INFORME DE LA COMISIÓN DE CONSTITUCIÓN, LEGISLACIÓN JUSTICIA Y REGLAMENTO recaído en el proyecto de reforma constitucional, en primer trámite constitucional, que modifica la Carta Fundamental, para incorporar una disposición transitoria que regule las bases para la determinación de las tarifas de los planes de salud y la implementación de sus ajustes de precios.

BOLETÍN N° 15.604-07.

Objetivo del proyecto / Constancias / Asistencia / Antecedentes / Aspectos centrales del debate / Discusión en general / Votación idea de legislar / Texto del proyecto de reforma constitucional / Acordado / Resumen ejecutivo

HONORABLE SENADO:

La Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento tiene el honor de informaros, en general, acerca del proyecto de reforma constitucional de la referencia, iniciado en Moción de los Honorables Senadores señora Rincón y señores Chahuán, Galilea, Macaya y Walker (signado Boletín Nº 15.604-07), que cumple su primer trámite constitucional en la Corporación.

Se dio cuenta de esta iniciativa en la Sala del Senado en sesión de 20 de diciembre de 2022, disponiéndose su estudio por la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento.

- - -

Cabe consignar que este proyecto de reforma constitucional se discutió solo en general, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 36 del Reglamento del Senado.

- - -

OBJETIVO DEL PROYECTO

Obtener el efectivo cumplimiento de las garantías constitucionales de igualdad y no discriminación arbitraria, así como la sostenibilidad del sistema de salud en su conjunto, mediante la regulación de

las bases para determinar las tarifas de los planes de salud y sus ajustes de precios.

- - -

CONSTANCIAS

NORMA DE QUÓRUM ESPECIAL

El artículo único de la iniciativa debe ser aprobado con el voto conforme de las cuatro séptimas partes de los senadores en ejercicio, con arreglo a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 127 de la Carta Fundamental.

- - -

CONSULTA A LA EXCMA. CORTE SUPREMA: No hubo.

- - -

ASISTENCIA

Asistieron a una o más de las sesiones que la Comisión dedicó al análisis de este asunto, además de sus miembros, los Honorables Senadores señora Ximena Rincón González y señores Juan Luis Castro González y Matías Walker Prieto.

Concurrieron, también, los siguientes personeros:

- Del Ministerio de Salud: la Ministra, señora Ximena Aguilera; el Jefe de Coordinación Legislativa, señor Jaime Junyent, y los asesores legislativos, señoras Rocío Norambuena y Javiera Menay, y señores Julio Muñoz y Manuel Pérez.

- De la Subsecretaría de Salud: la Jefa de Comunicaciones, señora Maritza Labraña; la asesora, señora Javiera Vela; la periodista, señora María José Ortega y el fotógrafo, señor David Lillo.

- El Superintendente de Salud, señor Víctor Torres, acompañado por la asesora jurídica, señora Natalia Castillo y la Jefa de Comunicaciones, señora Ximena Gutiérrez.

- El Director Nacional de FONASA, señor Camilo Cid.

- El entonces Director Ejecutivo del Instituto de Salud Pública, señor Héctor Sánchez.

- El Presidente de la Asociación de ISAPRES, señor Gonzalo Simón, acompañado por la Gerente de Comunicaciones, señora Gabriela Sandoval y el Fiscal, señor Matías Avendaño.

- El académico de la Universidad Andrés Bello, señor Manuel Inostroza.

- La asesora del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, señora Sofía Salvo.

- El Coordinador del Congreso Nacional del Instituto Libertad y Desarrollo, señor Ignacio Gómez y la asesora, señora Fiorella Romanini.

- La asesora de la Fundación Jaime Guzmán, señora Teresita Santa Cruz.

- El analista sectorial de la Biblioteca del Congreso Nacional, señor Juan Pablo Cavada.

- Los asesores parlamentarios señoras Paola Astudillo, Paola Bobadilla, Lara El Narekh, Teresita Fabres, Alejandra Fischer, Alejandra Leiva, Meggy López y Natalia Navarro, y señores Luis Batalle, Roberto Godoy, Jorge Hagedorn, Benjamín Lagos, Pedro Lezaeta, Cristián Livingstone, Carlos Lobos, Gonzalo Mardones, Eduardo Méndez, Héctor Mery, Gabriel Muñoz, Ignacio Ortega, Carlos Oyarzún, Camilo Sánchez y William Valenzuela.

- De MEGA: la periodista, señora Javiera Ponce y el camarógrafo, señor Amador Sepúlveda.

- Los fotógrafos: de El Mercurio, señor Jonathan Mancilla y de ATON, señor Raúl Zamora.

- La periodista del Diario Financiero, señora Claudia Rivas.

- - -

ANTECEDENTES

Para el estudio de esta iniciativa se ha tenido en consideración el proyecto de reforma constitucional signado Boletín Nº 15.604-07, iniciado en Moción de los Honorables Senadores señora Rincón y señores Chahuán, Galilea, Macaya y Walker.

- - -

ASPECTOS CENTRALES DEL DEBATE

- Sentencia de la Corte Suprema por el cual se otorga reconocimiento de legalidad a la tabla de factores propuesta por la Superintendencia de Salud en 2019 y su requerida aplicación.

- Impacto del fallo de la Corte Suprema en relación con la adecuación de precio base y de devoluciones que deben realizar las isapres.

- Consecuencias ante una eventual quiebra de isapres.

- Consenso en la necesidad de respetar lo dispuesto por la sentencia de la Corte Suprema y la continuidad en la atención de las personas en el sistema privado de salud.

- - -

DISCUSIÓN EN GENERAL[1]

Al iniciar el estudio en general de esta reforma constitucional, expuso el **señor Superintendente de Salud**, quien señaló que algunos elementos del texto de la iniciativa sostienen y otros modifican los efectos de la sentencia dictada por la Corte Suprema respecto de las instituciones de salud previsional (isapres). En este sentido, acotó que, al momento de dictarse el referido fallo, por adecuación de precio base, la Superintendencia de Salud (SIS) se tomó un tiempo prudencial para resolver de mejor forma lo encomendado por el Excelentísimo Tribunal, estableciendo un mecanismo técnico que permitió verificaciones individuales, indistintamente del techo, calculado por el indicador que estableció la ley N° 21.350. Estas verificaciones, agregó, no fueron del gusto de los regulados y se dedujeron una serie de reclamos, donde la mayor parte de las acciones

[1] Sesión de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento de fecha 17 de enero de 2023.
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/constitucion-legislacion-justicia-y-reglamento/comision-de-constitucion-legislacion-justicia-y/2023-01-17/075228.html
Sesión de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento de fecha 26 de abril de 2023.
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/constitucion-legislacion-justicia-y-reglamento/comision-de-constitucion-legislacion-justicia-y/2023-04-26/074922.html
Sesión de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento de fecha 10 de mayo de 2023.
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/constitucion-legislacion-justicia-y-reglamento/comision-de-constitucion-legislacion-justicia-y/2023-05-10/085226.html
Sesión de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento de fecha 15 de mayo de 2023.
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/constitucion-legislacion-justicia-y-reglamento/comision-de-constitucion-legislacion-justicia-y/2023-05-15/085452.html

deducidas ante las Cortes de Apelaciones fueron rechazadas, por cuanto se consideró una implementación correcta del fallo de la Corte Suprema.

De acuerdo a lo anterior, hizo presente que el accionar de la SIS ha estado apegado a lo dispuesto por la Corte Suprema y la ley. Así las cosas, aseguró que el ente estatal ha actuado con prudencia y responsabilidad, haciendo cumplir lo ordenado por el Máximo Tribunal, de una forma viable.

Por otra parte, recordó que las isapres se encuentran en una etapa de cierre de su año contable. En efecto, cada 31 de enero deben entregar los resultados contables de diciembre del año anterior. Por lo tanto, si la SIS emitiera un pronunciamiento, produciría un impacto directo sobre sus propios indicadores porque tendrían que aprovisionar esa deuda. De esta forma, la prudencia aconseja tomar el tiempo necesario para realizar los cálculos en forma correcta y analizar los escenarios de prescripción. En tanto, si se generan deudas producto de la aplicación de la tabla de factores, es preciso observar de qué forma se pueden parcializar para que genere el menor impacto posible en los indicadores de los próximos años. Con todo, la SIS instruirá a las isapres que para el cierre contable del año 2022 puedan emitir una nota explicativa, con el objeto de que este pasivo se considere contingente, tal como lo establece la normativa contable internacional.

En el mismo orden de ideas, el personero de la SIS observó que actualmente existen 42 mil planes vigentes con 995 tablas de factores distintas, por lo cual se debe cruzar información, además, en escenarios de prescripción distintos y con diferentes posibilidades de pagos parcelados.

Enseguida, expresó que la reforma constitucional en estudio contiene elementos similares a los dispuestos por la Corte Suprema, como la ratificación de la tabla de factores. En este contexto, recordó que en el año 2010 el Tribunal Constitucional eliminó cuatro numerales de la ley de isapres, que permitían el cálculo de las tablas de factores de riesgo, bajo el fundamento de la discriminación arbitraria por sexo y edad. Así, entre los años 2010 y 2020 las isapres calcularon con distintos mecanismos o tablas de factores los precios de los planes. Luego, la SIS en 2019 emitió una circular que establece la implementación de una tabla que genera factores por grupos etarios, pero de una forma diversa a las tablas anteriores. Con el último fallo de la Corte Suprema en esta materia, se le otorga un reconocimiento de legalidad a la tabla propuesta por la SIS en 2019; no obstante, es importante el impacto que puede generar esta aplicación sobre eventuales menores ingresos o devoluciones que deban realizar las isapres. Sin perjuicio de lo señalado, hizo hincapié en que la referida sentencia innova al establecer un grupo etario, de cero a dos años,

respecto del cual no se puede hacer efectivo el cobro del factor contemplado en la tabla.

El **Honorable Senador señor Galilea** preguntó si existen recursos judiciales pendientes que hayan deducido las isapres respecto de la tabla de factores propuesta en 2019 por la SIS.

En relación con los planes de salud vigentes al momento de dictarse el fallo de la Corte Suprema, sostuvo que cada uno de ellos debía adecuarse a la tabla de factores, bajo la condición de que el plan sólo se puede abaratar y encarecer. Esto deriva en un problema de contingencia, donde todos los afiliados de planes que bajan de costo podrían exigir la devolución inmediata del monto excedido, lo cual necesariamente trae consecuencias en los indicadores financieros y en el patrimonio de las isapres.

La modificación constitucional propuesta, dijo, no establece un plazo de prescripción, debiendo resolverlo los tribunales. Asimismo, la iniciativa dispone que el pasivo que tendrían las isapres con sus clientes, por aplicación de la tabla de factores que disminuyó el valor del plan, debe ser pagada mediante prestaciones, cambiando la dinámica del problema- tanto temporal como de costos- para las isapres. Al respecto, consultó acerca de la viabilidad de la alternativa señalada.

Enseguida, interrogó acerca del orden de magnitud del problema que enfrentan las isapres en estos momentos. Asimismo, preguntó cómo debería operar en la práctica que el grupo etario, de cero a dos años de edad, no pueda ser objeto de cobro del factor contemplado en la tabla.

El **Honorable Senador señor Castro González** expresó que, en la Comisión de Salud de esta Corporación, se ha recibido en audiencia a la Asociación de Clínicas Privadas, que señaló ser acreedora de una deuda millonaria que mantienen las isapres. Por lo tanto, un eventual colapso de ellas lleva aparejado un tremendo problema para las clínicas privadas. Al efecto, inquirió acerca del nivel de gravedad de la crisis descrita, en relación con el colapso de todas o algunas de las isapres y las consecuencias que puede producir en el sector privado de prestaciones.

Del mismo modo, puntualizó que la Comisión de Salud comunicó al Ejecutivo lo conveniente que podría resultar deducir un recurso de aclaración, rectificación o enmienda, en contra de la sentencia dictada por la Corte Suprema, para efectos de que la SIS tomara una decisión en función del fallo de dicho recurso, principalmente en lo relativo a precio base, con el objeto de satisfacer los intereses de los afiliados cuando existan cobros excesivos, así como también la viabilidad financiera del sistema.

A su turno, el **Honorable Senador señor Araya** señaló que la correcta interpretación del fallo debe tender a evitar modificar, por la vía legal, los presupuestos establecidos en él. De esta forma, el fallo hace recaer la responsabilidad de su aplicación en el Superintendente de Salud, en su calidad de ente regulador. En este marco, consultó -en opinión del Gobierno- cómo se va a implementar lo dispuesto en el fallo y en qué plazo.

A su vez, interrogó qué opina el Ejecutivo de la tabla de factores que se aplica en la actualidad, la cual ha operado en una suerte de vacío legal existente en esta materia.

El **Honorable Senador señor De Urresti** indicó que la situación de una eventual insolvencia de las isapres no se desencadena por un hecho puntual, sino más bien por un conjunto de actuaciones. En efecto, la situación descrita se refleja en la cantidad de recursos de protección deducidos por la ciudadanía en contra de los aumentos del valor de los planes de salud, por parte de las isapres.

Luego, señaló que el estado de indefinición existente, dado por la coexistencia de sistemas de salud público y privado, hace colapsar su funcionamiento. Al respecto, solicitó el acuerdo de la Comisión para requerir los balances de las isapres en los últimos seis años.

En el mismo orden de ideas, preguntó cuál será la solución de fondo que se plantea ante la situación descrita, considerando que las isapres tienen integración respecto de clínicas y centros de salud.

Al momento de aclarar las inquietudes surgidas en el seno de la Comisión, el **señor Superintendente de Salud** afirmó que existen recursos de protección deducidos ante las Cortes de Apelaciones que se encuentran pendientes. En este sentido, precisó que entre el 30 de noviembre y el 13 de diciembre del año pasado, la Corte Suprema emitió fallos en cada uno de los casos, pero que englobaran a la totalidad de las isapres abiertas. En esas sentencias sostuvo que las modificaciones deben ser respecto de todos los planes que administran las isapres. Por este motivo, se entiende que el fallo produce efecto respecto de toda la cartera de planes que administran las isapres.

Seguidamente, explicó que el valor de un plan de salud se calcula mediante dos factores: el precio base y la aplicación de una tabla de factores por la cantidad de integrantes que serán beneficiarios de ese plan. Esta tabla permite un cálculo, se multiplica el precio base por el factor y, luego, se suma el total de resultados, siendo ese producto lo que se cobra al cotizante. Por esta razón, la afectación de planes actual se produce mediante la modificación de la tabla de factores.

Asimismo, sostuvo que la SIS debe calzar la tabla de factores con los 42 mil planes, que actualmente tienen 995 tablas de factores distintas. A su vez, se debe hacer el cálculo en función de los escenarios posibles de interpretar respecto de la retroactividad: cinco años, desde que la tabla de factores se ha implementado y desde que se encuentra ejecutoriada la sentencia. De esta forma, el criterio que se adopte tendrá un efecto en el cierre contable de las isapres, por lo cual no sería responsable adelantarse en este escenario.

En relación con el criterio contable adoptado, comentó que se está aplicando lo dispuesto en la norma nic 37, en lo que atañe a pasivo contingente, por cuanto no existe forma para calcularlo debido a que la autoridad no ha establecido el correspondiente mecanismo, por ende, el pasivo es incuantificable. En consecuencia, no requiere aprovisionarlo, pero sí dejar una nota explicativa, lo que resuelve el problema sin afectar indicadores contables y sin hacer caer en insolvencia a las isapres, por el mero acto de establecer una deuda específica que deba aprovisionarse.

En lo atingente a lo resuelto por la Corte Suprema, destacó que el Máximo Tribunal ha adoptado una posición pro-usuario. Por cierto, la tabla de factores operaba encareciendo el costo de los planes a las personas de mayor edad.

Luego, el personero de la SIS explicó que cada vez que se produce algún excedente por tener un plan de salud inferior al 7% de la remuneración, se va acumulando en una cuenta individual. Asimismo, las sobrecotizaciones que se hubiesen cobrado tendrán que ir a la cuenta de excedentes y devolverse como exceso, por lo cual quedan disponibles para que las personas puedan cancelar prestaciones, comprar medicamentos y pagar cotizaciones. En caso de no ser utilizados o ser utilizados parcialmente, deben ser canceladas en enero del año siguiente.

En cuanto a la innovación establecida respecto de los niños entre cero y dos años edad, señaló que quienes pertenecen a este grupo etario son cargas y, por ende, beneficiarios del plan, debiendo las isapres cubrir las prestaciones correspondientes sin cobrar el monto calculado entre el precio base y el factor etario relativo al beneficiario. Sólo puede comenzar a ser cobrado en el momento que el menor cumple dos años y un día, a pesar de que el cálculo de ingreso dará un factor determinado en ese caso.

En lo relativo a las garantías explícitas de salud (GES), hizo presente que, en el caso de FONASA, se calcula una prima que deberá estar cubierta por el Estado. En el caso de las isapres, a cada uno de sus usuarios se le cobra un plan determinado. Adicionalmente, por cada uno

de los beneficiarios se cobra una cuota o prima GES, que cubriría las prestaciones en el sector privado. Añadió que la ley establece que la forma de financiamiento de las isapres es por vía de cotización, que deben ser de 7% de la remuneración o más. A su vez, puntualizó que estas entidades de salud ingresan a los futuros beneficiarios dos o tres meses antes de su nacimiento. Por este motivo, se aduce que se genera un efecto por menor ingreso y, eventualmente, en los últimos dos años se podría generar un impacto de devolución porque se debe calcular, con la nueva tabla, cuánto se cobró en niños de entre cero y dos años de edad. Además, agregó que existe un criterio de no movilidad, esto es, en caso de contratar un plan se incorpora una tabla, la cual o puede ser modificada en sus factores.

Ante la consulta de la **Honorable Senadora señora Ebensperger** relativa a la procedencia del cobro de la prima GES para niños entre cero y dos años, el **señor Superintendente de Salud** precisó que al menos por tabla de factores no, pero puede ser procedente en materia de prima GES.

Al continuar su exposición, el personero de la SIS comentó que existe un retraso, que ha ido en aumento en el contexto de 24 meses de pérdida permanente del sistema, debido al efecto COVID-19. Sin embargo, una vez que comienzan a liberarse los prestadores, comienzan a solicitar prestaciones que se encontraban atrasadas, además de las actuales y las licencias médicas, lo cual aumenta la tasa de uso, asociado al alto gasto de administración y venta.

Ante la consulta del **Honorables Senador señor Araya** acerca de si la pérdida de las isapres es de carácter estacional producto del COVID-19, el **señor Superintendente de Salud** hizo presente que lo importante es determinar cuánto tiempo durará esta situación. En este marco, recordó que este modelo se caracteriza por traspasar costos a los usuarios por la vía de mayor valor de los planes, que se encuentran gravados en unidades de fomento, con adecuación precio base cada año y cada tres con el aumento del valor de la prima GES. Lo anteriormente descrito, genera una fragilidad en el sistema debido a la falta de incentivo a la gestión. Sin perjuicio de ello, se podría volver a generar un equilibrio de ingreso y egreso, lo que no implica la inexistencia de un problema de fondo del sistema.

En lo que atañe a la minimización de efectos en las clínicas, aseveró que, en lo que respecta a la SIS, el año anterior se adoptó una medida riesgosa pero que ha funcionado, a partir de la fiscalización realizada. Las isapres tienen la obligación legal de garantizar el total del monto que tengan en deuda. Esto corresponde a un sistema no regulado pero garantizado. De esta forma, se encuentran garantizada las prestaciones facturadas o conocidas y la deuda en tránsito, que corresponden a aquellas prestaciones que se otorgan en las clínicas y que

se encuentran en proceso de facturación, lo cual se realiza mediante el aprovisionamiento. El cálculo de provisión se modificó en 2020, año de menor uso y mayor ganancia, lo cual permite su aumento y, en consecuencia, tener garantizado el pago de prestaciones a las clínicas. Lo anterior, dijo, significa que a fines del mes de noviembre pasado más de $500.000 millones se encontraban en garantía, respecto de este punto, y más de $700.000 millones en total. Con la liberación de garantías permitió que las isapres puedan pagar prestaciones en deuda. Asimismo, se han generado efectos por el retardo en el pago de las deudas, relacionados con el cierre de los convenios. Este conflicto impacta directamente en los usuarios porque deben pagar sus prestaciones y luego solicitar el reembolso. En función de ello, la SIS exigió a las isapres que la cobertura por devolución debe ser la misma a la pactada, según el plan preferente que se tiene. De tal manera, que el término de convenio garantiza la devolución de la misma cobertura. Lo segundo, agregó, sería que la Isapre buscara un prestador alternativo.

En lo relativo a la correcta interpretación del fallo de la Corte Suprema, indicó que se realizó respecto a la adecuación del precio base. Por este motivo, la SIS se ha tomado un tiempo prudente con el objeto de no cometer errores y evitar provocar un efecto contrario al deseado. Esta sentencia dispone que en seis meses la SIS debe establecer cómo se implementa su contenido, de ahí en adelante se debe considerar el rango de la ley como límite. Frente a ello se ha planteado observar, por ejemplo, si se genera alguna deuda por el cálculo de los nuevos valores de los planes y, en el evento que existan, se pongan a disposición en forma parcializada, para esto se debe conocer la totalidad de la deuda y en cuanto tiempo se debe disponer para no impactar o hacerlo de la menor forma posible en los indicadores de las isapres.

Enseguida, hizo presente que no existe ninguna Isapre que haya caído en insolvencia, a pesar de los 24 meses de pérdida que han tenido.

En cuanto a la judicialización de los cobros de los planes de salud, explicó que existen tres temas en este aspecto, a saber:

a) La adecuación precio base, resuelto con el primer fallo de la Corte Suprema y la implementación de la SIS, que se debe realizar año a año.

b) Tabla de factores. Hubo una resolución que se hace cargo de los planes de salud del 2020, en adelante.

c) GES.

En relación con la consulta formulada por el **Honorable Senadora señora Ebensperger**, acerca de cómo afecta esta iniciativa el trabajo que está desarrollando la SIS, el **personero de la entidad estatal** estimó preferible terminar la labor que están llevando a cabo y después dar una opinión más acaba del proyecto de reforma constitucional.

A continuación, hizo uso de la palabra el entonces **Director Ejecutivo del Instituto de Salud Pública (ISP)**, quien señaló que las crisis por la que atraviesan las isapres es bastante terminal y se ha ido generando desde hace bastante tiempo. Su origen, añadió, dice relación con el modelo de organización, negocios y atención, lo que deja ver un problema estructural, que no se resolverá con la reforma constitucional en estudio. Asimismo, explicó que la pandemia y la legislación aprobada de no reajuste de precios, el año 2020, produjeron una pérdida acumulada -en últimos dos años- del orden de $300.000 millones, que netea todas las utilidades que pudiera haber tenido el sistema en los últimos diez años. A su vez, no hubo acuerdo entre el Ejecutivo y el Congreso Nacional en todas las reformas que debieron haberse realizado al sistema de isapres.

En cuanto a la situación financiera del sistema, comentó que es crítica y que se trata de una situación coyuntural, agudizada con el fallo de la Corte Suprema, el cual tiene dos grandes implicancias financieras:

i. Se debe aplicar una tabla de riesgos a contratos que se encuentran acordados y que tienen definido su precio. Esta tabla de riesgos es permanente y no dinámica.

ii. La urgencia de la solución que es necesario enfrentar.

Del mismo modo, compartió lo señalado por el Superintendente de Salud, en lo que atañe a la prudencia de la decisión, sin perjuicio de la urgencia de ésta. Esta solución se debe realizar por vía administrativa (SIS), mediante la interpretación de la sentencia de la Corte Suprema, lo que puede dar lugar a restricciones respecto a la aplicación de la misma. Si se aplica el fallo en forma restrictiva, en el corto plazo, se producirá la quiebra del sistema, la cual producirá tres efectos muy importantes:

1. Se producirá la insolvencia de otros prestadores de servicios de salud, pequeños y medianos, que comprenden cerca de 250 mil trabajadores.

2. De producirse la quiebra del sistema, los afiliados quedan descubiertos, debiendo pasar por ley a FONASA, por cuanto no habría posibilidad de licitación de cartera. De esta forma, deberían

recibir dentro de un plazo breve cerca de 3,5 millones de personas, siendo que ellas tienen coberturas distintas a las de FONASA, lo que puede generar un importante aumento del gasto fiscal. Esta crisis, añadió, se debe resolver con el financiamiento que tienen las isapres y no con mayor gasto fiscal.

3. Se debe avanzar en resolver la crisis para no suspender la gestión de los planes y la continuidad de beneficios de las personas. Además, en un plazo razonable se deben realizar las reforman estructurales del sistema, por cuanto sin ellas el sistema no es viable.

En el mismo orden de ideas, el personero del ISP sostuvo es necesario resolver el problema en lo coyuntural y en el mediano y largo plazo. Sin embargo, este proyecto debe resolver la crisis que se generará con el dictamen de la Corte Suprema, respecto de la prima GES.

En la misma línea, hizo hincapié en que si quiebra una isapre y probablemente el resto también lo hará, por cuanto se generará restricción del financiamiento de los prestadores, los cuales tiene un pasivo superior a $560.000 millones. Asimismo, los bancos van a restringir la renovación de las boletas de garantía, por lo cual una serie de isapres quedarían fuera del nivel mínimo de garantías y capital que exige la ley. Lo anterior, provocará que 1.400.000 personas mayores y con prexistencias no tendrán acceso a seguros complementarios, a otras isapres o a resolver el problema en forma racional.

En este contexto, señaló que esta reforma constitucional, con algunas correcciones menores, puede resolver de buena forma el problema, en el corto plazo. En caso contrario, la SIS y el gobierno deben entrar a resolver el problema.

A continuación, hizo uso de la palabra el **académico señor Inostroza**, quien expresó que nuestro país en la actualidad gasta US$ 2.600 *per cápita* en salud, donde el 79% de la población se encuentra en FONASA (15.200.000 personas); 17% en isapres (3.300.000); 3% en sistema de las FFAA, y el 1% no se encuentra asegurado. Añadió que el 75% del financiamiento de FONASA es fiscal y sólo el 25% proviene de las cotizaciones del 7%. En tanto, en las isapres no existe aporte fiscal, el 100% corresponde a pago de cotizaciones, donde el 72,5% deriva de la cotización del 7% y el 27,5% proviene de las cotizaciones adicionales voluntarias que pagan los afiliados, por su condición de riesgo o querer tener un mejor plan. El gasto total en el sistema corresponde a US$ 11,6 millones en FONASA y US$ 3 millones en el sistema de isapres. Asimismo, acotó que en FONASA US$ 9,2 millones se gastan en prestaciones y US$ 1,7 millones en licencias médicas, en tanto en el sistema de isapres se gastan US$ 2,1 millones en prestaciones y US$ 1,9 en licencias médicas. El gasto en licencias médicas, puntualizó, explica los problemas del sistema privado porque representa el 42% del 7% de

cotización; no obstante, en FONASA es el 55%. A su vez, si se toma como siniestralidad general el gasto en licencias médicas y prestaciones versus los ingresos del 7% de cotizaciones, el sistema de isapres está con el 7,8% de siniestralidad y sin considerar los gastos de administración se encuentra copado, entre lo que ingresa y lo que gasta. En el sector público, el mismo ejercicio, estaría en 98,1%, pero el aporte fiscal es el que complementa o permite financiar adicionalmente estos gastos.

Enseguida, advirtió que entre los meses de enero y febrero se ha funcionado con una bicicleta financiera porque no se está respaldando con mayores aportes de capital por decisión de varias compañías, frente a esta incertidumbre regulatoria, lo cual podría provocar que alguna de las isapres pueda caer en insolvencia regulatoria. En este escenario, comentó que por ley se debe aplicar un plan de ajuste de contingencia por parte de la SIS; sin embargo, si no existen recursos no se podría realizar. De esta forma, la SIS debería decidir si ejerce o no la facultad de intervenir a las isapres que no resuelvan un plan de ajuste de contingencia, cerrando la cartera y traspasar los afiliados a FONASA.

De acuerdo a lo señalado, las consecuencias que podrían derivar de esta situación son las siguientes:

1. Se afectaría la renta variable de los médicos en 35%, lo cual explica la alerta pública del Colegio Médico en esta materia.

2. Dado que el 60% de los ingresos de los prestadores privados provienen de las isapres, en la caída del poder comprador del sistema sobre prestadores privados, produciría un efecto de generación de desempleo por la menor actividad que conlleva con una pérdida de 11,6%, que equivale a 37 mil personas desempleadas, hasta un máximo de 33%, correspondiente a 107 mil personas sin trabajo, en los más de 1.200 prestadores privados que hay a nivel nacional.

3. No se prevé un incremento en la lista de espera de consultas porque los afiliados de Isapre podrán seguir pagando, por su bajo costo relativo, las consultas de especialidades y algunos exámenes de menor costo. Sin embargo, tendrá un impacto el traslado de afiliados a FONASA respecto de la lista de espera. En efecto, el aumento de las cirugías en lista de espera, que actualmente se encuentran en 320 mil, podría alcanzar entre el 10% y 71%. Agregó que el 42,5% de los beneficiarios de isapres (1.361.000 personas) tienen prexistencias, por lo cual no podrían comprar seguros complementarios. Además, si se agregan las rentas más bajas del sistema isapres, que sólo pagan el 7%, se llegaría a 50% de los beneficiarios que no podrían contratar seguros complementarios, quedando sólo con la cobertura que les entrega FONASA. A lo señalado, se debe agregar, por la siniestralidad estacional, existe entre el 10% y 15% de afiliados que están cursando con patologías de menor y mayor gravedad

(cirugías, crónicos GES, cánceres, trasplantes, diálisis, catastróficos de otra naturaleza y pacientes hospitalizados en UTI), que podrían perder la continuidad de sus servicios porque, al extinguirse el contrato, no se podrá seguir pagando en la misma red de prestadores.

4. Si el Gobierno interpreta el fallo con devolución estricta de excedentes, al ser éstos parte de la garantía, ésta se podría activar y desplazar, debiendo agregarse un monto adicional. De esta forma, no habría recursos para pagar la garantía de los prestadores privados.

En relación con las posibilidades de solución, el señor Inostroza aseveró que desde el inicio se debió hacer una combinación de elementos, a saber:

a) Que el fallo involucre a la SIS en su implementación, genera una razón plausible para que dicho organismo pueda solicitar alguna interpretación del mismo, poniendo en evidencia las consecuencias que tendrían su cumplimiento estricto y literal.

b) Dictación de una circular administrativa de la SIS que implemente un fallo más razonable o, en su defecto, un proyecto de ley que le dé respaldo legal a una interpretación más racional de la sentencia.

c) Un proyecto de ley corta, complementario, destinado a resolver los problemas estructurales para la definición de un plan universal del sistema isapres; un fondo de compensación de riesgos que elimine las prexistencias y cautividad del referido sistema, y que cambie el modelo de atención para hacerlo menos costoso, incorporando atención primaria y obligando a tener mecanismos de riesgos.

d) Reforma estructural del sistema de salud, incluso con la posibilidad de eliminar las isapres, pero de forma ordenada y no de forma crítica como ocurre actualmente.

En lo que atañe a las observaciones al proyecto de ley en estudio, enunció las siguientes, a saber:

- La circular N° 343 de la SIS señala que la tabla de factores de riesgos, legitimada en el fallo de la Corte Suprema, se puede modificar legal o administrativamente cada cinco años. Por lo tanto, en la iniciativa de reforma constitucional no se debería hacer referencia a la “tabla” sino a la “tabla u otra construida por la SIS”.

- La tabla de la circular se aplica de ingreso y salida, y no sólo de ingreso como señala el proyecto de reforma constitucional.

- Debemos preguntarnos si el legislador, al ingresar la Moción, estaba pensando en el precio base de cada plan o de cada contrato. Esta pregunta se funda en que ambas alternativas no producen el mismo efecto, por cuanto mediante fallos de los tribunales de justicia, a algunos usuarios se les ha congelado el precio base todos los años.

- Es preciso aprovechar esta instancia para legislar acerca del tema de la prima GES, previendo legislativamente una solución.

El **Honorable Senador señor Castro González** hizo hincapié en lo perentorio que es que el Gobierno patrocine un proyecto de ley que permita salvaguardar los intereses de los afiliados al sistema de Isapre, por cuanto es evidente que nadie desea que los afiliados deban emigrar a FONASA en las actuales condiciones de atención.

El **Honorable Senador señor Galilea** coincidió con lo expresado por el Honorable Senador señor Castro González, en cuanto a que es el Ejecutivo quien debe proponer soluciones en esta materia. Por cierto, se necesitan reglas del juego claras que hagan viable el sector privado en la salud.

- - -

En la siguiente sesión, hizo uso de la palabra la **Honorable Senadora señora Rincón**, quien señaló que el antecedente de esta reforma constitucional dice relación con la sentencia de la Corte Suprema en las causas relacionadas (Rol N°16.630- 22, 14.233-22, 9.745-22, 14.230-22, 12.224-22, 12.151-22, 13.979-22, 14.513-22, entre otras) sobre recursos de protección interpuestos en contra de isapres, que resolvió de manera general la aplicación concreta de las tablas de factores a los contratos de salud vigentes.

La referida sentencia, explicó, se vincula al fallo del Tribunal Constitucional en el año 2010 que declaró contrarias a la Constitución una serie de normas legales que le daban sustento a este mecanismo de tarificación y reajuste aprobadas en la reforma del año 2005, sin derogarlas de manera definitiva. La Superintendencia de Salud de la época, añadió, a fin de dar alguna certeza de continuidad del sistema isapres, declaró que las tablas incorporadas a los contratos vigentes servían, al menos para tarificar -no para reajustar-, motivo por el cual los precios se congelaban en el tramo vigente en ese momento o aquél aplicable al momento de ingresar. Con el tiempo, este criterio se flexibilizó en aquellas situaciones en las que el tramo debía bajar, donde sostenidamente declaró que se debía rebajar la tarifa.

Enseguida, sostuvo que la señalada interpretación del fallo del Tribunal Constitucional, efectuada por la Superintendencia, y todas las demás medidas correctivas que se fueron tomando en el tiempo, no resolvieron el problema regulatorio de fondo y sólo se podían entender como una manera de ganar tiempo a la espera de reformas estructurales a nivel legislativo, las cuales no se materializaron. Ante esta parálisis, agregó, en el año 2019 la Superintendencia de Salud definió una tabla única para todo el sistema, aplicable a los nuevos contratos que se suscribieran a partir de abril del 2020.

En la misma línea, comentó que, a más de una década de sostenidos requerimientos de las Cortes de Apelaciones para que los poderes colegisladores resolvieran los vacíos y defectos en la regulación de las isapres, a fines del 2022 la Corte Suprema zanjó con carácter general algunas cuestiones fundamentales, a saber:

1. Sólo se podrá aplicar la tabla de factores aprobada por la Superintendencia de Salud en el año 2019 que, junto con disminuir los tramos a siete, eliminó la posibilidad de hacer cobros diferenciados en razón del sexo a todos los contratos nuevos, debiendo dicha entidad proceder a impartir las instrucciones para el recálculo correspondiente.

2. La novedad no es la aplicación a los nuevos contratos, por cuanto esto rige desde el año 2020, sino que ordenó que todos los contratos de salud vigentes también fueran recalculados, debiendo las personas pagar el nuevo precio sólo en la medida que el precio final fuera más bajo que el actual. La Corte precisó que, si por efecto del recálculo alguien debiera pagar más, no se podría aplicar, respetándose el precio que venían pagando. Este criterio rompe la lógica de subsidios cruzados propia de los sistemas de seguridad social y el equilibrio financiero de un sistema de tarificación que tiene dos elementos clave en su funcionamiento: precio base y factores de riesgo.

3. La Corte Suprema ordenó que este recálculo no sólo se debía efectuar para los flujos futuros, sino que se debía aplicar con efecto retroactivo al mes de abril del 2020, como si la tabla única de factores de riesgo dictada por la Superintendencia de Salud se hubiera aplicado a todos los contratos vigentes a esa época. Luego, si de acuerdo al proceso de recálculo se generaren excedentes, se deberá definir un procedimiento de devolución de ellos, en los plazos y condiciones que se establezcan.

4. El Excelentísimo Tribunal reconoce la existencia y la validez de la tabla de factores en la tarificación, declarando además que la incorporación de un nuevo beneficiario no podrá significar un cobro adicional sino sólo a partir de los dos años.

De acuerdo a lo anteriormente expresado, la señora Senadora expresó que la decisión de la Corte Suprema produce los siguientes efectos:

a) Por un lado, la Corte Suprema despeja y zanja aspectos regulatorios fundamentales de la tarificación del sistema y otorga alguna certeza al respecto. No obstante, al tener que aplicarse a todos los contratos vigentes, correspondientes a más de un millón y medio de cotizantes, impacta severamente en los ingresos futuros de las instituciones de salud previsional, puesto que, para el grueso de las beneficiarias mujeres y adultos mayores, la tabla a aplicar reduce sustancialmente el factor de riesgo. No existen cifras oficiales del impacto de esta medida; sin embargo, el Gobierno habría indicado a los parlamentarios que estimaciones gruesas lo sitúan en torno al 10% de los ingresos anuales.

b) Por otra parte, la eventual devolución de excedentes representa una contingencia que debiera ser reconocida en los balances de todas las compañías. El Gobierno habría estimado, en una primera aproximación, que esta devolución alcanzaría U$1.400 millones; no obstante, el Gobierno no se ha hecho cargo de esa cifra, ni ha informado cómo fue la metodología de cálculo utilizada. El sólo reconocimiento contable de este pasivo afectará necesariamente los indicadores de patrimonio, liquidez y garantía, que cada institución de salud previsional debe cumplir de acuerdo a la ley.

c) Ambas situaciones pondrían en alerta al sistema bancario que, si bien ha venido retirando su confianza en el sector, aún mantiene vigentes boletas de garantías que cubren la obligación de mantener un indicador de garantía ante la Superintendencia. Si los bancos no renuevan garantías o bien las ejecutan, el indicador de patrimonio o el de garantía, o ambos, estarán a un paso de su incumplimiento.

Todo lo anterior, sostuvo, puede generar un efecto en cadena que profundizaría la crisis de la salud en nuestro país. En los hechos esto podría provocar que no se realice devolución alguna, ni existan recursos suficientes para financiar las prestaciones y beneficios a que los afiliados del sistema tienen derecho. Ciertamente, un pasivo de la magnitud indicada junto a una rebaja en los ingresos futuros, como la estimada, pone en serio riesgo la capacidad del sistema de isapres de hacer frente a sus obligaciones financieras con los propios usuarios y prestadores de salud privados. Añadió que en un escenario en que el pasivo reconocido por el sistema ha aumentado sustancialmente en el último año y en el que existe un desfase entre el pasivo real y el reconocido, producto de la existencia de prestaciones otorgadas, pero no aun facturadas, expone a cientos de prestadores de salud -tanto institucionales como individuales- a un escenario de incobrabilidad masiva de sus acreencias si una o varias isapres entran en

cesación de pagos. El efecto sobre la viabilidad del sector privado prestador puede ser catastrófico debido a que el 60% de los ingresos de los prestadores privados se canaliza justamente a través de las isapres.

Al continuar su exposición, la señora Senadora comentó que, según datos publicados por la Asociación de Isapres, dos millones novecientos mil beneficiarios del sistema requirieron atenciones de salud el último año. Actualmente, precisó, más de trecientos mil usuarios están haciendo uso de la garantía GES y existen alrededor de trecientos cincuenta mil beneficiarios adultos mayores.

En el mismo orden de ideas, previno que, si finalmente esta crisis se llega a traducir en una migración masiva y repentina de millones de personas al sector público, afectará la atención de salud de toda la población beneficiaria de FONASA**,** toda vez que no tendrá la flexibilidad oportuna para dar atención a los nuevos usuarios, aun cuando comience a recibir las cotizaciones de esos nuevos afiliados.

Por otra parte, hizo hincapié en que en mayo del presente año vence el plazo otorgado por la Corte Suprema a la Superintendencia de Salud, para impartir las instrucciones que den aplicación a lo resuelto. A la fecha, agregó, no está claro el tenor ni el alcance de estas instrucciones, pues sólo se han reconocido los avances y retrocesos en la discusión al interior del Gobierno, en torno a lo que se ha denominado “ley corta de isapres”.

Luego, aseveró que, desde distintas veredas se han planteado sugerencias y opiniones, y parece haber cierto consenso técnico en el sentido que la propuesta que se decida aplicar debiera reunir las siguientes condiciones:

i. Mantener los beneficios de salud de todos los contratos de salud, de modo que las personas puedan continuar con el acceso a la salud en las mismas condiciones que las actuales.

ii. No irrogar gasto fiscal, ni contemplar ningún tipo de financiamiento fiscal.

iii. Ningún beneficiario de isapre debería pagar un valor superior al que paga actualmente, salvo por aplicación de la ley (ajuste precios).

iv. Las isapres deben recuperar los equilibrios financieros necesarios para entregar los beneficios de los contratos de salud.

v. Los cotizantes de isapres deben seguir teniendo la posibilidad de cambiarse a FONASA, si así lo desean.

vi. La aplicación de la sentencia de la Corte Suprema no se debe traducir en un desplome financiero del sistema de isapres.

Finalmente, hizo presente que el proyecto de reforma constitucional en análisis cumple con todas y cada una de las condiciones anteriormente indicadas.

A continuación, hizo uso de la palabra el **Presidente de la Asociación de Isapres**, quien señaló que el sistema de salud en nuestro país funciona como un complemento entre el sector público y privado. El sector privado representa un tercio del total de las instalaciones que existen en Chile, en la atención ambulatoria representa el 50% y el 50% del personal de salud a nivel nacional se desempeña en instalaciones privadas. Asimismo, hizo presente que el sector privado de salud atiende anualmente al 50% de la población.

En otro orden de ideas, comentó que el fallo de la Corte Suprema tenía por objeto hacer correcciones o mejoras y uniformar el funcionamiento de las isapres; sin embargo, la forma de poner en práctica estos mecanismos pondrán en riesgo el funcionamiento del sistema, deteniendo la operación del sistema privado prestador, causando un importante efecto en el sector salud a nivel nacional. En nuestro país, agregó, la Constitución Política establece que el Estado debe velar por el acceso a la atención de salud, por lo cual debe promover acciones que propendan a aumentar el acceso y no iniciativas que tiendan a limitar dicho acceso. Asimismo, la Carta Fundamental permite la libertad de elección de las personas del sistema al cual adscribirse. De esta forma, una iniciativa no puede restringir esa libertad con sagrada en el Texto Constitucional.

Por otra parte, indicó que el área pública del sistema de salud se financia mayoritariamente con recursos fiscales, cerca del 70%. En tanto, el sector privado se financia exclusivamente por las cotizaciones que los usuarios enteran en las isapres, no existen subsidios públicos. Este ingreso añadió, se materializa a través de normas que están establecidas en el decreto con fuerza de ley N° 1 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469. En efecto, el artículo 199 establece el mecanismo que fija la cotización para un individuo en particular, esto es, la tabla de factores y precio base. Así, el precio final se determina en base a la multiplicación del factor que le corresponde por el precio base del plan. Si se altera el factor o el precio base, evidentemente, varía el precio final. El artículo 171 del decreto con fuerza de ley N° 1 dispone que las prestaciones de salud y las licencias médicas se financian con las cotizaciones de los usuarios. A su vez, hizo presente que los ingresos de las isapres son casi iguales a los gastos que efectúan, en relación con los beneficios, es decir, no existen holguras en

relación con las cotizaciones enteradas y los beneficios pactados y otorgados en los planes de salud.

Ante la consulta del **Honorable Senador señor De Urresti** acerca de las sentencias en contra que obtuvieron las isapres por reclamos de alzas unilaterales de planes de salud y de la integración vertical en que participan las isapres, el **señor Simón** explicó que la situación descrita se debió a dos razones principalmente:

a) La primera relativa al precio base, el cual se arregló mediante la ley N° 21.350. El número de recursos presentados por este motivo alcanzaron cerca de 300 mil al año.

b) La segunda se refiere a la tabla de factores y respecto de este motivo los recursos presentados abarcaron cerca de 100 mil, en un período entre 18 meses y dos años.

Al volver a hacer uso de la palabra, el **Honorable Senador señor De Urresti** comentó que las isapres durante años tuvieron una actitud contumaz al subir los precios de los planes unilateralmente, a pesar de miles de sentencias condenatorias de recursos de protección.

El **Personero de la Asociación de Isapres** explicó que el artículo 199 del decreto con fuerza de ley N° 1 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763 y las leyes N° 18.933 y N° 18.469, dispone que las isapres deben calcular el precio final mediante uno base y una taba de factores. Del mismo modo, el artículo 171 del mismo cuerpo legal señala que las isapres deben financiar las prestaciones de salud, las licencias médicas y la parte operacional, a través de las cotizaciones.

Luego, sostuvo que desde el año 1995 se registran circulares de la Superintendencia de Salud que mandatan a las isapres a utilizar tablas de factores, de acuerdo con la legislación vigente. De esta forma, afirmó que no existen cobros indebidos porque las isapres dan cumplimiento a la legislación vigente y la referida Superintendencia fiscaliza el comportamiento de ellas.

En la misma línea, indicó que el fallo de la Corte Suprema tiene una característica particular, por cuanto tiene un carácter general, al modificar un criterio que se venía aplicando hasta el momento de su dictación e incluso cambia el criterio establecido anteriormente en las sentencias de los recursos de protección interpuestos. Este cambio de criterio, añadió, obligará al cambio del funcionamiento del propio sistema de isapres, debido a que contiene un mandato al Superintendente que debe poner en práctica una forma distinta de operar. El mandato del fallo dice relación con la uniformidad del sistema, mediante la utilización de una sola

tabla de factores para todos los planes, nuevos y antiguos. Asimismo, el referido fallo mandata la suspensión del cobro de los menores de dos años y contempla lineamientos generales para la puesta en práctica del mismo, dentro de estos lineamientos se encuentra que la nueva tabla de factores no puede significar alzas de precios, pero de existir diferencias en el precio a favor del cotizante se deberán devolver a modo de excedente.

Seguidamente, comentó que el fallo en análisis señala que, al poner en práctica lo ordenado, para algunos contratos se puede producir un alza de precios y para otros una baja, en este último caso se debe hacer la corrección. Asimismo, la aplicación del procedimiento no puede significar un alza del precio final y las restituciones son una obligación sujeta a la condición de que la metodología que se ponga en práctica dé como resultado esas diferencias.

En el mismo sentido, reflexionó que cualquier mecanismo que dé ejecución al fallo y signifique que las personas no continúen con su cobertura, traerá como consecuencia un evidente daño para los usuarios al no mantener el acceso a la atención. A su vez, indicó que los elementos importantes a cumplir son:

- La existencia de las isapres. En caso contrario, no se producirá la adecuación, el uso de la tabla, la baja de precio para niños ni la devolución del aumento del precio final. En efecto, la propia Corte Suprema lo ha sostenido mediante un fallo unánime.

- Uniformar las tablas de factores.

- Suspender el cobro de los menores de dos años.

Al proseguir su intervención, el Personero de la Asociación de Isapres aseveró que la reforma constitucional en estudio implementa la sentencia de la Corte Suprema, al ordenar la aplicación de la tabla de factores contendida en la circular N° 343, de la Superintendencia de Salud. Asimismo, ordena adecuar el precio base y el final para buscar un equilibrio entre los ingresos y gastos, con el objeto de seguir otorgando los beneficios que las personas tienen pactados y, además, mandata al Ejecutivo para que en el plazo de un año ingrese al Congreso Nacional un proyecto de ley que modifique el funcionamiento del sistema de isapres.

El inciso tercero del artículo único, acotó, debería hacer mención a la tabla de factores en lo relativo al ingreso y salida de cargas. Por lo tanto, este punto debería ser corregido debido que no se aplica sólo para la suscripción sino también para la modificación de los contratos.

Respecto del inciso cuarto, indicó que la frase “se

asemeje lo más posible” entrega un margen de discrecionalidad importante, dejando abierto un margen a la judicialización, por lo cual se podría agregar la oración “que permita el financiamiento de los planes”, con el objeto de demostrar que se pretende realizar con esta modificación.

En lo que atañe al inciso sexto, aseveró que se debe tener siempre presente que el sistema de isapres funciona en forma autónoma, no recibe subsidio público, por ello siempre se debe tener en cuenta que los recursos deben ser suficientes para cumplir con los contratos celebrados, por lo cual debería incorporarse expresamente dicho principio en este inciso.

El inciso final, adujo, también se podría agregar algún concepto relativo a la vigencia de los cambios que se pretenden materializar con esta reforma constitucional.

El **Honorable Senador señor Castro González** solicitó precisar de qué forma, la aplicación del fallo, se entiende a los contratos vigentes a abril de 2020. Asimismo, consultó cuál es la estimación que tiene la Asociación de Isapres respecto del universo total de contratos vigentes a abril del año 2020, al cual se aplicará el fallo. A su vez, interrogó respecto del papel que cumple el precio base en la resolución del problema en cuestión.

Por otra parte, afirmó entender la magnitud de la crisis financiera cuya válvula es la devolución por aumento en el precio final y la aplicación de un precio nuevo. Al respecto, hizo presente que las isapres no han recurrido de aclaración, ante la Corte Suprema, con la finalidad de tener mayor claridad en los alcances del fallo.

Por último, solicitó que se actualice el monto relativo a las deudas que tienen las clínicas, teniendo en cuenta que entre cuatro y cinco millones de usuarios de FONASA se atienden en estos centros de salud.

Por su parte, el **Honorable Senador señor De Urresti** hizo hincapié en que las isapres son una industria, por lo cual -para esta discusión- es necesario transparentar lo que existe detrás de ellas como la integración vertical con clínicas, laboratorios y centros médicos. Del mismo modo, estimó que dichas instituciones de salud previsional han tenido un comportamiento irresponsable y contumaz, respecto de los innumerables fallos adversos sufridos en materia de recursos de protección.

En otro orden de ideas, consultó cuántos afiliados se han traspasado del sistema privado a FONASA.

El **Honorable Senador señor Walker** recordó que

el objeto de la reforma constitucional en estudio es hacer efectivo el derecho a la igualdad y a la no discriminación arbitraria en la determinación de las tarifas de los planes de salud. De esta forma, la iniciativa valida la tabla de factores de riesgo para fijación de precios establecida por la Superintendencia de Salud, mediante la circular N° 343, en 2019. Por este motivo, la Moción establece que la tabla de factores no se utilizará para aplicar reajustes en el tiempo, salvo que sean beneficiosos para el cotizante, con el objeto de velar por la viabilidad financiera del sistema. Luego, agregó que esta reforma constitucional no irroga gasto fiscal alguno, considerando que no existe ningún tipo de subsidio estatal en el sistema de isapres.

En otro orden de ideas, comentó que existen tres millones de usuarios en el sistema privado de salud, de los cuales 300 mil se están atendiendo en el GES. Del mismo modo, preguntó cuál es la actual situación de liquidez financiera del sistema de isapres para acceder a las garantías bancarias, cuál es el riesgo de insolvencia y cómo ello afecta a los prestadores. Al efecto, hizo presente que personas vulnerables, de regiones principalmente, se atienden por GES o AUGE, en estas clínicas, que actualmente están en riesgo de desaparecer.

La **Honorable Senadora señora Ebensperger** recordó que en el primer gobierno del ex Presidente señor Piñera se presentó una gran reforma al sistema de salud, que contemplaba una serie de puntos que se intentan resolver en esta reforma constitucional y durante su segundo mandato se presentaron dos indicaciones sustitutivas a dicho proyecto de ley, sin que pudieran llegar a buen puerto.

Finalmente, la **Honorable Senadora señora Rincón** enfatizó que esta reforma constitucional no busca proteger instituciones, sino asegurar la atención de salud de las personas, con la finalidad de no colapsar el sistema público de salud. A su vez, sostuvo que existen responsabilidades compartidas entre las isapres y el regulador, en el origen del problema objeto de análisis. Por este motivo, la iniciativa cierra su texto con un mandato al Ejecutivo para que en el plazo de un año presente una reforma integral al sistema privado de salud.

- - -

Al continuar el análisis de esta reforma constitucional, en la siguiente sesión, expuso el **señor Superintendente de Salud**, quien señaló que el proyecto de reforma constitucional genera dudas en relación con el artículo 76 de la Constitución Política de la República, puesto que los efectos de esta iniciativa modificarían un fallo emitido por la Corte Suprema. La referida norma dispone que ni el Presidente de la República ni el Congreso Nacional podrán, en caso alguno, avocarse a causas pendientes, revisar los fundamentos o contenidos de sus resoluciones o hacer revivir procesos fenecidos.

En la misma línea, hizo presente un problema coyuntural que podría tener la norma propuesta, por cuanto nos encontramos inmersos en un proceso constitucional que podría culminar con una nueva Carta Fundamental, por lo cual la norma propuesta quedaría dentro de la actual constitución, que podría perder vigencia.

Asimismo, señaló que dentro del artículo único del proyecto existen elementos que dejarían en inaplicabilidad el fallo de la Corte Suprema. Así, por ejemplo, se establece que al momento de recálculo de los precios base, el precio final se mantenga. La Corte Suprema, en su fallo expresó que, al calcular con la nueva tabla de factores, los planes que suben de precios se deben mantener y aquellos que disminuyen su valor deben restituir a modo de excedente la diferencia. De esta forma, el Excelentísimo Tribunal mandata a la Superintendencia para fijar un procedimiento de devolución de aquellos excedentes generados.

Por otra parte, sostuvo que los indicadores de patrimonio, liquidez y garantía se encuentran contenidos en la ley, por lo cual dejar a la Superintendencia el establecimiento de plazos o criterios menos rígidos es complejo. Al efecto, subrayó la necesidad de precisar de mejor forma la atribución contemplada en la reforma constitucional.

En cuanto al mandato que se otorga al Ejecutivo para enviar un proyecto de ley en un determinado sentido, afirmó que es complejo que se establezca una obligación de esas características, por cuanto el Gobierno legítimamente puede tener una posición distinta, generándose un precedente intrincado que podría provocar una pugna entre los poderes del Estado.

El **Honorable Senador señor Walker** hizo hincapié en que cinco millones de usuarios de FONASA se atienden en clínicas privadas, de mediana o pequeña entidad. Esta reforma constitucional, agregó, es un respaldo de sus autores al Ejecutivo para poder legislar en esta materia. Además, no contradice la tabla de factores de la Superintendencia, sino más bien lo que hace es validarla y se hace cargo de los eventuales ajustes a futuro.

Seguidamente, aseguró que lo que está en juego es la sostenibilidad del sistema. De esta forma, de colapsar las isapres, lo hará el sistema privado de salud y las clínicas.

El **Honorable Senador señor Castro González** señaló que existe consenso en que las cifras de las isapres, al estar a la baja, son riesgosas debido a que eventualmente puede provocar colapso y quiebra de alguna de ellas. Este fenómeno, agregó, puede producir un efecto en cascada, desde las isapres a las clínicas, las cuales atienden a cerca de

cinco millones de personas, particularmente en regiones. Asimismo, sostuvo que el fallo establece algo distinto a lo que en la época se hizo con el regulador, al dictar la circular Nº 343, por cuanto va más allá de lo acordado en ese momento. De esta forma, se deben determinar los contratos vigentes a abril de 2020 para efectos de la aplicación retroactiva de la tabla de factores. El proyecto de reforma constitucional introduce una variable adicional, esto es, la facultad de modificar el precio base previa determinación de beneficio de rebaja de tarifa y de la existencia de eventuales excedentes.

En la misma línea, previno que, de aplicar los incisos cuarto y quinto del artículo único de la Moción, no habría ni excedentes ni rebaja de precio para ningún afiliado y se genera estabilidad para el sistema privado de salud, porque automáticamente opera con un equilibrio interno que le permite nivelar los precios finales. Añadió que el fallo de la Corte Suprema obliga a retrotraer la situación a un escenario anterior a 2019, ordenando la restitución a los afiliados dineros cobrados en excesos y, además, significa una rebaja del plan. En consecuencia, la reforma constitucional en estudio no constituye el mejor instrumento para hacer válido la referida sentencia judicial.

El **Honorable Senador señor Cruz-Coke** recordó que el ex Presidente Piñera presentó una reforma al sistema de salud, que pudo haber dado una solución al actual problema. Luego, afirmó que la labor del Congreso Nacional es buscar que el sistema privado de salud no colapse, considerando el fenómeno en cascada que se puede producir y la cantidad de personas que pueden ser afectadas por esta situación.

De igual forma, consultó si la sola presentación de la iniciativa legal, ingresada a la Comisión de Salud del Senado, da cumplimiento a lo ordenado por la Corte Suprema mediante el fallo judicial en cuestión. En el mismo sentido, advirtió que legislar mediante reformas constitucionales que incorporan normas transitorias, tal como ocurrió con los proyectos de retiros de fondos previsionales, no corresponde a la situación ideal.

A su turno, el **Honorable Senador señor Galilea** señaló que cuando se dicta la circular Nº 343 y la autoridad de la época decide la aplicación de la nueva tabla de factores hacia el futuro, no ejerció arbitrariamente sus facultades. Si la Superintendencia hubiese aplicado dicha tabla a los contratos vigentes y futuros, estaríamos en la misma situación que nos encontramos actualmente. Por este motivo, agregó, fue acertado el criterio que sostuvo, esto es, que dichas obligaciones se irían ajustando en el tiempo. El fallo de la Corte Suprema nos retrotrae a la situación que pudo ocurrir si la autoridad hubiese aplicado la tabla de factores a los contratos vigentes y futuros, e impone criterios que pueden significar la quiebra del sistema.

Por otra parte, comentó que la reforma constitucional en estudio busca solucionar el problema descrito anteriormente, optando por costos menores mediante a una solución legislativa, frente al colapso del sistema privado de salud, con consecuencias más allá de las isapres. De esta forma, dichas instituciones de salud deberían saldar sus obligaciones en prestaciones, a través de tiempo, lo cual permite extinguir estos pasivos y salvaguardar las bases para que este sistema de salud siga existiendo. Esta solución, añadió, se hace cargo de los dispuesto por la circular Nº 343 y de lo resuelto por la Corte Suprema en su sentencia, a diferencia de la iniciativa presentada por el Ejecutivo que no soluciona el problema de fondo y deja al sistema privado de salud expuesto a la contingencia financiera inabordable.

El **Honorable Senador señor Huenchumilla** estimó que esta discusión tiene un carácter político, lo cual requiere de una visión sistémica. En este sentido, preguntó si la vía idónea para solucionar este problema es una reforma constitucional que incorpora una norma transitoria, es decir, un resquicio en materia jurídica. Al efecto, hizo presente que actualmente el quórum requerido para reformar la Carta Fundamental es menos exigente (cuatro séptimos), lo cual hace más sencillo la aprobación de una reforma constitucional de estas características.

En la misma línea, recordó que lo ocurrido con los retiros de fondos previsionales correspondió a una política pública que el Gobierno anterior impugnó en el Tribunal Constitucional. Sin embargo, en el caso en particular, se busca impugnar un fallo de la Corte Suprema mediante una reforma constitucional.

Por otra parte, hizo presente que su intención no es quebrar el actual sistema de salud; no obstante, desea un sistema de salud potente, con cabida del sector público y privado. Por lo tanto, aseguró que es muy importante adoptar las decisiones correctas, lo cual requiere de un acuerdo político de cómo resolver este problema y cuál es el instrumento idóneo para ello.

La **Honorable Senadora señora Ebensperger** hizo hincapié en que el objetivo de esta reforma constitucional es hacer cumplir el fallo de la Corte Suprema, lo cual significa que no se altera lo dispuesto en el artículo 76 de la Constitución Política. Luego, comentó que la decisión que se adopte en esta materia debe ser en función de proteger a los usuarios del sistema de salud.

Seguidamente, recordó que la reforma constitucional ingresó al Senado en enero de 2023 y en las tres sesiones celebradas por esta instancia parlamentaria, para discutir esta reforma constitucional, la Ministra de Salud se ha excusado de asistir. Asimismo,

advirtió que la Corte Suprema emitió la sentencia citada anteriormente, con fecha 30 de noviembre de 2022 y recién con fecha 9 mayo del presente, el Ejecutivo ingresó el Mensaje en materia de isapres, teniendo presente que el referido fallo establece como plazo perentorio para solucionar este problema el 31 de este mes.

En el mismo orden de ideas, señaló que -desde su punto de vista- el proyecto de ley ingresado por el Ejecutivo no soluciona la crisis del sistema privado de salud.

El **Honorable Senador señor Cruz-Coke** coincidió con lo expuesto por el Honorable Senador señor Huenchumilla, en relación a los inconvenientes de legislar mediante la incorporación de normas transitorias en la Constitución.

Al volver a hacer uso de la palabra, el **señor Superintendente de Salud** aseveró que se debe dar cumplimiento a un fallo sin afectar al actual modelo en funcionamiento. Luego, señaló que, durante trece años, desde el fallo del Tribunal Constitucional en 2010, de manera permanente las isapres perdieron recursos de protección en las Cortes de Apelaciones, a propósito de la adecuación precio base y de las alzas del GES. Luego, previno que la adecuación precio base no se resolvió con la ley Nº 21.350, sino en el momento en que se cumple con el primer fallo de la Corte Suprema, por parte de la Superintendencia mediante la verificación. Con este elemento, el Máximo Tribunal establece que no hubo arbitrariedad ni unilateralidad en las alzas.

En la misma línea, hizo presente que cuando se busca resolver este problema se debe evaluar la situación de equilibrio del sistema y que no se sostenga la judicialización. Con todo, previno que la reforma constitucional en estudio, desde su punto de vista, contiene elementos que modifican presupuestos del fallo, lo cual podría provocar efectos complejos.

En relación con los plazos, comentó que se ha sostenido que el sólo ingreso del Mensaje puede significar el cumplimiento del fallo. Sin embargo, expresó que se está evaluando una solicitud de prórroga del plazo establecido en el fallo, entendiendo que el Poder Legislativo requiere de un plazo adecuado para discutir esta materia.

\- - -

En la sesión siguiente, hizo uso de la palabra la **señora Ministra de Salud**, quien manifestó su postura en torno a la reforma constitucional en comento en el mismo sentido de lo expuesto anteriormente por el Superintendente de Salud. En efecto, reafirmó que su Cartera se

manifiesta contraria a la presente reforma, en atención a que anula lo medular del fallo emitido por la Corte Suprema en la materia, específicamente lo relativo a la adecuación a la baja en los precios de los planes de salud que la Corte Suprema ordenó expresamente por aplicación de la tabla única de factores. En este sentido, dejaría sin efecto toda devolución por concepto de adecuación de tabla de factores, manteniendo únicamente la que corresponde al cobro en exceso por los menores de dos años.

En atención de lo señalado y con independencia de la discusión constitucional, sostuvo que es difícil para el Ejecutivo apoyar la actual iniciativa por respeto al orden institucional y lo resuelto en su sentencia por la Corte Suprema. En cualquier caso, instó a esta instancia parlamentaria a presentar sus propuestas y argumentar sus puntos en la Comisión de Salud, donde el proyecto de ley presentado por el Gobierno colabora en dar cumplimiento a la sentencia de la Corte Suprema y otorga estabilidad al sistema de isapres.

El **Honorable Senador señor Galilea** resumió brevemente la situación en la que se encuentra el país, señalando que se estableció, en primer término -en el año 2010 y luego en el 2019- que la tabla de factores no podía realizar discriminaciones por sexo, lo que se comenzó a aplicar desde el año 2020. Aquello generó el desafío de que todas las mujeres en edad fértil debían bajar sus planes y los hombres jóvenes debían aumentarlos, debido a que los seguros de salud operan de un modo en que el riesgo se comparte. En tal momento, añadió, la Superintendencia de Salud advirtió que aquel desafío era enorme y ponía en riesgo el financiamiento del seguro privado de salud, haciendo notar que muchos hombres jóvenes se opondrían a tal alza o emigrarían a FONASA, lo que provocaba desequilibrios importantes en el sistema. A su turno, la Corte Suprema sostuvo que la problemática no se solucionaba en tal dirección debido a que cualquier plan de salud con diferenciación por sexo era inconstitucional y, por ello, la aplicación de la circular N° 343 emitida por la Superintendencia de Salud, debía ser universal. De esta forma, la sentencia de la Corte Suprema nos retrotrae al problema que se intentó resolver por la Superintendencia de Salud, a fines del año 2019.

Seguidamente, aseguró que se trata de un problema de difícil solución porque de aplicarse la norma propuesta en el proyecto de ley del Ejecutivo, el sistema se derrumbaría rápidamente por razones financieras, por cuanto dispone, en su artículo 2°, que la sentencia se aplicará en el mes subsiguiente al de su aprobación. En tal contexto, explicó, se presentó este proyecto de reforma constitucional como una alternativa a la iniciativa legal Gobierno.

Sin perjuicio de lo anterior, planteó la existencia de varias salidas alternativas. Una de ellas, consiste en que las isapres

entreguen al regulador su cartera de clientes, para luego éste nombre un interventor y licite dicha cartera. Esta cartera de clientes pudiese ser adquirida por alguna isapre con los planes correctamente ajustados y sin el pasivo. Todo lo cual constituiría una solución poco satisfactoria. Otra solución, agregó, es dejar caer el sistema, con lo cual FONASA debería absorber a todos los clientes y sus consecuencias, en torno a deuda de proveedores.

Luego, destacó que la reforma constitucional plantea una propuesta de solución que, en atención a la imposibilidad de realizar ajustes según lo establecido por el fallo y el deber de mantener el equilibrio financiero del sistema, propone ajustar lo que es objeto de arreglo, es decir, los precios bases. Cualquiera sea la forma de devolución del pasivo, se debe velar porque ninguna aseguradora incumpla los estándares de endeudamiento y garantía, y que tal devolución se materialice mediante beneficios.

Con todo, discrepó de lo expuesto por la señora Ministra en cuanto a que el proyecto de reforma constitucional altera lo estipulado por la Corte Suprema. Ciertamente, el Máximo Tribunal mantuvo, conscientemente, una amplia batería de posibilidades para que el regulador lleve a cabo las medidas necesarias, con el objeto de que las isapres no colapsen financieramente. Por ello, los autores de la presente reforma constitucional consideran que aporta un camino viable de solución, y, por el contrario, que el proyecto de ley presentado por el Ejecutivo no entrega solución alguna. De esta forma, si el Ejecutivo recoge el presente proyecto, incluso por medio de una indicación sustitutiva, sus autores estarían de acuerdo con miras a lograr una pronta solución a esta grave problemática que aqueja a la ciudadanía.

En la misma línea, comentó que la única alternativa factible de implementar es ajustar los precios base, cuidar que no se generen incumplimientos de normas de solvencia de aseguradoras de salud y que se pague por medio de beneficios. Por lo tanto, llamó al Gobierno a ser prudente, debido a que nadie puede dimensionar exactamente lo que podría ocurrir si las isapres desaparecen.

A su turno, el **Honorable Senador señor Cruz-Coke** señaló que una reforma constitucional no es el camino idóneo para solucionar un problema como el que aborda; sin embargo, establece una solución concreta donde existe un doble problema, esto es, el deber de cumplir el fallo y el conflicto financiero. De esta forma, previendo el peor escenario posible, preguntó qué ocurrirá y con qué medidas se enfrentarían los problemas de los millones de afiliados al sistema de isapres, más allá del fortalecimiento de FONASA, donde se tendría que hacer largas filas para atenciones de urgencia.

El **Honorable Senador señor Castro González** expresó que, desde el ingreso del proyecto de ley del Ejecutivo, se han generado diversas polémicas que se deben circunscribir con el objeto de analizar posibles puntos de acuerdo en lo venidero. En tal dirección, afirmó que existe acuerdo en que la sentencia de la Corte Suprema se debe cumplir.

Añadió que es característica tradicional de los seguros privados la mutualización de los ingresos y egresos o la ecualización de la siniestralidad, lo cual permite hacer la focalización del gasto y mantener cierto equilibrio, materias que no se incluyeron en el fallo aludido. En efecto, dicha sentencia establece que una de las variables que define el precio final es el precio base, multiplicado por una tabla de factores. Sin perjuicio de ello, aún se encuentra pendiente el pronunciamiento judicial respecto de la prima GES y la cobertura adicional sobre enfermedades catastróficas.

En el mismo orden de ideas, hizo presente que la señalada tabla de factores implicó una judicialización exacerbada, con 600 mil causas al año en las Cortes de Apelaciones debido a arbitrariedades en las alzas de precio. Frente a tal escenario, la Corte Suprema decidió la aplicación -en lo sucesivo- de una tabla de factores única, en base a aquella establecida en la circular N° 343, del año 2019, eximiendo de cobros a los menores de 2 años.

Enseguida, mencionó como segundo punto de acuerdo que las isapres no caigan en insolvencia, respecto de lo cual el Gobierno ha sido claro. Un tercer punto de acuerdo es evitar que se discontinúe la atención de las personas. Por cierto, no se busca una estampida de atenciones en el sistema público, producto de la quiebra de las isapres. En todo caso, acotó, la quiebra de una empresa se trata de un proceso continuado en el tiempo, no inmediato.

Frente a tal escenario, advirtió que la Moción de reforma constitucional adolece de un grave problema al autorizar a las isapres recalcular el precio base y, después, en caso de existir algún excedente, practicar su devolución. De esta forma, el proyecto de reforma constitucional no cumple con entregar justicia a los usuarios, respecto de los cuales se estableció el deber de aplicar la nueva tabla de factores, donde cerca del 39% de ellos deberían sufrir una rebaja de sus planes y eventuales devoluciones. A su vez, previno que estas devoluciones de excedentes, según la reforma constitucional, podrían ser en dinero o servicios. Al efecto, aclaró que el excedente es una modalidad de recompensa que puede ir asociada a otras prestaciones, las que pueden resultar convenientes y no consisten en dinero efectivo.

Al momento de recapitular lo señalado, el señor Senador sostuvo que existen acuerdos en tres aspectos:

a) Respeto al fallo de la Corte Suprema;

b) No quiebra de isapres, y

c) Continuidad en la atención de las personas en el sistema.

En tal contexto, hizo hincapié en que con esta reforma constitucional no existirá retroactividad ni rebaja de precios finales. Frente a tal escenario, cuestionó cómo se podría explicar a los usuarios y la Corte Suprema, la elusión del precepto uno de su fallo. En tanto, el proyecto de ley presentado por el Gobierno busca lograr viabilidad del fallo emitido por la Corte Suprema, que las personas reciban su resarcimiento en los plazos más flexibles posibles y que se defina el nuevo precio.

Al finalizar su intervención, se manifestó contrario a la reforma constitucional en análisis, por cuanto elimina la piedra angular del proyecto de ley presentado por el Gobierno, esto es, hacer cumplir la sentencia pronunciada por el Máximo Tribunal.

La **Honorable Senadora señora Rincón** expresó que el proyecto de reforma constitucional, en ningún caso, busca no cumplir el fallo de la Corte Suprema, sino por el contrario, establece la forma en que se debe ejecutar. Luego, advirtió que la principal preocupación debe estar relacionada con el bienestar de las personas, es decir, la continuidad de las prestaciones, mantención de las coberturas y la mejora del sistema. Agregó que, de producirse la quiebra del sistema privado, no se devolverán los excedentes a los usuarios, por lo cual se deberán buscar remanentes y bienes para perseguir el pago de aquellas acreencias por vía judicial. Asimismo, indicó que, de prosperar el proyecto de ley del Gobierno, el reaseguro aludido no será posible para quienes poseen preexistencias o enfermedades complejas, como todos aquellos usuarios GES (más de 300 mil personas), sin posibilidad de contratar un seguro adicional.

Enseguida, aseveró que se desconoce el número de personas que han pagado un valor superior o inferior al precio final. Ante ello, sostuvo que existe una interrogante en torno al modelo de cálculo utilizado por la Superintendencia de Salud. Al respecto, subrayó la importancia de conocer si el regulador realizó una auditoría a la base de datos correspondiente.

Así las cosas, afirmó que los autores de la Moción buscan entregar certeza a los usuarios y que no se produzca indefensión en materia de salud. En el sector público, agregó, existe más de un millón de personas en lista de espera, a lo que se debe sumar la carga potencial de quienes migren desde el sistema privado al público.

En otro orden de ideas, comentó que las promesas de pago o restitución por lo pagado en exceso, o de reaseguro cuando se quiera acceder a mejores condiciones que las existentes en el sistema público, no se podrán cumplir para muchas personas. Del mismo modo, hizo hincapié en la importancia de que fondos públicos no se entreguen a las isapres, la necesidad de normas claras para aplicación del fallo y que el Ejecutivo, por medio del regulador y la Cartera del ramo, proceda a la protección de las personas.

De acuerdo a lo anterior hizo un llamado a los miembros de esta Comisión a aprobar en general el proyecto de reforma constitucional y, de esta forma, otorgar una señal importante a la población, por cuanto el proyecto de ley del Gobierno no entrega respuestas a las inquietudes de la gente.

A su turno, el **Honorable Senador señor De Urresti** hizo presente que quienes han jugado con la vida y la salud de las personas son las isapres. En efecto, al inicio de cada año judicial, el Poder Judicial solicitaba al Legislativo hacerse cargo de la crisis provocada por las instituciones de salud previsional, por medio de la dictación de una ley. En este sentido, estimó que es inconcebible que las Cortes de Apelaciones estén colapsadas de recursos de protección de usuarios deducidos en contra isapres, mientras que miles de personas se veían perjudicadas por aumentos unilaterales en el precio final de sus planes de salud.

Asimismo, consideró importante continuar el trabajo iniciado en la Comisión de Salud del Senado, con el objeto de que ningún usuario quede sin atención médica, se fortalezca FONASA y se ponga fin a los abusos.

El **Honorable Senador señor Huenchumilla** estimó que el tema de fondo en esta materia es de competencia de la Comisión de Salud. Sin perjuicio de ello, advirtió que la reforma constitucional en estudio regula materias propias de seguridad social, la que requiere de iniciativa exclusiva del Presidente de la República. Efectivamente, la presente reforma constituye un resquicio mediante el cual se busca eludir las disposiciones de la Constitución Política relativas a iniciativa exclusiva, por cuanto los autores de la Moción saben que carecen de facultades en esta materia. Tal camino, adujo, fue recorrido en la Cámara de Diputados con los retiros de los fondos previsionales desde las cuentas de capitalización individual.

En atención a lo expuesto, consultó si esta instancia parlamentaria se encuentra disponible para ratificar la pertinencia de la presentación de reformas constitucionales destinadas a evadir la falta de atribuciones de iniciativa de ley en ciertas materias. De esta forma, se

manifestó en contra de entrar siquiera al debate de fondo y proponer fórmulas, en relación a devolución de excedentes y tabla de factores.

Sin perjuicio de lo anterior, discrepó respecto de la tesis sobre la admisibilidad de este proyecto de reforma constitucional, por cuanto el artículo 76 de la Carta Fundamental establece que ni el Presidente de la República ni el Congreso pueden, en caso alguno, ejercer funciones judiciales ni abocarse a causas pendientes. En este caso en particular, el fallo emitido por la Corte Suprema es, a su juicio, una causa pendiente, en atención a que su cumplimiento no se ha ejecutado. En consecuencia, el Poder Legislativo se estaría inmiscuyendo en una causa pendiente de carácter judicial. Tal interferencia, con un nuevo proceso constituyente en marcha, no es buen precedente. Asimismo, la norma constitucional citada precedentemente también prohíbe revisar los fundamentos o contenido de las resoluciones judiciales, lo que ocurre en la discusión de esta Moción, afectando la estabilidad de nuestra institucionalidad.

En la misma línea, abogó por el cumplimiento del fallo de la Corte Suprema, aunque no se esté de acuerdo con él y tenga implicancias para la industria. Además, instó a discutir el fondo del problema en la Comisión de Salud, que es la instancia pertinente, a la luz del Mensaje presentado por el Ejecutivo, que es quien posee la iniciativa exclusiva conforme a nuestra Constitución Política.

Por otra parte, el señor Senador señaló ser partidario de una economía social de mercado, donde la salud sea una materia colaborativa y solidaria, por ende, se requiere un sistema robusto de salud pública; no obstante, las iniciativas privadas legítimas deben existir.

La **Honorable Senadora señora Ebensperger** sostuvo que la actual crisis en el sistema privado de salud es, en parte, responsabilidad de las isapres, pero también de quienes no tramitaron el proyecto de ley que las reformaba. Por lo tanto, existe responsabilidad política por no haber avanzado en una solución legislativa años atrás.

Por otra parte, indicó que el proyecto de ley del Ejecutivo parte de la premisa que las isapres van a quebrar, por lo cual propone una cobertura complementaria y fortalece FONASA; sin embargo, dichas medidas no resuelven la crisis ni permiten dar cumplimiento al fallo de la Corte Suprema sin que las instituciones de salud previsional quiebren. En este marco, preguntó qué sucederá con los afiliados al sistema privado de salud cuyas isapres quiebren. De igual forma, consultó si los usuarios que se encuentren en la situación descrita deberán obligatoriamente afiliarse a FONASA, pagando un seguro adicional. Asimismo, en caso de licitar la cartera de clientes, dicha licitación podría perfectamente ser declarada desierta.

En la misma línea, previno que, de quebrar las isapres, aquellos usuarios con tratamiento médico pendiente tendrían dificultades para continuarlo en FONASA, salvo que existan los recursos para pagar una cotización adicional.

En relación con la admisibilidad de la reforma constitucional, llamó a los miembros de esta instancia parlamentaria a ser consecuentes, sin modificar los argumentos por ser mayoría o minoría, o bien, oficialistas o de oposición. Al efecto, afirmó que las reformas constitucionales se rigen por las mismas normas que regulan los proyectos de ley, salvo las materias que tienen una regulación específica. Estos argumentos, agregó, los sostuvo durante la tramitación de las reformas constitucionales que permitieron los retiros de los fondos previsionales.

Asimismo, hizo presente que mediante esta reforma constitucional el Congreso Nacional no se avoca a una causa judicial pendiente, en atención a que se trata de un fallo firme y ejecutoriado. Una situación diversa, añadió, constituye el cumplimiento del mismo, que en el caso en particular tiene un plazo debido a su dificultad. Sin perjuicio de ello, consideró que la Corte Suprema excedió sus facultades debido a que las sentencias judiciales tienen efectos particulares sólo respecto del caso concreto que conocen.

\- - -

Cabe consignar que, a fin de ilustrarse adecuadamente acerca de la materia sobre que versa este proyecto de reforma constitucional, la Comisión acordó oficiar a la Superintendencia de Salud, solicitándole informar acerca de los resultados de los balances de las instituciones de salud previsional obtenidos en los últimos seis años, con indicación de las utilidades o pérdidas que han afectado a cada una de ellas.

\- - -

VOTACIÓN IDEA DE LEGISLAR

A continuación, la **señora Presidenta de la Comisión** declaró cerrado el debate y sometió a votación la idea de legislar sobre este asunto.

- Sometida a votación la idea de legislar en la materia, fue aprobada por la mayoría de los miembros de la Comisión, Honorables Senadores señora Ebensperger y señores Galilea y Walker.

Votaron en contra los Honorables Senadores señores Castro González y Huenchumilla.

Al momento de fundamentar su voto, el **Honorable Senador señor Galilea** señaló que, si bien la presente Moción constituye una solución inusual, no altera de ninguna forma lo resuelto por la Corte Suprema sobre la tabla de factores. Cabe hacer presente, agregó, que el Máximo Tribunal no se pronunció respecto del precio base ni el desbalance financiero que aquello produce, dejando amplias facultades al Poder Ejecutivo para su regulación. En este contexto, la reforma constitucional propone un camino alternativo, debido a que el proyecto de ley presentado por el Gobierno no resuelve la problemática del desequilibrio en la mutualización del riesgo y, de ser aprobado en los términos en que se presentó, provocaría el colapso del sistema privado de salud.

El **Honorable Senador señor Walker** comentó que suscribió esta reforma constitucional con gran convicción y con la finalidad de que se cumpla el fallo del Máximo Tribunal. Luego, hizo hincapié en que esta iniciativa no tiene por objeto salvar a las isapres, sino poner en el centro a las personas, esto es, los 3,3 millones de afiliados al sistema privado de salud, los 300 mil que sufren una enfermedad catastrófica que no serán admitidos en ningún seguro complementario, y los 5 millones de usuarios de FONASA que hoy se atienden en clínicas privadas.

En el mismo orden de ideas, sostuvo que la discusión de esta reforma se relaciona con dos principios constitucionales: el derecho a la igualdad ante la ley y no discriminación, y el derecho a la salud. Bajo su consideración, agregó, la aprobación del presente proyecto constituirá un gran aporte en la resolución de la grave crisis que afecta al sistema privado de salud.

El **Honorable Senador señor Castro González** comentó que no es posible modificar la estructura de lo dispuesto por el fallo. Por cierto, ante la errada aplicación de la tabla de factores, la Corte Suprema fijo su aplicación y sus consecuencias, esto es, la rebaja de precio y devoluciones de lo pagado en exceso. Así las cosas, este proyecto de reforma constitucional persigue la modificación del precio base y su consecuente mutualización. En este contexto, advirtió lo complejo que será explicar este nuevo escenario ante el Poder Judicial y los usuarios que se ven beneficiados por la sentencia.

A su turno, el **Honorable Senador señor Huenchumilla** solicitó tener por reproducida su anterior intervención como parte de su fundamento de voto y, a su vez, hizo suyas las palabras del Honorable Senador señor Castro González, debido a que lo interpreta plenamente.

Seguidamente, indicó que este proyecto de reforma constitucional modifica el contenido de la sentencia de la Corte Suprema. En efecto, establece que la Superintendencia de Salud regulará un procedimiento de devolución de los eventuales excedentes, la que se realizará sólo en forma de beneficios. Por el contrario, el referido fallo prescribe que la devolución del precio del plan pagado en exceso se hará en forma de excedentes.

En cuanto al concepto de excedentes y excesos, se remitió a un informe de la Biblioteca del Congreso Nacional y solicitó que forme parte del presente informe.

La **Honorable Senadora señora Ebensperger** relevó la importancia de la aprobación de cuerpos normativos que permitan dar una adecuada solución a la grave crisis que afecta al sistema privado de salud, teniendo como foco prioritario el bienestar de las personas.

Por último, la **señora Ministra de Salud** afirmó que la intención del Ejecutivo es continuar la tramitación legislativa del Mensaje ingresado en esta Corporación para brindar una solución al problema de la salud privada. Asimismo, comentó que la reforma constitucional en análisis demuestra que el sistema requiere, para subsistir, continuar el cobro en exceso en 600 mil contratos, afectando principalmente a mujeres, situación que la sentencia de la Corte Suprema corrige por considerarla abiertamente injusta.

\- - -

TEXTO DEL PROYECTO DE REFORMA CONSTITUCIONAL

En mérito de los acuerdos precedentemente reseñados, la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento, tiene el honor de proponeros aprobar, en general, el proyecto de reforma constitucional en informe, en primer trámite constitucional, cuyo texto es el que sigue:

PROYECTO DE REFORMA CONSTITUCIONAL:

“Artículo único.- Agrégase en el decreto N° 100, de 2005, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución Política de la República de Chile, la siguiente disposición transitoria quincuagésima cuarta, nueva:

“Quincuagésima cuarta.- Con el objeto de hacer efectivo el derecho a la igualdad y a la no discriminación arbitraria en la determinación de las tarifas de los planes de salud, las instituciones de salud

previsional sólo podrán utilizar la tabla de factores de riesgos para fijación de precios establecida por la Superintendencia de Salud mediante circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019. Las nuevas cargas sólo podrán modificar el precio final del contrato a partir de los dos años de edad.

La tabla de factores establecida por la Superintendencia de Salud se aplicará solo cuando el cotizante ingresa a la institución de salud y no se utilizará para aplicar reajustes en el tiempo, salvo que sea beneficioso para el cotizante.

Con el fin de proceder al recalculo de precios de los contratos de salud ordenado por la Corte Suprema aplicando la tabla de factores establecida por la Superintendencia de Salud en la circular mencionada en el inciso primero de este artículo, las instituciones de salud previsional deberán recalcular el precio base de cada plan de salud con contratos vigentes y suscritos con anterioridad a abril del año 2020; de manera tal que el precio final que arroje por cada contrato de salud se asemeje lo más posible al precio que cada cotizante estaba pagando a la fecha en que dicha sentencia de la Corte Suprema quedó firme, no pudiendo el nuevo precio ser superior al precio vigente a dicha fecha.

Si, aplicando este nuevo precio de manera retroactiva, hubiera eventuales excedentes pagados por los afiliados que las compañías deberán devolver, la Superintendencia deberá fijar un procedimiento de devolución de aquellos excedentes que se hubieren generado, aplicando las prescripciones que sean del caso. La aplicación retroactiva de la tabla establecida por la Superintendencia de Salud en el proceso de recalculo generará devoluciones a partir de la fecha en que la indicada Sentencia de la Corte Suprema quedó firme.

La Superintendencia de Salud establecerá, mediante instrucciones de general aplicación, los plazos y demás medidas que permitan dar cumplimiento a estas normas.

En la eventualidad que la aplicación de lo dispuesto en los incisos anteriores afecte el cumplimiento de indicadores de patrimonio, liquidez y garantía, la Superintendencia de Salud deberá establecer plazos, procedimientos y condiciones razonables que permitan cumplir dichos indicadores en plazos prudenciales y sin que ellos den lugar a la aplicación de las medidas establecidas en los artículos 221 y siguientes del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

La Superintendencia de Salud regulará un procedimiento de devolución de los eventuales excedentes. Establecerá que la forma de devolución de excedentes, cuando procedan, debido a su carácter extraordinario, debe ser gradual y se realizará solo en forma de beneficios. Fijará además una diversidad de beneficios a los que puedan

acceder los afiliados, y un proceso transparente, claro y accesible a todos para acceder a ellos.

Corresponderá a la Superintendencia de Salud verificar y fiscalizar que en la aplicación de estas normas las instituciones de salud previsional den estricto cumplimiento a estas normas y a las instrucciones dictadas en su conformidad.

La tabla de factores de riesgo contenida en la circular IF/N° 343 de 11 de diciembre de 2019 y su aplicación a todos los contratos de salud vigentes, se entenderán suficientemente justificadas para todos los efectos legales.

Dentro del plazo de un año a partir de la vigencia de este artículo, el Poder Ejecutivo deberá enviar al Congreso Nacional un proyecto de ley destinado a reformar el marco normativo del Sistema de instituciones de salud previsional respetando como principios el derecho a la protección de la salud, la liberta de elección, la igualdad ante la ley, el bien común; y los derechos y libertades fundamentales.”.”.

- - -

ACORDADO

Acordado en sesiones celebradas en los días y con la asistencia que se señala: 17 de enero de 2023, con asistencia de los Honorables Senadores señor Matías Walker Prieto (Presidente), señora Luz Ebensperger Orrego y señores Pedro Araya Guerrero, Alfonso De Urresti Longton, y Rodrigo Galilea Vial; 26 de abril de 2023, con asistencia de los Honorables Senadores señora Luz Ebensperger Orrego (Presidenta) y señores Alfonso De Urresti Longton, Rodrigo Galilea Vial y Matías Walker Prieto (Luciano Cruz-Coke Carvallo); 10 de mayo de 2023, con asistencia de los Honorables Senadores señora Luz Ebensperger Orrego (Presidenta) y señores Juan Luis Castro González (Alfonso De Urresti Longton), Luciano Cruz-Coke Carvallo, Alfonso De Urresti Longton, Rodrigo Galilea Vial y Francisco Huenchumilla Jaramillo, y 15 de mayo de 2023, con la asistencia de los Honorables Senadores señora Luz Ebensperger Orrego (Presidenta) y señores Juan Luis Castro González (Alfonso De Urresti Longton), Luciano Cruz-Coke Carvallo, Alfonso De Urresti Longton, Rodrigo Galilea Vial, Francisco Huenchumilla Jaramillo y Matías Walker Prieto (Luciano Cruz-Coke Carvallo).

Sala de la Comisión, a 17 de mayo de 2023



RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE LA COMISIÓN DE CONSTITUCIÓN, LEGISLACIÓN JUSTICIA Y REGLAMENTO, recaído en el proyecto de reforma constitucional que modifica la Carta Fundamental, para incorporar una disposición transitoria que regule las bases para la determinación de las tarifas de los planes de salud y la implementación de sus ajustes de precios (Boletín N° 15.604-07).

I. OBJETIVO DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN: Obtener el efectivo cumplimiento de las garantías constitucionales de igualdad y no discriminación arbitraria, así como la sostenibilidad del sistema de salud en su conjunto, mediante la regulación de las bases para determinar las tarifas de los planes de salud y sus ajustes de precios.

II. ACUERDOS: Aprobado en general por la mayoría de los miembros de la Comisión (3x2).

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN: Consta de un artículo único, compuesto de diez incisos.

IV. NORMA DE QUÓRUM ESPECIAL: El artículo único debe ser aprobado con el voto conforme de las cuatro séptimas partes de los senadores en ejercicio, con arreglo al inciso segundo del artículo 127 de la Carta Fundamental.

V. URGENCIA: No tiene.

VI. ORIGEN E INICIATIVA: Iniciado en Moción de los Honrables Senadores señora Rincón y señores Chahuán, Galilea, Macaya y Walker.

VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL: Primero.

VIII. INICIO DE TRAMITACIÓN EN EL SENADO: 20 de diciembre de 2022.

IX. TRÁMITE REGLAMENTARIO: Primer Informe. Pasa a Sala.

X. LEYES QUE SE MODIFICAN O SE RELACIONAN CON LA MATERIA: Constitución Política de la República.

Valparaíso, 17 de mayo de 2023.



JULIO CÁMARA OYARZO
Secretario

ANEXO

Excesos y excedentes en el sistema isapres

Explica qué hacer con los dineros que se generan por una cotización de salud previsional mayor a la que corresponde a cada persona.

Última actualización : 11-04-2023

Escuchar

Lengua de señas

Alto contraste



¿Qué son los excedentes en salud?

El excedente es una diferencia a favor del afiliado, cuando la cotización legal obligatoria del 7% supera el precio del plan de salud contratado en una Isapre. Por ejemplo, si su 7% corresponde a 4 UF y usted normalmente cotiza un plan de 3,8 UF, se genera un excedente de 0,2 UF.

¿Qué se hace con los excedentes a favor del afiliado?

Los excedentes van a una cuenta corriente individual que la Isapre abre a favor del afiliado.

¿Para qué sirven los excedentes?

El afiliado podrá usar estos dineros para fines estrictamente médicos, como:

- Pagar cotizaciones en caso de cesantía.
- Cubrir copagos en distintas prestaciones.
- Financiar prestaciones de salud no cubiertas por el plan.
- Pagar cuotas de los préstamos de salud que la Isapre le hubiese otorgado al afiliado.
- Cubrir cotizaciones adicionales voluntarias.
- Financiar un plan de salud durante el período en que se tramita la jubilación.

¿Puedo solicitar que me devuelvan los excedentes?

Los excedentes son dineros que se pueden utilizar para pagar prestaciones médicas, como bonos de consulta, operaciones, remedios, etc. Pero anualmente la Isapre deberá devolver al afiliado el saldo acumulado en su cuenta individual de excedentes que no haya sido requerido para alguno de esos fines.

¿Cómo sabe el afiliado cuánto tiene en excedentes?

Cada isapre deberá habilitar un sistema en línea que permita a los afiliados verificar sus excedentes y determinar su uso y destino libremente entre las alternativas que ofrece la ley.
Cada afiliado podrá siempre optar por el prestador con el cual hará uso de sus excedentes, sin que la Institución de Salud Previsional pueda limitar o restringir esa decisión. Los prestadores tendrán derecho a recibir en línea el pago de estas prestaciones, con cargo al saldo disponible que cada afiliado posea en su cuenta individual de excedentes.

¿Se puede renunciar a los excedentes?
No se puede renunciar a los excedentes, salvo en un caso de excepción en que se permite la renuncia con el solo objeto de pagar beneficios adicionales de contratos colectivos, de salud, contratos individuales compensados, y de aquellos contratos que señale la Superintendencia de Salud mediante una norma de carácter general.

¿Qué pasa cuando los excedentes superan el 10% de la cotización legal en salud?
En caso de que en las sucesivas adecuaciones anuales, los excedentes superen el 10% de la cotización legal para salud, la ISAPRE estará obligada a ofrecer al afiliado un plan de salud alternativo cuyo precio más se aproxime al plan actualmente convenido. Pero en ningún caso, el afiliado estará obligado a suscribir este plan.

Los excedentes en salud ¿se reajustan?
Sí, los fondos acumulados en la cuenta corriente se reajustan de acuerdo a la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor (IPC) y obtendrán el interés promedio pagado por los bancos en operaciones reajustables de no más de un año, según lo informado por el Banco Central de Chile en el respectivo período.

¿Qué pasa con los contratos de salud suscritos antes del 1 de marzo de 2009?
En los contratos de salud suscritos antes del 1 de marzo de 2009, en que se haya pactado la renuncia de excedentes, se considerará válida esa renuncia y producirá sus efectos hasta que el afiliado opte por retractarse de la renuncia o cuando cambie de plan de salud.

¿Qué son los excesos?
Los excesos se producen cuando se entrega a la Isapre una suma mayor al 7% del sueldo, cuyo tope legal para salud es de 5,719 UF.

¿Puedo solicitar que me devuelvan los excesos?
Sí, los excesos deben ser devueltos en forma de dinero y no en forma de prestaciones médicas ni otros beneficios.

¿Cómo sé si tengo excesos?
Si sabe que en algunos meses del año cotizó más de 5,719 U.F. por gratificaciones, aumento de sueldo u otros, puede acercarse a su Isapre, llevar copia de las liquidaciones de sueldo y solicitar una revisión de las cotizaciones pagadas en exceso.

¿A quién debo pedir la devolución de los excesos?
A la Isapre donde usted cotiza, a través de una solicitud de revisión de sobrepago de cotizaciones.

¿Dónde puedo obtener más información?
En la Superintendencia de Salud.