

LAS CLAVES DEL PROYECTO DE LEY CORTA DE ISAPRES

I. Antecedentes:

El Gobierno ingresó al Congreso, el denominado Proyecto de ley corta de ISAPRES (boletín N° 15.896-11) con urgencia simple, el que fue presentado por las autoridades de salud en la comisión de salud del Senado el 10 de mayo de 2023, y se espera nueva sesión el lunes 15 de mayo de 2023.

El objetivo del proyecto de ley anunciado por el Gobierno es dar un marco legislativo para implementar el fallo de noviembre de 2022 de la Corte Suprema a las ISAPRES.

Tanto la misma Corte Suprema como diversos expertos y ex autoridades han señalado que el fallo no busca contribuir al término del sistema de ISAPRE, debido a sus negativas consecuencias. Incluso el texto del proyecto de ley señala “a mayor abundamiento, la eventual insolvencia o incumplimiento de indicadores de las ISAPRE puede precipitar una crisis en el sistema privado de financiamiento de salud que exponga la sostenibilidad del sistema sanitario en su conjunto, incluidos prestadores públicos y privados”. Este punto corrobora el análisis de ex superintendentes y ex ministros de salud de diversas miradas políticas, quienes ven un riesgo potencial de efecto dominó, en caso de que las ISAPRE quiebren, que impacte a todo el sistema, afectando la atención de los pacientes y el trabajo del personal de la salud.

II. Contenidos fallo:

1. Deja sin efecto toda tabla de factores usada por las ISAPRES para calcular el precio de sus contratos de salud, que fuese distinta a la tabla única de factores establecida por la Superintendencia en 2019 (circular 343 de 2019) y que rige desde marzo de 2020.
2. Las ISAPRES deben calcular el precio final de cada contrato administrado multiplicando el precio base por la tabla de factores de 2019.
3. La aplicación de la nueva tabla no puede significar un alza en los precios finales de los contratos.
4. El precio final solo podrá aumentar cuando haya nuevas cargas. Y se suspende el cobro para las cargas menores de dos años.
5. La Superintendencia de Salud, en ejercicio de sus facultades y en un plazo de seis meses, determinará cómo hacer efectiva la adecuación del precio final.
6. La Superintendencia de Salud debe establecer medidas administrativas para que se restituyan los recursos pagados en exceso por afiliados que, luego de aplicar la tabla de factores de 2019, obtengan un precio final inferior al pagado.

III. Contenidos proyecto de ley:

- 1) **Crea en Fonasa de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC)**, que considera la atención de salud por redes de prestadores privados, junto con una cobertura financiera adicional a la otorgada por Fonasa.
 - ✓ **Acceso:** afiliados -y sus cargas- de los tramos B, C y D de Fonasa, que voluntariamente paguen una prima (igual) por cada integrante de su grupo familiar y que hayan cotizado durante los últimos seis meses.

- ✓ **Financiamiento:** Se realizará por tres vías, (i) con el aporte de Fonasa, (ii) con la prima adicional pagada por los trabajadores por cada integrante de su grupo familiar, la que será administrada por una compañía de seguros, y (iii) con el copago aportado por los trabajadores (y sus cargas) al momento de la atención o posterior a ella.
 - ✓ **Administración:** Fonasa licitará la administración de los recursos provenientes de la prima adicional entre compañías de seguros. En el segundo artículo transitorio se establece que el primer contrato podrá realizarse mediante trato directo (el que tendría una duración de al menos 18 meses).
 - ✓ **Aranceles y condiciones prestadores:** Fonasa junto al Ministerio de Hacienda establecerán los aranceles de las prestaciones consideradas en la MCC y las condiciones para los prestadores privados que participen de esta modalidad.
 - ✓ **Cobertura y prima:** La proporción cubierta por la MCC, así como el costo de la modalidad (prima) serán definidas en las licitaciones y contratos directos que se realicen con las compañías de seguro.
 - ✓ **Fiscalización:** Esta será realizada por la Superintendencia de Salud.
- 2) Faculta a Fonasa para reclasificar siempre a usuarios:** Permite a Fonasa reclasificar siempre hacia el grupo A (indigentes y carentes de recursos) a los afiliados (y a sus cargas) de los grupos B, C y D cuando no hayan pagado cotizaciones por doce meses.
- 3) Nuevas normas, atribuciones y facultades para la Superintendencia de Salud para:**
- (i) Incorporar nuevos criterios en el índice anual que se usa para calcular el alza máxima de precios base de las ISAPRES;
 - (ii) fijar el precio GES de las ISAPRES usando un índice de variación de precios, cuyo mecanismo de cálculo debe ser aprobado por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo;
 - (iii) aplicar el régimen especial de supervigilancia y control a las ISAPRES cuyos planes de pago sean rechazados (según el procedimiento que se establece para el pago de la deuda generada por el fallo);
 - (iv) fiscalizar el cumplimiento de todo lo dispuesto en el proyecto de ley.
- 4) La forma en que las ISAPRES deberán dar cumplimiento al fallo de la Corte Suprema.**
- ✓ La Superintendencia deberá dictar una circular que señale cómo modificar el precio final de los contratos de salud conforme al fallo (cambio de tabla y suspensión de cobro a menores de 2 años) en un plazo máximo de 30 días luego de publicada la ley.
 - ✓ Luego, las ISAPRES deberán presentar un plan de pago a la Superintendencia dentro de un plazo de seis meses contados desde la publicación de la ley.
 - ✓ Se establece que los montos a devolver deberán ser tratados como excedentes, pero en nuevas cuentas corrientes individuales y separadas de los demás excedentes para cada afiliado.
 - ✓ Posteriormente, el Consejo Asesor consultivo de la Superintendencia que se crea en la ley, deberá evaluar los planes de pago en un plazo de seis meses y generar una recomendación a la Superintendencia.
 - ✓ La Superintendencia tendrá un mes para aprobar la propuesta del consejo o generar modificaciones. Si el plan resulta rechazado, se autoriza la modificación por una única vez. Si es nuevamente rechazado, la Superintendencia es quien establece las condiciones del plan y deberá dictar la circular correspondiente.

5) La creación de un Consejo Asesor de carácter técnico y consultivo -no vinculante:

- ✓ Integrado por 6 expertos (y 6 subrogantes): 3 representantes elegidos por Ministerios (uno por el de Salud, uno por el de Economía y uno por el de Hacienda) y otros 3 por la academia (escuelas de Derecho, de Economía y de Medicina y Ciencias de la Salud).
- ✓ Será presidido por el representante del Ministerio de Salud, quien zanjará las decisiones.
- ✓ Sus miembros se desempeñarán *ad honorem*, no pudiendo percibir remuneración alguna por esta función.
- ✓ Además de la revisión del plan de pago propuesto por las ISAPRES, deberán al menos revisar la circular de aplicación del fallo y asesorar a la Superintendencia de Salud en otras materias.

6) Normas especiales para ISAPRES.

- ✓ Se establece que las deudas que surgen de la aplicación del fallo no se considerarán en las exigencias de garantías, de capital mínimo, de deuda y de liquidez a las ISAPRES (que determinan luego procesos de intervención de estas).
- ✓ Asimismo, se crean nuevas normas respecto de la entrega maliciosa de información falsa o incompleta y de actos previos al incumplimiento del plan de devolución considerados “contrarios a las exigencias de una administración racional del patrimonio” por parte de las ISAPRES, cuyo incumplimiento se sanciona con pena aflictiva (superior a 3 años).
- ✓ Junto con lo anterior, se prohíbe a las ISAPRES retirar utilidades mientras no se haya terminado de pagar las deudas asociadas al fallo, cuyo incumplimiento se sancionará. La Superintendencia debe autorizar cualquier retiro.

7) Recursos financieros asociados al proyecto.

- ✓ El informe financiero señala que el costo fiscal del proyecto sería de cero puesto que, en los diferentes escenarios, el gasto de Fonasa es posible de cubrir con las cotizaciones de 7% de los trabajadores que se afilien (junto a sus cargas) al nuevo plan. En efecto, en el escenario de mayor gasto, el remanente es de al menos de 2.300 millones de pesos (16.000 millones en el mejor). Con ello se pueden cubrir los 1.565 millones de pesos que costaría, en régimen, la contratación de 26 nuevos funcionarios en Fonasa que son estimados como necesarios para aplicar la ley.
- ✓ Este escenario asume que: (i) un grupo aleatorio decide contratar la MCC, (ii) todos quienes actualmente pagan más del 7% en ISAPRE estarían disponibles para contratar la MCC, (iii) los usuarios de la MCC usarán la modalidad de atención institucional (MAI) con prestadores estatales menos que el promedio de los usuarios de Fonasa; (iv) el gasto en subsidios por incapacidad laboral de los contratantes de la MCC será similar al de Fonasa; (v) el gasto en atención primaria de salud de los contratantes de la MCC será 50%; y (iv) quienes contraten la MCC no usarán la MLE (cero gasto en MLE).

7 CLAVES:

1. Se reconoce el impacto del fallo de la Corte Suprema en las ISAPRES y estabilidad del sistema de salud en su conjunto, pero no plantea medidas de sostenibilidad.

El mensaje señala que puede haber impacto en la continuidad de la protección financiera de los contratos de salud de ISAPRES y en el acceso a la atención de salud de las personas beneficiarias de estos y, en general, el negativo efecto en la viabilidad de las ISAPRES.

No obstante, no plantea medidas que aseguren que el sistema privado no colapse dando cumplimiento al fallo. Por el contrario, asume que habrá un impacto y que este generará un cambio masivo desde ISAPRES a Fonasa y, para absorberlo, crea una nueva modalidad de cobertura en Fonasa. En estricto rigor, esta nueva cobertura no se requiere para dar cumplimiento a un fallo que afecta a las ISAPRES.

2. No despeja la incertidumbre asociada a la aplicación del fallo, puesto que no esclarece las cifras de la población afectada ni los montos que deberán devolver las ISAPRES por medio del plan de adecuación y pago.

Considerando que pasaron más de cinco meses desde la dictación del fallo y el ingreso del proyecto al Ejecutivo y los antecedentes existentes, el proyecto de ley no señala el número total de contratos o personas afectadas por el fallo ni los montos involucrados. Solo se entregaron estimaciones por parte del Superintendente de Salud, en una presentación.

Ello mantiene la incertidumbre en los afiliados de ISAPRES respecto de qué ocurrirá con sus contratos y prestaciones y especialmente con la continuidad de sus tratamientos en caso de estar en uno.

Asimismo, mantiene la incerteza para los prestadores de salud (personal de la salud, administrativos, etcétera) respecto de cómo la aplicación del fallo les repercutirá, en caso de que haya potenciales efectos financieros en las ISAPRES, como es previsto por el propio proyecto (lo que podría también afectar a los usuarios de Fonasa).

En efecto, el informe financiero del proyecto asume diferentes escenarios respecto de los potenciales nuevos usuarios de la modalidad de cobertura complementaria, siendo el primero uno en el cual todos los usuarios de ISAPRES (potenciales) se afilian a la nueva modalidad.

Con ello, además, dilata la definición de un plan para resolver la situación de usuarios de ISAPRES y la viabilidad financiera de las mismas.

La normativa establece largos tiempos (mayores a un año y medio) para lograr contar con un plan y cuyo inicio de pago podría tardar hasta 2 años.

- Se otorga al menos 6 meses para que las ISAPRES entreguen un plan a la Superintendencia de Salud.
- Se otorgan otros 6 meses más para que el Consejo Asesor de carácter técnico y consultivo (no vinculante) que se crea en este proyecto, se pronuncie sobre esa propuesta aprobándola o rechazándola.
- Se permiten otros 30 días para que la Superintendencia señale si se aprueba o rechaza plan.
- En caso de rechazar, se otorgan otros 30 días más para que las ISAPRES presenten un nuevo plan, sino lo hará la superintendencia y zanjará.

3. Otorga amplias e importantes atribuciones y funciones a la Superintendencia de Salud sin incremento de presupuesto ni dotación para su concreción.

El proyecto establece nuevas atribuciones a la Superintendencia para (i) definir el modo de concretar la adecuación del precio final de los contratos de salud de ISAPRES, acorde a lo mandado por la Corte Suprema, así como el seguimiento y cumplimiento del fallo, (ii) la creación de un índice de precios GES, (iii) la aprobación y participación en juntas de accionistas relativas a retiros de utilidades en ISAPRES, (iv) ejercer como secretaria ejecutiva de un Consejo Asesor, (v) revisar y requerir nueva información a diferentes entidades de la salud, y (vi) la fiscalización de todo el proyecto de ley, entre varios otros.

Sin embargo, no existen recursos (humanos o financieros) para que la Superintendencia pueda desarrollar las labores que deberá realizar en este nuevo escenario.

4. Excluye a los beneficiarios del grupo A de Fonasa de la nueva modalidad de cobertura complementaria (MCC).

Los usuarios de Fonasa A, integrado por las personas indigentes y carentes de recursos, se ven excluidos de participar de la nueva modalidad de atención. Este grupo A podría aumentar con las nuevas facultades de reclasificación de usuarios al grupo A.

Es necesario considerar que son justamente los beneficiarios del grupo A quienes se verán más afectados por la llegada de nuevos usuarios de Fonasa, en caso de que haya un traslado masivo de personas desde las ISAPRES, como es previsto en el informe financiero del proyecto. Se debe recordar, por ejemplo, que para hacer valer las garantías explícitas en salud, los usuarios de Fonasa deben atenderse en el sistema de prestadores estatales de salud, que es la única alternativa para las personas del grupo A de Fonasa, ya que tampoco pueden acceder a la Modalidad de Libre Elección.

El proyecto no considera subsidios o apoyo a este grupo y, en el informe financiero del proyecto se asume que la creación de la nueva modalidad y el traslado de nuevos usuarios a Fonasa no importará gastos por sobre el 7% que aporten los potenciales nuevos beneficiarios. Lo anterior se basa en supuestos que pueden no cumplirse y el margen de error es bajo (menor en todos los escenarios a 1% de los ingresos de Fonasa). Es fundamental que no se aumenten las ya abultadas listas de espera por atención en salud, que superan los dos millones de personas.

5. El proyecto prepara al sistema de salud para un cambio masivo desde ISAPRES a Fonasa, asumiendo una disminución (o término) de la participación privada en el aseguramiento, distando de ser una ley corta que aplica el fallo de la Corte Suprema permitiendo la sobrevivencia del sistema mixto de salud, como es planteado en el mensaje y requerido por la propia Corte.

El proyecto no otorga viabilidad o sostenibilidad al esquema privado de aseguramiento, tal como fuese señalado por la Corte Suprema en reiteradas ocasiones, ni tampoco cumple con la búsqueda de equilibrios que esboza inicialmente el mensaje, arriesgando a llevar al sistema al escenario que el propio proyecto de ley plantea como algo a evitar (colapso del sistema).

Tanto la sociedad, consultada en diversas y representativas encuestas, como las diferentes propuestas oficiales y proyectos de ley en el Congreso han planteado la necesidad de, al menos en el corto plazo, avanzar a una regulación apropiada para el esquema de aseguramiento privado que incluya: (i) mayores grados de transparencia y solidaridad; (ii) creación de un fondo de compensación de riesgo; (iii) creación de un plan de salud base, igual para todos, con libre afiliación; (iv) y mayor protección financiera para las familias, estableciendo un monto máximo de gasto de bolsillo por beneficiario. Ninguno de estos aspectos se considera en el proyecto de ley.

6. Se desconoce el impacto financiero en Fonasa.

El proyecto, analizado complementariamente con la información que se entrega en el informe financiero, propone que todos los gastos fiscales se podrán cubrir con la cotización de los nuevos usuarios, sin considerar escenarios alternativos para muchos de los supuestos, lo que genera incertidumbre respecto de las estimaciones. Entre otros aspectos a analizar están:

- Se asume que todos quienes aportan más del 7% en ISAPRES son potenciales usuarios de la MCC y que una proporción de personas aleatoria se adscribirá a la nueva modalidad. Esto es poco probable, primero, porque no todos los que cotizan más que 7% les alcanzará para cubrir (o querrán hacerlo) la prima por cada integrante de la familia. Dado que el proyecto no señala potenciales montos asociados a la prima, no es posible evaluar dicho supuesto. Segundo, la evidencia ha demostrado que, cuando un seguro es voluntario (como la MCC) lo contratan aquellos que más requieren servicios, es decir, aquellos de mayor gasto.
- Se asume que las personas de ISAPRES que se traspasen a Fonasa usarán la misma cantidad (por persona) de servicios que los que actualmente están en Fonasa, pero la evidencia señala que los usuarios de ISAPRES hacen un uso más intensivo de los servicios. Esto es posible de verificar en diversos estudios que estiman la demanda por salud, donde uno de los determinantes es justamente el nivel de ingreso de las personas, que impacta aumentando la probabilidad de uso.
- El proyecto solo analiza escenarios diferentes para una variable: número de personas que contratará la nueva modalidad, por lo que se desconoce el impacto de un cambio menor en todo otro supuesto.
- Finalmente, se estima que todos los gastos que debe cubrir Fonasa por el traspaso de nuevos usuarios serán cubiertos por el 7% que aportarían los nuevos beneficiarios. En todos los escenarios, queda un margen de recursos, pero es siempre menor a 1% de los ingresos que obtiene Fonasa por el 7%, por lo tanto, el espacio para cualquier gasto de imprevistos o supuestos incorrectos es bajo.
- Esto contrasta con lo que se ha expresado por parte del gobierno en su programa respecto de los beneficios que tendría para el país traspasar la administración de todos los recursos a una entidad como Fonasa, debido a sus menores gastos administrativos. Ello no se refleja en los cálculos, y el proyecto y la forma de entrega (según el informe financiero y las presentaciones que han hecho personeros del gobierno) más bien buscan emular justamente lo que se realiza en las ISAPRES, entidades que se terminarían con la aplicación del proyecto.

7. No es evidente que la nueva modalidad de cobertura se logre desarrollar.

La nueva modalidad de cobertura es una donde, según el informe financiero, las compañías de seguro deben poner toda la diferencia del costo (precio) de una prestación, luego del aporte de Fonasa. Es decir, Fonasa aportará un máximo, definido y limitado, pero las compañías de seguro deben aportar todo lo que falte para llegar a una cobertura que es desconocida, sin reglas que se hagan cargo de cualquier error de cálculo o evento que impacte en este gasto. Para ello cuentan con una prima fija por persona.

- Se desconoce el interés o factibilidad de las compañías de seguros de participar y de desarrollar coberturas con este nivel de riesgo financiero para dichas empresas. El proyecto no señala detalles de las coberturas potenciales que deberán cubrir estas compañías, ni cómo funcionarían los esquemas de cobertura (solo se esbozan supuestos en el informe financiero de 3 esquemas de aranceles y prestadores). Tampoco se detalla cómo se cubrirán los gastos en caso de que las estimaciones superen los costos esperados, entre otros. Traspasar totalmente el riesgo financiero a estas compañías implicaría una inversión riesgosa que podría incidir en el costo de estos de cara al usuario final. Esto puede impactar finalmente en el valor del mercado, competencia afectando el precio final que deberán pagar los usuarios que accedan al MCC.