



PROYECTO DE LEY QUE INCORPORA UN MECANISMO DE VERIFICACIÓN AL PROCESO DE ADECUACIÓN DE LOS PRECIOS BASE DE LOS PLANES DE LAS ISAPRES A CARGO DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD

CONSIDERANDOS:

1. La Ley N° 21.350 promulgada en junio del año 2021 estableció un tope máximo para el proceso de adecuación de los precios base de los planes de las Isapres denominado Índice de Costos de la Salud (ICSA); que debe ser calculado por la Superintendencia de Salud en base a múltiples datos y publicado los primeros 10 días de marzo de cada año. El objetivo inicial de esta ley era resolver las controversias entre los afiliados y las aseguradoras, al momento de elevar el costo de los planes por sobre la variación anual de la Unidad de Fomento. Como es conocido, estas diferencias han llevado a que todos los años se presenten cientos de miles de recursos de protección que terminan siendo conocidos por la Corte Suprema, fallados a favor de los afiliados, impidiendo el reajuste del precio de los planes y condenando en costas a las aseguradoras.
2. Durante el proceso de adecuación de los precios base de los planes de las Isapres del año 2022, el ICSA calculado por la Superintendencia de Salud correspondió a un 7,6%. Posterior a esto, todas las Isapres abiertas -Consalud, Colmena, Cruz Blanca, Vida Tres, Banmédica y Nueva Masvida- comunicaron al regulador que reajustarían sus planes base al tope del alza, es decir, en un 7,6%. Esto llevó a la presentación nuevamente de cientos de miles de recursos de protección que, como es habitual, terminaron en la Corte Suprema.
3. El 19 de agosto del año 2022 se dio a conocer el fallo de la Corte Suprema que acogió recursos de protección en contra de las Isapres antes mencionadas y dejando sin efecto el alza en los precios de los planes de salud de todos los afiliados a las aseguradoras, hayan o no recurrido por la elevación del costo de los planes. Asimismo, el tribunal dispuso que la Superintendencia de Salud elabore una circular que instruya a las Isapres:
 - a. Restituir los cobros realizados a propósito del proceso de adecuación.
 - b. Permitir a los afiliados que se cambiaron de plan producto del incremento del precio de los planes base, volver al plan inicial si lo solicitaren.
 - c. Recibir a los afiliados que se desafiliaron producto del incremento del precio de los planes base, si lo solicitaren.
 - d. Abrir un nuevo plazo y procedimiento para justificar el alza de los precios de los planes de acuerdo con la ley.

4. En este fallo de la Corte Suprema se producen dos hechos inéditos en la jurisprudencia del tribunal. El primero de ellos, es la aplicación de éste a la totalidad de los afiliados y no sólo a aquellos que hayan presentado recursos de protección a la respectiva Corte de Apelaciones. Y, en segundo lugar, se ordena a la Superintendencia de Salud iniciar un nuevo proceso de adecuación que permitiría fundamentar adecuadamente el alza de precios de los planes base.
5. La Superintendencia publicó el 6 de septiembre del año 2022 la Circular N° 409 que entregaba las instrucciones para que las Isapres dieran cumplimiento al fallo de la Corte Suprema antes mencionado y que incluía un mecanismo que fue denominado “procedimiento de verificación”. En éste, las Isapres debían entregar a la entidad reguladora una serie de datos necesarios para corroborar los cálculos en los que fundamentarían la nueva elevación de los precios de los planes.
6. El 15 de septiembre del año 2022 la Superintendencia de Salud terminó el proceso de verificación de los antecedentes, que según las aseguradoras, fundamentarían el porcentaje del alza que cada una de ellas comunicó y que queda reflejado en la siguiente tabla:

Isapre	% de elevación informado por la Isapre	% de elevación verificado por la Superintendencia de Salud	% de elevación finalmente aplicado en el proceso de adecuación
Colmena	6,6%	6,6%	6,6%
Cruz Blanca	4,5%	4,3%	4,3%
Vida Tres	1,9%	1,4%	1,4%
Nueva Masvida	10%	7,8%	7,6%
Banmédica	6,0%	5,6%	5,6%
Consalud	14,3%	14,4%	7,6%

En los casos que se produjo diferencias entre lo informado por la Isapre y lo verificado por la Superintendencia de Salud, se autorizó a la aseguradora a elevar el precio de los planes en el porcentaje verificado por el órgano fiscalizador, salvo en los casos que superasen el ICESA que correspondía a un 7,6%; tal como se observa en la última columna de la tabla anterior.

7. Este procedimiento de verificación podría ser la clave para cerrar finalmente la judicialización en torno al alza de precios de los planes de salud, por lo cual es valioso su análisis y eventual incorporación a nuestro ordenamiento jurídico. Sin embargo, otros focos de controversia como los contenidos en el fallo de la Corte Suprema del 1 de diciembre del año 2022 o el que se espera en torno al alza de la prima GES deberían ser analizados por separado al procedimiento antes pormenorizado.
8. Este proyecto de ley es presentado en medio del proceso de adecuación de precios de los planes base del año 2023, que fue iniciado mediante la publicación por la Superintendencia de Salud del ICESA y que corresponde a un 2,6%. En los próximos días, las Isapres deberán comunicar al ente regulador su decisión de elevar los precios de los planes base y existe incertidumbre si posterior a ello se aplicará el procedimiento de verificación, sea porque lo ordene un nuevo fallo de la Corte

Suprema o la Superintendencia de Salud lo instruya replicando lo realizado en 2022. Y, es por todo lo anterior, que se hace necesario una iniciativa legislativa que regule claramente este mecanismo sin que se requiera un nuevo pronunciamiento del máximo órgano jurisdiccional de nuestro país.

9. El presente proyecto de ley busca incorporar a nuestro ordenamiento jurídico el proceso de verificación instruido por la Excelentísima Corte Suprema e implementado por la Superintendencia de Salud con el objetivo de aumentar la certeza jurídica del sistema de las Isapres. Su tramitación, discusión, aprobación y eventual promulgación, podría empezar a dibujar la forma de enfrentar la crisis financiera y político-sanitaria de las aseguradoras privadas, desde una perspectiva de política pública, y evitando las consecuencias que pudiera traer la insolvencia o eventual quiebra de una o más de las Isapres.
10. Finalmente, para evitar la inadmisibilidad del presente proyecto de ley se ha prescindido de incorporar en su contenido un inciso final del siguiente tenor: "Cumplidos 5 días hábiles después de vencido el plazo para informar por las Instituciones de Salud Previsional indicado en el inciso primero de este artículo, la Superintendencia de Salud deberá informar del proceso de verificación de los porcentajes de ajuste en base a los antecedentes aportados. Por esta comunicación se autorizará la aplicación del porcentaje de ajuste verificado por la Superintendencia de Salud a todos los planes base de la Institución de Salud Previsional respectiva, que en ningún caso podrá ser superior al indicador del artículo anterior".

POR LOS MOTIVOS EXPUESTOS VENGO EN PRESENTAR EL SIGUIENTE PROYECTO DE LEY:

ARTÍCULO ÚNICO.- Incorpórese un nuevo artículo 198 bis, pasando el actual artículo 198 bis a ser 198 ter, en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del año 2006, del Ministerio de Salud, del siguiente tenor:

"Artículo 198 bis.- Las Instituciones de Salud Previsional deberán informar a la Superintendencia de Salud su decisión de aumentar el precio de sus planes base dentro de los 15 días hábiles siguientes a la publicación del indicador del artículo anterior. En dicha comunicación, en el caso que haya informado que aumentará el precio a todos sus planes base de salud, deberá señalar y justificar el porcentaje de ajuste que aplicará.

La justificación por parte de la Isapre deberá incluir los siguientes antecedentes:

- a) La variación anual del gasto por persona beneficiaria en Unidades de Fomento considerando las prestaciones bonificadas con código de modalidad libre elección del Fonasa, con código propio de la Isapre o con código definido por la Superintendencia de Salud.

- b) La cantidad anual de prestaciones bonificadas y la variación promedio de prestaciones bonificadas con código de modalidad libre elección del Fonasa, código propio de la Isapre y código definido por la Superintendencia de Salud.
- c) La variación del gasto en subsidios de incapacidad laboral por persona beneficiaria en Unidades de Fomento de cargo de la Isapre, incluyendo las licencias médicas que hayan sido reconsideradas por la propia Isapre o por la Compin.
- d) El costo en Unidades de Fomento de las nuevas prestaciones aranceladas en la modalidad libre elección del Fonasa del año anterior, indicando el listado de nuevas prestaciones con la glosa en el respectivo arancel, el costo de la prestación por persona beneficiaria en Unidades de Fomento, el costo anual de la prestación en Unidades de Fomento, el valor unitario de la prestación bonificado en Unidades de Fomento y la frecuencia de uso de la prestación.
- e) La variación de costo en prestaciones de la Isapre corregida por la variación de costo en prestaciones de modalidad libre elección del Fonasa.
- f) La variación conjunta del costo en prestaciones de salud corregida por la variación de costos en prestaciones de modalidad libre elección del Fonasa y del costo en subsidios de incapacidad laboral de cargo de la Isapre.
- g) Otros elementos de contención de costos del gasto de salud que sean cuantificables, replicables y accesibles por la Superintendencia de Salud.

La Superintendencia de Salud a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, mediante una Circular dictada al efecto, detallará la forma de informar cada uno de los antecedentes antes indicados.”

Fraternalmente,



DR. TOMÁS IGNACIO LAGOMARSINO GUZMÁN
H. DIPUTADO DE LA REPÚBLICA