

FJG

FUNDACIÓN JAIME GUZMÁN



Ley corta de Isapres: ¿hacia dónde vamos?

N° 2401 | 19 DE ENERO 2024

MIRADA
POLITICA

I. Introducción

En nuestra edición anterior de “Mirada Política” titulado “Crisis del sistema privado de salud: oportunidades del informe técnico”¹ analizamos los principales contenidos del Informe Técnico presentado en octubre de 2023 a la Comisión de Salud del Senado para la tramitación de la denominada “Ley Corta de Isapres”, que tiene por finalidad dar cumplimiento a los fallos de la Corte Suprema en esta materia, garantizado la estabilidad del sistema y dando certezas a los afiliados sobre la continuidad de sus coberturas y tratamientos.

A tres meses del informe, la Comisión de Salud del Senado despachó el proyecto, el que continuará su discusión en la Comisión de Hacienda. A pesar de tener a la vista las deficiencias técnicas del proyecto, y el riesgo que implica la caída del subsistema privado para la totalidad del sistema de salud, el Ejecutivo acogió sólo parcialmente las propuestas de la Comisión Técnica, entregando el proyecto una solución trunca a una crisis de gran magnitud.

[1] <https://bit.ly/42263c5>



Foto: diarioconcepcion.cl

II. Carácter sistémico de la crisis: el foco en los afiliados

Múltiples actores han sido enfáticos en el carácter sistémico de la crisis del sistema privado de salud. El diagnóstico sobre la situación financiera de las Isapres da cuenta del riesgo inminente de incumplimiento de los indicadores de solvencia y liquidez por parte de las aseguradoras de aplicarse los fallos de la Corte Suprema sin mediar mecanismos de mitigación de sus impactos. Por otro lado, la Asociación de Clínicas de Chile ha sido categórica en señalar los impactos que esto tiene en el financiamiento de los prestadores privados: “De ser esto efectivo, se comprometerá gravemente la continuidad de atención a los pacientes, especialmente a los que tengan necesidades de salud impostergables

o tratamientos en curso y, al mismo tiempo, provocará un efecto negativo en la operación de los prestadores privados de salud, agravando la incertidumbre y la sostenibilidad en el funcionamiento de nuestras instituciones. Por ende, se generará un impacto en cadena en el sistema de salud en general, con efectos en el sistema público, y una potencial crisis sanitaria que impactará directamente a las personas.

Como Asociación de Clínicas de Chile A.G. insistimos imperativamente en que los tiempos se agotan y que debemos poner en el centro de la discusión a los pacientes y sus necesidades, para lo cual la autoridad de salud debe proveer mecanismos que permitan asegurar el cumplimiento de los fallos, sin que ello ponga en jaque la salud de los chilenos y chilenas”².

Esto, más que afectar a una industria en particular, afecta directamente a los afiliados de Isapres y beneficiarios de FONASA que son usuarios del sistema privado a través de la Modalidad de Libre Elección y demás convenios que el Fondo suscribe con los prestadores.

En ello radica la importancia de que la “ley corta” se haga cargo de la magnitud de la crisis, de manera que se den certezas a los afiliados sobre la continuidad de sus tratamientos y cobertura y su derecho a la libertad de elección.

[2] <https://bit.ly/3O4XWpu>



Foto: minal.cl

III. Un informe transversal desechado

El proyecto de ley corta, en los términos propuestos por el Ejecutivo, no cumple con la finalidad de dar sostenibilidad financiera al sistema. Fue por esa razón que la Comisión de Salud del Senado convocó a una Comisión Técnica, de carácter transversal y con la participación de todos los actores involucrados (representantes de los senadores, el Ejecutivo, la Superintendencia, la industria y la academia), que elaboró una propuesta contundente y debidamente fundada para el cumplimiento de este objetivo.

Una vez conocidas las indicaciones del Ejecutivo, quedó de manifiesto que las propuestas de la Comisión Técnica fueron sólo parcialmente acogidas. Llama la atención que el Ejecutivo haya desechado propuestas

de la Comisión, que **contó con representación de todos los sectores políticos, además de los actores directamente involucrados en esta crisis**. Participaron representantes de los senadores integrantes de la Comisión de Salud, del Ministerio de Salud, del Ministerio de Hacienda, de la Asociación de Isapres, y del mundo académico y la investigación (Espacio Público y la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile). Asimismo, los acuerdos contenidos en el informe fueron consensuados entre sus integrantes, no existiendo opiniones disidentes o de minoría.

Lo anterior da cuenta de la primacía de un criterio técnico en su elaboración, además de la viabilidad política que se le intentó dar por la totalidad de sus integrantes, quienes concurren con sus visiones y consensuaron posiciones en torno a la propuesta presentada.

Dentro de las propuestas más relevantes del informe técnico, se encuentra la **mutualización de la deuda** para efectos de su cálculo. La mutualización –esencial para garantizar el equilibrio financiero del sistema privado de salud– consiste en reconocer la existencia de subsidios cruzados al interior del sistema, considerando éste como un seguro. Así, se reconoce que cada aseguradora cuenta con una cartera de afiliados, cada uno con riesgos distintos, y en consecuencia, distintos niveles de uso del sistema, el que genera distintos gastos. En consecuencia, hay usuarios que “pagan más” y otros que “pagan menos” de lo que realmente utilizan o requieren de cobertura. Así, aquellos que pagan más, subsidian a quienes pagan menos, es decir, opera un subsidio cruzado.

El ejemplo utilizado por Eduardo Engel es ilustrativo de lo anterior: “El cálculo de la comisión técnica es el correcto, porque considera tanto a los afiliados que pagaron de más como a los que pagaron de menos. Si una Isapre cobró un millón de pesos de más a un afiliado, pero 700 mil pesos de menos a otro, su ganancia en exceso fue de 300 mil pesos, no de un millón”³.

Otra alternativa para reducir el monto de la deuda fue propuesta por la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile e incorporada como anexo al informe técnico. Dicha propuesta plantea que, al aplicarse de forma universal una única tabla de factores que no discrimina por sexo, se eliminan los planes diferenciados entre hombres y mujeres. Sin embargo, para el cálculo retroactivo de la deuda, se debe considerar un precio base que sea compatible con la tabla única, es decir un “plan mixto”, que considere tanto los mayores costos que pagaban las mujeres en dichos planes y los menores costos que pagaban los hombres. Esto, por cuanto no es posible aplicar la tabla única a planes que fueron estructurados en base a sus propias tablas, las que sí distinguían por sexo y edad, ya que con esto se estarían dejando fuera prestaciones que sí están cubiertas, como las prestaciones de maternidad.

Entonces, para el cálculo de la deuda, la FEN propone corregir el valor de la base (plan) ya que cambian los grupos de referencia, “hombres” a “mixto” y, por tanto, el valor de la base del plan es distinto (40% más alto de acuerdo con lo estimado).

[3] <https://bit.ly/4b0mOIJ>



IV. Principales contenidos de la ley corta

Los contenidos de la ley corta se pueden agrupar en las siguientes materias: (1) Modificaciones a FONASA, (2) Medidas para la crisis del subsistema privado, (3) Cambios en la institucionalidad, y (4) Propuestas para una reforma a la salud.

A. Modificaciones a FONASA

El proyecto contempla la creación de una nueva modalidad en FONASA, denominada “Modalidad de Cobertura Complementaria” (MCC), a la que los beneficiarios de FONASA podrán inscribirse voluntariamente, para efectos de obtener acceso y protección financiera para prestaciones

de salud aranceladas, en una red de prestadores determinada, sujeta al pago de una prima complementaria. El otorgamiento de esta modalidad se hará a través de compañías de seguros privadas, de acuerdo a una licitación convocada por el Fondo Nacional de Salud.

El beneficiario deberá inscribir a sus respectivas cargas, y se pagará una prima plana para cada una de las personas inscritas. El valor de la prima complementaria se fijará en UF y se determinará en la forma establecida en las respectivas bases de licitación.

Asimismo, contempla un seguro catastrófico exclusivo para los beneficiarios de la MCC, el que otorga una protección financiera especial para cubrir los copagos derivados de un problema de salud y de cargo de la persona beneficiaria que superen un deducible determinado en un año calendario.

A la fecha, el Director de FONASA **no ha dado certezas acerca del costo de la prima ni porcentajes de cobertura que tendrá esta nueva modalidad.** Desde el Ejecutivo se hizo una estimación inicial del orden de los \$30.000 por persona, pero existen diversos estudios que han dado cifras considerablemente superiores. No obstante, el Director ha insistido en la imposibilidad de entregar una cifra exacta, dado que dependerá de las bases de licitación. En consecuencia, el Ejecutivo propone esta nueva modalidad, pero no entrega certezas sobre su viabilidad, ni sobre la posibilidad de que los sectores más afectados por la crisis (sectores medios, usuarios cautivos con preexistencias) puedan acceder a ella.

Asimismo, en las disposiciones transitorias del proyecto, se dispone que ante la cancelación del registro de una Isapre, FONASA **podrá** autorizar la continuidad de las coberturas en el caso de GES y CAEC. Sobre este punto se insistió en la necesidad de que esto no fuera facultativo para FONASA y que se garantizara la equivalencia de las condiciones que tenía el afiliado en su respectiva Isapre, pero el Ejecutivo no modificó la norma en ese aspecto.

B. Medidas para la crisis del sistema privado

Dentro de las diferentes medidas que propone el proyecto para el sistema privado de salud, el proyecto acoge algunas de las propuestas contenidas en el informe técnico entregado a la Comisión de Salud del Senado.

Uno de los elementos que las indicaciones acogen es la exigencia de que ningún contrato de salud se encuentre por debajo del 7% de cotización obligatoria. Esta medida se aplica tanto para efectos del cálculo del pasivo (constituido por los montos a restituir en razón de las cantidades percibidas en exceso), como para efectos prospectivos, en el sentido de que las Isapres no podrán comercializar planes que se encuentren por debajo de ese porcentaje.

Respecto del cumplimiento de lo ordenado por la Corte Suprema, en las indicaciones se ordena a la Superintendencia la dictación de una Circular para hacer efectiva la adecuación del precio final de los contratos de salud a los que se les aplicó una tabla de factores distinta a la Tabla Única de Factores (TUF). Dicha circular deberá contener:



Foto: ex-ante.cl

- 1.** La obligación de adecuar el precio final a la TUF contenida en la Circular IF/N° 343. En este punto se explicita que la adecuación no podrá importar un alza del precio final, y por el contrario, la rebaja en el precio no podrá dejarlo por debajo del porcentaje de cotización legal.
- 2.** La obligación de suspender el cobro por las cargas no natas y menores de dos años.
- 3.** Deber de las Isapres de informar a la Superintendencia los contratos afectos a las modificaciones anteriores.
- 4.** Obligación de restituir las cantidades percibidas en exceso por aplicación de la TUF.
- 5.** Obligación de restituir las cantidades percibidas en exceso por cargas menores de dos años.

Otro elemento que las indicaciones mantienen del proyecto original es encomendar a las propias Isapres la elaboración de un plan de pago y ajustes, que contenga a lo menos lo siguiente:

1. Propuesta de devolución de la deuda, la que a su vez debe contener:

- a.** Número de contratos afectos.
- b.** Montos a devolver a cada persona.
- c.** Plazo máximo de devolución (no puede exceder de los 10 años).
- d.** Modalidad de devolución. Se señala que las Isapres podrán ofrecer devolver dichos montos como excedentes, para los cuales existirá una cuenta corriente especial para cada afiliado. Sin perjuicio de ello, las Isapres podrán acelerar el pago de la deuda y pagar parcialmente o la totalidad en efectivo directamente a los afiliados. En el evento del término del contrato de salud (ya sea por cambio de Isapre o cambio a FONASA), se mantiene el crédito reconocido en el plan de pago.
- e.** Demás antecedentes necesarios para la valorización de la deuda.

2. Propuesta de reducción de costos.

3. El proyecto contemplaba una propuesta fundada de alza de precio base necesario para cubrir los costos de las prestaciones, licencias médicas y otros beneficios. El alza del precio base no podrá considerar el déficit anterior al 30 de noviembre de 2022.

Sobre este punto, se planteó en la Comisión de Salud que los ajustes necesarios para alcanzar el equilibrio financiero sin contar con medidas para acotar la deuda, iban a terminar en alzas excesivas, forzando la migración de los afiliados por imposibilidad de pago. Desde la oposición se instó al Ejecutivo a incorporar estas medidas que cuentan con sustento técnico, pero fueron desechadas, de manera que esta disposición fue rechazada por la Comisión.

La deuda no se considerará para efectos de las garantías y los indicadores de solvencia y liquidez de cada Isapre.

Mientras no se pague la deuda, las Isapres no podrán realizar retiro de utilidades ni repartir dividendos sin autorización de la Superintendencia. En caso de hacerlo sin el correspondiente permiso, el proyecto establece una serie de sanciones.

C. Cambios a la institucionalidad

El proyecto contempla la creación de un “Consejo Consultivo sobre Seguros Previsionales de Salud”, cuya función es asesorar a la Superintendencia de Salud en las materias de su competencia, previa solicitud de la Superintendencia, salvo para la aprobación del plan de pago y ajustes, en que podrá autoconvocarse. Las decisiones del Consejo no son vinculantes.

El Consejo tendrá 5 integrantes de vasta experiencia profesional y/o académica comprobada, en materias de salud pública, economía de

la salud o derecho sanitario. Dos de ellos serán designados por el Ministerio de Salud, dos por el Ministerio de Hacienda y uno por el Ministerio de Economía, a partir de una terna elaborada por el Consejo ADP (con la salvedad de la primera designación, en que se exime de este requisito y se contempla un proceso de ratificación por ambas ramas del Congreso). Los integrantes durarán en su cargo 3 años, pudiendo prorrogarse su nombramiento hasta por un periodo sucesivo. Percibirán una dieta equivalente a 15 UF por cada sesión a la que asistan, con un tope de 60 UF por mes. Luego regula una serie de inhabilidades e incompatibilidades para el cargo.

D. Compromisos de una reforma a la salud

Durante la discusión del proyecto, el Ejecutivo se comprometió a avanzar en una reforma más profunda a la salud, una vez cumplido con lo mandado por la Corte Suprema. Para ello, se incorporó un artículo transitorio en virtud del cual se compromete el envío de uno más proyectos de ley durante el 2024 para reformar el sistema de salud en su conjunto, a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud y fortalecer las competencias de FONASA y la Superintendencia. En particular, se compromete a que antes del 1 de octubre de 2024 se enviará al Congreso uno o más proyectos para eliminar las preexistencias, así como para eliminar las discriminaciones por sexo y edad tanto para la afiliación a las Isapres, como para las restricciones o exclusiones de beneficios dentro de los planes complementarios.



V. Comentarios

Teniendo todos los elementos técnicos sobre la mesa, el Ejecutivo ha optado por mantenerse rígido en su postura, la que no entrega soluciones ni certezas a millones de afiliados sobre la continuidad de sus coberturas y tratamientos. En particular, al no acoger los mecanismos de cálculo de la deuda propuestos por la Comisión Técnica, se genera un desequilibrio financiero insostenible, y se traspasa la responsabilidad de su determinación al plan de pago y ajustes. En consecuencia, el ajuste extraordinario que se requeriría para alcanzar el equilibrio financiero sería de tal magnitud (en algunos casos hasta del 41% según los cálculos de la propia Superintendencia), que forzarían la migración de los afiliados al sistema público.

También es importante recalcar que, de caer las Isapres en insolvencia, es altamente improbable que siquiera puedan hacerse devoluciones, por cuanto la propia ley dispone que las deudas generadas por la adecuación de los planes de salud, será pagado en el sexto orden de prelación.




El proyecto tampoco se hace cargo de la continuidad de tratamientos y coberturas de los afiliados, al no establecer en términos imperativos la autorización de FONASA para dicha continuidad.

En síntesis, el proyecto de ley en los términos que está planteado, es absolutamente insuficiente para garantizar la subsistencia de un sistema de salud con provisión mixta, poniendo en grave peligro la salud y la vida de millones de afiliados, al no entregar garantía alguna de que éstos podrán continuar con sus tratamientos y coberturas en las mismas condiciones, en caso de insolvencia de su aseguradora.

FJG

FUNDACIÓN JAIME GUZMÁN

www.fjguzman.cl

 @FundacionJaimeGuzmanE  @fundacionjaimeguzman  @FundJaimeGuzman

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