

iDE: Camilo Aguilera R.

PARA: Ximena Órdenes N.

COMENTARIOS PROPUESTA EJECUTIVO - COMISION MIXTA

Se desglosa por artículos y número la propuesta del ejecutivo. Debe leerse en conjunto con el comparado.

ARTICULO 1.

Título. Artículo 1.

Opinión: **A favor.**

Proposición 1 del Ejecutivo. Número 1. Artículo 1.

“FACULTAD DE LA SIS PARA VELAR POR EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LA LICITACIÓN, CONTRATACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA MODALIDAD DE COBERTURA COMPLEMENTARIA.”

Se busca reincorporar una facultad original del PDL que fue aprobada por el Senado y fue rechazada en las comisiones de la Cámara.

Opinión: **a favor.**

es necesario dotar a la SIS de las facultades necesarias para fiscalizar la nueva modalidad del FONASA, considerando la importante participación de los particulares (aseguradoras) en esta. El objeto de organismos como la Superintendencia es justamente el control de los particulares en determinados mercados, en este caso seguros de salud, por ende, su fiscalización y supervigilancia está totalmente justificada.

No hubo proposición. Número 2. Artículo 1.

No se indicó nada por el Ejecutivo, porque no hubo controversias entre las Cámaras.

Opinión: **a favor.**

Proposición 2 del Ejecutivo. Numero 3. Artículo 1.

“CONSEJO CONSULTIVO”

Se propone por el Ejecutivo mantener el Consejo Consultivo en la forma que se aprobó en la Cámara con modificaciones. La Cámara estableció que el Consejo únicamente asesorará a la SIS en la restitución de cobros en exceso y ajustes de la TUF.

Opinión: En contra, pero se podría aprobar sin mayor problema.

Considero que el Consejo no es un elemento relevante o de gran aporte a la crisis de las ISAPRES, ya que se limita a entregar insumos a la SIS y una opinión técnica que la SIS igualmente tiene.

A pesar de lo anterior, en esta materia se puede ser flexible, en la medida que la opinión del consejo no sea vinculante ni obligatoria para la SIS. Si se quisiera generar un Consejo con opinión vinculante sería una materia que requeriría un estudio profundo y detallado.

Se modifica la forma de elección de los consejeros, su duración, dieta, incompatibilidades, cesión, periodicidad de las sesiones.

Los integrantes del Consejo ya NO se designarán por “Alta Dirección Pública”, ya que se designarán de manera indefinida por los ministerios hasta que cumplan su cometido.

Proposición 3 del Ejecutivo. Numero 4. Artículo 1.

“MODALIDAD DE COBERTURA COMPLEMENTARIA”.

Opinión: a favor.

ajustes para la implementación de la MCC.

Proposición 4 del Ejecutivo. Numero 5. Artículo 1.

“MODALIDAD DE COBERTURA COMPLEMENTARIA”.

El ejecutivo propone la redacción de la Cámara, que es la redacción del Senado con cambios de fondo.

Opinión: a favor, con prevenciones.

La MCC es una medida del todo necesaria para hacer frente a la crisis y a la gran migración ocurrida desde ISAPRES hacia el FONASA.

A pesar de ello, la MCC ha experimentado cambios importantes en su tramitación en la Cámara, cambios que al menos requieren una reflexión o revisión antes de incorporarse de manera directa. Entre los cambios más llamativos están:

a. Tope de cobertura de la MCC:

Se establece que: “La cobertura financiera complementaria otorgada por las compañías de seguro tendrá un tope anual en los términos que se establezca en la póliza.” La existencia de un tope muy bajo para la cobertura de la póliza podría frustrar las expectativas de los

cotizantes que opten por la MCC, si el tope anual es muy bajo como para dar cobertura a las personas con más demanda de prestaciones en salud. Se debe considerar que la cobertura tenga una cobertura mínima de acuerdo con la cantidad promedio de prestaciones en salud que una persona requiere.

b. El cotizante pierde la cobertura si incumple el pago de la prima por un mes:

Se debería evaluar un periodo de tolerancia para el no pago de la prima, de al menos un mes. Ello, considerando las distintas razones que puede haber detrás del no pago de la prima. Lo anterior, no significa amparar a cotizantes que acostumbren a incumplir en el pago de su prima, pero sí implica no dejar sin cobertura a una persona que durante largos meses haya dado cumplimiento al pago de forma oportuna, y durante un mes haya tenido contratiempos en el pago. Si bien se expresa claramente que si no se paga la MCC aun se tiene cobertura en FONASA, ello no implica que podría ser excesiva la sanción de perder la cobertura si se retrasa el pago de 1 mes.

Número 6. Artículo 1.

No se indicó nada por el Ejecutivo, porque no hubo controversias entre las Cámaras.

Opinión: **a favor.**

Número 7. Artículo 1.

No se indicó nada por el Ejecutivo, porque no hubo controversias entre las Cámaras.

Opinión: **a favor.**

Proposición 5 del Ejecutivo. Numero 8. Artículo 1.

Opinión: **a favor.**

El ejecutivo propone la redacción de la Cámara, que es básicamente la misma que el Senado con variaciones mínimas que aclaran el sentido de la norma. Cambia aspectos formales, no de fondo.

Opinión: **a favor.**

Permite utilizar mecanismo de eficiencia llamado “GRD”.

Proposición 6 del Ejecutivo. Numero 8 nuevo. Artículo1.

El Ejecutivo propone aceptar este nuevo número 8 propuesto por la Cámara. En él se precisan algunas materias referentes a la atención por GRD.

Opinión: **a favor.**

El GRD es un mecanismo para dotar de mayor eficiencia al sistema, y funciona “paquetizando” prestaciones de salud.

Proposición 7 del Ejecutivo. Número 9. Artículo 1.

“ICSA NEGATIVO Y BAJA DE PRECIOS”

El ejecutivo propone NO reponer este numeral que se rechazó en la Cámara, es decir, mantenerlo fuera del PDL. El numeral establecía unas modificaciones en relación con el precio base y también la posibilidad de un ajuste a la baja en los precios base cuando haya un ICSA negativo.

Opinión: **a favor. con prevenciones.**

El numero 9 tiene dos partes. En la primera parte, no hay mayor discusión porque la modificación que allí se propone tenía sentido cuando se habla de un alza extraordinaria del precio base.

En la segunda parte, se agregó en la Comisión de Salud de la Cámara una medida que me parece debiese incorporarse en el PDL. Establece que “En el evento de que el indicador sea negativo, los precios podrán ajustarse a la baja.” Permite que si el ICSA es negativo los precios de los planes de salud pudieran bajarse, lo cual parece del todo razonable y justo para los afiliados. El ICSA es positivo cuando los costos de las atenciones en salud suben y es negativo si los costos de las atenciones en salud bajan.

Si los costos para brindar atenciones de salud son más elevados, entonces entendemos razonable que eso se refleje en los planes de salud, elevándolos, porque las atenciones implican más costos, y podría generar desestabilización en las ISAPRES. Lo mismo debiese ocurrir si los costos en salud bajan, pues entonces las atenciones y prestaciones de salud serán menos costosas y no habría razón para mantener altos los precios de los planes. Si subimos los precios cuando los costos suben, entonces es razonable bajarlos si los costos bajan. Más aun si existe un sistema de verificación mediante el cual la SIS fiscaliza los fundamentos para las alzas de precios base. Mantener los precios de los planes de salud altos cuando el costo de las prestaciones ha bajado, implica generar más utilidades a las ISAPRES, en lugar de rebajar los precios de los planes de salud a las familias chilenas.

Proposición 8 del Ejecutivo. Número 10. Artículo 1.

“ISAPRES DEBEN INFORMAR SOBRE PRECIO GES QUE COBRARÁN”

El Ejecutivo propone aceptar este nuevo número 8 propuesto por la Cámara. En él se precisan la forma que las ISAPRES deben informar a la SIS sobre el precio GES que cobrarán.

Opinión: **a favor.**

Es un ajuste de forma, para precisar la referencia a un plazo.

Proposición 9 del Ejecutivo. Número 10 nuevo. Artículo 1.

ESTABLECE PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN DEL PRECIO QUE LAS ISAPRES COBREN POR LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD.

El ejecutivo propone incorporar en el PDL este nuevo numeral que propuso la Cámara durante el segundo trámite, el cual contiene un artículo que establece que la SIS verificará el precio que las ISAPRES cobrarán por las Garantías Explícitas de Salud, de conformidad al procedimiento que allí se establece.

Opinión: **a favor.**

Favorece la transparencia que se establezcan procesos para verificar si un precio este fijado de manera razonable, con antecedentes que lo respalden, y no se trate de un precio fijado de manera abusiva o excesiva, sobretodo considerando lo ocurrido con la TUF.

Por ello, el precepto legal que se pretende incorporar establece que las ISAPRES deberán señalar y justificar el precio que cobrarán por las Garantías Explícitas de Salud y que deberán acompañar todos los antecedentes técnicos que sirven de base para el cálculo. Asimismo, la norma establece criterios que deberán seguirse para justificar un precio por el GES. Entre los factores que deben tenerse a la vista tanto por las ISAPRES como por la SIS se encuentran: los costos de las prestaciones de salud, y la variación de la frecuencia de uso experimentada por ellas; la tasa de uso efectivo de tales Garantías por parte de los beneficiarios, y el estudio de verificación de costos regulado en la ley N° 19.996.

Número 11. Artículo 1.

No hubo controversias entre las Cámaras. No se indicó nada por el Ejecutivo.

Opinión: **a favor.**

Proposición 6 del Ejecutivo 10. ARTÍCULO 2.

“CIRCULAR DE LA SIS PARA ADECUACIÓN DEL PRECIO FINAL DE LOS CONTRATOS DE SALUD DE ACUERDO CON LA TABLA ÚNICA DE FACTORES”

Opinión: En términos generales, concuerdo con la necesidad de volver a introducir el art. 2 en el PDL dada la relevancia que tiene.

La circular contiene instrucción para:

1. obligar a las ISAPRES a adecuar los planes de salud conforme a la TUF.
2. Informar los contratos que presenten diferencias cuando se haga la adecuación.
3. Obligación de restituir lo cobrado en exceso

Sin embargo, hay diferencias que conviene analizar.

Se pretende considerar los excedentes de algunos contratos como parte de pago de la deuda

Se señala que “La restitución (de lo cobrado en exceso) no considerará los montos por concepto de excedentes que ya fueron devueltos...”

Conviene aclarar que la sentencia de la Corte Suprema no señala en ninguna parte que la deuda de las ISAPRES se pague con los excedentes que corresponden a los afiliados por efecto de la legislación actual vigente. Por ende, sería adecuado solicitar se aclare este pasaje de la norma para saber si lo que se pretende es que los excedentes de los afiliados sean utilizados como parte de pago de las ISAPRES a los afiliados o si el sentido es otro.

Si se pretende usar los excedentes como parte de pago a los afiliados considero que es una nueva forma de tratar de impedir el cumplimiento efectivo de la sentencia, traspasando los costos a los afiliados, ya que los excedentes de los afiliados no surgen a partir de la sentencia de la Corte Supremo, sino que es un derecho que ellos tienen desde antes del fallo. Me parece preocupante que se busque cualquier mecanismo posible para rebajar la deuda a las ISAPRES. Una cosa es que se legisle que ya no habrá más excedentes, y otra cosa es que tomemos los excedentes que corresponden a los afiliados conforme a la legislación actual y sean utilizados para cubrir parte de la deuda de las ISAPRES.

Proposición 11 del Ejecutivo. ARTÍCULO 3. SE RETIRARÁ

“PLAN DE PAGO Y AJUSTES”

- El plan de pago contiene:
 1. Propuesta de devolución de la deuda por cada mes
 2. Propuesta de reducción de costos
 3. Prima extraordinaria por beneficiario
- Establece como límite para el pago 10 años.
- Establece priorización en el pago para personas mayores de 80 y 65 años.
- Tope de 10% en la prima extraordinaria respecto de la cotización para salud.
- En caso de retraso en el pago de la cuota se devengarán interés a favor de cotizante.

Opinión: **en contra, debido a la prima extraordinaria por beneficiario.**

Fundamentos: pese a los aciertos antes señalados, surgen objeción que no pueden ignorarse:

Prima extraordinaria por beneficiario.

La propuesta contiene un plazo de 10 años para el pago de la deuda, lo cual es una importante concesión y ayuda a las ISAPRES. Se establece una cotización obligatoria de 7%, que también es una medida en favor de las ISAPRES que reduce la deuda ampliamente.

La prima extraordinaria es una medida delicada y compleja de aprobar, implica un alza de precios para los afiliados de hasta un 10% según el tope que se establece. Un 10% no es poco.

El problema es que además de todo lo anterior, se pretende que se pueda imponer una prima a los contratos de salud por cada uno de los beneficiarios en lugar de imponer una prima solamente por el cotizante.

La prima extraordinaria reemplaza el alza extraordinaria de precio base.

precio final del plan= precio base x TUF + GES + prima extraordinaria

El gran problema es que ahora la prima actúa POR BENEFICIARIO y NO por cotizante. Implica que el contrato podrá tener varias alzas mediante primas extraordinarias según la cantidad de beneficiarios que tenga el plan. Es grave este cambio, porque si un plan de salud tiene 4 beneficiarios, se le podría aplicar 4 primas extraordinarias, o sea, igualmente podría haber un alza de 40%.

Posibilidad de pagar la deuda por adelantado

Sabemos que los afiliados y las ISAPRES tiene un poder de negociación desigual. Lo mismo ocurre con la información que manejan de los mercados y con la asesoría legal que tienen, es desigual. Esto hace que al momento de negociar y llegar a un acuerdo (transigir como dice el texto legal) los afiliados puedan encontrarse en una situación desigual y con menor poder de negociación, generando resultados no deseados en estas transacciones.

Surgen las preguntas entonces: ¿ como se garantiza una equidad en la negociación?

Proposición 12 del Ejecutivo ARTICULO 4.

PERMITE LA APLICACIÓN DE LA PRIMA EXTRAORDINARIA, Y CONTEMPLA ALGUNAS GARANTÍAS PARA LOS AFILIADOS.

Opinión: **a favor si se aprueba el art.3.**

Proposición 13 del Ejecutivo. ARTICULO 5

INDICADORES QUE DEBEN CUMPLIR LAS ISAPRES

Opinión: **a favor.**

Las ISAPRES tiene que cumplir con una serie de indicadores. Por ejemplo, tiene que abonar un monto en garantía, que es un porcentaje de las deudas que tienen. Por ejemplo, garantizar ante la SIS porcentajes de los montos de las deudas que mantienen con prestadores de salud. Ej. Si CruzaBlanca debe a CLC 10 millones, debe depositar en la SIS un monto de dinero equivalente a un porcentaje de la deuda, por ejemplo, 500.000 pesos.

El propósito de estos indicadores es medir el estado financiero de las ISAPRES y asegurar que podrán cumplir con sus deudas y sus obligaciones legales.

Un indicador importante es el patrimonio. Deben mantener un patrimonio mínimo, y acreditar ante la SIS que mantienen este patrimonio.

En el inciso final de este precepto legal, se entregan flexibilidades a las ISAPRES para cumplir con estos indicadores. Esto les da margen de acción en el ámbito financiero, pero tiene un contra. Los indicadores están establecidos en beneficios de los acreedores de las ISAPRES, es decir, en beneficio de aquellos a quienes las ISAPRES deben dinero; y en beneficio de la comunidad en general.

Se extraña una disposición legal que proteja a los prestadores de salud privados.

Proposición 14 del Ejecutivo. ARTICULO 6

LAS ISAPRES NO PODRÁN RETIRAR UTILIDADES MIENTRAS NO PAGUEN LA DEUDA

Opinión: **de acuerdo.**

El ejecutivo propone un texto en reemplazo a la redacción del Senado. Las ISAPRES no pueden retirar utilidades mientras mantengan deuda con sus afiliados. Ya hemos ahondado en las razones de esta medida, por lo cual su restablecimiento es imperativo y necesario. Para el retiro de utilidades se requerirá certificación de la SIS. Habrá sanciones y multas si se incumple esta obligación y se deberán restituir las utilidades retiradas, siendo nulo de pleno derecho el retiro.

Proposición 15 del Ejecutivo. ARTICULO 4 NUEVO.

BONOS POR DEUDA

Opinión: **EN CONTRA**

En una sociedad como la chilena donde hay poca educación financiera, el uso de productos financieros complejos y desconocidos para la población puede contribuir a generar condiciones de gran disparidad.

Solo sería admisible si se consideran medidas para que no haya abuso de parte del emisor del bono (la ISAPRE) por sobre el beneficiario del bono (afiliado).

Asimismo, el plazo para el pago del bono debe ser acotado y jamás exceder los 10 años que se acordaron para el pago de la deuda. Su no pago debe tener aparejada una sanción firme.

Un escenario que no puede verificarse es que la ISAPRE emita un bono a favor de la señora Juanita donde se establezca que parte de la deuda se pagará en 10 años. Más aún considerando que muchos afiliados no tienen los recursos para posteriormente perseguir el pago del bono si la ISAPRE emisora se retrasa en el pago o rehúsa pagarlo.

Proposición 16 del Ejecutivo. ARTICULO 7

SE SANCIONA CON PRESIDIO O RECLUSIÓN A QUIENES INCURRAN EN CIERTAS CONDUCTAS

Opinión: **de acuerdo.**

Se sanciona con presidio o reclusión a quienes incurran en ciertas conductas:

- entrega maliciosa de información falsa o incompleta sobre el cumplimiento de los planes de pago y ajustes o con le propósito de autorización para repartir utilidades
- acto contrario a una administración racional del patrimonio

Proposición 17 del Ejecutivo. ARTICULO 8

COTIZACIÓN OBLIGATORIA DE 7%

Opinión: **de acuerdo.**

La redacción de la Cámara parece satisfactoria para establecer la OBLIGACIÓN DE COTIZACIÓN DE UN 7%.

Refleja una medida en la cual hay total acuerdo, excluyendo la parte que ha generado debate.

La parte que generó conflicto fue la que pretendía regular la aplicación de esta medida a los contratos que debían reajustarse conforme a la sentencia. Considero que conceder la redacción propuesta por la Cámara en esta materia no trae aparejado no perjuicio hacia los afiliados y es una forma de avanzar hacia un acuerdo final.

Proposición 18 del Ejecutivo. ARTÍCULO 9

REGLAS PARA EL CÁLCULO DEL PRECIO DE LOS CONTRATOS DE SALUD

Opinión: **de acuerdo.**

Es una medida establecida para ajustar el cálculo del precio final de los contratos, para efectos únicamente de determinar la deuda.

Proposición 19 del Ejecutivo. ARTICULO 10

FACULTAD DE LA SIS DE REQUERIR INFORMACIÓN CONTABLE, FINANCIERA Y DATOS PERSONALES.

Opinión: **de acuerdo.**

La SIS necesita contar con esta facultad y las ISAPRES deben estar obligadas a entregar la información contable y financiera. En cuanto a las datos personales se debe además garantizar el debido cuidado en el resguardo de esta información.

Proposición 20 del Ejecutivo. ARTICULO 8 NUEVO

LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD DEBERÁ DICTAR UNA CIRCULAR CON NORMAS QUE GARANTICEN EL ACCESO A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA LEY.

Opinión: **de acuerdo.**

No requiere mayor debate dado que la medida tiende a la transparencia y a la fé pública.

Proposición 21 del Ejecutivo. ARTICULO 2 TRANSITORIO

EL PRIMER CONTRATO PARA LA PROVISIÓN DEL SERVICIO DE OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA FINANCIERA COMPLEMENTARIA POR TRATO DIRECTO

El ejecutivo propone mantener el rechazo de este artículo.

Opinión: **de acuerdo.**

Si bien el trato directo entrega más celeridad en la implementación de la MCC también es menos transparente.

Proposición 22 del Ejecutivo. ARTICULO 3 TRANSITORIO

ESTABLECE PLAZO PARA LA CIRCULAR DEL ART. 2

Opinión: **de acuerdo.**

Proposición 23 del Ejecutivo. ARTICULO 4 TRANSITORIO.

El ejecutivo propone rechazar el artículo.

Opinión: **de acuerdo.**

El precepto legal refiere a la fijación de un valor de reajuste obligatorio. La propuesta es dejar sin efecto esta medida.

Proposición 24 del Ejecutivo. ARTÍCULO 5 TRANSITORIO. SE RETIRARÁ

CONSEJO: DESIGNACIÓN DE INTEGRANTES Y SESIONES.

Opinión: **en contra, pero se puede aprobar.**

La opinión en contra se basa en que:

- El Consejo no tiene mayor peso en la solución de la crisis, considero que es un órgano prescindible, ya que sus opiniones no son vinculantes.

- La designación de los integrantes del consejo bajo esta modalidad concentra el poder de decisión en el Ejecutivo.

Proposición 25 del Ejecutivo. ARTICULO 6 TRANSITORIO

EJECUTIVO PROPONE NO REINCORPORAR LA NORMA SOBRE REGLAMENTO.

Opinión: **a favor.**

Proposición 26 del Ejecutivo. ARTICULO 2 TRANSITORIO NUEVO

DIFIERE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CAEC EN LA MCC.

Opinión: **en contra.**

El CAEC constituye un beneficio para los pacientes con enfermedades catastróficas de alto costo, por lo que el hecho de diferirlo sin duda implica un deterioro en su situación. Implica que las aseguradoras en la MCC no cubrirán este beneficio para enfermedades catastróficas, sino hasta tiempo después de implementada la MCC.

Se recomienda pedir al Ejecutivo que aclare el fundamento de la disposición legal. Entiendo que la medida se debería a conversaciones con las aseguradoras, las cuales por motivos contables no podría otorgar esa cobertura, ¿Qué pasará con los pacientes y beneficiarios del CAEC?

Proposición 27 del Ejecutivo. ARTICULO 6 TRANSITORIO NUEVO

Opinión: **en contra, pero es insuficiente.**

MANTENER LA COBERTURA DEL CAEC DE LOS AFILIADOS A ISAPRES CUANDO SE CANCELE EL REGISTRO DE DICHA ISAPRE

si se cancela el registro de una ISAPRE se busca mantener la cobertura que tenían sus afiliados por el CAEC pero una vez que se hayan afiliado al FONASA.

DE ACUERDO.

Esta medida busca que las personas que contaban con CAEC lo mantengan cumpliendo con determinados requisitos, por ende, conviene apoyar, sin perjuicio de lo que ocurra con el artículo anterior (artículo segundo nuevo de la Cámara).

El problema es que para que se aplique la mantención se debe haber solicitado expresamente la cobertura CAEC a la ISAPRE antes de la cancelación de su registro.

Proposición 28 del Ejecutivo. ARTICULO 10 TRANSITORIO

**SIS DEBERÁ INFORMAR AL FONASA SOBRE LOS PACIENTES A QUE SE REFIEREN
LOS ARTICULOS TRANSITORIOS 6, 7 Y 8.**

Opinión: **de acuerdo.**

DE: Camilo Aguilera
PARA: Ximena Ordenes

—

MINUTA BREVE COMISIÓN MIXTA ISAPRE

El fallo de la Corte Suprema sobre GES implica una reducción en los ingresos de 12%.

El ICESA adelantado mediante la Ley de Reajustes del sector público implica un aumento en los ingresos de las ISAPRES de un 3,3%. En consecuencia, queda un 8,7% de reducción en los ingresos que persiste.

El fallo de la Corte Suprema sobre TUF importa:

- I. una deuda de alrededor de 1500 millones de dólares de la ISAPRES que se podrá cobrar a partir de 12 de mayo (esto sin considerar el 7%). Si consideramos el 7% la deuda es de 1168 millones.
- II. una disminución de ingresos de 8,3% considerando el cambio de tabla de factores y el no cobro a menores de 2 años.

La prima extraordinaria y la cotización obligatoria de 7%, sumado a las medidas de contención de costos, permitirán dar equilibrio al sistema ISAPRES frente al enorme pasivo que representa la deuda con los afiliados.

Los contratos de salud con tabla de factores, tanto antigua como nueva (única), son 1.654.019. Los contratos favorecidos con el fallo (cambio de tabla y no cobro a menores de 2 años) son 554.166 lo que equivale a un 34% del total.

La deuda de ISAPRES con prestadores privados asciende a 666.103 millones, al 31 de diciembre de 2023, equivalente a unos 709.000 dólares a día de hoy.

La propuesta del ejecutivo contiene:

1) PRIMA EXTRAORDINARIA (ART. 3 LETRA C)

Opinión: **votar en contra del art. 3 o al menos contra la letra c.**

La prima extraordinaria reemplaza el alza extraordinaria de precio base.

precio final del plan= precio base x TUF + GES + prima extraordinaria

El gran problema es que ahora la prima actúa POR BENEFICIARIO y NO por cotizante. Implica que el contrato podrá tener varias alzas mediante primas extraordinarias según la cantidad de beneficiarios que tenga el plan. Es grave este cambio, porque si un plan de salud tiene 4 beneficiarios, se le podría aplicar 4 primas extraordinarias, o sea, igualmente podría haber un alza de 40%.

2) CONTENCIÓN DE COSTOS (ART. 3 LETRA B)

Opinión: **votar a favor** si se vota por letra, votar en contra si se vota el art. 3 completo.

Se contempla contención de costos en el plan de pago y ajuste de las ISAPRES.

3) CONSEJO CONSULTIVO

Opinión: **votar en contra**, pero se puede votar a favor, ya que su opinión no obliga a nadie.

Se busca volver a incorporar el Consejo Consultivo que ahora únicamente asesorará a la SIS en la restitución de cobros en exceso y ajustes de la TUF.

Dado que las opiniones del Consejo no obligan, la relevancia de este órgano es baja. No significa que debamos crear necesariamente un Consejo, pero sí debemos tener claro que no será decisivo en la crisis si no es vinculante en sus opiniones.

4) PRIORIDAD EN EL PAGO A LOS ADULTOS MAYORES

Opinión: **a favor**.

Este cambio se replica en la propuesta de la Cámara y del ejecutivo.

Es claro que las personas de edad más avanzada deben tener una mayor prioridad en el pago, considerando sus menores ingresos, ya que la mayoría de ellos vive gracias a su pensión, y considerando la mayor morbilidad que suelen tener. Es un cambio del todo pertinente y que fortalece el PDL, dotándolo de más equidad y sentido social.

FONASA concentra el 94% de los mayores de 60 años hoy, por ende, ISAPRES, cuenta con el 6% restante.

5) TECHO DE 10%

Opinión: **a favor**.

La prima extraordinaria tendría un límite, no podría superar el 10% de la cotización.

El alza no puede ser indiscriminada y discrecional, debe tener límites y estar lo más controlada y reglada posible.

6) COBRO DE INTERESES POR RETRASO EN EL PAGO DE CUOTAS.

Opinión: **a favor**.

Las ISAPRES no podrán retardar el pago de las cuotas del plan de pago, pues de hacerlo se les cobraría intereses.

7) NO RETIRAR UTILIDADES MIENTRAS PERSISTA LA DEUDA

Opinión: **a favor**.

Los accionistas de las ISAPRES no podrán retirar utilidades mientras subsista la deuda con los afiliados.

8) PAGO DE LA DEUDA EN BONOS

Opinión: en contra.

La falta de educación financiera y la tecnicidad de la regulación de los bonos genera una situación profunda de desigualdad entre el emisor del bono (la ISAPRE) y el beneficiario del bono (el afiliado a quien se debe dinero).

9) COTIZACIÓN OBLIGATORIA DE 7%

Opinión: a favor.

Es una medida acordada y consensuada que contribuye a mayor equilibrio financiero para las ISAPRES.

10) PLAZO DE 13 AÑOS PARA DEVOLUCIÓN DE DEUDA.

Es importante poner un límite en el tiempo al pago de la deuda, pero 13 años es un largo tiempo que incrementa la posibilidad de que algunos afiliados no alcancen a recibir la restitución de lo que se les debe.

DE: Camilo Aguilera
PARA: Ximena Ordenes

—

MINUTA BREVE COMISIÓN MIXTA ISAPRE

El fallo de la Corte Suprema sobre GES implica una reducción en los ingresos de 12%.

El ICESA adelantado mediante la Ley de Reajustes del sector público implica un aumento en los ingresos de las ISAPRES de un 3,3%. En consecuencia, queda un 8,7% de reducción en los ingresos que persiste.

El fallo de la Corte Suprema sobre TUF importa:

- I. una deuda de alrededor de 1500 millones de dólares de la ISAPRES que se podrá cobrar a partir de 12 de mayo (esto sin considerar el 7%). Si consideramos el 7% la deuda es de 1168 millones.
- II. una disminución de ingresos de 8,3% considerando el cambio de tabla de factores y el no cobro a menores de 2 años.

La prima extraordinaria y la cotización obligatoria de 7%, sumado a las medidas de contención de costos, permitirán dar equilibrio al sistema ISAPRES frente al enorme pasivo que representa la deuda con los afiliados.

Los contratos de salud con tabla de factores, tanto antigua como nueva (única), son 1.654.019. Los contratos favorecidos con el fallo (cambio de tabla y no cobro a menores de 2 años) son 554.166 lo que equivale a un 34% del total.

La deuda de ISAPRES con prestadores privados asciende a 666.103 millones, al 31 de diciembre de 2023, equivalente a unos 709.000 dólares a día de hoy.

La propuesta del ejecutivo contiene:

1) PRIMA EXTRAORDINARIA (ART. 3 LETRA C)

Opinión: **votar en contra del art. 3 o al menos contra la letra c.**

La prima extraordinaria reemplaza el alza extraordinaria de precio base.

precio final del plan= precio base x TUF + GES + prima extraordinaria

El gran problema es que ahora la prima actúa POR BENEFICIARIO y NO por cotizante. Implica que el contrato podrá tener varias alzas mediante primas extraordinarias según la cantidad de beneficiarios que tenga el plan. Es grave este cambio, porque si un plan de salud tiene 4 beneficiarios, se le podría aplicar 4 primas extraordinarias, o sea, igualmente podría haber un alza de 40%.

2) CONTENCIÓN DE COSTOS (ART. 3 LETRA B)

Opinión: **votar a favor** si se vota por letra, votar en contra si se vota el art. 3 completo.

Se contempla contención de costos en el plan de pago y ajuste de las ISAPRES.

3) CONSEJO CONSULTIVO

Opinión: **votar en contra**, pero se puede votar a favor, ya que su opinión no obliga a nadie.

Se busca volver a incorporar el Consejo Consultivo que ahora únicamente asesorará a la SIS en la restitución de cobros en exceso y ajustes de la TUF.

Dado que las opiniones del Consejo no obligan, la relevancia de este órgano es baja. No significa que debamos crear necesariamente un Consejo, pero sí debemos tener claro que no será decisivo en la crisis si no es vinculante en sus opiniones.

4) PRIORIDAD EN EL PAGO A LOS ADULTOS MAYORES

Opinión: **a favor**.

Este cambio se replica en la propuesta de la Cámara y del ejecutivo.

Es claro que las personas de edad más avanzada deben tener una mayor prioridad en el pago, considerando sus menores ingresos, ya que la mayoría de ellos vive gracias a su pensión, y considerando la mayor morbilidad que suelen tener. Es un cambio del todo pertinente y que fortalece el PDL, dotándolo de más equidad y sentido social.

FONASA concentra el 94% de los mayores de 60 años hoy, por ende, ISAPRES, cuenta con el 6% restante.

5) TECHO DE 10%

Opinión: **a favor**.

La prima extraordinaria tendría un límite, no podría superar el 10% de la cotización.

El alza no puede ser indiscriminada y discrecional, debe tener límites y estar lo más controlada y reglada posible.

6) COBRO DE INTERESES POR RETRASO EN EL PAGO DE CUOTAS.

Opinión: **a favor**.

Las ISAPRES no podrán retardar el pago de las cuotas del plan de pago, pues de hacerlo se les cobraría intereses.

7) NO RETIRAR UTILIDADES MIENTRAS PERSISTA LA DEUDA

Opinión: **a favor**.

Los accionistas de las ISAPRES no podrán retirar utilidades mientras subsista la deuda con los afiliados.

8) PAGO DE LA DEUDA EN BONOS

Opinión: en contra.

La falta de educación financiera y la tecnicidad de la regulación de los bonos genera una situación profunda de desigualdad entre el emisor del bono (la ISAPRE) y el beneficiario del bono (el afiliado a quien se debe dinero).

9) COTIZACIÓN OBLIGATORIA DE 7%

Opinión: a favor.

Es una medida acordada y consensuada que contribuye a mayor equilibrio financiero para las ISAPRES.

10) PLAZO DE 13 AÑOS PARA DEVOLUCIÓN DE DEUDA.

Es importante poner un límite en el tiempo al pago de la deuda, pero 13 años es un largo tiempo que incrementa la posibilidad de que algunos afiliados no alcancen a recibir la restitución de lo que se les debe.

DE: Camilo Aguilera R.

PARA: Ximena Órdenes N.

MINUTA CASO LISTA DE ESPERA HOSPITAL SOTERO DEL RÍO

CIFRAS LISTA DE ESPERA

Lista de espera No GES

Total de personas fallecidas en lista de espera No GES: 38.564 personas.

Estas personas tenían un total de 54.410 casos en espera.

Un dato relevante al efecto es que del total de casos, un 92,57% se encontraba a la espera de una Atención Nueva Especialidad, y de carácter médico.

Tabla N°16. Distribución de personas fallecidas registradas en lista de espera No GES por Servicio de Salud y sexo, entre enero-diciembre 2022.

Servicio de Salud	Fallecidos enero-diciembre 2022			%
	Hombres	Mujeres	Total	
Aisén	50	54	104	0,3%
Magallanes	204	221	425	1,1%
Total	20.382	18.182	38.564	100,0%

Fuente: Base de datos de defunciones del sistema de hechos vitales del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) Ministerio de Salud.
Fecha de extracción de datos:04-09-2023

En el servicio de Salud de Aysén fallecieron un total de 104 personas en lista de espera No GES.

Lista de espera GES

Total de personas fallecidas en lista de espera GES: 5.441 personas.

Total de Garantías Incumplidas No Atendidas Cerradas por Fallecimiento: 6.110 casos.

En otras palabras, estas personas 5.441 personas tenían un total de 6.110 casos en espera.

Tabla N°10: Distribución de personas fallecidas con registro de Garantías de Oportunidad GES incumplida no atendidas cerradas por fallecimiento por Servicio de Salud y sexo. Periodo enero-diciembre 2022.

Servicio de salud	N° de Hombres	N° Mujeres	Total	%
Aisén	15	13	28	0,5%
Magallanes	17	21	38	0,7%
Total	2.766	2.671	5.437	100,0%

Fuente: Sistema de hechos vitales. Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Ministerio de Salud. Fecha de extracción 04-09-2023

En el servicio de Salud de Aysén fallecieron un total de 28 personas en lista de espera GES.

DIAGNÓSTICO:

Resumen:

A través de medios de comunicación se denunció la eliminación irregular de la lista de espera de más de 300.000 interconsultas médicas en el recinto asistencial Sótero del Río, ubicado en la zona sur de Santiago de Chile, en el municipio de Puente Alto (comuna más habitada del país), dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO). La depuración del registro se habría realizado de manera irregular y con la eliminación de algunos enfermos del sistema sanitario público que no habrían alcanzado la atención.

¿Qué ocurrió en detalle?

Una auditoría realizada por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente estableció que el 7 de junio de 2023 se eliminaron más de 250.000 interconsultas en un solo día, cuestión que fue calificada como un “error humano” por parte de la Dirección del recinto hospitalario.

Según un reportaje emitido por el noticiario local de Canal 13, entre los pacientes sacados del registro se encontraban aquellos que tenían las Garantías Explícitas en Salud (GES) — régimen que asegura la cobertura de 87 enfermedades tanto para el sistema de Fonasa (público) e Isapres (privado)— y también pacientes que no eran beneficiarios de este grupo.

Según oficios y comunicaciones de Minsal:

El Ministerio de Salud tomó conocimiento en marzo de este año, tras la presentación del resultado de una auditoría realizada por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) de la eliminación antes detallada.

El documento afirma que la Unidad de Gestión y Desarrollo del hospital solicitó al Departamento de Gestión y Tecnología de la Información que, de una vez, egresara 323.327 interconsultas de una lista de espera de 364.912. De ellas, 250.543 fueron egresadas de forma “automatizada o masiva” exclusivamente durante sólo un día: el 7 de junio de 2023.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales instruyó el 19/03/24 un sumario administrativo.

El 15 de mayo de 2024, se informó de la renuncia del director del Hospital, Luis Arteaga.

El SSMSO solicitó renuncia al director del Hospital Sótero del Río el 16/05/25.

El 16/05/24 la Subsecretaría de Redes oficia a todos Servicios de Salud del país para que informen situaciones respecto del cumplimiento normativo de las listas de Espera.

El mismo 16/05/24 la Subsecretaría de Redes ofició al Consejo de Defensa del Estado para que estudie los antecedentes y, eventualmente, persiga las responsabilidades que correspondan.

El 17/05/24 el Ministerio de Salud dispone que un equipo de profesionales supervisar el manejo de bases de datos, el que inicio el trabajo en terreno ese mismo día.

El 18/05/24 el Subsecretario de Redes Asistenciales hace entrega voluntaria a la Brigada Investigadora Anticorrupción Metropolitana de la PDI, de antecedentes que el Ministerio de Salud maneja sobre lo sucedido y las medidas adoptadas.

La situación, que ya estaba siendo investigada a través de un sumario, será indagada de oficio por la Fiscalía Regional Metropolitana Sur, por la Brigada Investigadora Anticorrupción Metropolitana, que analizará un presunto delito de tráfico de influencias.

La Contraloría General de la República, el organismo encargado de fiscalizar las acciones de los órganos públicos chilenos, también revisará los antecedentes.

SUGERENCIAS:

Las listas de espera de los hospitales contienen a miles de pacientes que necesitan una atención especializada, exámenes, consultas de diagnóstico o cirugías en el sistema público. Si la acumulación de personas enfermas que no logran ser atendidas ha generado una verdadera crisis en el sistema, su eliminación irregular de las listas de espera la agrava.

En primer lugar, es importante saber que ha ocurrido con los pacientes que fueron eliminados de las listas de espera de manera irregular: debemos saber si algunos de ellos han fallecidos, cuántos se encuentran en condición crítica, cuántos continúan requiriendo la atención en salud por la que estaban esperando, cuántos ya fueron reincorporados, si esta situación se ha replicado en otros establecimientos de salud, en otras regiones del país.

En cuanto a las personas que fueron eliminadas erróneamente es necesario reincorporarlos con la máxima celeridad. Este es un asunto de extrema gravedad que ha afectado fuertemente el derecho a la salud de más de 250.000 personas, por ende, es necesario saber cuántos pacientes fueron reincorporados, y cuando se efectuará la reincorporación de los restantes.

En relación con las responsabilidades derivadas del caso, es necesario saber cual es la normativa aplicable para el registro en las listas de espera y para la eliminación de pacientes que están en lista de espera. En este caso, ¿resultaba aplicable la norma técnica N°118¹? ¿la eliminación de los pacientes fue hecha en cumplimiento de esta normativa? Ya que el informe de la auditoría señala que no se observó la normativa vigente.

Este asunto nos preocupa en demasía, ya que está relacionado estrechamente con la transparencia en la administración pública y la confianza de la gente en esta. Con hechos de este tipo se debilita la confianza de la ciudadanía en la administración pública y se pone en entredicho la objetividad de las decisiones de los órganos estatales. Esto nos hace preguntarnos sobre ¿qué medidas se están tomando para que no existan nuevas irregularidades en las listas de espera en el futuro?

¹ La auditora clínica asistencial, Silvia Cuevas, y el auditor administrativo, Miguel Abarca, evacuaron un informe fechado al 9 de febrero de este año, que concluía que “durante el 2023 el Complejo Asistencial Sótero del Río efectuó egresos automatizados en forma masiva de interconsultas desde la Base del Sistema Local de Gestión de la Demanda (SGD) en una cifra mayor a 300 mil, lo que conllevó a que, por su condición de egresos automatizados de forma masiva, no siempre la causal de egreso esgrimida se ajustara a lo registrado tanto en Pulso como en SGD, y por consiguiente conllevó también a actuar con desapego a lo establecido en la Norma Técnica N° 118”.

Asimismo, los auditores afirmaron “que las interconsultas que fueron erróneamente egresadas redundan en que esos pacientes definitivamente se quedaron sin la atención requerida, además del consiguiente actuar sin apego a la normativa vigente.

DE: Camilo Aguilera

PARA: Ximena Órdenes

MINUTA RESUMEN APROBACIÓN LEY CORTA ISAPRES EN COMISIÓN MIXTA

El domingo 12 de mayo de 2024 se comenzará a ejecutar el fallo de la Corte Suprema del año 2022, que ordena a las Isapres utilizar la tabla única de factores en la determinación del precio de los planes de salud y restituir a los usuarios lo cobrado en exceso. Cabe recordar que este plazo se vence luego de 2 prórrogas concedidas por la Corte para que el congreso y el ejecutivo implementaran una ley que permitiera darle cumplimiento a la sentencia, esto debido a que se puso en el debate público la viabilidad del sistema de salud privado.

El texto final fue aprobado en Comisión Mixta el pasado miércoles 8 de mayo en una estructura de 4 bloques:

BLOQUE 1. CONSEJO CONSULTIVO.

Dentro del primer grupo de artículos a votar se analizaron las normas relativas al Consejo Consultivo transitorio, el cual fue respaldado por la unanimidad de los presentes. Este organismo tendrá como función asesorar a la Superintendencia de Salud en el proceso de presentación, evaluación y aprobación de los planes de pago y ajustes de las ISAPRE, por restitución de cobros realizados en exceso por aplicar tablas de factores elaboradas por dichas instituciones distintas a la Tabla Única de Factores de la Superintendencia de Salud.

BLOQUE 2. PLAN DE PAGO Y CIRCULAR CON INSTRUCCIONES DE LA SIS.

En el segundo grupo estuvo:

- La circular con las instrucciones para la aplicación de la tabla de factores, restitución de la deuda y cotización obligatoria de 7%, entre otros temas.
- El plan de pago y ajustes de las aseguradoras privadas, excluyendo el plazo para el pago de la deuda. Salvo el plazo de 13 años, el resto fue aprobado por unanimidad.
- Destaca en el articulado la exigencia a las ISAPRES de contención de costos y el pago priorizado a los adultos mayores de 80 años y mayores de 65. El plazo máximo para pagar a las personas mayores de 64 años bajó de 72 meses a 60 meses y para los mayores de 80 años se mantuvo en 24 meses.

BLOQUE 3. PLAZO DE 13 AÑOS.

En votación separada, se aprobó que las aseguradoras paguen lo adeudado a los afiliados - tras una indicación del Ejecutivo- en un plazo de 13 años, lo cual finalmente fue aprobado por 9 votos a favor y uno en contra, del senador socialista Juan Luis Castro.

Esta medida permite dar más viabilidad al sistema sin traspasar los costos de la deuda a los usuarios. En contraste, retrasa el cumplimiento del fallo 3 años.

BLOQUE 4. MODALIDAD DE COBERTURA COMPLEMENTARIA + ICESA

Este grupo de normas crea la nueva modalidad de cobertura complementaria para el FONASA y además implementa un ICESA con características especiales por el plazo de 3 años. Asimismo, se sanciona el retiro de utilidades antes del pago total de la deuda y sin la autorización de la SIS.

Estas materias despertaron mayores diferencias entre los presentes en la Comisión. Finalmente, este punto fue respaldado por ocho votos a favor y dos en contra, de Castro y la senadora Ximena Órdenes.

RECOMENDACIONES:

Se recomienda votar a favor de la propuesta de la Comisión Mixta al tratarse de medidas acordadas con mucho esfuerzo y meses de estudio, por parte de senadores y diputados. El informe refleja el fruto de largas sesiones de análisis y discusión, para dar cumplimiento de manera viable a la sentencia dictada por la Corte Suprema, a fin de que todos los afiliados puedan recibir las restituciones de los cobros excesivos sin poner en riesgo su derecho a la salud.

La deuda de las ISAPRES con los afiliados de 1500 millones de dólares aproximadamente, según cifras de la SIS, sumada a los menores ingresos por ajuste de tabla y precio GES, encendió las alarmas de estas instituciones, quienes alertaron un colapso inminente que obligó a tomar cartas en el asunto.

No se debe olvidar que la crisis fue desencadenada por las mismas ISAPRES. La Corte Suprema y las distintas Cortes de Apelaciones del país vienen resolviendo desde hace años que se incurre en alzas indebidas de precios a los cotizantes. Durante años se hicieron cobros excesivos a los afiliados, haciendo caso omiso de los reiterados fallos de los tribunales de justicia. En agosto de 2022, la Corte Suprema dictó una sentencia que condena, no al gobierno ni al Congreso, sino a las ISAPRES a devolver lo cobrado en exceso y ajustar sus precios aplicando la TUF, que debieron haber aplicado desde abril del año 2020.

El norte de este proyecto de ley son las personas afiliadas, tanto a ISAPRE como a FONASA, quienes tienen un derecho a la salud que debe garantizarse a pesar de la crisis en que se encuentran las aseguradoras privadas.

El proyecto de ley, en consecuencia, ofrece una serie de medidas cuyo fundamento último y final es resguardar la continuidad de sus atenciones y tratamientos de salud

DE: Camilo Aguilera
PARA: Ximena Órdenes

—

MINUTA SOBRE PROPUESTA DEL EJECUTIVO EN COMISION MIXTA DE ISAPRES

Las propuestas del ejecutivo toman parte de la redacción del Senado, parte de la redacción de la Cámara e incorporan nuevas redacciones.

Número 1. Artículo 1.

“Facultad de la SIS para velar por el correcto funcionamiento de la licitación, contratación e implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria.”

Se busca reincorporar una facultad original del PDL que fue aprobada por el Senado y fue rechazada en las comisiones de la Cámara.

Opinión: **a favor.**

es necesario dotar a la SIS de las facultades necesarias para fiscalizar la nueva modalidad del FONASA, considerando la importante participación de los particulares (aseguradoras) en esta. El objeto de organismos como la Superintendencia es justamente el control de los particulares en determinados mercados, en este caso seguros de salud, por ende, su fiscalización y supervigilancia está totalmente justificada.

Número 2. Artículo 1.

No se indicó nada por el Ejecutivo, porque no hubo controversias entre las Cámaras.

Opinión: **a favor.**

DE: Camilo Aguilera

PARA: Ximena Órdenes

<p style="text-align: center;">Minuta sobre Reglamento que regula la venta, publicidad y consumo de cigarrillos electrónicos.</p>
--

DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Con fecha 4 de enero de 2024, fue publicada en el Diario Oficial la Ley N° 21.642, que modifica la Ley N° 19.419 con el objeto dar una regulación a los cigarrillos electrónicos, productos que a la fecha no contaban con una normativa que los rigiera. Entre otras materias busca: prohibir la venta de cigarrillos electrónicos a menores de edad; asimilar a productos de tabaco los sistemas electrónicos de administración de nicotina, mecanismos semejantes sin nicotina y productos de tabaco calentado; y, regular los dispositivos alternativos con o sin nicotina.

Más allá de las importantes modificaciones, regulaciones y sanciones que establece, que pueden revisarse en la minuta respectiva, lo que aquí genera conflictos es la **entrada en vigencia de la ley, supeditada a la modificación de un Decreto Supremo, que no se ha dictado.**

En el primer artículo transitorio de la Ley N°21.642 establece que: “Esta ley comenzará a regir al momento en que se publique la modificación del decreto al que alude el artículo 6° de la ley N° 19.419”. Asimismo, en la norma se establece que “El Ministerio de Salud tendrá el plazo de doce meses contado desde la publicación de esta ley para efectuar la modificación a que se refiere el inciso primero”.

El art. 6 de la ley establece que: todo envase de los productos de tabaco deberá contener una clara y precisa advertencia de los daños, enfermedades o efectos que implica su consumo o exposición al humo del tabaco, y que, dicha advertencia deberá ser establecida por el Ministerio de Salud mediante decreto supremo.

Como se advierte, la ley fue publicada en el Diario Oficial hace 4 meses aproximadamente, y mientras no se publique la modificación del Decreto Supremo en cuestión, esta ley no entrará en vigor y sus normas, sanciones y demás medidas no se aplicarán. En esta línea, la regulación de los cigarrillos electrónicos es fundamental, ya que se trata de un mercado en fuerte crecimiento y sin regulación legal directa. La demora en la entrada en vigencia es un asunto de importancia al cual debe dársele celeridad.

Necesidad de la entrada en vigencia de la ley:

- Crecimiento en ventas que han experimentado estos productos, especialmente en jóvenes.
- Está comprobado que el llamado ‘vaping’ aumenta el riesgo de sufrir insuficiencia cardíaca¹. “Cada vez más estudios relacionan los cigarrillos electrónicos con efectos nocivos y descubren que podrían no ser tan seguros como se pensaba” avisa Yakubu Bene-Alhasan, del MedStar Health (Baltimore, Estados Unidos) y autor principal del estudio.
- Hoy en día es un mercado sin regulación, cada productor promueve lo que quiere, nadie comprueba que es cierto lo que se dice en la publicidad ni en los envases.
- SERNAC mediante informe² de noviembre de 2023, ha dado cuenta que:
 - 66% de las personas consume cigarrillos electrónicos para dejar fumar tabaco
 - Han existido 171 reclamos respecto a cigarrillos electrónicos, el 61% de ellos por problemas contractuales.
 - Existen disparidades en la información del etiquetado entre las diferentes marcas evaluadas.
 - Todos los productos analizados carecen de Registro Sanitario, incluyendo aquellos que declaran abiertamente contener nicotina.
 - Ninguna de las marcas cumple con el requisito de informar el “Registro Sanitario” y sólo un 21% con la obligación de “Recomendación para mantener el producto fuera del alcance de los niños”.
- No se ha demostrado la efectividad del uso de cigarrillos electrónicos para el tratamiento del tabaquismo. Tampoco se ha demostrado que no hagan daño a la salud.
- Recientemente Australia y zonas de España anunciaron la prohibición total de los vapeadores de un solo uso a partir del próximo año.
- Los cigarrillos electrónicos de ser considerados como productos medicinales deberían cumplir con los estándares de eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos.

Se debe tener presente, que la ley concede un plazo de 12 meses desde la publicación de la ley, plazo que aún está vigente y no se ha vencido, razón por la cual el Minsal aún se encuentre en pleno cumplimiento de la norma, es decir, no se ha retrasado en el cumplimiento del mandato legal.

En suma, el Minsal tiene un plazo de 8 meses para poder establecer las condiciones. Que son no venta a menores de edad, no hacer publicidad en horario hábil, prohibición de uso en lugares cerrados, entre otras materias.

¹ La insuficiencia cardíaca es una enfermedad en la que el corazón se vuelve demasiado rígido o débil para bombear la sangre, lo que suele provocar síntomas debilitantes y hospitalizaciones frecuentes, sobre todo, a medida que se envejece.

² Informe del Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC), titulado “Diagnóstico del mercado de cigarrillos electrónicos y vapeadores en Chile” (Noviembre 2023).

RECOMENDACIÓN

Se recomienda se acelere la modificación del Decreto Supremo aludido en el art. 6 de la Ley 19.419 modificada por la Ley 21.642. Al efecto, debe tenerse presente que la dictación del decreto es facultad exclusiva del Minsal y no puede ser dictado por otra entidad.

En suma, el Minsal tiene un plazo de 8 meses para poder establecer las condiciones. Que son no venta a menores de edad, no hacer publicidad en horario hábil, prohibición de uso en lugares cerrados, Los líquidos deben estar validados en el ISP y sobre todo capacidad fiscalizadora”.

I. Principales modificaciones introducidas por la Cámara de Diputadas y Diputados

A) Respecto a MCC y al FONASA

CAMBIO	COMENTARIO
Difiere la implementación de la CAEC en la MCC.	El cae constituye un beneficio para los pacientes con enfermedades catastróficas, por lo que el hecho de diferirlo sin duda implica un deterioro en su situación. Implica que las aseguradoras en la MCC no cubrirán este beneficio para enfermedades catastróficas, sino hasta tiempo después de implementada la MCC. Las alternativas son optar por excluirlo del PDL, lo cual sería aceptable, o bien, incluirlo pero con la prevención ya señalada.
Se incluyó la posibilidad de que la prima de MCC pudiera enterarse por los empleadores y que pueda existir descuentos en la prima por grupo familiar.	Esto facilita el pago de la prima. Sin embargo, sería ideal que se deje constancia del hecho de que se trata de un beneficio para los afiliados que hayan optado a la MCC, y que no puede acordarse esta modalidad su perjuicio o de alguna manera que los perjudique. Considero que la medida es un aporte, pero debe garantizarse que no se utilizará en perjuicio de los afiliados.
Se repuso el artículo, rechazado en el Senado, que aseguraba la continuidad de los tratamientos de las personas con CAEC activado.	De acuerdo.
Se rechazó el artículo segundo transitorio que permitía el trato directo para la primera contratación de la MCC.	Es una medida que retrasa la implementación de la MCC, pero que por otro lado busca garantizar la transparencia y que opte por la mejor opción al elegir las aseguradoras que participaran de la MCC. Considero que los puntos más relevantes y donde vale la pena poner el ojo son otros.

--	--

B) Respetto de la Superintendencia de Salud

CAMBIO	COMENTARIO
Tácitamente, se elimina el Consejo Consultivo de la Superintendencia de Salud. En principio, la Cámara modificó las características del Consejo, el cual pasó de ser un órgano permanente a un órgano provisorio con el único fin de asesorar a la autoridad en la aprobación del plan de pago y ajustes. Sin embargo, la Cámara rechazó íntegramente el artículo que regulaba el plan de pago y ajustes por lo que hoy carece de función alguna el Consejo en cuestión.	El consejo pierde su función y pierde sentido su creación si no tiene facultades ni un propósito. Las alternativas son eliminarlo o reponer lo que se rechazó en la Cámara. Convendría evaluar la necesidad de un Consejo Consultiva, ya que si las razones que fundamentan su creación no son de peso, es uno de los aspectos del PDL que se podría negociar y ceder.
Aumenta las inhabilidades de los consejeros; sin perjuicio que el Consejo ya no tiene función alguna.	De acuerdo
Rechazó el artículo quinto transitorio del proyecto, que regulaba el procedimiento para la primera designación de los consejeros; sin perjuicio que el Consejo ya no tiene cabida práctica en el último texto aprobado por la Cámara.	La designación debe hacerse de la forma más trasparente posible, evitando toda discrecionalidad. Por ello, lo ideal es que siempre se haga por Alta Dirección Pública. La idea de hacer la designación directamente por los ministerios tiene por objeto agilizar el proceso, pero también permite al gobierno mantener un control sobre quienes conforman el consejo y orientar la decisión e informes que emita.
Se aprobó mecanismo de verificación de la prima GES que definen las ISAPRE (análogo al que hoy existe respecto al ICESA).	De acuerdo.

C) Respetto a la aplicación de los fallos

CAMBIOS	COMENTARIOS
---------	-------------

<p>Se rechazó el artículo 2°, que facultaba a la Superintendencia de Salud a instruir a las ISAPRES a adecuar los planes de salud a la tabla única de factores. Como consecuencia quedó rechazada la posibilidad de considerar como piso el 7% de cotización obligatoria para efectos del cálculo de la deuda. Asimismo, quedan indeterminados los períodos que corresponde aplicar para el cálculo de la deuda.</p>	<p>Debe reponerse para la correcta y adecuada implementación de la sentencia de la Corte Suprema.</p>
<p>Se rechazó el artículo 3° íntegramente. Este artículo contemplaba, entre otras importantes materias: (i) la obligación de las ISAPRES de presentar un plan de pago y ajustes, que incluía una propuesta de reducción de costos de las ISAPRES; (ii) la posibilidad de una prima extraordinaria de equilibrio; y (iii) el plazo de 10 años para el pago de la deuda.</p>	<p>Es central, tanto para la implementación del fallo de la Corte Suprema, como para la estabilidad del sistema, por ende, debe reponerse.</p>
<p>A su vez, con el rechazo en Sala de este artículo, tampoco quedaron aprobadas las modificaciones que en las Comisiones de Salud y Hacienda se hicieron a este artículo 3°, como son: (i) el techo a la prima extraordinaria; (ii) un plazo menor para el pago de la deuda para mayores de 65 años; (iii) intereses moratorios en caso de incumplimiento del plan de pago.</p>	<p>Estas normas incorporadas en la Cámara constituyen un aporte valioso al proyecto. Deben reponerse.</p> <p>Es fundamental contar con un techo para la prima extraordinaria, a fin de garantizar que el ajuste de precios que se haga no sea indiscriminado y orientado a salvar a cualquier costo a las ISAPRES. No es posible que la deuda se traspasada en su totalidad a los afiliados.</p> <p>El pago priorizado a los adultos mayores según su edad es una medida del todo razonable y que busca que la deuda sea pagada en vida a los afiliados.</p> <p>Así como los bancos cobran a los deudores morosos un interés y hasta multas por retraso en pago de las cuotas, es razonable y justo que se impongan intereses a las ISAPRES. Al mismo tiempo, se genera un incentivo para que estas instituciones cumplan con el pago de la deuda. Las</p>

	<p>normas y reglas que no tienen aparejada una sanción tienen mayor probabilidades de ser eludidas. Un sanción de carácter económico para el retraso en el cumplimiento del plan de pago que las mismas ISAPRES presenten es del todo respaldable.</p>
<p>Se aprobó la indicación del Ejecutivo que permite el pago de la deuda mediante la emisión de bonos transables.</p>	<p>En una sociedad como la chilena donde hay poca educación financiera, el uso de productos financieros complejos y desconocidos para la población puede contribuir a generar condiciones de gran disparidad.</p> <p>Solo sería admisible si se consideran medidas para que no haya abuso de parte del emisor del bono¹ (la ISAPRE) por sobre el beneficiario del bono (afiliado).</p> <p>Asimismo, el plazo para el pago del bono debe ser acotado y jamás exceder los 10 años que se acordaron para el pago de la deuda. Su no pago debe tener aparejada una sanción firme.</p> <p>Un escenario que no puede verificarse es que la ISAPRE emita un bono a favor de la señora Juanita donde se establezca que parte de la deuda se pagará en 10 años. Más aún considerando que mucho afiliados no tienen los recursos para posteriormente perseguir el pago del bono si la ISAPRE emisora se retrasa en el pago o rehúsa pagarlo.</p>
<p>Se rechazó la prohibición de retiro de utilidades mientras la deuda no esté completamente pagada.</p>	<p>Se debe reponer. Resultaría insólito que las ISAPRES retiren utilidades para sus accionistas en circunstancias de que tienen pendiente una deuda de 1400 millones con</p>

¹ En este caso se hablo de bono como un certificado de deuda, el cual la ISAPRE entregaría al afiliado reconociendo una deuda con él. Así, el bono vendría ser un documento que establece que la ISAPRE debe una determinada cantidad de dinero al afiliado y que la pagará en un plazo específico.

	<p>afiliados, deuda reconocida por la justicia y los tribunales chilenos. Se debe priorizar el pago a los afiliados en lugar de generar espacios para que los accionistas de las ISAPRES retiren ganancias.</p>
--	---

DE: Camilo Aguilera

PARA: Ximena Órdenes

MINUTA ÚLTIMAS INDICACIONES ISAPRES

1. ICOSA EXTENDIDO HASTA 2027

Los planes de salud se determinan por el precio GES, precio base y la TUF. El ICOSA, que es un indicador anual, establece el techo hasta el cual las ISAPRES pueden subir los precios de sus planes.

El ICOSA aprobado en la Ley de Reajustes del Sector Público establece reglas para el cálculo de este índice de costos. Las reglas relacionadas con la determinación del precio son las siguientes:

1. La Superintendencia de Salud determinará el valor anual del indicador excluyendo algunos elementos que normalmente están incluidos en el cálculo y que constituyen en mecanismo de contención de costos relacionados al FONASA. Los elementos son:
 - a. el costo de las nuevas prestaciones.
 - b. la variación de frecuencia de uso de las prestaciones que se realicen en la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud.
2. Las ISAPRES podrán incorporar un valor en UF a fin de financiar en parte las prestaciones de salud de las cargas nonatas o menores de dos años de edad que no estén cubiertas a través del régimen de garantías explícitas en salud.
Este valor podrá aplicarse una sola vez y de forma extraordinaria.
Además, se aplicará por cada afiliado mayor de 2 años y menor de 65.

Se ha propuesto la extensión de la aplicación de estas reglas por 3 años o hasta que se modifique la normativa que regula la determinación del precio base.

Si bien es una medida que no se relaciona directamente con el fallo de la Corte Suprema, la exclusión de estos elementos incide en el ICOSA haciendo que sea mayor y permitiendo un mayor ajuste de los precios en los planes de salud, lo que repercute en el bolsillo de los afiliados.

El ICOSA del año 2022 fue de 7,6%. Se calculó incluyendo los elementos que hoy se excluyen.

El ICOSA del año 2023 fue de 2,6%. Se calculó incluyendo los elementos que hoy se excluyen.

El ICOSA del año 2024 fue de un 7,4%. Se calculó excluyendo los elementos mencionados.

La medida, por otro lado, contribuye a dar mayores ingresos a las ISAPRES para compensar la reducción de ingresos y el aumento de pasivo que han tenido producto de la implementación del fallo de la Corte Suprema.

2. PLAZO DE LA DEUDA

El fallo dictado por la Corte Suprema comienza a regir el 12 de mayo de 2024 y, por ende, desde aquella fecha puede solicitarse su cumplimiento a través de los mecanismos procesales que la ley establece.

El PDL corta, entre las muchas medidas que establece para la viabilidad del fallo, concede un plazo a las ISAPRES para el pago de la deuda, que quedó fijado en 13 años. En un principio, se habló de un plazo de 10 años, pero fue extendido mediante negociaciones y acuerdos entre el Ejecutivo y el Legislativo en el marco de la Comisión Mixta.

Un plazo más extenso, por un lado, contribuye a la distribución de la deuda en el tiempo, favoreciendo la estabilidad financiera de las ISAPRES, sin traspasar el costo a los afiliados mediante alzas de precios de los planes de salud.

La desventaja que trae aparejada esta medida es que el plazo de 13 años es extenso y durante ese lapso de tiempo puede haber cambios en la regulación y también en el escenario financiero y sanitario en general. Esta dilación en el pago de la deuda genera incertidumbre en los afiliados en cuanto al pago y cobro de los montos que se adeudan.

Normalmente, una deuda de esta magnitud (1500 millones de dólares) implicaría mayores exigencias desde el punto de vista de los indicadores de liquidez y patrimonio. La ley corta hace una excepción y expresamente excluye esta deuda para la determinación de estos indicadores, lo cual es una buena noticia para las ISAPRES en cuanto a la fiscalización de la SIS y el cumplimiento de estos indicadores. Sin embargo, no es una buena noticia para los afiliados y prestadores de servicios de salud, especialmente junto con el aumento de plazo del pago de la deuda, ya que el pago de la deuda se aleja en el tiempo y no hay mayores garantías para el pago.