



Informe

Análisis crítico de aprobación de la Ley Corta de ISAPRE (Boletín N° 15896-11) en el Senado

Enero 2024

El 29 de enero de 2024, se aprobó en general y en particular la Ley Corta de ISAPRE (Boletín N°15.896) en la sala del Senado de la República, luego que esta fuera aprobada en la Comisión de Salud y de Hacienda. La votación para la aprobación en general contó con 40 votos a favor, uno en contra y una abstención. En cuanto a la votación en particular, destaca la aprobación de las principales medidas impulsadas por el Ejecutivo en el proyecto original y las indicaciones introducidas, como la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) de FONASA, la continuidad de los tratamientos GES para personas que migren de ISAPRE a FONASA, el fortalecimiento del carácter regulador de la Superintendencia de Salud (SIS), junto a la creación del Consejo Consultivo de carácter no vinculante para la determinación de la deuda por concepto de los fallos de Excma. Corte Suprema, como para el “plan de ajuste y de pago” por parte de las ISAPRE; además de establecer que la adecuación de los precios finales de los planes no pueda ser menor al valor de la cotización legal de un 7% (tanto para el cálculo de la deuda como para los efectos prospectivos de los fallos), como también, el compromiso en un artículo transitorio de presentar al 1 de octubre de 2024 un proyecto para eliminar la declaración de salud y la discriminación en ISAPRE, y durante el periodo legislativo de 2024 el o los proyectos de reforma al Sistema de Salud.

Sin embargo, en un traspie para el Gobierno, fue aprobada una indicación introducida por Senadores de la oposición que establece la mutualización de la deuda, la que reduce la deuda desde cerca de 1.186 millones de dólares a poco más de \$450 millones según los cálculos de la Comisión Técnica Asesora de la Comisión de Salud del Senado. Esto, interpretado como “perdonazo” por Senadores y Diputados oficialistas, y que ha llevado a que se plantee reserva constitucional tanto por los Senadores oficialistas como la posibilidad por el mismo Ejecutivo.

Junto a esto, durante la sesión de la sala, se rechazó el articulado referente a la regulación de la prima GES (número 11 del artículo 1º), la cual buscaba establecer criterios objetivos para el alza de la prima tratando de resolver el problema explicitado por el fallo de agosto de 2023 por la Excma. Corte Suprema. Adicionalmente, se rechazó la continuidad de tratamientos bajo seguro catastrófico para personas que pasan de una ISAPRE a FONASA.

Esto deja un camino complejo en la tramitación en la Cámara de Diputados para cumplir con los objetivos de la Ley Corta de ISAPRE, a saber, cumplir con los fallos de la Excma. Corte Suprema, tanto en su componente retrospectivo como prospectivo; proteger el acceso a salud de las personas, lo que incluye la mantención de coberturas actuales para los afiliados y mejoras en los puntos con déficit de cobertura identificados por la Excma. Corte Suprema; y evitar una caída sistémica del sector privado, logrando dotarlo de sostenibilidad financiera. El presente informe busca dar cuenta de dichas falencias en el proyecto aprobado, explorando alternativas de mejora tanto en las instancias finales a las que pueden recurrir los Senadores, como en el siguiente trámite en la Cámara de Diputados.

I. Principales elementos de la Ley Corta aprobados en el Senado.

1. Articulado relacionado con el fortalecimiento de FONASA:

- a. Se aprueba la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) de FONASA, el cual corresponde a un esquema único de protección financiera complementario (seguro comunitario), basada en una prima adicional a la cotización legal para salud, para prestaciones ambulatorias y hospitalarias, con un arancel asociado conocido, con una red única de prestadores privados; incorporando un seguro catastrófico aparejado a la MCC; junto a las bases de licitación fortalecida de la modalidad.

- b. Se establece que FONASA dará continuidad al tratamiento GES de afiliados de las Isapres que no haya pagado la totalidad de la deuda informada en su plan de pago y ajustes. FONASA autorizará la continuidad del otorgamiento de las prestaciones GES en uso en curso, sin necesidad de una nueva confirmación diagnóstica (respetando la etapa de la garantía), asignándole un prestador para tales efectos. En este punto es importante destacar que se rechazó la posibilidad que FONASA dé continuidad a la cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC) que estuviera activada (rechazada por 23 votos en contra, 15 a favor y 1 abstención).

2. Articulado relacionado con la estabilidad financiera de las ISAPRE:

i. Pago de la deuda a los afiliados (efecto retrospectivo de los fallos de la Corte Suprema):

- a. Se establece una cotización mínima de 7% para el cálculo de la deuda: Se aprueba que la adecuación de los precios finales no podrán significar una reducción del precio pactado de los contratos bajo el valor de la cotización legal para salud (7% del sueldo imponible), dando plazos para esto. Con esto, la deuda de las ISAPRE con los afiliados queda establecida en cerca de USD \$1.186 millones según cálculos de la Comisión Técnica Asesora de la Comisión de Salud del Senado.
- b. Se aprueba la mutualización de la deuda de las ISAPRE: a través de iniciativa parlamentaria y votada con quórum simple. El artículo establece que para el cálculo de dicha deuda, cada ISAPRE deberá calcular, la diferencia entre el monto efectivamente cobrado y lo que hubiese cobrado si todos sus afiliados y beneficiarios hubieran empleado la Tabla Única de Factores contenida en la Circular IF/N° 343, de 11 de diciembre de 2019, de la Superintendencia de

Salud. Con esto establece que dicha diferencia correspondería al cobro en exceso que realizó cada Institución de Salud Previsional y que será prorrateado entre los afiliados cuyos pagos fueron superiores a los que se hubieran realizado de haberse empleado la Tabla Única de Factores. Con esto, según cálculos de la Comisión Técnica Asesora de la Comisión de Salud del Senado, se reduce la deuda de las ISAPRE con los afiliados de cerca de USD \$1.186 millones, a cerca de USD \$451 millones (considerando un escenario basal que considera).

- c. *Se aprueba el “plan de pago y ajuste”, estableciendo que la deuda deberá ser pagada en el plazo de hasta 10 años, siguiendo las reglas del régimen de excedentes (pueden ser retirados en dinero sólo una vez al año), permitiendo a la vez, que las ISAPRE puedan adelantar el pago de lo adeudado en efectivo a sus afiliados.*

Adicionalmente, para concretar el pago, establecen que se realizará a cuentas que se abrirán para este fin (gratuitas para los usuarios), las cuales no podrán ser cerradas hasta el pago total de la deuda. Además, que se devengará mensualmente la deuda y que los montos acumulados se reajustarán de acuerdo al IPC, debiendo la ISAPRE ponerlos a disposición en la cuenta cada 6 meses. De igual forma, se aprobó que si una persona termina contrato con una ISAPRE y esta mantiene deuda con ella, la aseguradora deberá seguir pagando mensualmente hasta terminar de pagarla, lo cual aplicaría también para las personas que migren a FONASA previo a la Ley y con las cuales las ISAPRE mantengan deuda.

Por último, establece la prohibición de las ISAPRE de repartir utilidades hasta pagar la totalidad de la deuda con sanciones administrativas de multa a beneficio fiscal, estableciendo que las medidas cautelares (retención de los dineros o depósitos y de la prohibición de realizar transacciones) que sólo podrán ser



dictadas por la Superintendencia de Salud, la cual aplicará el régimen común de recursos que el artículo 113 del DFL N° 1, de 2005, del MINSAL dispone para las resoluciones que dicte la SIS.

ii. Medidas de mitigación para asegurar ingresos operacionales que resguarden el financiamiento de beneficios (efectos prospectivos de los fallos de la Corte Suprema):

- a) Se aprueba una cotización mínima del 7% imponible, poniendo fin a los excedentes. Así, los planes deberán ajustarse a la cotización legal (del 7% del sueldo imponible), imposibilitando a las aseguradoras ofrecer planes de un precio menor. Si en adecuaciones anuales el monto de los excedentes supera el 5% de la cotización legal, las ISAPRE estarán obligadas a ofrecer nuevos beneficios o planes de salud alternativos que se ajusten al monto de su cotización obligatoria. Si el beneficiario opta por mantener su plan, la diferencia superior al 5% de la cotización legal no generará excedentes. Junto a esto, se establecen de forma excepcional y por una sola vez, que los contratos de salud que tengan un precio pactado inferior a la cotización legal obligatoria, deberán ser ajustarán al valor de la cotización.

- b) Se aprueba un aumento extraordinario del Precio Base en el “Plan de pago y ajuste” sin tope legal. Para esto, las ISAPRE deberán presentar a la SIS una propuesta fundada del alza del *Precio Base* en su plan, para todos los contratos que administren, en un porcentaje o monto necesario para cubrir el costo de las prestaciones, licencias médicas y otros beneficios de sus personas afiliadas y beneficiarias, pudiendo considerar sólo los déficit que tengan posteriores al 30 de noviembre de 2022. Cabe destacar que en este artículo, no se aprueba en el Senado que el alza del precio base tenga un tope legal que proteja a los usuarios.

- c) Propuesta desde las ISAPRE para reducción de costos: Junto a esto, establece que deben presentar una propuesta de reducción de costos. Ambas propuestas deberán ser aprobadas por la SIS según el procedimiento descrito en la Ley.

3. Articulado que mejora de institucionalidad regulatoria de la Superintendencia de Salud:

- a) Se aprueba que la Superintendencia indicará mediante una circular la forma en que las ISAPRE deberán adecuar los precios finales de todos los contratos previsionales de salud que se encontraban vigentes al 1° de diciembre de 2022 y que no empleaban la Tabla Única de Factores, lo cual deberá cumplirse al mes subsiguiente de la circular.
- b) Se aprueba el “Consejo Consultivo sobre seguros previsionales” (contenido en el DFL N°1 del 2005 del MINSAL), cuya función permanente será asesorar a la Superintendencia de Salud en lo relacionado con las ISAPRE, especialmente, en lo relativo precio que estas cobren por el GES, y que en forma transitoria, asumirá la función de asesorar al Superintendencia de Salud sobre los planes de pago y reajustes que presenten las ISAPRE y las modificaciones a los precios de los planes de salud. Establece plazos acotados en que el Consejo Asesor debe emitir sus recomendaciones (de 6 meses a 30 días) y pronunciarse sobre las modificaciones (de 15 a 10 días), con las cuales el Superintendente de Salud tendrá que dictar la circular que norme el proceso. Para la conformación, se establece que cada Cámara deberá aprobar la nómina respectiva en votaciones únicas. Si la Cámara de Diputados y/o el Senado no se pronunciaron dentro del plazo señalado, la proposición del Presidente se dará como aceptada. Si la Cámara de Diputados y el Senado rechazaran las nóminas propuestas, el Presidente designará a los cuatro integrantes del Consejo, sin mediar aprobación del H. Congreso, para lo cual,

no podrá elegir como miembros a aquellas personas que integraron las nóminas rechazadas. Además, se establece que los miembros contarán con una dieta de 15UF para sus integrantes por sesión (tope 60UF mensuales), incorporando normas de probidad y en contra de los conflictos de interés.

- c) Cabe destacar que se rechaza la regulación por parte de la Superintendencia al alza de la prima GES en base a criterios objetivos. El articulado rechazado por 22 votos en contra y 20 a favor, establecía que las ISAPRE tendrían que determinar el por las Garantías Explícitas en Salud en base a un valor fijado en base a los los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, la variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas, el costo de los nuevos problemas de salud, el costo de las nuevas prestaciones incluidas en las canastas de las garantías explícitas, la tasa de uso efectivo de las Garantías Explícitas en Salud por parte de los beneficiarios, el estudio de verificación de costos regulado por la ley N°19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud, y cualquier otro elemento de carácter objetivo que impacte directamente en la proyección de los costos de las Garantías Explícitas en Salud. Esto buscaba resolver el problema generado por el fallo de agosto 2023 de la Excma. Corte Suprema, en que se impugnó el alza excesiva de las primas GES, que junto a la conocida baja siniestralidad de estas, es ocupado por las aseguradoras para generar estabilidad financiera y mantener utilidades, y no asegurar coberturas ni garantías.

4. Articulado relacionado a la Reforma de Salud:

- a) **Fin a la discriminación en las ISAPRE:** se aprueba un artículo transitorio que compromete a que el Ejecutivo, con plazo 1° de octubre 2024, presentará un proyecto de Ley para eliminar la declaración de salud y la discriminación en ISAPRE.

- b) Reforma estructural al sistema de salud:** se aprueba en el mismo artículo transitorio que el Ejecutivo presentará el o los proyectos de ley destinados a reformar el sistema de salud en su conjunto a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud, y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud, durante el periodo legislativo de 2024, es decir, hasta enero de 2025.

II. Problemas del estado actual de la Ley corta de ISAPRE:

A nivel general, es posible dar cuenta que el Estado actual de la Ley no permite contener los problemas financieros de las ISAPRE resultantes de los fallos de la Excma. Corte Suprema, aún así se haya incorporado la mutualización de la deuda por parte de los Senadores de oposición. Cabe recordar que previo a los fallos de la Excma. Corte Suprema (CS) las ISAPRE mantenían un déficit operacional de más de \$16.000 millones de pesos mensuales, y que con los fallos de Noviembre 2022 (tabla de factores única de riesgo) y Agosto 2023 (Alza Prima GES), considerando el piso base de 7% de cotización y la mutualización de la deuda, se proyecta una caída ingresos operacionales mensuales de las ISAPRE de al menos un 22,8% (pérdida de \$75.202 millones mensuales). Esto no logra compensarse con las medidas contenidas actualmente en la Ley Corta. De igual forma, a pesar que están comprometidos proyectos de Reforma, quedan aún espacio para mejoras sustantivas a FONASA y la capacidad de regulación (dado lo que fue rechazado en la sala del Senado).

A continuación, se detalla los principales conflictos en cada una de las principales normativas que establece la Ley Corta de ISAPRE en su estado actual:

- 1. Articulado relacionado con el fortalecimiento de FONASA:** El punto más importante rechazado en la sala del Senado, fue la posibilidad que FONASA dé continuidad a la cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC) que

estuviera activada, lo cual dificulta la continuidad para tratamientos para personas que puedan migrar de ISAPRE a FONASA cuando estas caigan en insolvencia. Junto a esto, se omitieron importantes medidas de fortalecimiento a FONASA. Entre estas, que se introdujera una mejora a la capacidad de FONASA para realizar convenios y compras a prestadores privados en contexto de MCC para contener la crisis, manteniendo coberturas de las personas provenientes de ISAPRE en insolvencia, Modernización a la Gobernanza de FONASA, Mejorar la capacidad de FONASA para realizar convenios y compras a prestadores privados para afiliados, ya sea mediante MCC o no. Esto incluye mejorar mecanismos de pago que aún no sean ajustados por riesgos (ej: Ley de Urgencias), Otorgar facultades extraordinarias para resolver problemas de oportunidad de resolución de prestaciones (GES o no GES) en segundo prestador, en base a tiempos máximos de espera, y aumentar el presupuesto de FONASA de forma proporcional al ingreso de beneficiarios (producto de la migración desde ISAPRE o nuevos cotizantes), a través de la indexación entre la recaudación por concepto de cotizaciones y el aporte fiscal directo. Se entiende que parte de estas mejoras podrían introducirse en la Cámara de Diputados, y otras entrar en el contexto de los proyectos de reforma a la Salud.

- 2. Pago de la deuda a los afiliados (efecto retrospectivo de los fallos de la Corte Suprema):** el principal problema lo constituye la aprobación de la mutualización de la deuda, la cual reduce la deuda de aproximadamente USD\$1186 millones a USD\$450 millones, una rebaja de un 38% de ella, dejando un prorratio de USD \$45 millones anuales que deberían pagar las aseguradoras en el plazo de 10 años. Se ha argumentado que esta rebaja sería clave para asegurar la sostenibilidad financiera de las ISAPRE. Frente a esto, cabe destacar que el pago de la deuda representa un porcentaje menor de la caída de ingresos operacionales mensuales de las ISAPRE, que es en donde se juega la sostenibilidad financiera del sistema. A saber, sin mutualización de la deuda, las ISAPRE tendrían una caída de ingresos operacionales mensuales de apenas 2,5% en promedio (\$8.243 millones de pesos al mes), y con la

mutualización, esto bajaría a 1% (\$4.023 millones de pesos al mes) de los ingresos operacionales (Tabla N°1), una diferencia de un 1,5% de ingresos. Es decir, con estas cifras, es evidente que en el pago de la deuda no se juega la sostenibilidad del sistema, considerando que aún queda una caída de ingresos mensuales de 21,8% que cubrir a pesar de la mutualización. En este sentido, es importante que la discusión parlamentaria se pueda dilucidar el fondo de dicha pretensión de la oposición, ya que dado los datos existentes, no se sostiene el argumento. Dicho lo anterior, la mutualización tal cómo fue aprobada, tiene problemas de orden legislativo, al no respetar que se refiere a materias sobre seguridad social, lo cual es de exclusividad del Ejecutivo (Artículo N°65 de la Constitución Política de la República), y arriesga con no cumplir con el fallo de la Excm. Corte Suprema, lo que generaría problemas entre poderes del Estado.

Tabla N°1: monto deuda ISAPRE con devolución hasta 7% y mutualización

Isapre	1	2	3=1+2	4
	Monto Afecto Retrospectivo TFU ⁽¹⁾	Monto Deuda a Fecha de Promulgación Ley Corta ⁽²⁾	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 ⁽³⁾	0	884	884	88
Isalud	2.700	1.376	4.076	408
Fundación	4.275	2.783	7.058	706
Cruz del Norte	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.

- 3. Medidas de mitigación para asegurar ingresos operacionales que resguarden el financiamiento de beneficios (efectos prospectivos de los fallos de la Corte Suprema):** estas medidas en conjunto deberían lograr contener una reducción de alrededor de un 21,8% de los ingresos operacionales de las ISAPRE, distribuidos en



un 9,1% debido a los efectos de caída de ingresos por los fallos de noviembre 2022 (aplicación de tabla única de factores), y una reducción de 12,7% debido a los efectos de caída de ingresos por el fallo de agosto 2023 (reducción de prima GES). El proyecto centra su acción en dos medidas. Por un lado, establecer una prima con piso mínimo equivalente a la cotización legal obligatoria, lo cual afecta alrededor del 30% de los beneficiarios. Esta medida reduce esta caída de los ingresos mensuales de un 22,8% a un 13%, lo cual sigue siendo una caída muy significativa. Por otro lado, la Ley establece la posibilidad de un aumento extraordinario del Precio Base en el “Plan de pago y ajuste” para generar sostenibilidad financiera, la cual debe ser fundada en el costo de la operación, sin tope legal. Esto arriesga alzas adicionales a las ya realizadas por el adelantamiento del ICESA, que van en las ISAPRE abiertas entre un 4% a un 45,5%, con 3 de las 7 ISAPRE abiertas con alzas sobre el 20% del precio base, lo que pone en gran riesgo de insolvencia y de migración de los beneficiarios por incapacidad de pago (Tabla N°2). Tanto la comisión Técnica Asesora de la Comisión del Salud del Senado como Senadores oficialistas buscaron la aprobación de un límite legal para el alza del precio base, para evitar este problema, lo cual resultó frustrado en su tramitación en el Senado, siendo uno de los grandes puntos de mejora en la futura tramitación.

Tabla N°2: Proyección de aumento del Precio Base a todos los planes necesarios para mitigar caída de ingresos producto de los fallos de la Excma. Corte Suprema en escenario con piso de cotización de 7% y mutualización

ISAPRE	Variación % PB para resguardar los beneficios (Escenario: Cotización al 7%)
Colmena	6,2 %
Cruz Blanca	27,5 %
Vida Tres	11,4 %
Nueva Masvida	24,3 %
Banmédica	7,3 %
Consalud	45,5 %
Esencial	4,0 %
Isalud	0,0 %
Fundación	21,0 %
Cruz del Norte	6,2 %
Promedio (1)	15,3%

(1) Promedio ponderado por los ingresos operacionales de cada Isapre. *Alzas por sobre el 20% en rojo, 15-20% en naranja, 10-15% en amarillo y <10% en verde (valoración cualitativa en base al grado de aceptabilidad del alza).

Junto a esto, la Ley establece la incorporación de medidas de contención de costos que las ISAPRE deben presentar en el “plan de pago y ajuste”, pero sin reglamentar qué tipo de medidas deben implementarse, quedando a criterio de las aseguradoras cuales realizarán. Esto expone a que se traslade la presión de generar estabilidad financiera sólo a los usuarios, con un mínimo compromiso asumido por las aseguradoras.

4. Institucionalidad regulatoria de la Superintendencia de Salud: el principal problema se encuentra en el rechazo en la sala del Senado de la normativa que buscaba regular el alza de la prima GES en base a criterios objetivos. A la fecha, la cobertura GES tiene una baja siniestralidad en las ISAPRE (entendiendo esto como los costo operacionales sobre el ingresos operacionales por concepto de prima GES),

por lo que las aseguradoras utilizan las alzas para fines financieros más que de cobertura sanitaria. Esto fue impugnado por la Excma. Corte Suprema en su fallo de agosto de 2023, en el cual ordenó una baja al alza de las primas por este concepto. Durante la tramitación en el senado, se rechazó una norma que buscaba resolver este problema (Artículo 206 bis), con lo que se mantienen la posibilidad que las aseguradoras perseveren en este mecanismo, que no beneficia a los afiliados. Junto a esto, importante notar que el articulado actual omite importantes mejoras que podrían realizarse a la capacidad regulatoria de la Superintendencia, como el fortalecer del Régimen de Supervigilancia y Control, dando mayores atribuciones de fiscalización de estados financieros, para monitorear eficientemente el cumplimiento de indicadores por parte de las ISAPRE; otorgar mayores atribuciones para resguardar el cumplimiento del pago de la deuda a los afiliados por los fallos de noviembre de 2022 de la Excma. Corte Suprema ante la insolvencia de una ISAPRE; Otorgar mayores atribuciones para resguardar cumplimiento de las garantías con prestadores privados ante insolvencia de las ISAPRE; dotar de las atribuciones necesarias para poder reasignar en una ISAPRE a beneficiarios de una ISAPRE en insolvencia que rechacen la cobertura en FONASA MCC; y facultar a la Superintendencia de Salud para actuar de árbitro arbitrador en la resolución de conflictos entre las ISAPREs y los prestadores de servicios de salud.

- 5. Reforma de Salud:** como fue dicho previamente, el estado actual del proyecto compromete a que el Ejecutivo, con plazo 1° de octubre 2024, presentará un proyecto de Ley para eliminar la declaración de salud y la discriminación en ISAPRE. Esto abre la posibilidad que en dicho proyecto, se integren las propuestas de incorporar mecanismos de seguridad social a las ISAPRE apoyado por parlamentarios de la oposición, tales como un plan estándar, un fondo de compensación de riesgos interISAPRE, etc; propuestas contenidas en el informe del Comité Técnico para una Reforma de Salud de la Comisión de Salud del Senado. En este punto, es posible evidenciar que existe el riesgo que dichas medidas sean las priorizadas en la tramitación legislativa, sin generar cambios estructurales, o incluso, generando un



escenario que vaya en contra de la concreción del programa de gobierno, a saber, avanzar a un sistema de seguridad social en salud basado en un Seguro Nacional de Salud, donde las ISAPRE transiten voluntariamente a seguros complementarios voluntarios.

Adicionalmente, el proyecto compromete al Ejecutivo a presentar el o los proyectos de ley destinados a reformar el sistema de salud en su conjunto a fin de profundizar los principios de seguridad social en salud, y fortalecer las competencias del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud, durante el periodo legislativo de 2024, es decir, hasta enero de 2025. Esto, junto al protocolo de acuerdo de acuerdo entre el Ejecutivo y el Congreso en el contexto de la aprobación del alza extraordinaria del ICSA en la Ley de reajuste del sector público, comprometió la conformación de un equipo de trabajo con representación transversal del oficialismo en el MINSAL para la confección de dichos proyectos, sin especificar sus contenidos. Esto deja dos flancos políticos relevantes abiertos. Por un lado, la temporalidad de la presentación de los proyectos. Si estos son presentados en enero de 2025, la tramitación comenzará en el periodo legislativo 2025, último año de Gobierno y año de elecciones Presidenciales y de Congresistas. Es decir, dificulta que este pueda ser promulgado dada la relevancia y dificultad en su tramitación. Más aún, cuando se presentará previamente el proyecto destinado a terminar con la discriminación en las ISAPRE, lo cual puede concentrar la tramitación parlamentaria. Por otro lado, sobre los contenidos de dichos proyectos no se especifica su carácter. Es de suponer que el ejecutivo debería ir buscar a un fortalecimiento de FONASA y la Superintendencia, creando además un mercado de seguros complementarios basados en la MCC, más fuertes incentivos económicos para la transición de las ISAPRE a estos, acercándose al cumplimiento del programa de gobierno, donde FONASA asuma las funciones del Fondo Universal de Salud (seguro Nacional de Salud) y las ISAPRE actúen como seguros de segundo piso. Esto será materia de debate tanto prelegislativo en el equipo encargado de los proyectos de ley, como legislativo propiamente tal, una vez que los proyectos sean ingresados.

Líneas de acción política para la tramitación en la Cámara de Diputados

Es importante que el enfoque de la acción política que se desarrolle en las etapas siguientes de la tramitación, consideren que el esquema de seguros ISAPRE se encuentra en una crisis que impresiona de carácter terminal. Como fue expuesto, las ISAPRE tenían un déficit operacional de más de \$16.000 millones de pesos mensuales previo a los fallos de la Excma. Corte Suprema. Con los fallos de Noviembre 2022 (tabla de factores única de riesgo) y de Agosto 2023 (Alza Prima GES), se proyecta una caída de ingresos operacionales mensuales de al menos un 22,8% (pérdida de \$75.202 millones mensuales), lo cual llevaría al menos a que 3 ISAPRE deban subir sus precios base sobre un 20%, lo que las pone en riesgo real de insolvencia.

Lo anterior hace ineludible y urgente que se incorporen elementos que den mayor sostenibilidad financiera al sistema, para proteger las coberturas de los afiliados, que den mayor protagonismo a las mismas aseguradoras en la salida de la crisis y no sólo carguen en los beneficiarios (ej: medidas de contención de costos), que se reviertan medidas como la mutualización, que no generan sostenibilidad y perjudican directamente a los afiliados, y que se empiece a legislar pensando en una reforma estructural al sistema de aseguramiento, tanto con medidas que conduzcan a ella en la Ley Corta como en los consecuentes proyectos de Ley comprometidos en ella, necesidad reconocida en el mismo informe de la Comisión Técnica Asesora¹ y reafirmada por la Comisión de Reforma de la Comisión de Salud del Senado en su informe². Por lo anterior, se vuelve perentorio hacer converger ambas discusiones (crisis de ISAPRE y Reforma) en el marco de la Ley Corta, dando una salida razonable de funcionamiento a las aseguradoras en un nuevo mercado sostenible actuarialmente, pero dentro de los límites de la seguridad social (ej: seguros complementarios a través de MCC).

¹ Para más información, revisar informe disponible en:
https://www.senado.cl/senado/site/docs/20231010/20231010131713/informe_comite_tenico_ley_corta_isapres.pdf

² Para más información, revisar informe disponible en:
https://www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=tramitacion&ac=getDocto&iddocto=18264&tipodoc=docto_comision

Con este fin, a continuación se exponen los principales elementos que deberían ser mejorados en la Ley Corta de ISAPRE, y luego, cuáles deberían ser los principales elementos a incorporar en los proyectos de Ley de Reforma a la Salud:

Elementos a incorporar en Ley Corta de ISAPRE:

1. FONASA:

- a. Reincorporar la posibilidad que FONASA dé continuidad a la cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC) que estuviera activada.
- b. Permitir que la cartera de beneficiarios de las ISAPRE que caigan en insolvencia, puedan ser asignados a FONASA con modalidad MCC manteniendo coberturas en uso, siempre respetando la libertad de un ex beneficiario de optar por una aseguradora privada al rechazar la cobertura pública. Esto implica optimizar coberturas de la MCC, con los estudios necesarios para determinar qué coberturas se mantendrán de los ex beneficiarios de ISAPRE que ingresen.
- c. Mejorar la capacidad de FONASA para realizar convenios y compras a prestadores privados en contexto de MCC inicial para contener la crisis, manteniendo coberturas de las personas provenientes de ISAPRE en insolvencia.
- d. Aumentar el presupuesto de FONASA de forma proporcional al ingreso de beneficiarios (producto de la migración desde ISAPRE o nuevos cotizantes), a través de la indexación entre la recaudación por concepto de cotizaciones y el aporte fiscal directo.

2. ISAPRE:

- a. Rechazar la mutualización de la deuda de las ISAPRE con los afiliados por concepto del fallo de Noviembre de 2022 de la Excm. Corte Suprema.

- b. Normar un tope legal para el alza extraordinaria del Precio Base de los planes de salud en ISAPRE.
- c. Ajustar prima GES para nonatos y menores de 2 años en 0.1UF por beneficiario. Estudiar incluir nuevo problema de salud GES con baja protección y alto uso actual, que permita aumentar cobertura y flujos financieros. Ejemplo de esto es establecer los cuidados integrales de la maternidad como Problema de Salud GES.
- d. Normar un Plan de Contención de Costos Mínimos (CMM) de implementación rápida, que deban cumplir todas las ISAPRE. Este debe contemplar una reducción rápida de los Gastos Administrativos y de Vental (GAV) de al menos un 10%, normar un tope máximo de GAV en base a resultados operacionales, medidas de control de gastos en prestaciones y nuevos mecanismos de pago a prestadores (ej: GRD), con modificación del DFL1 del Ministerio de Salud que faculten mecanismos de pago diferentes a los aranceles basados en el pago por prestación.
- e. Permitir que beneficiarios de las ISAPRE que caigan en insolvencia, puedan ser reasignados a una ISAPRE que tenga buenos indicadores financieros, manteniendo coberturas en uso, si rechazan el ingreso a FONASA con MCC manteniendo coberturas.

3. Superintendencia de Salud:

- a. Reponer el articulado referente a la alza de la prima GES basada en criterios objetivos que fue rechazado en la Sala del Senado.
- b. Fortalecer el Régimen de Supervigilancia y Control, dando mayores atribuciones de fiscalización de estados financieros, para monitorear eficientemente el cumplimiento de indicadores por parte de las ISAPRE.
- c. Otorgar mayores atribuciones para resguardar el cumplimiento del pago de la deuda a los afiliados por los fallos de noviembre de 2022 de la Excma. Corte Suprema ante la insolvencia de una ISAPRE.
- d. Otorgar mayores atribuciones para resguardar cumplimiento de las garantías con prestadores privados ante insolvencia de las ISAPRE.

- e. Dotar de las atribuciones necesarias para poder reasignar en una ISAPRE a beneficiarios de una ISAPRE en insolvencia que rechacen la cobertura en FONASA MCC.
- f. Facultar a la Superintendencia de Salud para actuar de árbitro arbitrador en la resolución de conflictos entre las ISAPRE y los prestadores de servicios de salud.

4. Reforma de Salud:

- a. Establecer que todos los proyectos contenidos en el artículo transitorio de reforma sean presentados con plazo máximo al 1 de octubre de 2024. Esto implica que tanto el proyecto de ley que buscará eliminar la discriminación en ISAPRE como los conducentes a una reforma de la salud que la lleve hacia la seguridad social, sean tramitados en conjunto como un gran paquete, dando coherencia entre sí a estos elementos.

Elementos que deberían considerar los proyectos de Ley conducentes a una reforma de la Salud:

Esto implica trabajar para avanzar hacia la transición a un sistema de aseguramiento que opere bajo las reglas de la seguridad social, con esquemas de seguros que integren las propuestas de derecha y de la centro izquierda para que tenga posibilidades reales de ser promulgado. Dadas las propuestas existentes de reforma: i) Apruebo Dignidad y el programa de Gobierno: reforma hacia un Seguro Nacional de Salud (Fondo Universal de Salud), transformando a las ISAPRE en seguros complementarios; ii) Comité Técnico de Reforma del Sector Salud de la Comisión de Salud del Senado: que las ISAPRE transiten a un esquema de seguridad social, con un fondo de compensación interISAPRE, fin a la declaración de salud y plan estándar³; propuesta apoyada por la derecha política y económica; y considerando la

³ Para más información, revisar informe del Comité:
https://www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=tramitacion&ac=getDocto&iddocto=18264&tipodoc=docto_comision

correlación de fuerzas en el Congreso Nacional, lo más razonable es ingresar un articulado que permita que la mayor parte de las ISAPRE transiten voluntariamente a seguros complementarios a través de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), poniendo importantes incentivos para esto, y que un grupo restringido de ISAPRE puedan transitar a un mercado acotado de seguros sustitutos con reglas de seguridad social, pero sin administrar la totalidad de la cotización, debiendo traspasar al FONASA recursos para prestaciones universales (ej: APS universal, Subsidio de Incapacidad Laboral) otorgadas por el sector público, con tal que no exista un subsidio estatal a la operación del sector privado de salud. Entre estos elementos, ya mencionados en su mayoría en informes previos de rumbo colectivo, destacar:

1. FONASA:

- a. Modernización a la Gobernanza de FONASA.
- b. Mejorar la capacidad de FONASA para realizar convenios y compras a prestadores privados para afiliados, ya sea mediante MCC o no. Esto incluye mejorar mecanismos de pago que aún no sean ajustados por riesgos (ej: Ley de Urgencias).
 - i. Otorgar facultades extraordinarias para resolver problemas de oportunidad de resolución de prestaciones (GES o no GES) en segundo prestador, en base a tiempos máximos de espera .
 - ii. Aumentar el presupuesto de FONASA de forma proporcional al ingreso de beneficiarios (producto de la migración desde ISAPRE o nuevos cotizantes), a través de la indexación entre la recaudación por concepto de cotizaciones y el aporte fiscal directo.

2. ISAPRE

- a. Posibilitar e incentivar la transición voluntaria de ISAPRE a seguros complementarios en el esquema de la MCC. Para esto, considerar incentivos que vuelvan razonable la transición para las aseguradoras como la mantención en ellas de los afiliados:
-

- i. Permitir la continuidad legal de la ISAPRE para la transición a seguro complementario en la MCC.
 - ii. Establecer la participación prioritaria de las ISAPRE que transiten en la licitación de la MCC del FONASA.
 - iii. Mantener cartera de beneficiarios para las ISAPRE que transiten, con la opción para los cotizantes de renunciar a la MCC y ser reasignado a una ISAPRE que no transite.
 - iv. Mantención de *coberturas en uso* en la MCC para las personas beneficiarias de las ISAPRE que transiten.
 - v. Permitir retiro de utilidades para las ISAPRE que mantienen deuda con sus afiliados producto de los fallos de Noviembre 2022, que transiten a ser seguros complementarios en la MCC. Esto con revisión anual que se mantenga el pago de la deuda a los beneficiarios por la SIS, retirando la autorización en caso que no cumpla con el pago.
 - vi. Posibilitar la existencia de un mercado acotado de ISAPRES (seguros sustitutos de primer piso) que opere con mínimos de seguridad social y que administre parcialmente la cotización de salud:
 1. Implementar un paquete de medidas regulatorias al esquema de seguros para que opere con lógica de seguridad social: eliminación de la declaración de salud, obligación de las ISAPRE para ofrecer plan estándar, establecer mecanismos de compensación de riesgo entre ISAPRE.
- b. Implementar un paquete de medidas regulatorias al esquema de seguros para que realicen contención de costos: normar un porcentaje de GAV máximo, normar y controlar sistemas de pago eficientes, implementar gradualmente la Atención Primaria de Salud Pública como puerta de entrada al sistema de prestación. .
- i. Normar la transferencia de recursos desde las ISAPRE para subsidios y prestaciones universales: Para concepto de financiamiento de la Atención Primaria Universal, a la cual podrán acceder los beneficiarios

que se mantengan en las ISAPRE, cada aseguradora deberá transferir al FONASA el equivalente al per cápita del sector público por cada beneficiario de su cartera. De igual forma, normar la creación de un nuevo régimen de subsidio de incapacidad laboral, institución a la cual las ISAPRE deberán transferir el porcentaje de cotización correspondiente que cubra gasto equivalente anual.

- ii. Mantención de la imposibilidad de retirar utilidades mientras no se pague la deuda a los beneficiarios producto de los fallos de noviembre de 2023.

3. Superintendencia de Salud:

- a. Dotar de nuevas atribuciones para regular el mercado de seguros complementarios en la MCC. Esto incluye la capacidad de verificar el pago de la deuda de las ISAPRE que transitaron y de sancionar con la prohibición de retirar utilidades si no se cumple.
- b. Dotar a las atribuciones necesarias para poder reasignar en una ISAPRE afiliados que rechacen transitar a MCC en la cartera de la ISAPRE que lo haga.
- c. Otorgar mayores atribuciones para resguardar el cumplimiento de los tiempos máximos de espera establecidos para patologías GES y no GES en FONASA, como la regulación del cumplimiento segundo prestador cuando esto no se cumpla.
- d. Dotar de nuevas atribuciones que permitan hacer cumplir las normas de seguridad social y de contención de costos implementadas en el nuevo sistema ISAPRE.
- e. Dotar de nuevas facultades para poder estimar, supervisar y hacer cumplir la transferencia del per cápita desde ISAPRE a FONASA para financiamiento de la APS universal.