

Comisión Técnica Asesora para la Comisión de
Salud del Senado en el marco de la discusión del
boletín 15896-11

INFORME FINAL

10 10 2023

Contenido

Integrantes de la Comisión Técnica	5
Agradecimientos	6
I. INTRODUCCIÓN	7
1. Antecedentes	7
2. Mandato	9
3. Acuerdos metodológicos	10
4. Productos esperados.....	11
II. SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL DEL SUBSISTEMA ISAPRE	12
III. IMPACTO EN EL PASIVO DE LOS FALLOS POR TABLA DE FACTORES: ANALISIS Y PROPUESTAS	16
IV. IMPACTO PROSPECTIVO DE LOS FALLOS POR TABLA DE FACTORES Y PRIMA GES: ANÁLISIS Y PROPUESTAS.....	29
1. Contexto.....	29
2. Escenario Base (sin medidas de equilibrio financiero).....	30
3. Consideraciones estructurales respecto a las medidas propuestas.....	33
4. Escenarios con medidas de mitigación para resguardar el financiamiento de beneficios	35
V. MEDIDAS DE CONTENCIÓN DE COSTOS	57
1. Medidas de control del gasto en prestaciones.....	57
2. Medidas de control del gasto Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL).....	58
3. Medidas de reducción del gasto en administración y ventas (GAV).....	59
VI. FORTALECIMIENTO DE LA INSTITUCIONALIDAD	62
VII. NECESIDAD Y URGENCIA DE UNA REFORMA ESTRUCTURAL.....	66
VIII. CONSIDERACIONES FINALES	67
IX. ANEXOS.....	70
A1. Metodología de la Superintendencia de Salud para las estimaciones de este informe	70
A2. Nota Técnica de Aplicación Metodológica	85
A3. Modificaciones al ICSA	87
A4. Nuevo mecanismo de regulación de alzas de prima GES en un marco de seguridad social.....	93
A5. Antecedentes sobre el Fortalecimiento institucional para regulación de reajuste de precios base en Isapres y determinación de la prima GES.....	97

Integrantes de la Comisión Técnica

Coordinadores:

Dr. Cristóbal Cuadrado N.

Dr. Emilio Santelices C.

Dr. Manuel Nájera D.

Comisionados:

Camilo Aguilera

Gonzalo Arriagada

Matías Avendaño

Paula Benavides

Álvaro Clarke

Pablo Eguiguren

Teresita Fabres

Rocio Olivares

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

Marcela del Canto, Superintendencia de Salud

Agradecimientos

Deseamos agradecer a cada uno de los miembros de esta Comisión, que participaron como comisionados o en calidad de colaboradores técnicos permanentes, por su dedicación, compromiso y lealtad hacia el mandato que recibimos para contribuir con la Comisión de Salud del Senado, a desarrollar de manera ilustrada y responsable una ley que surge ante la necesidad resolver la crisis que afecta a las Isapres, que de no ser resuelto de manera oportuna y efectiva, podría afectar al sistema de salud, en su conjunto y como consecuencia de ello a miles de chilenos y chilenas. Agradecer también la confianza depositada por los Senadores Juan Luis Castro, Francisco Chahuán, Juan Ignacio Latorre, Sergio Gahona y a la Senadora Ximena Órdenes por la confianza depositada en nuestro trabajo.

También deseamos agradecer a las instituciones de la cual proviene cada una de las personas que hicieron posible este estudio. A la Superintendencia de Salud y particularmente al área de estudios entre ellos Marcela del Canto y Natalia Castillo por su aporte permanente para contribuir con sus análisis cuantitativos. Al Ministerio de Salud y a sus miembros asesores Dr. Manuel Nájera, Consuelo Espinosa y Manuel Pérez por su contribución permanente para esclarecer aspectos normativos, jurídicos y regulatorios. Al centro de estudios Espacio Público y particularmente a su Directora Paula Benavides por su aporte desde las ciencias económicas, al Profesor Álvaro Clarke por sus aportes en materias también ligadas a las ciencias económicas y actuariales, al Instituto Libertad y desarrollo y especialmente a su Investigador Pablo Eguiguren por su incansable dedicación y aportes permanentes para lograr los objetivos, a la Fundación Rumbo Colectivo, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, particularmente por la participación del Dr. Cristóbal Cuadrado y su constante contribución desde la mirada de la Salud Pública, al Centro de Políticas Públicas e Innovación de la Universidad del Desarrollo por las contribuciones realizadas por uno de sus miembros el Dr. Emilio Santelices, a la Fundación Jaime Guzmán y particularmente a Teresita Santa Cruz, a Camilo Aguilera, Rocío Donoso y Teresita Fabres del Senado, a Alejandro Puente y Gonzalo Arriaza representantes del Ministerio de Hacienda y a los representantes de las Aseguradoras Gonzalo Arriagada y Matías Avendaño.

Nuestros agradecimiento no tan solo son por el esfuerzo desplegado sino también por el espíritu con el que abordaron cada uno de los debates, anteponiendo siempre el ánimo de alcanzar acuerdos, más allá de jugar roles distintos, no obstante siempre anteponiendo el interés superior que los movió en cada momento para formar parte de las soluciones que en definitiva se pudieran transformar en soluciones para miles de chilenos que hoy los inunda la incertidumbre, frente a la crisis financiera por la que atraviesa el subsistema asegurador privado.

I. INTRODUCCIÓN

La Comisión de Salud del Senado, a través de su Presidente el Dr. Juan Luis Castro, convocó a una Comisión Técnica para asesorar a los Senadores y Senadoras en el marco de la discusión del proyecto de ley que “Modifica el decreto con fuerza de ley N.º 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N.º 2.763, de 1979, y de las leyes N.º 18.933 y N.º 18.469, en materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el FONASA, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsual” (boletín N.º 15896-11). Su sesión de conformación se realizó el lunes 3 de julio de 2023 en sede del Ex Congreso Nacional y sesionó hasta el 10 de octubre de 2023, fecha en que hizo entrega oficial de su informe final a la Comisión de Salud del Senado.

Esta Comisión Técnica estuvo conformada por representantes de cada uno de los Senadores de la Comisión de Salud del Senado (5) y representantes de instituciones de reconocida trayectoria en el ámbito de las políticas públicas definidas por acuerdo de los Senadores, a saber: un (1) representante de Espacio Público y un académico de la Facultad de Economía de la Universidad de Chile. Por otra parte, miembros del Ejecutivo, particularmente del Ministerio de Salud, Ministerio de Hacienda y de la Superintendencia de Salud participan en la comisión en calidad de colaboradores técnicos. También participa bajo un rol colaborador de la comisión dos representantes del sector privado asegurador de salud, en concreto de la Asociación de Isapres.

La Comisión estuvo dirigida por 3 coordinadores, el Dr. Cristóbal Cuadrado, el Dr. Emilio Santelices y el Dr. Manuel Nájera, representante del Ministerio de Salud, y contó con el apoyo técnico y recursos del Senado y de la Superintendencia de Salud para el desarrollo de documentos de cálculos.

1. Antecedentes

El contexto de la discusión está marcado por más de una década de crisis del actual subsistema Isapre. Crisis que se explica, en parte, por la incapacidad del país de adaptar el modelo de seguros privados de salud a un modelo de seguridad social, lo que ha llevado a una creciente incertidumbre jurídica y problemas financieros.

Desde el punto de vista jurídico, las modificaciones a la regulación sobre la tabla de factores introducidas por el Tribunal Constitucional en el año 2010 fueron el punto de partida de un proceso creciente de judicialización. El 6 de agosto de 2010, en causa Rol N°1710-2010, el H. Tribunal Constitucional declaró la inconstitucionalidad y derogó ciertas normas relacionadas a la tabla de factores. En particular, los numerales 1, 2, 3 y 4, del inciso tercero del artículo 38 ter de la ley N°18.933 (actualmente, artículo 199 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud). Esta fue la primera señal de que el modelo de Isapre debía experimentar cambios pasando de una lógica de seguros privados a ser parte de la seguridad social.

Tal como lo señala el mensaje del proyecto de ley boletín 15896-11, luego de la decisión del Tribunal se produjo un crecimiento exponencial de la judicialización en materia de planes de salud. Así, por ejemplo, en el mensaje se señala que en el año 2015 los recursos de protección en contra de las ISAPRES superaban los 50 mil ingresos, y en 2019 la cifra había alcanzado los 100 mil ingresos por año.

Esta situación no ha podido ser resuelta por la política pública pese a cambios regulatorios relevantes, tales como la dictación de la Circular N°343 (11-12-2019) de la Superintendencia de Salud que generó una tabla única de factores de riesgo; o la promulgación de la ley N°21.350 (2021) que al regular la reajustabilidad de los planes de las ISAPRE sujetó las alzas de los precios base de los planes complementarios a un Indicador de Costos de la Salud (ICSA). A lo anterior, se suman también propuestas de diversas Comisiones Asesoras (Comisión Presidencial de Salud, 2010; Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuestas de un nuevo modelo y marco jurídico para el sistema privado de salud, 2014; Comisión de Expertos para las reformas de Isapres y Fonasa, 2021) y varios intentos legislativos¹ – que a la fecha no han prosperado - para modificar tanto el sector público como privado de salud.

Por otro lado, en materia de certeza jurídica, la Excelentísima Corte Suprema definió una interpretación de la regulación sobre tabla de factores, por la vía de definir criterios generales en la materia. Sin embargo, también la Excma. Corte instruyó a la Superintendencia de Salud a que, en ejercicio de sus facultades, determine el modo de hacer efectiva la adecuación del

¹ Entre los que se encuentran el proyecto de ley que “Modifica el Sistema Privado de Salud, incorporando un plan garantizado” (Boletín N° 8.105-11), el proyecto de ley que “Reforma el Fondo Nacional de Salud y crea un plan de salud universal” (Boletín N° 13.863-11), y el proyecto de ley que “Crea el Seguro de Salud Catastrófico a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de libre elección de FONASA” (Boletín N° 12.662-11)

precio final de todos los contratos de salud administrados por las ISAPRE a los términos de la Tabla Única de Factores definida por el ente regulador. Asimismo, le ordenó al ente regulador disponer las medidas administrativas para que, en el evento que, de la aplicación de la Tabla Única de Factores de la Superintendencia, se determine un precio final del contrato inferior al cobrado y percibido por las ISAPRE, las cantidades recibidas en exceso sean restituidas como excedentes de cotizaciones a las personas afiliadas.

En consecuencia, no existe total certeza respecto a la forma en que habrá de implementarse la reciente jurisprudencia, en especial la relativa a la adecuación de la tabla de factores, cuestión última que la Excma. Corte Suprema ordenó a la Superintendencia de Salud definir.

Desde el punto de vista financiero, en el capítulo 2 de este informe se profundiza en el análisis de los problemas económicos que experimenta el subsistema de ISAPRE y posteriormente se abordan los desequilibrios adicionales que podrían verificarse en el contexto de la implementación de los fallos de la Excma. Corte Suprema.

En este marco, el Ejecutivo, conociendo de los fallos de tablas de factores y previendo las eventuales consecuencias de fallos por GES, presentó al Congreso Nacional, el pasado mes de junio, un proyecto de ley (boletín N.º 15896-11).

Por su parte, la Comisión de Salud del Senado ha llevado a cabo un proceso de escucha y amplia discusión, en la que se enmarca la convocatoria de la presente Comisión Técnica. Así, los Senadores que convocan a esta comisión han manifestado su acuerdo sobre la necesidad de identificar mecanismos que permitan: a) dar certeza jurídica al cumplimiento fiel a los fallos de la Corte Suprema; b) proteger a las personas y garantizar sus derechos constitucionales a la protección de salud; c) resguardar el equilibrio financiero del sistema previsional privado, que impida su colapso y consecuentemente el del sistema prestador privado y sus negativas consecuencias sobre los beneficiarios del sistema privado y público de salud.

2. Mandato

El mandato de la Comisión Técnica es 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. En particular, se requieren propuestas que otorguen certeza jurídica respecto a la forma de implementar la

adecuación de las tablas de factores y reducción de las primas GES ordenada por la Corte Suprema; y también propuestas que apunten a la sostenibilidad financiera del sistema, cautelando siempre que la reciente jurisprudencia de nuestros más altos tribunales se cumpla. Todo esto, sin olvidar que el fin último es resguardar la protección de salud de las personas, en el marco de la tramitación de la ley corta (boletín 15896-11) presentada por el Ejecutivo.

Para este mandato, la Comisión revisó los estudios y propuestas de política pública relevantes que han sido presentados en la Comisión de Salud, así como otros sugeridos por sus integrantes y análisis adicionales solicitados a la Superintendencia para efectos de la deliberación de la Comisión.

3. Acuerdos metodológicos

En su primera sesión, la Comisión definió los contenidos a discutir sobre la base del mandato y plazos comprometidos. Una primera definición, de acuerdo al mandato, fue referirse exclusivamente a la componente de la ley corta vinculada a Isapres. Se tiene en consideración para esta determinación la urgencia que reviste el esclarecimiento de la situación de la industria aseguradora, a objeto de entregar certezas a la ciudadanía, y las características propias que reviste la discusión del otro componente de la ley corta relacionado con fortalecimiento del Fonasa, que requeriría una conformación de otros actores no incorporados en la estructura de esta Comisión.

De esta forma los elementos de la ley corta asociados a Isapre que la Comisión analizó son:

1. Certeza jurídica en la implementación de la adecuación de las tablas de factores a los planes de salud, cambios en los cobros de menores de dos años y la reducción de las primas GES ordenada por la Corte Suprema.
2. Sostenibilidad financiera del subsistema privado de salud; equilibrio entre ingresos y gastos.
3. Mecanismos de contención de costos para la sostenibilidad financiera e incrementar la eficiencia del sistema.
4. Fortalecimiento de la institucionalidad referidos a la regulación de las alzas del sistema, tanto en su componente de precio base (ICSA) como prima GES, contención de costos y otras materias regulatorias.

Asimismo, dado que la Comisión reconoce la existencia de desafíos urgentes de nuestro sistema de salud que requieren cambios más estructurales de los que son posibles de abordar

en el marco de la Ley Corta, se incorpora una sección final en la que se plantean elementos que, a juicio de la Comisión, deben ser considerados en una necesaria discusión de reforma en el cortísimo plazo.

4. Productos esperados

Informe final con diagnóstico, propuestas alternativas con sus ventajas y desventajas técnicas y, en lo que corresponda, acuerdos y desacuerdos para cada uno de los temas tratados. Se espera poder acotar los elementos de discusión y avanzar en la mayor cantidad de áreas donde existan acuerdos para apoyar técnicamente la deliberación del Senado en su rol de legislador.

En el marco de este trabajo la Comisión acordó analizar los impactos financieros que provoca la reciente jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema, tanto sobre adecuación de tabla de factores, cobros de menores de 2 años y sobre prima GES afectan el flujo financiero del sistema, ya sea modificando los ingresos, ya sea imponiendo costos (pasivos). Lo anterior es esencial para poder realizar propuestas que permitan resguardar la estabilidad del sistema de salud y proponer cambios regulatorios acordes a generar un nuevo equilibrio del sistema, dando certeza sobre la forma en que se implementará la jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema.

En este sentido, las propuestas de sostenibilidad financiera que esta Comisión presentará están estrechamente vinculadas al modo en que técnicamente esta Comisión entiende debe ser implementada la jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema; al punto que la efectividad de las primeras dependerá de que concurran las segundas.

Por lo mismo, entendiendo que es un principio fundamental del mandato que se ha dado a esta comisión el respeto a los fallos del poder judicial, las formas o modos en que asumimos ha de cumplirse la jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema se presentarán en este informe como propuestas que contribuyan a dar certeza jurídica al cumplimiento de las sentencias en cuestión.

II. SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL DEL SUBSISTEMA ISAPRE²

El subsistema asegurador privado presenta problemas estructurales y de sostenibilidad, relacionados con diferentes factores, entre ellos: selección por ingresos y por riesgos, competencia imperfecta y gran número de planes de salud, cautividad por pre-existencias y débiles incentivos a la contención de costos en la relación asegurador-prestador. A su vez, en los últimos años se ha observado un deterioro en la situación financiera del sistema Isapre, que tiene su origen en factores tales como: limitación a la posibilidad de reajustar precios, alza en los costos operacionales, alza de gastos por subsidio de incapacidad laboral (licencias médicas) y altos gastos de administración y ventas. Algunos de estos últimos factores se derivan de los efectos de la pandemia. A todo lo anterior, recientemente se agrega el impacto de los fallos de la Excma. Corte Suprema.

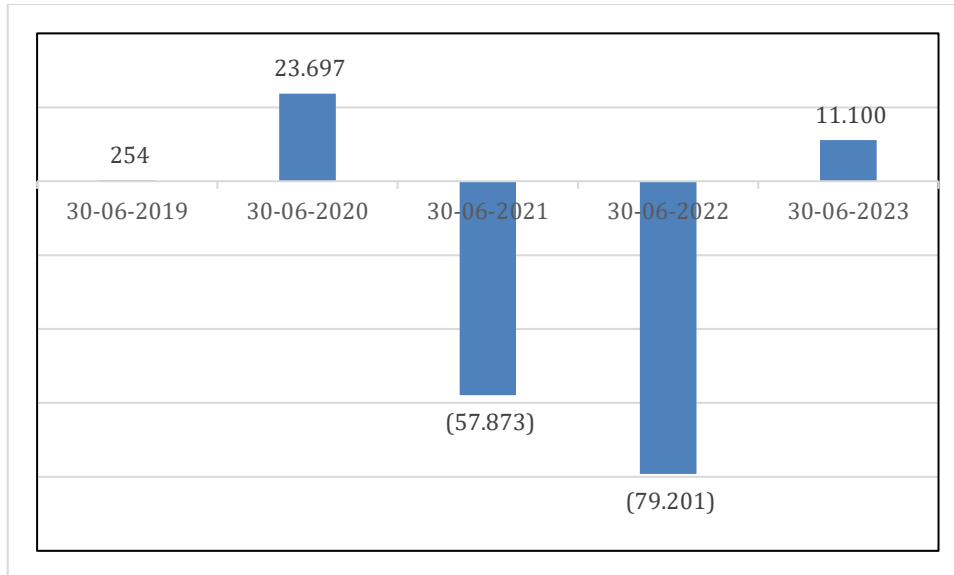
En el año 2021 las Isapres abiertas registraron pérdidas por 192.906 millones de pesos. En 2022, las pérdidas acumuladas fueron de 141.017 millones de pesos³. Estas cifras superan al total de utilidades acumuladas en el periodo 2014 – 2020 (en pesos comparables), pero ninguna de ellas considera los efectos de los fallos judiciales de noviembre de 2022 y agosto de 2023.

Para 2023, las cifras disponibles al primer semestre muestran utilidades por 11.100 millones de pesos para las Isapres abiertas en su conjunto, que revierten la tendencia de pérdidas en el mismo periodo para los dos años anteriores (ver gráfico N°1).

Gráfico N°1: Evolución ganancias (pérdidas) Isapres abiertas primer semestre de cada año (en millones de pesos de junio 2023)

² En los análisis incluidos en esta sección, salvo que se indique lo contrario, se excluye a las Isapres cerradas y a la Isapre abierta Esencial por no contar con datos suficientes para hacer estimaciones debido a su reciente ingreso al sistema.

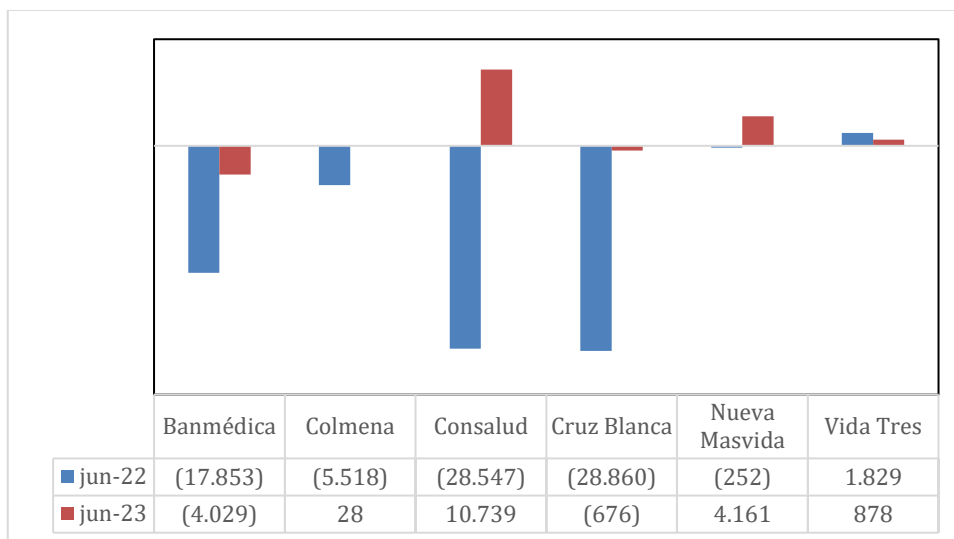
³ Ambas cifras en pesos a junio de 2023.



Fuente: Superintendencia de Salud

Los resultados por Isapre han mejorado en el periodo enero - junio 2023 respecto a igual periodo del año anterior (ver gráfico N°2).

Gráfico N° 2: Ganancias (Pérdidas) por Isapre al primer semestre de 2022 y 2023 (en millones de pesos de junio de 2023)



Fuente: Superintendencia de Salud

Sin perjuicio de la información financiera disponible a junio 2023, que muestra un mejoramiento en los resultados de las Isapres abiertas en comparación a los años previos, el equilibrio alcanzado es una condición aún precaria y que se deteriorará en el contexto de la implementación de los fallos, como se verá más adelante.

Por otro lado, superados los efectos que significó la pandemia del Covid-19 en las Isapres, se espera volver a una composición de los gastos más cercana al régimen con costos por prestaciones de salud en torno al 76% de los costos operacionales totales y costos por licencias médicas cercanos al 22%. Lo anterior, ya se refleja en los números (ver tabla N°1).

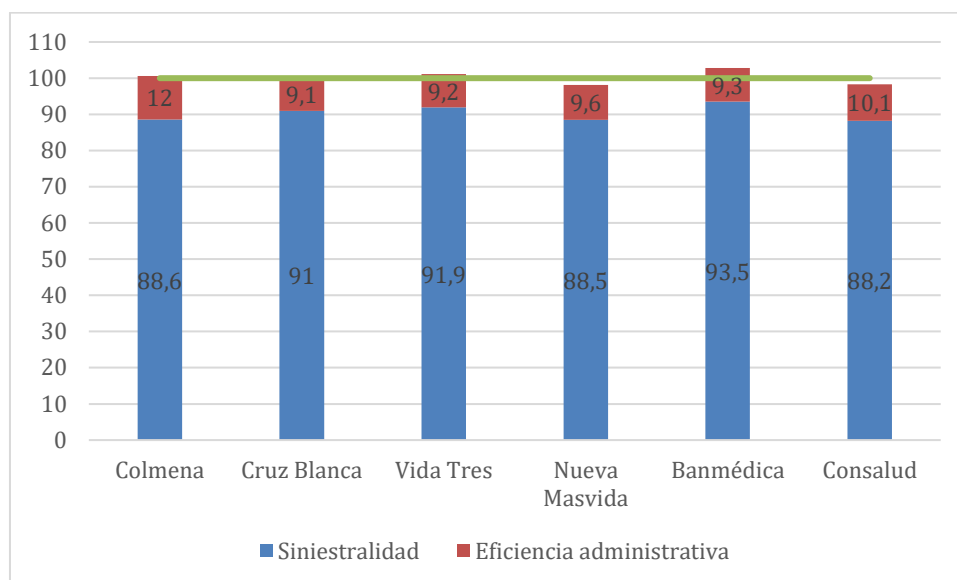
Tabla N° 1: Evolución de la composición de los costos operacionales al primer semestre de cada año

Nombre cuenta	Al 31/12/2022						
	Colmena	Cruz Blanca	Vida Tres	Nueva Masvida	Banmédica	Consalud	Total abiertas
Costo prestaciones	560.729.050	529.416.119	177.343.246	180.861.617	561.211.257	455.624.636	2.465.185.925
Costo SIL	210.160.605	200.634.592	31.097.140	94.232.302	208.090.562	214.314.106	958.529.307
GAV	90.280.046	76.051.217	19.483.806	39.477.170	65.889.392	79.129.968	370.311.599
Otros gastos, por función	8.890.101	1.884.998	206.202	1.222.878	120.738	1.064.629	13.389.546
Otros costos financieros	265.736	2.416.479	528.744	1.471.712	2.526.863	3.445.428	10.654.962
Total costos	870.325.538	810.403.405	228.659.138	317.265.679	837.838.812	753.578.767	3.818.071.339
Total ingresos	822.016.614	749.343.858	212.462.567	310.472.538	758.780.661	703.674.411	3.556.750.649
Costo prestaciones /Total costos	64,4%	65,3%	77,6%	57,0%	67,0%	60,5%	64,6%
Costo SIL / Total costos	24,1%	24,8%	13,6%	29,7%	24,8%	28,4%	25,1%
GAV/Total Costos	10,4%	9,4%	8,5%	12,4%	7,9%	10,5%	9,7%
GAV/Total ingresos	11,0%	10,1%	9,2%	12,7%	8,7%	11,2%	10,4%

Fuente: Superintendencia de Salud

Sin embargo, esa mayor normalidad sigue significando un sistema en desequilibrio operacional (ingresos menores a costos para 4 de las 6 ISAPRES abiertas analizadas, ver gráfico N° 3). Durante el primer semestre de 2023, los costos operacionales y los gastos de administración y ventas representaron 100,4% de los ingresos operacionales; indicador menor en 7,5 puntos porcentuales que el observado en junio 2022 (107,9%).

Gráfico N°3: Indicadores de gestión operacional Semestre 1 2023



Fuente: Superintendencia de Salud

*Nota: Siniestralidad: índice que considera costos en prestaciones en salud (prestaciones + subsidio de incapacidad laboral) sobre el ingreso de actividades ordinarias. Eficiencia administrativa: índice que considera los gastos en administración y ventas sobre ingresos por actividades ordinarias.

Las Isapres, por otro lado, deben cumplir una serie de estándares legales de liquidez, patrimonio y garantía que son fiscalizados por la Superintendencia de Salud. La ley consigna que las Isapres deberán mantener un patrimonio igual o superior a 0,3 veces sus deudas totales y en el caso del indicador de liquidez éste no puede ser inferior a 0,8 veces la relación entre el activo circulante y el pasivo circulante. En cuanto al Indicador de garantía, la norma señala que las Isapres mantendrán, en las entidades autorizadas por ley para realizar el depósito y custodia de valores, una garantía equivalente al 100% del monto de las obligaciones con beneficiarios y prestadores de salud.

Si bien las últimas cifras reflejan su cumplimiento por parte de las Isapres, todos los indicadores reflejan un margen estrecho. Esto sin considerar aún el impacto de los recientes fallos de la Corte Suprema en los resultados financieros del sistema. En el caso del indicador de liquidez (0,8 veces), las Isapres abiertas cumplieron, al 30 de junio de 2023, pero este indicador refleja una estrecha capacidad de las entidades para poder responder a sus compromisos de corto plazo (ver tabla N°2, columna A). Asimismo, las Isapres abiertas cumplieron, al 30 de junio de 2023, con el estándar legal de patrimonio (0,3 veces), sin embargo, se observa que Banmédica se mantiene al límite del cumplimiento del indicador en los dos últimos periodos (tabla N°2, columna B). Finalmente, respecto al indicador de garantía, las Isapres abiertas cumplieron, al 21 de agosto de 2023, con la constitución de la

garantía mínima exigida, al cubrir las obligaciones con beneficiarios y prestadores de salud (M\$676.010.043) con una garantía de M\$692.502.559.

Tabla N°2: Indicadores de liquidez y patrimonio de las Isapres abiertas a junio de 2022 y 2023

Isapre	A		B	
	Indicador activo corriente/pasivo corriente		Indicador patrimonio/deuda	
	junio 2022	junio 2023	junio 2022	junio 2023
Colmena	0,8	0,9	0,8	0,6
Cruz Blanca	0,9	0,9	0,5	0,5
Vida Tres	1,5	1,2	0,6	0,4
Nueva Masvida	0,8	0,8	0,4	0,5
Banmédica	0,8	0,8	0,3	0,3
Consalud	0,8	0,9	0,6	0,7
Indicador mínimo en régimen	0,8		0,3	

Fuente: Superintendencia de Salud

En resumen, los fallos de la Excm. Corte Suprema se aplicarán sobre una ya precaria situación del subsistema Isapre, existiendo un claro riesgo de insolvencia para la mayoría de las Isapres abiertas. Por tanto, para asegurar el cumplimiento de los fallos de la Excm. Corte Suprema es esencial proponer medidas que eviten una quiebra sistémica de la industria que tenga graves consecuencias sobre la población beneficiaria, los prestadores privados y el sistema público de salud.

III. IMPACTO EN EL PASIVO DE LOS FALLOS POR TABLA DE FACTORES: ANALISIS Y PROPUESTAS

4.1 PREVENCIONES

Como bien resume el mensaje del Boletín 15896-11, a fines del año 2022 y a través de varios fallos relacionados (v.gr. sentencias de 30 de noviembre de 2022, Roles N°14.513-2022 y N°16.630-2022; sentencias de 13 de diciembre de 2022, en Roles, N°13.981- 2022, N°12.150-2022; N°91.300-2022; Rol N°16.497-2022), la Excm. Corte Suprema estableció una nueva jurisprudencia respecto a la denominada tabla de factores que usan las Isapres para determinar el precio final de los contratos previsionales de salud.

En particular, el máximo tribunal resolvió dejar sin efecto toda tabla de factores empleada por las Isapres en sus planes de salud, que sea distinta de la Tabla Única de Factores definida por la Superintendencia de Salud, en el año 2019.⁴

Para implementar su decisión, la Excma. Corte Suprema instruyó a la Superintendencia de Salud a que, en ejercicio de sus facultades, determine el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud administrados por las Isapres a los términos de la referida Tabla Única de Factores. Asimismo, le ordenó a la Superintendencia disponer las medidas administrativas para que, en el evento que, de la aplicación de la Tabla Única, se determine un precio final del contrato inferior al cobrado y percibido por las Isapres, las cantidades recibidas en exceso sean restituidas como excedentes de cotizaciones a las personas afiliadas.

Esta nueva jurisprudencia supone, al menos, tres importantes desafíos, para el trabajo de esta comisión. Desafíos que si bien son independientes están íntimamente relacionados - como se advirtió en el acápite “Productos Esperados”. Por un lado, está el desafío de evaluar el pasivo que la adecuación de los planes de salud genera en el subsistema privado de salud cuya sostenibilidad financiera estaba en duda incluso antes de la nueva jurisprudencia. Por otro lado, está el desafío de evaluar el impacto en los ingresos futuros que la misma adecuación tiene para el subsistema privado de salud. Sin embargo, esas tareas difícilmente pueden llevarse a cabo si no existe certeza jurídica respecto a cómo se adecuan los planes de salud; en particular, cuál es el precio final que resulta de la adecuación y cuáles serían las cantidades que cabría restituir a los beneficiarios del subsistema privado.

En consecuencia, tal como anticipamos previamente, la evaluación del impacto financiero que supone la nueva jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema en materia de tabla de factores -antecedente indispensable para hacer proyecciones del subsistema privado de salud que luego nos permita evaluar su sostenibilidad- es insoluble del modo o la forma en que ha de implementarse dicha jurisprudencia; cuestión última sobre la cual no hay certeza jurídica.

Es por ello que la forma de implementar la jurisprudencia sobre tabla de factores que se asumirá en este acápite ha de ser entendida como un aporte a la certeza jurídica. Y, para dar mayor certeza regulatoria al sistema, recomendamos que esta forma de implementar la jurisprudencia en cuestión sea algo que expresamente recoja el proyecto de ley corta en discusión.

⁴ Contendida en la Circular N°343, de 11 de diciembre de 2019, que entró en vigencia en abril de 2020.

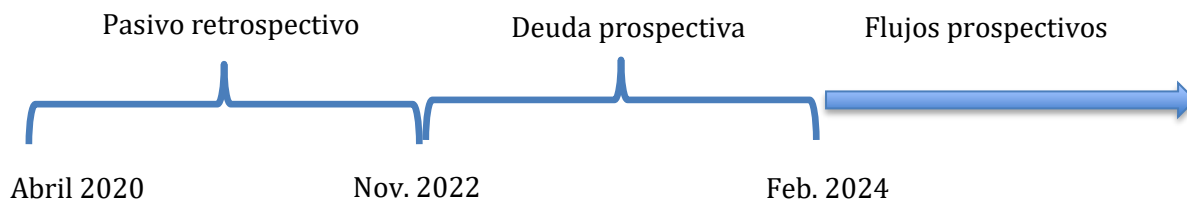
4.2 DEFINICIÓN OPERATIVA

Se entiende por impacto en el pasivo los elementos de deuda a favor de los afiliados producto de los fallos. Este pasivo puede dividirse, con propósitos meramente esquemáticos, en dos períodos.

Un primer período (denominado efectos *retrospectivos*), va desde abril de 2020 (mes en que entró en vigencia la Circular N°343 de diciembre de 2019)⁵ a noviembre de 2022 (mes en que se dictaron las primeras sentencias referidas a adecuación de tablas de factores). Durante este período, el pasivo estaría provocado únicamente por la adecuación de los planes de salud a la tabla única de factores definida por la Superintendencia de Salud.

Un segundo período (denominado deuda *prospectiva*), va desde el mes de diciembre de 2022, mes siguiente a la dictación de las primeras sentencias referidas a adecuación de tablas de factores, hasta la implementación efectiva de esa jurisprudencia. Esta es una fecha que solo puede ser conocida una vez que la tramitación legislativa y los actos administrativos requeridos hayan sido ejecutados. No obstante, es razonable considerar febrero 2024 como fecha referencial para los análisis de esta Comisión⁶. En este segundo período, el pasivo se genera no solo por efecto de la adecuación de la tabla única de factores sino también por la prohibición de cobro más allá de la prima GES por cargas a menores de dos años, dispuesta por la Excm. Corte Suprema en la misma jurisprudencia.

Figura 1: Definiciones Operativas



⁵ En base a lo dispuesto por la Excm. Corte Suprema en el número 2 de lo resolutivo de su sentencia aclaratoria, de fecha 26 de enero de 2023, dictada en causa Rol N°16.630-2022.

⁶ La Comisión realizó sus análisis tomando febrero de 2024 como referencia dado que, inicialmente, el plazo otorgado para el cumplimiento del fallo se extendía hasta el 30 de noviembre de 2023 y a que a esa fecha se le agregaron tres meses asumiendo un período aproximado para la dictación e implementación de los actos administrativos que la Superintendencia de Salud habrá de dictar para cumplir con la jurisprudencia. Cabe recordar que, en octubre de 2023, la Corte Suprema amplió el plazo para el cumplimiento del fallo hasta a mayo de 2024.

4.3 MAGNITUD DEL PASIVO RETROSPECTIVO

Para evaluar la sostenibilidad del sistema de salud en el tiempo, en particular de su subsistema privado, y la necesidad de iniciativas que apunten a su estabilidad resulta indispensable poder hacer una proyección de su situación actual. Dicha proyección, se ve afectada sustancialmente por la aplicación de la jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema. Básicamente, porque la implementación de dicha jurisprudencia afecta los ingresos del sector tanto por plan complementario (tabla de factores) como por prima GES. Asimismo, afecta los costos del sistema pues impone un pasivo por determinar a las Isapres.

Solo una vez estimado el nuevo precio final en que quedan los planes de salud será posible (a) hacer una proyección de los ingresos del sistema; (b) estimar el pasivo que por concepto de devoluciones afectará al sistema; (c) evaluar la sostenibilidad financiera conforme a la proyección; (d) evaluar la eventual necesidad de implementar medidas en pos de su estabilidad, y (e) proponer medidas en ese sentido.

Sabemos que la nueva jurisprudencia cambia los precios finales toda vez que, en síntesis, la Excma. Corte Suprema ordenó:

- a) Dejar sin efecto las tablas de factores de precio asociadas a los planes de salud cuando esta es distinta a la tabla única de factores definida por la Superintendencia de Salud en su Circular N°343, de 2019.
- b) Calcular el precio final de todos los contratos de salud que administren las Isapres afectos a la medida anterior, multiplicando el valor del plan base correspondiente por la suma de los factores del grupo familiar aplicando para ello la tabla única definida por la Superintendencia de Salud.

Este procedimiento o adecuación de precios ordenado por la Excma. Corte Suprema produce dos significativos impactos al sistema de salud. Por un lado, y como resulta evidente, produce un nuevo precio final para los planes de salud, lo que repercute en los ingresos del sistema. Por otro, produce una deuda o pasivo para las Isapres, toda vez que la Excma. Corte Suprema también resolvió que en el evento de que la aplicación de la Tabla Única de Factores determine un precio final del contrato inferior al cobrado por la Isapre, las cantidades recibidas en exceso deben ser restituidas a los afiliados, como excedentes de cotizaciones.

En principio, según datos de la Superintendencia de Salud, si a todos los contratos administrados a noviembre de 2022 se le sustituyese su tabla de factores por aquella Tabla Única aprobada por el ente regulador en 2019, aproximadamente 1,2 millones de contratos podrían ver afectado el precio final (aquel que efectivamente pagan) ya que utilizan tablas de factores diferentes a la instruida por la Superintendencia de Salud. De acuerdo a la información de dicho regulador, de aquel universo, un 46% no sería favorecido por el fallo, pues su precio final actual subiría o se mantendría igual una vez aplicada la Tabla Única de Factores.

Sin embargo, conforme al resuelto N°4 de las sentencias sobre adecuación de tabla de factores, la aplicación de la tabla única a aquellos planes de salud que a la fecha de la sentencia empleaban una distinta *“no podrá importar un alza del precio final de los contratos de los afiliados a la [Isapre], respecto del fijado al momento de ejecutoriarse esta sentencia”*. En otras palabras, la Excma. Corte Suprema fijó un tope al precio final para el proceso de adecuación de tabla de factores.

Desde ya cabe anticipar que este tope al precio final impuesto por la Excma. Corte Suprema provoca un vacío regulatorio que no se encuentra expresamente regulado en la jurisprudencia ni en la ley vigente; y que dice relación con los procesos de reajuste. Actualmente, en materia de reajuste el artículo 197 del DFL N°1/2005, del Ministerio de Salud que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469 (en adelante simplemente DFL N°1/2005) establece que las ISAPRES podrán *“revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198”*. Sin embargo, la regla de tope fijada por la Excma. Corte Suprema supone que coexistirán dos planes de salud. Unos cuyo precio final estará determinado conforme a las reglas generales, a saber, precio base multiplicado por el factor que corresponda según a la tabla única de la Superintendencia. Otros, cuyo precio final por definición de la Corte no puede ser el resultado del precio base multiplicado por el factor que corresponda según a la tabla única de la Superintendencia; sino otro valor cuyos factores no están definidos. En este nuevo escenario, no hay certeza respecto a cómo habrán de reajustarse los contratos de salud del segundo tipo, pues no está definido cómo un reajuste del precio base modificará el precio final de un contrato cuyo valor no está determinado por el “precio base”. Sobre este punto los comisionados volveremos a hacer propuestas en materia de sostenibilidad del sistema privado.

Sin perjuicio de lo anterior, junto al límite impuesto por la Corte para la modificación de los precios finales, también existe otra condicionante, pero de orden legal. Esta condicionante,

en lugar de fijar un tope define un piso a los precios finales. En particular, el artículo 84 del Decreto Ley N°3.500, de 1980, establece la obligación de cotizar un 7% de las remuneraciones imponibles para el financiamiento de las prestaciones de salud que se otorgan dentro del sistema de salud. En este mismo sentido y espíritu, el legislador dispuso en el artículo 188 del DFL N°1/2005 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469 que, al momento de celebrarse el contrato de salud, el precio del plan de salud contratado no puede ser inferior al 10% de la cotización legal obligatoria para salud. Este artículo añade que, si una vez vigente el contrato el monto de los excedentes supera el 10%, la Isapre está obligada a ofrecer al afiliado un plan de salud alternativo cuyo precio se aproxime a la cotización del 7%.

De las disposiciones legales señaladas, los comisionados entendemos que la ley reconoce, como regla general, la obligación de aportar un 7% de las remuneraciones imponibles al sistema de salud; siendo los excedentes una hipótesis que se considera a modo excepcional. Concordantemente, para los afiliados a FONASA no existen los excedentes, toda vez que la contribución es fijada estrictamente en un 7% de las remuneraciones imponibles. Esto es consistente con un régimen de seguridad social del cual, por lo demás, las Isapres son parte, lo que ha sido expresamente fundamentado por la Corte en sus fallos⁷. Consecuentemente, entendemos que desde el punto de vista legal la adecuación de las tablas de factores ordenada por la Excma. Corte Suprema no debiese significar un precio final a pagar por cada afiliado inferior a su cotización legal.

Despejada la operatoria de la adecuación de la tabla de factores en los contratos vigentes que no usan la tabla única definida por la Superintendencia de Salud, en la comisión estamos en condiciones de -con la colaboración técnica del ente regulador- proyectar los flujos futuros del sistema privado de salud. Tanto en lo que respecta a sus ingresos como sus costos, incluyendo el pasivo que se genera con ocasión de la jurisprudencia sobre tabla de factores. Adicionalmente los cálculos deben incluir los ingresos que no serán percibidos por ajustes de la prima GES, determinados por el fallo de la Excma. Corte Suprema de agosto 2023

⁷ Al respecto, como bien ha sostenido la Excma. Corte Suprema, “*el contrato de salud no puede reducirse a un seguro individual, pues opera a fin de materializar el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y a la seguridad social, tratándose de una convención en que la entidad en cuestión tiene asegurada una cotización y su monto, razón por la cual las normas que regulan este vínculo son de orden público y el servicio que prestan puede ser calificado como uno de dicho carácter, en atención a su objeto. En otras palabras, nos encontramos frente a un contrato dirigido por el legislador, en que se encuentra mitigado el principio de autonomía de la voluntad y cuyas normas son de orden público, en el sentido material y tradicional del término*” (considerando vigésimo, Rol N°14.513-2022).

Respecto al pasivo que se genera con ocasión de la jurisprudencia sobre tabla de factores, cabe recordar una vez más que la Excma. Corte Suprema dispuso que en el evento de que la aplicación de la Tabla Única de Factores determine un precio final del contrato inferior al cobrado por la Isapre, las cantidades recibidas en exceso deben ser restituidas a los afiliados, como excedentes de cotizaciones. En este sentido, los acreedores de las restituciones son todos aquellos que, con ocasión de la aplicación de la tabla única de factores, obtengan un precio final del contrato inferior al cobrado. Sin embargo, cabe dar certezas sobre cuánto es lo que corresponde restituir a cada uno o cuánto fue lo percibido en exceso por cada Isapre, toda vez que este asunto no fue resuelto expresamente por la Excma. Corte Suprema.

Para dilucidar y estimar las cantidades cobradas y percibidas en exceso por las Isapres resulta indispensable entender que ellas son *aseguradoras*. Es decir, instituciones cuya función es distribuir un riesgo -en este caso el costo asociado a la ocurrencia de problemas de salud- entre todos los asegurados. En este sentido, es de la esencia o inherente a toda institución aseguradora la solidaridad o la mutualización, que opera a través de subsidios cruzados entre los distintos beneficiarios. La tabla de factores viene a ser el instrumento que distribuye (solidariza) el riesgo entre los beneficiados o asegurados. Eventualmente, de una tabla de factores se puede predicar que es injusta, que distribuye el riesgo entre los beneficiarios de forma arbitraria. Sin embargo, de una distribución de riesgos inequitativa no se sigue que la aseguradora haya obtenido cantidades en exceso. Gracias a la ley de los grandes números, las aseguradoras pueden estimar el costo en prestaciones de salud que demanda un *pool* de personas.⁸ El costo total lo distribuyen a través de la prima entre sus beneficiarios, procurando obtener el ingreso necesario para cubrirlo. Si el aporte que un grupo de beneficiarios hace al sistema se estima que no es justo, técnicamente ello implica que el costo calculado debe distribuirse de otra forma, no que la aseguradora se está enriqueciendo a costa de ese grupo.

Por ejemplo, si las mujeres pagaron más que los hombres por sus planes de salud con ocasión del uso de tablas de factores distintas a la tabla única de la Superintendencia de Salud -como en efecto ocurrió-, ello no significa necesariamente que la Isapre haya percibido pagos en exceso. Sí significa que el coste del riesgo se distribuyó de una forma que nos parece reprochable, aunque haya sido conforme a la legislación vigente y a lo que indicaban los cálculos actuariales. En este sentido, lo que la jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema

⁸ En cambio, prácticamente es imposible estimar el costo en salud de una persona individual a fin de calcular la prima exacta para el individuo.

muestra es que la distribución de riesgos mediante el uso de tablas distintas a la tabla única de la Superintendencia fue una práctica discriminatoria, pero no necesariamente una práctica a través de la cual las Isapres cobraron un sobreprecio o en exceso.

Una revisión de los números de la Superintendencia ayuda a entender este punto. Conforme a datos de la Superintendencia, en el período abril 2019-noviembre 2022 las ISAPRES obtuvieron ingresos del orden de los \$11.614 mil millones. En el mismo período, gastaron en prestaciones de salud \$7.555 mil millones y en licencias médicas \$3.050 mil millones. Es decir, un 91,3% de los ingresos fueron destinados a servicios para sus beneficiarios y las utilidades representaron un 1,7% de los ingresos. El resto de los ingresos fue destinado a gastos de administración y ventas, otros costos de operación, impuestos, entre otros.

Lo expuesto hasta acá es consistente con la jurisprudencia de la Excm. Corte Suprema en materia de tabla de factores. Antes de noviembre de 2022, cuando nuestros tribunales acogían los recursos de protección en materia de tabla de factores las cortes solían declarar que era arbitrario o ilegal que las Isapres cobrasen un precio final que emplease una tabla de factores en particular. Consecuentemente, ordenaba recalcular dicho precio final bajo nuevos términos que describía en la sentencia, el que lógicamente daba como resultado un precio final menor al precio pagado por el recurrente a la fecha de la sentencia. En esos casos, cuando la sentencia no tenía efectos generales en el sistema, afectando solo a los intervinientes del recurso de protección, las cortes no ordenaban restituir las cantidades cobradas y percibidas en exceso por las Isapres⁹. Esto, como explicamos arriba, es consistente con la explicación económica, pues -como vimos- una distribución de riesgos arbitraria o injusta si bien merece ser corregida, ella no conlleva necesariamente el cobro de un sobreprecio por parte de la aseguradora.

Tanto así, que en causa rol 49.144-2021, la Excm. Corte Suprema fue consultada por la recurrente por eventuales devoluciones en un recurso de protección sobre tabla de factores resuelto en su favor. En esa oportunidad, la Corte sostuvo y fundamentó por qué no correspondían devoluciones. En palabras de la Excm. Corte Suprema: *“en cuanto a la solicitud de la actora referida a la devolución del pago de cotizaciones previsionales de salud enteradas por concepto del pago del referido factor de riesgo, se debe tener en consideración que la presente decisión tiene un efecto constitutivo puesto que determina lo que debe ser a partir de ésta, estableciendo el estado jurídico -conforme a derecho- en que deben aplicarse*

⁹ Ver, por ejemplo, sentencias roles N° 9169-2019; 76.619-2020; 135.430-2020; 10.818-2022; 5.132-2021; 22.221-2021; 49.144-2021; 13.494-2022.

los términos del contrato de salud y ordenando dejar sin efecto la aplicación del citado guarismo, motivo por el cual no procede ordenar la restitución solicitada al no existir una declaración judicial anterior a la presente sentencia que así lo hubiese ordenado” (considerando décimo).

En cambio, ahora que la jurisprudencia de noviembre de 2022 sobre tabla de factores tiene efectos sobre todo el sistema, la Excma. Corte Suprema ordena restituir las eventuales cantidades cobradas y percibidas en exceso, las que -consecuentemente- deben evaluarse y estimarse sistémicamente y no individualmente.

Entonces, ¿qué cantidades han de entenderse fueron percibidas en exceso por las Isapres si hasta antes de 2022 la Excma. Corte Suprema no les ordenaba practicar devoluciones al acoger recursos de protección sobre tabla de factores? Por lo expuesto arriba, resulta consistente con los sistemas de aseguramiento y con la jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema evaluar esos excesos sistémicamente y no individualmente. En otras palabras, para calcular los pagos hechos en exceso por el no uso de la tabla única de factores es imprescindible considerar los efectos en el sistema que habría tenido su uso, antes que los efectos individuales.

A modo de ejemplo, las primeras aproximaciones indican que producto del cambio de tabla de factores, 46% de los contratos administrados habrían subido o mantenido su precio final y 54% de los contratos habrían bajado de precio. Los contratos cuyo precio habría bajado producto de esta adecuación habrían significado, en pesos de septiembre de 2023, \$934.367 millones menos para la industria, mientras que las alzas habrían significado \$378.443 millones más¹⁰.

Dicho de otro modo, las Isapres por haber aplicado la tabla única solo a los contratos que comenzaron a comercializarse desde abril de 2020 y no a los vigentes a ese entonces tuvieron mayores ingresos, pero al mismo tiempo dejaron de recibir ingresos de aquellos afiliados que debieron haber pagado un precio mayor debido a la aplicación de la Tabla Única de Factores.

En términos prácticos, calcular la deuda desde el punto de vista del sistema de salud implica estimar los ingresos que habría percibido la industria (cada Isapre) de haber aplicado a sus

¹⁰ Esta estimación de la Superintendencia de Salud no considera el efecto de la exclusión de cobro a los menores de 2 años. Además, se calcula sobre los contratos administrados a la fecha de dictación del fallo (noviembre de 2022).

contratos la tabla única de factores de la Superintendencia de Salud desde abril de 2020, fecha en que entró en vigencia. La diferencia entre esos ingresos y los efectivamente percibidos en el mismo período determina el monto total percibido en exceso, cálculo que se puede hacer por el regulador para toda la industria y también por cada Isapre. El saldo neto resultante es el que corresponde se distribuya entre los contratos favorecidos, a modo de excedentes, tal como lo dispuso la Excma. Corte Suprema.

4.4 ESTIMACIÓN REVISADA POR LA COMISIÓN

La Comisión solicitó a la Superintendencia de Salud las simulaciones necesarias para conocer los efectos financieros del pasivo total (retrospectivo y prospectivo) del fallo de noviembre de 2022.

En concreto y siguiendo la argumentación presentada en el punto 4.3, se estimó la cuantía de la deuda por Isapre considerando: (i) que al aplicar el mencionado fallo ningún afiliado debiese quedar con una cotización por debajo del límite legal (7%) o aquellos que estaban por debajo de dicho guarismo, no debiesen disminuir su contribución al sistema¹¹; y (ii) que ella se calcula sistémicamente considerando las características propias de los sistemas de seguros.

Cabe destacar que para la elaboración de estas estimaciones se consideró la cartera de beneficiarios de las Isapres a marzo de 2023. Dado lo anterior, las cifras son estimativas ya que la Excma. Corte Suprema estableció que las adecuaciones del precio final de los contratos de salud y, por ende, los pagos recibidos en exceso se realizarán sobre los “contratos de salud administrados”. Por lo tanto, el número final de contratos sujetos a devoluciones dependerá de la fecha en la que se implemente el fallo judicial.

Finalmente, el pago de la deuda se distribuyó en 10 años, para tener claridad cómo el servicio de la misma afectará el flujo de caja y la posición financiera futura de las Isapres. Si bien ese plazo es solo referencial, fue el que la Comisión Técnica utilizó para realizar sus análisis y el que recomienda como plazo máximo para el pago de estos pasivos. Conforme a lo anterior y de acuerdo a los datos de la Superintendencia de Salud, la magnitud del pasivo total alcanzaría los \$402.341 millones (ver tabla N°3).

¹¹ Esta cifra no considera una eventual deuda de las Isapres con ocasión de la jurisprudencia sobre prima GES. Por lo mismo, las cifras que muestra la Tabla 3 deben considerarse como un piso a la que podría agregarse un nuevo pasivo, que se adjudicará caso a caso, relacionado con la deuda producida por los mayores cobros de la prima GES.

Tabla N°3: Monto de la deuda Isapres fallo noviembre 2022 (en millones de pesos al 09/09/2023)

Isapre	1	2	3=1+2	4
	Monto deuda retrospectivo (a noviembre 2022)	Monto deuda prospectiva (a febrero 2024)	Total Deuda	Total Anualizado a 10 años
Colmena	76.569	44.732	121.301	12.130
Cruz Blanca	101.019	16.860	117.879	11.788
Vida Tres	6.971	-936	6.035	603
Nueva Masvida	5.244	390	5.634	563
Banmédica	45.597	15.102	60.699	6.070
Consalud	52.091	26.684	78.775	7.878
Esencial ⁽¹⁾	0	884	884	88
Isalud	2.700	1.376	4.076	408
Fundación	4.275	2.783	7.058	706
Cruz del Norte ⁽²⁾	0	0	0	0
Total Sistema	294.466	107.875	402.341	40.234

Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo con información del Archivo Maestro de Cambio de Factores de Riesgo de Beneficiarios.

Notas:
(1) Esta isapre no tiene planes con tablas distintas a la Tabla de Factores Única.
(2) Esta isapre no utiliza tablas de factores.

La cuantía de la deuda equivalente a cerca de US\$451 millones¹² es comparable al total de utilidades acumuladas entre los años 2012 y 2020, donde en millones de pesos de junio de 2023, se acumularon ganancias por \$487.769 millones (US\$546 millones) y significa, según la referencia utilizada, que el sistema Isapre deberá destinar cerca de US\$45 millones anuales por los próximos diez años únicamente a saldar la deuda derivada del fallo de la Corte Suprema. Durante este período con deuda vigente, tal como establece la propuesta del Ejecutivo, las Isapres no podrían hacer retiro de utilidades.

4.5 IMPACTO SOBRE LOS ESTADOS FINANCIEROS DE LAS ISAPRES

Sin perjuicio de las disposiciones contenidas en el proyecto de ley corta, referidas a la no consideración de los pasivos antes mencionados en los indicadores legales de sostenibilidad contemplados en las normas de salud, cabe señalar que su reconocimiento igualmente significaría un impacto en los estados financieros de las Isapres. Ello es parte de las preocupaciones de la Comisión Técnica ya que la exigibilidad de dichas deudas tendrá un efecto sobre la liquidez y el patrimonio contable de las aseguradoras. Dicho efecto puede

¹² Precio del dólar utilizado: \$892,5 al día lunes 11 de septiembre de 2023.

poner en riesgo la sustentabilidad de la industria, independiente de las medidas que la Comisión proponga.

Adicionalmente, cabe recordar que entre los controladores de las Isapres abiertas existen compañías que no solo deben reportar sus estados financieros a la Superintendencia de Salud, sino que también a reguladores del mercado financiero, los que en algunos casos incluye a reguladores extranjeros.

La Comisión Técnica sugiere que esta materia altamente especializada sea abordada en el curso de la tramitación de la ley corta, mediante consultas a entidades, tales como, la Comisión para el Mercado Financiero.

4.6 PLAZOS Y MECANISMOS DE PAGO

También fue materia de análisis el establecer el período que la ley debiera contemplar para hacer las devoluciones a los afiliados por parte de las Isapres. Se propone que la ley corta contemple un plazo de 10 años para la devolución de estos excedentes de forma de evitar los riesgos de incumplimiento y quiebra.

Dicha devolución podría efectuarse en dinero o en prestaciones o coberturas adicionales. La Comisión sugiere que los excedentes producidos por el fallo tengan un régimen especial para esta deuda, con una cuenta individual separada. Se sugiere que dichos excedentes sean reajustables, pero no generen intereses. En caso de no ser totalmente utilizados en prestaciones o coberturas adicionales como las que establece el inciso cuarto artículo 188 del DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud, al final del período de pago de la deuda, el saldo sería pagado en dinero efectivo a los beneficiarios.

4.7 CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MODIFICACIÓN PARA EL PROYECTO DE LEY CORTA (BOLETÍN N°15896-11)

- Mediante indicación, modificar el artículo 2° del proyecto de ley en tramitación -o cualquier otro que se estime pertinente- a fin de que la ley explicita que el procedimiento de adecuación de precio final de todos los contratos previsionales de salud que, al 1° de diciembre de 2022, no empleaban la Tabla Única de Factores contenida en la Circular N°343, de 2019, de la Superintendencia de Salud, no podrá implicar una rebaja del precio pactado del contrato de las personas afiliadas por debajo

del valor de la cotización legal vigente, o en aquellos casos que se encontraban por debajo de dicho guarismo, no debiesen disminuir su contribución al sistema.

- Mediante indicación, modificar el artículo 3° del proyecto de ley en tramitación -o cualquier otro que se estime pertinente- a fin de que se explicita que las cantidades percibidas en exceso por cada Institución de Salud Previsional y que deben ser restituidas por concepto de adecuación de tabla de factores se determinarán según la diferencia de ingresos totales entre lo que cada una percibió desde el 1° de abril de 2020 y lo que habría percibido desde la misma fecha si el precio final de sus contratos hubiese estado determinado por la tabla única de factores definida por la Superintendencia de Salud en su Circular N°343.

Asimismo, que el proyecto explicita que esa diferencia será la cantidad total que la Institución de Salud Previsional debe restituir entre sus afiliados, la que se distribuirá a prorrata entre los afiliados cuyo contrato de salud, por la adecuación de la tabla de factores, resultó con un precio final inferior al que la institución cobraba hasta ese entonces.

Esta restitución es sin perjuicio de aquella que corresponda hacer por concepto de suspensión del cobro de las cargas menores a dos años ordenada por la Excma. Corte Suprema desde ejecutoriada la sentencia.

- Mediante indicación modificar el artículo 8° del proyecto de ley de modo de establecer que los excedentes generados debido a los pagos en exceso deberán tener un tratamiento similar a los establecidos en el artículo 188 del DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud, pero que su retiro en efectivo no se realizará hasta 10 años después de promulgada la ley, en caso de haber saldos en dichas cuentas. Asimismo, considerar que los excedentes producidos por el fallo tengan un régimen especial con una cuenta individual separada, los cuales serían reajustables, pero no generarían intereses.

IV. IMPACTO PROSPECTIVO DE LOS FALLOS POR TABLA DE FACTORES Y PRIMA GES: ANÁLISIS Y PROPUESTAS

1. Contexto

En el marco del trabajo de esta Comisión, se entiende por aspectos prospectivos, los efectos en el equilibrio financiero futuro del Sistema ISAPRES, derivados de las disminuciones en los flujos de ingresos futuros y el servicio de la deuda, que se producen en el contexto de la implementación de los fallos de la Excma. Corte Suprema de noviembre 2022 y agosto 2023.

Como se señaló previamente, los fallos sobre tablas de factores de noviembre de 2022, dejan sin efecto las tablas que no correspondan a la Tabla Única de Factores de la Superintendencia de Salud. Por lo tanto, las Isapres deben calcular el precio final¹³ de todos los contratos de salud que administren aplicando esta última tabla lo que, de acuerdo a la sentencia, no puede implicar un alza del precio final de los contratos de los afiliados, respecto del precio fijado al momento de ejecutoriarse la sentencia. A su vez, la Corte Suprema instruyó a la Superintendencia de Salud a que, en el ejercicio de sus facultades, determine el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de los contratos de salud administrados por las Isapres. Así, los fallos de noviembre de 2022 se traducen en una disminución de ingresos para estas entidades producto de la disminución en el precio final de los contratos de salud que administran.

Por su parte, el fallo sobre la prima GES de agosto 2023, deja sin efecto las primas que las Isapres dispusieron para todos sus afiliados con ocasión de la entrada en vigencia del D.S. N° 72 de 1 de octubre de 2022. En su lugar, la Excma. Corte Suprema dispuso que las Isapres deberán ajustar el precio a pagar por sus afiliados por prima GES, a la suma de 7,22567 unidades de fomento anuales que corresponde al valor promedio del costo estimado individual por beneficiario - calculado en el “Estudio de Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas 2021” - o a la prima GES vigente para el trienio anterior, si esta resulta ser mayor. Por lo tanto, este fallo también disminuye los ingresos futuros de las Isapres.

¹³ El precio final se calcula como el respectivo precio base por la suma de los factores que corresponda al afiliado o beneficiarios del contrato, de conformidad a la respectiva tabla de factores, al que se le suma el valor de la prima GES y los beneficios complementarios, si los hubiera.

Finalmente, cabe señalar que la deuda generada por el efecto retroactivo de los fallos sobre tabla de factores, a que se refiere la sección III, también tiene un impacto en los costos futuros, que para efectos de cálculo se refleja en una disminución equivalente de ingresos futuros, durante el plazo en el que deberá restituirse a los respectivos afiliados. Asimismo, las eventuales deudas que se generen, caso a caso, por el fallo GES implicarán un efecto similar en el resultado operacional. Estas últimas, como se señaló previamente, no han sido abordadas en el trabajo de esta Comisión por cuanto no se cuenta con un pronunciamiento oficial sobre su tratamiento a la fecha.

2. Escenario Base (sin medidas de equilibrio financiero)

En primer lugar, se consideró necesario estimar el impacto financiero de la implementación de los fallos de la Excm. Corte Suprema en cada una de las Isapres del sistema, sin otras medidas de política pública. Para este propósito, se solicitó a la Superintendencia de Salud que efectuara estimaciones del efecto mensual en los ingresos operacionales y en los resultados operacionales, tanto por aplicación de los fallos por tabla de factores - considerando los impactos retrospectivo y prospectivo - como por la implementación del fallo GES.

A solicitud de la Comisión Técnica, la Superintendencia de Salud estimó las alzas de precios base que permitieran mantener el resultado operacional que mostraban las Isapres previo a los fallos. **La Comisión consideró que, en el marco de su mandato, las medidas a proponer debían estar centradas en permitir la aplicación de los fallos sin profundizar los desequilibrios financieros del sistema Isapre y no en corregir los desequilibrios financieros de base que arrastran las Isapres, los que deberían ser abordados en el marco de una reforma más sistémica.** En este sentido, hacia adelante las tablas presentadas se enfocan en la pregunta sobre la magnitud de alzas necesarias para lograr un equilibrio financiero posterior a la aplicación de los fallos.

En la tabla N°6 se presentan los resultados de las proyecciones realizadas por la Superintendencia para el escenario base, esto es, la implementación de los fallos sin medidas que mitiguen los desequilibrios financieros. La información financiera que se utilizó para las estimaciones considera datos mensualizados de ingresos y costos del año móvil mayo 2022 a abril 2023, ya que esta constituye la última información anual disponible. Con todo, cabe señalar que el resultado operacional de base debe interpretarse con precaución, ya que el periodo 2022 se caracterizó por efectos particulares que derivaron en pérdidas significativas, las que se han ido equilibrando en 2023, como se explicó en la sección II. Por su parte, las

estimaciones del impacto de los fallos se realizaron con la última información disponible del mes de abril de 2023.

Cabe señalar que los resultados que se presentan constituyen estimaciones basadas en supuestos y datos de meses específicos y que la metodología se apoya en un supuesto de equivalencia entre el incremento de la cotización pactada y de los ingresos financieros. En el Anexo 1 se adjunta una minuta con los detalles de la metodología, la que fue elaborada por la Superintendencia de Salud.

Tabla N° 4: Impacto mensual de los Fallos en Ingreso Operacional y Resultados (montos en millones de pesos al 09/09/2023)

Isapre	1	2	3 = 1+2	4			5	6	7	8	9	10= 3-8-9	11 = 7-8-9	12 =11-10	13
	Ingreso Operacional No GES ⁽¹⁾	Ingreso Operacional GES ⁽¹⁾	Ingreso Operacional Total ⁽¹⁾	Impacto mensual en Ingreso Operacional (variación %)			Ingreso Operacional con Fallos	Costo Operacional ⁽²⁾	Gasto de Administración y Ventas (GAV) ⁽²⁾	Resultado Operacional ⁽²⁾	Resultado Operacional considerando efecto fallos	Impacto de fallos en el Resultado Operacional	Variación % PB (todos los planes)		
				Efecto Retrospectivo Fallo Nov.22 ⁽²⁾	Efecto Prospectivo Fallo Nov.22 ⁽³⁾	Efecto Prospectivo Fallo Ago.23 ⁽⁴⁾									
Colmena	54.577	19.535	74.112	1,4%	9,6%	5,3%	62.069	68.141	8.661	-2.690	-14.732	-12.043	26,3%		
Cruz Blanca	45.209	19.826	65.036	1,5%	11,0%	14,8%	47.270	63.001	5.738	-3.703	-21.469	-17.766	52,5%		
Vida Tres	15.345	3.277	18.622	0,3%	10,5%	6,5%	15.409	18.333	1.792	-1.504	-4.716	-3.212	26,0%		
Nueva Masvida	18.601	9.381	27.982	0,2%	7,8%	17,7%	20.779	24.602	3.437	-57	-7.260	-7.203	59,1%		
Banmédica	52.841	14.360	67.200	0,8%	8,9%	8,4%	55.085	66.022	5.749	-4.571	-16.686	-12.115	29,4%		
Consalud	41.849	21.282	63.132	1,0%	8,2%	25,8%	41.052	58.323	6.838	-2.029	-24.109	-22.080	75,8%		
Esencial	469	105	575	1,3%	10,3%	0,0%	508	541	632	-598	-665	-67	15,9%		
Isalud	8.663	1.022	9.684	0,4%	1,2%	0,0%	9.536	9.559	860	-735	-883	-148	13,3%		
Fundación	2.344	712	3.056	1,9%	9,9%	6,8%	2.489	2.803	510	-256	-824	-568	43,5%		
Cruz del Norte	307	16	323	0,0%	0,0%	0,0%	323	289	39	-4	-4	0	---		
Total Sistema	240.206	89.516	329.722	1,0%	9,1%	12,7%	254.520	311.613	34.257	-16.148	-91.350	-75.202			

Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Dpto. de Estudios y Desarrollo con base en FEFI de mayo 2022 a abril 2023 y AM de Cambio de Factores de Riesgo de Beneficiarios de marzo 2023.

Notas:

(1) Datos financieros año móvil mayo 2022 a abril 2023 (promedio mensual entre mayo de 2022 y abril 2023).

(2) Monto mensual de la deuda a pagar en 10 años.

(3) Corresponde a los ingresos que se dejan de percibir por aplicación del Fallo de noviembre 2022 (sin considerar piso del 7%). No considera el impacto en ingresos de la rebaja en la prima GES.

(4) Corresponde a los ingresos que se dejan de percibir por ajuste de la prima GES en un mes (se utiliza la cartera del mes de abril 2023 como referencia). Considera ajustes de primas a toda la cartera.

Las estimaciones en el escenario base se resumen en lo siguiente:

- 1) El efecto retrospectivo de los fallos de noviembre 2022 sobre el flujo de ingresos y resultados de las Isapres considera la deuda retrospectiva calculada según se detalla en la sección III de este informe. Este efecto significará una disminución promedio de un 1,0% de los ingresos operacionales mensuales de las Isapres.
- 2) El efecto prospectivo de los fallos de noviembre de 2022 (tabla de factores y menores de 2 años) importa una disminución promedio de los ingresos operacionales mensuales estimada en 9,1%.
- 3) El efecto del fallo de agosto de 2023 (prima GES) representa una disminución promedio de los ingresos operacionales mensuales de 12,7%.
- 4) La consideración conjunta de los impactos retrospectivos y prospectivos de los fallos de la Excma. Corte Suprema arroja un deterioro significativo del resultado operacional promedio mensual del sistema Isapre, que implica una pérdida de \$75.202 millones mensuales (equivalente a una caída de ingresos de 22,8%). Esto representa, en términos anuales, menores ingresos por cerca de US\$1.000 millones. En términos prácticos, si el costo anual de los beneficios de los beneficiarios (prestaciones más licencias médicas) se estima en \$311.613 millones (columna 8, tabla N°4), se proyecta que luego de la implementación de la jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema las Isapres pasarán a tener un ingreso operacional de \$254.520 millones (columna 7, tabla N°4), monto insuficiente para financiar aquellos beneficios. Es decir, se produce un desequilibrio financiero de graves consecuencias.

La tabla N°4 muestra la magnitud esperada del impacto de los fallos en los flujos financieros de cada una de las entidades de salud privadas, de no aplicarse medidas de mitigación para el equilibrio del sistema. Las cifras son tales que el diagnóstico de la Comisión es que el subsistema de salud privado difícilmente se podrá sostener en el tiempo. En este contexto, considerando la necesidad de conciliar los impactos con la sostenibilidad del sistema, la Comisión propone un conjunto de medidas tendientes a evitar el colapso del sistema privado de salud.

3. Consideraciones estructurales respecto a las medidas propuestas

La implementación de la jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema no solo tiene los efectos financieros recién detallados. También tiene impactos en la estructura misma del subsistema privado de salud, restándole coherencia interna. Cuestión última que condiciona las políticas

públicas que se puedan proponer para el sector. Es por ello por lo que las propuestas de la comisión buscan reestablecer dicha coherencia y, al mismo tiempo, asegurar la sustentabilidad del sistema a través de una serie de medidas.

La primera medida ineludible, a juicio de esta Comisión, es la aplicación de la condicionante legal que define un piso de 7% para la cotización para salud, según se explicó en la sección III de este informe. Respecto del cálculo prospectivo, este piso de cotización se debería aplicar una vez implementados los fallos de la Excm. Corte Suprema, es decir, una vez determinada la disminución de precios producto del cambio de tabla de factores y de la rebaja de la prima GES, en conjunto.

Una segunda medida que se propone tiene relación con la adecuación de los precios de la prima GES a los fallos de la Excm. Corte Suprema. En ese sentido, el fallo de agosto de 2023 reconoce que el estudio que se utilizó como referencia para establecer el precio de la prima GES por parte de la Excm. Corte Suprema, *“no considera como prestaciones de salud valorables todas las que deben proveerse a los nonatos y menores de edad, respecto de los cuales esta Corte ha establecido que sí deben ser consideradas”*¹⁴, situación que debe ser corregida.

En tercer lugar, es importante destacar el aporte a la estabilidad financiera del sistema que pueden generar cambios regulatorios que incentiven la contención de costos en el sistema, los que se detallan en la sección V y son incorporados hasta donde es posible en las estimaciones de equilibrio financiero.

En cuarto lugar, se propone un ajuste de los precios base cobrados por las Isapres considerando todos los contratos administrados a la fecha de implementación de la ley corta, cuyo objetivo es evitar que se profundicen los desequilibrios financieros de las instituciones; esto es, que los ingresos totales del subsistema sean suficientes para financiar las prestaciones totales que demandan los beneficiarios del mismo. Este reajuste se propone que se realice por dos vías: uno asociado al proceso normal de reajuste de precios base asociado al mecanismo establecido por la ley N°21.350 y otro de manera extraordinaria y por una sola vez.

¹⁴ Considerando décimo noveno de las sentencias de la Corte Suprema roles 16.630-2022; 25.570-2022; 14.513-2022 y 13.979-2022.

Con todo, debe reconocerse que tanto las medidas aquí propuestas y los fallos de la Excma. Corte Suprema de noviembre de 2022 y agosto de 2023, así como anteriores fallos, que podrían interpretarse desde lógicas de la seguridad social, han generado como contrapunto una serie de problemas en las formas de tarificación del sistema Isapre al no ajustarse de una manera técnicamente planificada los cambios en las tablas de factores, entre otras materias (ver anexo 2 para una discusión técnica de algunos de estos elementos). Estos problemas deben ser corregidos en el futuro, lo que permitirá tener un sistema más justo donde se reduzcan las discriminaciones por riesgo individual y que la tarificación responda al riesgo colectivo de la cartera, distribuyéndose los pagos de una manera que sea justa entre las personas. Este trabajo de armonización del sistema de tarificación de las Isapres quedará a cargo de la nueva institucionalidad que se propone en la sección VI del presente informe. La Comisión propone que este necesario ejercicio de armonización del sistema se realice una vez aprobada la Ley Corta y aplicados los mecanismos de ajuste propuestos en este informe como medida transitoria.

En el número 4 siguiente, se presentan los resultados de las simulaciones realizadas por la Superintendencia de Salud, que incorporan las medidas antes señaladas, así como una descripción detallada de cada una de ellas.

4. Escenarios con medidas de mitigación para resguardar el financiamiento de beneficios

La Comisión propone las medidas previamente adelantadas al final de la sección 2 y 3 con el objeto de evitar la profundización de los desequilibrios financieros de las entidades que operan en el subsistema asegurador privado, en el marco de la aplicación de los fallos de la Excma. Corte Suprema. A continuación, se reportan los efectos estimados de cada una de estas medidas.

a) Cotización legal para salud

Actualmente, según datos de la Superintendencia de Salud, aproximadamente un 30% de los afiliados tiene contratado un plan cuyo precio final pactado es menor a su 7% de cotización legal. Como vimos antes, el artículo 188 del DFL N°1/2005 restringe la posibilidad de pactar un plan de salud por debajo de la cotización legal. Con todo, una vez pactado el plan de salud, la variación en las remuneraciones imponibles de los afiliados puede hacer que los excedentes superen el 10% de la cotización legal.

Lo anterior no se condice con los principios de la seguridad social, bajo los cuales la cotización legal debiese destinarse al financiamiento solidario de beneficios de la seguridad social, en este caso, la atención de salud. El que algunas personas contribuyan menos de un 7% de su cotización legal a la salud genera distorsiones y desigualdades. Cuestión relevante si se considera que la tabla única de factores ratificada por la Excma. Corte Suprema ya no hace diferencias entre hombres y mujeres, disminuye las diferencias por rango etario e impide alzas por modificación de rango etario. Es decir, la jurisprudencia de la Excma. Corte Suprema mueve el sistema de tarificación del subsistema privado hacia un sistema más solidario, siguiendo las lógicas de seguridad social.

En consecuencia, la Comisión propone que se adopten medidas que apunten a que los afiliados a las Isapres contribuyan con su 7% imponible como contribución real a los fondos disponibles para financiar la salud, de la misma manera que hoy ocurre con los afiliados a Fonasa y en línea con ir avanzando en lógicas de seguridad social en el conjunto del sistema.

Para estos efectos, la Comisión propone, por una parte, 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 de la cotización legal; reajustándose al valor de la cotización. Con todo, se propone que esta adecuación de precios esté acompañada de: (i) la obligatoriedad de las ISAPRE de ofrecer un plan de salud alternativo cuyo precio más se aproxime al valor de su cotización obligatoria de salud, que mejore las coberturas del plan vigente y (ii) la facultad de los afiliados para que, dentro de los seis meses siguientes a la adecuación, puedan solicitar a su ISAPRE el cambio de plan, para lo cual no se les podrá exigir una nueva declaración de salud operando la entregada al momento de suscribir el contrato vigente.

En segundo lugar, la Comisión también propone modificar la legislación vigente a efectos que las Isapres, al momento de la contratación, no puedan ofrecer planes cuyos precios sean inferiores al de la cotización legal para salud.

En tercer lugar, la Comisión propone que si la cotización legal dentro de un período determinado supera el precio pactado (en una cantidad superior al 5% de la cotización legal), la Isapre esté obligada a ofrecer al afiliado un plan de salud alternativo cuyo precio más se aproxime al de la cotización. Asimismo, se propone que mientras el afiliado no suscriba un nuevo plan cuyo precio se aproxime a su cotización legal los excedentes que se generen pasarán a ser un aporte total al sistema.

En la tabla N°5 se presentan los impactos en los ingresos operacionales y resultados para cada Isapre en un escenario en que los afiliados efectivamente aportan su cotización legal al sistema. En términos comparativos con los efectos indicados en la tabla N°4, se observa una disminución respecto al impacto conjunto de la aplicación retrospectiva y prospectiva de los fallos de noviembre 2022, junto con la aplicación prospectiva del fallo de agosto 2023 (los que por simplicidad fueron imputados en la columna 5). En el total, estos fallos significarán una disminución promedio de un 13% de los ingresos operacionales mensuales de las Isapres. En este caso la disminución proyectada en los ingresos para el total del sistema es de \$42.586 millones mensuales (una disminución de aproximadamente 43% respecto a la merma de ingresos presentada en la tabla N°4), lo que refleja la insuficiencia de ingresos para costear los costos operacionales señalados en la columna 8 de la tabla N°5. Es decir, el desequilibrio financiero sigue siendo significativo y pone en riesgo la continuidad de las prestaciones.

Tabla N° 5: Impacto mensual de los Fallos en Ingreso Operacional y Resultados ajustado por cotización legal (montos en millones de pesos al 09/09/2023)

Isapre	1	2	3 = 1+2	4			5	6	7	8	9	10= 3-8-9	11 = 7-8-9	12 =11-10	13
	Ingreso Operacional No GES ⁽¹⁾	Ingreso Operacional GES ⁽¹⁾	Ingreso Operacional Total ⁽¹⁾	Impacto mensual en Ingreso Operacional (variación %)			Ingreso Operacional con Fallos	Costo Operacional ⁽²⁾	Gasto de Administración y Ventas (GAV) ⁽²⁾	Resultado Operacional ⁽²⁾	Resultado Operacional considerando efecto fallos	Impacto de fallos en el Resultado Operacional	Variación % PB (todos los planes)		
				Efecto Retrospectivo Fallo Nov.22 ⁽²⁾	Efecto Prospectivo Fallo Nov.22 ⁽³⁾	Efecto Prospectivo Fallo Ago.23 ⁽⁴⁾									
Colmena	54.577	19.535	74.112	1,4%	-0,1%	5,3%	69.282	68.141	8.661	-2.690	-7.520	-4.830	10,2%		
Cruz Blanca	45.209	19.826	65.036	1,5%	0,7%	14,8%	53.978	63.001	5.738	-3.703	-14.761	-11.058	30,8%		
Vida Tres	15.345	3.277	18.622	0,3%	3,5%	6,5%	16.704	18.333	1.792	-1.504	-3.422	-1.918	15,1%		
Nueva Masvida	18.601	9.381	27.982	0,2%	-4,4%	17,7%	24.204	24.602	3.437	-57	-3.835	-3.778	29,2%		
Banmédica	52.841	14.360	67.200	0,8%	-1,5%	8,4%	62.085	66.022	5.749	-4.571	-9.686	-5.115	12,0%		
Consalud	41.849	21.282	63.132	1,0%	-2,5%	25,8%	47.761	58.323	6.838	-2.029	-17.400	-15.371	48,0%		
Esencial	469	105	575	1,3%	8,0%	0,0%	521	541	632	-598	-652	-53	12,4%		
Isalud	8.663	1.022	9.684	0,4%	0,9%	0,0%	9.563	9.559	860	-735	-857	-122	11,5%		
Fundación	2.344	712	3.056	1,9%	2,4%	6,8%	2.715	2.803	510	-256	-597	-341	26,1%		
Cruz del Norte	307	16	323	0,0%	0,0%	0,0%	323	289	39	-4	-4	0	---		
Total Sistema	240.206	89.516	329.722	1,0%	-0,8%	12,7%	287.136	311.613	34.257	-16.148	-58.734	-42.586			

Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Dpto. de Estudios y Desarrollo con base en FEFI de mayo 2022 a abril 2023 y AM de Cambio de Factores de Riesgo de Beneficiarios de marzo 2023.

Notas:

- (1) Datos financieros año móvil mayo 2022 a abril 2023 (promedio mensual entre mayo de 2022 y abril 2023).
- (2) Monto mensual de la deuda a pagar en 10 años.
- (3) Corresponde a los ingresos que se dejan de percibir por aplicación del Fallo de noviembre 2022 (sin considerar piso del 7%). No considera el impacto en ingresos de la rebaja en la prima GES.
- (4) Corresponde a los ingresos que se dejan de percibir por ajuste de la prima GES en un mes (se utiliza la cartera del mes de abril 2023 como referencia). Considera ajustes de primas a toda la cartera.

Como se desprende de las simulaciones realizadas por la Superintendencia de Salud, las ISAPRES enfrentarán en el corto plazo un escenario de pérdidas sin precedentes, incluso después de la aplicación de esta medida. Por lo tanto, este escenario requiere de medidas legales adicionales que den certeza jurídica y estabilidad al funcionamiento del sistema de salud en su totalidad.

b) Adecuación de la prima GES.

El establecimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) ha sido una política pública que se ha implementado hace más de dos décadas en nuestro país y que ha beneficiado a millones de chilenos, permitiendo establecer prioridades de atención, con lógica sanitaria, sobre la base de diferentes criterios como la carga de enfermedad que representan para la población los problemas de salud priorizados. A su vez, su carácter universal y su financiamiento mediante una prima solidaria con compensación de riesgo entre Isapres ha permitido instalar una experiencia que en su génesis responde a principios de la seguridad social.

El éxito alcanzado por esta política pública obedeció, entre otras variables, a la creación por ley de una institucionalidad al interior del Ministerio de Salud. Los criterios de priorización, la evaluación de tecnologías sanitarias, la valorización de las canastas, los protocolos y guías de atención, han sido materias de riguroso análisis y discusión. Es voluntad de la Comisión hacer prevalecer los criterios que resguardan esta política pública.

Con todo, la jurisprudencia de la Excm. Corte Suprema en materia de tabla de factores ordena la suspensión del cobro por toda nueva carga menor de dos años o nonata¹⁵ aduciendo que las coberturas de las prestaciones de esa población estarían cubiertas en el régimen general de garantías de salud¹⁶. Sin embargo, de acuerdo a las cifras de la Superintendencia de Salud las prestaciones de los nonatos y menores de dos años están mayoritariamente financiadas por el plan complementario (ver tabla N°9). Por ende, y para mantener la sustentabilidad del sistema, se requiere implementar los cambios y buscar bajo qué mecanismos estos beneficios serán financiados. A partir de las estimaciones de la Superintendencia de Salud a las que pudo tener acceso la Comisión (ver tabla N6), el costo

¹⁵ Resuelvo N°5 de la jurisprudencia sobre tabla de factores (ver, por ejemplo, resuelvo 5° de la sentencia rol 14.513-2022).

¹⁶ Ver, por ejemplo, considerandos decimo noveno y vigésimo de la sentencia rol 13.979-2022.

promedio de la atención para este grupo sería aproximadamente de 0,1 UF mensuales por beneficiario en 2022.

Adicionalmente, en el marco de la discusión de la Comisión se planteó la posibilidad que exista una serie de otros elementos que podrían no estar adecuadamente financiados por la prima GES, ya sea porque no han sido incorporados en la metodología del Estudio de Verificación de Costos de estas prestaciones o por que responden a beneficios cuyos costos no están incorporados en la prima GES. En virtud de ello, la comisión propone que el proyecto de ley corta contemple un mecanismo de ajuste extraordinario del precio de la prima GES que identifique estos eventuales elementos y refleje adecuadamente los costos de estas coberturas, lo cual deberá ser fundamentado en los estudios de costos correspondientes.

En base a estos elementos, la Comisión evaluó escenarios de alza de la prima GES entre 0,1 y 0,2 UF mensuales por beneficiario¹⁷, para lo cual se solicitó a la Superintendencia de Salud simulaciones de modo conocer cuál sería la situación de la industria tras un reajuste de esas características (ver tablas 7a y 7b). Debe tenerse presente que estas modificaciones pueden representar impactos presupuestarios a FONASA, materia que no ha sido evaluada por esta Comisión al no ser parte de su mandato.

Tabla N°6: Total gasto en salud menores de 2 años en 2022.

Tipo de financiamiento	Total gasto bonificado menores de 2 años (\$ miles)	% sobre el total
Plan Complementario	86.506.402	80%
CAEC	12.117.808	11%
GES	6.542.341	6%
GES-CAEC	2.305.144	2%
Otro	148.516	0%
Total	107.620.211	100%

Fuente: Superintendencia de Salud

c) Modificaciones al precio base.

Una tercera herramienta analizada por la Comisión considera ajustes prospectivos al precio base de todos los planes complementarios con tablas de factores. La propuesta de la

¹⁷ Igualmente se simularon resultados con un alza del GES de 0,1UF para toda la cartera, los resultados finales de dicha simulación se muestran en la tabla 9.

Comisión es realizar estos reajustes de acuerdo con la normativa vigente y un reajuste extraordinario por una sola vez.

El primero se realizaría bajo el sistema vigente que permite anualmente revisar los precios base de acuerdo al Indicador de Costos de la Salud (ICSA) en un mecanismo establecido a través de la ley N° 21.350.

Este es un reajuste regular que considera el alza de los costos de salud del subsistema privado, pero cuyo cálculo, establecido por ley, requiere modificaciones. En particular, se sugiere que el procedimiento de definición del ICSA se modifique a fin de que sea más sensible a la realidad del sector. Por ejemplo, que no se considere el costo de las prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las mismas que se realicen en la modalidad de libre elección (MLE) de FONASA. Dicha modificación sería transitoria y, en el marco de la nueva institucionalidad que se propone en la sección VI, se sugiere se pueda definir algún otro elemento de contención de costos en la fórmula del ICSA, que tenga relación directa con este subsistema.

Lo anterior se justifica porque ese factor busca incentivar la contención de costos del gasto en salud, pero no se vincula necesariamente a las variables determinantes de los costos de las prestaciones de las Isapres. Además, cabe recordar que en la sección V del presente informe se presentan propuestas que buscan generar mecanismos de contención de costos para el sistema Isapres. Por otro lado, resulta fundamental el perfeccionar normas específicas relacionadas al proceso del ICSA, permitiendo la notificación electrónica, entre otros procesos que permitan agilizar la gestión administrativa.

De acuerdo a la Superintendencia de Salud, en el año 2022, el haber considerado la variación del costo en prestaciones de la MLE en el Fonasa redujo el ICSA de 4,3% a 2,6%, es decir, 1,7 puntos porcentuales (Ver anexo 3).

En tanto, el reajuste extraordinario de los precios base, sería residual, considerando un alza máxima para el sistema. Dado que la Comisión Técnica no conoce la cuantía del reajuste que se propondrá en el proceso ICSA 2024, las tablas siguientes muestran el aumento del precio base en su conjunto, sin distinguir entre el componente relacionado al ICSA y el alza extraordinaria propuesta.

Con todo, buscaría tras aplicar todas las herramientas descritas hasta aquí, buscan estimar las alzas de precios base que permitan el equilibrio financiero por aplicación de los fallos

(manteniendo el resultado operacional de arrastre). La comisión consideró que, en el marco de su mandato, las medidas a proponer debían estar centradas en permitir la aplicación de los fallos sin profundizar los desequilibrios financieros del sistema Isapre y no en corregir los desequilibrios financieros de base que arrastran las Isapres, los que deberían ser abordados en el marco de una reforma más sistémica. En este sentido, hacia adelante las tablas presentadas se enfocan en el análisis del equilibrio por aplicación de los fallos.

Tabla N° 7a: Variación de precios base necesaria para lograr equilibrio financiero posterior a fallos de la Excma. Corte Suprema. Incluye ajuste por cotización legal y reajuste extraordinario GES de 0,1UF por afiliado (montos en millones de pesos al 09/09/2023)

Isapre	1	2	3 = 1+2	4	5	6	7	8	9	10= 3-8-9	11 = 7-8-9	12 =11-10	13
	Ingreso Operacional No GES ⁽¹⁾	Ingreso Operacional GES ⁽¹⁾	Ingreso Operacional Total ⁽¹⁾	Impacto mensual en Ingreso Operacional (variación %)			Ingreso Operacional con Fallos	Costo Operacional ⁽²⁾	Gasto de Administración y Ventas (GAV) ⁽²⁾	Resultado Operacional ⁽²⁾	Resultado Operacional considerando efecto fallos	Impacto de fallos en el Resultado Operacional	Variación % PB (todos los planes)
				Efecto Retrospectivo Fallo Nov.22 ⁽²⁾	Efecto Prospectivo Fallo Nov.22 ⁽³⁾	Efecto Prospectivo Fallo Ago.23 ⁽⁴⁾							
Colmena	54.577	19.535	74.112	1,4%	0,7%	2,0%	71.151	68.141	8.661	-2.690	-5.651	-2.961	6,2%
Cruz Blanca	45.209	19.826	65.036	1,5%	1,4%	11,8%	55.467	63.001	5.738	-3.703	-13.272	-9.569	26,4%
Vida Tres	15.345	3.277	18.622	0,3%	4,0%	3,6%	17.171	18.333	1.792	-1.504	-2.954	-1.450	11,3%
Nueva Masvida	18.601	9.381	27.982	0,2%	-3,5%	14,1%	24.948	24.602	3.437	-57	-3.091	-3.034	23,3%
Banmédica	52.841	14.360	67.200	0,8%	-0,8%	4,7%	64.061	66.022	5.749	-4.571	-7.710	-3.139	7,3%
Consalud	41.849	21.282	63.132	1,0%	-1,6%	22,5%	49.308	58.323	6.838	-2.029	-15.854	-13.824	42,8%
Esencial	469	105	575	1,3%	8,4%	-6,5%	556	541	632	-598	-617	-18	4,0%
Isalud	8.663	1.022	9.684	0,4%	0,9%	-1,7%	9.727	9.559	860	-735	-692	43	0,0%
Fundación	2.344	712	3.056	1,9%	3,0%	3,7%	2.792	2.803	510	-256	-521	-264	20,2%
Cruz del Norte	307	16	323	0,0%	0,0%	-2,0%	330	289	39	-4	2	6	---
Total Sistema	240.206	89.516	329.722	1,0%	0,0%	9,4%	295.511	311.613	34.257	-16.148	-50.359	-34.210	

Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Dpto. de Estudios y Desarrollo con base en FEFI de mayo 2022 a abril 2023 y AM de Cambio de Factores de Riesgo de Beneficiarios de marzo 2023.

Notas:

- (1) Datos financieros año móvil mayo 2022 a abril 2023 (promedio mensual entre mayo de 2022 y abril 2023).
- (2) Monto mensual de la deuda a pagar en 10 años.
- (3) Corresponde a los ingresos que se dejan de percibir por aplicación del Fallo de noviembre 2022 (sin considerar piso del 7%). No considera el impacto en ingresos de la rebaja en la prima GES.
- (4) Corresponde a los ingresos que se dejan de percibir por ajuste de la prima GES en un mes (se utiliza la cartera del mes de abril 2023 como referencia). Considera ajustes de primas a toda la cartera.

Tabla N° 7b: Variación de precios base necesaria para lograr equilibrio financiero posterior a fallos de la Excma. Corte Suprema. Incluye ajuste por cotización legal y reajuste extraordinario GES de 0,2UF por afiliado (montos en millones de pesos al 09/09/2023)

Isapre	1	2	3 = 1+2	4	5	6	7	8	9	10= 3-8-9	11 = 7-8-9	12 =11-10	13
	Ingreso Operacional No GES ⁽¹⁾	Ingreso Operacional GES ⁽¹⁾	Ingreso Operacional Total ⁽¹⁾	Impacto mensual en Ingreso Operacional (variación %)			Ingreso Operacional con Fallos	Costo Operacional ⁽²⁾	Gasto de Administración y Ventas (GAV) ⁽²⁾	Resultado Operacional ⁽²⁾	Resultado Operacional considerando efecto fallos	Impacto de fallos en el Resultado Operacional	Variación % PB (todos los planes)
				Efecto Retrospectivo Fallo Nov.22 ⁽²⁾	Efecto Prospectivo Fallo Nov.22 ⁽³⁾	Efecto Prospectivo Fallo Ago.23 ⁽⁴⁾							
Colmena	54.577	19.535	74.112	1,4%	1,5%	-1,3%	72.979	68.141	8.661	-2.690	-3.822	-1.133	2,4%
Cruz Blanca	45.209	19.826	65.036	1,5%	2,2%	8,7%	56.945	63.001	5.738	-3.703	-11.794	-8.090	22,2%
Vida Tres	15.345	3.277	18.622	0,3%	4,4%	0,6%	17.643	18.333	1.792	-1.504	-2.483	-979	7,5%
Nueva Masvida	18.601	9.381	27.982	0,2%	-2,6%	10,6%	25.706	24.602	3.437	-57	-2.333	-2.276	17,4%
Banmédica	52.841	14.360	67.200	0,8%	-0,1%	1,0%	66.066	66.022	5.749	-4.571	-5.705	-1.134	2,6%
Consalud	41.849	21.282	63.132	1,0%	-0,9%	19,2%	50.887	58.323	6.838	-2.029	-14.274	-12.245	37,7%
Esencial	469	105	575	1,3%	8,8%	-13,1%	591	541	632	-598	-582	17	0,0%
Isalud	8.663	1.022	9.684	0,4%	0,9%	-3,4%	9.892	9.559	860	-735	-527	208	0,0%
Fundación	2.344	712	3.056	1,9%	3,6%	0,6%	2.870	2.803	510	-256	-443	-186	14,2%
Cruz del Norte	307	16	323	0,0%	0,0%	-4,0%	336	289	39	-4	9	13	---
Total Sistema	240.206	89.516	329.722	1,0%	0,7%	6,1%	303.916	311.613	34.257	-16.148	-41.954	-25.805	

Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Dpto. de Estudios y Desarrollo con base en FEFI de mayo 2022 a abril 2023 y AM de Cambio de Factores de Riesgo de Beneficiarios de marzo 2023.

Notas:

(1) Datos financieros año móvil mayo 2022 a abril 2023 (promedio mensual entre mayo de 2022 y abril 2023).

(2) Monto mensual de la deuda a pagar en 10 años.

(3) Corresponde a los ingresos que se dejan de percibir por aplicación del Fallo de noviembre 2022 (sin considerar piso del 7%). No considera el impacto en ingresos de la rebaja en la prima GES.

(4) Corresponde a los ingresos que se dejan de percibir por ajuste de la prima GES en un mes (se utiliza la cartera del mes de abril 2023 como referencia). Considera ajustes de primas a toda la cartera.

Este ajuste extraordinario de precios base se aplicaría por una sola vez y sería de carácter general, es decir, operaría para todos los planes vigentes a la implementación de la medida, siempre que consideren una tabla de factores, cualquiera sea esta.

La aplicación de un ajuste de precio base con carácter general se fundamenta en evitar la profundización del desequilibrio financiero generalizado que se producirá en el contexto de la implementación de los fallos de la Corte Suprema. La universalidad y uniformidad de esta medida excepcional evita cualquier afectación al cumplimiento efectivo de los fallos de la Corte Suprema. En efecto, si por el contrario solo se aumentan los precios base de los planes con tabla distinta a la tabla única de factores (es decir, planes antiguos afectos al fallo), se corre el riesgo de que se presuma, en los hechos, una anulación de los efectos de la sentencia.

d) Contención de costos mediante la reducción del gasto en administración y ventas (GAV)

En la sección V siguiente se presenta un conjunto de medidas de contención de costos para el sistema de salud. Entre ellas se encuentran algunas que permitirían la reducción de los gastos de administración y ventas en los que hoy incurren las ISAPRES. Bajo el supuesto de que las ISAPRES podrían reducir la proporción de dichos gastos respecto de los ingresos operacionales de la industria, la Comisión solicitó a la Superintendencia de Salud estimar los efectos sobre el equilibrio financiero de la industria en base a escenarios de disminución de los GAV. En las tablas 8a y 8b se presentan los resultados de esta estimación, bajo el supuesto de que los GAV se reducen en un 10%, es decir, pasan de representar en promedio un 10% a un 9% de los ingresos operacionales, para los escenarios de alza GES de 0,1 y 0,2 UF por beneficiario respectivamente.

Es importante notar que otros sectores similares como las Mutuales de Chile tienen un gasto de administración y venta de alrededor del 6%. Los efectos de una contención de costos de esta magnitud se presentan en las tablas 8c y 8d, lo que reduciría aún más el ajuste de precios base requerido. Con todo, se debe señalar que dicho escenario requiere de medidas de mediano plazo para verificarse, por ejemplo, la regulación de la atención y comercialización a través de canales remotos y de la flexibilización de sucursales. Asimismo, la experiencia indica que rebajar en un 30% o 40% los GAV es una tarea difícil de alcanzar en el corto plazo, para cualquier industria.

Tabla N° 8a: Variación de precios base necesaria para lograr equilibrio financiero posterior a fallos de la Excma. Corte Suprema. Incluye ajuste por cotización legal, reajuste extraordinario GES de 0,1UF por afiliado y disminución de un 10% al GAV (montos en millones de pesos al 09/09/2023)

Isapre	1	2	3 = 1+2	4			5	6	7	8	9	10= 3-8-9	11 = 7-8-9	12 =11-10	13
	Ingreso Operacional No GES ⁽¹⁾	Ingreso Operacional GES ⁽¹⁾	Ingreso Operacional Total ⁽¹⁾	Impacto mensual en Ingreso Operacional (variación %)			Ingreso Operacional con Fallos	Costo Operacional ⁽²⁾	Gasto de Administración y Ventas (GAV) ⁽²⁾	Resultado Operacional ⁽²⁾	Resultado Operacional considerando efecto fallos	Impacto de fallos en el Resultado Operacional	Variación % PB (todos los planes)		
				Efecto Retrospectivo Fallo Nov.22 ⁽²⁾	Efecto Prospectivo Fallo Nov.22 ⁽³⁾	Efecto Prospectivo Fallo Ago.23 ⁽⁴⁾									
Colmena	54.577	19.535	74.112	1,4%	0,7%	2,0%	71.151	68.141	6.670	-2.690	-3.660	-970	2,0%		
Cruz Blanca*	45.209	19.826	65.036	1,5%	1,4%	11,8%	55.467	63.001	5.853	-3.703	-13.388	-9.684	26,4%		
Vida Tres	15.345	3.277	18.622	0,3%	4,0%	3,6%	17.171	18.333	1.676	-1.504	-2.838	-1.334	10,4%		
Nueva Masvida	18.601	9.381	27.982	0,2%	-3,5%	14,1%	24.948	24.602	2.518	-57	-2.172	-2.115	16,4%		
Banmédica*	52.841	14.360	67.200	0,8%	-0,8%	4,7%	64.061	66.022	6.048	-4.571	-8.009	-3.438	7,3%		
Consalud	41.849	21.282	63.132	1,0%	-1,6%	22,5%	49.308	58.323	5.682	-2.029	-14.697	-12.668	39,4%		
Esencial	469	105	575	1,3%	8,4%	-6,5%	556	541	52	-598	-36	562	0,0%		
Isalud*	8.663	1.022	9.684	0,4%	0,9%	-1,7%	9.727	9.559	872	-735	-703	31	0,0%		
Fundación	2.344	712	3.056	1,9%	3,0%	3,7%	2.792	2.803	275	-256	-286	-29	2,3%		
Cruz del Norte	307	16	323	0,0%	0,0%	-2,0%	330	289	29	-4	12	17	---		
Total Sistema	240.206	89.516	329.722	1,0%	0,0%	9,4%	295.511	311.613	29.675	-16.148	-45.777	-29.629			

Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Dpto. de Estudios y Desarrollo con base en FEFI de mayo 2022 a abril 2023 y AM de Cambio de Factores de Riesgo de Beneficiarios de marzo 2023.

*Isapres con un GAV sobre Ingresos Operacional Total inferior al 9%. Por ende, variación precio base se mantiene al presentado en tabla 7a

Notas:

(1) Datos financieros año móvil mayo 2022 a abril 2023 (promedio mensual entre mayo de 2022 y abril 2023).

(2) Monto mensual de la deuda a pagar en 10 años.

(3) Corresponde a los ingresos que se dejan de percibir por aplicación del Fallo de noviembre 2022 (sin considerar piso del 7%). No considera el impacto en ingresos de la rebaja en la prima GES.

(4) Corresponde a los ingresos que se dejan de percibir por ajuste de la prima GES en un mes (se utiliza la cartera del mes de abril 2023 como referencia). Considera ajustes de primas a toda la cartera.

Tabla N° 8b: Variación de precios base necesaria para lograr equilibrio financiero posterior a fallos de la Excm. Corte Suprema. Incluye ajuste por cotización legal, reajuste extraordinario GES de 0,2UF por afiliado y disminución de un 10% al GAV (montos en millones de pesos al 09/09/2023)

Isapre	1	2	3 = 1+2	4			5	6	7	8	9	10= 3-8-9	11 = 7-8-9	12 =11-10	13
	Ingreso Operacional No GES ⁽¹⁾	Ingreso Operacional GES ⁽¹⁾	Ingreso Operacional Total ⁽¹⁾	Impacto mensual en Ingreso Operacional (variación %)			Ingreso Operacional con Fallos	Costo Operacional ⁽²⁾	Gasto de Administración y Ventas (GAV) ⁽²⁾	Resultado Operacional ⁽²⁾	Resultado Operacional considerando efecto fallos	Impacto de fallos en el Resultado Operacional	Variación % PB (todos los planes)		
				Efecto Retrospectivo Fallo Nov.22 ⁽²⁾	Efecto Prospectivo Fallo Nov.22 ⁽³⁾	Efecto Prospectivo Fallo Ago.23 ⁽⁴⁾									
Colmena	54.577	19.535	74.112	1,4%	1,5%	-1,3%	72.979	68.141	6.670	-2.690	-1.831	858	0,0%		
Cruz Blanca*	45.209	19.826	65.036	1,5%	2,2%	8,7%	56.945	63.001	5.853	-3.703	-11.909	-8.206	22,2%		
Vida Tres	15.345	3.277	18.622	0,3%	4,4%	0,6%	17.643	18.333	1.676	-1.504	-2.367	-863	6,6%		
Nueva Masvida	18.601	9.381	27.982	0,2%	-2,6%	10,6%	25.706	24.602	2.518	-57	-1.414	-1.357	10,5%		
Banmédica*	52.841	14.360	67.200	0,8%	-0,1%	1,0%	66.066	66.022	6.048	-4.571	-6.004	-1.433	2,6%		
Consalud	41.849	21.282	63.132	1,0%	-0,9%	19,2%	50.887	58.323	5.682	-2.029	-13.118	-11.089	34,2%		
Esencial	469	105	575	1,3%	8,8%	-13,1%	591	541	52	-598	-1	597	0,0%		
Isalud*	8.663	1.022	9.684	0,4%	0,9%	-3,4%	9.892	9.559	872	-735	-538	196	0,0%		
Fundación	2.344	712	3.056	1,9%	3,6%	0,6%	2.870	2.803	275	-256	-208	49	0,0%		
Cruz del Norte	307	16	323	0,0%	0,0%	-4,0%	336	289	29	-4	19	23	---		
Total Sistema	240.206	89.516	329.722	1,0%	0,7%	6,1%	303.916	311.613	29.675	-16.148	-37.372	-21.224			

Fuente: Superintendencia de Salud. Elaborado por el Dpto. de Estudios y Desarrollo con base en FEFI de mayo 2022 a abril 2023 y AM de Cambio de Factores de Riesgo de Beneficiarios de marzo 2023.

*Isapres con un GAV sobre Ingresos Operacional Total inferior al 9%. Por ende, variación precio base se mantiene al presentado en tabla 7b

Notas:

(1) Datos financieros año móvil mayo 2022 a abril 2023 (promedio mensual entre mayo de 2022 y abril 2023).

(2) Monto mensual de la deuda a pagar en 10 años.

(3) Corresponde a los ingresos que se dejan de percibir por aplicación del Fallo de noviembre 2022 (sin considerar piso del 7%). No considera el impacto en ingresos de la rebaja en la prima GES.

(4) Corresponde a los ingresos que se dejan de percibir por ajuste de la prima GES en un mes (se utiliza la cartera del mes de abril 2023 como referencia). Considera ajustes de primas a toda la cartera.

Tabla N° 8c: Variación de precios base necesaria para lograr equilibrio financiero posterior a fallos de la Excma. Corte Suprema. Incluye ajuste por cotización legal, reajuste extraordinario GES de 0,1UF por afiliado y disminución de un 40% al GAV (montos en millones de pesos al 09/09/2023)

(Pendiente agregar tabla)

Tabla N° 8d: Variación de precios base necesaria para lograr equilibrio financiero posterior a fallos de la Excma. Corte Suprema. Incluye ajuste por cotización legal, reajuste extraordinario GES de 0,2UF por afiliado y disminución de un 40% al GAV (montos en millones de pesos al 09/09/2023)

(Pendiente agregar tabla)

e) Resumen de las medidas propuestas y su impacto

Cabe tener presente que una vez en régimen las diferentes medidas el alza prospectiva de los precios base estará en vigencia en conjunto con la contención de costos, la reducción de los factores de riesgos que conlleva el cambio de las tablas de factores antiguas por la tabla única de factores¹⁸ y con la reducción de la prima GES para todos los contratos administrados por las Isapres, **por lo que los precios finales pactados -aquellos que pagan las personas- en términos netos no se verán necesariamente afectados al alza por un cambio en los precios base, e incluso un porcentaje de las personas seguirán siendo beneficiadas con reducciones de los precios finales de sus planes.**

En la tabla 9 se resumen las estimaciones de los reajustes de precios base (considerando el reajuste regular vía ICSA y el reajuste extraordinario que la Comisión propone) que combinan las diferentes medidas propuestas en este informe: cotización por el 7% legal, el reajuste de los precios de la prima GES entre 0,1 y 0,2 UF por beneficiario mensual y la contención de costos mediante reducción de los GAV.

Tabla 9: Resumen de los reajustes requeridos

Isapre	Variación % PB para resguardar los beneficios. Escenario: (1) Cotización al 7% (2) Alza GES 0,1 UF (3) Reducción GAV en un 10%	Variación % PB para resguardar los beneficios. Escenario: (1) Cotización al 7% (2) Alza GES 0,2 UF (3) Reducción GAV en un 10%
Colmena	2,0%	0,0%
Cruz Blanca	26,4%	22,2%
Vida Tres	10,4%	6,6%
Nueva Masvida	16,4%	10,5%
Banmédica	7,3%	2,6%
Consalud	39,4%	34,2%
Esencial	0,0%	0,0%
Isalud	0,0%	0,0%
Fundación	2,3%	0,0%
Cruz del Norte	---	---
Promedio (1)	16,7%	12,7%

Nota: (1) Promedio ponderado por los ingresos operacionales de cada Isapre.

Fuente: Superintendencia de Salud.

¹⁸ Se debe recordar que de acuerdo al fallo de la Excmá Corte Suprema de noviembre de 2022, el cambio de tabla de factores no puede importar un alza del precio final de los contratos de los afiliados, respecto del fijado al momento de ejecutoriarse la sentencia. Esta sentencia hace referencia al cambio del factor de riesgo que conlleva el cambio de tabla.

En definitiva:

- 1) La aplicación conjunta del piso mínimo del 7% para la cotización pactada, contención de los costos mediante reducción de los gastos de administración en un 10% y del incremento extraordinario del precio de la prima GES generaría una menor disminución de los ingresos operacionales respecto del escenario base, los que son presentados en la columna 7 de la tabla N°8. Sin embargo, estos siguen siendo insuficientes para cubrir los costos operacionales indicados en la columna 8 de la misma tabla.
- 2) Evitar que se profundicen los desequilibrios financieros, supone que los precios base se reajusten en promedio un 16,7% (rango entre un 0% y un 39,4% según la Isapre) en caso de un alza de la prima GES de 0,1 UF por beneficiario al mes. En esta situación, tres de las diez Isapre no requerirían ajustes de sus precios base. En el caso de un alza de la prima GES de 0,2 UF por beneficiario mensual, el reajuste promedio de precios base se reduce a 12,7% (rango entre 0% y 34,2%), pero con cinco de las diez Isapre sin requerir ajustes de precios base y tres requiriendo alzas menores o cercanas al 10%.
- 3) Cabe notar que en todos los escenarios se observa un grupo reducido de Isapres que requieren niveles de alzas de los precios bases en rangos muy superiores al resto del sistema.
- 4) En base a la información que la Comisión Técnica tuvo disponible, resulta razonable considerar que, incluyendo las modificaciones transitorias al ICOSA que se proponen, implicaría un alza de 3% adicional del ICOSA habitual. En virtud de ello, si este valor de 3% se restara de los valores presentados en la tabla 9, el promedio de alza extraordinaria de precios base requerido, se encontraría entre un 9% y 13%, según el escenario de alza en la prima GES.

En consecuencia, y tal como se explicó, la comisión estima que resulta urgente que el proyecto de ley en tramitación perfeccione los mecanismos legales que regulan los cambios de tarifas del sistema y permita un reajuste de estos, a fin de que estas medidas logren alcanzar el equilibrio financiero necesario para que el sistema privado de salud sea capaz de financiar las coberturas de los beneficiarios en el contexto de la implementación de los fallos.

c) Urgencia y temporalidad de las medidas

La magnitud de las cifras presentadas da cuenta de la urgencia en implementar medidas que permitan al subsistema privado de salud alcanzar un equilibrio financiero. En este sentido, la Comisión advierte la necesidad de implementar al momento de la entrada en vigencia de la ley la medida del 7% de cotización legal descrita en la sección a) y de manera expedita la adecuación de la prima GES para financiar adecuadamente las prestaciones, así como la implementación de medidas de contención de costos que permitan contribuir al equilibrio financiero del sistema.

Dado que la Comisión reconoce que los tiempos de implementación de cada una de las medidas corresponde a un elemento clave para dar adecuado cumplimiento a los fallos y al mismo tiempo asegurar la estabilidad del sistema para poder garantizar los beneficios a las personas, se propone una posible línea de eventos que buscan viabilizar hitos críticos de la implementación de la ley corta y los fallos de la Excma. Corte Suprema.

Desde el punto de vista de la implementación de los fallos, se sugiere planificar aplicación de las medidas de la ley corta de manera que ellas sean concomitantes con la implementación del fallo GES. En tanto, el fallo referido a los cambios en la Tabla Única de Factores y devolución por vía excedentes de la deuda se implementaría coherentemente con el plazo de prórroga concedida por la Corte Suprema en octubre de 2023.

En relación a las medidas de mitigación para resguardar el financiamiento de los beneficios, la Comisión recomienda implementar primero los ajustes relacionados con la prima GES, considerando los estudios técnicos, que deben iniciarse a la brevedad, y los actos administrativos necesarios con el objetivo que la implementación de los cambios al financiamiento de la prima pueda materializarse durante el mes de marzo.

En segundo lugar, el proceso de ajuste anual de los precios base regulado mediante el ICOSA se espera las alzas verificadas para cada una de las Isapre tendrá lugar en el período de mayo-junio, considerando la incorporación de elementos que perfeccionan el proceso reduciendo los plazos administrativos. Este ICOSA, como se ha explicado previamente, incorporará la eliminación del factor MLE como parte del cálculo del indicador como modificación transitoria sugerida por la Comisión.

En un tercer tiempo, se plantea el reajuste extraordinario de precios base. Esta medida estará dispuesta en la ley corta facultando una rápida y expedita implementación. Con todo, dado que las alzas de precio base que requieren las Isapres para alcanzar su equilibrio financiero presentan diferencias importantes, se propone que se autorice un techo de reajuste para el sistema, de manera análoga al ICESA, pero que el valor específico de alza máxima por Isapre sea definido (de forma expedita) una vez acreditada la magnitud del desequilibrio financiero producido por la implementación de los fallos, por parte de cada Isapre ante la Superintendencia de Salud, proceso que será acompañado por el Consejo Asesor que considera la ley y que el Comité Técnico propone reforzar (ver sección VI). Asimismo, se sugiere se evalúe un rango máximo de aumento del precio pactado por contrato (porcentaje que podría ser determinado considerando como criterio evitar deterioro relevante en la situación financiera). Adicionalmente, se propone que esta medida vaya acompañada de condiciones expeditas para permitir el cambio voluntario de plan en quienes pudieran verse afectados por un alza de precios.

Cabe resaltar el sentido de urgencia con que deben adoptarse las medidas necesarias para evitar un colapso financiero del sistema privado de salud y sus implicancias en el sistema en su conjunto. En este sentido, se requiere máxima prioridad para la tramitación legislativa de las medidas requeridas que, de no implementarse oportunamente, llevarán a que el sistema de Isapres se enfrente a un escenario próximo de insolvencia con impactos sistémicos. A mayor abundamiento, la comisión sugiere que la ley corta sea legislada con discusión inmediata. Lo anterior en virtud de que la implementación prospectiva del fallo GES, podría llevar al incumplimiento de dichos indicadores en el corto plazo.

Es importante señalar en este punto que las propuestas de solución hasta acá descritas dicen relación con la urgencia de dar viabilidad financiera al sistema Isapre en el cortísimo plazo, evitando que estas entidades incumplan los compromisos asumidos con sus beneficiarios. Sin embargo, es fundamental que con el apoyo de la institucionalidad que se propone en el capítulo VI de este informe, se efectúe en el más breve plazo posible un análisis del costo técnico de los planes de salud, los factores de riesgo y el costo de las garantías explícitas en salud, que permitan una correcta tarificación del seguro, que evite discriminaciones en base a la fecha de contratación del plan de salud y el adecuado equilibrio financiero del sistema. A las anomalías anteriores se agrega una implementación asimétrica de la nueva tabla de factores en el marco de los fallos. Esto es una aplicación que solo permite las bajas de precios y no las alzas que debieran producirse en un escenario de subsidios cruzados. Tales circunstancias ponen de relieve la urgencia de proseguir en el más breve plazo con un análisis integral del costo técnico por planes de salud, elementos que se abordan en el anexo 3.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MODIFICACIÓN PARA EL PROYECTO DE LEY CORTA (BOLETÍN N°15896-11) Y OTROS MARCOS NORMATIVOS.

- Mediante indicación, incluir un artículo en el proyecto de ley que permita que todos aquellos contratos de salud que a la fecha de entrada en vigencia de la ley tengan un precio pactado por debajo de la cotización legal, se reajusten, por el solo ministerio de la ley, al valor de la cotización.

Esta medida debe ir acompañada de una modificación al inciso 8° del artículo 188 del DFL N°1/2005, a fin de que, al momento de celebrarse el contrato de salud, las Instituciones de Salud Previsional no puedan ofrecer planes cuyos precios sean inferiores al de la cotización legal para salud, calculada sobre el monto promedio de los últimos tres meses de la remuneración, renta o pensión según sea el caso. Asimismo, modificar dicho inciso a fin de que si en las sucesivas adecuaciones anuales, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual supera el 5% de la cotización legal para salud, la ISAPRE esté obligada a ofrecer al afiliado un plan de salud alternativo cuyo precio más se aproxime a la cotización legal. En ningún caso el afiliado estará obligado a suscribir el plan de salud alternativo, pero mientras no suscriba un nuevo plan cuyo precio se aproxime a su cotización legal los excedentes que superen el 5% de esa cotización pasarán a ser un aporte total al sistema.

- Mediante indicación, incluir en el proyecto de ley un artículo que faculte al Ministerio de Salud a evaluar el costo y cobertura de las prestaciones de salud correspondientes a los recién nacidos y menores de dos años.

Asimismo, en base a dicho estudio, facultar a la Superintendencia de Salud a autorizar a las instituciones de salud previsional a reajustar su prima GES en un monto o porcentaje definido por la autoridad, a fin de que la prima sea capaz de financiar las prestaciones de los recién nacidos y menores de dos años.

Por último, facultar también al Ministerio de Salud a evaluar cualquier otra brecha financiera que exista en las actuales primas GES pudiendo la Superintendencia de Salud autorizar alzas a la misma por esos conceptos, siempre que las instituciones de salud previsional puedan justificar técnicamente esta medida en base a la normativa que para ello disponga el regulador.

- Mediante indicación, incluir en el proyecto de ley un artículo que autoriza a que de forma extraordinaria, y solo para el próximo proceso de modificación de precios bases (ICSA) correspondiente al año 2024, la Superintendencia de Salud pueda determinar el valor anual del indicador sin considerar el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA.
- Mediante indicación, incluir en el proyecto de ley un artículo que autorizase a las instituciones de salud previsual, por una sola vez y de forma extraordinaria, a reajustar el precio base de todos sus planes de salud en un porcentaje necesario para implementar los fallos sin generar desequilibrios financieros adicionales de tal forma que les permita garantizar las coberturas y acceso a servicios de sus beneficiarios, considerando un techo definido por la ley que garantice la sustentabilidad financiera del subsistema Isapre.

En cualquier caso, la indicación debe señalar que este reajuste debe ser definido por la Superintendencia de Salud con un techo para el total del sistema definido por la ley y luego verificado para cada institución de salud previsual de manera individual, estando facultada para solicitarles la información que estime pertinente.

A su vez la indicación debe precisar que el equilibrio financiero se considera al alcanzado exclusivamente en relación a los impactos ocasionados por efecto de los fallos.

Todas las alzas extraordinarias que aquí se proponen deben ir acompañadas de la obligación de las Isapres de ofrecer, en la misma oportunidad y forma en que se comunique 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. En el caso de adecuaciones de planes por alza en la renta, la Isapre estará obligada a ofrecer coberturas superiores al plan vigente. 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, ellos puedan solicitar a su ISAPRE un cambio de plan, para lo cual no se les podrá exigir una nueva declaración de salud operando la entrega al momento de suscribir el contrato vigente.

V. MEDIDAS DE CONTENCIÓN DE COSTOS

La sustentabilidad financiera del sistema de salud, mediante un arreglo institucional que funcione de manera eficiente, es un elemento que debe cruzar las discusiones sobre cambios regulatorios y mejoras del sistema. En el marco actual de crisis financiera del subsistema Isapre, poner un foco en la eficiencia se hace más urgente y relevante que nunca. Con el propósito de hacer frente a la caída de ingresos y la deuda que originaron los fallos se debe alcanzar un nuevo equilibrio de ingresos y egresos. Por ello, se hace fundamental la implementación de medidas que apunten hacia la eficiencia técnica de las Instituciones de Salud Previsional, las que podrán ser alcanzadas en el corto y mediano plazo. En consideración a lo anterior, la Comisión destaca la importancia de propiciar cambios regulatorios en el marco de la ley corta (y otros cuerpos legales en tramitación) que incentiven fuertemente la contención de costos, en línea con cambios futuros que el sistema de financiamiento a la salud requiere. Asimismo, en la sección anterior se presentaron simulaciones bajo supuestos de disminución de gastos de administración y ventas, a objeto de mostrar la relevancia que tienen medidas de esta naturaleza.

1. Medidas de control del gasto en prestaciones

El gasto en prestaciones representa un 63,8% de los gastos totales¹⁹ del subsistema Isapre para el período 2019-2022. La Comisión reconoce que los cambios a este nivel son difíciles de lograr en el corto plazo, no obstante, resulta fundamental aprovechar la ley corta para modificar algunos elementos normativos que habiliten una transición del sistema a modos más eficientes de relación entre aseguradoras y prestadores, poniendo como foco la resolución de los problemas de salud de las personas de la manera más eficiente posible y al menor costo.

Para ello la Comisión propone incorporar en la Ley Corta los siguientes elementos:

- a) Entregar facultades a la nueva institucionalidad (ver sección VI) para proponer y regular nuevos mecanismos de pago a prestadores basados en la resolución de problemas de salud tales como los Grupos Relacionados Diagnósticos (GRD) para atención cerrada y cirugía mayor ambulatoria; pagos capitados ajustados por riesgo

¹⁹ La definición de gastos totales en este capítulo considera los gastos de prestaciones, SIL, GAV, otros gastos por función y otros gastos financieros según datos reportados por la Superintendencia de Salud a la Comisión Técnica.

por población; pagos asociados (bundle-payments) o pagos basados en resultados, entre otros mecanismos, que incentiven la eficiencia, superando los pagos por prestación actualmente vigentes. Esto debe considerar además mecanismos adecuados para la negociación y renegociación de convenios entre aseguradoras y prestadores, resguardando los derechos de las personas e incentivando la eficiencia en favor de los beneficiarios.

- b) Modificar el DFL1 del Ministerio de Salud que faculden mecanismos de pago diferentes a los aranceles basados en el pago por prestación, de tal manera de habiliten una transición de los mecanismos de pago del sistema hacia mecanismos más eficientes en línea con lo anterior.

2. Medidas de control del gasto Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL)

El gasto en SIL representa un 25% de los gastos totales del subsistema Isapre para el período 2019-2022, monto muy superior al observado previo a la pandemia y que durante el año 2023 ha mostrado una tendencia a su estabilización (21% del total de gastos en el período enero-junio 2023). Siendo el segundo componente en términos de magnitud de los gastos, mejorar su funcionamiento requiere cambios normativos a diverso nivel. Al respecto, la Comisión considera necesario avanzar urgentemente en al menos tres aspectos que son fundamentales para garantizar la sustentabilidad del derecho al reposo laboral en caso de enfermedad:

- a) **Fortalecer nuestro marco normativo e institucional que permita perseguir con fuerza el uso fraudulento de este instrumento público, tales como la venta ilegal de licencias médicas entre otros hechos.** Para ello la tramitación urgente del boletín 14.845-11 que modifica la Ley 20.585 y otros cuerpos legales, hoy en la Cámara de Diputados, se hace fundamental. A ese marco normativo se sugiere agregar al boletín elementos adicionales de fortalecimiento de la institucionalidad actual y los considerados en el boletín que le permitan mejorar sus atribuciones **fiscalizadoras**, en particular para enfrentar la comercialización electrónica fraudulenta de licencias médicas mediante facultades especiales como el agente encubierto, entre otras; **regulatorias**, como limitar la emisión de licencias de prestadores fiscalizados en acciones contrarios a la normativa o con sanciones reiteradas y; la **eficiencia** de sus procesos mediante la centralización de las acciones de fiscalización y contraloría médica en una COMPIN Nacional.

- b) **Medidas administrativas que apunten al uso apegado a la mejor práctica clínica del reposo por causa médica.** Si bien son materias que no son resorte del Congreso Nacional, es conocido por parte de la Comisión que existe una serie de actos administrativos, que pueden tener efectos relevantes en el corto y mediano plazo. Actualmente se encuentran a la espera de su dictación por el Ejecutivo, la nueva versión del Decreto 3 del año 1984 del Ministerio de Salud, que regula los procedimientos y tramitación de las licencias médicas, ayudando a la digitalización de procesos, y el Decreto 7 del año 2013 del Ministerio de Salud, que norma las guías clínicas referenciales sobre los respaldos para emisión de licencias médicas, permitiendo actualizar aquellos vinculados al área de salud mental. En este sentido, la Comisión acuerda solicitar al Ejecutivo acelerar la tramitación de estos nuevos Decretos, y recomienda a la Comisión de Salud del Senado hacer esta solicitud formalmente vía oficio dirigido al Ministerio de Salud.
- c) Dado que se trata de un problema que afecta a todo el sistema de salud, no solo a los beneficiarios del subsistema Isapre, avanzar con urgencia para su implementación en el mediano plazo, se considera necesario realizar una **reforma a la institucionalidad del SIL** que apunte a mejorar la transparencia del uso de los recursos, eficiencia administrativa y la experiencia de las personas, reduciendo el número de tramites e instituciones que participan del proceso, evitando además controversias sobre los pronunciamientos que dejan en total desprotección a las personas.

3. Medidas de reducción del gasto en administración y ventas (GAV)

El gasto en GAV representa en torno al 10,7% de los gastos totales del subsistema Isapre en el período 2019-2022. Si bien, en términos de magnitud es el tercero en importancia, es el ámbito donde hay más espacio para la contención de costos en el corto plazo y con un impacto importante. Seguros privados que son parte de la seguridad social en el contexto de la OCDE gastan en torno al 4-5% de sus ingresos en administración, cifras similares a las observadas en los organismos administradores de la ley N°16.744 (Mutuales) en el contexto nacional. Una hipotética reducción en el mediano plazo de los niveles actuales de GAV de las Isapre en un 40% (al 6% del total de gastos) implicaría una contención de costos de aproximadamente 164 mil millones de pesos anuales en base a cifras 2022, esto es casi un tercio de la caída proyectada de los ingresos operacionales con la implementación de los fallos.

Para ello la Comisión propone incorporar en la Ley Corta los siguientes elementos:

- a) Otorgar facultades a la nueva institucionalidad (ver sección VI) para proponer mecanismos de regulación de los GAV, entre ellos fijar parámetros de gastos en administración y ventas como porcentaje de los ingresos para el sistema en base a criterios objetivos. Para ello, la nueva institucionalidad evaluará la pertinencia de distintas herramientas que permitan disminuir los GAV, en base a estudios y evacuando informes de carácter técnico con las recomendaciones de modificaciones legales o administrativas que sean necesarias.
- b) Obligatoriedad de las Instituciones de Salud Previsional de informar a los afiliados los GAV promedio de cada una de las Isapres abiertas. Esto deberá informarse de manera clara, tanto al momento de iniciar un contrato, ante cualquier modificación en el mismo y anualmente al momento de informar eventuales alzas. Los elementos necesarios para la implementación de esta medida serán instruidos mediante circular por la Superintendencia de Salud. Esta medida permitirá entregar más información a la población e incentivar la competencia.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MODIFICACIÓN PARA EL PROYECTO DE LEY CORTA (BOLETÍN N°15896-11) Y OTROS MARCOS NORMATIVOS.

- Mediante indicación modificar el DFL 1 del Ministerio de Salud al artículo 143, mediante un nuevo literal y/o cualquier otro artículo que sea necesario, para asegurar que la regulación faculte la implementación de mecanismos de pago eficientes en la relación con los prestadores. Esto debe incluir la facultad de normar mediante Decreto Supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda, a sugerencia del Fondo Nacional de Salud y/o la nueva institucionalidad, la posibilidad de definir mecanismos de pago basados en la resolución de problemas de salud para el sistema, así como su nivel de bonificación, si corresponde. Estos nuevos mecanismos de pago serán extensibles a prestadores públicos y privados. La ley dispondrá la facultad de definir vía reglamento del Ministerio de Salud y circular de la Superintendencia de Salud aquellos elementos que sean necesarios para la correcta implementación de los nuevos mecanismos de pago así definidos.
- Mediante indicaciones perfeccionar atribuciones fiscalizadoras de la COMPIN, en particular, entregarle herramientas para enfrentar la comercialización electrónica fraudulenta de licencias médicas; regulatorias que incluyan la posibilidad de limitar la emisión de licencias de prestadores y; la eficiencia de sus procesos mediante la

centralización de las acciones de fiscalización y contraloría médica en una COMPIN Nacional. Junto con ello, se recomienda elevar la urgencia en la tramitación a discusión inmediata del boletín 14.845-11.

- Mediante indicación, modificar el artículos cuarto y quinto sobre las atribuciones del Consejo Asesor (ver próxima sección para mayores detalles), incorporando: a) proponer nuevos mecanismos de pago para contribuir a la eficiencia del sistema; b) propone mecanismos de regulación de los GAV, entre ellos fijar parámetros de gastos en administración y ventas como porcentaje de los ingresos para el sistema en base a criterios objetivos.
- Mediante indicación, agregar un nuevo artículo que indique la obligatoriedad de las Instituciones de Salud Previsional de informar a los afiliados los gastos de administración y ventas promedio de cada una de las Isapres abiertas, entregando a la Superintendencia de Salud las facultades fiscalizadoras para el fiel cumplimiento de la medida. Los elementos necesarios para la implementación de esta medida serán instruidos mediante circular por la Superintendencia de Salud.

VI. FORTALECIMIENTO DE LA INSTITUCIONALIDAD

Los desafíos que enfrenta el sistema de salud, ante la ausencia de reformas que corrigieran sus problemas estructurales, así como ante el aumento de los costos asociados al cambio del perfil epidemiológico y demográfico, hacen necesario fortalecer la institucionalidad responsable de velar por la sustentabilidad del sistema.

El fortalecimiento institucional debe contribuir a promover la certeza jurídica y a que se realicen las adecuaciones paramétricas y regulatorias de manera oportuna, de modo de reflejar adecuadamente los costos del sistema y de generar incentivos para su control en beneficio de las personas.

Para abordar estos desafíos, la Comisión propone, en lo inmediato, robustecer el Consejo Asesor que se crea en la ley corta con el fin fortalecer la institucionalidad y facilitar la resolución de controversias que suscite la aplicación de las medidas que se implementen en el marco de la ley corta. Esto permitirá brindar certeza jurídica en el proceso de implementación de dicha ley y evitar eventuales espacios de arbitrariedad.

En régimen, la Comisión propone establecer por ley que la regulación tanto del precio base como del precio de la prima GES quede como parámetros de variación máximos sujetos a una verificación por Isapre, concordantemente con la regulación actual del ICESA, donde el Consejo Asesor participará en los términos que se detallan más adelante. En el caso de la regulación del precio de la prima GES este proceso debiera normarse tanto respecto a sus alzas anuales, como para el recálculo de la prima en caso de incorporación de nuevos problemas de salud (nuevos D.S. GES). En el anexo 4 se entrega una propuesta sobre esta regulación de las alzas GES.

Con el objetivo de reducir la judicialización del sistema privado de salud, el proyecto de ley corta de Isapre actualmente plantea: (i) perfeccionar el Índice de Costos de Salud (ICESA) y fijar dicho índice mientras esté pendiente el pago total de la deuda informada en el plan de devolución de cada Isapre; y, (ii) facultar a la Superintendencia de Salud (SS) para determinar el precio que las Isapres cobren por las Garantías Explícitas en Salud.

En la propuesta del Ejecutivo el regulador no solo tendría un rol relevante respecto de las adecuaciones de precios y la aprobación de los planes de devolución (efectos retrospectivos del fallo de noviembre de 2022), sino que hacia adelante pasaría a tener un rol determinante

en la fijación de la prima GES, y en la definición del reajuste anual del precio base de los planes de salud para las Isapre mientras estas cuenten con un plan de devolución de deuda aprobado por la Superintendencia de Salud (efectos prospectivos). De esta forma, dicha Superintendencia fijaría los precios que afectan los ingresos de las Isapre, lo cual contribuiría a reducir el ámbito de discrecionalidad de estas y los espacios de posible judicialización a futuro. Sin embargo, esta nueva regulación puede abrir espacios a posibles discrepancias o eventuales controversias entre las partes.

En consideración al contexto que enfrenta actualmente el sistema de salud privado y los cambios regulatorios que se anticipan, y sin perjuicio de los perfeccionamientos que se analicen al contenido de dichas disposiciones, la Comisión sugiere fortalecer la gobernanza para la determinación de las primas, dotando al sistema regulatorio de una instancia técnica e independiente que entregue insumos para su definición y facilite la resolución de controversias, que contribuya a una mayor certeza jurídica y a velar por la sostenibilidad del sistema.

En términos específicos, la Comisión sugiere robustecer el Consejo Asesor propuesto por el Ejecutivo en el proyecto de ley corta, a partir de las siguientes consideraciones, que siguen modelos existentes en otras industrias reguladas (ver anexo 5):

- Establecer en la ley corta de Isapre la existencia, de manera permanente en el tiempo, de un panel técnico para la regulación de tarificación de las Instituciones de Salud Previsional, tanto en su componente de precio base como de prima GES. Así mismo, se sugiere que su ámbito de competencia incorpore elementos de la regulación de contención de costos desarrollada en la sección V de este informe. Para ello, se sugiere ampliar el ámbito de competencia del Consejo Asesor establecido en el artículo 4 de la ley corta, más allá del ámbito retrospectivo del fallo, de forma de incluir su participación en la regulación del Índice de Costos de Salud, de las primas asociadas a las Garantías Explícitas en Salud, y de la regulación de nuevos mecanismos de pago a prestadores y de gastos de administración y ventas.
- En términos específicos se recomienda que este Consejo pueda: (i) Evaluar y monitorear el cálculo del Índice de Costos de Salud, según las metodologías, procedimientos y demás normas establecidas para el efecto, (ii) evaluar y monitorear los cálculos que se requieran, según las metodologías, procedimientos y demás normas establecidas para el efecto, en el proceso de determinación de los precios que las Isapre cobren por las Garantías Explícitas en Salud, así como para su reajuste, acorde al marco legal dispuesto para ello; (iii) Formular observaciones y proponer al

Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud cambios metodológicos y procedimentales para el cálculo dichas primas, (iv) Manifestar su opinión sobre propuestas de revisión de las metodologías y procedimientos que puedan presentarse con ocasión del proceso de determinación del precio que las Isapre cobren por las Garantías Explícitas en Salud o en la determinación del ICESA; y (v) proponer al Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud medidas regulatorias y/o administrativas que contribuyan a la contención del costos del sistema.

- Se propone revisar los mecanismos de designación de los consejeros incluyendo requisitos de idoneidad técnica y formación, nombramientos traslapados en plazo y especificación de las causales de inhabilidad y remoción de sus integrantes, de forma de resguardar su independencia. En este sentido, se sugiere una composición de 5 integrantes de reconocida trayectoria en: economía de la salud (2), derecho regulatorio y libre competencia (1), salud pública y regulación de sistemas de salud (2), con experiencia comprobada en los temas que serán estudiados por el Consejo, los que serían designados por el Presidente de la República y ratificados por mayoría simple en el Senado. Atendida la urgencia de la implementación de este Consejo Asesor para la adecuada aplicación de la ley corta, se sugiere que la nómina de candidatos sea propuesta por el Presidente de la República durante los primeros 30 días después de promulgada la ley y que el Senado se pronuncie en la primera sesión de sala que se celebre tras la presentación de la nómina por parte del Presidente de la República, lo que se sugiere sea regulado por un artículo transitorio de la ley corta. En régimen, el Consejo mantendrá su composición, pero la designación del Presidente de la República será desde una terna confeccionada por el Sistema de Alta Dirección Pública. Igualmente, los nombramientos deberán ser ratificados por el Senado. Durarán 8 años en sus cargos, sin reelección y se renovarán por parcialidades.
- Asimismo, para resguardar la calidad técnica y disponibilidad del tiempo adecuado a las funciones que sean asignadas en una institucionalidad de carácter permanente y para evitar conflictos de intereses, se sugiere que los integrantes del Consejo perciban una dieta en línea con las demás instituciones de esta naturaleza (consejo establecido en el proyecto de ley es ad honorem).
- Se sugiere regular una periodicidad mínima de funcionamiento del Consejo acorde a las funciones que se determine y facultarlo para realizar estudios técnicos y acceder a la información necesaria para ello.
- Se sugiere regular un debido proceso para su funcionamiento que incluya la audiencia de quienes tengan interés legítimo, en línea con lo que sucede en el Panel de Expertos de la Ley General de Servicios Eléctricos.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MODIFICACIÓN PARA EL PROYECTO DE LEY CORTA (BOLETÍN N°15896-11).

- Mediante indicación modificar el Consejo Asesor que se crea en el artículo 4° del proyecto de ley, ampliando sus atribuciones, modificando su forma de funcionamiento, y estableciendo una composición en línea con la señalada en esta sección, lo que implica modificar los artículos 5° y 7° del mencionado proyecto de ley.
- Dicho Consejo Asesor tendrá labores de carácter transitorio y permanentes, las que deberán distinguirse en el proyecto de ley. Entre las primeras están las relacionadas con la resolución de controversias en el contexto de aplicación de las medidas contenidas en este informe a través de un ente técnico e independiente que entregue mayor certeza jurídica.
- Adicionalmente, dicho Consejo Asesor tendrá labores permanentes que permitirán que el sector salud tenga una institucionalidad técnica e independiente cuyo objetivo será evaluar y monitorear las diferentes herramientas que se utilizan para determinar variables como el valor de los precios base y su reajuste; el valor de la prima GES y su reajuste; proponer medidas para la contención de costos; apoyar con recomendaciones al Ministerio de Salud en la evaluación de tecnologías sanitarias y sobre la pertinencia de agregar o modificar los beneficios y beneficiarios de las distintas políticas de salud con que cuenta el Estado (ver siguiente sección).
- Mediante indicación agregar un artículo transitorio que faculte a esta nueva institucionalidad en el plazo de un año desde su instalación a realizar un análisis integral del costo técnico por planes de salud ofrecidos por las Isapres.

VII. NECESIDAD Y URGENCIA DE UNA REFORMA ESTRUCTURAL

Décadas de discusión técnica y política subrayan la necesidad de avanzar hacia un proceso de reforma estructural del sistema de salud chileno que permita superar los problemas que arrastra apuntando a un modelo centrado en las personas, basado en lógicas de seguridad social y que permita un acceso a atención oportuna y de calidad a todas las personas sin que esto dependa de la capacidad de pago. La crisis actual del subsistema Isapre subraya la necesidad y urgencia de esta reforma que no es posible resolver mediante una Ley Corta. Es por esto que la Comisión acuerda recomendar, tanto al Congreso Nacional como al Ejecutivo, avanzar de manera urgente en un trabajo técnico y político que permita el diseño y aprobación de cambios sustantivos a nuestro sistema de salud, los cuales sean materializados con la mayor urgencia posible. En concreto, nos parece fundamental que el Congreso Nacional y el Ejecutivo acuerden plazos explícitos para presentar uno o más proyectos de ley de reforma, iniciando desde ya el trabajo en esos nuevos cuerpos normativos, entendiendo que un esfuerzo de este tipo requiere de grandes acuerdos para hacerse viable.

Independientemente de cómo estas reformas organicen el sistema de salud en el largo plazo, la Comisión Técnica considera que los siguientes elementos debieran ser parte del marco para esta discusión:

- a) Avanzar en reglas de seguridad social, incrementando la solidaridad, equidad y eficiencia del sistema, reduciendo el gasto de bolsillo y resguardando la posibilidad de elegir de las personas.
- b) Fortalecer y modernizar FONASA y la red pública de salud superando sus principales problemas tales como los tiempos de espera y mejorando la calidad de la atención centrada en las personas.
- c) Avanzar en la mancomunación de recursos de la seguridad social entre el subsistema público y privado de salud en línea con incrementar la solidaridad y equidad del sistema y avanzando en lógicas de cobertura universal.
- d) Avanzar a una nueva regulación de los seguros privados, en la lógica de un sistema de seguridad social, superando sus principales problemas tales como la cautividad (pre-existencias), regulación de alzas de precios, mutualización de riesgos, mayor transparencia para los usuarios y eficiencia técnica (ver sección de contención de costos).

- e) Ampliar las funciones del Consejo Asesor mencionado en la sección VII del presente informe para que pueda transformarse en una Agencia o Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias autónomo que apoye al Ministerio de Salud con evidencia respecto de la pertinencia de la inclusión de nuevos grupos poblacionales, problemas de salud, coberturas y prestaciones al régimen GES o a la Ley Ricarte Soto, entre otras facultades que se establezcan por ley.
- f) Avanzar hacia una nueva institucionalidad para la administración del Subsidio por Incapacidad Laboral, incluyendo tanto su componente por enfermedad común como por enfermedad de origen laboral. Esta nueva institucionalidad deberá tener una gobernanza conjunta entre el sector laboral y sanitario, considerando las cotizaciones tanto de trabajadores como de empleadores necesarias para el adecuado financiamiento de este sistema, diferenciando los flujos financieros para este fin de los recursos destinados al sistema de atención de salud. Esta nueva institucionalidad deberá asegurar una gestión eficiente de los recursos y reducir la burocracia a la que se ven expuestas las personas.

La Comisión considera que este conjunto de intervenciones de política pública sean concebidas en un proyecto de ley, que se establezca con sentido de urgencia a objeto de entregar a la ciudadanía como a cada uno de los actores señales contundentes, orientadas a entregar certeza jurídica, soluciones concretas y estabilidad institucional asociada a una nueva lógica en donde cada uno de los actores alinean sus prácticas y estrategias con un propósito común de fortalecer el uso de los recursos en función de un mejor modelo de financiamiento que a su vez genere incentivos a los prestadores para trasladarse de una lógica asistencialistas a una lógica de cuidado de poblaciones.

VIII. CONSIDERACIONES FINALES

La Comisión Técnica para asesorar a los Senadores y Senadoras en el marco de la discusión del proyecto de ley que “Modifica el decreto con fuerza de ley N.º 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N.º 2.763, de 1979, y de las leyes N.º 18.933 y N.º 18.469, en materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el FONASA, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsional” (boletín N.º 15896-11) dispuso su trabajo en el marco de un mandato claramente establecido, buscando entregar elementos técnicos que permitan asesorar al Senado en la búsqueda de acuerdos políticos

para la cierta implementación de los fallos de la Excma. Corte Suprema, asegurando la sostenibilidad del sistema de salud y, a la vez, avanzando en cambios que apunten a mejorar nuestro sistema de salud.

Para esta labor la Comisión, en sus casi tres meses y medio de intenso trabajo, se avocó a estudiar elementos regulatorios y financieros para enfrentar un problema en extremo complejo. Este informe es fruto de un esfuerzo técnico colectivo transversal, que permite avanzar en dar certezas jurídicas al cumplimiento fiel a los fallos de la Corte Suprema, proteger a las personas garantizando sus derechos constitucionales a la protección de salud y mitigando los impactos financieros del subsistema previsional privado de tal manera de impedir un colapso sistémico.

Este trabajo no habría sido posible sin un compromiso genuino, disposición al diálogo y diversas capacidades técnicas puestas al servicio de enfrentar este desafío. En esta línea, queremos reiterar nuestro más sincero agradecimiento y reconocimiento a los equipos técnicos del Senado, la Superintendencia de Salud, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda, quienes han sido fundamentales para el funcionamiento de la Comisión y sus propuestas, permitiendo los insumos técnicos necesarios para la discusión, así como las condiciones materiales para el adecuado funcionamiento de la Comisión.

Tal como se expresa de manera clara en este informe, los fallos de la Excma. Corte Suprema que apuntan a avanzar en lógicas de seguridad social en el subsistema privado de salud, tienen como consecuencia de su implementación impactos financieros profundos que ponen el riesgo la sustentabilidad del sistema de no ser acompañados de medidas de adecuación regulatoria. Sin ir más lejos, una caída de un 22,9% de los ingresos operacionales del sector en el escenario base de implementación de los fallos, sin otras medidas, genera una situación cierta de insolvencia del subsistema ISAPRE en un brevísimo plazo. La inacción no parece un camino posible ante un escenario de esta naturaleza. Las propuestas contenidas en este informe entregan elementos concretos con los que se puede hacer viable la implementación fiel de los fallos, reduciendo los potenciales impactos negativos antes mencionados. Estas propuestas sólo cumplirán su objetivo si son implementados de manera oportuna, razón por la que enfatizamos el sentido de urgencia con el que debe avanzarse en su implementación.

El trabajo de la Comisión estuvo cruzado transversalmente por la preocupación sobre el futuro y la pregunta de cómo mejorar nuestro sistema de salud para que cumpla con ser un instrumento para materializar el derecho a la salud en su amplio sentido. Tal como se reconoce a lo largo del informe, nuestro sistema de salud requiere urgentes y profundas

transformaciones, las cuales la Ley Corta (boletín N.º 15896-11) no es posible que dé respuesta. Por lo mismo reiteramos la urgencia con la que el Congreso Nacional y el Gobierno deben iniciar una conversación que permita avanzar en una reforma sectorial que pueda dar respuesta a los profundos problemas a que afectan al sistema, tanto en su subsistema público como privado. Esto requiere de una hoja de ruta para cambios permanentes y amplios consensos materializados en un proyecto de ley. En nuestro informe entregamos algunos elementos que pueden servir de base para ello. Chile no puede seguir esperando una solución a uno de sus problemas más sentidos, la incertidumbre sobre qué pasará al momento de enfermar. El trabajo de esta Comisión es una muestra fiel de que, en momentos complejos, es posible dialogar en búsqueda de soluciones que pongan en el centro las necesidades de las personas, más allá de nuestras legítimas diferencias.

IX. ANEXOS

Anexo 1

A1. Metodología de la Superintendencia de Salud para las estimaciones de este informe



Departamento de Estudios y Desarrollo

Minuta Comisión Técnica

Describe la metodología de cálculo de las alzas de precios base para conseguir el equilibrio financiero global en cada Isapre (Global y sólo de los Fallos)

15 de septiembre 2023

1. Antecedentes

Cotización pactada del contrato de Salud

La cotización pactada, o valor convenido del contrato de salud es el precio que la persona cotizante paga a la Isapre para recibir cobertura de salud para las personas beneficiarias del contrato (la persona cotizante y sus cargas).

La cotización se compone de los precios del conjunto de los productos contratados (Plan de Salud), entre los que se distinguen:

(1) el precio del Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (GES), cuya prima es distinta según la Isapre. Su monto se calcula multiplicando esta prima GES por el número de personas beneficiarias del contrato;

(2) el precio del Plan Complementario de Salud (PCS), generalmente calculado como el producto entre el precio base y la suma de los factores de riesgo de las personas beneficiarias del contrato. El precio base es único para cada PCS.

Cabe señalar que existen PCS cuyos precios se encuentran pactados al 7% de la renta imponible que no utilizan tablas de factores;

(3) el precio de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), es distinto según la Isapre. Su monto se calcula multiplicando esta prima por el número de personas beneficiarias del contrato. Con frecuencia el precio de la CAEC está incluido en el precio del PCS;

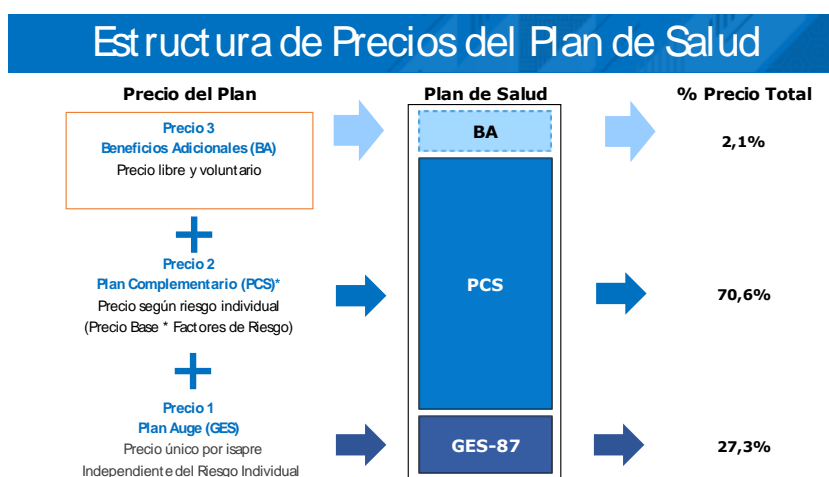
(4) el precio de los Beneficios Adicionales, cuyo precio es libre y voluntario.

El fallo de la corte suprema define que el contrato de salud es la unidad de análisis para el cálculo de las cotizaciones a restituir. La cotización pactada del contrato de salud es una de las variables que caracteriza el contrato. El fallo afecta el precio del Plan Complementario de Salud cuando este se determina a partir de una tabla de factores, siendo éste una de las componentes de la cotización pactada.

Plan de Salud

Al afiliarse a una Isapre, la persona cotizante del contrato adhiere a un Plan de Salud con un conjunto de beneficios para ella y sus cargas beneficiarias (GES, Plan Complementario de Salud y Beneficios Adicionales, en su caso).

A continuación, se describe la estructura de precios de un plan de salud “tipo”, en el sistema privado de salud (promedio Isapres abiertas y cerradas) a diciembre 2022.



Fuente: Archivo Maestro de Contratos de diciembre 2022

(*) Incluye planes complementarios con precios sin tablas de factores y los expresados al 7% de la renta imponible (5,4% de los planes complementarios y 2,4% de las cotizaciones).

Incluye precio de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC).

**Estructura de Precios de los Planes de Salud de Isapres
En diciembre de 2022**

Isapre	Porcentaje Precio GES	Porcentaje Precio Beneficio Adicional	Porcentaje Precio Plan Complementario y CAEC
Colmena	9,8%	1,6%	88,6%
Cruz Blanca	33,1%	1,3%	65,6%
Vida Tres	22,0%	1,3%	76,7%
Nueva Masvida	38,0%	2,1%	60,0%
Banmédica	26,3%	1,4%	72,3%
Consalud	38,6%	4,2%	57,2%
Esencial*	16,1%	0,0%	83,9%
I. Abiertas	27,3%	2,1%	70,6%
Isalud	22,3%	4,7%	73,0%
Fundación	33,4%	0,0%	66,6%
Cruz Del Norte	9,8%	0,0%	90,2%
I. Cerradas	25,8%	3,0%	71,2%
Sistema	27,3%	2,1%	70,6%

(*) Nueva isapre de la Clínica Alemana

Fuente: Archivo Maestro de Contratos de diciembre 2022

Excedentes de cotización

Es la diferencia positiva que se genera cuando **la cotización pactada del contrato de salud**, (la suma del precio del plan de salud complementario, el precio de las Garantías Explícitas en Salud, GES, el precio de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, CAEC, y el precio de los beneficios adicionales), es menor que el 7% que legalmente la persona cotiza.

Cabe señalar, que los excedentes se presentan en el caso de contratos cuya cotización pactada se expresa con base en una tabla de factores, y que, en el contexto de los fallos de la Excm. Corte Suprema, los contratos pueden estar siendo favorecidos y no favorecidos por el Fallo, pudiendo el fallo correspondiente cambiar, incrementando el monto de los excedentes de cotización del contrato de salud.

Se hace igualmente el alcance de que los excedentes de cotización son dinámicos en el tiempo. Estos se pueden ver afectados por los cambios en los salarios de las personas, de la incorporación o retiro de fuentes laborales, de bonos y/o gratificaciones recibidas esporádicamente, etc., lo que hace **imposible fijar un precio final para los contratos que sea estable hacia el futuro.**

La cotización pactada del contrato de salud con la Isapre, tiene como piso 7% del ingreso imponible mensual, al ser una cotización legal obligatoria. De acuerdo con el tope imponible del ingreso de diciembre 2022 (81.6 UF mensuales), el 7% de ese tope correspondía a 5,712 UF mensuales.

Los excedentes de cotización pueden ser utilizados para:

1. Cubrir las cotizaciones en caso de cesantía del trabajador/a;
2. Pagar la totalidad o parte de una atención de salud que es de cargo del afiliado/a (también llamado copago);
3. Pagar prestaciones de salud no cubiertas por el contrato de salud, tales como medicamentos ambulatorios, atenciones dentales, atenciones excluidas de cobertura, exámenes no codificados;
4. Cubrir cotizaciones adicionales voluntarias;
5. Pagar el plan de salud cuando el afiliado/a reúna los requisitos que la ley establece para pensionarse, durante el lapso comprendido entre la solicitud de la jubilación y el momento en que ésta se hace efectiva;
6. Pagar las cuotas de los préstamos de salud que la Isapre le hubiese otorgado.
7. Tras modificar la normativa, a contar del año 2020 las Isapres deben devolver anualmente a sus afiliados y afiliadas el saldo acumulado en su cuenta individual que no haya sido utilizado para los fines descritos en los puntos anteriores. Esta devolución se debe realizar a cada cotizante que mantenga una cuenta con saldo a su favor al 31 de diciembre del año anterior.

Asimismo, en caso de desafiliación o término del contrato, la Isapre debe devolver al afiliado/a la totalidad del saldo acumulado.

Los excedentes son irrenunciables. Sin embargo, un afiliado/a puede renunciar a ellos para destinarlos a financiar los beneficios adicionales de los planes de salud individuales compensados (en donde dos personas cotizan a un mismo plan de salud), los planes grupales y los celebrados con las Isapres cerradas.

Mayor detalle y especificaciones relativos a los excedentes de cotización, pueden ser consultados en el sitio de la Superintendencia de Salud en:

<http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1975.html#acordeonLegislacion>

Dificultades metodológicas encontradas

La información contenida en los Estados de Resultados (FEFI), que incluye ingresos, costos, GAV, entre otras cuentas, **considera los saldos totales de un período** (toda la cartera y todos los productos) y está sujeta a normas de presentación específicas (IFRS), con instrucciones, formatos y fechas de cortes definidas.

En relación con los ingresos, los datos financieros sólo permiten distinguir los que provienen de las primas GES y de los productos NO GES. En estos últimos, se incluyen las primas de los Planes Complementarios (precios base), del Beneficio CAEC y de otros Beneficios Adicionales contratados, así como también, la recaudación por los planes pactados el 7% de renta imponible (2,4%).

Los Ingresos Financieros no consideran las características de los contratos que son utilizadas en los cálculos de las simulaciones solicitadas por la Comisión Técnica en los puntos 1 al 3 de su minuta (referidos al impacto de los fallos de la Corte Suprema por Tabla de Factores), tales como el precio base, los factores de riesgo actuales y nuevos, y otros datos provenientes únicamente de los contratos que contienen tablas de factores.

Se hace presente, que la información utilizada para las simulaciones solicitadas en los puntos 1 al 3, se realizaron con base a información que proviene de un archivo maestro específico ("Cambio de Factores de Riesgo de las Personas Beneficiarias") solicitado por la Superintendencia de Salud a las Isapres para calcular el impacto de los fallos de noviembre 2022 por tabla de factores, con datos de registros administrativos, **que reflejan la operación mensual de cada Isapre en relación con los contratos con tablas de factores.**

Este archivo maestro **no contempla a la totalidad de la cartera (solo contratos de planes con tabla de factores)**, lo que impide imputar directamente estos datos operativos, a aquellos que emanan de los Estados Financieros para realizar las simulaciones requeridas en el punto 4.

No obstante, se buscó un procedimiento que permitiera obtener información razonable para los diferentes escenarios financieros solicitados, conciliando datos obtenidos de registros administrativos con datos financieros.

Sin embargo, es importante advertir que, al conciliar o equiparar los datos financieros con los datos operacionales (registros administrativos), se asume que la cotización pactada, en cuanto a su estructura y componentes (prima Plan Complementario, prima GES, prima CAEC, prima Beneficios adicionales), es homologable a los ingresos operacionales. En consecuencia, para estimar el resto del ingreso financiero (prima GES, prima CAEC, prima Beneficios adicionales) se utilizan los montos correspondientes a los incluidos en la cotización pactada.

2. Escenarios Retrospectivos

2.1 Deuda Retrospectiva

Período de análisis: abril 2020 a octubre 2022, referido a las **cotizaciones pactadas de mayo 2020 a noviembre 2022** (31 meses).

El cálculo se efectúa con la **cartera de beneficiarios administrada de marzo 2023**.

A solicitud de la Comisión Técnica, en el contexto de los fallos de la Excma. Corte Suprema por Tabla de Factores, se realizó el análisis de la deuda retrospectivo, consistente en calcular los montos a restituir para el período de cotizaciones comprendido entre mayo 2020 y noviembre 2022, fecha de ejecución de las sentencias.

El universo de análisis de este escenario es el conjunto de contratos de salud administrados en marzo 2023 cuyo precio se calcula con base en una tabla de factores antigua.

2.2 Deuda Prospectiva

Período de análisis: noviembre 2022 a enero 2024, referido a las **cotizaciones pactadas de diciembre 2022 a febrero 2024** (15 meses).

El cálculo se efectúa con datos de marzo 2023, referidos a **las cotizaciones pactadas de abril 2023, los que se multiplican por 15 meses**.

Los escenarios simulados suponen que la realidad de marzo 2023 tanto financiera (**abril 2023**) como de cartera es la misma para períodos anteriores y sucesivos.

Hasta el momento, no es posible utilizar períodos posteriores, debido a que la información solicitada por la Superintendencia, referida a dichos períodos está en procesos de levantamiento y de validación.

A solicitud de la Comisión Técnica, en el contexto de los fallos de la Excma. Corte Suprema por Tabla de Factores, se realizó el análisis de la deuda prospectiva, consistente en calcular los montos a restituir para el período de cotizaciones comprendido entre noviembre 2022 y febrero 2024, fecha estimada de promulgación de la Ley Corta.

El universo de análisis de este escenario es el conjunto de contratos de salud administrados en marzo 2023 cuyo precio se calcula con base en una tabla de factores (tabla única y otras).

Para dar respuesta a los planteamientos de la Comisión Técnica, la Superintendencia entregó cuatro escenarios de cálculo tanto para la deuda retrospectiva como para la deuda prospectiva entre los cuales el escenario inicial (escenario 1) es aquel que incluye el efecto de los fallos por tabla de factores sin incorporar el piso de 7% ni la mutualización de riesgos.

Escenarios retrospectivos analizados	Sin piso del 7%	Con piso del 7%
<p>No se mutualizan los riesgos</p> <p>Si la cotización pactada actual supera la cotización pactada calculada con la Tabla de Factores Única (TFU), se determina que la cotización pactada final es igual a la calculada con TFU, si no, la cotización pactada final es igual a la cotización pactada actual.</p>	Tabla 1	Tabla 1A
<p>Se mutualizan los riesgos</p> <p>La cotización pactada final es igual al precio calculado con Tabla de Factores Única</p>	Tabla 1B	Tabla 1C

A solicitud de la Comisión Técnica se determinan en cada escenario el Monto Afecto Retrospectivo TFU (con y sin mutualización y/o con y sin piso del 7% dependiendo del escenario); el Monto Deuda a Fecha de Promulgación Ley Corta (con y sin mutualización y/o con y sin piso del 7% dependiendo del escenario y ajuste de la Prima GES por Isapre); la deuda total, y la deuda anualizada en un periodo que fue parametrizado, que por defecto queda en 10 años, lo que permite cambiar el número de años para el período de devolución.

Se entregan tablas con montos expresados en unidades de fomento y en pesos. La entrega ha sido parametrizada para que los valores en pesos puedan ser actualizados dependiendo de la UF del día que se requiera expresar.

3. Escenarios prospectivos de equilibrio financiero con escenarios financieros de contención de costos y tratamiento de excedentes (diciembre 2022-abril 2023)

Consideraciones acerca de los datos financieros

Considera datos del año móvil mayo 2022 a abril 2023 mensualizados (promedio mayo 2022 a abril 2023).

Se agregó columna GAV para establecer una medida de contención de costos vía disminución de los GAV (Tablas 4a y 4b).

3. Escenarios de impacto prospectivo

A solicitud de la Comisión Técnica se simularon 2 escenarios de impacto prospectivo en los ingresos operacionales, derivados de (1) los fallos de noviembre 2022 (cambio de tabla de factores) y (2) de los fallos de agosto 2023 (ajuste de prima GES).

Para estos escenarios se pidió determinar las alzas de precios base que permitieran el equilibrio financiero global de las Isapres (resultado operacional = 0) y el equilibrio por aplicación de los fallos (manteniendo el resultado operacional de arrastre).

Estos ejercicios se realizaron considerando la aplicación del alza de precios base a todos los contratos y sólo a los contratos con tablas de factores distintas a la TUF.

Los resultados para dichos escenarios se plasman en las siguientes tablas:

- **Tabla 2:** Escenario 1 sin piso de 7% para el impacto prospectivo con reajuste de precios base.
- **Tabla 3a:** Escenario 2 con piso de 7% en contratos con tablas distintas a la TUF para el impacto prospectivo con reajuste de precios base.
- **Tabla 3b:** Escenario 2 con piso de 7% en todos los contratos para el impacto prospectivo con reajuste de precios base.

Adicionalmente, se pidió simular 1 escenario que consideraran una medida de contención de costos, expresada en una disminución de los Gastos de Administración y Ventas (GAV). Los resultados para dichos escenarios se plasman en las siguientes tablas:

- **Tabla 4a:** Escenario 3 con piso de 7% en contratos con tablas distintas a la TUF para el impacto prospectivo con reajuste de precios base, considerando que los GAV son equivalentes al 6% de los ingresos operacionales.

- **Tabla 4b:** Escenario 3 con piso de 7% en todos los contratos para el impacto prospectivo con reajuste de precios base, considerando que los GAV son equivalentes al 6% de los ingresos operacionales.
- **Tabla 4c:** Escenario 3 con piso de 7% en todos los contratos para el impacto prospectivo con reajuste de precios base, considerando que los GAV son equivalentes al 9% de los ingresos operacionales.

Escenarios Prospectivos analizados	Sin piso del 7%	Con piso del 7%	
		Solo TFA	TFA y TFU
Sin contención de costos (GAV)	Tabla 2	Tabla 3A	Tabla 3B
Con contención de costos (GAV: 6% de los ingresos op.)		Tabla 4A	Tabla 4B
Con contención de costos (GAV: 9% de los ingresos op.)			Tabla 4C

Para cada uno de los escenarios señalados, se determinó el incremento de ingresos necesario para lograr el equilibrio global y el equilibrio de los fallos, en cada una de las Isapres, respectivamente.

El incremento de ingresos por escenario constituye el objetivo a lograr con las alzas de los precios base.

De acuerdo con lo ya señalado, los escenarios prospectivos incorporan los efectos de los fallos de noviembre 2022 por tabla de factores (retrospectivo y prospectivo) al igual que los efectos de los fallos de agosto 2023 por prima GES (prospectivo únicamente, no se considera eventual deuda referida al período octubre 2022 a agosto 2023). Respecto de los efectos de los fallos de agosto 2023 por prima GES 87, cabe señalar que no existe un cálculo oficial por parte de la Superintendencia de Salud.

En los efectos de los fallos de noviembre 2022 y agosto 2023 se recogieron en las columnas 4, 5 y 6 de cada Tabla de los escenarios prospectivos analizados.

Efecto retrospectivo de los fallos de noviembre 2022 por tabla de factores (Columna 4):

- Muestra el impacto porcentual mensual en ingresos de la devolución de las deudas retrospectiva y prospectiva (Fallo nov.22).
- Considera las deudas calculadas de la tabla 1c (con piso 7% y mutualización) del alcance retrospectivo, mensualizadas.

- Contienen el monto mensual de la deuda a pagar en 10 años (plazo definido por defecto en el análisis retrospectivo).

Efecto prospectivo de los fallos de noviembre 2022 por tabla de factores (Columna 5):

- Muestra el impacto porcentual mensual en ingresos del cambio de tabla de factores y el no cobro a menores de 2 años (fallos nov.22).
- Corresponde a los ingresos que se dejan de percibir por aplicación de los fallos de noviembre 2022 (sin considerar piso del 7%). No considera el impacto en los ingresos de la rebaja en la prima GES.

Efecto Prospectivo de los fallos de agosto 2023 por prima GES (Columna 6):

- Muestra el impacto porcentual mensual en ingresos del ajuste en las primas GES (Fallo ago.23).
- Considera ajuste de los precios GES para la cartera del mes de abril 2023 como referencia, atendido que el análisis prospectivo se está simulando para el período de cotizaciones de ese mes.
- Corresponde a los ingresos que se dejan de percibir por ajuste de la prima GES en un mes (se utiliza la cartera del mes de abril 2023 como referencia). Considera ajustes de primas a toda la cartera.

4. Cálculo de los precios base de equilibrio

Para el cálculo de las alzas de los precios base que corresponden a cada uno de los escenarios descritos se utilizó la siguiente metodología:

A) Escenario 1 sin piso del 7% (Tabla 2)

Alza de precios base para todos los contratos:

Considera la búsqueda del alza de precios base promedio considerando el precio final (luego de aplicado el fallo) de todos los contratos, para alcanzar la cotización pactada de equilibrio. Esta última, corresponde a la sumatoria de la cotización pactada final de todos los contratos aumentada en el porcentaje de incremento de ingresos necesario de cada Isapre.

(1) *Cotización Pactada de Equilibrio*

$$= \text{Cotizaciones pactadas} \times (1 + \% \text{ incremento de ingresos})$$

$$(2) \text{ Alza Precios Base} = \frac{\text{Cotización Pactada de Equilibrio} - \text{Precios Resto Productos}}{\text{Precios Finales}} - 1$$

Alza de precios base para contratos con tablas antiguas:

Considera la búsqueda del alza de precios base promedio considerando el precio final (luego de aplicado el fallo) de los contratos con tablas antiguas únicamente, para alcanzar la cotización pactada de equilibrio. Esta última, corresponde a la sumatoria de la cotización pactada final de todos los contratos aumentada en el porcentaje de incremento de ingresos necesario de cada Isapre.

(1) *Cotización Pactada de equilibrio*

$$= \text{Cotizaciones pactadas} \times (1 + \% \text{ incremento de ingresos})$$

(2) *Alza Precios Base*

$$= \frac{\text{Cotización Pactada de Equilibrio} - \text{Precios Resto Productos} - \text{Precios Finales Contratos TUF}}{\text{Precios Finales Contratos TFA}}$$

- 1

B) Escenario 2 con piso del 7% para contratos con tablas antiguas (Tabla 3a)

Alza de precios base para todos los contratos:

Considera la búsqueda del alza de precios base promedio considerando el precio final (luego de aplicado el fallo) de todos los contratos más los excedentes generados sólo por los contratos con tablas antiguas, para alcanzar la cotización pactada de equilibrio. Esta última, corresponde a la sumatoria de la cotización pactada final de los contratos con TFU más la cotización pactada final con el piso del 7% de los contratos con TFA aumentada en el porcentaje de incremento de ingresos necesario de cada Isapre.

(1) *Cot. Pact. Equil.*

$$= (\text{Cot. pact. final TFU} + \text{Cot. pact. final con piso de 7\% TFA}) \times (1 + \% \text{ incremento de ingresos})$$

(2) *Alza Precios Base*

$$= \frac{\text{Cot. Pact. de Equil.} - \text{Precios Resto Productos} - \text{Excedentes TFA}}{\text{Precios Finales}} - 1$$

Alza de precios base para contratos con tablas antiguas:

Considera la búsqueda del alza de precios base promedio considerando el precio final (luego de aplicado el fallo) y los excedentes de los contratos con tablas antiguas únicamente, para alcanzar la cotización pactada de equilibrio. Esta última, corresponde a la sumatoria de la cotización pactada final de los contratos con TFU más la cotización pactada final con el piso del 7% de los contratos con TFA aumentada en el porcentaje de incremento de ingresos necesario de cada Isapre.

(1) *Cot. Pact. Equil.*

$$= (\text{Cot. pact. final TFU} + \text{Cot. pact. final con piso de 7\% TFA}) \times (1 + \% \text{ incremento de ingresos})$$

(2) *Alza Precios Base*

$$= \frac{\text{Cot. Pact. de Equilibrio} - \text{Precios Resto Productos} - \text{Precios Finales TFU} - \text{Excedentes TFA}}{\text{Precios Finales TFA}} - 1$$

Estos cálculos recogen un alza de precios base aproximada porque consideran los excedentes que se originan con la aplicación de los fallos sin alza. Estos excedentes

disminuirán luego de aplicar el alza a los precios base y, por tanto, dicho reajuste debe iterarse para conseguir el equilibrio financiero buscado. El alza de equilibrio será levemente inferior.

C) Escenario 2 con piso del 7% para Todos los contratos (Tabla 3b)

Alza de precios base para todos los contratos:

Considera la búsqueda del alza de precios base promedio considerando el precio final (luego de aplicado el fallo) de todos los contratos más los excedentes generados por todos ellos, para alcanzar la cotización pactada de equilibrio. Esta última, corresponde a la sumatoria de la cotización pactada final con piso del 7% de todos los contratos aumentada en el porcentaje de incremento de ingresos necesario de cada Isapre.

$$(1) \text{ Cot. Pact. Equil.} = (\text{Cot. pact. final con piso del 7\%}) \times (1 + \% \text{ incremento de ingresos})$$

$$(2) \text{ Alza Precios Base} = \frac{\text{Cot. Pact. de Equil.} - \text{Precios Resto Productos} - \text{Excedentes}}{\text{Precios Finales}} - 1$$

Alza de precios base para contratos con tablas antiguas:

Considera la búsqueda del alza de precios base promedio considerando el precio final (luego de aplicado el fallo) de los contratos con TFA únicamente, más los excedentes de todos los contratos, para alcanzar la cotización pactada de equilibrio. Esta última, corresponde a la sumatoria de la cotización pactada final con piso del 7% de todos los contratos aumentada en el porcentaje de incremento de ingresos necesario de cada Isapre.

$$(1) \text{ Cot. Pact. Equil.} = (\text{Cot. pact. final con piso del 7\%}) \times (1 + \% \text{ incremento de ingresos})$$

$$(2) \text{ Alza Precios Base} = \frac{\text{Cot. Pact. de Equil.} - \text{Precios Resto Productos} - \text{Precios Finales TFU} - \text{Excedentes}}{\text{Precios Finales TFA}} - 1$$

Estos cálculos recogen un alza de precios base aproximada porque consideran los excedentes que se originan con la aplicación de los fallos, sin alza. Estos excedentes disminuirán luego de aplicarse el alza a los precios base y, por tanto, dicho reajuste debe iterarse para conseguir el equilibrio financiero buscado. El alza de equilibrio será levemente inferior.

La metodología señalada en las letras A), B) y C) se aplica tanto para lograr el equilibrio global como el equilibrio de los fallos, sustituyendo el porcentaje de incremento de los ingresos requerido para cada caso.

Del mismo modo, la metodología descrita se replica para determinar las alzas de los precios base que corresponden a los escenarios que consideran medidas de contención de costos vía disminución de los GAV (Tablas 4a, 4b y 4c).

Para los escenarios que corresponden a las Tabla 3b, 4b y 4c se presentan las alzas de precios iteradas, por medio de las cuales se alcanza el equilibrio buscado con mayor precisión.

ADVERTENCIA:

Se reitera, que esta metodología no es exacta por cuanto se apoya en un supuesto de equivalencia entre el incremento de la cotización pactada y de los ingresos financieros.

Alternativamente, para los escenarios que corresponden a las Tablas 3b, 4b y 4c se presentan alzas de precios base calculadas a partir de una metodología más simple que permite acercarse un poco más al equilibrio. Esta metodología, sin embargo, se apoya en un supuesto importante por cuanto asume que la sumatoria de los precios pactados por los demás productos contratados (GES, CAEC y BA) son equivalentes a los ingresos financieros percibidos por estos productos.

No obstante, al comparar las alzas que resultan de esta metodología alternativa con las alzas de precios iteradas para algunas Isapres, se pudo constatar que, si bien no es exacta, se acerca un poco más al equilibrio con diferencias que no superan los 3 puntos porcentuales.

Esta metodología alternativa, consiste simplemente en determinar las alzas de precios base a partir de la relación que existe entre los resultados operacionales que se requiere igualar a cero y los ingresos percibidos por los planes complementarios de todos los contratos o de los contratos que tienen asociada una tabla de factores antigua, según corresponda al escenario analizado.

Los ingresos percibidos por los planes complementarios se estimaron descontando a los ingresos generados por los contratos con tablas, los precios de los demás productos contratados (aplicando el supuesto descrito). Por su parte, para estimar los ingresos percibidos sólo por los planes complementarios que utilizan una tabla distinta de la tabla

única, se aplicó el porcentaje que representan los precios finales de estos planes sobre los precios finales de todos los planes complementarios. Esta información se puede obtener de cualquiera de las hojas auxiliares presentadas en la planilla (en nuestro caso, los datos provienen de las celdas C11 y C13 de la hoja "PB Eq.Global SC T2").

Consideraciones en el caso de la Isapre Esencial

En el caso de la Isapre Esencial, la metodología alternativa genera un alza de precios base distorsionada, ya que, en esta Isapre los precios del resto de los productos representan un porcentaje muy elevado de los ingresos derivados de los contratos con tablas, haciendo que los ingresos calculados para los planes complementarios resulten con un monto extremadamente bajo. En esta Isapre, los precios del resto de los productos (GES, CAEC y BA) representarían (con base en el supuesto antes mencionado) más del doble de los precios de los planes complementarios, lo que no es razonable.

Anexo 2

A2. Nota Técnica de Aplicación Metodológica

En los fallos de noviembre de 2022 la Corte Suprema indicó: “En su lugar, [la Isapre] deberá calcular el precio final de todos los contratos de salud que administre, multiplicando valor del plan base correspondiente por la suma de los factores del grupo familiar, aplicando para ello la Tabla Única de Factores contenida en la Circular N° 343 de la Superintendencia de Salud.” Dicha tabla de factores universal no discrimina por sexo. Es decir, elimina los planes de hombres y mujeres. Por lo cual, la aplicación del fallo de manera retroactiva debe considerar un valor base compatible con la Tabla única de factores (TUF), que, por definición, debe corresponder a un plan mixto. En consecuencia, el precio base debe ser coherente con dicho plan. De aquí se deriva que, para hacer las estimaciones correctamente se hace necesario calcular el valor de ese precio base²⁰.

El equipo de trabajo de la FEN²¹ hizo ese cálculo estimando el valor base de un “plan mixto”, concluyendo que este debería costar un 40% más que un “plan sólo de hombres”. Siguiendo esta metodología, por ejemplo, **el monto que se habría cobrado en exceso ascendería a USD 493 millones, desde mayo 2020 hasta mayo 2023.**

Esta cifra se explica porque no es posible aplicar la nueva tabla de factores a los contratos anteriores que fueron estructurados bajo su propia tabla de factores. Para hacerlo equivalente es necesario corregir el valor 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). Ello justifica el ejercicio de armonización del sistema de precios que propone la Comisión y es coherente con el Documento de Trabajo “**Evaluación de Impacto de la Tabla de Factores Única** (Circular N° 343, de 2019)”, Departamento de Estudios y Desarrollo, octubre de 2020, de la Superintendencia de Salud que indica textualmente:

- **“La mayoría de las isapres, salvo Nueva Masvida, muestran aumentos en el precio base promedio de sus planes. Los mayores incrementos corresponden a Vida Tres**

²⁰ La tabla de factores está asociada indisolublemente a un plan específico, con su respectivo valor base. De esta forma, si se aplica la tabla de factores nueva, que no diferencia por sexo, cuya base son mujeres y hombres entre 25 y 34 años, a planes antiguos, cuyo valor base se calcula para hombres entre 30 y 34 años, irreparablemente hay que realizar un ajuste en el precio base del plan. Esto ocurre porque el costo técnico de ese **grupo de referencia mixto** (25 a 34 años) es más alto que el **grupo de referencia de sólo hombres** (30 a 34 años).

²¹ “Estimación de los Efectos Económicos en ISAPRES y Prestadores de Salud por el cambio de Tabla de Factores”, 19 de junio 2023. David Díaz Solís, José Luis Ruiz, Nicolás Martínez Alvear, Dieter Linneberg, Álvaro Clarke.

y Cruz Blanca, ambas con +42,8%, seguidas por Banmédica (+40,3%) y Consalud (+25,2%). Se hace presente, que el aumento de los precios base constituye un mecanismo utilizado por las isapres para solventar la disminución de precios que experimentan mujeres y adultos mayores de 65 años como resultado de la aplicación de los nuevos factores de riesgo, lo que les permite regular un nuevo equilibrio entre los costos e ingresos de los nuevos contratantes”

- **“La mayoría de las isapres incrementaron el precio promedio para el hombre de 30 años. Las isapres que muestran mayor aumento son Vida Tres y Cruz Blanca (+42,8%), seguidas de Banmédica (+40,3%) y Consalud (+31,4%). “**
- **“Para constatar el impacto de la tabla única sobre los precios finales de los planes de salud, se realizaron una serie de ejercicios para visualizar las diferencias de precios que experimentan distintos perfiles de cotizantes seleccionados según sexo y edad. Las variaciones observadas en los precios finales de hombres y mujeres de 30 años se dan en el sentido esperado, es decir, aumentan para los hombres (+29,7%, en promedio) y disminuyen de manera relevante para las mujeres (-54,7%, en promedio).”**

Luego, no corresponde aplicar el valor base de los planes antiguos al cálculo de las devoluciones aplicando la TUF ya que los contratos antiguos fueron estructurados en función a un precio base para “hombre entre 30 y 34”, y la nueva tabla debe tener un precio base asociados a “mujeres y hombres entre 25 y 34”, cuyo costo técnico es más alto, como lo prueban las estimaciones realizadas por el estudio de la FEN y los propios análisis realizados por la Superintendencia de Salud.

El cálculo que efectúa al aplicar el fallo, -usando el precio base de los planes antiguos, que corresponde al hombre entre 30 y 35 años-, a las mujeres, deja fuera, entre otras cosas, la prima por maternidad. En otras palabras, bajo esa fórmula de cálculo, nadie paga esa prima. Sin embargo, sabemos que en ese período el grupo de mujeres de referencia si tuvo cobertura de maternidad y muchas obtuvieron los beneficios de maternidad de su Isapre, como pagos de prestaciones y licencias médicas. Lo anterior se produce porque, obviamente, **los planes de hombres no incluían la prima por maternidad, dicha prima se introducía a través de las antiguas tablas de factores.**

Anexo 3

A3. Modificaciones al ICSA



Indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2022

Septiembre 2023

A solicitud de la comisión Técnica del Senado, para contar un orden de magnitud del efecto que representó la incorporación de la variación del costo en prestaciones MLE en el Fonasa, como elemento de contención de costos en el ICSA 2022, se calcula la diferencias entre la variación del costo operacional para el sistema de Isapres (IRCSA)2022²² y el indicador de Costos de la Salud (ICSA) 2022²³.

Tabla 1: Efecto de la incorporación de la variación del costo en prestaciones MLE en el Fonasa en el ICSA 2022.

Indicador	Indicadores preliminares referenciales (1)						ICSA 2022
	jun-22	jul-22	ago-22	sept-22	oct-22	nov-22	dic-2022(2)
ICSA (con FONASA)	17,7%	13,8%	10,0%	7,1%	5,1%	3,8%	2,6%
IRCSA (sin FONASA)	17,1%	13,9%	10,5%	7,7%	6,3%	4,9%	4,3%
Diferencia en p.p. (3)	-0,7	0,1	0,5	0,6	1,1	1,0	1,7

Fuente: Archivos Maestros de Prestaciones Bonificadas, Licencias Médicas Tramitadas y Reclamadas, al 26-09-2023.

Notas:

- (1) Los "indicadores preliminares referenciales" se calculan con la misma metodología y fórmula que el ICSA 2022, pero con períodos de estudio y de base "móviles"; así por ejemplo el ICSA preliminar referencial a junio 2022 (17.7%), se calcula con período de análisis julio 2021-junio 2022 y con período base julio 2020-junio 2021.
- (2) Indicador correspondiente a diciembre 2022, considera reliquidaciones por EMP.
- (3) efecto en puntos porcentuales (p.p.) de la incorporación de la variación del costo en prestaciones MLE en el Fonasa, como elemento de contención de costos.

(4)

1. Consideraciones acerca del gasto del EMP incluido en el ICSA 2022

Tabla 2: Efecto del gasto en EMP en el ICSA 2022

Costo en prestaciones de Salud	Diciembre 2022		
	Montos en \$ (1)	Montos en MM\$	ICPRE
Con EMP	\$3.647.133.159.591	\$ 3.647.133	8,62%
Sin EMP	\$3.646.901.451.682	\$ 3.646.901	8,61%
Diferencia	\$ 231.707.909	\$ 232	0,013 (2)
% diferencia	0,01%	0,01%	

Fuente: Archivo Maestros de Prestaciones Bonificadas 2022

Notas:

- (1) Montos a pesos de diciembre 2022
- (2) Variación en puntos porcentuales (p.p.)

²² Isapres abiertas y cerradas. Cálculo de la variación del costo operacional de enero a diciembre 2022 en relación con enero-diciembre 2021.

²³ Isapres abiertas y cerradas. Cálculo de la variación del costo operacional de enero a diciembre 2022 en relación con enero-diciembre 2021, en donde se justifica (promedia) la variación de costo en prestaciones MLE de las Isapres por la variación del costo en prestaciones MLE en el Fonasa.

2. Consideraciones legales

La Ley 21.350 (Artículo 198) introduce el costo en prestaciones MLE en el Fonasa como un elemento que incentiva la contención de costos del gasto en salud:

“2. Para determinar el valor anual del indicador, el Superintendente de Salud deberá seguir el siguiente procedimiento:

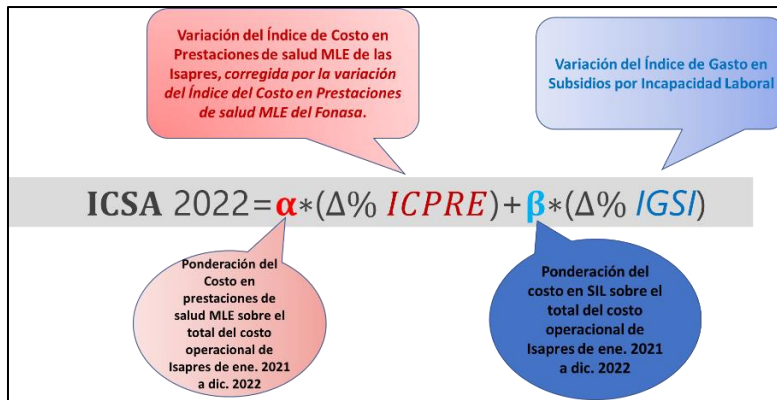
a) Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variación del costo en subsidios por incapacidad laboral del sistema privado de salud.

Asimismo, deberá incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud.”

Con base en el artículo 198 de la Ley 21.350, se aprueba la Norma Técnica N°220 DEL ALGORITMO DE CÁLCULO PARA DETERMINAR EL INDICADOR DE COSTOS DE LA SALUD (ICSA) DEL ARTÍCULO 198, DEL DECRETO CON FUERZA DE LEY N°1, DE 2005, DEL MINISTERIO DE SALUD Publicada en el Diario Oficial del 15 de marzo de 2022 (párrafo 5°, Etapa de definición del ICSA, Artículo 18, p. 10):

Núm. 43.203	DIARIO OFICIAL DE LA REPUBLICA DE CHILE Martes 15 de Marzo de 2022	Página 10 de 10
Párrafo 5° Etapa de definición del ICSA		
<p>Artículo 18. Definición del indicador. Como resultado de las etapas previas, el Indicador de la variación del Costo de la Salud (ICSA) se obtendrá del promedio ponderado de la variación porcentual del costo en prestaciones de salud MLE de las Isapres, ajustado por la variación porcentual del costo en prestaciones de salud MLE de Fonasa, y la variación porcentual promedio del gasto en SIL en Isapres.</p> <p>Los ponderadores se estimarán con base en la representación que tengan el costo en prestaciones y el gasto en SIL sobre el total del costo operacional de Isapres. Es decir:</p>		
$ICSA = \alpha * (\Delta\%ICPRE) + \beta * (\Delta\%IGSI)$		
En donde:		
<p>α: Ponderación del costo en prestaciones de salud MLE sobre el total del costo operacional de Isapres en el periodo de estudio.</p> <p>β: Ponderación del costo en SIL sobre el sobre el total del costo operacional de Isapres en el periodo de estudio.</p> <p>$\Delta\%ICPRE$: Variación porcentual promedio anual del Índice de costo en prestaciones de salud MLE de las Isapres, ajustada según la variación del costo en prestaciones de salud MLE del Fonasa.</p> <p>$\Delta\%IGSI$: Variación porcentual promedio anual del Índice de Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral (IGSI).</p>		

Figura 1: Formula del ICSA



Con base en lo anterior se calcula la variación del índice de costo en prestaciones (ICPRE) que es una de las componentes del ICSA 2022, en donde se justifica (promedia) la variación de costo en prestaciones MLE de las Isapres por la variación del costo en prestaciones MLE en el Fonasa, en referencia al Párrafo 3º, Artículo 14 de la Norma Técnica (p.8):

Párrafo 3º

Etapa de corrección y definición de la variación del costo de prestaciones de salud MLE de las Isapres

Artículo 14. Promedio ponderado de las variaciones del gasto del Fonasa y de las Isapres en prestaciones MLE. Para los efectos de contener la variación de costo en prestaciones en MLE de las Isapres, se deberá promediar la variación promedio anual del índice de costo en prestaciones de salud MLE de las Isapres ($\Delta\% ICPRE(Isapres)$) con la variación del costo en prestaciones en MLE del Fonasa ($\Delta\% ICPRE(Fonasa)$) para ser incorporado en el ICSA.

Las ponderaciones, para las variaciones de las Isapres y del Fonasa, se calculan como las frecuencias de uso de prestaciones en MLE (demanda) relativas de cada seguro.

La frecuencia de uso de prestaciones MLE relativa se estima con base a la demanda potencial, es decir, la cartera de personas beneficiarias que puede acceder a prestaciones MLE en cada seguro.

Luego se obtiene la variación del Índice de costo en prestaciones de salud MLE de las Isapres ($\Delta\% ICPRE(Isapres)$), ajustada según la variación del costo en prestaciones de salud MLE del Fonasa ($\Delta\% ICPRE(Fonasa)$), la cual será el insumo final para la construcción de la componente del costo en prestaciones del ICSA ($\Delta\% ICPRE$).

Figura 2: Formula del índice de variación del costo en prestaciones

$$\Delta\% ICPRE = (\alpha_1 \Delta\% ICPRE_{ISAPRES} + \alpha_2 \Delta\% ICPRE_{FONASA})$$

Ponderación de la variación del costo en prestaciones de salud MLE de Isapres (con base a la tasa de uso relativa de prestaciones MLE)

Ponderación de la variación del costo en prestaciones de salud MLE de Fonasa (con base a la tasa de uso relativa de prestaciones MLE)

Para determinar la variación de costos de prestaciones de salud MLE en el Fonasa (ICPRE Fonasa), el procedimiento de cálculo es similar al realizado para el sistema Isapre y detallado en la Norma Técnica N°220. La principal diferencia con el cálculo para el sistema Isapre radica en la definición del universo de prestaciones del Fonasa para el cálculo de los indicadores.

Para esto se consideraron todas aquellas prestaciones de salud bonificadas por Fonasa en su modalidad ambulatoria y hospitalaria.

De las prestaciones de salud bonificadas, se consideraron todas aquellas que, conjuntamente, en cada tipo de atención (ambulatoria u hospitalaria), acumularon 90% del gasto bonificado de las prestaciones MLE del Fonasa, del mismo modo que lo que se considera para el sistema Isapre.

Luego, se seleccionaron todas las prestaciones de salud comunes entre Sistema Isapre y Fonasa. Esto es, la intersección entre la canasta de prestaciones de salud seleccionada para Isapres (que acumularon 90% del gasto en cada tipo de atención) y la seleccionada para el Fonasa (que también acumularon 90% del gasto en cada tipo de atención).

Posteriormente, se añadieron, todas las prestaciones incluidas en la canasta de Fonasa (90% del gasto del Fonasa en atención ambulatoria y 90% en atención hospitalaria) que correspondían a los grupos 25 y 28 del Arancel Fonasa MLE, es decir, los grupos correspondientes a Pagos Asociados a Diagnostico (PAD) y a los Pagos Asociados a Emergencia (PAE), respectivamente.

3. Consideraciones acerca de las prestaciones de salud y de los Subsidios por Incapacidad Laboral incorporados en el ICOSA 2022

Las prestaciones de salud incorporadas en la estimación de la variación anual del costo de la cobertura obligatoria de prestaciones de salud son todas aquellas aranceladas por el Fonasa en la MLE²⁴. Por otra parte, se estima la variación anual del costo por pagos de SIL, con base en el índice del gasto per cápita en SIL por licencias médicas curativas de cargo de las Isapres:

- **Prestaciones de salud:**
 - De enero 2021 a diciembre 2022, se hace estricto seguimiento a la evolución del costo de prestaciones contenidas en Arancel Fonasa MLE y que mantengan vigencia en los 24 meses de estudio. Los costos asociados a prestaciones de salud con una codificación distinta a la del MLE, no se consideran.
 - Se consideran todas aquellas prestaciones MLE que conjuntamente acumulan 90% del gasto (es decir 90% de lo bonificado por el conjunto del sistema de Isapres, abiertas y cerradas), para atención ambulatoria y para atención hospitalaria, por separado.
 - Se excluyen las prestaciones de salud financiadas mediante la prima GES, toda vez que el objetivo principal del ICOSA es regular el precio base de los planes de salud.
 - Se incorporan en el cálculo de la variación de costo de prestaciones de salud, aquellas prestaciones bonificadas para dar cumplimiento a las metas de cobertura del Examen

²⁴ Para la estimación de los índices de costo, se selecciona a todas aquellas prestaciones que conjuntamente acumulan el 90% del gasto de las Isapres en el periodo base del cálculo. Además, solo se consideran en esta canasta, prestaciones de salud que estén representadas en todo el periodo de estudio, es decir los 24 meses a los cuales se le hace seguimiento a las prestaciones. De no realizarse esto, los micro índices de costo de las prestaciones se indefinirían, a no haber base para comparar. Para más detalle sobre esto, se remite a la Norma Técnica N°220 del Algoritmo de Cálculo para determinar el Indicador de Costos de la Salud (ICOSA).

de Medicina preventiva. El cumplimiento de las metas de cobertura del EMP es requisito para que una Isapre pueda realizar el alza de sus precios base.

- **Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL):**
 - Se considera todo aquel gasto en que ha incurrido la Isapre entre enero 2021 a diciembre 2022 para dar cobertura a licencias médicas de cargo de las aseguradoras (“Enfermedades y Accidentes NO del Trabajo” y “Patologías del Embarazo”), con excepción de las Licencias Médicas Preventivas Parentales (LMPP), dado que esta fue una medida temporal (postnatal de emergencia)²⁵.

4. Consideraciones acerca del uso del ICSA en los procesos de adecuación de precios base

- **El ICSA es un indicador que arroja el valor máximo de alza, pero no el alza que debe proponer la Isapre.**
 - El ICSA es un indicador que no es equivalente a la variación de los costos operacionales del sistema Isapres, dado que se rige por la Norma Técnica N°220, que incluye, entre otras cosas, elementos de contención de costos.
 - Dado que el ICSA es el valor tope de variación, el alza que decidan realizar las Isapres no es necesariamente igual al valor del ICSA, dado que, como establece claramente la Excm. Corte Suprema, las aseguradoras deberán justificar el valor propuesto en los términos que indica la Ley, pudiendo este valor ser inferior al ICSA.
 - Luego, el ICSA no es el único elemento que participa del proceso de adecuación de precio de planes de salud, sino que actúa conjuntamente con el proceso de verificación de costos de las Isapres, mediante el cual se determina el valor final que cada Isapre propondrá como alza.
 - Asimismo, el proceso de adecuación de precios se encuentra indexado al cumplimiento de metas del Examen de Medicina Preventiva en el año anterior, por lo que si una Isapre no cumple dichas metas no estará facultada para aplicar las alzas de precios base propuestas
- **El ICSA es un indicador que regula el alza de precios de planes individuales de salud, excluyendo a aquellos que son grupales.**
 - El proceso de adecuación de planes de salud refiere únicamente a los planes individuales de salud. De acuerdo a datos publicados por la SIS, a diciembre 2022, el 23,6% de los planes de salud eran grupales (92,5% utilizan una tabla de factores para la determinación de sus precios por lo que se encuentran afectados al Fallo de la Excm. Corte Suprema sobre cambio de tabla).
 - En términos de personas, lo anterior equivale a que un 8,6% de los cotizantes se encontraba adscrito a un plan grupal de salud y de estos, 58,5% tiene una tabla de factores).
 - En consecuencia, existe una parte de los cotizantes que se encuentra fuera del proceso de adecuación de los planes de salud.

²⁵ La Ley 21.247, que "establece beneficios para padres, madres y cuidadores de niños o niñas" del 23/7/2020, indica en su artículo 2 que: "Las Instituciones de Salud Previsional no podrán considerar para la revisión del precio base de los planes de salud los costos derivados de la licencia médica preventiva parental regulada por esta ley."

- **El ICOSA es un indicador que regula el alza de precios de planes individuales de salud, para contratos con vigencia superior a un año.**
 - El proceso de adecuación de planes de salud excluye a contratos de salud que tengan menos de un año de vigencia.

Anexo 4

A4. Nuevo mecanismo de regulación de alzas de prima GES en un marco de seguridad social

Contexto general

La prima GES corresponde a uno de los componentes del precio que pagan los afiliados al subsistema Isapre, junto con el precio base y la tabla de factores. Corresponde a un valor el UF per cápita fijado por cada Isapre para el total de su cartera, que no se modifica por edad o sexo. Tampoco admite diferencias por nivel de cobertura al tratarse de un plan de beneficios estandarizado. Esto es conocido en la literatura internacional como una prima comunitaria y tiene la virtud de que evita discriminación en base al riesgo y genera solidaridad mediante subsidios cruzados al interior de una cartera. Adicionalmente, la regulación establece en nuestro país un fondo de compensación de riesgos inter-Isapre generando subsidios cruzados entre carteras. En este sentido, en el contexto de la actual crisis financiera del subsector Isapre, fortalecer los componentes vinculados al GES permiten avanzar en lógicas de seguridad social en línea con los fallos de la Excm. Corte Suprema.

Las alzas de la prima GES, a la fecha, no cuentan con una regulación específica, con la excepción de que la ley fija la periodicidad con la que pueden realizarse eventuales alzas, vinculadas siempre a modificaciones al Decreto Supremo (D.S.) por inclusión de nuevas prestaciones, canastas o problemas de salud. De acuerdo con nuestro marco normativo vigente, al menos cada tres años debe realizarse un nuevo Decreto GES. El último Decreto Supremo GES fue promulgado el 8 de septiembre de 2022 (Decreto 72, Ministerio de Salud) con la incorporación de dos problemas nuevos de salud (GES87) y la mejora de un conjunto de canastas para problemas ya cubiertos por el régimen.

Dos elementos judiciales recientes son relevantes como contexto al marcar una jurisprudencia que se vincula con la política pública de las alzas de la prima GES. En noviembre de 2022 la Corte Suprema dicta un fallo que indica, entre otras materias, que la cobertura para los menores de 2 años se entiende financiada íntegramente mediante la prima GES, por tanto, no es posible realizar cobros adicionales mediante el precio base y la tabla de factores. Debido a que la prima GES, hasta la fecha, había considerado un conjunto acotado de prestaciones, y no la totalidad de prestaciones que pueda requerir un menor de dos años, la sentencia genera un problema de ajuste financiero de manera prospectiva que debe ser resuelto.

Por otro lado, en agosto de 2023 la Corte Suprema dictó un nuevo fallo que dejó sin efecto las alzas realizadas por las Instituciones de Salud Previsional en octubre de 2022 posterior a la promulgación del nuevo decreto GES. En un elemento novedoso, la Corte Suprema utiliza el costo promedio esperado por beneficiario del Estudio de Verificación de Costos (EVC) como una referencia para establecer si las alzas están justificadas o no. En ese sentido, el criterio de la Corte para fijar el valor de las primas GES por Isapre fue que debían ajustarse al valor estimado por beneficiario del último EVC (7,22567 U.F. por beneficiario), a menos que la prima GES85 (prima GES vigente desde el año 2019) fuese mayor a la estimada por el estudio de verificación de costos para cada cartera. Implícitamente indica la Corte que las alzas deberán estar justificadas en un criterio objetivo de costos del sistema, para lo cual el mejor elemento disponible es el EVC. En este sentido, por efectos del fallo de la CS el EVC pasa a ser un instrumento parte de la regulación de la tarificación de la prima GES en el subsistema Isapre. Adicionalmente, el fallo sugiere un camino para resolver el aspecto vinculado a los menores de dos años en esta línea (ver más abajo).

A modo de resumen, el fallo de agosto 2023 implica:

1. Fija a la baja la prima GES a tres Isapres (Consalud, Nueva Mas Vida y Cruz Blanca). A Consalud baja la prima de 16,68 UF anual a 7,22567 por beneficiario. A Nueva Masvida de 15,48 UF a 9,54 UF por beneficiario. A Cruz Blanca de 14,736 UF a 8,88 UF por beneficiario. En base a cálculos propios con la información disponible, a la espera de los cálculos oficiales por el regulador, las pérdidas por reducción de ingresos estimadas por este cambio de la prima podrían ascender anualmente a: 187 mil millones de pesos para Consalud, 58 mil millones para Nueva Más Vida y de 108 mil millones de pesos para Cruz Blanca. Extrapolando el criterio aplicado por la Corte a las demás Isapres cerradas, el impacto potencial en reducción de ingresos sería de más de 480 mil millones de pesos (600 millones de dólares) anuales para la industria. Esto es un mandato directo de la Corte, por lo que debe ser implementado por las recurridas sin intermediación de instrucción alguna de la SIS.
2. Sobre posibles devoluciones por los cobros entre octubre 2022 y agosto 2023 (o hasta que ejecuten la baja de la prima), queda a cargo de la SIS determinar en cada caso si es que corresponden. Quedando pendiente una interpretación del regulador en la materia. No hay instrucciones a la SIS sobre los mecanismos (cuotas, excedentes, etc.) para realizar estas eventuales devoluciones.
3. El fallo hace referencia al fallo de noviembre 2022 en relación con los menores de 2 años, sugiriendo que se requiere un nuevo cálculo de la prima GES incorporando la cobertura de los problemas de salud de menores de 2 años.

Propuesta de un nuevo marco regulatorio

En este contexto de crisis, el proyecto de ley corta incorpora dotar de nuevas facultades para la Superintendencia de Salud (SIS) que permita avanzar en una regulación adecuada de las alzas de la prima GES. El artículo primero, numeral 13 del boletín 15896-11 genera un mecanismo para regular las alzas del GES, cuestión deseable ya que como hemos argumentado. La regulación vigente solo considera regulación de las alzas del precio base (vía ley, ICSA) y la existencia de una tabla única de factores de riesgo (vía circular). Es por ende el GES el único componente del precio final de los afiliados a Isapre que no se encuentra regulado. La fórmula propuesta por el Ejecutivo puede ser mejorada en algunos aspectos, respondiendo de esta manera en elementos adicionales surgidos en el fallo de agosto 2023 y la discusión de la Comisión Técnica Asesora del Senado.

En este sentido, la Comisión acuerda que la regulación debe distinguir a lo menos dos fenómenos de alzas de la prima GES que deben diferenciarse y tener una regulación (metodología y periodicidad) acorde al fenómeno subyacente:

1) Alzas por costos y/o utilización de problemas de salud y canastas ya cubiertas. Las alzas o bajas (esto último es muy importante por los cambios de utilización a la baja del GES) en estos factores debería tener un mecanismo de regulación análogo al ICSA (criterios objetivos), con alzas regulares (se sugiere periodicidad anual), con una verificación para cada Isapre por la Superintendencia de Salud. Al respecto, se debe revisar la metodología en el cálculo del valor máximo de alza del ICSA para excluir las prestaciones entregadas vía GES, las cuales deberán ser incorporadas en un análisis diferenciado. De esta manera las modificaciones de precio base (ICSA) y modificaciones anuales del GES (prima GES) tendrán una metodología precisa para estimar adecuadamente las alzas máximas del sistema, con procesos de verificación para cada cartera. La nueva institucionalidad técnica propuesta por la Comisión Técnica del Senado deberá revisar y hacer una recomendación a la SIS sobre la metodología, además de supervisar los procesos de cálculo anual del alza.

2) Alzas de la prima por incorporación de nuevos problemas de salud, nuevas canastas o prestaciones a problemas de salud ya existentes. Esto es, la incorporación de nuevas coberturas. Para este caso se requiere un mecanismo que regule un alza máxima por una sola vez que esté basada en el incremento esperado de la prima por la incorporación de la(s) nueva(s) cobertura(s) en base a factores objetivos. La determinación de esta alza podrá estar sustentada en el Estudio de Verificación de Costos, tal como ha sugerido la Corte Suprema con la aplicación de la regla en su fallo de agosto de 2023. La nueva institucionalidad técnica

que propone la Comisión Técnica podrá revisar y hacer recomendación sobre mejoras a la metodología del EVC para el Subsistema Isapre, además de supervisar los procesos de regulación de alza teniendo a la luz los insumos técnicos necesarios. Se hace presente que deberá fortalecerse la regulación vinculada al EVC, particularmente en materia de conflictos de interés de los oferentes que puedan postular y adjudicar la realización del estudio por su rol sensible en la regulación.

Anexo 5

A5. Antecedentes sobre el Fortalecimiento institucional para regulación de reajuste de precios base en Isapres y determinación de la prima GES

Uno de los ámbitos que aborda el proyecto de ley corta es el perfeccionamiento de la regulación del Índice de Costos de Salud (ICSA) y de las primas asociadas a las Garantías Explícitas en Salud (GES). A continuación, se resumen dichas propuestas y luego se resume evidencia comparada a nivel institucional, para el análisis de robustecimiento del marco institucional que acompañe esta nueva regulación para determinar los precios base y la prima GES.

- **Nuevo marco regulatorio de las primas y necesidad de fortalecimiento institucional**

Respecto del ICSA, la iniciativa de ley corta propone perfeccionar su cálculo, facultando al Ministerio de Salud, en conjunto con el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, a evaluar y considerar nuevos factores de carácter objetivo que sean determinantes en el cálculo de los ajustes de los precios de las prestaciones de salud. Adicionalmente, se faculta a la SS a definir el reajuste anual del precio base de los planes de salud para todas las Isapres que cuenten con un plan de devolución de deuda aprobado por la Superintendencia. Para estos efectos el ICSA que, a la fecha define la SS, mientras esté pendiente el pago del total de la deuda, dejará de ser un valor máximo de ajuste del precio base de los planes de salud y temporalmente será un valor de reajuste fijo y obligatorio para estas Isapres.

A su vez, el proyecto de ley propone facultar a la SS a definir el precio correspondiente a las Garantías Explícitas en Salud. Específicamente, el proyecto establece que en la definición del precio se deben considerar: (i) los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud contenidas en las GES; (ii) la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas; (iii) el costo de los nuevos problemas de salud; (iv) el costo de las nuevas prestaciones incluidas en las canastas de las garantías explícitas; (v) la tasa de uso efectivo de las GES por parte de los beneficiarios; (vi) el estudio de verificación de costos regulado por la ley N°19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud; y, (vii) cualquier otro elemento de carácter objetivo que impacte directamente en la proyección de los costos de las GES.

Al igual como opera actualmente el ICESA, esta iniciativa define que será un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo el que aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para definir el precio que las Isapres habrán de cobrar por las garantías explícitas en salud.

Por último, cabe destacar que el proyecto de ley corta contempla la creación de un Consejo Asesor técnico y consultivo para emitir recomendaciones ante las decisiones que adopte la Superintendencia de Salud con ocasión de: (i) la determinación por medio de una circular dictada para esos efectos, sobre el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud previsual con una tabla distinta a la Tabla Única de Factores; y, (ii) los planes de devolución de la deuda.

Respecto de dichos temas el proyecto delimita el ámbito mínimo sobre el cual el Consejo deberá emitir sus recomendaciones; determina la composición del Consejo y los detalles de nombramiento de sus integrantes; y establece que no podrán formar parte del Consejo quienes tengan conflictos de interés y regula las situaciones específicas en que se entiende que hay conflicto de interés.

Por último, el proyecto contempla que los integrantes del Consejo desempeñarán sus funciones ad honorem, no pudiendo percibir remuneración alguna por esta función.

En cuanto a la composición del Consejo, el proyecto contempla que este estará integrado por: a) Una persona experta nombrada por la o el Ministro de Salud, quien lo presidirá; b) Una persona experta nombrada por la o el Ministro de Hacienda; c) Una persona experta nombrada por la o el Ministro de Economía, Fomento y Turismo; d) Una persona representante de las facultades de medicina de las universidades del Estado o reconocidas oficialmente en Chile por éste; e) Una persona representante de las facultades de economía o administración de las universidades del Estado o reconocidas oficialmente en Chile por éste; y, f) Una persona representante de las facultades de derecho o ciencias jurídicas de las universidades del Estado o reconocidas oficialmente en Chile por éste.

- **Experiencia en otras áreas reguladas**

En primer lugar, es habitual que en sectores regulados se cuente con la participación de instancias técnicas expertas, las que participan de los procesos regulatorios en los que pueden suscitarse discrepancias entre los privados y el organismo regulador. Así, por ejemplo, sectores sujetos a regulación por parte del Estado como el de telefonía local, transmisión y distribución eléctrica, sanitarias, transporte público de Santiago, concesiones

de infraestructura o universitario asociado a la gratuidad, o financiero, cuentan con instancias de esa naturaleza (ver tabla A1 para mayores detalles).

Por otro lado, cabe señalar que el rol y aporte de dichos paneles o instancias técnicas o comités de peritos es particularmente relevante cuando se enfrentan cambios regulatorios que suponen retos para la interacción entre los privados y el Estado, los que pueden estar acompañados de alta litigiosidad.

En términos prácticos, la experiencia de paneles o comisiones que participan del proceso de fijación o límites de precios o de regulaciones de ingresos es diversa, tanto respecto de sus funciones y atribuciones como de sus conformaciones.

Con todo, un aspecto común es que **tienen un marco institucional establecido por ley**. Este es el caso, por ejemplo, del Panel de Expertos del Subsidio Nacional para el Transporte Público Remunerado de Pasajeros (artículos 14 al 19 de la ley N°20.378 de 2009), el Panel de Expertos de la Ley General de Servicios Eléctricos que es un órgano colegiado autónomo creado en el año 2004 por la Ley N°19.940, o el Comité para la Fijación de Límites a las tasas de intercambio de tarjetas de pago, establecido en la ley N°21.365.

Otro elemento en común de este tipo de instancias es que su **marco de competencia se encuentra reglado y que existen mecanismos de designación y remoción que resguardan su carácter técnico**.

Así, por ejemplo, del Panel de Expertos del Subsidio Nacional para el Transporte Público Remunerado de Pasajeros cuenta con 3 integrantes designados por el ministro de Transporte (2 nombrados a partir de terna propuesta por el Consejo de ADP y 1 nombrado a partir de terna propuesta por las universidades). Por su parte, el Panel de Expertos de la Ley General de Servicios Eléctricos cuenta con 7 profesionales (5 ingenieros o licenciados en ciencias económicas, y 2 abogados, designados por el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia, mediante concurso público).

Cabe señalar que en la experiencia comparada **este tipo de institucionalidad suele contar con una remuneración en forma de dieta acorde a la función desempeñada**.

Respecto del mandato o función, estas instancias suelen tener atribuciones vinculantes. Por ejemplo, el Panel de Expertos de la Ley General de Servicios Eléctricos tiene la función de pronunciarse, mediante dictámenes de efecto vinculante, sobre aquellas discrepancias y conflictos que, conforme a la ley, se susciten con motivo de la aplicación de la legislación

eléctrica y de servicios de gas que las empresas eléctricas, de servicios de gas y otras entidades habilitadas sometan a su conocimiento, incluidas las discrepancias en materia tarifaria.

Por su parte, el panel de expertos del transporte público tiene como principal función la de determinar trimestralmente el ajuste de tarifas del sistema de transporte público de la Provincia de Santiago y de las comunas de San Bernardo y Puente Alto, requerido para mantener el valor real de éstas, de acuerdo a la metodología establecida en un reglamento emitido a través del Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones, también suscrito por el Ministerio de Hacienda.

Cada vez que el Panel propone un determinado nivel de tarifas, debe informarlo al Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones, a fin de que éste pueda formular sus observaciones dentro del plazo de los 10 días hábiles siguientes. Una vez recibidas estas observaciones el Panel emite una resolución definitiva respecto del nivel de tarifas, la cual es vinculante para el Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones.

Por último, en el caso del Comité para la Fijación de Límites a las Tasas de Intercambio, organismo de carácter técnico y autónomo, su función es determinar los límites a las tasas de intercambio aplicables a transacciones con tarjetas, entre emisores y operadores, correspondientes a la venta de bienes o la prestación de servicios por entidades afiliadas en el país, sea que los pagos respectivos se realicen en forma directa o por intermedio del respectivo titular de marca de tarjetas. La resolución del Comité que determine los límites a las tasas de intercambio, acordados en conformidad a la ley, tendrá carácter vinculante respecto de emisores y operadores, para lo cual deberá ser publicada en el Diario Oficial.

De esta forma, los paneles de expertos cumplen un rol clave en sectores regulados de alta complejidad, contribuyendo a que temas esencialmente técnicos sean conocidos por instancias especializadas y evitando la judicialización de discrepancias con los organismos estatales.

En términos de su operación, en algunos casos los consejos funcionan en virtud de **requerimientos de pronunciamientos** ante la presentación de discrepancias y, en otros, existen **reuniones periódicas**, al menos una vez al mes o al menos cada 6 meses. Los consejos suelen contar con **asistencia administrativa de los ministerios o subsecretarías del sector** y en sus procedimientos se pueden contemplar **audiencias públicas** de las partes.

Tabla A5: Comisiones/Comités/Paneles de Fijación o Límites de Precios

Órgano	Fuente legal	Designación	Mandato/Función	Remuneración /Financiamiento	Funcionamiento
<p>Panel de Expertos Subsidio Nacional para el Transporte Público Remunerado de Pasajeros</p>	<p>Ley 20.378 (art. 14)</p>	<p>3 integrantes designados por el Ministro de Transporte: 2 nombrados a partir de terna propuesta por el Consejo de ADP y 1 nombrado a partir de terna propuesta por las universidades. Duran 6 años en sus cargos</p>	<p>a) Determinar trimestralmente el ajuste de tarifas del sistema de transporte público de la Provincia de Santiago y de las comunas de San Bernardo y Puente Alto según metodología establecida. b) Proponer modificaciones a la metodología a que se refiere el literal anterior. c) Determinar trimestralmente para el sistema de transporte público de la Provincia de Santiago y de las comunas de San Bernardo y Puente Alto, el nivel de tarifas que permita anualmente financiar el sistema dado el monto de subsidio. d) Evaluar los procesos de determinación de las tarifas en las bases de licitación de uso de vías y servicios complementarios. e) Pronunciarse sobre otros requerimientos de opinión o asesoría técnica solicitados por el Ministerio de Transportes. f) Pronunciarse sobre la metodología, condiciones y términos de la implementación de modificaciones en las condiciones económicas y en la operación de los servicios de transporte público remunerado de pasajeros.</p>	<p>Dieta mensual equivalente a 30 UTM, como base, más 20 UTM por sesión (con límite de 70 UTM). Estudios y asesores financiados por el Ministerio de Transportes de acuerdo a presupuesto aprobado anualmente para ese ítem.</p>	<p>Se reunirá periódicamente, al menos una vez al mes con asistencia administrativa de la Subsecretaría de Transportes.</p> <p>El Ministerio de Transportes podrá formular observaciones dentro del plazo de 10 días hábiles siguientes a la propuesta.</p> <p>Los aumentos o disminuciones de tarifas, por sobre los reajustes por variaciones de costos, no podrán exceder el valor de 5% en cada mes.</p>
<p>Panel de Expertos En ley que Regula el Sistemas de Transporte de Energía Eléctrica y Establece un Nuevo</p>	<p>Ley 19.940</p>	<p>7 profesionales: 5 ingenieros o licenciados en ciencias económicas, y 2 abogados, designados por el TDLC, mediante concurso público.</p>	<p>Debe pronunciarse sobre discrepancias que se produzcan en relación con: 1.- La determinación de las bases técnicas y administrativas definitivas; 2.- El informe técnico basado en los resultados del estudio de transmisión troncal que le corresponde a la CNE; 3.- Las bases de los estudios para la determinación del valor anual de los sistemas de subtransmisión; 4.- La fijación del peaje de distribución;</p>	<p>Los costos correspondientes a su funcionamiento serán determinados por el reglamento, considerando antecedentes históricos sobre el número, frecuencia, tipo y estimación de las discrepancias. Los costos comprenderán los honorarios de expertos y secretario abogado, gastos en personal administrativo y demás gastos</p>	<p>Requerida la intervención del panel, se convocará a una sesión especial dentro de los 5 días siguientes a la presentación de la discrepancia, debiendo establecer en ella un programa de trabajo que considerará una audiencia pública con las partes y los interesados de la que se dejará constancia escrita.</p>

Órgano	Fuente legal	Designación	Mandato/Función	Remuneración /Financiamiento	Funcionamiento
Régimen de Tarifas		<p>Designación mediante Resolución del Minecon.</p> <p>Duran 6 años en su cargo. Su presidente es escogido por el panel por 3 años.</p> <p>El panel contará con un secretario abogado designado por la Comisión Resolutiva o el TDLC mediante concurso público también.</p>	<p>5.- La fijación de los peajes de subtransmisión;</p> <p>6.- Las bases de los estudios para la determinación del valor anual de los sistemas eléctricos cuyo tamaño es inferior a 200 megawatts y superior a 1.500 kilowatts;</p> <p>7.- La fijación de los precios de los servicios no consistentes en suministros de energía;</p> <p>8.- La determinación de los costos de explotación para las empresas distribuidoras;</p> <p>9.- La fijación del valor nuevo de reemplazo;</p> <p>10.- Las discrepancias que surjan en la aplicación del régimen de acceso abierto en las líneas de los sistemas adicionales, y</p> <p>11.- Las demás discrepancias que las empresas eléctricas tengan entre sí.</p>	<p>generales. Estos costos serán de cargo de las empresas eléctricas de generación, transmisión y concesionarias de servicio público de distribución de energía eléctrica,</p> <p>El financiamiento deberá considerar un arancel fijo y periódico, en función de una proyección sobre el número, frecuencia y tipo de discrepancias.</p> <p>Los honorarios mensuales de los integrantes serán de 320 UTM mensuales, y los del secretario abogado, de 120 UTM.</p> <p>Sesionará a lo menos 1 vez por semana, además de las sesiones que establezca en los programas de trabajo determinados para cada discrepancia sometida a su conocimiento.</p>	<p>El panel evacuará el dictamen dentro del plazo de 30 días contados desde la presentación.</p>
Comité para la Fijación de Límites a las tasas de intercambio	Ley 21.365.	<p>Integrado por 4 miembros titulares:</p> <p>a) 1 miembro designado por el Ministro de Hacienda.</p> <p>b) 1 miembro designado por el BCCh.</p> <p>c) 1 miembro designado por la CMF.</p> <p>d) 1 miembro designado por la FNE.</p>	<p>Organismo de carácter técnico, autónomo, relacionado con el Presidente de la República a través del Ministerio de Hacienda, cuya función es determinar los límites a las tasas de intercambio aplicables a transacciones con tarjetas, entre emisores y operadores.</p> <p>La referida determinación se efectuará con el objetivo de establecer condiciones tarifarias orientadas a la existencia de un mercado de tarjetas competitivo, inclusivo, transparente y con fuerte penetración, y que asimismo considere el resguardo del eficiente y seguro</p>	<p>No tiene patrimonio propio. El Ministerio de Hacienda proporcionará al Comité el apoyo administrativo y los recursos que sean necesarios para el cumplimiento de sus funciones.</p>	<p>Los límites a las tasas de intercambio deberán ser revisados cada 3 años por el Comité.</p> <p>La revisión podrá implicar la determinación de nuevos límites o el mantenimiento de los límites vigentes.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, el Comité sesionará regularmente y nunca más allá de 6 meses entre una reunión y la siguiente, con el objeto de evaluar si han ocurrido</p>

Órgano	Fuente legal	Designación	Mandato/Función	Remuneración /Financiamiento	Funcionamiento
		La Secretaría Técnica estará radicada en el Ministerio de Hacienda.	funcionamiento del sistema de pagos minoristas.		cambios sustantivos en el mercado de medios de pago que, a su juicio, justifiquen la revisión y, en su caso, la determinación de nuevos límites a las tasas de intercambio, antes del plazo indicado.

