporando además el CAEC.

El Honorable Senador señor Chahuán consideró que la indicación puede ser letra muerta, dado que no se conoce el funcionamiento y tampoco hay claridad del interés de las compañías por ofrecer este tipo de seguros.

El Honorable Senador señor Castro González señaló que, si la experiencia ha dicho que los seguros catastróficos han sido exitosos cuando están reglados y normados, ¿cómo se les va a negar a los usuarios de FONASA tener acceso a una seguridad financiera complementaria, por sobre lo que cubre la modelada de libre elección? El foco es dar más protección financiera a los usuarios de FONASA, sostuvo.

La indicación N° 7, de S.E. la Vicepresidenta de la República, reemplaza el numeral 6) que ha pasado a ser 9), por el siguiente:

"9) Agrégase, a continuación del artículo 144 quáter, nuevo, el siguiente artículo 144 quinquies, nuevo:

"Artículo 144 quinquies.- La persona afiliada que se inscriba en la modalidad señalada en el artículo 144 ter deberá inscribir a las personas a que hacen referencia los literales b) y c) del artículo 136 de esta ley, y al conviviente civil, conforme al artículo 29 de la ley N°20.830, que crea el Acuerdo de Unión Civil, si correspondiere.

Realizada la inscripción, la persona afiliada deberá pagar una prima por sí y por cada persona inscrita. Las primas complementarias constituirán ingreso para la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria y no constituirán, en ningún caso, ingreso fiscal ni formarán parte del presupuesto público.

La prima complementaria será la misma para cada una de las personas inscritas, sin distinción ni discriminación alguna.

El valor de la prima complementaria se fijará en unidades de fomento y se determinará en la forma establecida en las Bases de Licitación. El Director del Fondo Nacional de Salud deberá adecuar mediante una resolución el valor de la prima complementaria, de conformidad a las modificaciones al arancel a que hace referencia el inciso cuarto del artículo 144 ter y los cambios en la siniestralidad que experimente la población inscrita en la Modalidad de Cobertura Complementaria, cuando se cumplan los presupuestos establecidos en las Bases de Licitación y en conformidad a la fórmula que en ellas se establezca. Las adecuaciones serán aplicables a las personas inscritas en la

modalidad al momento de la renovación de la inscripción en la forma establecida en el inciso siguiente, previa notificación por parte de la compañía de seguros, por medios electrónicos o carta certificada, la que deberá realizarse con treinta días de anticipación a dicha renovación.

La inscripción de la persona afiliada en la modalidad será por un plazo de doce meses, renovable automáticamente por periodos iguales, y podrá renunciar a esta informando de ello al Fondo Nacional de Salud a través de sus canales de atención con al menos diez días de anticipación al término del plazo original o sus renovaciones. Excepcionalmente, la persona afiliada podrá, en cualquier momento, renunciar a la modalidad fundando su solicitud en cesantía, variación permanente de su cotización legal, y/o de la composición de su grupo familiar. La renuncia de la persona afiliada deberá incluir a todo su grupo familiar.

Las personas que incumplan el pago de la prima complementaria, durante dos meses continuos o tres meses discontinuos, dentro de un periodo de doce meses, dejarán de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria, notificándoles la compañía de seguros previamente de ello por medios electrónicos o carta certificada, informando de ello al Fondo Nacional de Salud. La exclusión a la persona de esta modalidad no inhibe a la compañía de seguros de perseguir el cobro de los saldos insolutos generados entre el no pago y el cese de la cobertura. La persona afiliada que sea trabajador o trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporado o reincorporada con efecto retroactivo si se acredita que las primas complementarias correspondientes a los meses impagos les fueron descontadas por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión.

En caso de que la persona haya dejado de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria por renuncia o no pago de la prima complementaria, sólo podrá volver a inscribirse en aquellas transcurridos seis meses desde el cese de la cobertura. Para inscribirse nuevamente deberá, además, haber solucionado las eventuales deudas que se hubiesen generado durante su adscripción a esta modalidad en periodos anteriores.”.”.

El Director de FONASA precisó que se establece el acceso voluntario a la modalidad de cobertura complementaria, lo decide el cotizante, inscribe a sus cargas y paga una prima comunitaria conforme al precio establecido en la licitación.

Se contemplan a su vez, formas básicas, que van a determinar posibles adecuaciones del precio de la prima, que responden a la siniestralidad que se produzca en la cartera en su conjunto y también al tema de modificaciones del arancel de la MCC, que están previstas en las bases de licitación.

Comentó que se establece la renovación del seguro, luego del primer año, de manera automática, con ciertos periodos de derecho a renuncia.

Contine algunas normas de la suspensión o reincorporación de las personas en la MCC.

Indicó que, con esta modalidad, se ofrece cobertura financiera, donde actualmente existe una brecha, sobre todo en el sector hospitalario.

El promedio de esta cobertura financiera en el sector de las ISAPRES, es el 65% y se aspira que las aseguradoras puedan cumplir esa brecha de puntos porcentuales, para que las personas igualen la cobertura financiera con la MCC.

La norma establece que el FONASA debe extender los convenios existentes hacia la MCC con los prestadores, de manera que estén de acuerdo con el nuevo arancel, que es proporcional a la cobertura financiera que se está otorgando a través del aseguramiento nuevo. Ese arancel extendido, tiene que ser convenido entre los prestadores y FONASA y la red será aquella que concreten los convenios.

El Honorable Senador señor Gahona consultó por el porcentaje de cobertura hospitalaria del sector privado que cubre la MLE, y cuál sería el porcentaje de cobertura con la MCC.

El Director de FONASA indicó que la gran falencia de la cobertura financiera en la MLE, se produce en la cobertura hospitalaria, que en promedio ronda entre el 15% y el 20%. El objetivo es aumentar esa cobertura y que sea superior al 60%.

Recordó que en la cobertura financiera se incluye el deducible del exceso de pago, que puede producir una catástrofe financiera, a través de esta cobertura adicional que se ha incorporado, tratando de emular a la CAEC que existe en ISAPRE.

-Puesta en votación la indicación N° 7, resultó aprobada por la mayoría de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González y Latorre y señora Órdenes. Se abstuvieron los Senadores señores Chahuán y Gahona.

La indicación N° 8, de S.E. la Vicepresidenta de la República, modifica el numeral 7) que ha pasado a ser 10), en el siguiente sentido:

a) Reemplázase el encabezado por el siguiente:

“10) Agrégase, a continuación del artículo 144 quinquies, el siguiente artículo 144 sexies, nuevo:”.

b) Reemplázase, en el inciso primero del artículo 144 quinquies, la palabra “quinquies” por “sexies”.

c) Modifícase el inciso cuarto del artículo 144 quinquies, que ha pasado a ser artículo 144 sexies, en el siguiente sentido:

i) Agrégase, en el literal c), a continuación de la palabra “licitación”, la frase “, entre los que deberá incluirse un valor de la prima”.

ii) Reemplázase el literal f) por el siguiente:

“f) Las condiciones de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria y de la protección financiera especial, incluyendo el deducible conforme al artículo 144 quáter, el que deberá establecerse en proporción a la prima complementaria;”.

iii) Reemplázase el literal j) por el siguiente:

“j) Las características y condiciones generales de la póliza, incluyendo el porcentaje de cobertura financiera complementaria, el valor referencial de la prima y las fórmulas de adecuación de esta última; y”.

La señora Ministra de Salud explicó que la indicación simplemente hace una corrección al texto, respecto al seguro catastrófico y, por lo tanto, cambia la numeración producto de la indicación ingresada. Asimismo, hace referencia a los aspectos relacionados con el seguro en los distintos acapices.

El Honorable Senador señor Castro González solicitó precisar una estimación de porcentaje del deducible, entendiendo que la licitación es la que marca ese porcentaje.

El Director de FONASA señaló que la fórmula de cálculo del deducible es una cantidad de veces la prima complementaria, emulando como se calcula actualmente. Por tanto, va a depender del monto de la prima.

Si la prima es de $30.000, el deducible son 26 veces ese valor. Añadió que el número exacto de veces tendrá que ser determinado en la propia licitación. En la norma se establecen reglas generales.

El Honorable Senador señor Gahona entendió que se está pensando en una prima mensual del orden de los 0.7, 0.8 UF y se considera un deducible de entre 20 y 22 UF, aproximadamente.

Consultó como eso se compara con los actuales seguros complementarios.

El Director de FONASA aclaró que la prima actualmente se calcula sobre la prima completa, en este caso, se debe agregar el 7%, por lo tanto, el cálculo cambiaría sustancialmente.

Emulando la forma de cálculo sobre la prima completa, en este caso sería el 7% más el complementario que, multiplicado por una cantidad de veces, sería el equivalente al deducible. El número exacto se debe revisar con detalle, cuando esté autorizado el arancel, que va a ser tres meses posteriores a la aprobación de este proyecto de ley.

El Honorable Senador señor Castro González consultó por la estimación de pago de bolsillo, cuanto más puede copagar.

La Ministra de Salud señaló que toda la modalidad tiene el sentido de reducir el gasto de bolsillo, por eso se crea esta cobertura complementaria que pasa a un pre pago.

El Honorable Senador señor Gahona sostuvo que el Ejecutivo está solicitando firmar un cheque en blanco, porque no hay certeza, primero, si este seguro es viable, no hay claridad de cuánto va a costar la prima anual o mensual, no hay claridad de cuánto sería la cobertura.

Manifestó que, en estas condiciones, resulta muy difícil aprobar la indicación.

Esta modalidad debería apuntar a la clase media, pero para una familia de 5 personas, en caso que la prima sea de $30.000, implica destinar $150.000 a este seguro.

Señaló que las personas que tienen mayores ingresos, probablemente van a contratar sus propios seguros complementarios, no necesariamente la MCC.

La Ministra de Salud explicó que se crean nuevas opciones para los afiliados, no implica restringir las posibilidades. Comentó que el mercado de los seguros complementarios existe para las personas aseguradas de FONASA y ha crecido en el último tiempo.

Por lo tanto, consideró que esto ayuda a que las personas tengan más opciones, que funcione de mejor forma y que sea más fluida la relación con el prestador privado, con pagos que son más eficientes y que van a permitir efectivamente dar un uso más sanitario y racional a la modalidad de libre elección, sin que tampoco se restrinja la modalidad de libre elección. Son opciones que se agregan.

El Honorable Senador señor Castro González consideró que sería adecuado agregar la cobertura odontológica y la cobertura de

medicamentos ambulatorios. Consultó al Ejecutivo su opinión sobre estas coberturas.

La señora Ministra de Salud recordó que la cobertura odontológica es una restricción en la mayor parte de los seguros públicos del mundo y que Chile, a diferencia de aquello, garantiza la atención odontológica en atención primaria, a grupos focalizados, lo que ha significado una mejoría continua en los indicadores de la salud oral, así como las medidas de fluoración del agua que ha permitido tener un índice de piezas cariadas, obturadas y perdidas decreciente en el tiempo.

La atención odontológica, está cubierta por la atención institucional, aun cuando es cierto que los recursos se focalizan hacia los grupos vulnerables. Sin perjuicio de aquello, existen garantías explícitas de salud (GES) que incluyen la salud odontológica, distintos programas que se han hecho al respecto y también se incorporó algunas prestaciones odontológicas a la modalidad de libre elección.

En ese sentido, aquellas prestaciones que están dentro de la modalidad de libre elección, estarían incorporadas dentro de la modalidad de cobertura complementaria.

Con respecto al tema de los medicamentos, comentó que tienen distintas estrategias que han ayudado a reducir su precio, partiendo por las estrategias del uso de bioequivalentes, en los programas que tiene CENABAST y FONASA, en convenios con las farmacias.

Aseguró que seguirán trabajando en esa línea y en garantizar un mejor acceso a los medicamentos, a través de la modalidad institucional, que es donde las personas tienen gratuidad.

Agregó que por el momento no tienen pensado incorporar los medicamentos en la modalidad de cobertura complementaria, como tampoco están incorporados en los seguros privados.

El Honorable Senador señor Gahona observó que de las respuestas del Director de FONASA, se desprende que se está hablando de una póliza promedio, que se va a construir para llamar a licitación, que va a estar destinada a todos los usuarios de FONASA, sean provenientes de ISAPRES quebradas o personas de los grupos de C y D, o el que quiera pagar un seguro en modalidad de cobertura adicional.

En esa distribución normal de riesgo, los extremos de la curva, debieran ser absorbidos por esa póliza promedio. Y desde esa perspectiva, consultó por la forma de asegurar que la distribución de los riesgos de los pacientes con más edad y siniestralidad, no concentren el interés por esta póliza.

El Director de FONASA indicó que son parámetros que tienden a los promedios de uso que se producen en el sector privado, incluso incorporando la actividad de una modalidad de libre elección.

La póliza es una estructura conveniente que se puede establecer, en función de las existentes y de las necesidades y políticas que se están viendo. Añadió que las personas de todo tipo de edad compran seguros complementarios.

El Honorable Senador señor Gahona señaló que se podría entender que las hospitalizaciones domiciliarias podrían estar cubiertas en estas pólizas, con la misma calidad y cuantía que hoy día están cubiertas en el sistema privado de salud.

El Director de FONASA señaló que así es y reiteró que aquello que está cubierto en el sistema privado de salud es lo que están tratando de igualar con esta MCC.

-Puesta en votación la indicación N° 8, resultó aprobada por la mayoría de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González y Latorre y señora Órdenes. Se abstuvieron los Senadores señores Chahuán y Gahona.

La indicación N° 9, de S.E. la Vicepresidenta de la República, modifica el numeral 8) que ha pasado a ser 11), en el siguiente sentido:

a) Reemplázase el encabezado por el siguiente:

“11) Agrégase, a continuación del artículo 144 sexies, el siguiente artículo 144 septies, nuevo:”.

b) Reemplázase, en el inciso primero del artículo 144 sexies, la palabra “sexies” por “septies”.

La indicación N° 10, de S.E. la Vicepresidenta de la República modifica el numeral 9) que ha pasado a ser 12), en el siguiente sentido:

a) Reemplázase el encabezado por el siguiente:

“12) Agrégase, a continuación del artículo 144 septies, el siguiente artículo 144 octies, nuevo:”.

b) Modifícase el artículo 144 septies, que ha pasado a ser octies, en el siguiente sentido:

i) Reemplázase la palabra “septies” por “octies”.

ii) Reemplázase la frase “quinquies y 144 sexies” por “quinquies, 144 sexies y 144 septies”.

-Puestas en votación las indicaciones N°s 9 y 10, resultaron aprobadas por la unanimidad de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

La indicación N° 10.A, de los Honorables Senadores señores Castro González y Latorre y señora Órdenes, agrega el siguiente inciso tercero, al artículo 184:

“Se prohíbe el uso de la declaración de salud o cualquier otro instrumento, información o criterio discriminador por riesgo de salud como requisito para el ingreso o mantención de las personas en las Instituciones de Salud Previsional y/o como instrumento para denegar afiliación o definir cautividad, exclusiones o preexistencias.”.

-La indicación N° 10.A, fue retirada.

La indicación N° 11, de S.E. la Vicepresidenta de la República, incorpora, a continuación del numeral 10), que ha pasado a ser 13) el siguiente numeral 14), nuevo:

“14) Reemplázase el inciso octavo del artículo 188 por los siguientes incisos octavo, noveno y décimo, nuevos, pasando el actual inciso noveno a ser décimo primero y así sucesivamente:

“Al momento de celebrar un contrato de salud, las Instituciones de Salud Previsional no podrán ofrecer planes cuyos precios sean inferiores al valor de la cotización legal para salud del afiliado, calculada sobre el monto promedio de los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión, según sea el caso.

En caso de que, en las sucesivas adecuaciones anuales, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual supere el 5% de la cotización legal para salud, la ISAPRE estará obligada a ofrecer al afiliado la incorporación de nuevos beneficios o planes de salud alternativos, cuyos precios más se aproximen al valor de su nueva cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento. Las condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan y no podrán importar una discriminación entre dichos afiliados. En ningún caso, el afiliado estará obligado a suscribir uno de los planes de salud alternativos ofrecidos por la ISAPRE. Mientras no suscriba un nuevo plan

cuyo precio mejor se aproxime al valor de su cotización legal, toda diferencia superior al 5% de la cotización legal no generará excedentes.

Con todo, las revisiones de las adecuaciones anuales que hace referencia el inciso anterior, no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y sus beneficiarios.”.”.

El señor Presidente de la Comisión señaló que tiene que ver con un tema muy sensible, que es el umbral del precio del plan. Hasta ahora han existido excedentes de la cotización y acá hay una propuesta que se hizo desde la Comisión Técnica de nuestra Comisión de Salud, que fue recogida por el Ejecutivo y que tiene que ver con el establecimiento de un umbral mínimo de precio que no sea menor de la cotización obligatoria.

La Ministra de Salud expuso que el tema de la indicación número once, va en el sentido de acoger la propuesta de la comisión técnica formada por la Comisión de Salud del Senado, en el sentido de no permitir que existan planes en lo sucesivo que tengan un costo inferior a la cotización legal. Y, por ende, todos los planes deberían al menos estar en el 7% de cotización legal.

Señaló que esto significa en la práctica que hacia el futuro las personas que tienen cotizaciones o planes que son inferiores a esta cotización se les deberá ofrecer servicios adicionales en relación a que su cotización va a llegar al 7% y, por lo tanto, no van a tener la posibilidad de excedentes por esa diferencia entre el costo del plan y la cotización legal. También implica de forma retroactiva, que no se va a considerar cobro en exceso aquel que fuera más allá del 7% en relación al costo de su plan. Es decir, que en aquellos contratos que no se les había aplicado correctamente la tabla de factores, se considerará como cobro excesivo desde el 7% de cotización legal hacia arriba.

Precisó que eso, de alguna forma, afecta el cálculo de la deuda, pero también afecta hacia futuro el sentido del flujo de la ISAPRES. Eso es lo que se establece cuando se dice: al momento de celebrar un contrato de salud, las ISAPRES no podrán ofrecer planes cuyos precios sean inferiores al valor de la cotización legal para salud del afiliado, calculada sobre el monto promedio de los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión según sea el caso.

Agregó que en caso de que en las sucesivas adecuaciones anuales el monto de los excedentes destinado a la cuenta corriente individual supere el 5% de la cotización legal para la salud, la ISAPRE estará obligada a ofrecer al afiliado la incorporación de nuevos beneficios o planes de salud alternativos, cuyos precios más se aproximan al valor de su nueva cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento. Las condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser las mismas que se están ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan y no podrán importar una discriminación entre dichos afiliados. En ningún caso, el afiliado estará obligado a suscribir uno de

los planes de salud alternativos ofrecidos por la ISAPRE. Mientras no suscriba el nuevo plan cuyo precio mejor se aproxima al valor de su cotización legal, toda diferencia superior al 5% de la cotización legal no generará excedentes. Con todas las revisiones de las adecuaciones anuales a que hace referencia al ejercicio anterior, no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y sus beneficiarios.

El Honorable Senador señor Castro González solicitó precisar cuál es el volumen de beneficiarios que a abril 2020 tenían planes con excedentes de la cotización, respecto al pasivo. Y cuál es la diferencia con el volumen de hoy, de quienes tienen planes por debajo del 7%, de modo tal de que haya claridad del efecto de una retroactividad en este caso. ¿Qué significa exactamente la adecuación para que nadie -ya con este criterio- tenga el derecho a retiro de excedente?

El Honorable Senador señor Chahuán indicó que este es un tema de la mayor importancia porque transversalmente - la comisión técnica y los ex Ministros- todos los sectores políticos y además los sectores de estudio de toda la sensibilidad han querido avanzar en términos de incorporar un concepto de seguridad social en el 7%. Ya no va a ver derecho al cobro de excedente, pero el aporte del 7% va a incorporar una dosis de solidaridad para los efectos de entender claramente que todos los chilenos contribuyen.

Agregó que esto tiene que ir complementado con otras medidas como avanzar con la ley para sancionar el otorgamiento de pago de licencias médicas falsas.

La Honorable Senadora señora Órdenes consultó si con esta indicación, al acoger la propuesta de la cotización obligatoria del 7% para las ISAPRES, se dejaría de hablar a futuro de excedentes.

Según datos entiende que aportó la Superintendencia de Salud aproximadamente un 30% de los afiliados tienen contratado un plan cuyo precio final es inferior al 7%, por lo tanto, a ese 30% le subirá un poco su precio.

La Ministra de Salud reiteró que las personas tienen que cotizar el 7%, independiente de lo que cueste su plan. Si el plan cuesta más del 7%, por cierto, que debe aportar por sobre aquello, y se debe recordar que el promedio de las cotizaciones en ISAPRES excede el 7%, llegan al 9 o 10%.

Expresó luego que, sin embargo, a partir de hace algunos años, existe la posibilidad, que de alguna forma escapa justamente a los principios de la seguridad social, ciertas personas que quieran tener un plan más barato pueden pactar un plan por debajo del 7%. Esa proporción efectivamente es un poco menos de un tercio de las personas. A esas personas se les descuenta el 7%, porque legalmente se les tiene que descontar. Lo que sucede es que la

diferencia entre el precio del plan y lo que ellos están cotizando es lo que pueden usar como excedente durante el año. Se debe hacer presente que en los contratos individuales de las ISAPRES hay muchos elementos que no necesariamente cumplen con la solidaridad que uno piensa en la seguridad social.

Añadió que, dado que dichas personas están pagando por un plan que tiene un costo menor, lo que se propone en la indicación es que se le tienen que ofrecer servicios adicionales para cumplir o para justificar el que ahora su plan va a costar al menos la cotización legal, a menos que después quieran cambiar a un plan de mayor costo.

Recordó que la Corte Suprema pide que el pago de los cobros en exceso producto de la no aplicación de tabla de factores sea por vía de excedente, por lo tanto, van a seguir existiendo los excedentes para el pago de la deuda.

El Superintendente de Salud manifestó que la ley permite a las ISAPRES cobrar cotizaciones desde el 7% hacia arriba. También se permite por la ley que se puede generar excedentes de no más del diez por ciento, o sea, hasta un 6,3 % en el momento de pactar el contrato. Los contratos están establecidos en UF, no porcentualmente respecto a los ingresos, por lo tanto, si los ingresos son fluctuantes, no necesariamente lo que pactaste al inicio, va a seguir siendo el mismo porcentaje siempre. Por eso, es posible que haya incluso personas que paguen menos del 6,3%, si se han bajado o se han modificado sus remuneraciones.

Enseguida puso de relieve que esta medida efectivamente corrige una distorsión porque el 7%, que es una cotización, se descuenta antes de impuestos. Sin embargo, queda a disponibilidad de las personas el remanente para un uso distinto, por la vía de los excedentes, incluyendo la recuperación de los mismos en enero en dinero efectivo, con dinero que fue descontada antes del impuesto.

Esta medida corrige, por tanto, una distorsión que opera en el sistema de la mejor forma posible, porque no va a ser exacto ya que considera un periodo de tiempo de seis meses por las posibles fluctuaciones de ingresos mensuales. En consecuencia, cada cierto tiempo se va a revisar para determinar si se generaron o no excedentes, pero va a tender a minimizar esa diferencia y a ser mucho más correcto el cobro en torno al 7% de cotización.

En relación a los volúmenes de personas que tenían planes por debajo del 7%, señaló que porcentualmente en abril era el 30% y hoy día estamos en torno al 27% aproximadamente.

La Honorable Diputada señora Gazmuri manifestó compartir la idea de la solidaridad. Consultó cuán viable es esta propuesta de aplicarlo para personas que ya tienen contratos vigentes y de modo retroactivo.

El Honorable Senador señor Latorre consultó en qué medida esta propuesta del Ejecutivo -aparte de apoyarla porque transita a principios de seguridad social- cierra espacios a una posible judicialización.

La Ministra de Salud explicó que esta indicación es sobre el tema futuro, de aquí hacia adelante no se va a poder comercializar planes bajo al 7%.

La indicación N° 11, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

El Honorable Senador señor Chahuán fundó su voto señalando que esta norma forma parte del concepto de seguridad social, que es elemental para incorporar en una nueva reforma a la salud.

El Honorable Senador señor Gahona solicitó dejar constancia para la historia fidedigna de la ley, que esta disposición tendrá su aplicación solo a partir de la aplicación del fallo.

La indicación N° 11.A, de S.E. el Presidente de la República, incorpora, a continuación del numeral 14), nuevo, el siguiente numeral 15), nuevo:

“15) Intercálase, en el inciso segundo del artículo 189, entre la palabra “libremente” y la expresión “las prestaciones”, la siguiente frase: “el plan de salud, el cual podrá considerar bonificación de prestación a prestación o por paquetes de prestaciones, debiendo detallar”.”.

La señora Ministra recordó que cuando se habló del pago de contención de costos, las ISAPRES y la comisión técnica, solicitaron que las ISAPRES usen mecanismos de pago tipo GRD, explicó que este es el artículo que faculta a aquello.

La indicación N° 11.A, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

ARTÍCULO 2°

La indicación N° 12, de S.E. la Vicepresidenta de la República, reemplaza el artículo 2° por el siguiente:

"Artículo 2°.- La Superintendencia de Salud determinará por medio de una circular dictada especialmente para estos efectos, el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud previsional a los que las Instituciones de Salud Previsional aplicaron una tabla de factores elaboradas por ellas mismas y distinta a la Tabla Única de Factores establecida por la Superintendencia de Salud.

Dicha circular contendrá, al menos, las siguientes instrucciones para las Instituciones de Salud Previsional:

1. La obligación de adecuar el precio final de todos los contratos previsionales de salud que se encontraban vigentes al 1° de diciembre de 2022 y que no empleaban la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud, proceso que deberá realizarse al mes subsiguiente de la dictación de la circular a la que hace referencia el inciso primero de este artículo.

Esta adecuación no podrá importar un alza del precio final de los contratos vigente.

La obligación de adecuar tampoco podrá importar una reducción del precio pactado de los contratos bajo el valor de la cotización legal obligatoria vigente al momento en que fue calculada la adecuación del precio final. El valor de la cotización legal obligatoria se calculará sobre el monto promedio de los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión según sea el caso, contados desde el cálculo de la de adecuación. Si, al momento de aplicar la adecuación señalada en este numeral, la persona afiliada contaba con un contrato previsional de salud con un precio pactado inferior a su cotización legal, el procedimiento de adecuación no podrá importar una modificación de dicho precio.

2. La obligación de suspender el cobro por las cargas no natas y menores de dos años de edad.

3. La obligación de informar a la Superintendencia de Salud todos los contratos que, con ocasión de la aplicación de los numerales precedentes, resulten con un precio final inferior al cobrado y percibido por la Institución respectiva, debiendo señalar esas diferencias en unidades de fomento, por cada uno de ellos; especificando si la diferencia ocurre por aplicación del numeral uno o dos precedentes.

4. La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes, las cantidades percibidas en exceso por las

Instituciones de Salud Previsional, desde el 1° de abril de 2020, producto del procedimiento de adecuación de tabla de factores.

5. La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes, las cantidades percibidas por las Instituciones de Salud Previsional por concepto de cobro de cargas no natas y menores de dos años de edad, desde el 1º de diciembre de 2022, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes. Estos cobros no podrán ser exigidos o realizados de manera retroactiva, una vez que la persona beneficiaria cumpla dos años de edad.

Calculado el precio final de los contratos de conformidad al numeral uno anterior, las Instituciones de Salud Previsional sólo podrán realizar un alza del precio final de dichos contratos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o personas beneficiarias y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar allí previstos así lo determine, alza cuyo cobro se suspenderá hasta que la nueva persona beneficiaria cumpla dos años de edad.

Lo referido en el presente artículo es sin perjuicio de las adecuaciones de precios que legalmente correspondan de conformidad a esta ley y al decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, así como la obligación de enterar la cotización establecida en el artículo 84 del decreto ley N° 3.500, de 1980.

La presente circular también deberá indicar la forma y plazo en que las Instituciones Previsionales de Salud notificarán a las personas afiliadas de los cambios efectuados en los contratos de salud producto de las adecuaciones señaladas en los numerales 1 y 2, así como cualquier otra medida que la Superintendencia de Salud estime pertinente.”.”.

El Honorable Senador señor Castro González expresó que este es un tema más complejo y de fondo, porque debe resolver como se va a aplicar hacia atrás este equilibrio del 7% y los planes que ya estaban y además se agregó el tema relativo al cobro de los nonatos y menores de dos años y el modo en que se compatibiliza con las normas del ICSA, que se introducen en el proyecto de ley que se estudia en la Cámara de Diputados.

La Ministra de Salud manifestó que efectivamente la indicación propone la mecánica que exige la Corte Suprema para la aplicación de la nueva tabla de factores. En el fondo se está refiriendo a todas las modificaciones que van a tener los contratos producto de la tabla de factores y cita de alguna forma la sentencia en el sentido que las adecuaciones no pueden provocar una subida del precio, producto de la tabla de factores. Añadió que las ISAPRES deberán informar aquellos casos en los cuales se habría producido un cobro excesivo.

El Superintendente de Salud señaló que en esta indicación primero se establece el plazo para poder emitir la circular por la Superintendencia y que el proceso va a entrar en vigencia el mes subsiguiente de haberse dictado, da un plazo en definitiva de 60 días. La propuesta señala que la Superintendencia determinará mediante una circular cómo se va a ejecutar la adecuación de los precios a la tabla de factores única.

Agregó luego que la norma se refiere a la obligación de adecuar y allí se contienen conceptos que están incorporados en los mismos fallos y, en consecuencia, la obligación no podrá importar alza de precio y tampoco una reducción, lo que es coherente con lo que se acaba de aprobar de que no van a haber planes por debajo de la cotización legal obligatoria vigente.

Indicó que el punto 2 de la indicación se refiere a la suspensión del cobro por las cargas nonatas y menores de dos años. Enseguida el numeral 3 impone la obligación de informar a la Superintendencia todos los contratos que con ocasión de la aplicación de los numerales anteriores resulten con un precio final inferior al cobrado y percibido por la institución respectiva. Por lo tanto, se señala aquí las diferencias en unidades de fomento por cada uno de ellos y se especifica si la diferencia ocurre por la aplicación del numeral 1 o 2 precedente.

En síntesis, la indicación establece todo el formato en que se va a realizar la circular, que permitirá por una parte reducir los precios de aquellos planes o contratos que tienen una tabla de factores anteriores a la tabla de factores de la circular 343 y que impide el alza; salvo que ingresen o se incorporen nuevas cargas, y reconoce obviamente otras alzas asociadas a lo que legalmente se permite.

En relación al no cobro por los menores de 2 años, precisó que significa una disminución de ingresos que los fallos imputan al GES, pero que efectivamente no está cubierta por esta. Lo que se plantea en el proyecto de ley es que se pueda generar un mecanismo que permita calcular un ingreso para compensar o cubrir esas coberturas, mediante un prorrateo en el resto de la cartera; y debe ser en la totalidad de la cartera de la ISAPRE, puesto que el monto que se incrementa es bastante más residual que si se imputara, por ejemplo, a una solidaridad dentro del mismo contrato o del mismo grupo familiar.

Esto incorpora el principio de solidaridad, de mutualización sobre la que nos pronunciaremos luego. Se trata de una mutualización hacia el futuro que sí incorpora principios de solidaridad. No opinan lo mismo respecto al efecto de la mutualización hacia atrás.

El Honorable Senador señor Chahuán hizo presente que esta indicación recoge el trabajo de la comisión técnica surgida al alero de la Comisión de Salud del Senado. Por otra parte, también permite entender que

un sistema de seguro requiere de mutualización del riesgo, para adelante en este caso, como lo explicó el Superintendente.

El Honorable Senador señor Castro González pidió precisar el criterio sobre la aplicación en una u otra circunstancia de la llamada solidaridad dentro del sistema y en este caso para el cobro que se suspende por efecto judicial de los nonatos o menores de dos años, pero que viene asociado al indicador que propuesto del ICSA nuevo; con un agregado especial de redistribución de ese costo en toda la cartera.

La Honorable Diputada señora Gazmuri solicitó una explicación ya que la orden emanada de la Corte Suprema impide cobrar por los nonatos y menores de dos años, porque ya estaban incluidos en el cobro del GES, si ahora el cobro se mutualiza ¿se estaría cobrando dos veces?

La Ministra de Salud expresó que con respecto al tema de los menores de dos años, efectivamente la Corte pide la suspensión del cobro hasta que cumplan con aquella edad y plantea que está recogido el costo de las prestaciones en el GES y posteriormente -en el segundo fallo- pide que el estudio de verificación de costo incorpore de alguna forma el costo de los menores de dos años, dando cuenta de que ese cobro no existe. Precisó que no es que esté siendo incorporado en el GES.

Añadió que en GES hay ochenta y siete problemas de salud, entre ellos la neumonía ambulatoria, pero el brote de virus sincicial de este invierno, que significó miles de hospitalizaciones de niños, no está cubierto en el GES, siendo esa una de las prestaciones con mayor frecuencia y costo, para el Seguro Público como para las personas que están afiliadas al Seguro Privado. Esa es una demostración de prestaciones que no están incluidas en los problemas priorizados.

Acotó que hay patologías muy habituales en menores de 2 años que no están comprendidas en GES como, por ejemplo, los cuadros respiratorios hospitalarios. Efectivamente, hay servicios que se prestan a los menores de dos años y que no están recogidos en ninguno de los instrumentos en este momento. Por eso, lo que se propone en la indicación es que la Superintendencia fije el gasto, no un plan del menor de dos años, sino que cuánto es el gasto en los menores de dos años y eso se prorratee entre todos los afiliados.

El Superintendente de Salud señaló que el problema tiene que ver con el equilibrio que se genera o se debe generar a propósito de fallos que tienen como efecto la disminución de ingresos. Para equilibrar esos menores ingresos o se traspasa la totalidad de los menores de ingresos de nuevo a la cartera o se comparte de alguna forma también con quienes deben pagar, que son los que han sido sentenciados.

A título personal indicó que una de las formas de avanzar, es que las ISAPRES aumenten su capital; y aunque su planteamiento fue controvertido por varias personas, es posible señalar que a la Superintendencia ha llegado el informe de un hecho relevante donde una ISAPRE aumenta 2.000 millones de pesos de capital y otra ISAPRE anuncia un aumento de capital de 10.000 millones de pesos. Esto es consecuencia de que la industria ha tenido que responder a la situación que está pasando, porque evidentemente se requiere para poder enfrentar los próximos meses tanto aumento de capital como aumento de ingresos.

Puntualizó que actualmente, se empieza a ejecutar una disminución de ingresos del orden del 12% y evidentemente el aumento capital puede ayudar a empujar a que llegue más adelante la ISAPRE, pero no puede ser la única vía.

Añadió luego que, en el caso de los menores de 2 años, si se debe adelantar la medida a propósito de los problemas de judicialización, habrá que compensar también esos menores ingresos.

¿Por qué razón con una mutualización hacia adelante y que es distinta respecto de la retroactiva? Porque en este mismo caso de los menores de 2 años, se genera una deuda y la deuda tendrá que ser pagada respecto a aquellos que pagaron más. O sea, aquellos que tienen menores de 2 años y que siguen pagando hasta el día de hoy, esa deuda se genera y se paga respecto de ellos. No se mutualiza la deuda, ni se disminuye. Sigue siendo la misma respecto de cada una de las personas que pagó producto de tener un niño menor de dos años.

Indicó que hacia adelante los menores ingresos se equilibran aumentando el ingreso con un principio más bien de sálvese quien pueda y al grupo familiar tiene que aumentársele el valor de su plan o, eventualmente, solidariamente toda la cartera de la respectiva ISAPRE de alguna asume sus menores de ingresos.

Señaló que es inconveniente mutualizar hacia atrás., porque si se cobró individualmente, no puede solidarizar la deuda en el juicio. Pero además de eso, la Corte ha sido muy clara y ordeno devolver contrato a contrato. Por esa razón, si se mutualiza la deuda retroactivamente, no se dará cuenta de la real deuda o diferencia que existe entre cada una de las personas.

Si a una persona le devuelven menos de lo que ha calculado, irá a la justicia a reclamar y se volverá a reabrir la judicialización. Esa es la diferencia entre mutualizar una deuda hacia atrás, que hacerlo respecto a los menores de ingresos que proyecta, una fórmula distinta hacia futuro de cómo ir compensando estos menores de ingresos.

La Ministra de Salud respondiendo al Senador Castro González señaló que en el presente proyecto se establece que cada una de las ISAPRES debe informar a la Superintendencia respecto de las deudas, persona a persona, con RUT y en UF. Esa nómina y forma de cálculo va a ser revisada de acuerdo al proyecto por el Consejo Consultivo para su aprobación, junto con el plan de pago, y con la propuesta si es que requiere de un ajuste extraordinario y también con la propuesta de medidas para mejorar la eficiencia del gasto. Esas listas, persona a persona, van a estar disponibles en la Superintendencia. Va a ser la forma en que primero se va a revisar si corresponden en forma y, por cierto, pueden estar disponibles para la revisión de cada uno de los afiliados.

El Presidente de la Asociación de Isapres de Chile A.G., señor Gonzalo Arriagada señaló que respecto de los niños menores de dos años, coinciden con la Superintendencia en tener una medida correctiva en relación a esta materia. Efectivamente la Corte ha señalado -por las razones que ellos han estimado y que no comparten- que los costos de los menores de dos años estén incluidos en el GES, ya que estas garantías son coberturas por enfermedad y los niños de cero a dos años tienen múltiples enfermedades, muchas de las cuales obviamente no están en el GES. Consideró adecuado lo que está proponiendo la Superintendencia, de incorporar los costos de manera que estén financiados efectivamente.

En relación a la norma que hace referencia a los contratos vigentes al 1 de diciembre de 2022, señaló que se alejaría de lo que el fallo judicial exige porque los ajustes de precios se deben hacer a los afiliados que están siendo administrados por las compañías y naturalmente muchos de los afiliados vigentes a esta fecha ya no se encuentran vigentes en las compañías.

Luego hizo presente que deberá realizarse el ajuste de los precios al cambiar de tabla el mes subsiguiente de dictada la circular. Pero allí surge la complicación porque en ese plazo recordó que las ISAPRES deben proponer un plan, un plan mediante el cual se pagan las deudas y un plan mediante el cual ajustamos los ingresos para poder obtener un equilibrio financiero. Por ello sugieren que dicho plazo debe ajustarse al mes subsiguiente en que esté aprobado el plan.

El Honorable Senador señor Gahona hizo presente la necesidad de entender que el cálculo de la deuda debiera ser el de la deuda neta del sistema, porque si se hace contrato a contrato, efectivamente lo que habrá es devolverle a todos los que se cobró de más, pero a todos los que se les cobró de menos, no devuelven nada. Sin este equilibrio se pondrá en peligro la sostenibilidad del sistema.

La Ministra de Salud respondiendo al Senador Castro González expresó que la propuesta que analizan solo se refiere a la mecánica y no entra en la forma de hacer el cálculo. Simplemente define que hay un momento en

que la Superintendencia resuelve que se aplica la nueva tabla de factores por medio de una circular. Añadió que, desde su punto de vista, la sentencia define los contratos que estaban vigentes al momento de la sentencia.

Agregó luego que no solo habrá dos reajustes, sino que también dos rebajas. Las personas van a tener una primera rebaja en enero, que va a ser sustantiva, una rebaja del cobro del GES, que en algunas ISAPRES es muy sustantiva, pero que en promedio va a significar una reducción del pago de las personas. Esa rebaja es muy sustantiva y pone en riesgo la estabilidad financiera de algunas ISAPRES, y particularmente hacia el futuro si esto se prolonga en el tiempo, sería finalmente de todas, por eso es que el proyecto tiene distintos mecanismos de compensación, y efectivamente se propone que el reajuste normal de julio se adelante a abril y que ese reajuste por una vez, sólo por este año, reconozca de mejor forma la diferencia de los costos de operación sólo de las ISAPRES y se desancle de FONASA, para que se pueda recuperar de mejor forma.

Indicó que, en abril, por ejemplo, podría haber un reajuste, que sería una cuantía significativamente menor a la rebaja que ocurrió en enero. Posteriormente, cuando se emita la circular, las personas que estaban con una tabla de factores distinta, van a observar una nueva rebaja.

Por ello las personas van a tener dos rebajas y un reajuste cierto, que va a ser la aplicación del ICSA, que si se aprueba va a ser en abril.

En otro orden de cosas, **la Ministra de Salud** explicó que, a propósito del proyecto de ley de reajuste, se incorporó una propuesta de adelantar el reajuste de GES, que fue aprobada finalmente. Explicó que hay tres temas que están en este momento relacionados con dar una conducción adecuada a la situación de las ISAPRES. Uno, de cortísimo plazo, que es enfrentar las consecuencias de la sentencia de la garantía explícita de salud. La segunda, de mediano plazo, que es bastante corto, que es lograr aprobar el proyecto en discusión. Y un tercer elemento, que tiene que ver con la discusión sobre una reforma de salud.

Informó que recurrieron a la ley de reajuste dado que, la sentencia GES, tiene un efecto inmediato en la disminución de la recaudación de las ISAPRES, es una sentencia que, a juicio del Ejecutivo, corresponde porque suspende los cobros en exceso e injustificados de las ISAPRES, sin embargo, tiene un efecto que lleva a desestabilizar el sistema y la responsabilidad siempre ha estado en los pacientes, en mantener la continuidad de la atención de los servicios.

Es por ello que el Ejecutivo planteó adelantar una medida, que es insuficiente para dar respuesta a toda la situación de la ISAPRES, es solamente un puente de tiempo, que permite mitigar en parte el efecto de la reducción de ingresos, en el entendido que, posteriormente se aprobaría la ley

corta, que es la que tiene los mecanismos y las compensaciones para garantizar una estabilidad del mediano plazo, mientras se discuten más profundamente elementos de reforma sectorial.

La propuesta presentada adelantaba indicaciones del proyecto de ley en discusión, relacionados con el reajuste, que normalmente se hace en julio y que será en abril. Tal como lo recomendó la comisión técnica, por una vez, en forma excepcional, no consideraría el factor de ponderación de FONASA, explicando de que el índice de costos de la salud es un mecanismo de contención de costos y, por lo tanto, sigue existiendo un mecanismo de contención de costos, por más que se levante en forma excepcional el efecto de FONASA y el otro elemento que se estaba incorporando es el materializar la suspensión del cobro de los menores de dos años, que está en la sentencia de tabla de factores, en que la Corte Suprema pide que a los menores de dos años no se cobre y prorratear lo que significa esa reducción de ingresos en la cartera.

El señor Arriagada consideró que la propuesta de adelantar el reajuste en la ley miscelánea del reajuste del sector público, es una solución insuficiente, sostuvo que del 12% de caída de ingresos que va a tener la industria, compensa menos de la cuarta parte. Por tanto, no es una solución que en realidad vaya a conseguir el equilibrio y estimó que, si no viene acompañada con medidas adicionales de corto plazo, pudiera tener consecuencias complicadas para más de alguna de las ISAPRES.

El Honorable Senador señor Durana recordó que se está legislando un sistema que va a impactar en millones de personas, un sistema que va a impactar fundamentalmente a personas mayores de 50 años, que su traspaso a un sistema único de salud, va a ser en condiciones muy negativas, porque ellos no van a tener ninguna posibilidad de contar con un sistema alternativo. La Comisión debe escuchar la opinión de todos los actores.

El Honorable Senador señor Castro González solicitó al Superintendente que aclare lo relacionado a las consideraciones tenidas en cuenta para calificar el número de contratos o planes de salud estarían afectos a este numeral 1 del artículo 2°, que propone la indicación número 12, que tiene que ver con contratos de precio final, que no eran de tabla única, vía circular del 11 de diciembre del 2019.

Consultó cuántos contratos son, cuantos quedarían a la baja, cuantos quedarían iguales y los montos de devolución. En la ley no está tipificado el monto, pero están los criterios.

El Superintendente de Salud sostuvo que el artículo 2° del proyecto de ley establece que como Superintendencia deben dictar una circular para generar la adecuación en virtud de la tabla única de factores, de la circular 343 de la Superintendencia que la que ha reconocido la Corte Suprema.

Señaló que esa circular establece, primero, la obligación de que todos los contratos que estén vigentes al 1 de diciembre del 2022, que es el momento en que queda ejecutoriada la sentencia de la Corte Suprema, tiene que generar esta adecuación.

A partir de ahí se empieza a generar la diferencia de los cobros que se habrían realizado, pero con una retroactividad, que dice relación con la entrada en vigencia de la misma circular 343, eso es abril del año 2020.

Por eso que se circunscribe una deuda retroactiva de dos años, pero después se empieza a generar una deuda prospectiva, desde diciembre en adelante, en virtud del tiempo que va pasando y que se continúa sin ajustar los precios a lo establecido por la Corte Suprema.

Señaló que es difícil dimensionar al día de hoy una deuda, aun cuando ya conocen la magnitud.

Manifestó que prefiere no dar cifras, aun cuando sean especulativas, porque la misma dinámica de este proyecto de ley va modificando algunos elementos que puedan finalmente generar sumas que sean distintas. Esa incertidumbre no permite establecer un cálculo de manera responsable y el impacto que este pueda tener en el cumplimiento o no de los indicadores.

El artículo además señala que esta adecuación, no puede importar alza a los contratos vigentes, tampoco una reducción del precio pactado de los contratos bajo el valor de la cotización legal obligatoria. Lo que es concordante a lo ya aprobado respecto del 7%.

En el numeral 2 del artículo, se refiere a la obligación de suspender el cobro por las cargas nonata. No obstante, está la discusión en la ley de reajuste este tema, y se ha querido adelantar esta materia. Actualmente, hay un creciente número de recursos en la Corte que finalmente podrían fallarse a favor de los afiliados y podría generar un aumento en el desequilibrio financiero. Por lo cual, estiman que es importante adelantar esta medida.

Por lo tanto, es probable que el numeral 2, ya esté resuelto con anticipación en el proyecto de ley de reajuste.

El numeral 3, se refiere a la obligación de informar a la Superintendencia los contratos, que, con ocasión de la aplicación de estos numerales, resulten con un precio final inferior.

Explicó que esta diferencia que se genera debe ser informada por la propia ISAPRE a la Superintendencia, señalando las diferencias que se

generan en unidades de fomento por cada uno de ellos y especificando si esta diferencia ocurre por la aplicación de alguno de los numerales precedentes.

Indicó que cuando la diferencia es superior, el precio se mantiene.

El numeral 4, contiene la obligación de restituir las cantidades percibidas en exceso por las instituciones de salud previsional, con una retroactividad que es desde el 1 de abril.

Además, el numeral 5, menciona que las cantidades percibidas por las ISAPRES, por concepto de cobro de carga nonata, desde el 1º de diciembre, no podrán ser exigidos o realizados de manera retroactiva. Comentó que esto también es concordante con lo que planteó la Corte Suprema, que en el caso de las cargas de niños menores de 2 años y nonatos, serían imputables desde diciembre del 2022 en adelante. O sea, no hay un efecto retroactivo como en el caso de las tablas de factores.

Calculado el precio final de los contratos de conformidad al numeral 1, las ISAPRES solo podrán realizar un alza de precio cuando existan estas razones fundadas, como son la incorporación de nuevas cargas o personas beneficiarias y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar así lo determine. Por lo tanto, esa alza no puede ser arbitraria.

Ello es sin perjuicio de las adecuaciones de precios que legalmente están establecidas.

La circular deberá indicar la forma y el plazo en que las ISAPRES van a notificar a las personas afiliadas de los cambios efectuados en los contratos de salud, que han sido establecidos en los numerales 1 y 2, por lo tanto, las rebajas tienen que ser notificadas por las mismas ISAPRES.

El Honorable Senador señor Chahuán manifestó su intención de hacer una reserva de constitucionalidad de esta norma, para buscar una alternativa de solución.

El señor Arriagada recordó que se solicitó que se pudiesen determinar las consecuencias de las indicaciones que se habían presentado, además, consideró importante conocer el monto de la deuda que se está estimando. La comisión técnica estimó la deuda con dos factores, el 7% y la mutualización y calculada respecto a una cierta cartera de afiliados.

Con las indicaciones presentadas, se han alterado dos de eso aspectos. Por una parte, se considera solo el 7% y no la mutualización y, por otra, se considera otra cartera. Reiteró que no conocen el monto de esa deuda.

El Honorable Senador señor Castro González señaló que está claro que el Ejecutivo no acogió la mutualización. Respecto a la cartera, no sé

cuál es la duda, manifestó entender que hay un corte de cartera, que se hace a abril a abril 2020 y el pasivo, se calcula a ese corte, para definir qué precios finales quedan por debajo del precio que tenían esos contratos, y a partir de ese volumen de contratos, que quedan con un saldo a favor, se calcula un pasivo.

El señor Superintendente enfatizó que, si el regulador da una cifra, no tendría sentido sostener la circular que mantiene el pasivo contingente. Por tanto, si da un número, las ISAPRES tendrían que estar obligadas a tener que provisionar esa cifra.

Por lo tanto, manifestó no entender el emplazamiento, más aún cuando hay elementos que están variando en virtud de la tramitación de este proyecto de ley, y eso ha sustentado la ampliación de plazo que han dado respecto a la circular anterior.

Respecto a la cartera, es correcto lo señalado por el Senador Castro González. Aclaró que todos aquellos contratos que terminaron antes de la sentencia, no están afectos, por lo tanto, no había ningún derecho que se haya generado a partir de la sentencia.

El Honorable Senador señor Chahuán manifestó que es necesario que la Superintendencia tenga facultades, porque estimó, es la llave maestra, pero como hizo una reserva de constitucionalidad, adelantó que se va a abstener.

El Honorable Senador señor Latorre estimó que se trata de un artículo relevante, dado que las personas que judicializaron masivamente los cobros excesivos, van a estar esperando cuanto es lo que les deben y cómo se les va a pagar y en qué plazos, y ese es el rol de la Superintendencia.

El Honorable Senador señor Durana adelantó que votará en contra, con el objetivo de solicitar votación separada en la Sala, consideró que el tema de la mutualización debería ser analizada por el Senado.

El Honorable Senador señor Castro González, manifestó que es un tema que ha sido extremadamente judicializado. Fue el fallo más gravitante hace un año atrás, que generó la primera controversia respecto a la viabilidad del sistema, la segunda, fue la del GES.

Recordó que hubo un largo proceso de fórmulas de estimaciones de monto de pasivo, de fórmulas de pago del pasivo, plazos, y la mutualización efectivamente, surgió de la propuesta de la comisión técnica.

Sostuvo que ese criterio no fue tomado en el fallo judicial. Manifestó que es un tema opinable, es un tema que ha sido un criterio en la historia

judicial chilena, en la lógica de los seguros privados, pero dejó de serlo en las últimas sentencias.

Sostuvo que es perentorio que se aplique un criterio determinado, que a su juicio es el criterio de la indicación, para que exista claridad en las personas.

- Puesta en votación la indicación N° 12, resultó aprobada por la por la mayoría de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Latorre y señora Órdenes. El Senador señor Chahuán, se abstuvo y el Senador señor Durana, votó en contra.

La indicación N° 12.A, de los Honorables Senadores señores Gahona y Chahuán, sustituye el artículo 2º por el siguiente:

“Artículo 2°.- La Superintendencia de Salud determinará por medio de una circular dictada especialmente para estos efectos, el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud previsional a los que las Instituciones de Salud Previsional aplicaron una tabla de factores elaboradas por ellas mismas y distinta a la Tabla Única de Factores establecida por la Superintendencia de Salud.

Dicha circular contendrá, al menos, las siguientes instrucciones para las Instituciones de Salud Previsional:

1. La obligación de adecuar el precio final de todos los contratos previsionales de salud que se encontraban vigentes al 1° de diciembre de 2022 y que no empleaban la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud, proceso que deberá realizarse al mes subsiguiente de aprobado el Plan de pago y ajuste contenido en el artículo 3º.

Esta adecuación no podrá importar un alza del precio final de los contratos vigentes.

La obligación de adecuar tampoco podrá importar una reducción del precio pactado de los contratos bajo el valor de la cotización legal obligatoria vigente al momento en que fue calculada la adecuación del precio final. El valor de la cotización legal obligatoria se calculará sobre el monto promedio de los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión según sea el caso, contados desde el cálculo de la adecuación. Si, al momento de aplicar la adecuación señalada en este numeral, la persona afiliada contaba con un contrato previsional de salud con un precio pactado inferior a su cotización legal, el procedimiento de adecuación no podrá importar una modificación de dicho precio.

2. La obligación de suspender el cobro por las cargas no natas y menores de dos años de edad.

3. La obligación de informar a la Superintendencia de Salud todos los contratos que, con ocasión de la aplicación de los numerales precedentes, resulten con un precio final inferior al cobrado y percibido por la Institución respectiva, debiendo señalar esas diferencias en unidades de fomento, por cada uno de ellos; especificando si la diferencia ocurre por aplicación del numeral uno o dos precedentes.

4. La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes, las cantidades percibidas en exceso a todos los contratos administrados por las Instituciones de Salud Previsional al momento de dictarse la presente ley.

5. La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes, las cantidades percibidas por las Instituciones de Salud Previsional por concepto de cobro de cargas no natas y menores de dos años de edad, desde el 1° de diciembre de 2022, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes. Estos cobros no podrán ser exigidos o realizados de manera retroactiva, una vez que la persona beneficiaria cumpla dos años de edad.

Calculado el precio final de los contratos de conformidad al numeral uno anterior, las Instituciones de Salud Previsional sólo podrán realizar un alza del precio final de dichos contratos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o personas beneficiarias y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar allí previstos así lo determine, alza cuyo cobro se suspenderá hasta que la nueva persona beneficiaria cumpla dos años de edad.

Lo referido en el presente artículo es sin perjuicio de las adecuaciones de precio que legalmente correspondas de conformidad a esta ley y al decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, así como la obligación de enterar la cotización establecida en el artículo 84 del decreto ley N°3.500, de 1980.

La presente circular también deberá indicar la forma y plazo en que las Instituciones Previsionales de Salud notificarán a las personas afiliadas de los cambios efectuados en los contratos de salud producto de las adecuaciones señaladas en los numerales 1 y 2, así como cualquier otra medida que la Superintendencia de Salud estime pertinente. La Superintendencia podrá autorizar a las Instituciones de Salud Previsional a efectuar las notificaciones respectivas a través de correo electrónico u otros medios tecnológicos.

-La indicación N° 12.A, fue retirada.

ARTÍCULO 3°

La indicación N° 13, de su Excelencia la Vicepresidenta de la República, reemplaza el artículo 3° por el siguiente:

"Artículo 3°.- Dentro del plazo de un mes contado desde la publicación de la circular mencionada en el artículo anterior, prorrogable por una única vez por un mes, las Instituciones de Salud Previsional deberán presentar a la Superintendencia de Salud un plan de pago y ajustes, el cual deberá incluir, al menos, lo siguiente:

a) Una propuesta de devolución de la deuda que resulte de la aplicación de las reglas contenidas en el artículo anterior, para cada mes en que se ocupó una tabla distinta a la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. Esta propuesta deberá contener, al menos, el número de contratos afectos a devolución; los montos a devolver a cada persona afiliada por contrato de salud, expresados en unidades de fomento; el plazo máximo de devolución; las modalidades de devolución; y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.

b) Una propuesta de reducción de costos de la Institución.

c) Una propuesta fundada de alza de precio base para todos los contratos que administre en un porcentaje o monto necesario para cubrir el costo de las prestaciones, licencias médicas y otros beneficios de sus personas afiliadas y beneficiarias.

Respecto a la propuesta señalada en el literal a) anterior, el plazo de devolución de la deuda podrá ser de hasta diez años.

Respecto a los montos adeudados, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas en forma de excedentes, pudiendo ellas requerirlos para los fines previstos en el inciso cuarto del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud. Para estos efectos, la deuda se devengará mensualmente en cuotas iguales que se reconocerán en la cuenta corriente a que se refiere el artículo 5°.

Alternativamente, las Instituciones de Salud Previsional siempre podrán ofrecer acelerar el pago de la deuda y pagar parcialmente o la totalidad de la deuda en efectivo directamente a las personas afiliadas.

Respecto de la propuesta de alza establecida en la letra c) anterior, esta no podrá considerar el déficit que pudiese haber presentado la Institución de Salud Previsional con anterioridad al 30 de noviembre de 2022.

La Superintendencia de Salud, previa revisión del cumplimiento de los contenidos mínimos del plan respectivo, lo remitirá dentro del plazo de cinco días al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá 30 días para emitir una recomendación fundada por plan presentado por cada Institución de Salud Previsional. Cumplido dicho plazo y considerando la recomendación del Consejo, la Superintendencia deberá pronunciarse sobre el plan respectivo, aprobándolo o instruyendo cambios necesarios para su aprobación, dentro del plazo de 10 días contados desde que recibió la respectiva recomendación del Consejo. En contra de esta resolución no procederá recurso alguno.

En el evento que la Superintendencia de Salud instruya cambios al plan, la Institución de Salud Previsional deberá presentar un nuevo plan con las modificaciones correspondientes, en un plazo de treinta días contados desde la notificación del acto administrativo que instruye las modificaciones. Recibido el nuevo plan de pago y ajustes, la Superintendencia deberá remitirlo dentro del segundo día hábil al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá un plazo de diez días para entregar su recomendación. La Superintendencia se pronunciará sobre este nuevo plan, aprobándolo o rechazándolo. En contra de la resolución que lo rechace procederán los recursos de reposición y jerárquico.

Si la Superintendencia rechaza el plan modificado, deberá fijar un plan de pago y ajustes, previa consulta al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, dentro del plazo de treinta días. En este caso, la Superintendencia podrá sujetar a la Institución de Salud Previsional al régimen especial de supervigilancia y control que establece el artículo 221 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, con las mismas facultades allí indicadas.

La aprobación del plan de pago y ajustes por la Superintendencia constará en una resolución que deberá, al menos, explicitar el plazo máximo de devolución, las cuotas de devolución, las condiciones conforme a las cuales la Institución de Salud Previsional respectiva hará las restituciones de los montos adeudados, y la manera en que se notificará a cada persona.

El incumplimiento, cumplimiento tardío o parcial en la entrega del plan de pago y ajustes, o en la ejecución de este, se sancionará de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Lo anterior, sin perjuicio que, en el caso de incumplimiento de la ejecución del respectivo plan, la Superintendencia podrá establecer directamente un plan de pago y ajustes, de conformidad a las reglas establecidas en el inciso octavo.”.

El Honorable Senador señor Castro González solicitó al Ejecutivo que explique la razón de cambiar el plan de devolución a plan de pago y ajustes, porque el concepto de ajustes es reajuste de precio.

Solicitó precisar el plazo en que la Superintendencia se va a emitir la circular, porque eso en el artículo original, no estaba tipificado.

Consultó por la letra b), que significa la propuesta de reducción de costos, ¿cuál será la normativa y el criterio que se va a imponer a cada ISAPRE?

Requirió aclarar lo señalado sobre propuesta fundada de alza de precios, que viene como consecuencia de este proyecto de ley y que sería el segundo reajuste a aplicar a los afiliados durante el año 2024.

Preguntó por las características de la cuenta corriente de excedentes que se señala a continuación de la letra c).

La señora Ministra explicó que la indicación tiene por objeto ampliar el contenido del plan de las ISAPRES, que tienen que presentar a la Superintendencia, ya no es sólo un plan de devolución, sino que ahora es un plan de pago y ajustes.

En esta indicación, el Ejecutivo está recogiendo una de las propuestas de la comisión técnica, que es la posibilidad de tener un alza de precio base extraordinaria para todos los contratos, de manera de que las ISAPRES logren el equilibrio financiero.

Se realiza atendiendo a la complejidad financiera que implica el cumplimiento de la sentencia y el agregado de la sentencia GES, que requiere tener a la vista la posibilidad de que logre el equilibrio financiero la industria.

Sin embargo, esta posibilidad no puede ser desbalanceada en el sentido de que la ISAPRE, dado que se le está dando la oportunidad de tener un ajuste extraordinario, tiene que proponer medidas para la contención de costos.

Junto con la posibilidad del alza de precio base, que debe ser fundada en el desequilibrio financiero, producto de esta situación y no de lo que venía arrastrando desde el pasado, tiene que estar acompañada una propuesta de reducción de costos, en el espíritu de lo que propuso la comisión técnica.

Sostuvo que, respecto al plazo de pago, también se recogen las propuestas de la comisión técnica, respecto a la devolución en el plazo de hasta 10 años, la devolución en parcialidades que se devengan mensualmente y se reducen los plazos dentro de los cuales el Consejo Consultivo y la Superintendencia se tienen que pronunciar sobre el plan de pago y ajuste.

El Honorable Senador señor Latorre consultó por la letra c), entiende que la ISAPRE paga y después propone un alza para compensar

esos pagos, en la lógica de un seguro privado con fines de lucro, que busca siempre su equilibrio financiero. Consultó por la atribución de la Superintendencia en caso que considere infundada el alza.

El Honorable Senador señor Castro González sostuvo que el precio base es el elemento para lograr el equilibrio financiero. La letra c), abre la puerta por una vez para reajustar todos los precios base de todos los planes de salud.

La Honorable Senadora señora Órdenes manifestó que este tema hay que mirarlo de una forma más sistémica. Señaló que producto de fallo GES, se produce una rebaja. Con el ICSA, si se aprueba, va a haber un incremento; con la tabla única de factores, una baja, y con el reajuste del precio del plan de base, el alza.

Esto debe ser mirado de manera integral, porque se está dando una buena noticia para los afiliados, respecto al costo del plan y, por otra parte, una mala noticia por el alza, lo cual no se sostiene. Los afiliados verán un perjuicio en su plan, además, no se establece un techo para el alza.

El Honorable Senador señor Durana observó que esta indicación va de la mano con la votación de la indicación N° 12.

Consultó al Ejecutivo si el Consejo Asesor será empoderado e independiente del Ministerio de Salud.

Comentó que el literal c), es clave porque se observa que la única solución, es subir los costos en los planes de salud. Si la deuda es importante, obviamente que habrá un aumento mayor en los costos de salud, que finalmente lo van a pagar las personas que están afiliadas al sistema privado y fundamentalmente aquellos que no tienen ninguna otra posibilidad, porque al ingresar al sistema público, no van a tener acceso a nuevos sistemas de salud y va a empeorar su calidad de vida.

Por otra parte, requirió que se aclare lo que significa “cambios regulatorios en la contención de costos”.

El Honorable Senador señor Chahuán manifestó compartir algunas de las inquietudes del Senador Durana sobre el Consejo Asesor y su integración.

Por otra parte, comentó que falta que el Ejecutivo se comprometa a proponer una reforma de salud, porque hubo un compromiso y aún no se avanza en ello.

Manifestó que no va a aprobar esta indicación en los términos planteados.

El Honorable Senador señor Castro González coincidió en la postura señalada, manifestó que es un punto crítico y señaló que no va a estar disponible a aprobar esta enmienda que propone un reajuste sin límite, para una vez que se despache este proyecto de ley, las personas se enteren de esta noticia catastrófica, que es dar luz verde para un nuevo reajuste de precios.

Solicitó que el Ejecutivo piense en un protocolo y en las enmiendas que va a proponer, sostuvo que se requieren definiciones de corto plazo, para enfrentar esta situación.

Calificó la indicación N° 13, como insalvable, que solo conmina a hacer más reajustes de precios, castigando a los afiliados.

La Ministra de Salud indicó que se debe entender que es una situación de responsabilidad, aceptar que la industria pueda tener un ajuste extraordinario para su estabilidad financiera, que no significa que carezca de un techo, porque justamente lo que ha planteado el Gobierno, es que este plan de pago y ajuste implica la revisión por un Consejo permanente, que está considerado en otra indicación.

Ese Consejo revisará los fundamentos tanto del plan de pago, como del ajuste de precios y si está debidamente fundado.

Como Ejecutivo, hubieran preferido que no existiera esta escalada de rebajas, reajustes y devoluciones, con la eventualidad de un segundo reajuste. Recordó que esta es una posibilidad que tiene que ser fundada y que tiene que plantear la estabilidad financiera de la industria.

Si bien, no dice que tenga un techo, sí va a tener una revisión por un órgano que es un Consejo Consultivo, que va a tener una formación profesionalizada.

Indicó que plantear el plan de pago sin la posibilidad de reajuste, lleva a un detrimento en la capacidad de estabilización de la industria.

Por eso, a juicio del Ejecutivo, esto está bien balanceado, en el sentido de dar una posibilidad, que es extraordinaria y que significa un esfuerzo otorgarla, a cambio de que efectivamente exista un compromiso de la industria a contener los costos y también será revisado por un Consejo con más atribuciones que el propuesto originalmente.

Con respecto al tema de reforma de salud, informó que recientemente asumieron un compromiso público en la Cámara de Diputados, de presentar un proyecto de reforma, recogiendo los elementos que se han planteado, cuya fecha es marzo del año 2025.

Manifestó que es complejo proponer una fecha más temprana, dado que también se les ha solicitado tener un mecanismo más participativo, que incorpore todo el arco político, de los trabajadores, de representantes de la asociación de usuarios de la industria y ciertamente es complejo abrir instancias participativas en tiempos acotados.

El señor Arriagada recordó que esta Comisión, encargó a una comisión técnica, que propusiera una solución a este problema; luego de tres meses de trabajo, realizó una propuesta que significaba una deuda más pequeña, que posibilitaba cumplir con el fallo y volver a los equilibrios, aplicando alzas no tan importantes.

Las indicaciones presentadas por el Ejecutivo, tienen un sentido distinto, con una deuda calculada, mayor.

Si se quiere lograr el equilibrio de las ISAPRES, va a implicar un alza de precio hacia los afiliados enorme, más alta de lo que se hubiese querido.

Respecto a la letra c) de la indicación, sostuvo que no es claro que lo que se busca es reponer el equilibrio de las compañías. Si se debe restituir un monto superior a 1.000 millones de dólares, ¿con qué recursos se va a pagar?

El Honorable Senador señor Gahona comentó que con la incorporación del adelantamiento de los ajustes al ICSA, que se presentó en Ley de Reajuste del Sector Público, evidentemente que algunos aspectos de las indicaciones que se están discutiendo, ya no son oportunos.

Señaló que hay bastantes acuerdos para mejorar la actual indicación N° 13, consultó por la disposición del Ejecutivo para incorporar dichos acuerdos, eliminando lo ya aprobado en la Ley de Reajuste del Sector Público.

Por otra parte, reiteró que sería adecuado antes de votar las indicaciones, contar con números concretos. Solicitó al Ejecutivo informar sobre el impacto de las obligaciones establecidas por la Corte Suprema, para el cumplimiento de devoluciones de los cobros en exceso que tienen que hacer las ISAPRES. Y la magnitud del ajuste que habría que hacer, para poder mantener la sostenibilidad del sistema. Se requiere conocer cuál va a ser el impacto financiero de las indicaciones y si eso resuelve o no el problema.

La señora Ministra recordó que se comprometieron en la Cámara de Diputados para avanzar hacia el diseño de una reforma que incluya las modificaciones a las aseguradoras privadas, que requieren un diseño adecuado para balancear la implementación del fin de las preexistencias, la

declaración de salud y la discriminación por edad y sexo. Existe disposición para trabajar en un proyecto de ley, de una forma adecuada, en consideración a la complejidad del tema.

Con respecto a los estudios financieros, indicó que la Superintendencia ha hecho estimaciones, pero hay elementos que se desconocen, como es, por ejemplo, cuánto va a ser el índice de costos de la salud (ICSA).

Hay temas relacionados con los pasivos, respecto a los cuales, se han hecho circulares, para que aún no sean reconocidos en los balances. Por lo tanto, No puede elaborarse un documento público de la Superintendencia respecto a esa materia.

El señor Superintendente añadió que tienen los cálculos prácticamente terminados de la información que se requirió, sin embargo, existen limitaciones que es importante recordar, una de ellas tiene que ver con el cálculo del pasivo. Cualquier dato que pueda salir de un documento oficial de la Superintendencia, puede poner en entredicho la propia circular del organismo.

En segundo lugar, tampoco se conoce el ICSA, que se va a publicar el día 20 de febrero, se adelantó, a través de la Ley de Reajuste de Sector Público, recientemente aprobada. Recordó que lo habitual, es que se conozca ese cálculo los 10 primeros días de marzo.

Antes de ese dato, no tienen la posibilidad de cerrar una cifra. Por lo tanto, no se van a aventurar con un porcentaje.

La Honorable Senadora señora Órdenes manifestó que la indicación N° 13 establece un alza en el precio base de los planes, por lo tanto, no da lo mismo la proporción en que esa alza se produce. Se ha hablado de un alza del 40%, que es enorme, por otra parte, la realidad de las ISAPRES es heterogénea, no todas van a tener los mismos porcentajes.

El Honorable Senador señor Gahona comprendió que es razonable la prudencia expresada por el Superintendente, pero debe tener algún instrumento que les permita dimensionar el escenario.

El ajuste que se deba hacer, tiene directa relación con la cuantía de las obligaciones que impone la Corte Suprema. Por lo tanto, el cuánto y el cómo es un tema que tiene que quedar en la ley y si queremos hacer un ajuste, ese ajuste está directamente relacionado con la cuantía de la obligación.

Recordó por otra parte, que la comisión técnica presentó varias alternativas en materia de la contención de costos.

La señora Ministra recordó que el ajuste extraordinario es una propuesta de la comisión técnica mandatada por el Senado, que el Ejecutivo acogió plenamente y cuyo objetivo es poder lograr la estabilidad financiera, dado el impacto financiero de ambas sentencias, particularmente de la sentencia GES.

Manifestó que entiende la necesidad de contar con estimaciones respecto a la magnitud y adelantó que van a entregar esos datos, con las limitaciones ya planteadas, y teniendo en consideración, que las alzas en muchos casos también van a estar compensadas con rebajas respecto a la aplicación de la tabla de factores.

El señor Superintendente señaló que las indicaciones establecen dos tiempos separados, primero la baja y después viene el alza, previamente se midió solo el alza respecto de los precios que estarían generándose después de la baja, no hay un valor de alza neta, que es el que tendrían que reestudiar.

Respecto de los niños menores de dos años, comentó que hay una rebaja en diciembre del GES. Luego, en marzo, viene la rebaja de los planes que tienen niños menores de dos años, que se va a compensar por vía de este prorrateo, que venía en la ley de reajuste, que no va a significar volver a cobrarle lo mismo a las personas que se les rebajó. Porque al estar prorrateado en toda la cartera, se vuelve a cobrar, pero en menor cantidad.

Por lo tanto, ahí se va a vivir una segunda rebaja para los usuarios. Y la tercera es la aplicación del resto de la tabla de factores, una vez que se despache este proyecto de ley.

A continuación, viene el alza, que hay que ver si se hace coincidir, para que solamente se sume un alza neta y no se genere el efecto que se ha planteado, con un porcentaje tan elevado.

El Honorable Senador señor Castro González manifestó su preocupación con el sistema de alzas y rebajas, en el que las personas terminen igual o peor a como estaban antes de las sentencias judiciales.

Añadió que el precio base tiene que tener límites y bordes, consideró que una persona no debiera tener impacto en el precio final de su plan.

La señora Ministra sostuvo que hay una responsabilidad de la industria en proponer un ajuste, el énfasis de este artículo y de la indicación N° 13, es que se le entrega a la misma industria la responsabilidad de hacer una propuesta adecuada a su realidad, que esa propuesta esté fundada y que sea revisada por un Consejo Asesor.

El peso de la prueba, está relacionada a la industria que ha sido condenada por la Corte Suprema. Son ellos los que tienen que proponer el ajuste extraordinario, eso es lo que establece el articulado y consideró que es balanceada la norma.

El señor Arriagada manifestó que este artículo y su indicación es el que determinaría la continuidad de la industria o su quiebra.

Se trata de un ajuste que permita reponer el equilibrio financiero, no se trata de un ajuste sin techo, debe ser fundado, con el objetivo de reponer el equilibrio financiero y, por lo tanto, la continuidad de la industria.

Comentó que se debe distinguir los tipos de cálculos, el primero de ellos, es sobre la deuda, respecto de la cual existen los elementos para determinarla.

El segundo, es el cálculo del ajuste que puede tener más dificultades por lo planteado anteriormente.

La señora Ministra aclaró el sentido de esta indicación al artículo 3º. Reiteró que lo que se plantea, es que cada una de las ISAPRES, tienen que presentar a la Superintendencia un plan de pago y ajustes.

El plan de pago y ajustes, tiene que ver con la forma en la que se hace la devolución de la deuda a cada una de las personas. La ISAPRE va a definir el número de contratos afecto a la devolución, los montos a devolver a cada persona afiliada por contrato de salud, expresado en unidades de fomento, el plazo máximo de devolución, las modalidades de devolución y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.

En resumen, cada ISAPRE tiene que hacer su propuesta; además, tienen que presentar una propuesta de reducción de costos de la institución, y una propuesta fundada del alza de precio base para todos los contratos.

Aclaró que esa propuesta fundada no es para pagar la deuda, es para pagar las prestaciones de salud y las licencias médicas que quedan sin financiamiento, producto del desequilibrio financiero de la industria por el cumplimiento de las sentencias. Ese es el sentido del alza de precio base.

Al observar la indicación propuesta, se observa que se le entrega mucha responsabilidad a la misma ISAPRE, con la supervigilancia, no sólo de la Superintendencia, sino que, además apoyada en un Consejo profesionalizado para ese fin, para que definan tanto el plan de pago, como el plan de contención de costos y se requiere un ajuste fundado, que es exclusivamente para el pago de las prestaciones de salud y los beneficios.

El Honorable Senador señor Castro González consultó por los límites que se deben establecer para evitar que el reajuste sea abusivo.

El Honorable Senador señor Gahona solicitó aclaración respecto al equilibrio financiero, que implica la capacidad para mantener las coberturas, garantizar la continuidad de los tratamientos y también garantizar el cumplimiento de los pasivos obligados por la Corte Suprema. Evidentemente sin redistribución de utilidades mientras no se cumpla con los pasivos que obliga la Corte Suprema.

Pero el equilibrio financiero es un todo conjunto, no es solo asegurar cobertura y continuidad de los tratamientos.

Manifestó entender, de la explicación del Ejecutivo, que el pasivo obligado por la Corte Suprema, no forma parte del equilibrio financiero.

La Ministra de Salud planteó que se debe lograr un acuerdo que sea beneficioso para las personas, más allá de la continuidad de sus servicios. En atención a ello, fue que comprometieron el ingreso de un proyecto de ley, incluso en una indicación, que señala el compromiso de presentar una iniciativa que termine con las preexistencias, la declaración de salud y la discriminación por edad y sexo.

Respecto a la consulta sobre el equilibrio financiero, respondió que el tema del cumplimiento de los pasivos forma parte, pero no es la parte más relevante, porque sentido del ajuste es que se nivelen los ingresos con los gastos, ese es el equilibrio financiero, dentro del cual, los pasivos forman una parte, pero no son lo medular.

El Honorable Senador señor Castro González consideró que hay un alto grado de consenso en la Comisión, en cuanto a que esta es la oportunidad de cambiar el modelo de negocio de las ISAPRES. Este es el inicio de una transición a un cambio que permita insertar la seguridad social al modelo de la ISAPRE.

Las recomendaciones son terminar con la declaración de salud, en este proyecto de ley, no en un plazo indeterminado. Lo mismo respecto a las licencias médicas, a la gobernabilidad de FONASA y la Superintendencia.

Sostuvo que el proyecto de ley no puede quedarse solo atrapado en los guarismos de cuánto va a reajustarse el precio de los planes de las personas.

Sugirió dejar pendiente esta indicación para revisar el contenido y el alcance del reajuste de los precios base, que es uno de los puntos más sensibles.

Para corregir las dudas que genera esta indicación y otros puntos, se abre un nuevo plazo interno de indicaciones.

- La indicación N° 13, fue retirada y reemplazada por la N° 13.A.

La indicación N° 13.A, de S.E. el Presidente de la República, reemplaza el artículo 3° por el siguiente:

"Artículo 3°.- Dentro del plazo de un mes contado desde la publicación de la circular mencionada en el artículo anterior, prorrogable por una única vez por un mes, las Instituciones de Salud Previsional deberán presentar a la Superintendencia de Salud un plan de pago y ajustes, el cual deberá incluir, al menos, lo siguiente:

a) Una propuesta de devolución de la deuda que resulte de la aplicación de las reglas contenidas en el artículo anterior, para cada mes en que se ocupó una tabla distinta a la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. Esta propuesta deberá contener, al menos, el número de contratos afectos a devolución; los montos a devolver a cada persona afiliada por contrato de salud, expresados en unidades de fomento; el plazo máximo de devolución; las modalidades de devolución; y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.

b) Una propuesta de reducción de costos de la Institución.

c) Una propuesta fundada de alza de precio base para todos los contratos que administre en un porcentaje o monto necesario para cubrir el costo de las prestaciones, licencias médicas y otros beneficios de sus personas afiliadas y beneficiarias.

Respecto a la propuesta señalada en el literal a) anterior, el plazo de devolución de la deuda podrá ser de hasta diez años.

Respecto a los montos adeudados, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas en forma de excedentes, pudiendo ellas requerirlos para los fines previstos en el inciso cuarto del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud. Para estos efectos, la deuda se devengará mensualmente en cuotas iguales que se reconocerán en la cuenta corriente a que se refiere el artículo 5°.

Alternativamente, las Instituciones de Salud Previsional siempre podrán ofrecer acelerar el pago de la deuda y pagar parcialmente o la totalidad de la deuda en efectivo directamente a las personas afiliadas.

Respecto de la propuesta de alza establecida en la letra c) anterior, esta no podrá considerar el déficit que pudiese haber presentado la Institución de Salud Previsional con anterioridad al 30 de noviembre de 2022.

La Superintendencia de Salud, previa revisión del cumplimiento de los contenidos mínimos del plan respectivo, lo remitirá dentro del plazo de cinco días al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá 30 días para emitir una recomendación fundada por plan presentado por cada Institución de Salud Previsional. En particular, para la evaluación de la propuesta de alza establecida en la letra c), la Superintendencia de Salud emitirá una circular que contenga una metodología para la elaboración de la propuesta de alza extraordinaria de precios base definida para estos efectos. Esta metodología deberá considerar los costos operacionales y financieros, incluyendo las medidas de contención de costos propuestas en el mismo plan.

Cumplido el plazo señalado en el inciso anterior y considerando la recomendación del Consejo, la Superintendencia deberá pronunciarse sobre el plan respectivo, aprobándolo o instruyendo cambios necesarios para su aprobación, dentro del plazo de 10 días contados desde que recibió la respectiva recomendación del Consejo. En contra de esta resolución no procederá recurso alguno.

En el evento que la Superintendencia de Salud instruya cambios al plan, la Institución de Salud Previsional deberá presentar un nuevo plan con las modificaciones correspondientes, en un plazo de treinta días contados desde la notificación del acto administrativo que instruye las modificaciones. Recibido el nuevo plan de pago y ajustes, la Superintendencia deberá remitirlo dentro del segundo día hábil al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá un plazo de diez días para entregar su recomendación. La Superintendencia se pronunciará sobre este nuevo plan, aprobándolo o rechazándolo. En contra de la resolución que lo rechace procederán los recursos de reposición y jerárquico.

Si la Superintendencia rechaza el plan modificado, deberá fijar un plan de pago y ajustes, previa consulta al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, dentro del plazo de treinta días. En este caso, la Superintendencia podrá sujetar a la Institución de Salud Previsional al régimen especial de supervigilancia y control que establece el artículo 221 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, con las mismas facultades allí indicadas.

La aprobación del plan de pago y ajustes por la Superintendencia constará en una resolución que deberá, al menos, explicitar el plazo máximo de devolución, las cuotas de devolución, las condiciones conforme a las cuales la Institución de Salud Previsional respectiva hará las restituciones de los montos adeudados, y la manera en que se notificará a cada persona.

El incumplimiento, cumplimiento tardío o parcial en la entrega del plan de pago y ajustes, o en la ejecución de este, se sancionará de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Lo anterior, sin perjuicio que, en el caso de incumplimiento de la ejecución del respectivo plan, la Superintendencia podrá establecer directamente un plan de pago y ajustes, de conformidad a las reglas establecidas en el inciso octavo.”.

El Honorable Senador señor Castro González comentó que se incorpora un párrafo nuevo, en la letra c), que es el alza de precios base. Señala que la Superintendencia emitirá una circular que contenga una metodología para la elaboración de las propuestas de alza extraordinaria de los precios base.

Esta metodología deberá considerar los costos operacionales y financieros, incluyendo las medidas de contención de costos propuestos en el mismo plan.

Con esto va de la mano la simulación, que se solicitó también en la sesión anterior.

La Ministra de Salud explicó que el sentido de esta indicación tiene relación con la preocupación que tenían los Senadores de definir una metodología que acote esta posibilidad del alza extraordinaria. Recordó que la atribución que se está otorgando de realizar un alza extraordinaria fue recogida por el Ejecutivo de la propuesta de la comisión técnica.

La propuesta que ahora se presenta, implica definir una circular que proponga una metodología para realizar esta alza y que no sea visualizada como una posibilidad arbitraria respecto de los elementos que se van a considerar en dicha alza extraordinaria.

A su vez, en respuesta a las distintas solicitudes que se han manifestado, en el sentido de conocer el impacto de las indicaciones, el Superintendente remitió una simulación, que tiene las observaciones y limitaciones ya planteadas, en el sentido que son estimaciones que aún no tienen en cuenta lo que va a significar el reajuste del ICSA. Todas estas estimaciones están sujetas a las distintas variables y por eso tienen un valor referencial, que no reflejan necesariamente el alza del precio final.

El Honorable Senador señor Latorre manifestó que en la frase “costos operacionales y financieros”, la palabra financiero implicar una interpretación muy amplia, en términos de incluir la deuda.

El Superintendente de Salud explicó en su presentación que se realizaron simulaciones, sustentadas básicamente, en las indicaciones que han sido presentadas y cómo éstas podrían eventualmente impactar.

Se realizó un estudio retrospectivo y uno prospectivo, lo que arroja en el cálculo de la deuda total, considerando la indicación ya aprobada sobre el 7%, y con un escenario al 30 de septiembre de 2023, pero proyectado a enero del 2024. Eso quiere decir que las cifras calculadas en millones de dólares, responden a la conversión de la UF al 30 de septiembre de 2023. Aun así, se hizo una proyección a enero del 2024.

En ese escenario, la cifra que se estimó, acumulada al mes de enero del 2024, con el piso del 7%, llegaría a aproximadamente 1.066 millones de dólares.

Se había considerado una rebaja por el fallo de GES de un 11,7% de los ingresos. Por se habla de un promedio aproximado de 12% y en el cálculo, de lo que pudiera significar los incrementos de ingresos requeridos para equilibrio financiero, establecieron dos escenarios posibles, uno sin contención de costos y otro con contención de costos, que se basa en la disminución de un 10% del total de gastos de administración y venta.

Por otra parte, el alza que podría sufrir el precio base, como alza extraordinaria, también se proyectó que debiera ser menor de lo que está establecido, porque actualmente no hay elementos que puedan reducir esa alza como, por ejemplo, la medida que ya está aprobada en la ley de reajuste, de adelantamiento de la adecuación precio base de 2024 y los valores del nuevo indicador y la verificación individual, que va a generar un alza en el mes de marzo, al igual que la prima que fue aprobada para ejecutar el fallo de la Corte de los menores de dos años.

Ambos elementos debieron restarse de la proyección de alza extraordinaria que se está analizando.

Señaló que, en este caso, en un escenario con piso de 7%, sin contención de costo, habría alzas que van entre el 6,8% al 41,4% del precio base, pero con contención de costos, con un ahorro del 10% del gasto de administración y ventas, sería un alza de un 3,2% (0,2%, en un caso) hasta 39,4%.

Subrayó que esta no es la única medida de contención de costos, hay más elementos, como la posibilidad de comercializar planes paquetizados, ya sea Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) o de Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD).

Comentó que se presentó una indicación que permite, a través de una circular, formalizar en el sistema privado, la comercialización de este tipo de planes y otras medidas que las ISAPRES pueden considerar.

Otro elemento no está considerado en este cálculo, son aquellas personas que tienen tabla antigua y que, aplicado el fallo, les va a rebajar el precio final. Sin embargo, después se imputa el alza y ahí hay una diferencia neta, que es menor a lo calculado en la simulación.

Estas son cifras basales para tener claridad en la discusión, de dónde estamos partiendo, para posteriormente ir viendo las modificaciones en ese sentido.

El Honorable Senador señor Chahuán indicó que han señalado que debe haber un plan de contención de costos. Consultó por la forma en la que llegan a establecer el 10% de la contención de dichos costos.

Preguntó por el impacto que esto va a tener en los pacientes y cómo va a afectar esto en los precios de los tratamientos médicos o exámenes.

Comentó que aun con esos ajustes, las lazas en los reajustes de los plantes es muy elevada, hasta de un 39,4% de su plan base.

La Honorable Senadora señora Órdenes comentó que se presentan distintas variables, una el piso del 7% y la otra es el alza de los precios base, que son necesarios para cierto equilibrio y eso con contención y sin contención.

Observó que en los contratos sin contención de costo versus los que tienen esa contención, la diferencia en las alzas no parece ser tan significativa, varían más o menos dos puntos por ISAPRE.

El Honorable Senador señor Gahona señaló que, para resolver este problema, se debe equilibrar ingresos con gastos. El problema es complejo, relacionado con la potencial quiebra de las ISAPRES. Un número importante de personas quedarían expuestas a quedar sin cobertura y sin la continuidad de sus tratamientos.

Las soluciones que se han propuesto desde la comisión y las del Gobierno, consideran ajustes de precio, o sea, ambas afectan a los afiliados.

Por tanto, llamó a sincerar esto, no hay otra forma de resolver el problema. Esto se resuelve con dineros de los afiliados o con mecanismos que permitan resolver el tema de la mejor forma.

Consideró que el componente de mutualización, que propuso la comisión técnica, es el más adecuado. El Gobierno considera que la mutualización no se ajusta al fallo. Hay otros juristas muy destacados, que señalan que este mecanismo es compatible con el fallo.

La disyuntiva está entre devolver menos cantidad a los afiliados o cobrar más en los planes.

Manifestó ser partidario de la mutualización, que implica devolverles menos a los afiliados, pero no cobrarle más a futuro, es decir, ajustar los planes lo menos posible.

El señor Arriagada observó que la circular propuesta en la indicación, contendría la metodología para la elaboración de las propuestas de alzas extraordinarias. Estimó que será un insumo necesario para que las ISAPRES propongan los planes.

Para tal efecto, se fija un plazo para la propuesta, que es dentro de los 30 días siguientes emitida la circular, pero no se establecen plazos para emitir la circular. Indicó que lo oportuno sería contar con esos antecedentes de manera anticipada para elaborar una propuesta adecuada.

Señaló que la única manera de tener más claridad sería saber cómo se comparan los precios que tenían antes de los fallos, con los precios que resultan después de esta última alza extraordinaria y declaró que un alto porcentaje de beneficiarios, va a tener reducciones de precios, o ninguna alza.

Lo propuesto por la comisión técnica proponía alzas que eran menores, porque la deuda que estimaron también era menor.

El Honorable Senador señor Castro González consideró que la herramienta de la circular, aun es imprecisa, necesita bordes y techo.

Por otra parte, el tema de contención de costos, debe tener metas, que permita que sea medible y establecer un plazo para concretarlo.

El Honorable Senador señor Chahuán recordó que ha planteado que esta es la oportunidad de generar el inicio de una reforma a la salud, que tenga como objeto terminar con las preexistencias, terminar con las declaraciones de salud, terminar con la discriminación por sexo y edad y lograr que la persona que experimenta un reajuste en su plan base, tenga certeza que con preexistencia o sin ella, podrá moverse entre seguros privados de salud.

El Honorable Senador señor Castro González observó que la letra a) de la indicación, se refiere a plan de devolución, ajustado al fallo, la b), es plan de contención de costos a futuro, y la c), es alza de tarifa.

Respecto a la letra a), la oposición tiene una indicación sobre mutualización; en la letra b), requirió mayor precisión sobre el plan de contención de costos, y la c), que provoca más controversia, se debieran determinar los umbrales máximos sobre reajuste de precio base. En este

punto, podría considerarse como criterio de referencia, que el precio final que las personas paguen por efecto de los reajustes futuros, nunca sean en el precio final superiores a lo que pagaban a julio del año 2023. De modo que se aplique para planes por sobre el 7% y con ICSA 2024 incluido.

La Ministra de Salud sostuvo que efectivamente son tres los elementos principales en este artículo, el tema del plan de devolución, que ya estaba considerado en el proyecto original.

Luego, la propuesta de reducción de costos, que fue lo solicitado por la comisión técnica, que se agregó, por eso ahora el plan se llama de pago y ajustes.

A su vez, se acogió que la Superintendencia defina una metodología para esa propuesta de alza de precio base, de manera de tener de forma más contenida los elementos que puede considerar esa alza de precio base. Además, será revisada por un Consejo independiente, que le va a dar la recomendación al Superintendente.

El Honorable Senador señor Castro González consultó por la forma de evitar que nuevas ISAPRES atraigan a cotizantes, que no son los cautivos, los crónicos, que se quedarán en las ISAPRES antiguas porque no podrán moverse. En ese sentido el efecto de terminar con las preexistencias y con la declaración de salud, parece perentorio.

El Honorable Senador señor Gahona anunció que votará en contra de la propuesta del Ejecutivo, porque estimó que dimensiona las obligaciones del Sistema Privado de Salud, producto de los fallos de la Corte Suprema, en una magnitud tal, que hace que los ajustes de precios tengan que ser excesivos y eso provocaría la migración forzosa de los usuarios del sistema privado hacia el sistema FONASA, que de acuerdo a las modalidades de cobertura complementaria y todos los problemas que tiene el sistema público, no es una solución viable.

Señaló que presentó una indicación (N° 13.B) que plantea que se acote la deuda, de tal manera de que los ajustes sean lo menor posible y que el precio base no tenga que subir en demasía.

Por su parte, señaló que la indicación N° 13.C, también de su autoría, plantea el escenario alternativo de la comisión técnica, que propuso la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, que también establece otro mecanismo que permite acotar los cobros en exceso, de tal manera de que los ajustes a precio base sean lo menor posible.

El sentido de todo esto es darle viabilidad al sistema, porque al establecer una obligación de tal magnitud, no va a haber continuidad de

coberturas, no va a haber continuidad de tratamientos, menos va a haber una devolución de cobros en exceso.

El Honorable Senador señor Chahuán precisó que las indicaciones presentadas en conjunto con el Senador Gahona, recogen las propuestas de la comisión técnica. Saben que tienen problemas de admisibilidad, pero la idea es provocar que la discusión de fondo recoja la opinión de los expertos, que es la que permite la sustentabilidad financiera del sistema.

La Honorable Senadora señora Órdenes comentó que el texto propuesto plantea el tema de devolución de la deuda, estimó que respecto a este punto hay cierto acuerdo, pero debe haber información clara, cuantos son los contratos, los montos a devolver y el plazo máximo, que incluso se ha hablado de 10 años y en formato excedente. Consideró que es flexible para una institución que está en crisis, se han dado todos los espacios para que las ISAPRES puedan tener un plan de devolución que les permita sortear la crisis.

El segundo punto, es la propuesta de reducción de costos. Ahí también hay acuerdo con establecer el 7% como base.

Lo otro que se planteó en la comisión técnica, tiene que ver con la disminución de gastos de administración y venta. Incluso se propuso un 10% de disminución, que sumado al pago del 7%, va generando un escenario distinto.

Respecto a la propuesta fundada de alza de precios, hay dudas, porque para sostener el sistema privado, incluso solo con el fallo GES, se generó una incertidumbre desde el punto de vista económico.

Si se van a producir alzas del precio base que no son razonables, la migración de personas hacia el sector público, va a ser enorme.

La Ministra de Salud mencionó que acogieron las recomendaciones de los expertos, todas aquellas que tienen que ver con los flujos futuros.

El tema del GES, fue incorporado en la Ley de Reajuste del Sector Público. El informe de la comisión técnica, cuando hablaba de corregir el GES, se refería a la gratuidad de los menores de dos años. Eso ya se legisló y fue aprobado, las ISAPRES van a poder aplicar un ajuste para recuperar lo que significa la gratuidad de los menores de dos años, de acuerdo a las estimaciones que haga la Superintendencia de Salud, junto con el adelanto del reajuste.

La posibilidad de tener un ajuste de precio extraordinario, fue incorporado en las indicaciones del Ejecutivo, en atención a la solicitud de los expertos.

El señor Superintendente de Salud en el punto de los gastos de administración y venta, sugirió no establecer por ley un porcentaje, si bien, se hizo un ejercicio simulado de reducción, hay ISAPRES que han realizado esfuerzos de mejorar su eficiencia y han disminuido su gasto de administración y venta. Establecer un mismo porcentaje para todas, sería una presión adicional a quienes ya están haciendo esfuerzos de ser eficientes en su gasto.

Sobre la posibilidad de establecer un techo, señaló que, si se establece una fecha, como techo, el pago de julio, previo a la sentencia del año 2023, se debe evaluar que, en marzo de este año, se va a realizar una adecuación de precio base. Por lo tanto, si uno se retrotrae a julio, esa adecuación precio base, quedaría en la práctica sin efecto.

Lo segundo, es que también hay una prima para compensar y financiar las prestaciones de menores de 2 años.

Si tenemos la aplicación de alza extraordinaria en la totalidad de los planes, eso significa que los planes con tabla antigua y los planes con tabla nueva, no podría ejecutar el alza respecto a aquellos con tablas nuevas, porque si volvemos al precio de julio, esos planes no podrían subir, por lo tanto, toda alza estaría imputada a aquellos planes con tablas antiguas.

Entonces, se debe considerar que pudiera afectar eventualmente esa distribución de las alzas en la totalidad de la cartera.

El Honorable Senador señor Latorre planteó que uno de los elementos centrales de la indicación 13.A, es lo que está a continuación de la letra c), que señala que alternativamente las ISAPRES podrán ofrecer acelerar el pago de la deuda, parcial o totalmente, en efectivo, y con eso se reduciría eventualmente el tamaño de la deuda.

Consultó las consecuencias que tendría el rechazo de esta indicación.

El Presidente puso en votación, en primer lugar, el literal a) contenido en la indicación.

-El literal a), fue aprobado por la mayoría de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González y Latorre y señora Órdenes; en contra votaron los Honorables Senadores señores Chahuán y Gahona.

El **Honorable Senador señor Latorre** funda su voto en que de rechazarse esta norma se produce un vacío en relación a lo que mandató la Corte Suprema a la Superintendencia de Salud para fijar mediante una circular la modalidad de pago, los tiempos y los montos.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** fundamenta su voto señalando que existieron cobros indebidos, hay una deuda que saldar y devolver y este es el centro del numeral. Señaló que le parece correcta la propuesta porque efectivamente se hablará del número de contratos afectos a devolución, los montos a devolver a cada persona afiliada por contrato; es el camino correcto para cumplir con el fallo y con el objetivo de la ley corta.

El **Honorable Senador señor Castro González** fundamento su voto en que esta enmienda corresponde al núcleo principal del primer o segundo fallo, de noviembre de 2022, que fue motivo de una gran controversia sobre los 1.400 millones de dólares y hoy día 1.100 millones de dólares; entendiendo que las propuestas que hizo la comisión técnica siguen disponibles para ser consideradas en las distintas fases de la tramitación que restan.

El Presidente puso en votación, luego, el literal b) contenido en la indicación.

-El literal b), fue aprobado por la unanimidad de los integrantes de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

El Honorable Senador señor Gahona fundamentó su voto en que se trata de una propuesta de reducción de costos y lo que se quiere es que las ISAPRES contribuyan a que el alza de planes no se produzca, como lo propone el Gobierno, o que al menos esa alza no sea tan grande.

El Honorable Senador señor Latorre fundó su voto indicando que habría preferido un límite más explícito, pero queda en manos de las ISAPRES proponer esa reducción de costos. Señaló entender que hay un margen para reducir costos y para que las ISAPRES hagan un esfuerzo y que no trasladen a las personas el pago de la deuda por los cobros excesivos de las mismas instituciones. Recordó un estudio respecto de los seguros privados en otros países, en los que hay por ley ciertos límites a los gastos de administración y venta.

La Honorable Senadora señora Órdenes expresó que su voto es favorable porque recuerda que también la comisión técnica hizo una propuesta para la reducción de gasto de administración y venta y precisamente lo estimó posible incluso en un 10%. Por lo que le parece coherente el esfuerzo que las ISAPRES deben realizar y que ayudará a la sostenibilidad.

El Honorable Senador señor Castro González expresó que ya en una sesión anterior se había señalado que esto ojalá tuviese indicadores más precisos de tiempo y de metas a cumplir en esa reducción de costos. Manifestó que hubiera preferido que no quedara al solo deseo de las ISAPRES. La magnitud del alza de costos en administración y ventas que el sistema lo tiene muy por sobre los promedios razonablemente aceptados y por ello es un esfuerzo financiero que el mismo sistema ISAPRE debe hacer.

El Presidente puso en votación, el literal c) contenido en la indicación.

-En la primera votación, el resultado fue de 1 voto a favor del Honorable Senador señor Latorre; 2 votos en contra de los Honorables Senadores señores Chahuán y Gahona, y 2 abstenciones de los Honorables Senadores señor Castro González y señora Órdenes.

El Honorable Senador señor Latorre recordó que antes ya hizo presente los costos operacionales y financieros, sobre todo el concepto financiero, y en su opinión, se puede dar una interpretación amplia en términos de que se les recargue la deuda a las personas y acotó que entendiendo que, si las ISAPRES abusan de esta alza de manera muy significativa, la consecuencia será que seguirán perdiendo clientes. Finalmente será la Superintendencia la que aprueba o no la propuesta de alza, que debe ser fundada.

El **Honorable Senador señor Chahuán** hizo presente que votaba en contra porque espera se pueda en la Sala encontrar con el Ejecutivo otra solución en este punto.

El **Honorable Senador señor Gahona** expresó que tal como está planteado el mecanismo de cálculo, se hace muy difícil votar a favor de una norma que puede provocar alza desmedida de los precios bases.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** justificó su abstención porque este es uno de los ámbitos más complejos en la discusión de este proyecto de ley. Si bien valoró que se ha avanzado con buenos acuerdos, en esta materia aún hay ciertos espacios de incertidumbre. Recordó haber planteado que, al no tener un límite o techo claro, se podría permitir o abrir espacios alzas de gran magnitud que a su juicio podrían impactar el bolsillo de los afiliados.

El **Honorable Senador señor Castro González** señaló que puede haber y debe haber un ajuste de precios, no se está en contra de esa posibilidad. El problema es cuáles son los umbrales máximos aceptables para los usuarios y los afiliados. En ese sentido ya desde el punto de vista de los efectos, para las tres ISAPRES que están con rangos de 30-41% de equilibrio financiero en el ajuste del precio base, más el fenómeno de salida de esas

personas hacia otra ISAPRE o a FONASA, asociado a la judicialización, considera inaceptable el mecanismo de ajuste de precios que no tenga bordes. Insistió en pedir al Gobierno que repiense el mecanismo de ajuste de precios.

En conformidad al artículo 178 del Reglamento del Senado se procedió a repetir la votación por la incidencia de las abstenciones en el resultado. La segunda votación Reglamentaria repitió el mismo resultado por lo que se dio por rechazado el literal c) por 4 votos en contra y 1 a favor, del Honorable Senador señor Latorre.

A continuación, el Presidente puso en votación, el resto de las disposiciones contenidas en la indicación N° 13.A.

-Sometidas a votación, fueron aprobadas por mayoría de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González y Latorre y señora Órdenes. En contra votaron los Honorables Senadores señores Chahuán y Gahona.

Se hace presente por el Presidente que en estas disposiciones hay algunas referidas a la letra c) rechazada, por lo que deberá ser adecuada o corregido.

La indicación N° 13.B, de los Honorables Senadores señores Chahuán y Gahona, sustituye el artículo 3º por el siguiente:

“Artículo 3°.- Dentro del plazo de un mes contado desde la publicación de la circular mencionada en el artículo anterior, prorrogable por una única vez por un mes, las Instituciones de Salud Previsional deberán presentar a la Superintendencia de Salud un plan de pago y ajustes, el cual deberá incluir, al menos, lo siguiente:

a) Una propuesta de devolución de la deuda que resulte de la aplicación de las reglas contenidas en el artículo anterior, para cada mes en que se ocupó una tabla distinta a la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. Esta propuesta deberá contener, al menos, el número de contratos afectos a devolución; los montos a devolver a cada persona afiliada por contrato de salud, expresados en unidades de fomento; el plazo máximo de devolución; las modalidades de devolución; y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.

Para el cálculo de dicha deuda, cada Institución de Salud Previsional deberá calcular, para la totalidad de contratos que cada una administraba al 30 de noviembre de 2022, la diferencia entre el monto efectivamente cobrado y lo que hubiese cobrado si todos sus afiliados y beneficiarios hubieran empleado la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre

de 2019, de la Superintendencia de Salud. Dicha diferencia corresponderá al cobro en exceso que realizó cada Institución de Salud Previsional.

Dicho cobro en exceso se distribuirá a prorrata entre los afiliados cuyos pagos fueron superiores a los que se hubieran realizado de haberse empleado la Tabla Única a la que hace referencia el inciso anterior.

b) Una propuesta de reducción de costos de la Institución.

c) Una propuesta fundada de alza de precio base para todos los contratos que administre en un porcentaje o monto necesario para cubrir el costo de las prestaciones, licencias médicas, otros beneficios de sus personas afiliadas y beneficiarias, y costos de operación como gastos de administración y venta, impuestos, gastos financieros y cualquier otro necesario para proveer el servicio.

Respecto a la propuesta señalada en el literal a) anterior, el plazo de devolución de la deuda podrá ser de hasta diez años.

Respecto a los montos adeudados, las Instituciones de Salud Previsional deberán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas en forma de excedentes, pudiendo ellas requerirlos para los fines previstos en el inciso cuarto del artículo 199 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Para estos efectos, la deuda devengará mensualmente en cuotas iguales que se reconocerán en la cuenta corriente a que se refiere el artículo 5°.

Alternativamente, las Instituciones de Salud Previsional siempre podrán ofrecer acelerar el pago de la deuda y pagar parcialmente o la totalidad de la deuda en efectivo directamente a las personas afiliadas.

Respecto de la propuesta de alza establecida en la letra c) anterior, esta no podrá considerar el déficit que pudiese haber presentado la Institución de Salud Previsional con anterioridad al 30 de noviembre de 2022.

La Superintendencia de Salud, previa revisión del cumplimiento de los contenidos mínimos del plan respectivo, lo remitirá dentro del plazo de cinco días al Consejo Autónomo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá 30 días para emitir una recomendación fundada por plan presentado por cada Institución de Salud Previsional. Cumplido dicho plazo y considerando la recomendación del Consejo, la Superintendencia deberá pronunciarse sobre el plan respectivo, aprobándolo o instruyendo, fundadamente, cambios necesarios para su aprobación, dentro del plazo de 10 días contados desde que recibió la respectiva recomendación del Consejo. En contra de esta resolución no procederá recurso alguno.

En el evento que la Superintendencia de Salud instruya cambios al plan, la Institución de Salud Previsional deberá presentar un nuevo plan con las modificaciones correspondientes, en un plazo de treinta días contados desde la notificación del acto administrativo que instruye las modificaciones. Recibido el nuevo plan de pago y ajuste, la Superintendencia deberá remitirlo dentro del segundo día hábil pal Consejo Autónomo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá un plazo de diez días para entregar su recomendación. La Superintendencia se pronunciará sobre este nuevo plan, aprobándolo o rechazándolo mediante resolución fundada. En contra de la resolución que lo rechace procederán los recursos establecidos en el artículo 113 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud

Si la Superintendencia rechaza el plan modificado, deberá fijar un plan de pago y ajustes, previa consulta al Consejo Autónomo Consultivo sobre Seguros Previsionales, dentro del plazo de treinta días. En este caso, la Superintendencia podrá sujetar a la Institución de Salud Previsional al régimen especial de supervigilancia y control que establece el artículo 221 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, con las mismas facultades allí indicadas.

La aprobación del plan de pago y ajustes por la Superintendencia constará en una resolución que deberá, al menos, explicitar el plazo máximo de devolución, las cuotas de devolución, las condiciones conforme a las cuales la Institución de Salud Previsional respectiva hará las restituciones de los montos adeudaros, y la manera en que se notificará a cada persona.

Con todo, el ajuste extraordinario previsto en el literal c), se aplicará una vez ejecutado lo dispuesto en el artículo 8º, dentro del mismo mes. Aquellas notificaciones que las Instituciones de Salud Previsional deban efectuar para la aplicación del reajuste extraordinario deberán realizarse dentro de los 30 días siguientes a la aprobación del plan de pago y ajuste. La notificación que debe efectuar a los empleadores, deberá realizarse dentro de los primeros diez días del mes siguiente a la aprobación del plan.

El incumplimiento, cumplimiento tardío o parcial en la entrega del plan de pago y ajustes, o en la ejecución de este, se sancionará de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Lo anterior, sin perjuicio que, en el caso de incumplimiento de la ejecución del respectivo plan, la Superintendencia podrá establecer directamente un plan de pago y ajustes de conformidad a las reglas establecidas en el inciso octavo.”.

El Honorable Senador señor Gahona sostuvo que las indicaciones 13.A, 13.B y 13.C, contienen uno de los aspectos más relevantes de este proyecto de ley, porque en el fondo fija, de alguna manera, la magnitud de las obligaciones que ordena la Corte Suprema, fija la forma de cálculo, y establece un monto de excesos a devolver.

Por otro lado, también faculta para que se puedan ajustar los precios dependiendo de cuánto sea el monto de la deuda, como también asegurar la cobertura de la continuidad de los tratamientos.

Respecto a la indicación N° 13.B, comentó que tiene que ver fundamentalmente con la mutualización de la deuda y que en opinión del Ejecutivo, eso no se ajustaría al fallo.

Sostuvo que considera lo contrario, porque lo que se debe calcular son los cobros en exceso que realizaron las ISAPRES por no haber utilizado la tabla única de factores, dictada por la Superintendencia de Salud.

Recalcó que ni el fallo de la Corte Suprema, ni las aclaraciones posteriores, ni las prórrogas, establecen que los cobros en exceso deban calcularse a nivel individual.

Es por ello que, como cualquier seguro, y más en el contexto de una tabla única de factores que eliminó las diferencias por sexo de los afiliados, generando subsidios cruzados entre hombres y mujeres en la lógica de la seguridad social, estos se calculan de manera sistémica, y eso es lo que se plantea en la indicación.

Lo que la mutualización busca, en síntesis, no es cobrar el remanente a los hombres, sino que el cálculo de los cobros en exceso se haga de manera adecuada, reconociendo los subsidios cruzados que se dan en una cartera de afiliados. Consideró que es un criterio perfectamente válido de considerar.

La señora Ministra de Salud precisó que la forma de cálculo de la deuda está en el artículo 2, que fue aprobado en forma unánime, donde se incorpora el 7%.

En segundo lugar, indicó que el fallo habla del contrato a contrato, y esa es la razón por la cual no han acogido el principio de mutualización.

- El Presidente declaró inadmisible la indicación N° 13.B.

El Honorable Senador señor Gahona solicitó someter a votación la declaración de inadmisibilidad.

-Sometida a votación la declaración de inadmisibilidad de la indicación N° 13.B, resultó aprobada la inadmisibilidad por los votos de los Honorables Senadores señores Castro González y Latorre y señora Órdenes. En contra de la inadmisibilidad, votaron los Honorables Senadores señores Chahuán y Gahona.

La indicación N° 13.C, de los Honorables Senadores señores Chahuán y Gahona, sustituye el artículo 3º por el siguiente:

"Artículo 3°.- Dentro del plazo de un mes contado desde la publicación de la circular mencionada en el artículo anterior, prorrogable por una única vez por un mes, las Instituciones de Salud Previsional deberán presentar a la Superintendencia de Salud un plan de pago y ajustes, el cual deberá incluir, al menos, lo siguiente:

a) Una propuesta de devolución de la deuda que resulte de la aplicación de las reglas contenidas en el artículo anterior, para cada mes en que se ocupó una tabla distinta a la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. Esta propuesta deberá contener, al menos, el número de contratos afectos a devolución; los montos a devolver a cada persona afiliada por contrato de salud, expresados en unidades de fomento; el plazo máximo de devolución; las modalidades de devolución; y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.

Para el cálculo de dicha deuda, la Superintendencia de Salud deberá calcular el "precio base compatible" con la aplicación de la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. Dicho precio corresponderá al precio base calculado por la Superintendencia según lo establecido en el inciso siguiente.

La Superintendencia de Salud deberá estimar, para cada contrato el precio base que igualaba los ingresos del plan de salud vigente al 30 de noviembre de 2022 y aquel que hubiera surgido de la aplicación de la tabla de factores mencionada en el inciso anterior.

Dicho "precio base compatible" se utilizará para estimar si habiéndose aplicado en conjunto aquel y la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud, la Institución de Salud Previsional realizó a los afiliados cobros en exceso.

De existir cobros en exceso se distribuirá a prorrata entre los afiliados cuyos pagos fueron superiores a los que se hubieran realizado de haberse empleado la Tabla Única a la que hace referencia el inciso anterior.

b) Una propuesta de reducción de costos de la Institución.

c) Una propuesta fundada de alza de precio base para todos los contratos que administre en un porcentaje o monto necesario para cubrir el costo de las prestaciones, licencias médicas, otros beneficios de sus personas afiliadas y beneficiarias, y costos de operación como gastos de administración

y venta, impuestos, gastos financieros y cualquier otro necesario para proveer el servicio.

Respecto a la propuesta señalada en el literal a) anterior, el plazo de devolución de la deuda podrá ser de hasta diez años.

Respecto a los montos adeudados, las Instituciones de Salud Previsional deberán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas en forma de excedentes, pudiendo ellas requerirlos para los fines previstos en el inciso cuarto del artículo 199 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Para estos efectos, la deuda devengará mensualmente en cuotas iguales que se reconocerán en la cuenta corriente a que se refiere el artículo 5°.

Alternativamente, las Instituciones de Salud Previsional siempre podrán ofrecer acelerar el pago de la deuda y pagar parcialmente o la totalidad de la deuda en efectivo directamente a las personas afiliadas.

Respecto de la propuesta de alza establecida en la letra c) anterior, esta no podrá considerar el déficit que pudiese haber presentado la Institución de Salud Previsional con anterioridad al 30 de noviembre de 2022.

La Superintendencia de Salud, previa revisión del cumplimiento de los contenidos mínimos del plan respectivo, lo remitirá dentro del plazo de cinco días al Consejo Autónomo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá 30 días para emitir una recomendación fundada por plan presentado por cada Institución de Salud Previsional. Cumplido dicho plazo y considerando la recomendación del Consejo, la Superintendencia deberá pronunciarse sobre el plan respectivo, aprobándolo o instruyendo, fundadamente, cambios necesarios para su aprobación, dentro del plazo de 10 días contados desde que recibió la respectiva recomendación del Consejo. En contra de esta resolución no procederá recurso alguno.

En el evento que la Superintendencia de Salud instruya cambios al plan, la Institución de Salud Previsional deberá presentar un nuevo plan con las modificaciones correspondientes, en un plazo de treinta días contados desde la notificación del acto administrativo que instruye las modificaciones. Recibido el nuevo plan de pago y ajuste, la Superintendencia deberá remitirlo dentro del segundo día hábil pal Consejo Autónomo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá un plazo de diez días para entregar su recomendación. La Superintendencia se pronunciará sobre este nuevo plan, aprobándolo o rechazándolo mediante resolución fundada. En contra de la resolución que lo rechace procederán los recursos de reposición y jerárquicos.

Si la Superintendencia rechaza el plan modificado, deberá fijar un plan de pago y ajustes, previa consulta al Consejo Autónomo Consultivo sobre Seguros Previsionales, dentro del plazo de treinta días. En este caso, la

Superintendencia podrá sujetar a la Institución de Salud Previsional al régimen especial de supervigilancia y control que establece el artículo 221 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, con las mismas facultades allí indicadas.

La aprobación del plan de pago y ajustes por la Superintendencia constará en una resolución que deberá, al menos, explicitar el plazo máximo de devolución, las cuotas de devolución, las condiciones conforme a las cuales la Institución de Salud Previsional respectiva hará las restituciones de los montos adeudaros, y la manera en que se notificará a cada persona.

Con todo, el ajuste extraordinario previsto en el literal c), se aplicará una vez ejecutado lo dispuesto en el artículo 8º, dentro del mismo mes. Aquellas notificaciones que las Instituciones de Salud Previsional deban efectuar para la aplicación del reajuste extraordinario deberán realizarse dentro de los 30 días siguientes a la aprobación del plan de pago y ajuste. La notificación que debe efectuar a los empleadores, deberá realizarse dentro de los primeros diez días del mes siguiente a la aprobación del plan.

El incumplimiento, cumplimiento tardío o parcial en la entrega del plan de pago y ajustes, o en la ejecución de este, se sancionará de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Lo anterior, sin perjuicio que, en el caso de incumplimiento de la ejecución del respectivo plan, la Superintendencia podrá establecer directamente un plan de pago y ajustes de conformidad a las reglas establecidas en el inciso octavo.”.

El Honorable Senador señor Gahona señaló que se trata del cálculo que realizó la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, que plantea un mecanismo que permita acotar la deuda, para evitar un alza excesiva de los precios a los afiliados y con ello, permitir la continuidad de los tratamientos, de las coberturas y, generar las devoluciones de lo cobrado en exceso.

Para realizar estimaciones correctamente, es necesario calcular el valor del precio base, que debe ser mixto, y no pensado en un precio base solo de hombres o solo de mujeres.

El estudio de los economistas de la Universidad de Chile, hace ese cálculo, estimando el valor base de un plan mixto, universal, concluyendo que éste debería costar al menos un 40% más que un plan solo de hombres.

Siguiendo esta metodología, el monto a devolver es bastante menor, desde mayo de 2020 hasta mayo de 2023, a lo calculado por la Superintendencia de Salud.

Lo que implica necesariamente, que el ajuste que tengan que plantear las ISAPRES a los precios base, para poder dar sostenibilidad al sistema, sean lo más bajo posible, en concordancia con esa disminución de la deuda.

La reducción de la compensación se explica porque no es posible aplicar la nueva tabla de factores a los contratos anteriores que fueron estructurados bajo su propia tabla de factores. Para hacerlo equivalente es necesario corregir el valor del precio base del plan, ya que cambian los grupos de referencia, de hombres a mixto.

Por tanto, el valor de la base del plan es completamente distinto. Lo que hace la Superintendencia es realizar su cálculo inicial, sobre un plan que era de hombres y no un plan mixto. Por lo tanto, ese plan mixto es 40% más alto, de acuerdo a lo que estimaron.

Consideró que cumple con los fallos de la Corte, porque nadie va a pagar más de lo que paga hoy día en el sistema privado de salud.

El Superintendente de Salud reiteró lo dicho anteriormente sobre este punto, en síntesis, la sentencia de la Corte, tal como lo ha recordado el Senador Gahona, habla del contrato. Lo que ocurre, es que los efectos de esa sentencia, tiene una aplicación a todos los contratos que administra la recurrida, que son las ISAPRES. Por lo tanto, es como si la Corte hubiese fallado respecto de cada contrato de los cotizantes, por eso es que no se puede hacer una evaluación global, sino que tiene que ser caso a caso.

Si se utilizara un precio base hipotético, el efecto de esa situación sería la modificación del contrato, en definitiva.

- El presidente declaró inadmisible la indicación N° 13.C.

El Honorable Senador señor Gahona solicitó someter a votación la declaración de inadmisibilidad.

-Sometida a votación la declaración de inadmisibilidad de la indicación N° 13.C, resultó aprobada la inadmisibilidad por los votos de los Honorables Senadores señores Castro González y Latorre y señora Órdenes. En contra de la inadmisibilidad, votaron los Honorables Senadores señores Chahuán y Gahona.

ARTÍCULO 4°

La indicación N° 14, de S.E. la Vicepresidenta de la República, reemplaza el artículo 4° por el siguiente:

“Artículo 4°.- La propuesta que debe entregar cada Institución de Salud Previsional de conformidad al literal c) del artículo anterior, respecto de los contratos afectos al inciso segundo del numeral 1 del artículo 2° esta ley, se deberá aplicar sobre el precio final del contrato. Solo para estos efectos, se entenderá que el precio final de estos contratos es el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados.

En la misma oportunidad y forma en que se comunique el ajuste, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio pactado sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; operando para estos efectos lo dispuesto en el artículo 197 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Dentro de los seis meses siguientes a este reajuste, las personas afiliadas afectas al mismo podrán solicitar a su Institución de Salud Previsional, cambiarse a alguno de los planes que les fueran ofrecidos, para lo cual no se les podrá exigir suscribir una nueva declaración de salud operando la entregada al momento de suscribir el contrato que fue ajustado.”.

Se planteó que es incompatible con lo ya aprobado.

- Puesta en votación la indicación N° 14, fue rechazada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

La indicación N° 14.A, de los Honorables Senadores señores Gahona y Chahuán, sustituye el artículo 4º por el siguiente:

“Artículo 4º.- Créase un Consejo Autónomo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud, de carácter técnico, en adelante e indistintamente el “Consejo”, que tendrá como función asesorar a la Superintendencia de Salud en las materias de su competencia en relación con las Instituciones de Salud Previsional.

En el cumplimiento de estas funciones deberá asesorar oportunamente en los siguientes ámbitos:

a) Evaluar y monitorear el cálculo del Índice de Costos de Salud, según las metodologías, procedimientos y demás normas establecidas para el efecto.

b) Evaluar y monitorear los cálculos que se requieran, según las metodologías, procedimientos y demás normas establecidas para el efecto, en el proceso de determinación de los precios que las Instituciones de Salud

Previsional cobren por las Garantías Explícitas en Salud, así como para su reajuste.

c) Formular observaciones y proponer al Ministerio de Salud y a la Superintendencia cambios metodológicos para el cálculo de lo dispuesto en las letras a) y b) precedentes.

d) Manifestar su opinión sobre propuestas de revisión metodológicas y procedimientos que puedan presentarse con ocasión del proceso de determinación del precio que las Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explicitas en Salud o en la determinación del Índice de Costos de Salud.

e) Proponer al Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud medidas regulatorias y/o administrativas que contribuyan a la contención de costos del sistema.

f) Las demás que se establezcan por ley.”.

-La indicación N° 14.A, fue retirada por sus autores.

ARTÍCULO 5°

La indicación N° 15, de S.E. la Vicepresidenta de la República, suprime el artículo 5°, pasando el artículo 8° a ser 5° y así sucesivamente.

- Puesta en votación la indicación N° 15, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

La indicación N° 16, del Honorable Senador señor Chahuán, sustituye el texto de su artículo 5°, por el siguiente:

“Artículo 5°.- El Consejo estará integrado por: a) Una persona experta nombrada por la o el Ministro de Salud, quien lo presidirá; b) Una persona experta nombrada por la o el Ministro de Hacienda; c) Una persona representante de las facultades de medicina de las universidades del Estado o reconocidas oficialmente en Chile por éste; d) Una persona representante de las facultades de economía o administración de las universidades del Estado o reconocidas oficialmente en Chile por éste; y, e) Una persona representante de las facultades de derecho o ciencias jurídicas de las universidades del Estado o reconocidas oficialmente en Chile por éste.

Cada representante titular del Consejo deberá ser nombrado en conjunto con una persona que lo subrogue, quien deberá cumplir con los mismos requisitos que la persona titular. Los representantes de los literales d),

y e) serán elegidos siguiendo el mismo procedimiento contemplado en la ley N°19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud y su reglamento aprobado por el decreto Nº 69 de 2005, del Ministerio de Salud.”.

- La indicación N° 16, fue declarada inadmisible.

La indicación N° 16.A, de los Honorables Senadores señores Gahona y Chahuán, sustituye el artículo 5º por el siguiente:

“Artículo 5º.- El Consejo estará constituido por cinco personas, de vasta experiencia profesional y/o académica comprobada, en materias de salud pública, economía de salud o derecho sanitario. Serán nombrados por el Presidente de la República y ratificados por mayoría simple en el Senado. Estas designaciones se realizarán a partir de una terna propuesta para cada cargo por el Consejo de Alta Dirección Pública, de conformidad al procedimiento establecido en el título VI de la ley N°19.882.

Los consejeros durarán en sus cargos ocho años, sin posibilidad de prorrogar su nombramiento y se renovarán por parcialidades.

Los integrantes del Consejo tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de sesenta unidades de fomento por cada mes calendario. Esta dieta será compatible con otros ingresos que perciba cada consejero.

Les corresponderá a los consejeros designar a uno de ellos como presidente del Consejo, quien presidirá las sesiones. Asimismo, deberán elegir a uno de ellos como subrogante del presidente del Consejo.”.

Se deja constancia que la idea fue recogida en la indicación N° 3.A, presentada por del Ejecutivo.

- La indicación N° 16.A, fue declarada inadmisible.

ARTÍCULO 6°

La indicación N° 17, de S.E. la Vicepresidenta de la República, suprime el artículo 6°.

- Puesta en votación la indicación N° 17, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

ARTÍCULO 7°

La indicación N° 18, de S.E. la Vicepresidenta de la República, suprime el los artículo 7°.

- Puesta en votación la indicación N° 18, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

La indicación N° 19, del Honorable Senador señor Chahuán, sustituye el texto del inciso tercero de su artículo 7°, por el siguiente:

"Para sesionar, el Consejo requerirá un quorum mínimo de tres integrantes, incluyendo la presencia de quien ejerza la presidencia. De los acuerdos que adopte el Consejo deberá dejarse constancia en el acta de la sesión respectiva, donde también deberán consignarse los votos de minoría.".

-La indicación N° 19, fue retirada.

La indicación N° 19.A, de los Honorables Senadores señores Chahuán y Gahona, sustituye el artículo 7º por el siguiente:

"Artículo 7º.- Para sesionar, el Consejo requerirá un quorum mínimo de tres integrantes, incluyendo la presencia de quien ejerza la presidencia o quien lo subrogue. En las sesiones los consejeros tendrán derecho a voz y voto. El Consejo adoptará sus acuerdos por la mayoría simple de sus integrantes presentes. En caso de no alcanzarse dicha mayoría, quien ejerza la presidencia o quien le subrogue tendrá la facultad de dirimir entre las alternativas presentadas.

De los acuerdos que adopte el Consejo deberá dejarse constancia en el acta de la sesión respectiva, donde también deberán consignarse los votos de minoría.

El Superintendente de Salud tendrá derecho a ser oído por el Consejo cada vez que lo estime conveniente, pudiendo concurrir a sus sesiones.

El Consejo contará con una Secretaría Ejecutiva que se regirá por las normas del Código del Trabajo. Tendrá como funciones actuar como ministro de fe en el Consejo, realizar el levantamiento de los acuerdos y recomendaciones y la propuesta de acta de cada una de las sesiones, y todas aquellas funciones necesarias para el correcto funcionamiento del Consejo, incluida la contratación de estudios y el libre acceso a la información que maneje la Superintendencia de Salud.

Las materias tratadas en cada sesión del Consejo deberán constar en actas elaboradas por la secretaria ejecutiva y ser aprobadas oportunamente por las personas integrantes del Consejo, las que estarán sujetas a publicidad,

de conformidad a lo previsto en la ley N°20.285, sobre acceso a la información pública.

Los integrantes del Consejo y la secretaría ejecutiva deberán guardar absoluta reserva y secreto de la información y documentos de los que tome conocimiento en el cumplimiento de sus labores, sin perjuicio de las informaciones que deban proporcionar en conformidad a la ley.”.

Se deja constancia que la idea contenida en las indicaciones 19 y 19.A, fue recogida en una posterior indicación del Ejecutivo.

-La indicación 19.A, fue retirada.

ARTÍCULO 8°

La indicación N° 20, de S.E. la Vicepresidenta de la República, reemplaza el artículo 8° que ha pasado a ser 5°, por el siguiente:

“Artículo 5°. - Las deudas contenidas en los planes de pago y ajustes, señalados en el artículo 3° y que son aprobados por la Superintendencia, se reconocerán en una cuenta corriente individual que las Instituciones de Salud Previsional deberán abrir en favor de cada persona afiliada especialmente para este fin, y que estará claramente diferenciada para todos los efectos contables de aquellos excedentes que se generen de conformidad a lo dispuesto en el artículo 188 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, sin perjuicio de recibir el mismo tratamiento definido en ese artículo, en lo que no contravenga las disposiciones de esta ley.

Esta cuenta no podrá ser cerrada si no hasta el pago total de la deuda y las Instituciones de Salud Previsional no podrán, en ningún caso, cobrar por la mantención de dicha cuenta a las personas afiliadas.

La deuda se devengará mensualmente, debiendo la Institución de Salud Previsional poner a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plazo de devolución previsto en el plan de pago y ajustes.

Los fondos acumulados en la referida cuenta se reajustarán de acuerdo con la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor. Para ello, la Institución de Salud Previsional deberá, cada seis meses, poner a disposición dicho reajuste en la cuenta de la persona afiliada.

Las deudas que cada Institución de Salud Previsional informe en su plan de pago y ajustes no serán consideradas en la garantía que estas deben mantener en alguna entidad autorizada equivalente al monto de las obligaciones asumidas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 181 del

decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Asimismo, no serán consideradas para el cálculo de los indicadores de los artículos 178 y 180 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

En el evento que se ponga término al contrato de salud entre la persona afiliada y la Institución de Salud Previsional con la que mantiene un crédito de los informados en el plan de pago y ajustes del artículo 3°, dicha Institución deberá continuar poniendo a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plan de pago y ajustes. Esta regla se aplicará cada vez que la persona migre a otra Institución Previsional de Salud o al Fondo Nacional de Salud, hasta el pago total de la deuda.

De producirse la cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, el eventual remante impago de las deudas generadas por la adecuación del precio final de los planes será pagado en el sexto orden de prelación como crédito de primera clase de conformidad a lo dispuesto en el número seis del artículo 2472 del Libro IV del Código Civil.”.

-La indicación N° 20, fue retirada y reemplazada por la N° 20.A.

La indicación N° 20.A, de S.E. el Presidente de la República, reemplaza el artículo 8° que ha pasado a ser 5°, por el siguiente:

“Artículo 5°. - Las deudas contenidas en los planes de pago y ajustes, señalados en el artículo 3° y que son aprobados por la Superintendencia, se reconocerán en una cuenta corriente individual que las Instituciones de Salud Previsional deberán abrir en favor de cada persona afiliada especialmente para este fin, y que estará claramente diferenciada para todos los efectos contables de aquellos excedentes que se generen de conformidad a lo dispuesto en el artículo 188 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, sin perjuicio de recibir el mismo tratamiento definido en ese artículo, en lo que no contravenga las disposiciones de esta ley.

Esta cuenta no podrá ser cerrada si no hasta el pago total de la deuda y las Instituciones de Salud Previsional no podrán, en ningún caso, cobrar por la mantención de dicha cuenta a las personas afiliadas.

La deuda se devengará mensualmente, debiendo la Institución de Salud Previsional poner a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plazo de devolución previsto en el plan de pago y ajustes.

Los fondos acumulados en la referida cuenta se reajustarán de acuerdo con la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, sin devengar intereses. Para ello, la Institución de Salud Previsional deberá,

cada seis meses, poner a disposición dicho reajuste en la cuenta de la persona afiliada.

Las deudas que cada Institución de Salud Previsional informe en su plan de pago y ajustes no serán consideradas en la garantía que estas deben mantener en alguna entidad autorizada equivalente al monto de las obligaciones asumidas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 181 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Asimismo, no serán consideradas para el cálculo de los indicadores de los artículos 178 y 180 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

En el evento que se ponga término al contrato de salud entre la persona afiliada y la Institución de Salud Previsional con la que mantiene un crédito de los informados en el plan de pago y ajustes del artículo 3°, dicha Institución deberá continuar poniendo a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plan de pago y ajustes. Esta regla se aplicará cada vez que la persona migre a otra Institución Previsional de Salud o al Fondo Nacional de Salud, hasta el pago total de la deuda.

De producirse la cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, el eventual remante impago de las deudas generadas por la adecuación del precio final de los planes será pagado en el sexto orden de prelación como crédito de primera clase de conformidad a lo dispuesto en el número seis del artículo 2472 del Libro IV del Código Civil.”

El Honorable Senador señor Castro González solicitó precisar el contenido del inciso cuarto, que establece que el fondo acumulado en la cuenta corriente, experimenta las variaciones del IPC, pero sin devengar intereses. Consultó por qué no devenga intereses.

Por otra parte, requirió aclarar el orden de prelación, del pago de la deuda.

La Ministra de Salud, con respecto a los intereses, sostuvo que en el proyecto original, la deuda es en UF, por lo tanto, se reajusta según en IPC y esto es una aclaración de aquello, que no genera intereses.

Respecto al orden de prelación, **el abogado asesor del Ministerio de Salud, señor Jaime Junyent** explicó que esta deuda no forma parte de la garantía legal, por lo cual se lleva al régimen general de la concursabilidad, donde las deudas generadas en acreedores que caen en insolvencia o que caen en falta de liquidez, se le aplica cierto orden en el pago de los créditos.

Subrayó que el contemplado es el primer orden de prelación, existen cinco, y dentro de cada uno de esos órdenes existe una categorización. Se ha propuesto que, en el primer orden, en el sexto lugar, están estas deudas. Le

preceden aquellas que son indispensables como, por ejemplo, los gastos de los funerales del deudor o las cotizaciones de seguridad previsional.

El Honorable Senador señor Gahona observó que esto refuerza tesis de que, en caso de quiebra de una ISAPRE, no hay ninguna posibilidad que se devuelvan los cobros en exceso a los afiliados.

- Puesta en votación la indicación N° 20.A, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

La indicación 20.B, de los Honorables Senadores señores Gahona y Chahuán, sustituye el artículo 8º por el siguiente:

"Artículo 8°.- Las deudas contenidas en los planes de pago y ajustes, señalados en el artículo 3° y que son aprobados por la Superintendencia, se reconocerán en una cuenta corriente individual que las Instituciones de Salud Previsional deberán abrir en favor de cada persona afiliada especialmente para este fin, y que estará claramente diferenciada para todos los efectos contables de aquellos excedentes que se generen de conformidad a lo dispuesto en el artículo 188 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, sin perjuicio de recibir el mismo tratamiento definido en ese artículo, en lo que no contravenga las disposiciones de esta ley.

Esta cuenta no podrá ser cerrada si no hasta el pago total de la deuda y las Instituciones de Salud Previsional no podrán, en ningún caso, cobrar por la mantención de dicha cuenta a las personas afiliadas.

La deuda se devengará mensualmente, debiendo la Institución de Salud Previsional poner a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plazo de devolución previsto en el plan de pago y ajustes.

Los fondos acumulados en la referida cuenta se reajustaran de acuerdo con la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor. Para ello, la Institución de Salud Previsional deberá, cada seis meses, poner a disposición dicho reajuste en la cuenta de la persona afiliada. Con todo, las deudas no generarán intereses.

Las deudas que cada Institución de Salud Previsional informe en su plan de pago y ajustes no serán consideradas en la garantía que estas deben mantener en alguna entidad autorizada equivalente al monto de las obligaciones asumidas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 181 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Asimismo, no serán consideradas para el cálculo de los indicadores de los artículos 178 y 180 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

En el evento que se ponga término al contrato de salud entre la persona afiliada y la Institución de Salud Previsional con la que mantiene un crédito de los informados en el plan de pago y ajustes del artículo 3°, dicha Institución deberá continuar poniendo a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plan de pago y ajustes. Esta regla se aplicará cada vez que la persona migre a otra Institución de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud, hasta el pago total de la deuda.

De producirse la cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, el eventual remanente impago de las deudas generadas por la adecuación del precio final de los planes será pagado en el sexto orden de prelación como crédito de primera clase de conformidad a lo dispuesto en el número seis del artículo 2472 del Libro IV del Código Civil.”.

-La indicación 20.B, fue retirada, por estar contenida en la indicación del Ejecutivo N° 20.A.

ARTÍCULO 9°

La indicación N° 21, de S.E. la Vicepresidenta de la República, reemplaza los incisos cuarto, quinto y sexto del artículo 9°, que ha pasado a ser 6°, por los siguientes:

“Si la Superintendencia tomare conocimiento de que una Institución de Salud Previsional, en sesión o junta, sea esta ordinaria o extraordinaria, aprobó realizar una repartición de dividendos o distribución de utilidades, sin que haya sido previamente informada de ello, podrá imponer una de las siguientes sanciones:

a. Multa a beneficio fiscal del 10% al 20% del valor de los dividendos o las utilidades que se acordaron distribuir, en el caso que aquellos no hayan alcanzado a ser distribuidos.

b. Multa a beneficio fiscal del 25% al 35% del valor de los dividendos o utilidades distribuidos, en caso de que la operación se haya perfeccionado.

Para la determinación específica de la multa que corresponda aplicar, se considerará el número de personas afiliadas cuya deuda aún no ha sido pagada en su totalidad; el riesgo ocasionado a la seguridad del sistema previsional; el beneficio económico obtenido con motivo de la infracción; la intencionalidad en la comisión de la infracción; la capacidad económica del infractor; la colaboración del infractor; haber sido sancionado previamente por las infracciones señaladas en este artículo; y, todo otro criterio que a juicio fundado de la Superintendencia sea relevante para la determinación de la sanción.

Previa aplicación de la sanción, la Superintendencia deberá notificar los cargos a la Institución de Salud Previsional afectada, la que tendrá un plazo de 10 días hábiles para formular sus descargos. Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de salud dictará una resolución fundada resolviendo la materia.

Durante el procedimiento administrativo señalado en el inciso anterior, la Superintendencia podrá dictar las medidas provisionales que estime oportunas para asegurar la eficacia de la decisión, si existiesen elementos de juicio suficientes para ello. En este sentido, podrá ordenar a las instituciones bancarias o entidades financieras que correspondan la retención de los dineros o depósitos de las Instituciones y la prohibición de realizar transacciones de acciones, bonos o debentures. Asimismo, podrá decretar cualquier medida necesaria para evitar el uso, aprovechamiento, beneficio o destino de cualquier clase de bienes, valores o dineros de la Institución.

En los casos de urgencia, para evitar la consolidación de las situaciones jurídicas derivadas de la infracción, las medidas provisionales señaladas en el inciso anterior podrán ser dictadas antes de la iniciación del procedimiento administrativo señalado en el inciso sexto de este artículo. Estas medidas deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas por la Superintendencia en la iniciación del procedimiento, que deberá efectuarse dentro de los diez días hábiles siguientes a su adopción. Las medidas quedarán sin efecto si no se inicia el procedimiento dentro de dicho plazo.

Las medidas previsionales podrán ser alzadas o modificadas durante la tramitación del procedimiento, en virtud de circunstancias sobrevinientes o que no pudieron ser tenidas en cuenta en el momento de su adopción. En todo caso, estas se extinguirán con la eficacia de la resolución administrativa que ponga fin al procedimiento correspondiente. En caso de que se hayan ordenados retenciones, la resolución que ordena la multa, además, ordenará la restitución de los dineros a la Institución de Salud Previsional infractora.

En contra de las resoluciones señaladas en este artículo que imponen una sanción o que dictan una medida previsional, podrán interponerse los recursos y reclamaciones que establece el artículo 113 del decreto con fuerza de ley Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud.

La repartición de dividendos o el retiro de utilidades que se realicen sin la correspondiente autorización serán nulas de pleno derecho y darán lugar a la responsabilidad personal de los administradores y directivos de la Institución de Salud Previsional, así como de quienes hayan percibido dividendos o utilidades, de forma solidaria con la Institución.”.

El Honorable Senador señor Gahona señaló que le preocupan dos elementos que tienen que ver con una visión más bien sistémica,

relacionado con que Superintendencia de Salud podrá asistir a las sesiones de directorios. Consultó cómo incide la legislación de sociedades anónimas en este punto y el posible intervencionismo.

Consideró que el último inciso, contempla un buen incentivo para que no hagan reparto de utilidades, porque dan lugar a la responsabilidad personal de los directores.

El Honorable Senador señor Chahuán pidió explicar la frase que señala que la Superintendencia de Salud, podrá asistir a la misma, con derecho a ser oída. Solicitó votar separadamente esa frase.

El abogado del Ministerio de Salud, señor Manuel Pérez a la consulta del Senador Gahona, sobre sociedades anónimas, señaló que prima esta norma, que es posterior y especial, sobre reglas generales.

Respecto al fondo, de cómo precaver que se generen ciertos precedentes en la legislación en general, manifestó que se debe tener en cuenta que esta posibilidad que se le da al Superintendente es muy acotada.

Aplica en el caso de una institución que ya pagó la deuda. Esa institución de salud tiene que informarle al Superintendente que, habiendo pagado la deuda, quiere repartir utilidades. Es decir, es una institución que pone antecedentes al Superintendente, quien los revisa y en atención a ello, puede ir a la sesión sobre el reparto de utilidades.

El Honorable Senador señor Chahuán solicitó votación separada, respecto a la expresión contenida en el inciso segundo del artículo 9, que dice “La Superintendencia de Salud podrá asistir a la misma con derecho a ser oída.”.

- Puesta en votación la frase indicada, resultó aprobada por la mayoría de los miembros, Honorables Senadores señores Castro González y Latorre y señora Órdenes. Se abstuvieron los Senadores señores Chahuán y Gahona.

El Honorable Senador señor Chahuán fundamentó su voto indicando que puede ser un mal precedente para otras industrias.

- Puesta en votación la otra parte de la indicación N° 21, resultó aprobada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

La indicación N° 22, del Honorable Senador señor Chahuán sustituye, el inciso quinto del artículo 9°, por el siguiente:

“De tales medidas podrá reclamarse, dentro del plazo de cinco días hábiles, ante la Corte de Apelaciones de Santiago, la que evaluará la necesidad de la medida para cautelar el correcto desarrollo del plan de pago y la seguridad del sistema previsional. El reclamante señalará con precisión, la resolución objeto del reclamo, las normas legales que se estimen infringidas, la forma en que se ha producido la infracción, y las razones por las cuales el acto le causa agravio y la petición concreta que se formula. Recibida la reclamación, la Corte requerirá de informe de la Superintendencia, concediéndole un plazo de diez días al efecto. Evacuado el traslado o teniéndosele por evacuado en rebeldía, la Corte podrá abrir un término de prueba, si así lo estima necesario, el que se regirá por las reglas de los incidentes que contempla el Código de Procedimiento Civil.”.

-La indicación N° 22, fue retirada.

La indicación N° 22. A de los Honorables Senadores señores Gahona y Chahuán, sustituye el inciso quinto del artículo 9º, por el siguiente

“De tales medidas podrá reclamarse, dentro del plazo de cinco días hábiles, ante la Corte de Apelaciones de Santiago la que evaluará la necesidad de la medida para cautelar el correcto desarrollo del plan de pago y la seguridad del sistema previsional. El reclamante señalará con precisión, la resolución objeto del reclamo, las normas legales que se estimen infringidas, la forma en que se ha producido la infracción, y las razones por las cuales el acto le causa agravio y la petición concreta que se formula. Recibida la reclamación, la Corte requerirá de informe de la Superintendencia, concediéndole un plazo de diez días al efecto. Evacuado el traslado o teniéndosele por evacuado en rebeldía, la Corte podrá abrir un término de prueba, si así lo estima necesario, el que se regirá por las reglas de los incidentes que contempla el Código de Procedimiento Civil.”.

El Honorable Senador señor Chahuán mencionó que dentro del proyecto hay distintos recursos, que se presentan en diversas instancias judiciales. Estimó que hay que tratar de que todas las reclamaciones sean en un mismo nivel jurisdiccional, que sería la Corte de Apelaciones, para que sean apelables ante la Corte Suprema.

Sostuvo que ese permite ordenar todas las reclamaciones, por ejemplo, respecto al reparto de utilidades.

El Abogado señor Pérez manifestó que otro artículo del proyecto de ley en discusión, incluye el régimen de impugnación. El procedimiento que se aprobó, incluye un plazo de cinco días para reclamar ante el Superintendente y después, incluye el reclamo ante la Corte de Apelaciones.

Explicó que la propuesta reconduce al régimen general del DFL1, respecto a las impugnaciones de la Superintendencia de Salud, que es cinco

días contra la misma autoridad y quince días para recurrir ante Corte de Apelación.

-La indicación 22.A, fue retirada.

ARTÍCULO 10

La indicación N° 23, de S.E. la Vicepresidenta de la República, modifica el artículo 10, que ha pasado a ser 7°, en el siguiente sentido:

a) Reemplázase, en el inciso primero, la frase “devolución de deuda” por “pago y ajustes”.

b) Reemplázase, en el inciso segundo, la voz “devolución” por la frase “pago y ajustes”.

- Puesta en votación la indicación N° 23, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

La indicación N° 24, de S.E. la Vicepresidenta de la República, intercala, a continuación del artículo 10 que ha pasado a ser 7°, el siguiente artículo 8°, nuevo:

ooo

“Artículo 8°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso octavo del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, de forma excepcional y por una sola vez, todos aquellos contratos de salud que tengan un precio pactado que sea inferior a la cotización legal obligatoria, se ajustarán al valor de dicha cotización.

Este ajuste se realizará previa instrucción de la Superintendencia de Salud, la que podrá estar incluida en la circular que trata el artículo 2° de la presente ley u otra distinta.

Respecto de los contratos de salud que sus precios finales hayan sido o deban ser adecuados de conformidad al artículo 2° de la presente ley, este ajuste operará sobre el valor del plan obtenido al aplicar lo dispuesto en los numerales 1 y 2 de dicho artículo.

Previo hacer efectivo el ajuste, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer a la persona afiliada nuevos beneficios. Asimismo, ofrecerá los planes alternativos cuyo precio pactado sea más cercano al valor de su cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento. Las condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a

los nuevos contratantes del respectivo plan y no podrán importar una discriminación entre dichos afiliados.

Para lo anterior, las Instituciones de Salud Previsional notificarán el ajuste a todas las personas afiliadas afectadas, dentro del plazo y en la forma que disponga la Superintendencia en la respetiva circular. En la misma oportunidad y forma, deberán informar de los beneficios y planes alternativos mencionados en el inciso anterior.

La persona afiliada podrá optar por mantener su plan ajustado al nuevo valor con los beneficios ofrecidos, aceptar alguno de los planes alternativos, o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional. En el evento de que nada diga, se entenderá que la persona acepta mantener su plan con los nuevos beneficios propuestos por la Institución.

Con todo, dentro de los seis meses siguientes a la notificación, las personas afiliadas podrán solicitar cambiarse a alguno de los planes que les fueran ofrecidos por su Institución de Salud Previsional, para lo cual, no se les podrá exigir una nueva declaración de salud, manteniéndose la entregada al momento de celebrar el contrato que fue ajustado.”.

ooo

La Ministra de Salud expresó que el alcance de esta indicación es justamente establecer la mecánica a través de la cual se va a producir el cambio de los contratos que tienen en este momento un precio de plan inferior al 5%.

El Superintendente de Salud manifestó que la disposición solo establece la fórmula en que se va a llevar a cabo lo anteriormente aprobado y tanto el formato como la mecánica para hacerlo es muy nítido.

Agregó que quedará fijado en virtud de la circular que ellos emitan y de hecho, se dan dos opciones: puede ser en la circular que ya está mencionada o una especial para el efecto.

La Honorable Senadora señora Órdenes consultó si esta norma podrá de alguna manera imponer algún orden en cuanto a los planes.

El señor Superintendente precisó que, en primer lugar, se está tratando de ordenar la distorsión respecto del cobro del 7%, eso es un paso prospectivo y hasta el momento, es lo que les permite ordenar la situación, por lo menos en el ámbito de la cotización, para que luego avanzar en línea con lo planteado por la Senadora.

-La indicación N° 24, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

La indicación N° 25, de S.E. la Vicepresidenta de la República, incorpora, a continuación del artículo 8°, nuevo, el siguiente artículo 9°, nuevo:

ooo

“Artículo 9°.- Excepcionalmente, para el proceso de modificación de precios bases a que se refieren los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud correspondiente al año 2024, la Superintendencia de Salud determinará el valor anual del indicador sin considerar el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones que se realicen en la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud.

Asimismo, para este proceso, la Superintendencia de Salud determinará el valor o reajuste que las Instituciones de Salud Previsional, por una sola vez y de forma extraordinaria, podrán incorporar a sus precios base, a fin de otorgar financiamiento al costo y cobertura de las prestaciones de salud de las cargas menores de dos años de edad. Para estos efectos, la Superintendencia deberá evaluar el costo y cobertura de las prestaciones de salud correspondientes a estas cargas.

Con todo, dentro de los seis meses siguientes a la comunicación que hace referencia los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, las personas afiliadas podrán solicitar cambiarse a alguno de los planes que les fueran ofrecidos de conformidad a los artículos recién mencionados, para lo cual, no se les podrá exigir una nueva declaración de salud, manteniéndose la entregada al momento de celebrar el contrato que fue ajustado.”.

ooo

El Honorable Senador señor Chahuán recordó que este tema fue resuelto en la Ley de Reajuste del Sector Público. Consultó si hay algún otro elemento que no estuviese contemplado en la ley de reajuste, de lo contrario, se debería rechazar.

La señora Ministra aclaró que en la ley de reajustes, se incorporó la misma normativa.

El Honorable Senador señor Gahona recordó que las modificaciones incorporadas en la ley de reajustes, tienen vigencia por un año. Consultó si esto está establecido en la ley respectiva, porque regirá el sistema de ICSA hacia adelante.

El señor Superintendente de Salud aclaró que, en la ley de reajustes, se estableció el adelantamiento del cálculo del ICSA para marzo. En segundo lugar, se eliminó de manera transitoria y por una vez el efecto de FONASA, que también es una norma transitoria. Después, se mantiene tanto en la legislación, como también la norma técnica que estaba previamente firmada por el Ejecutivo.

Además, se incorporó un retraso a septiembre del 2025, respecto del cobro o cuando se ejecuta el alza de precio base de ese año. Pero la metodología cálculo, vuelve a ser la misma que durante todo este tiempo. A su vez, se establece en la ley, el criterio de verificación al menos para el ICSA del 2024, porque el otro criterio está contenido un proyecto de ley que todavía no se despacha.

- Puesta en votación la indicación N° 25, fue rechazada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

La indicación N° 26, de S.E. la Vicepresidenta de la República, incorpora, a continuación del artículo 9°, nuevo, el siguiente artículo 10, nuevo:

ooo

“Artículo 10.- Para los contratos afectos al numeral 1° del artículo 2° de esta ley, las modificaciones a los precios bases de los planes de salud realizados de conformidad a los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final.

Para estos efectos, el precio final de los contratos indicados en el inciso anterior será el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados.”.

ooo

El **Superintendente de Salud, señor Víctor Torres** explicó que habitualmente se genera una confusión respecto a este concepto, pero ya ha sido clarificado por sentencias de la Corte Suprema y también por la postura de la misma Superintendencia. El precio final se refiere al precio pactado, que resulta de la multiplicación del precio base por la suma de los factores en cada uno de los contratos. Por eso se dice ahí que se resta tanto la prima GES como eventuales otros beneficios como el CAEC u otro, porque eso no constituye parte del precio final del plan complementario propiamente tal.

-La indicación N° 26, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

La indicación N° 26.A, de los Honorables Senadores señores Gahona y Chahuán, agrega un nuevo artículo del siguiente tenor:

ooo

"Artículo X: Para los efectos de esta ley, los plazos de días se considerarán de días corridos**.".**

ooo

El **Honorable Senador señor Chahuán** puntualizó que la indicación busca acortar los plazos y por ello se refieren a los días corridos.

La **Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera** expresó que entiende que los autores presentaron la indicación antes que el Gobierno ya acortara los plazos, porque ahora hay muchos plazos que son 10 días corridos para el mismo Consejo Consultivo. En el mismo espíritu de lo propuesto están de acuerdo en que los plazos deben ser lo más breve posible, pero prefieren los días hábiles.

- La indicación N° 26.A, fue rechazada por la mayoría de los integrantes de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González y Latorre y señora Órdenes. Los Honorables Senadores señores Chahuán y Gahona, votaron a favor.

ARTÍCULO SEGUNDO TRANSITORIO

La indicación N° 27, de S.E. la Vicepresidenta de la República, reemplaza el artículo segundo transitorio por el siguiente:

"Artículo segundo transitorio.- El primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria, podrá realizarse mediante trato directo con una o más compañías de seguro. Dicho contrato deberá ser suscrito, además, por la Dirección de Presupuestos, y deberá contener, al menos, los elementos señalados en los literales e), f), h), i), j) y k) del artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Si el Fondo celebra este primer contrato a través de trato directo, deberá dictar la resolución señalada en el artículo 144 sexies del decreto con

fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, luego de 18 meses contados desde la entrada en vigencia de dicho contrato.

Con independencia de la entrada en vigencia del contrato referido en el inciso anterior, el Fondo Nacional de Salud podrá celebrar los convenios con los prestadores de salud que integrarán la Modalidad de Cobertura Complementaria. Las personas afiliadas y beneficiarias de los grupos B, C y D podrán elegir al profesional o el establecimiento e institución asistencial de salud que, conforme a dicha modalidad, otorgue la prestación requerida.

Iniciada la vigencia del primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria, las personas sólo podrán acceder a la Modalidad de Cobertura Complementaria de conformidad a los artículos 144 bis, ter, quáter y quinquies del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.”.

El Honorable Senador señor Castro González solicitó al director de FONASA precisar el tema de la red de prestadores. ¿Cuánto cambia el escenario de lo que actualmente significa la libre disponibilidad para acudir a un médico u hospitalización, al escenario de redes que se propone como norma?

El Director de FONASA señaló que este artículo transitorio intenta prever la necesidad de un comienzo más rápido de la modalidad.

Detalló que se da la posibilidad, una vez aprobada la ley, que la primera vez, se pueda hacer un trato directo.

La señora Ministra aclaró que la modalidad de cobertura complementaria va a funcionar con todos los prestadores que están en convenio con FONASA, por lo tanto, si hay tres clínicas en una región que están funcionando con modalidad de libre elección, las tres van a ser posibles de usar en modalidad de cobertura complementaria.

La cobertura complementaria solo agrega una cobertura financiera al uso de la modalidad de libre elección. No restringe ni las redes, ni las prestaciones que hoy día están cubiertas por la modalidad de libre elección. Solo agrega una cobertura financiera y un seguro catastrófico para los gastos catastróficos en el uso de la modalidad de libre elección, porque recordó que en la modalidad institucional la atención es gratuita.

El Honorable Senador señor Gahona consultó si existe la posibilidad que en la licitación las compañías de seguros ofrezcan una red distinta.

La señora Ministra, respondió que no, porque se trata de un seguro financiero, por eso es que queda bajo el resguardo de la Comisión de Mercado Financiero.

- Puesta en votación la indicación N° 27, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

ARTÍCULO TERCERO TRANSITORIO

La indicación N° 28, de S.E. la Vicepresidenta de la República, reemplaza en el artículo tercero transitorio, la palabra “treinta” por “diez”.

- Puesta en votación la indicación N° 28, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

ARTÍCULO CUARTO TRANSITORIO

La indicación N° 29, de S.E. la Vicepresidenta de la República, suprime el artículo cuarto transitorio, pasando el artículo quinto transitorio a ser cuarto y así sucesivamente.

- Puesta en votación la indicación N° 29, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

ARTÍCULO QUINTO TRANSITORIO

La indicación N° 30, de S.E. la Vicepresidenta de la República, reemplaza en el inciso final la palabra “devolución” por la frase “pago y ajustes”.

- Puesta en votación la indicación N° 30, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

SEXTO TRANSITORIO

La indicación N° 31, de S.E. la Vicepresidenta de la República, reemplazar el artículo sexto transitorio que ha pasado a ser quinto transitorio, por el siguiente:

“Artículo quinto transitorio.- Excepcionalmente, para efectos del cumplimiento de lo establecido en el artículo 3° de la presente ley, el Consejo creado por el artículo 130 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del

Ministerio de Salud, tendrá la función de asesorar oportunamente al Superintendente de Salud respecto a:

1. Los planes de pago y ajustes que presenten las Instituciones de Salud Previsional.

2. Las modificaciones a los precios de los planes de salud que se efectúen de conformidad a esta ley.

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 1 anterior, el Consejo deberá sesionar las veces que sean necesarias, para dar cumplimento a los plazos prescritos en el artículo 3º.

Dentro de los 10 días siguientes a la publicación de esta ley, las y los Ministros de Salud, Hacienda, y Economía, Fomento y Turismo, deberán designar a los integrantes del Consejo, de conformidad a lo señalado en el inciso primero del artículo 130 ter del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud. Para esta primera designación no se aplicarán procedimiento establecido en el título VI de la ley N° 19.882.

Los consejeros cesarán en su cargo a los tres años contados desde su nombramiento. Sin perjuicio de lo anterior, estos consejeros estarán habilitados para participar en el procedimiento establecido en el título VI de la ley N° 19.882, que se convoque para efectos de proveer los cargos vacantes para el siguiente periodo.

El Superintendente deberá convocar la primera sesión del Consejo dentro de los veinte días siguientes a la fecha de la publicación de esta ley. En tanto no se dicte el reglamento al que alude el artículo 130 nonies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, el Consejo funcionará conforme a las normas que acuerde por mayoría simple en su primera sesión.

En lo que no contradiga este artículo, al primer Consejo se le aplicarán íntegramente las normas del Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.”.

-La indicación 31, fue retirada y reemplazada por la indicación N° 31.A.

La indicación N° 31.A, de S.E. el Presidente de la República, reemplaza el artículo sexto transitorio que ha pasado a ser quinto transitorio, por el siguiente:

“Artículo quinto transitorio.- Excepcionalmente, para efectos del cumplimiento de lo establecido en el artículo 3° de la presente ley, el Consejo creado por el artículo 130 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del

Ministerio de Salud, tendrá la función de asesorar oportunamente al Superintendente de Salud respecto a:

1.Los planes de pago y ajustes que presenten las Instituciones de Salud Previsional.

2.Las modificaciones a los precios de los planes de salud que se efectúen de conformidad a esta ley.

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 1 anterior, el Consejo deberá sesionar las veces que sean necesarias, para dar cumplimento a los plazos prescritos en el artículo 3º, para lo cual podrá autoconvocarse. Para ello, deberá cumplir con el quorum señalado en el artículo 130 octies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Para la primera designación de los integrantes de este Consejo no se aplicará el procedimiento establecido en el título VI de la ley N°19.882. En su lugar, dentro de los 10 días siguientes a la publicación de esta ley, el Presidente de la República deberá proponer, en una sola nómina, cuatro integrantes del referido Consejo, al H. Congreso Nacional. Dicha nómina deberá ser aprobada por mayoría simple en la Cámara de Diputadas y Diputados. Posteriormente, aquella deberá ser ratificada por el Senado con el mismo quorum. El quinto integrante del Consejo será designado por el Presidente de la República una vez que hayan sido aprobados y ratificados los otros cuatro integrantes por ambas Cámaras del H. Congreso.

Los consejeros cesarán en su cargo transcurrido un año contado desde su nombramiento. Sin perjuicio de lo anterior, estarán habilitados para participar en el procedimiento establecido en el título VI de la ley N° 19.882, que se convoque para efectos de proveer los cargos vacantes para el siguiente periodo.

El Ministerio de Salud deberá presentar Consejo de Alta Dirección Pública el o los perfiles de cargo de los integrantes del Consejo, los cuales deberán ser acordados con los Ministerios de Hacienda; y Economía, Fomento y Turismo, dentro del plazo de cuatro meses contados desde la fecha de publicación de esta ley.

El Consejo de Alta Dirección Pública, previa aprobación del o los perfiles de cargo y por intermedio de la Dirección Nacional del Servicio Civil, deberá convocar el proceso de selección establecido en el título VI de la ley N° 19.882, a fin de proveer los cargos de los consejeros antes de cumplidos ocho meses de la entrada en vigencia de esta ley, Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso cuarto anterior, el cargo de los primeros consejeros se entenderá prorrogado por el solo ministerio de la ley mientras no sean proveídos los cargos de sus reemplazantes.

El Superintendente deberá convocar la primera sesión del Consejo dentro de los veinte días siguientes a la fecha de la publicación de esta ley. En tanto no se dicte el reglamento al que alude el artículo 130 nonies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, el Consejo funcionará conforme a las normas que acuerde por mayoría simple en su primera sesión.

En lo que no contradiga este artículo, al primer Consejo se le aplicarán íntegramente las normas del Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.”.

El Honorable Senador señor Chahuán manifestó que tenía la impresión que la integración iba a ser ratificada por el Congreso Nacional, de manera permanente. Porque si va a haber representantes de los Ministerios de Salud, Hacienda y de Economía, de la administración que sea, lo importante es tener grados de autonomía y contar con consejeros que hayan sido ratificados por el Congreso Nacional.

El Honorable Senador señor Castro González manifestó que, a la inversa, tenía reparos con el primer Consejo que es designado enteramente, porque los sucesivos, tienen un larguísimo proceso de exclusiones, de inhabilidades y un proceso de Alta Dirección Pública de por medio, o sea, es un proceso muy contundente de selección. Por lo cual, esta indicación busca salvar la constitución del primer Consejo que aparecía solo designado y ahora se somete al Poder Legislativo.

El Honorable Senador señor Gahona propuso que, para la constitución del primer Consejo, se establezca un plazo de 30 días para la nómina de los consejeros y se someta al Congreso Nacional.

La señora Ministra precisó que para la primera designación de los integrantes, la indicación del Ejecutivo señala que no se aplicará el procedimiento establecido y que en su lugar, dentro de los 10 días siguientes a la publicación de esta ley, el Presidente de la República deberá proponer en una sola nómina de los 4 integrantes. Por lo cual, se establece un plazo mucho más acotado.

El Honorable Senador señor Chahuán manifestó que el riesgo que se corre es que se tenga una designación en ambas Cámaras y que sean contradictorias.

La Ministra de Salud explicó que el Presidente de la República va a proponer una lista y se va a someter a la votación en ambas instancias, no es que cada Cámara realice una nominación, sino que tiene que ser ratificada la nómina, tanto en el Senado como en la Cámara de Diputados, según el orden establecido en la norma.

Si no cuentan con el voto de la mayoría, se pierde su nombramiento y se nombrará a otros candidatos que logren la votación.

La Honorable Diputada señora Gazmuri propuso que tal vez se deben acotar los plazos en los que se debe volver a efectuar si fracasa el primer intento. Con eso se precave la posibilidad de estar lapsos muy extendidos sin integración, como ha sucedido en el Tribunal Constitucional.

La Honorable Senadora señora Órdenes manifestó que el Consejo es una instancia técnica que asesora a la Superintendencia, y la designación es por una vez, luego, es con sistema de ADP, por tanto, se tiene que aptar por aquello que sea más ágil y la conformación del Consejo requiere urgencia.

El Honorable Senador señor Castro González observó que uno de los dilemas es el plazo de reposición en caso de no haber acuerdo entre las Cámaras. Sugirió que, si no hubiese acuerdo, el Ejecutivo, debe proponer una segunda nómina dentro de los 1 días siguientes al fracaso de la primera nómina, y si nuevamente no hay acuerdo, será el Senado el que resuelva, en el mismo plazo de 10 días.

A continuación, solicitó a la Ministra que precise el punto sobre la autoconvocatoria del Consejo.

El Abogado señor Pérez explicó que autoconvocatoria, fue una necesidad expresada los Senadores, respecto a la posibilidad de que este Consejo sesionara no necesariamente a instancias de superintendentes, especialmente en esta materia bastante sensible, la idea es que los consejeros se puedan autoconvocar, cuántas veces lo estiman necesario para resolver estas materias, sin esperar la citación del Superintendente.

-La indicación 31.A, fue retirada y reemplazada por la indicación N° 31.B.

La indicación 31.B, de S.E. el Presidente de la República, reemplaza el artículo sexto transitorio que ha pasado a ser quinto transitorio, por el siguiente:

“Artículo quinto transitorio.- Excepcionalmente, para efectos del cumplimiento de lo establecido en el artículo 3° de la presente ley, el Consejo creado por el artículo 130 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, tendrá la función de asesorar oportunamente al Superintendente de Salud respecto a:

1. Los planes de pago y ajustes que presenten las Instituciones de Salud Previsional.

2. Las modificaciones a los precios de los planes de salud que se efectúen de conformidad a esta ley.

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 1 anterior, el Consejo deberá sesionar las veces que sean necesarias para dar cumplimento a los plazos prescritos en el artículo 3º. Para ello, el Consejo podrá autoconvocarse y deberá cumplir con el quorum señalado en el artículo 130 octies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Para la primera designación de los integrantes de este Consejo no se aplicará el procedimiento establecido en el título VI de la ley N°19.882. En su lugar, dentro de los 10 días siguientes a la publicación de esta ley, el Presidente de la República deberá proponer, en una sola nómina, cuatro integrantes del referido Consejo, al H. Congreso Nacional.

Dicha nómina deberá ser aprobada por mayoría de los miembros presentes de la Cámara de Diputadas y Diputados en votación única y dentro del plazo de 10 días contados desde el envío de la nómina a dicha Cámara. Posteriormente, aquella deberá ser ratificada por el Senado en votación única con el mismo quorum y dentro del mismo plazo. Si la Cámara de Diputadas y Diputados y/o el Senado no se pronunciaran dentro de los plazos señalados, se entenderá que aprueban la proposición del Presidente.

En caso de que ambas o alguna de las H. Cámaras rechace la nómina propuesta, el Presidente de la República deberá proponer, dentro del plazo de 10 días contados desde la comunicación del rechazo, dos nóminas:

a.- Una nómina con dos integrantes del referido Consejo para la Cámara de Diputadas y Diputados.

b.- Una nómina con dos integrantes del referido Consejo para el Senado.

Cada Cámara deberá aprobar la nómina respectiva en votaciones únicas y requerirán para su aprobación del voto favorable de la mayoría de los miembros presentes de las y los diputados o las y los senadores, según corresponda. Si la Cámara de Diputadas y Diputados y/o el Senado no se pronunciaran o rechacen las nóminas propuestas dentro de los plazos señalados, se entenderá que aprueban la proposición del Presidente.

El quinto integrante del Consejo será designado por el Presidente de la República una vez que hayan sido aprobados y ratificados los otros cuatro integrantes por ambas Cámaras del H. Congreso, a más tardar dentro del plazo de 10 días contados desde la comunicación de la aprobación y ratificación de los otros integrantes.

Conformado el Consejo, el Presidente de la República comunicará su integración al Superintendente de Salud, quien deberá convocar la primera sesión del Consejo dentro de los 20 días siguientes desde que se le comunica su conformación. En tanto no se dicte el reglamento al que alude el artículo 130 nonies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, el Consejo funcionará conforme a las normas que acuerde por mayoría simple en su primera sesión.

Los consejeros cesarán en su cargo transcurrido un año contado desde su nombramiento. Sin perjuicio de lo anterior, estarán habilitados para participar en el procedimiento establecido en el título VI de la ley N° 19.882, que se convoque para efectos de proveer los cargos vacantes para el siguiente periodo.

El Ministerio de Salud deberá presentar Consejo de Alta Dirección Pública el o los perfiles de cargo de los integrantes del Consejo, los cuales deberán ser acordados con los Ministerios de Hacienda; y Economía, Fomento y Turismo, dentro del plazo de cuatro meses contados desde la fecha de publicación de esta ley.

El Consejo de Alta Dirección Pública, previa aprobación del o los perfiles de cargo y por intermedio de la Dirección Nacional del Servicio Civil, deberá convocar el proceso de selección establecido en el título VI de la ley N° 19.882, a fin de proveer los cargos de los consejeros antes de cumplidos ocho meses de la entrada en vigencia de esta ley, Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso cuarto anterior, el cargo de los primeros consejeros se entenderá prorrogado por el solo ministerio de la ley mientras no sean proveídos los cargos de sus reemplazantes.

En lo que no contradiga este artículo, al primer Consejo se le aplicarán íntegramente las normas del Capítulo VIII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.”.

La Comisión observó que los combos propuestos han sido incorporados en esta nueva indicación.

- Puesta en votación la indicación N° 31.B, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

ooo

ARTÍCULOS SEXTO, SÉPTIMO, OCTAVO, NOVENO, DÉCIMO Y DÉCIMO PRIMERO TRANSITORIOS, NUEVOS

La indicación N° 32, de S.E. la Vicepresidenta de la República, intercala, a continuación del artículo quinto transitorio, los siguientes artículos

sexto, séptimo, octavo, noveno, décimo y décimo primero transitorios, nuevos, pasando el artículo séptimo transitorio a ser décimo segundo transitorio y así sucesivamente:

"Artículo sexto transitorio.- Dentro del plazo de doce meses desde la dictación de la presente ley, el Ministerio de Salud deberá dictar el reglamento que alude el artículo 130 nonies, incorporado al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, por el numeral 3 del artículo 1° de la presente ley.

Artículo séptimo transitorio.- En el evento que una persona afiliada haya puesto término a su contrato de salud con una Institución de Salud Previsional con anterioridad a la publicación de esta ley y, que de conformidad a lo informado por dicha Institución en su plan de pago y ajustes tenga un crédito a su favor, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 5° de la presente ley, esta deberá abrir una cuenta a nombre de la persona que estuvo afiliada y sujetarse a las reglas de dicha disposición.

Artículo octavo transitorio.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que estén recibiendo una o más prestaciones con las Garantías Explícitas en Salud establecidas en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 de la ley Nº 19.966 que establece un régimen de Garantías en Salud, el Fondo Nacional de Salud podrá, a su cargo, autorizar la continuidad del otorgamiento de la intervención sanitaria que estuviere en curso, sin necesidad de una nueva confirmación diagnóstica, asignándole un prestador para tales efectos.

Una vez otorgada la intervención sanitaria referida en el inciso anterior, el prestador de salud continuador de la atención derivará a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas, que requieran nuevas prestaciones de salud, para que éstas sean otorgadas de acuerdo con lo establecido en la ley Nº 19.966 y su respectivo reglamento.

Mediante un reglamento, dictado a través del Ministerio de Salud, se fijarán los criterios que deberá considerar el Fondo Nacional de Salud para la autorización señalada en el inciso primero, así como los procedimientos que deberán cumplir los beneficiarios, los prestadores y el Fondo Nacional de Salud para la adecuada aplicación de este artículo. Este reglamento deberá ser dictado en el plazo de 12 meses contados desde la publicación de la presente ley.

Los plazos asociados a garantías de oportunidad que estuvieren corriendo al momento en que el beneficiario quedare afecto al Régimen al que se refiere el Libro II del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, seguirán corriendo sin interrupción.

Artículo noveno transitorio.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, que de conformidad al plan de salud que tenían en su Institución de Salud Previsional contaran con una cobertura adicional para enfermedades catastróficas, y que al tiempo de la cancelación del registro hayan tenido derecho a esta cobertura, y la hubieren activado oportunamente ante la Institución de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud podrá otorgar dicha cobertura por un plazo de hasta seis meses contado desde la incorporación automática a que se refiere dicho artículo. Además, el Fondo Nacional de Salud podrá autorizar la continuidad de su atención en el prestador designado por su Institución de Salud Previsional, antes de la cancelación del registro, hasta por el plazo ya señalado.

Artículo décimo transitorio.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que por sentencia firme y ejecutoriada dictada por un tribunal de justicia o por la Superintendencia de Salud, tengan derecho a la cobertura financiera de una o más prestaciones de salud determinadas con cargo a su Institución de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud dará continuidad al otorgamiento y cobertura de dichas prestaciones en la forma indicada en dicho pronunciamiento.

Artículo décimo primero transitorio.- La Superintendencia de Salud informará al Fondo Nacional de Salud acerca de aquellas personas que se encuentran en las situaciones descritas en los artículos octavo, noveno y décimo transitorios de la presente ley.”.

ooo

El **Honorable Senador señor Castro González** solicitó al Ejecutivo pueda precisar de mejor manera los contenidos de estas disposiciones que se formulan, especialmente en los artículos octavo y noveno transitorio, en lo relativo a incumplimientos en el plan de devolución, cancelación de registro u otras circunstancias, y el carácter facultativo frente a la opción de obligatoriedad cuando se trata de cautelar la continuidad de la atención. Porque insistió que, frente a estos siniestros, las personas queden desamparadas.

El **Honorable Senador señor Chahuán** enfatizó que la continuidad de los tratamientos médicos y de las hospitalizaciones domiciliarias son claves.

Manifestó la duda fundada, de que el FONASA tenga las capacidades de dar idéntico tratamiento al que tenían los pacientes que estaban afiliados al seguro privado de salud. También consultó por el financiamiento.

La **Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera** señaló que efectivamente el espíritu de este artículo es garantizar de alguna forma la continuidad de la atención en circunstancias en que alguna de las instituciones de salud privadas entren en insolvencia. Pero ciertamente eso está establecido de una forma no tan taxativa en atención a que el Ejecutivo no se puede comprometer necesariamente como si fuera una condena jurídica a mantener exactamente el mismo prestador en las mismas condiciones y tiene que tener más opciones para poder negociar con los prestadores que están realizando esas atenciones sobre la forma y el modo en que se continúan haciendo.

El **abogado asesor del Ministerio de Salud, señor Manuel Pérez** señaló que esta norma lo que viene a dar son facultades, opciones, para permitir que el FONASA mantenga la continuidad de los tratamientos, que es la preocupación que han manifestado todas las autoridades.

El Honorable Senador señor Castro González solicitó que en la ley quede consignando un compromiso de mayor fuerza respecto a lo que va a pasar con los afiliados si pierde el sostén de su ISAPRE.

La Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera insistió que sin esta norma FONASA no podría hacer la continuidad porque hoy día FONASA no puede mantener el mismo nivel de atención en el GES sin esta habilitación. Desde otro punto de vista, también el GES está cautelado por la Superintendencia de Salud, en cuanto a la continuidad de la atención de las personas.

El Director de FONASA, señor Camilo Cid expresó que es importante dar esta posibilidad como señala la señora Ministra. También está diferenciado en algunos criterios, por ejemplo, en la CAEC la posibilidad es poder mantener el prestador que tiene la persona, dado que supone cierta gravedad, y durante un periodo razonable de tiempo que son seis meses, evaluar la continuidad con ese prestador o buscar un prestador similar de misma calidad que pueda ser más conveniente para el Estado.

Ante una consulta del Honorable Senador señor Castro el **abogado asesor del Ministerio de Salud, señor Manuel Pérez** precisó que estas son normas que se insertan en una regulación y en un sistema que está

establecido y en tal sentido, particularmente en el GES, FONASA es responsable de dar el tratamiento, de dar la cobertura, y buscar a los prestadores para la población beneficiaria del GES.

El Honorable Senador señor Gahona expresó que es curioso que ahora el Ejecutivo comparte el efecto relativo de los fallos, cuestión que no mostraron en ningún momento en la discusión. Señaló que coincide que aquí no hay una certeza de que las personas puedan continuar con sus tratamientos y coberturas tal como lo reciben hoy.

Añadió luego que tal como queda hasta ahora el proyecto de ley, se producirá la caída y la quiebra de las ISAPRES, producto de lo cual, los pacientes no contarán de hospitalización domiciliaria, por tanto, FONASA tendría que hacerse cargo, sin embargo, utiliza la expresión “podrá”, que es facultativo.

El Honorable Senador señor Chahuán expresó que, en los mismos términos, desea un cambio del verbo rector, de manera que sea obligatorio dar continuidad de tratamiento.

El Honorable Senador señor Latorre señaló que por su parte también le gustaría que exista el verbo deberá; entiende el punto de cautelar que no quede cautivo de un prestador específico y sobre todo el poder de negociación, donde ese prestador puede subir los precios también de manera indiscriminada.

Insistió que se haga el esfuerzo por parte del Ejecutivo, tal vez en los siguientes trámites en discutir la obligatoriedad de dar prestación y analizar las implicancias que esto tiene.

La Honorable Senadora señora Órdenes coincidió que se requiere una habilitación y desde ese punto de vista, evidentemente, votará a favor. Pero no está claro y se abre de nuevo un espacio de incertidumbre.

¿Qué pasa con ese usuario que enfrenta una problemática de salud y no tiene las garantías de la continuidad de su tratamiento?

El Honorable Senador señor Chahuán expresó que esta situación provocará la judicialización del sistema.

El Presidente puso en votación separada los artículos octavo y noveno transitorios.

En la primera votación el resultado fue de 2 votos a favor, de los Honorables Senadores señor Latorre y señora Órdenes y 3 abstenciones, de los Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán y Gahona.

Repetida reglamentariamente la votación fue la misma; razón por la cual las disposiciones quedan aprobadas por 5 votos a favor.

-Puesta en votación las restantes disposiciones de la indicación N° 32, fueron aprobadas por la unanimidad de los integrantes de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

ooo

ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO TRANSITORIO, NUEVO

La indicación N° 33, de S.E. el Presidente de la República, incorpora, a continuación del artículo décimo primero transitorio, el siguiente artículo décimo segundo transitorio, nuevo:

"Artículo décimo segundo transitorio.- Dentro del período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a reformar el sistema de salud en su conjunto a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud, y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior, antes del 1° de octubre de 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; así como a eliminar las discriminaciones por edad y sexo, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud.".

ooo

El Honorable Senador señor Chahuán lamentó que el Gobierno no haya aprovechado esta oportunidad para terminar con la preexistencia, con la discriminación por sexo y edad, generando un fondo de compensación de riesgo inter Isapre como una reforma transicional o una reforma derechamente y manifestó que el Gobierno desaprovechó una coyuntura donde los cinco miembros de la Comisión de Salud están completamente de acuerdo.

El Honorable Senador señor Latorre valoró este artículo transitorio y el compromiso explícito y espera que efectivamente se haga el esfuerzo de llegar, antes del 1 de octubre de este año, con el diálogo prelegislativo y político necesario para dar curso al proyecto de ley que termina con las preexistencias. Opinó que, al eliminar la declaración de salud y las discriminaciones, las preexistencias, discriminaciones por razones de edad y

sexo, se vuelve más insostenible ese sistema de ISAPRES, porque su modelo de negocio, como ha operado toda esta década, ha sido justamente discriminar.

Así han lucrado históricamente las ISAPRES. Por tanto, ponerle reglas de seguridad social a estas instituciones privadas con fines de lucro, probablemente haga más insostenible su modelo de negocio.

La Honorable Senadora señora Órdenes destacó la importancia de avanzar en una reforma que implica un cambio más estructural.

La **Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera** informó que esta indicación, es en atención al compromiso que se adquirió como Ejecutivo en la negociación de la ley de reajuste y que permitió su aprobación en la Cámara de Diputados.

Agregó que en virtud de la discusión en esta Comisión se adelantaron los plazos de manera que sea hasta septiembre del 2024 y expresó que todas las propuestas del Ejecutivo están balanceadas de manera de garantizar la viabilidad del sistema.

Aclaró que la discriminación por sexo se acaba con la aplicación de la tabla de factores, o sea, con este proyecto de ley se acaba la discriminación por sexo, toda vez que da cumplimiento a la sentencia de la Corte Suprema, que definió que no debía haber discriminación por sexo.

Se debe avanzar hacia las otras discriminaciones y se debe hacer de una forma prudente, responsable, pero también rápida, en el sentido de que los plazos establecidos son dentro de este mismo año.

La indicación N°33, fue aprobada por la unanimidad de los integrantes de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y Latorre y señora Órdenes.

El Honorable Senador señor Chahuán fundó su voto a favor, pero con los reparos ya señalados y expresó su deseo que el Gobierno se abra a considerar las fórmulas propuestas por la FEN.

El Honorable Senador señor Gahona consultó si antes del término de la tramitación de este proyecto en el Congreso Nacional, se añadiría alguna cláusula que asegure que habrá mecanismos de sostenibilidad del sistema.

La Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera señaló que esas garantías vendrán en el proyecto que se presente con motivo de esta norma que se aprueba.

El Honorable Senador señor Castro González destacó que se abrió un proceso de reforma que no estaba considerado originalmente, ya que esta era una ley solo abocada a hacer viables los fallos.

La indicación N° 34, del Honorable Senador señor Castro González, agrega un artículo transitorio nuevo, del siguiente tenor:

"Artículo Transitorio. - Dentro de los 6 meses desde la entrada en vigencia de esta ley, el Presidente de la República deberá ingresar un proyecto de ley que modifique el Sistema de Incapacidad Laboral, fortaleciendo la institucionalidad y modernizando el sistema incluyendo entre otros aspectos la eliminación de los días de carencia de aquellas licencias médicas menores a 10 días.".

- **La indicación N° 34, fue retirada.**

La indicación N° 35, de los Honorables Senadores señores Gahona y Chahuán, agrega el siguiente artículo transitorio nuevo:

"Artículo (…) transitorio.- Para efectos del primer nombramiento del Consejo establecido en el artículo 4°, el Presidente de la República nombrará dentro de los primeros 30 días desde la publicación de la ley a los consejeros y su duración en el cargo de modo que se cumpla la obligación de que este se renueve por parcialidades. Dichos nombramientos serán ratificados por el Senado en la primera sesión de sala que se celebre tras la presentación de la nómina por parte del Presidente de la República.".

Se deja constancia que la indicación 31B, del Ejecutivo, recoge en parte, las ideas planteadas en la indicación en estudio.

-La indicación N° 35, es declarada inadmisible.

La indicación N° 36, de los Honorables Senadores señores Gahona y Chahuán, agrega el siguiente artículo transitorio nuevo:

"Artículo (…) transitorio.- Dentro del plazo de 12 meses contados desde la instalación del Consejo creado en el artículo 4°, este deberá realizar un análisis integral del costo técnico por planes de salud ofrecidos por las Instituciones de Salud Previsional. Los resultados de ese informe deberán ser considerados para la determinación del precio base de los planes de salud correspondientes al año inmediatamente siguiente.".

El Honorable Senador señor Gahona señaló que el objetivo es realizar un estudio posterior, para decidir su continuidad en el tiempo.

- **La indicación N° 36, fue retirada.**

La indicación N° 37, de los Honorables Senadores, señores Gahona y Chahuán, agrega el siguiente artículo transitorio, nuevo:

"Artículo (…) transitorio.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que estén recibiendo una o más prestaciones con las Garantías Explícitas en Salud establecidas en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 de la ley N°19.966 que establece un régimen de Garantías en Salud, el Fondo Nacional de Salud deberá, a su cargo, autorizar la continuidad del otorgamiento de la intervención sanitaria que estuviere en curso, sin necesidad de una nueva confirmación diagnóstica, asignándole un prestador para tales efectos. Asimismo, deberá garantizar que las condiciones en que se otorgue dicha intervención sean equivalentes a las que la persona se encontraba recibiendo, considerando, a lo menos, la misma canasta de prestaciones.

Una vez otorgada la intervención sanitaria referida en el inciso anterior, el prestador de salud continuador de la atención derivará a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas, que requieran nuevas prestaciones de salud, para que éstas sean otorgadas de acuerdo con lo establecido en la ley N°19.966 y su respectivo reglamento.

Mediante un reglamento, dictado a través del Ministerio de Salud, se fijarán los criterios que deberá considerar el Fondo Nacional de Salud para la autorización señalada en el inciso primero, así como los procedimientos que deberán cumplir los beneficiarios, los prestadores y el Fondo Nacional de Salud para la adecuada aplicación de este artículo. Este reglamento deberá ser dictado en el plazo de 12 meses contados desde la publicación de la presente ley.

Los plazos asociados a garantías de oportunidad que estuvieren corriendo al momento en que el beneficiario quedare afecto al Régimen al que se refiere el Libro II del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, seguirán corriendo sin interrupción.".

- **La indicación N° 37, fue retirada.**

La indicación N° 38, de los Honorables Senadores, señores Gahona y Chahuán, agrega el siguiente artículo transitorio, nuevo:

"Artículo (…) transitorio.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la

deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, que de conformidad al plan de salud que tenían en su Institución de Salud Previsional contaran con una cobertura adicional para enfermedades catastróficas, y que al tiempo de la cancelación del registro hayan tenido derecho a esa cobertura, y la hubieran activado oportunamente ante la Institución de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud deberá otorgar dicha cobertura por un plazo de hasta seis meses contado desde la incorporación automática a que se refiere dicho artículo. Además, el Fondo Nacional de Salud deberá autorizar la continuidad de su atención en el prestador designado por su Institución de Salud Previsional, antes de la cancelación del registro, hasta por el plazo ya señalado. Asimismo, deberá garantizar que las condiciones en que se otorgue dicha intervención sean equivalentes a las que la persona se encontraba recibiendo, considerando, a lo menos, la misma canasta de prestaciones.”.

- **La indicación N° 38, fue retirada.**

- - -

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 1°.- Introdúcense, al Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469, las siguientes modificaciones:

1) Intercálese, en el artículo 50, el siguiente literal g), nuevo, pasando el actual literal g) a ser h) y así sucesivamente:

“g) Velar por el correcto funcionamiento de la licitación, contratación e implementación de la modalidad de cobertura complementaria en los términos a que se refieren los artículos 144 bis y siguientes de esta ley. Para estos efectos, le corresponderá, entre otras funciones, elaborar la o las pólizas de seguro que deberán observar las compañías de seguro que otorgue la mencionada cobertura y depositarlas en la Comisión para el Mercado Financiero, conforme a las disposiciones de la letra e) del artículo 3° del decreto con fuerza de ley N° 251, de 1931.

Asimismo, el Fondo Nacional de Salud podrá ejecutar todas las acciones necesarias para procurar la contratación del seguro por las personas beneficiarias señaladas en el artículo 144 bis;”.

2) Intercálase, en el inciso segundo del artículo 107, entre la frase “de libre elección,” y la frase “lo que la ley establezca” la frase “y de cobertura complementaria, sin perjuicio de las facultades de la Comisión para el Mercado Financiero respecto de las compañías de seguro,”.

3) Incorpórase, a continuación del artículo 130, el siguiente Capítulo VIII, nuevo:

“CAPÍTULO VIII

Del Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud

Artículo 130 bis.- Créase un Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud, de carácter técnico, en adelante e indistintamente el “Consejo”, que tendrá como función asesorar a la Superintendencia de Salud en las materias de su competencia en relación con las Instituciones de Salud Previsional.

Especialmente, en el cumplimiento de estas funciones deberá asesorar oportunamente sobre el precio que las Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explícitas en Salud, conforme al artículo 206 bis.

Las opiniones, pronunciamientos, estudios y propuestas del Consejo no tendrán el carácter de vinculantes y serán remitidos a la Superintendencia de Salud. Deberán ponerse a disposición del público a través de la página web institucional de la Superintendencia, en el plazo máximo de treinta días corridos desde dicha remisión.

Artículo 130 ter.- El Consejo estará constituido por cinco personas, de vasta experiencia profesional y/o académica comprobada, en materias de salud pública, economía de salud o derecho sanitario. Dos de estas personas serán nombradas por la o el Ministro de Salud, dos nombradas por la o el Ministro de Hacienda y uno nombrada por la o el Ministro de Economía, Fomento y Turismo. Estas designaciones se realizarán a partir de una terna propuesta para cada cargo por el Consejo de Alta Dirección Pública, de conformidad al procedimiento establecido en el título VI de la ley N° 19.882.

Los consejeros durarán en su cargo tres años a contar de su nombramiento, pudiendo prorrogarse hasta por un período sucesivo, por una sola vez.

Los integrantes del Consejo tendrán derecho a percibir una dieta equivalente a quince unidades de fomento por cada sesión a la que asistan, con un máximo de sesenta unidades de fomento por cada mes calendario. Esta dieta será compatible con otros ingresos que perciba cada consejero.

Les corresponderá a los consejeros designar a uno de ellos como presidente del Consejo, quien presidirá las sesiones. Asimismo, deberán elegir a uno de ellos como subrogante del presidente del Consejo.

Artículo 130 quáter.- La calidad de consejero será incompatible con el ejercicio de los cargos de diputado, senador, delegado presidencial regional o provincial, alcalde, concejal, gobernador regional, consejero regional, miembro del escalafón primario del Poder Judicial, fiscal del Ministerio Público, funcionario del Banco Central de Chile, miembro de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública y miembro de los órganos de dirección de los partidos políticos.

Artículo 130 quinquies.- Los integrantes del Consejo estarán inhabilitados para prestar asesorías a las Instituciones de Salud Previsional, mientras ejerzan el cargo.

No podrán integrar el Consejo aquellas personas que tengan conflictos de interés. Se entenderá, especialmente, que existe conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

1) Si en los últimos dos años han ocupado los cargos de directores, gerentes, administradores, ejecutivos principales de una Institución de Salud Previsional o de un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045.

2) Si en los últimos dos años, como persona natural o a través de sociedades de personas de las que los integrantes del Consejo formen parte; o en sociedades comanditas por acciones, anónimas cerradas en que aquéllos o estas sean accionistas, o en sociedades anónimas abiertas en que aquéllos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, han prestado servicios de asesoría en materia de aseguramiento de prestaciones de salud, cualquiera sea la naturaleza del vínculo a una Institución de Salud Previsional o a un Prestador Institucional de Salud relacionado según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045; o hayan sido gestores de intereses de las mismas instituciones, por sí o por terceras personas o sociedades.

3) Tener interés económico personal en uno o más de los aspectos o asuntos que le corresponde conocer en el ejercicio de su función, o tenerlo su cónyuge o conviviente civil, hijos o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive, o una persona jurídica, en la que tenga, directa o indirectamente, el diez por ciento o más de la participación,

acciones o derechos, cualquiera sea su tipo, o ejerza en ella funciones de administración y/o control.

4) Participar, directa o indirectamente, en un prestador institucional de salud privado relacionado con una o más Instituciones de Salud Previsional, según lo dispuesto en el artículo 100 de la ley N° 18.045. Se incluye en esta inhabilidad cualquier tipo de participación que genere beneficios económicos a la persona integrante del Consejo o a las personas naturales o jurídicas indicadas en el numeral precedente.

Para los efectos de lo establecido en el numeral tres anterior, no se considerará tener interés económico personal si la persona o alguno de los parientes señalados en dicho numeral, es o haya sido afiliado o beneficiario del sistema privado de salud.

Artículo 130 sexies.- Serán causales de cesación en el cargo de consejero las siguientes:

a) Expiración del período para el que fue nombrado.

b) Renuncia voluntaria.

c) Condena a pena aflictiva.

d) El fallecimiento de la persona.

e) Incapacidad psíquica o física sobreviniente para el desempeño del cargo.

f) Incurrir en alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad a las que se refieren los dos artículos anteriores.

g) Incumplimiento grave y manifiesto de las normas sobre probidad administrativa. Se entenderá como tal el incumplimiento de las normas señaladas en el artículo 130 septies, y particularmente, el incumplimiento del deber de abstención señalado en el mismo.

h) Falta grave al cumplimiento de las obligaciones como consejero. Se entenderá como falta grave, entre otras, la inasistencia injustificada a dos sesiones consecutivas o a cuatro sesiones del Consejo, durante un mismo año calendario, así como el incumplimiento del deber de reserva y secreto establecido en el artículo 130 octies.

El consejero respecto del cual se verificare alguna causal de las contenidas en los literales c) a e), cesará automáticamente en su cargo, debiendo comunicarse de inmediato dicha circunstancia al Consejo.

La verificación de las causales señaladas en los literales g) y h) será realizada por el resto del Consejo, en sesión convocada especialmente para tal efecto, de acuerdo con lo establecido en el reglamento. Para este caso, el Consejo podrá sesionar sin necesidad de que sea convocado por el Superintendente.

Las vacantes serán llenadas mediante el mismo procedimiento de selección. Habrá un plazo de 90 días desde producida la vacancia para que el Consejo de Alta Dirección Pública proponga la respectiva terna a la o el Ministro que designó a la persona que produjo la vacancia. El nuevo consejero ejercerá sus funciones por un plazo de tres años.

Artículo 130 septies.- A los integrantes del Consejo les serán aplicables las normas sobre probidad administrativa establecidas en el decreto con fuerza de ley Nº 1/19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley Nº 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y particularmente, el deber de abstención establecido en el artículo 12 de la ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado.

Asimismo, a los consejeros les serán aplicables las normas contenidas en la ley N° 20.880, sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses, y en particular, estarán obligados a realizar la declaración de intereses y patrimonio establecida en el Título II de dicha ley. También, a los consejeros les serán aplicables las normas contenidas en la ley N° 20.730 que regula el lobby y las gestiones que representen intereses particulares ante las autoridades y funcionarios.

Artículo 130 octies.- El Superintendente deberá convocar al Consejo a sesiones ordinarias, a lo menos, una vez cada dos meses. Podrá también convocar al Consejo a sesiones extraordinarias cuando existan circunstancias que así lo requieran.

Para sesionar, el Consejo requerirá un quórum mínimo de tres integrantes, incluida la presencia de quien ejerza la presidencia o quien lo subrogue. En las sesiones los consejeros tendrán derecho a voz y voto. El Consejo adoptará sus acuerdos por la mayoría simple de sus integrantes presentes. En caso de no alcanzarse dicha mayoría, quien ejerza la presidencia o quien le subrogue tendrá la facultad de dirimir entre las alternativas presentadas. De los acuerdos que adopte el Consejo deberá dejarse constancia en el acta de la sesión respectiva, donde también deberán consignarse los votos de minoría

.

El Superintendente de Salud tendrá derecho a ser oído por el Consejo cada vez que lo estime conveniente, pudiendo concurrir a sus sesiones.

Para su buen funcionamiento, el Consejo contará con una secretaría ejecutiva que estará a cargo de un funcionario o funcionaria designada por la Superintendencia, quien no percibirá remuneración adicional alguna por esta función, y que tendrá como funciones actuar como ministro de fe en el Consejo, realizar el levantamiento de los acuerdos y recomendaciones y la propuesta de acta de cada una de las sesiones, y todas aquellas funciones necesarias para el correcto funcionamiento del Consejo. Asimismo, la Superintendencia de Salud proporcionará el apoyo administrativo y de servicios para el desarrollo de sus funciones.

Las materias tratadas en cada sesión del Consejo deberán constar en actas elaboradas por la secretaría ejecutiva y ser aprobadas oportunamente por las personas integrantes del Consejo, las que estarán sujetas a publicidad, de conformidad a lo previsto en la ley N°20.285, sobre acceso a la información pública.

Los integrantes del Consejo y la secretaría ejecutiva deberán guardar absoluta reserva y secreto de la información y documentos de los que tome conocimiento en el cumplimiento de sus labores, sin perjuicio de las informaciones que deban proporcionar en conformidad a la ley.

Artículo 130 nonies.- Un reglamento expedido por intermedio del Ministerio de Salud establecerá las normas necesarias para el funcionamiento del Consejo y para la adecuada ejecución de las funciones que le son encomendadas.”.

4) Reemplázase, el artículo 142, por el siguiente:

“Artículo 142.- No obstante, lo dispuesto en el artículo 141, las personas afiliadas y las personas beneficiarias que de ellos dependan, podrán optar por atenderse bajo las modalidades de Libre Elección o de Cobertura Complementaria que se establecen en los artículos siguientes. En estos casos, podrán elegir al prestador de salud que, conforme a la modalidad respectiva, otorgue la prestación requerida.”.

5) Agréganse, a continuación del artículo 144, los siguientes artículos 144 bis, 144 ter, 144 quáter, 144 quinquies, 144 sexies, 144 septies y 144 octies, nuevos:

“Artículo 144 bis.- Las personas afiliadas que se encuentren en los grupos B, C y D podrán inscribirse en la Modalidad de Cobertura Complementaria que se establece en el artículo 144 ter y siguientes, en tanto hayan efectuado cotizaciones de salud durante los últimos seis meses.

Sin perjuicio de lo señalado en el inciso anterior, quienes hayan pagado por primera vez cotizaciones de salud y lo hagan en el Fondo Nacional

de Salud, podrán optar por inscribirse en esta modalidad sin cumplir el requisito mínimo de cotizaciones.

Excepcionalmente, los trabajadores y trabajadoras independientes que paguen sus cotizaciones en la forma establecida en el artículo 92 F del decreto ley N°3.500, de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que establece un Nuevo Sistema de Pensiones, requerirán que el monto pagado por cotizaciones de salud sea al menos el equivalente a doce cotizaciones legales de salud por el ingreso mínimo mensual. Si los fondos retenidos por la Tesorería General de la República para estos efectos no fueren suficientes, podrán cotizar en la forma establecida en el inciso cuarto del artículo 90 de ese cuerpo normativo.

Artículo 144 ter.- La Modalidad de Cobertura Complementaria es aquella en virtud de la cual las personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud, que cumplan los requisitos establecidos en el artículo anterior, se inscriben voluntariamente en esta modalidad para efectos de obtener acceso y protección financiera para las prestaciones de salud aranceladas en una red de prestadores determinada, obligándose al pago de una prima complementaria.

Esta modalidad permite a las personas inscritas recibir prestaciones ambulatorias y hospitalarias en una red de prestadores y bajo un arancel asociado. Asimismo, las personas inscritas deberán pagar una prima adicional a la cotización legal para salud, por la cual recibirán una cobertura financiera complementaria a la otorgada por el Fondo Nacional de Salud, para el financiamiento de dichas prestaciones.

Las prestaciones cubiertas en la Modalidad de Cobertura Complementaria serán financiadas, en la parte que corresponda, por el Fondo Nacional de Salud, la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria, y por el copago al cual debe concurrir la persona afiliada, de acuerdo con el arancel que se fije al efecto.

Una resolución del Ministerio de Salud, a propuesta del Fondo Nacional de Salud, establecerá el arancel señalado en el presente artículo. Dicha resolución deberá ser suscrita, además, por el Ministerio de Hacienda.

Aquellas prestaciones financiadas en conformidad al arancel a que hace referencia el inciso anterior quedaran excluidas para el otorgamiento de préstamos contemplados en el artículo 162 de esta ley.

Artículo 144 quáter.- Las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria accederán, además, a un seguro catastrófico en virtud del cual tendrán derecho a una protección financiera especial que cubrirá todos los copagos derivados de un determinado problema de salud y de cargo de la persona beneficiaria que superen, dentro de un año calendario, el deducible respectivo.

El seguro catastrófico operará con prestadores dentro de la misma red a la que accede la persona beneficiaria en virtud de la Modalidad de Cobertura Complementaria, y respecto de aquellas prestaciones financiadas en conformidad al arancel a que hace referencia el inciso cuarto del artículo 144 ter.

La protección financiera especial será de cargo de la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria. Esta deberá ser activada por la compañía de seguros de forma automática, una vez que los copagos financiados por las personas inscritas superen el deducible.

Este seguro catastrófico no será aplicable a aquellas prestaciones cubiertas en las leyes N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud, y N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.

Asimismo, la resolución a que hace referencia el inciso cuarto del artículo anterior podrá excluir otras prestaciones de la cobertura del seguro catastrófico.

Artículo 144 quinquies.- La persona afiliada que se inscriba en la modalidad señalada en el artículo 144 ter deberá inscribir a las personas a que hacen referencia los literales b) y c) del artículo 136 de esta ley, y al conviviente civil, conforme al artículo 29 de la ley N°20.830, que crea el Acuerdo de Unión Civil, si correspondiere.

Realizada la inscripción, la persona afiliada deberá pagar una prima por sí y por cada persona inscrita. Las primas complementarias constituirán ingreso para la compañía de seguros que otorgue la cobertura financiera complementaria y no constituirán, en ningún caso, ingreso fiscal ni formarán parte del presupuesto público.

La prima complementaria será la misma para cada una de las personas inscritas, sin distinción ni discriminación alguna.

El valor de la prima complementaria se fijará en unidades de fomento y se determinará en la forma establecida en las Bases de Licitación. El Director del Fondo Nacional de Salud deberá adecuar mediante una resolución el valor de la prima complementaria, de conformidad a las modificaciones al arancel a que hace referencia el inciso cuarto del artículo 144 ter y los cambios en la siniestralidad que experimente la población inscrita en la Modalidad de Cobertura Complementaria, cuando se cumplan los presupuestos establecidos en las Bases de Licitación y en conformidad a la fórmula que en ellas se establezca. Las adecuaciones serán aplicables a las personas inscritas en la modalidad al momento de la renovación de la inscripción en la forma

establecida en el inciso siguiente, previa notificación por parte de la compañía de seguros, por medios electrónicos o carta certificada, la que deberá realizarse con treinta días de anticipación a dicha renovación.

La inscripción de la persona afiliada en la modalidad será por un plazo de doce meses, renovable automáticamente por periodos iguales, y podrá renunciar a esta informando de ello al Fondo Nacional de Salud a través de sus canales de atención con al menos diez días de anticipación al término del plazo original o sus renovaciones. Excepcionalmente, la persona afiliada podrá, en cualquier momento, renunciar a la modalidad fundando su solicitud en cesantía, variación permanente de su cotización legal, y/o de la composición de su grupo familiar. La renuncia de la persona afiliada deberá incluir a todo su grupo familiar.

Las personas que incumplan el pago de la prima complementaria, durante dos meses continuos o tres meses discontinuos, dentro de un periodo de doce meses, dejarán de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria, notificándoles la compañía de seguros previamente de ello por medios electrónicos o carta certificada, informando de ello al Fondo Nacional de Salud. La exclusión a la persona de esta modalidad no inhibe a la compañía de seguros de perseguir el cobro de los saldos insolutos generados entre el no pago y el cese de la cobertura. La persona afiliada que sea trabajador o trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporado o reincorporada con efecto retroactivo si se acredita que las primas complementarias correspondientes a los meses impagos les fueron descontadas por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión.

En caso de que la persona haya dejado de tener acceso a la Modalidad de Cobertura Complementaria por renuncia o no pago de la prima complementaria, sólo podrá volver a inscribirse en aquella transcurridos seis meses desde el cese de la cobertura. Para inscribirse nuevamente deberá, además, haber solucionado las eventuales deudas que se hubiesen generado durante su adscripción a esta modalidad en periodos anteriores.

Artículo 144 sexies.- El Fondo Nacional de Salud adjudicará mediante licitación pública el otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a la que accederán las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria.

El proceso de licitación se regirá por las normas y condiciones establecidas en las respectivas Bases, las que deberán ser públicas, contener criterios y requisitos objetivos, y respetar los principios de igualdad y libre concurrencia entre los oferentes.

Las Bases de Licitación para cada proceso serán establecidas por el Fondo Nacional de Salud, mediante resolución, que deberá ser suscrita además por la Dirección de Presupuestos.

Estas Bases contendrán las condiciones necesarias para la adjudicación de la licitación y la continuidad en la cobertura financiera complementaria de las personas inscritas en esta modalidad, debiendo, a lo menos, establecer los siguientes elementos:

a) Las etapas y plazos de la licitación, los plazos y modalidades de aclaración de las Bases, la entrega y la apertura de las ofertas, la evaluación de las ofertas, la adjudicación y la firma del contrato respectivo;

b) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las ofertas;

c) Los criterios objetivos que serán considerados para adjudicar la licitación, entre los que deberá incluirse un valor de la prima;

d) La forma de designación de las comisiones evaluadoras;

e) El plazo de duración del contrato;

f) Las condiciones de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria y de la protección financiera especial, incluyendo el deducible conforme al artículo 144 quáter, el que deberá establecerse en proporción a la prima complementaria;

g) Las condiciones y exigencias que deberán cumplir las compañías de seguros tanto al momento de participar en los procesos licitatorios como durante la ejecución del contrato adjudicado. Entre las condiciones y exigencias que deberán establecerse, estarán aquellas referidas a la o las clasificaciones de riesgo mínimas con las que deberá contar cada oferente al momento de la licitación, el patrimonio mínimo y el patrimonio de riesgo que pueda requerirse especialmente para la oferta de esta cobertura, las reservas técnicas, los instrumentos, activos y límites de inversión que determine la Comisión para el Mercado Financiero de acuerdo con las normas del decreto con fuerza de ley Nº251, del año 1931, del Ministerio de Hacienda. Sin perjuicio de lo anterior, no podrán participar en la licitación aquellas compañías de seguros que se encuentren al momento de iniciado el proceso de licitación o se hayan encontrado dentro de los últimos doce meses anteriores, en alguna de las situaciones descritas en el Título IV del mismo texto legal;

h) La determinación de las medidas a aplicar en los casos de incumplimiento del contrato y de las causales expresas en que dichas medidas deberán fundarse, así como el procedimiento para su aplicación;

i) Las modificaciones y las causales de terminación de los contratos;

j) Las características y condiciones generales de la póliza, incluyendo el porcentaje de cobertura financiera complementaria, el valor referencial de la prima y las fórmulas de adecuación de esta última; y

k) Cualquier otra condición que el Fondo Nacional de Salud estime pertinente o necesaria para el correcto desarrollo de la Modalidad de Cobertura Complementaria.

Artículo 144 septies.- En caso de que se declarara desierta la licitación, o bien, todas las ofertas fueran declaradas inadmisibles en el proceso licitatorio, el Fondo Nacional de Salud deberá convocar a un nuevo proceso de licitación pública dentro de un plazo máximo de tres meses desde esa declaración. Para convocar este proceso, el Fondo deberá emitir una nueva resolución que establezca las Bases de este nuevo proceso de conformidad al artículo 144 quinquies.

Si el nuevo proceso licitatorio no es adjudicado a uno o más oferentes, el Fondo Nacional de Salud podrá realizar un proceso de contratación directa de conformidad a los términos de referencia que este fije mediante una resolución que deberá ser suscrita por la Dirección de Presupuestos.

En el caso que existan contratos ya adjudicados, y corresponda hacer un nuevo proceso de licitación, si este se declarase desierto, dicha declaración habilitará al Fondo Nacional de Salud para prorrogar los contratos adjudicados vigentes. De no ser posible la prórroga, el Fondo Nacional de Salud podrá realizar un proceso de contratación directa de conformidad al presente artículo.

En cualquier caso, las personas afiliadas y las personas beneficiarias seguirán afectas al Régimen a que se refiere el Libro II de esta ley.

Artículo 144 octies. - En todo lo que no esté regulado expresamente y sea compatible con lo expuesto en los artículos 144 bis, 144 ter, 144 quáter, 144 quinquies, 144 sexies y 144 septies, se aplicarán las normas de la Modalidad de Libre Elección a la Modalidad de Cobertura Complementaria.”.

6) Agrégase, en el inciso final del artículo 164, a continuación del punto final, que pasa a ser una coma, la siguiente oración:

“sin perjuicio de la facultad de dicho Fondo para reclasificarlo de oficio, mediante resolución fundada, que será notificada por medios electrónicos o mediante carta certificada. El Fondo deberá reclasificar siempre

a las personas afiliadas y beneficiarias que de ellas dependan pertenecientes a los grupos B, C y D, en el grupo A en el evento que dichas personas afiliadas dejen de enterar sus cotizaciones durante el periodo de doce meses consecutivos. La persona afiliada que sea trabajadora dependiente o pensionada deberá ser reincorporada con efecto retroactivo si acredita que la cotización correspondiente a los meses impagos le fue descontada por su empleador o empleadora, o la entidad encargada del pago de la pensión.”.

7) Reemplázase el inciso octavo del artículo 188 por los siguientes incisos octavo, noveno y décimo, nuevos, pasando el actual inciso noveno a ser décimo primero y así sucesivamente:

“Al momento de celebrar un contrato de salud, las Instituciones de Salud Previsional no podrán ofrecer planes cuyos precios sean inferiores al valor de la cotización legal para salud del afiliado, calculada sobre el monto promedio de los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión, según sea el caso.

En caso de que, en las sucesivas adecuaciones anuales, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual supere el 5% de la cotización legal para salud, la ISAPRE estará obligada a ofrecer al afiliado la incorporación de nuevos beneficios o planes de salud alternativos, cuyos precios más se aproximen al valor de su nueva cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento. Las condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan y no podrán importar una discriminación entre dichos afiliados. En ningún caso, el afiliado estará obligado a suscribir uno de los planes de salud alternativos ofrecidos por la ISAPRE. Mientras no suscriba un nuevo plan cuyo precio mejor se aproxime al valor de su cotización legal, toda diferencia superior al 5% de la cotización legal no generará excedentes.

Con todo, las revisiones de las adecuaciones anuales que hace referencia el inciso anterior, no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y sus beneficiarios.”.

8) Intercálase, en el inciso segundo del artículo 189, entre la palabra “libremente” y la expresión “las prestaciones”, la siguiente frase: “el plan de salud, el cual podrá considerar bonificación de prestación a prestación o por paquetes de prestaciones, debiendo detallar”.”.

9) Modifícase el artículo 198 de la siguiente forma:

a) Agrégase, en el párrafo segundo del literal a) del número 2 del artículo 198, a continuación del punto aparte, que pasa a ser punto seguido, la frase:

“También se podrá incorporar en el cálculo cualquier otro factor definido en el decreto a que se refiere el párrafo siguiente, que responda a criterios objetivos que sean determinantes en el alza de los precios de las prestaciones de salud del período consultado.”.

b) Reemplázase el inciso tercero por el siguiente:

“En el evento de que el indicador sea negativo, los precios podrán ajustarse a la baja.”.

10) Sustitúyase, en el párrafo primero del inciso segundo del artículo 206, la frase “dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto”, por “dentro del plazo previsto en el artículo siguiente”.

11) Agrégase, a continuación del artículo 206, el siguiente artículo 206 bis, nuevo:

“Artículo 206 bis.- El precio que las Instituciones de Salud Previsional cobren por las Garantías Explícitas en Salud y que, conforme al artículo anterior, deben informar a la Superintendencia de Salud, corresponderá al valor fijado por ésta conforme al procedimiento señalado en el inciso siguiente.

Para la determinación de este valor, deberá considerarse los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas, el costo de los nuevos problemas de salud, el costo de las nuevas prestaciones incluidas en las canastas de las garantías explícitas, la tasa de uso efectivo de las Garantías Explícitas en Salud por parte de los beneficiarios, el estudio de verificación de costos regulado por la ley N°19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud, y cualquier otro elemento de carácter objetivo que impacte directamente en la proyección de los costos de las Garantías Explícitas en Salud.

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, aprobará la norma técnica que establezca el algoritmo de cálculo para determinar el valor al que se refiere este artículo, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores de carácter objetivo que sirvan para el cálculo de ésta, en especial los señalados en el inciso precedente.

Dictado el decreto que establece o modifica las Garantías Explícitas en Salud y sesenta días antes de la entrada en vigencia de este, la o el Superintendente de Salud dictará una resolución que fijará el valor que las Instituciones de Salud Previsional podrán cobrar por ellas. Dicha resolución deberá publicarse en el Diario Oficial y en la página web de la Superintendencia de Salud.”.

12) Modifícase el artículo 226 de la siguiente forma:

a) Agrégase, en el inciso primero del numeral 3) del artículo 226, el siguiente párrafo segundo:

"Se preferirá a los prestadores no relacionados, para cuya determinación se estará a la definición de persona relacionada establecida en el artículo 100 de la ley N°18.045.".

b) Reemplázase, en la frase final del penúltimo inciso, la palabra "la" por "el".

Artículo 2°.- La Superintendencia de Salud determinará por medio de una circular dictada especialmente para estos efectos, el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud previsional a los que las Instituciones de Salud Previsional aplicaron una tabla de factores elaboradas por ellas mismas y distinta a la Tabla Única de Factores establecida por la Superintendencia de Salud.

Dicha circular contendrá, al menos, las siguientes instrucciones para las Instituciones de Salud Previsional:

1. La obligación de adecuar el precio final de todos los contratos previsionales de salud que se encontraban vigentes al 1° de diciembre de 2022 y que no empleaban la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud, proceso que deberá realizarse al mes subsiguiente de la dictación de la circular a la que hace referencia el inciso primero de este artículo.

Esta adecuación no podrá importar un alza del precio final de los contratos vigente.

La obligación de adecuar tampoco podrá importar una reducción del precio pactado de los contratos bajo el valor de la cotización legal obligatoria vigente al momento en que fue calculada la adecuación del precio final. El valor de la cotización legal obligatoria se calculará sobre el monto promedio de los últimos seis meses de la remuneración, renta o pensión según sea el caso, contados desde el cálculo de la de adecuación. Si, al momento de aplicar la adecuación señalada en este numeral, la persona afiliada contaba con un contrato previsional de salud con un precio pactado inferior a su cotización legal, el procedimiento de adecuación no podrá importar una modificación de dicho precio.

2.La obligación de suspender el cobro por las cargas no natas y menores de dos años de edad.

3.La obligación de informar a la Superintendencia de Salud todos los contratos que, con ocasión de la aplicación de los numerales precedentes, resulten con un precio final inferior al cobrado y percibido por la Institución respectiva, debiendo señalar esas diferencias en unidades de fomento, por cada uno de ellos; especificando si la diferencia ocurre por aplicación del numeral uno o dos precedentes.

4.La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes, las cantidades percibidas en exceso por las Instituciones de Salud Previsional, desde el 1° de abril de 2020, producto del procedimiento de adecuación de tabla de factores.

5.La obligación de restituir, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes, las cantidades percibidas por las Instituciones de Salud Previsional por concepto de cobro de cargas no natas y menores de dos años de edad, desde el 1º de diciembre de 2022, en los términos consignados en los artículos 3° y siguientes. Estos cobros no podrán ser exigidos o realizados de manera retroactiva, una vez que la persona beneficiaria cumpla dos años de edad.

Calculado el precio final de los contratos de conformidad al numeral uno anterior, las Instituciones de Salud Previsional sólo podrán realizar un alza del precio final de dichos contratos cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o personas beneficiarias y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar allí previstos así lo determine, alza cuyo cobro se suspenderá hasta que la nueva persona beneficiaria cumpla dos años de edad.

Lo referido en el presente artículo es sin perjuicio de las adecuaciones de precios que legalmente correspondan de conformidad a esta ley y al decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, así como la obligación de enterar la cotización establecida en el artículo 84 del decreto ley N° 3.500, de 1980.

La presente circular también deberá indicar la forma y plazo en que las Instituciones Previsionales de Salud notificarán a las personas afiliadas de los cambios efectuados en los contratos de salud producto de las adecuaciones señaladas en los numerales 1 y 2, así como cualquier otra medida que la Superintendencia de Salud estime pertinente.

Artículo 3°.- Dentro del plazo de un mes contado desde la publicación de la circular mencionada en el artículo anterior, prorrogable por una única vez por un mes, las Instituciones de Salud Previsional deberán presentar a la Superintendencia de Salud un plan de pago y ajustes, el cual deberá incluir, al menos, lo siguiente:

a) Una propuesta de devolución de la deuda que resulte de la aplicación de las reglas contenidas en el artículo anterior, para cada mes en

que se ocupó una tabla distinta a la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de Salud. Esta propuesta deberá contener, al menos, el número de contratos afectos a devolución; los montos a devolver a cada persona afiliada por contrato de salud, expresados en unidades de fomento; el plazo máximo de devolución; las modalidades de devolución; y todos los antecedentes que den cuenta de la valorización de la deuda.

b) Una propuesta de reducción de costos de la Institución.

Respecto a la propuesta señalada en el literal a) anterior, el plazo de devolución de la deuda podrá ser de hasta diez años.

Respecto a los montos adeudados, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer devolver dichos montos a las personas afiliadas en forma de excedentes, pudiendo ellas requerirlos para los fines previstos en el inciso cuarto del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud. Para estos efectos, la deuda se devengará mensualmente en cuotas iguales que se reconocerán en la cuenta corriente a que se refiere el artículo 5°.

Alternativamente, las Instituciones de Salud Previsional siempre podrán ofrecer acelerar el pago de la deuda y pagar parcialmente o la totalidad de la deuda en efectivo directamente a las personas afiliadas.

Respecto de la propuesta de alza establecida en la letra c) anterior, esta no podrá considerar el déficit que pudiese haber presentado la Institución de Salud Previsional con anterioridad al 30 de noviembre de 2022.

La Superintendencia de Salud, previa revisión del cumplimiento de los contenidos mínimos del plan respectivo, lo remitirá dentro del plazo de cinco días al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá 30 días para emitir una recomendación fundada por plan presentado por cada Institución de Salud Previsional. En particular, para la evaluación de la propuesta de alza establecida en la letra c), la Superintendencia de Salud emitirá una circular que contenga una metodología para la elaboración de la propuesta de alza extraordinaria de precios base definida para estos efectos. Esta metodología deberá considerar los costos operacionales y financieros, incluyendo las medidas de contención de costos propuestas en el mismo plan.

Cumplido el plazo señalado en el inciso anterior y considerando la recomendación del Consejo, la Superintendencia deberá pronunciarse sobre el plan respectivo, aprobándolo o instruyendo cambios necesarios para su aprobación, dentro del plazo de 10 días contados desde que recibió la respectiva recomendación del Consejo. En contra de esta resolución no procederá recurso alguno.

En el evento que la Superintendencia de Salud instruya cambios al plan, la Institución de Salud Previsional deberá presentar un nuevo plan con las modificaciones correspondientes, en un plazo de treinta días contados desde la notificación del acto administrativo que instruye las modificaciones. Recibido el nuevo plan de pago y ajustes, la Superintendencia deberá remitirlo dentro del segundo día hábil al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, el que tendrá un plazo de diez días para entregar su recomendación. La Superintendencia se pronunciará sobre este nuevo plan, aprobándolo o rechazándolo. En contra de la resolución que lo rechace procederán los recursos de reposición y jerárquico.

Si la Superintendencia rechaza el plan modificado, deberá fijar un plan de pago y ajustes, previa consulta al Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales, dentro del plazo de treinta días. En este caso, la Superintendencia podrá sujetar a la Institución de Salud Previsional al régimen especial de supervigilancia y control que establece el artículo 221 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, con las mismas facultades allí indicadas.

La aprobación del plan de pago y ajustes por la Superintendencia constará en una resolución que deberá, al menos, explicitar el plazo máximo de devolución, las cuotas de devolución, las condiciones conforme a las cuales la Institución de Salud Previsional respectiva hará las restituciones de los montos adeudados, y la manera en que se notificará a cada persona.

El incumplimiento, cumplimiento tardío o parcial en la entrega del plan de pago y ajustes, o en la ejecución de este, se sancionará de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII del Libro I del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Lo anterior, sin perjuicio que, en el caso de incumplimiento de la ejecución del respectivo plan, la Superintendencia podrá establecer directamente un plan de pago y ajustes, de conformidad a las reglas establecidas en el inciso octavo.”.

Artículo 4°. - Las deudas contenidas en los planes de pago y ajustes, señalados en el artículo 3° y que son aprobados por la Superintendencia, se reconocerán en una cuenta corriente individual que las Instituciones de Salud Previsional deberán abrir en favor de cada persona afiliada especialmente para este fin, y que estará claramente diferenciada para todos los efectos contables de aquellos excedentes que se generen de conformidad a lo dispuesto en el artículo 188 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, sin perjuicio de recibir el mismo tratamiento definido en ese artículo, en lo que no contravenga las disposiciones de esta ley.

Esta cuenta no podrá ser cerrada si no hasta el pago total de la deuda y las Instituciones de Salud Previsional no podrán, en ningún caso, cobrar por la mantención de dicha cuenta a las personas afiliadas.

La deuda se devengará mensualmente, debiendo la Institución de Salud Previsional poner a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plazo de devolución previsto en el plan de pago y ajustes.

Los fondos acumulados en la referida cuenta se reajustarán de acuerdo con la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, sin devengar intereses. Para ello, la Institución de Salud Previsional deberá, cada seis meses, poner a disposición dicho reajuste en la cuenta de la persona afiliada.

Las deudas que cada Institución de Salud Previsional informe en su plan de pago y ajustes no serán consideradas en la garantía que estas deben mantener en alguna entidad autorizada equivalente al monto de las obligaciones asumidas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 181 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud. Asimismo, no serán consideradas para el cálculo de los indicadores de los artículos 178 y 180 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

En el evento que se ponga término al contrato de salud entre la persona afiliada y la Institución de Salud Previsional con la que mantiene un crédito de los informados en el plan de pago y ajustes del artículo 3°, dicha Institución deberá continuar poniendo a disposición en la cuenta de la persona afiliada la cuota de la deuda que corresponda según el plan de pago y ajustes. Esta regla se aplicará cada vez que la persona migre a otra Institución Previsional de Salud o al Fondo Nacional de Salud, hasta el pago total de la deuda.

De producirse la cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, el eventual remante impago de las deudas generadas por la adecuación del precio final de los planes será pagado en el sexto orden de prelación como crédito de primera clase de conformidad a lo dispuesto en el número seis del artículo 2472 del Libro IV del Código Civil.

Artículo 5°.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán realizar repartición de dividendo o distribución de utilidades solo si han pagado la totalidad de la deuda de las cantidades percibidas en exceso a que se refiere el artículo anterior y con autorización previa de la Superintendencia de Salud.

Para ello, la Institución de Salud Previsional que haya pagado la totalidad de la deuda y desee realizar una repartición de dividendos o distribución de utilidades deberá informarlo a la Superintendencia, acompañando todos los antecedentes que den cuenta del total cumplimiento del pago de las cantidades percibidas en exceso y señalando la fecha en la que se realizará la sesión o junta, sea esta ordinaria o extraordinaria, para discutir la repartición de dividendos o el retiro de utilidades en la Institución. La Superintendencia de Salud podrá asistir a la misma con derecho a ser oída.

La distribución de dividendos o el retiro de utilidades será autorizado por la Superintendencia, únicamente, si se verifica el completo cumplimiento del pago de la totalidad de la deuda a que se refiere el artículo anterior y ello no pone en riesgo la seguridad del sistema previsional.

Si la Superintendencia tomare conocimiento de que una Institución de Salud Previsional, en sesión o junta, sea esta ordinaria o extraordinaria, aprobó realizar una repartición de dividendos o distribución de utilidades, sin que haya sido previamente informada de ello, podrá imponer una de las siguientes sanciones:

a. Multa a beneficio fiscal del 10% al 20% del valor de los dividendos o las utilidades que se acordaron distribuir, en el caso que aquellos no hayan alcanzado a ser distribuidos.

b. Multa a beneficio fiscal del 25% al 35% del valor de los dividendos o utilidades distribuidos, en caso de que la operación se haya perfeccionado.

Para la determinación específica de la multa que corresponda aplicar, se considerará el número de personas afiliadas cuya deuda aún no ha sido pagada en su totalidad; el riesgo ocasionado a la seguridad del sistema previsional; el beneficio económico obtenido con motivo de la infracción; la intencionalidad en la comisión de la infracción; la capacidad económica del infractor; la colaboración del infractor; haber sido sancionado previamente por las infracciones señaladas en este artículo; y, todo otro criterio que a juicio fundado de la Superintendencia sea relevante para la determinación de la sanción.

Previa aplicación de la sanción, la Superintendencia deberá notificar los cargos a la Institución de Salud Previsional afectada, la que tendrá un plazo de 10 días hábiles para formular sus descargos. Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de salud dictará una resolución fundada resolviendo la materia.

Durante el procedimiento administrativo señalado en el inciso anterior, la Superintendencia podrá dictar las medidas provisionales que estime oportunas para asegurar la eficacia de la decisión, si existiesen elementos de juicio suficientes para ello. En este sentido, podrá ordenar a las instituciones bancarias o entidades financieras que correspondan la retención de los dineros o depósitos de las Instituciones y la prohibición de realizar transacciones de acciones, bonos o debentures. Asimismo, podrá decretar cualquier medida necesaria para evitar el uso, aprovechamiento, beneficio o destino de cualquier clase de bienes, valores o dineros de la Institución.

En los casos de urgencia, para evitar la consolidación de las situaciones jurídicas derivadas de la infracción, las medidas provisionales

señaladas en el inciso anterior podrán ser dictadas antes de la iniciación del procedimiento administrativo señalado en el inciso sexto de este artículo. Estas medidas deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas por la Superintendencia en la iniciación del procedimiento, que deberá efectuarse dentro de los diez días hábiles siguientes a su adopción. Las medidas quedarán sin efecto si no se inicia el procedimiento dentro de dicho plazo.

Las medidas provisionales podrán ser alzadas o modificadas durante la tramitación del procedimiento, en virtud de circunstancias sobrevinientes o que no pudieron ser tenidas en cuenta en el momento de su adopción. En todo caso, estas se extinguirán con la eficacia de la resolución administrativa que ponga fin al procedimiento correspondiente. En caso de que se hayan ordenados retenciones, la resolución que ordena la multa, además, ordenará la restitución de los dineros a la Institución de Salud Previsional infractora.

En contra de las resoluciones señaladas en este artículo que imponen una sanción o que dictan una medida previsional, podrán interponerse los recursos y reclamaciones que establece el artículo 113 del decreto con fuerza de ley Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud.

La repartición de dividendos o el retiro de utilidades que se realicen sin la correspondiente autorización serán nulas de pleno derecho y darán lugar a la responsabilidad personal de los administradores y directivos de la Institución de Salud Previsional, así como de quienes hayan percibido dividendos o utilidades, de forma solidaria con la Institución.

Artículo 6°.- La entrega maliciosa de información falsa o incompleta sobre el cumplimiento de los planes de pago y ajustes establecidos en el artículo 3º será penada con presidio menor en su grado medio. Si la entrega de información falsa o incompleta se realizare para la obtención de la autorización referida en el artículo anterior, la pena será de presidio menor en su grado máximo. Con igual pena se sancionará la coacción para la obtención de dicha autorización.

El que, dentro del año anterior al incumplimiento de un plan de pago y ajustes, conociendo el mal estado de sus negocios o con ignorancia inexcusable sobre el mal estado de sus negocios, realizare algún acto en una Institución de Salud Previsional manifiestamente contrario a las exigencias de una administración racional del patrimonio, será castigado con la pena de presidio menor en su grado máximo. Si el acto contribuyere a desmejorar la situación patrimonial o financiera de la Institución y se declarare dentro de los dos años posteriores la reorganización o liquidación de la misma, la pena aumentará en un grado.

El que sin tener alguna de las calidades señaladas en los incisos precedentes interviniere en la perpetración del delito será castigado como autor, inductor o cómplice según las circunstancias.

Artículo 7°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso octavo del artículo 188 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, de forma excepcional y por una sola vez, todos aquellos contratos de salud que tengan un precio pactado que sea inferior a la cotización legal obligatoria, se ajustarán al valor de dicha cotización.

Este ajuste se realizará previa instrucción de la Superintendencia de Salud, la que podrá estar incluida en la circular que trata el artículo 2° de la presente ley u otra distinta.

Respecto de los contratos de salud que sus precios finales hayan sido o deban ser adecuados de conformidad al artículo 2° de la presente ley, este ajuste operará sobre el valor del plan obtenido al aplicar lo dispuesto en los numerales 1 y 2 de dicho artículo.

Previo hacer efectivo el ajuste, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer a la persona afiliada nuevos beneficios. Asimismo, ofrecerá los planes alternativos cuyo precio pactado sea más cercano al valor de su cotización legal para salud y hayan sido comercializados dentro de los seis meses anteriores al ofrecimiento. Las condiciones generales de cada plan de salud ofrecido deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes del respectivo plan y no podrán importar una discriminación entre dichos afiliados.

Para lo anterior, las Instituciones de Salud Previsional notificarán el ajuste a todas las personas afiliadas afectadas, dentro del plazo y en la forma que disponga la Superintendencia en la respetiva circular. En la misma oportunidad y forma, deberán informar de los beneficios y planes alternativos mencionados en el inciso anterior.

La persona afiliada podrá optar por mantener su plan ajustado al nuevo valor con los beneficios ofrecidos, aceptar alguno de los planes alternativos, o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional. En el evento de que nada diga, se entenderá que la persona acepta mantener su plan con los nuevos beneficios propuestos por la Institución.

Con todo, dentro de los seis meses siguientes a la notificación, las personas afiliadas podrán solicitar cambiarse a alguno de los planes que les fueran ofrecidos por su Institución de Salud Previsional, para lo cual, no se les podrá exigir una nueva declaración de salud, manteniéndose la entregada al momento de celebrar el contrato que fue ajustado.

Artículo 8°.- Para los contratos afectos al numeral 1° del artículo 2° de esta ley, las modificaciones a los precios bases de los planes de salud realizados de conformidad a los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, se aplicarán en lo sucesivo sobre el precio final.

Para estos efectos, el precio final de los contratos indicados en el inciso anterior será el precio pactado menos el precio cobrado por las Garantías Explícitas y el valor que las Instituciones de Salud Previsional cobren por eventuales beneficios adicionales pactados.

Artículo 9°.- La Superintendencia de Salud fiscalizará todo aspecto que resguarde la correcta aplicación de la presente ley. Para el cumplimiento de esta función, podrá requerir toda la información financiera, contable y operativa a las Instituciones de Salud Previsional y podrá tratar datos personales, para lo cual podrá requerir al Fondo Nacional de Salud, Ministerio de Salud y demás organismos públicos, instituciones privadas de salud y prestadores de salud, toda información agregada o desagregada, registro o dato que sea necesario. Los datos personales que sean obtenidos en este proceso estarán bajo la protección que establece la ley N°19.628, sobre protección de la vida privada.

En el evento que las instituciones privadas señaladas en el inciso anterior no remitan la información dentro de los plazos establecidos por la Superintendencia de Salud o retarden injustificadamente su entrega, podrán ser sancionadas con las multas establecidas en los artículos 121 N°11 y 220 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero.- La resolución a la que se refiere el artículo 144 ter del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud deberá ser dictada por el Ministerio de Salud y suscrita además por el Ministerio de Hacienda dentro del plazo de tres meses contados desde la publicación de esta ley.

Artículo segundo.- El primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria a las personas que se inscriban en la Modalidad de Cobertura Complementaria, podrá realizarse mediante trato directo con una o más compañías de seguro. Dicho contrato deberá ser suscrito, además, por la Dirección de Presupuestos, y deberá contener, al menos, los elementos señalados en los literales e), f), h), i), j) y k) del artículo 144 sexies del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Si el Fondo celebra este primer contrato a través de trato directo, deberá dictar la resolución señalada en el artículo 144 sexies del decreto con

fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, luego de 18 meses contados desde la entrada en vigencia de dicho contrato.

Con independencia de la entrada en vigencia del contrato referido en el inciso anterior, el Fondo Nacional de Salud podrá celebrar los convenios con los prestadores de salud que integrarán la Modalidad de Cobertura Complementaria. Las personas afiliadas y beneficiarias de los grupos B, C y D podrán elegir al profesional o el establecimiento e institución asistencial de salud que, conforme a dicha modalidad, otorgue la prestación requerida.

Iniciada la vigencia del primer contrato para la provisión del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria, las personas sólo podrán acceder a la Modalidad de Cobertura Complementaria de conformidad a los artículos 144 bis, ter, quáter y quinquies del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Artículo tercero.- La circular que debe emitir la Superintendencia de Salud de conformidad al artículo 2º de la presente ley, deberá dictarse dentro de los diez días siguientes de publicada esta ley.

Artículo cuarto.- A partir de la aprobación del plan a que se refiere el artículo 3°, y mientras esté pendiente el pago del total de las deudas determinadas para la Institución de Salud Previsional de que se trate, el indicador que defina la Superintendencia de conformidad con el artículo 198 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, se entenderá como valor de reajuste obligatorio para todas las Instituciones de Salud Previsional que se encuentren en cumplimiento del plan de pago respectivo, sin que estas puedan fijar un valor distinto al calculado por la Superintendencia de Salud.

El índice de variación porcentual fijado de acuerdo con esta disposición transitoria se entenderá justificado para todos los efectos legales.

Si la Superintendencia de Salud declarara el incumplimiento o el retraso en el cumplimiento del plan de pago y ajustes de una Institución de Salud Previsional, dejará de ser aplicable lo establecido en este artículo a su respecto, rigiendo las reglas generales a partir del ajuste correspondiente al año siguiente.

Artículo quinto.- Excepcionalmente, para efectos del cumplimiento de lo establecido en el artículo 3° de la presente ley, el Consejo creado por el artículo 130 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, tendrá la función de asesorar oportunamente al Superintendente de Salud respecto a:

1. Los planes de pago y ajustes que presenten las Instituciones de Salud Previsional.

2. Las modificaciones a los precios de los planes de salud que se efectúen de conformidad a esta ley.

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 1 anterior, el Consejo deberá sesionar las veces que sean necesarias para dar cumplimento a los plazos prescritos en el artículo 3º. Para ello, el Consejo podrá autoconvocarse y deberá cumplir con el quorum señalado en el artículo 130 octies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Para la primera designación de los integrantes de este Consejo no se aplicará el procedimiento establecido en el título VI de la ley N°19.882. En su lugar, dentro de los 10 días siguientes a la publicación de esta ley, el Presidente de la República deberá proponer, en una sola nómina, cuatro integrantes del referido Consejo, al Congreso Nacional.

Dicha nómina deberá ser aprobada por mayoría de los miembros presentes de la Cámara de Diputados en votación única y dentro del plazo de 10 días contados desde el envío de la nómina a dicha Cámara. Posteriormente, aquella deberá ser ratificada por el Senado en votación única con el mismo quórum y dentro del mismo plazo. Si la Cámara de Diputados y/o el Senado no se pronunciaran dentro de los plazos señalados, se entenderá que aprueban la proposición del Presidente.

En caso de que ambas o alguna de las Cámaras rechace la nómina propuesta, el Presidente de la República deberá proponer, dentro del plazo de 10 días contados desde la comunicación del rechazo, dos nóminas:

a. Una nómina con dos integrantes del referido Consejo para la Cámara de Diputados.

b. Una nómina con dos integrantes del referido Consejo para el Senado.

Cada Cámara deberá aprobar la nómina respectiva en votaciones únicas y requerirán para su aprobación del voto favorable de la mayoría de los miembros presentes de las y los diputados o las y los senadores, según corresponda. Si la Cámara de Diputados y/o el Senado no se pronunciaran o rechacen las nóminas propuestas dentro de los plazos señalados, se entenderá que aprueban la proposición del Presidente.

El quinto integrante del Consejo será designado por el Presidente de la República una vez que hayan sido aprobados y ratificados los otros cuatro integrantes por ambas Cámaras del Congreso Nacional, a más tardar dentro del plazo de 10 días contados desde la comunicación de la aprobación y ratificación de los otros integrantes.

Conformado el Consejo, el Presidente de la República comunicará su integración al Superintendente de Salud, quien deberá convocar la primera sesión del Consejo dentro de los 20 días siguientes desde que se le comunica su conformación. En tanto no se dicte el reglamento al que alude el artículo 130 nonies del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, el Consejo funcionará conforme a las normas que acuerde por mayoría simple en su primera sesión.

Los consejeros cesarán en su cargo transcurrido un año contado desde su nombramiento. Sin perjuicio de lo anterior, estarán habilitados para participar en el procedimiento establecido en el título VI de la ley N° 19.882, que se convoque para efectos de proveer los cargos vacantes para el siguiente periodo.

El Ministerio de Salud deberá presentar al Consejo de Alta Dirección Pública el o los perfiles de cargo de los integrantes del Consejo, los cuales deberán ser acordados con los Ministerios de Hacienda; y de Economía, Fomento y Turismo, dentro del plazo de cuatro meses contados desde la fecha de publicación de esta ley.

El Consejo de Alta Dirección Pública, previa aprobación del o los perfiles de cargo y por intermedio de la Dirección Nacional del Servicio Civil, deberá convocar el proceso de selección establecido en el título VI de la ley N° 19.882, a fin de proveer los cargos de los consejeros antes de cumplidos ocho meses de la entrada en vigencia de esta ley, Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso cuarto anterior, el cargo de los primeros consejeros se entenderá prorrogado por el solo ministerio de la ley mientras no sean proveídos los cargos de sus reemplazantes.

En lo que no contradiga este artículo, al primer Consejo se le aplicarán íntegramente las normas del Capítulo VIII del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Artículo sexto.- Dentro del plazo de doce meses desde la dictación de la presente ley, el Ministerio de Salud deberá dictar el reglamento que alude el artículo 130 nonies, incorporado al decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, por el numeral 3 del artículo 1° de la presente ley.

Artículo séptimo.- En el evento que una persona afiliada haya puesto término a su contrato de salud con una Institución de Salud Previsional con anterioridad a la publicación de esta ley y, que de conformidad a lo informado por dicha Institución en su plan de pago y ajustes tenga un crédito a su favor, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 5° de la presente ley, esta deberá abrir una cuenta a nombre de la persona que estuvo afiliada y sujetarse a las reglas de dicha disposición.

Artículo octavo.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que estén recibiendo una o más prestaciones con las Garantías Explícitas en Salud establecidas en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 de la ley Nº 19.966 que establece un régimen de Garantías en Salud, el Fondo Nacional de Salud podrá, a su cargo, autorizar la continuidad del otorgamiento de la intervención sanitaria que estuviere en curso, sin necesidad de una nueva confirmación diagnóstica, asignándole un prestador para tales efectos.

Una vez otorgada la intervención sanitaria referida en el inciso anterior, el prestador de salud continuador de la atención derivará a la Red Asistencial, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades o condiciones de salud garantizadas, que requieran nuevas prestaciones de salud, para que éstas sean otorgadas de acuerdo con lo establecido en la ley Nº 19.966 y su respectivo reglamento.

Mediante un reglamento, dictado a través del Ministerio de Salud, se fijarán los criterios que deberá considerar el Fondo Nacional de Salud para la autorización señalada en el inciso primero, así como los procedimientos que deberán cumplir los beneficiarios, los prestadores y el Fondo Nacional de Salud para la adecuada aplicación de este artículo. Este reglamento deberá ser dictado en el plazo de 12 meses contados desde la publicación de la presente ley.

Los plazos asociados a garantías de oportunidad que estuvieren corriendo al momento en que el beneficiario quedare afecto al Régimen al que se refiere el Libro II del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, seguirán corriendo sin interrupción.

Artículo noveno.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, que de conformidad al plan de salud que tenían en su Institución de Salud Previsional contaran con una cobertura adicional para enfermedades catastróficas, y que al tiempo de la cancelación del registro hayan tenido derecho a esta cobertura, y la hubieren activado oportunamente ante la Institución de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud podrá otorgar dicha cobertura por un plazo de hasta seis meses contado desde la incorporación automática a que se refiere dicho artículo. Además, el Fondo Nacional de Salud podrá autorizar la continuidad de su atención en el prestador designado por su Institución de Salud Previsional, antes de la cancelación del registro, hasta por el plazo ya señalado.

Artículo décimo.- A las personas afiliadas y beneficiarias de una Institución de Salud Previsional que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes, que por aplicación del artículo 225 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, queden afectas al Régimen que se refiere el Libro II de dicho decreto con fuerza de ley, y que por sentencia firme y ejecutoriada dictada por un tribunal de justicia o por la Superintendencia de Salud, tengan derecho a la cobertura financiera de una o más prestaciones de salud determinadas con cargo a su Institución de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud dará continuidad al otorgamiento y cobertura de dichas prestaciones en la forma indicada en dicho pronunciamiento.

Artículo décimo primero.- La Superintendencia de Salud informará al Fondo Nacional de Salud acerca de aquellas personas que se encuentran en las situaciones descritas en los artículos octavo, noveno y décimo transitorios de la presente ley.

Artículo décimo segundo.- Dentro del período legislativo del Congreso Nacional correspondiente al año 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a reformar el sistema de salud en su conjunto a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud, y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior, antes del 1° de octubre de 2024, el Presidente de la República deberá enviar al Congreso Nacional uno o más proyectos de ley destinados a eliminar las preexistencias de que trata el artículo 190 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; así como a eliminar las discriminaciones por edad y sexo, tanto para la afiliación a las Instituciones de Salud Previsional como para restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios de salud.

Artículo décimo tercero.- Auméntase la dotación máxima de personal del Fondo Nacional de Salud en 26 cupos.

Artículo décimo cuarto.- El mayor gasto fiscal que signifique la aplicación de esta ley en su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto vigente de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud. No obstante, lo anterior, el Ministerio de Hacienda podrá suplementar dichos presupuestos con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro Público en lo que faltare. Para los años posteriores, el gasto se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.”.

- - -

ACORDADO

Acordado en sesiones celebradas los días **10 de mayo de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **15 de mayo de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **16 de mayo de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **17 de mayo de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **30 de mayo de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Yasna Provoste Campillay (Ximena Ordenes Neira), y señores Francisco Chahuán Chahuán y Juan Ignacio Latorre Riveros; **5 de junio de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **6 de junio de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **13 de junio de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Juan Ignacio Latorre Riveros, y Gustavo Sanhueza Dueñas (Sergio Gahona Salazar); **19 de junio de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **20 de junio de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **4 de julio de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán, y Juan Ignacio Latorre Riveros; **11 de julio de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **18 de julio de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar; **1 de agosto de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **8 de agosto de 2023**, con asistencia de los

Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **22 de agosto de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar; **28 de agosto de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **29 de agosto de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar; **5 de septiembre de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señores Juan Luis Castro González (Presidente); Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **26 de septiembre de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **3 de octubre de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **10 de octubre de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **11 de octubre de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **6 de noviembre de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **13 de noviembre de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **14 de noviembre de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **20 de noviembre de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señor Francisco Chahuán Chahuán; **28 de noviembre de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **12 de diciembre de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **19 de diciembre de 2023**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González

(Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; José Miguel Durana Semir (Sergio Gahona Salazar) y Juan Ignacio Latorre Riveros; **2 de enero de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **3 de enero de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **9 de enero de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros; **15 de enero de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros, y **16 de enero de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán; Sergio Gahona Salazar y Juan Ignacio Latorre Riveros.

Sala de la Comisión, a 19 de enero de 2024.

JUAN PABLO LIBUY GARCIA
Abogado Secretario de la Comisión

RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, **RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN PRIMER TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN PRIMER TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE MODIFICA EL DECRETO CON FUERZA DE LEY N° 1, DE 2005, DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE FIJA EL TEXTO REFUNDIDO, COORDINADO Y SISTEMATIZADO DEL DECRETO LEY N°2.763, DE 1979, Y DE LAS LEYES N° 18.933 Y N° 18.469, EN LAS MATERIAS QUE INDICA, CREA UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN EL FONASA, OTORGA FACULTADES Y ATRIBUCIONES A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y MODIFICA NORMAS RELATIVAS A LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL.**

(BOLETÍN Nº15.896-11)

I. OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN: Hacer viable el cumplimiento de la jurisprudencia de la Excelentísima Corte Suprema sobre las ISAPRES y asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en dicha jurisprudencia por parte de las mismas, sin afectar su sostenibilidad financiera, dotando a la Superintendencia de Salud de las facultades legales necesarias. Fortalecer el Fondo Nacional de Salud, entre otras medidas, con la creación de la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria. Comprometer un conjunto de iniciativas legales para el curso del presente año con el fin de introducir reformas al sistema de salud que profundicen los principios de seguridad social en salud.

II. ACUERDOS: Aprobado en general (5x0) y en particular, según votaciones que se consignan en el informe.

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN: consta de 9 artículos permanentes y de 14 artículos transitorios.

IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL: Es norma de rango orgánico constitucional el artículo 130 septies contenido en el numeral 3) del artículo 1° en virtud de lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 8° de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 66, inciso segundo, de la misma Carta Fundamental. En cuanto impone el deber de realizar la declaración de intereses y patrimonio establecida en la ley N° 20.880, sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses.

Son normas de quórum calificado por referirse e incidir en materias de seguridad social los numerales 1), 2), 3), con excepción del artículo 130 septies que contiene; 4), 5), 6), 7), 8), 9), 10), 11) y 12) del artículo 1°; los artículos 2°, 3°, 4°, 5°, 7°, 8° y 9° permanentes y los artículos

transitorios segundo, cuarto, quinto, séptimo, octavo, noveno y décimo 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: "Discusión inmediata".

VI. ORIGEN E INICIATIVA: Mensaje de Su Excelencia el señor Presidente de la República.

VII TRÁMITE CONSTITUCIONAL: Primero.

VIII. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO: 9 de mayo de 2023.

IX. TRÁMITE REGLAMENTARIO: Primero, en general y en particular.

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

Constitución Política de la República (artículo 19, numeral 18°)

Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija 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° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.

Ley N° 20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.

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

Ley N° 18.045, de Mercado de Valores.

Valparaíso, a 19 de enero de 2024.

JUAN PABLO LIBUY GARCIA
Abogado Secretario de la Comisión

INDICE

OBJETIVO (S) DEL PROYECTO 1
CONSTANCIAS 2
NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL 2
CONSULTA EXCMA. CORTE SUPREMA 2
RESERVA DE CONSTITUCIONALIDAD 3
ASISTENCIA 3
ANTECEDENTES DE HECHO 8
ASPECTOS CENTRALES DEL DEBATE 12
DISCUSIÓN EN GENERAL 13
DISCUSIÓN EN PARTICULAR 384
TEXTO DEL PROYECTO 497
PROYECTO DE LEY ..497
ACORDADO 524
RESUMEN EJECUTIVO 527