

FJG

FUNDACIÓN JAIME GUZMÁN



Crisis del sistema privado de salud: Oportunidades del informe técnico

N° 2309 | 18 DE OCTUBRE 2023

**MIRADA
POLITICA**

I. Contexto: fallos de la Corte Suprema y proyecto de ley presentado por el Ejecutivo

En esta edición de Mirada Política, se analizarán los principales contenidos del informe emitido por la Comisión Técnica convocada por la Comisión de Salud del Senado en el contexto de la tramitación de la “ley corta de Isapres”. Dicho proyecto de ley fue presentado con la finalidad de viabilizar la implementación del fallo de la Corte Suprema relativo a tabla de factores (noviembre de 2022). Con posterioridad a dicha sentencia, en agosto de 2023, la Corte dictó nuevas sentencias con efectos generales relativas a la determinación de la prima GES.

Tras su presentación, existió consenso entre los expositores que asistieron a la Comisión de Salud en que el proyecto presentado por el Ejecutivo es insuficiente para hacerse cargo de la crisis sistémica que podría generar la caída del sistema privado. Por ello, la Comisión de Salud del Senado convocó a una Comisión Técnica para la elaboración de propuestas que permitan mitigar los efectos de la implementación del fallo de la Corte Suprema, buscando alternativas que permitan dar viabilidad financiera al sistema.



Foto: minsal.cl

II. Formación de la Comisión Técnica, integrantes y mandato

La Comisión Técnica se reunió para abordar las distintas materias que tienen incidencia en el mandato encomendado por la Comisión de Salud del Senado, a saber, “entregar elementos técnicos que permitan asesorar a la Comisión de Salud del Senado en la búsqueda de acuerdos políticos para la implementación de los fallos asegurando la sostenibilidad del sistema de salud y, a la vez, avanzando en cambios que apunten a mejorar nuestro sistema de salud”¹.

[1] Informe Final de la Comisión Técnica Asesora para la Comisión de Salud del Senado en el marco de la discusión del Boletín 15.896-11.

Participaron de la Comisión representantes y asesores legislativos de los senadores integrantes de la Comisión de Salud, representantes del Ministerio de Salud, del Ministerio de Hacienda, de la Superintendencia de Salud, la Asociación de Isapres, Espacio Público y la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile². Se encargó a la Superintendencia la entrega de insumos técnicos y modelaciones de las alternativas propuestas en el contexto de la Comisión.

[2] INTEGRANTES DE LA COMISIÓN TÉCNICA

Coordinadores:

Dr. Cristóbal Cuadrado N., Dr. Emilio Santelices C. y Dr. Manuel Nájera D.

Comisionados:

Camilo Aguilera, Gonzalo Arriagada, Matías Avendaño, Paula Benavides , Álvaro Clarke, Pablo Eguiguren, Teresita Fabres, Rocio Olivares y Teresita Santa Cruz.

Equipo de colaboradores técnicos permanentes:

Alejandro Puente (Ministerio de Hacienda), Gonzalo Arriaza (Ministerio de Hacienda), Manuel Pérez (Ministerio de Salud), Consuelo Espinoza (Ministerio de Salud), Natalia Castillo (Superintendencia de Salud), y Marcela del Canto (Superintendencia de Salud).



Foto: dfmas.df.cl

III. Síntesis del informe de la Comisión Técnica

El informe de la Comisión Técnica se estructura en ocho capítulos y un apartado de anexos, en que se estudian los distintos elementos necesarios para cumplir con el mandato ya detallado. Entre ellos destacan las propuestas en torno al pasivo generado por los fallos por tabla de factores, el impacto prospectivo de la aplicación de los fallos de tabla de factores y prima GES, las medidas de contención de costos para el sistema, el fortalecimiento de la institucionalidad, y quizás lo más relevante, el reconocimiento de la necesidad y urgencia de una reforma estructural.

A continuación, se analizan los elementos más relevantes del informe.

A. Análisis y propuestas sobre el pasivo de los fallos por Tabla de Factores

De acuerdo al informe de la Comisión, el “pasivo” corresponde a la deuda que genera la implementación de los fallos en favor de los afiliados por aplicación retroactiva de la Tabla Única de Factores (TUF) contenida en la Circular N° 343 de la Superintendencia de Salud³.

El informe de la Comisión reconoce dos impactos de la adecuación de precios base ordenada por la Corte: un nuevo precio final para los planes de salud (que tiene impacto en los ingresos del sistema) y la deuda para con los afiliados en aquellos casos que, de la aplicación de la TUF, se obtenga un precio inferior al efectivamente cobrado por la Isapre, debiendo restituir las cantidades cobradas en exceso.

Respecto del universo de planes afectados, según datos de la Superintendencia, 1,2 millones de contratos podrían ver afectado el precio final, ya que utilizan tablas diferentes a la TUF. De aquel universo, un 46% no sería favorecido por el fallo, ya que su precio final actual subiría por aplicación de la TUF, lo que no estaría permitido por el fallo.

Para el desarrollo de sus propuestas, la Comisión Técnica hizo una lectura sistémica de las sentencias de la Corte Suprema, es decir, su análisis debe enmarcarse dentro del ordenamiento legal vigente, en

[3] Para más detalles acerca del contenido de la sentencia, recomendamos leer la Edición N° 2304 de “Mirada Política”: Crisis del Sistema Privado de Salud.

Disponible en: <https://www.fjguzman.cl/crisis-del-sistema-privado-de-salud/>

particular, las normas relativas al sistema privado de salud. En dicho sentido, se toma en consideración la **obligación legal de cotizar un 7% de las remuneraciones imponibles para el financiamiento de prestaciones de salud**. En consecuencia, la Comisión concluyó que la adecuación de las tablas de factores por aplicación del fallo no pueden quedar bajo el porcentaje de cotización legal.

Otro elemento esencial considerado en el informe es el carácter de **aseguradoras** que tienen las Isapres, por cuanto distribuyen riesgos. En ese orden de ideas, el informe reconoce como elemento esencial del sistema la solidaridad o mutualización, **que opera a través de subsidios cruzados entre los afiliados**, es decir, que existe una suerte de “compensación” entre los usuarios más y menos riesgosos. La tabla de factores opera como el instrumento de distribución de riesgo entre los aseguradores, y la distribución inequitativa de los riesgos no necesariamente significa un enriquecimiento injustificado por parte de la aseguradora, sino que existe arbitrariedad en la forma particular de distribuirlo.

Siguiendo dicha lógica, para efectos del cálculo de los montos a restituir, la Comisión concluye que éstos deben considerarse sistémicamente y no individualmente. Esto implica **estimar los ingresos que habría percibido cada Isapre de haber aplicado a sus contratos la TUF desde abril de 2020, y la diferencia entre esos ingresos y los efectivamente percibidos corresponden al monto total percibido en exceso**, el que debe distribuirse entre los contratos favorecidos a modo de excedentes.



Foto: meganoticias.cl

A partir de dicho cálculo, **el pasivo total es de \$402.342 millones**, es decir **US\$451 millones** aproximadamente, comparable al total de utilidades acumuladas entre los años 2012 y 2020. Asimismo, la Comisión propone que **durante el periodo de pago de la deuda (el que proponen que sea de 10 años), las Isapres no puedan hacer retiro de utilidades.**

Respecto de la forma de devolución, la Comisión propone que exista un **régimen especial de excedentes** separado de los actuales, de manera que sean reajustables, pero que no generen intereses. Asimismo, en caso de no ser utilizados para el pago de prestaciones o coberturas adicionales, su saldo sería pagado en dinero efectivo **al final del período de pago de la deuda.**

B. Análisis y propuestas sobre el impacto prospectivo de los fallos por Tabla de Factores y prima GES

Otro de los elementos que la Comisión tuvo a la vista fue el impacto que tendría la implementación de los dos grupos de fallos de la Corte Suprema en los ingresos futuros de la industria. Las medidas propuestas para este punto se centran en permitir la aplicación de los fallos **sin profundizar los desequilibrios financieros ya existentes en el sistema, y no corregir los desequilibrios de base que las Isapres arrastran**, los que deben ser abordados en el marco de una reforma sistémica.

A partir de las proyecciones solicitadas, la Comisión concluyó que, **de no mediar propuestas de mitigación de sus efectos, el subsistema privado de salud privado difícilmente podría sostenerse en el tiempo**, producto del déficit operacional que lo haría insostenible. A continuación se analizan las medidas propuestas para mitigar estos efectos:

a. Cotización legal (7%)

Nuevamente se considera para el análisis el 7% de cotización legal. Con el objeto de ajustarse a los principios de la seguridad social, la Comisión propone que se adopten medidas que apunten a que los afiliados contribuyan con su 7% imponible como contribución real. Estas medidas son:

1. Que por el solo ministerio de la ley se reajusten los precios de todos los contratos que a la fecha tengan un precio pactado por debajo del 7%, reajustándose al valor de la cotización. Esto irá acompañado de medidas adicionales:

i. Obligatoriedad de la Isapre de ofrecer un plan de salud alternativo cuyo precio más se aproxime al valor de la cotización obligatoria de salud, que mejore las coberturas del plan vigente.

ii. Se faculte a los afiliados para que, dentro de seis meses de la adecuación, puedan solicitar a la Isapre el cambio del plan, para lo cual no se les exigirá una nueva declaración de salud.

2. Modificar la legislación para que las Isapres **no puedan ofrecer planes cuyos precios sean inferiores a la cotización legal.**

3. Si la cotización legal, dentro de un periodo determinado supera el precio pactado en una cantidad superior al 5% de la cotización legal, la Isapre **estará obligada a ofrecerle al afiliado un plan de salud alternativo cuyo precio más se aproxime al de cotización.** Mientras el afiliado no suscriba un nuevo plan, **los excedentes pasarán a ser un aporte total al sistema.**



b. Adecuación de la prima GES

El fallo sobre tabla de factores ordena a la suspensión de cobro de cargas no natas y menores de dos años, señalando que la cobertura de las prestaciones de este grupo estarían cubiertas por el régimen general de GES. Sin embargo, según las cifras entregadas por el propio regulador, gran parte de estas prestaciones se financian por el plan complementario. Además, existen elementos que no estarían adecuadamente financiados por la prima GES.

En razón de esto, la Comisión propone que se contemple un **mecanismo de ajuste extraordinario del precio de la prima GES**, que refleje adecuadamente los cambios de costos producido por estas coberturas, lo que deberá ser fundamentado en los estudios de costos correspondientes.

En concreto, se propone facultar a la Superintendencia a evaluar el costo y cobertura de las prestaciones de salud correspondientes a los nonatos y menores de dos años, y en base a dicho estudio, que la Superintendencia autorice a las Isapres a reajustar su prima GES en un monto o porcentaje definido por la autoridad. También se propone facultar a la Superintendencia a evaluar cualquier otra brecha financiera que exista entre las actuales primas GES, pudiendo autorizar alzas de las mismas por esos conceptos, siempre que dichas medidas sean financieramente justificadas por las Isapres.

c. Ajuste del precio base

Cuarto, la Comisión propone un **ajuste de los precios base cobrados por las Isapres**, considerando todos los contratos administrados a la fecha de implementación de la ley corta, y que se propone por dos vías: uno asociado al proceso normal de reajuste de precios base, y otro extraordinario por una sola vez.

i. Reajuste ordinario

Se realiza por medio el Indicador de Costos de la Salud (ICSA) establecido en la Ley N° 21.350, el que a juicio de la Comisión, requiere de modificaciones. Se sugiere que el ICSA se ajuste a la realidad del sector, por ejemplo, no considerando el costo de las prestaciones y variación de frecuencia de uso de las mismas que se realiza en la MLE de FONASA. Esto se implementaría de forma transitoria, y para efectos de largo plazo,

se propone que la nueva institucionalidad pueda definir otros elementos de contención de costos en la fórmula ICOSA que tenga relación directa con el subsistema.

ii. Reajuste extraordinario

El reajuste extraordinario se aplicará por una sola vez, con carácter general, es decir, para todos los planes vigentes a la implementación de la medida que tengan tabla de factores. El reajuste es de carácter residual, considerando un alza máxima para el sistema.

Para efectos de este reajuste, se propone que éste sea definido por la Superintendencia de Salud para cada Isapre.

Todas las alzas extraordinarias deben ir acompañadas de la obligación de las Isapres de ofrecer, en la misma oportunidad y forma en que se comuniquen el reajuste, 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. Asimismo, la medida debiese ir acompañada de la facultad de los afiliados para que, dentro de los seis meses siguientes a cualquiera de los reajustes extraordinarios, puedan solicitar un cambio de plan.



Foto: diarioconstitucional.cl

C. Medidas de contención de costos

Un elemento crucial –considerado más de mediano o largo plazo– es la contención de costos que tiendan a la eficiencia del subsistema privado de salud. Esta reducción de determinados gastos no sólo permitiría generar mayores holguras para la superación de la crisis, sino que irían en directo beneficio de los afiliados, mediante la generación de mayor eficiencia en el sistema.

La Comisión Técnica propuso medidas de contención de costos en distintos ámbitos. Uno de ellos es el control de gasto en prestaciones mediante la implementación de nuevos mecanismos de pago a prestadores basados en la resolución de problemas de salud y no pagos por prestación.

También se proponen medidas para el control del gasto en el Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) o licencias médicas, tanto desde el punto de vista de la prevención y sanción del uso fraudulento de las mismas, medidas administrativas para actualizar la normativa vigente en materia de digitalización de procesos y criterios para la emisión de licencias vinculadas a salud mental, y una reforma a la institucionalidad del SIL, mejorando la transparencia en el uso de recursos y la eficiencia administrativa.

Otro elemento para la contención de costos es la reducción del Gasto en Administración y Ventas (GAV) de las Isapres, mediante la entrega de facultades a la nueva institucionalidad para proponer mecanismos de regulación de los GAV, como fijar parámetros de los mismos como porcentaje de los ingresos para el sistema en base a criterios objetivos. También se propone obligar a las Isapres abiertas a informar a los afiliados los GAV promedio de cada una.

D. Fortalecimiento de la institucionalidad

A partir del diagnóstico hecho por la Comisión Técnica, se desprende la necesidad de fortalecer la institucionalidad para así contribuir a promover la certeza jurídica y oportunidad de las modificaciones regulatorias que se requieren. Hoy el proyecto de “ley corta” presentado por el Gobierno considera la creación de un “Consejo Asesor”, el que la Comisión Técnica propone fortalecer para que tenga el carácter de panel técnico permanente para la regulación de tarificación de las Isapres, tanto en lo relativo al precio base y la prima GES, además de incorporar elementos de regulación de contención de costos.

Respecto de la designación de los consejeros y el funcionamiento del Consejo, se recomienda una serie de mecanismos para asegurar sus cualidades técnicas y autonomía, de manera que las decisiones que adopte sean basadas en criterios objetivos y no queden a discrecionalidad de la autoridad política de turno.

E. Necesidad de reformas estructurales

Probablemente, el capítulo más relevante del informe se relaciona con la necesidad de una reforma estructural al sistema de salud. La crisis gatillada por los fallos de la Corte Suprema se arrastra desde hace más de una década, de manera que es necesario que el Congreso y el Ejecutivo acuerden plazos explícitos para la presentación de uno o más proyectos de reforma, iniciando desde ya el trabajo, y entendiendo la necesidad de grandes acuerdos.

Dentro de los elementos que la Comisión considera necesarios para la reforma, se encuentran:

- a. Avanzar en reglas de seguridad social, incrementando la solidaridad, equidad y eficiencia del sistema, reduciendo el gasto de bolsillo y resguardando la libertad de elección.
- b. Fortalecer y modernizar FONASA y la red pública de salud.
- c. Avanzar en la mancomunación de recursos de la seguridad social entre ambos subsistemas.

d. Avanzar en una nueva regulación de los seguros privados, en la lógica de un sistema de seguridad social, superando problemas como la cautividad, regulación de alzas de precios, mutualización de riesgos, mayor transparencia y eficiencia técnica.

e. Ampliar las facultades del Consejo Asesor para que pueda transformarse en una Agencia o Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias autónomo.

f. Avanzar hacia una nueva institucionalidad para la administración del SIL.



Foto: meganoticias.cl

IV. Conclusiones

La presentación del informe de la Comisión Técnica convocada para abordar la crisis del sistema privado de salud marca un precedente relevante en lo que amenazó con ser, no sólo una crisis financiera para el sector, sino que una crisis sanitaria de proporciones y, cómo no, una crisis política para el Gobierno.

El colapso del subsistema privado de salud generaría un efecto en cadena catastrófico para el sistema de salud en su conjunto, afectando las fuentes de financiamiento de prestadores privados, dejando a 3 millones de afiliados a la deriva, y generando una migración masiva al sistema público de salud, el que evidentemente hoy no es capaz de absorber ese nivel de demanda. Es por eso que haber convocado a

una Comisión Técnica, con participación de todos los actores involucrados y las distintas fuerzas políticas, fue tan relevante para encontrar una salida a esta coyuntura, que amenaza directamente la vida y la salud de las personas.

Sin embargo, aún queda camino por recorrer. Apresuradamente han surgido calificaciones y acusaciones respecto del informe, apuntando hacia un “perdonazo” a la industria en desmedro de los afiliados. Estos juicios apresurados distan enormemente de los contenidos del informe, los que buscan dar certeza a los afiliados del sistema privado sobre la continuidad de sus coberturas y tratamientos, además de considera elementos de seguridad social –como la mutualización de riesgos y el piso del 7% de cotización obligatoria en salud– y promover la aplicación de medidas de contención de costos tendientes hacia una mayor eficiencia en beneficio de los afiliados.

Encontrándose publicado el informe, el llamado a las autoridades es a recoger estas propuestas con la mayor responsabilidad, de manera que se ponga como primera prioridad a los afiliados, tanto del sistema público como privado de salud, que se verían gravemente afectados ante un mal manejo de esta crisis. Sólo estabilizando el sistema y saliendo de esta coyuntura, será posible construir los acuerdos políticos necesarios para avanzar en reformas sustantivas al sistema de salud en su conjunto, las que se arrastran hace más de una década.

FJG

FUNDACIÓN JAIME GUZMÁN

www.fjguzman.cl

 @FundacionJaimeGuzmanE  @fundacionjaimeguzman  @FundJaimeGuzman

Capullo 2240 - Providencia, Santiago | Tel: (56 2) 2940 1100