
PROPUESTA DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE PARA ABORDAR LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ISAPRES

(Aprobada por el H. Consejo Nacional del
Colegio Médico en sesión extraordinaria del
lunes 29 de mayo de 2023)



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE

ANTECEDENTES

El Colegio Médico de Chile (COLMED) es un actor que durante sus más de 70 años de historia ha participado de las discusiones sobre políticas públicas de salud, y una de sus finalidades estatutarias es, precisamente, “representar ante los poderes públicos y, en general, ante cualquier organismo del Estado, las repercusiones que pueda tener la legislación vigente y las reformas que proyectan establecer sobre la salubridad general”.

Ahora bien, el 30 de noviembre del año pasado, la Tercera Sala de la Excelentísima Corte Suprema, declaró como acto ilegal y arbitrario la aplicación de la tabla de factores establecidas por las aseguradoras privadas (por sus siglas, ISAPRE), respecto de los planes de salud contratados con anterioridad a diciembre de 2019, ya que dicho instrumento no se ajusta a lo dispuesto en la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019 de la Superintendencia de Salud (SIS), que “*Imparte instrucciones sobre una tabla de factores única para el sistema de Isapre*”; y se aparta de lo resuelto el año 2010 por el Tribunal Constitucional, que en causa Rol N°1710-10, declaró inconstitucional la diferenciación por sexo y edad en las tablas de factores, derogando las normas legales que lo permitían.

Con la finalidad de dar una adecuada protección a todas las personas afiliadas que se encuentran en la misma hipótesis, es que el fallo de la Excma. Corte Suprema resolvió^[1]:

- Se deja sin efecto la tabla de factores que la ISAPRE mantenía asociada al plan de salud contratado por la recurrente, así como su aplicación para calcular el precio final de todos los contratos de salud administrados por las ISAPRE, quienes deberán calcular el precio final de estos, multiplicando valor del plan base correspondiente, por la suma de los factores del grupo familiar, aplicando para ello la Tabla Única de Factores de la Circular IF/N° 343 de la SIS. La aplicación de este procedimiento no podrá importar un alza del precio final de los contratos de los afiliados, respecto del fijado al momento de ejecutoriarse esta sentencia.
- Una vez calculado el precio final de los contratos, sólo podrá autorizarse un alza del precio final de dichos contratos, cuando se funde en la incorporación de nuevas cargas o beneficiarios, y la suma de los factores de riesgo del grupo familiar allí previstos así lo determine, alza cuyo cobro se suspenderá hasta que la nueva carga cumpla dos años de edad en caso de ser no nata o menor de esa edad.
- La SIS, en ejercicio de sus facultades de fiscalización y dentro del plazo de 6 meses (prorrogado por 6 meses más), determinará el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud administrados por las ISAPRE, a los términos de la Tabla Única de Factores de la Circular IF/N°343.
- La SIS dispondrá, además, las medidas administrativas para que, en el evento de que la aplicación de la Tabla Única de Factores de la Circular IF/N° 343 determine un precio final del contrato inferior al cobrado y percibido por las ISAPRE, las cantidades recibidas en exceso y cuyo cobro no esté prescrito, sean restituidas como excedentes de cotizaciones.

[1] Sentencias de la Exma. Corte Suprema, roles N° 16.630-2022 (Isapre Colmena), N°25.570-2022 (Fundación Banco Estado), N°14.513-2022 (Isapre Vidatres), N°12.150-2022 (Isapre Consalud), N°91.300-2022 (Isapre Cruzblanca), N°13.981-2022 (Isapre Banmédica) y 16.497-2022 (Isapre Nueva Masvida).

Al respecto, es necesario tener presente que la Circular IF/N°343, de 11 de diciembre de 2019 de la SIS, impartió instrucciones sobre una tabla de factores única para el sistema de Isapre, a fin de introducir mayor solidaridad en el sistema privado de salud previsional mediante la creación de una tabla única de factores, que elimina la discriminación de precio basada en el sexo y restringe aquella fundada en la edad.

Por su parte, la Circular IF/N° 344 de 27 de diciembre de 2019, Imparte instrucciones sobre devolución anual de excedentes de cotización de salud, y establece que las ISAPRE deberán devolver la totalidad de los saldos acumulados en las cuentas de excedentes de cotización de las personas afiliadas al 31 de diciembre del año anterior al de la devolución. Dichos saldos deberán considerar los reajustes, intereses y comisiones devengadas en el respectivo período, hasta la fecha en que se materialice la devolución anual. Sin perjuicio de ello, los intereses y reajustes, no deberán ser devueltos en el mismo proceso, sino que se imputarán a las respectivas cuentas corrientes individuales de excedentes, debiendo ser devueltos en el siguiente proceso de devolución anual, cuando no fueren utilizados durante el año.

La situación derivada del fallo de la Excelentísima Corte Suprema ha abierto un debate importante sobre las luces y sombras del sistema de salud. En esta discusión, de larga data, el COLMED, como representantes de las y los médicos del país, ha aportado en múltiples instancias, con análisis e insumos técnicos, poniendo siempre en el centro el mejoramiento de la salud de la población nacional.

Durante la última Asamblea General del Colegio Médico, celebrada en abril de este año en San Pedro de Atacama, por 63 votos a favor y 3 en contra, se acordó crear una comisión de trabajo para generar una propuesta de solución para la crisis actual de las ISAPRE, la que debía, posteriormente, ser aprobada por el Honorable Consejo Nacional. Dicha comisión sesionó en 3 jornadas de trabajo, previo a la publicación de la ley corta de ISAPRE el día 9 de mayo, y presentó sus reflexiones a la sesión del H. Consejo Nacional del 12 de mayo.

Posterior a eso, el Colegio Médico generó distintas instancias para despejar dudas sobre el proyecto y compartir miradas. El día lunes 22 de mayo, se reunió con autoridades de salud y los presidentes de las Comisiones de Salud de ambas Cámaras, para transmitirles dudas respecto del proyecto de ley, así como para conocer las perspectivas de los parlamentarios. Luego, el miércoles 25 de mayo, citó a exministros/as de Salud, ex-Superintendentes y exdirectores/as de FONASA, así como sus Departamentos, para conocer sus percepciones de la ley y discutir sobre la situación de los seguros privados.

El Departamento de Políticas de Salud y Estudios, luego de su participación en ambas instancias, y tomando como base las reflexiones de la Comisión, presenta el siguiente documento al H. Consejo Nacional del Colegio Médico.

ANTECEDENTES SOBRE ACUERDOS DEL COLEGIO MÉDICO EN LA DISCUSIÓN

Durante la última Asamblea General del Colegio Médico de Chile, realizada en San Pedro de Atacama en el mes de abril, se tomaron los siguientes acuerdos:

“ACUERDO N° 8: En el contexto de la actual crisis de las Instituciones de Salud Previsional, la Asamblea General del Colegio Médico de Chile acuerda, por 64 votos a favor y dos abstenciones, se debe proteger a pacientes y prestadores de salud, individuales e institucionales.

ACUERDO N° 9: La Asamblea General del Colegio Médico de Chile, por 63 votos a favor y tres en contra, acuerda crear una comisión de trabajo que genere una propuesta de solución para la crisis actual de las ISAPRE, la que deberá, posteriormente, ser aprobada en el siguiente Consejo Nacional. Integrarán la referida comisión encabezada por los Dres. Rebolledo y Cárcamo, los doctores Soto, Acevedo, Violeta Díaz, Crispi, Isabel Fernández, Luis Medina, Cuminao, Peralta, Michel Marín, Mercado y Germán Acuña.

ACUERDO N° 10: La Asamblea General del Colegio Médico de Chile por 64 votos a favor, 1 en contra y 3 abstenciones, considera que se debe avanzar hacia una reforma del sistema de salud, que aborde el financiamiento, además de otros aspectos como modelo de atención y gestión, recursos, gasto por licencias médicas.

ACUERDO N° 11: La Asamblea General del Colegio Médico, por 62 votos a favor, 4 en contra y 2 abstenciones, considera que se debe evitar el colapso de los prestadores privados asociado al problema actual de las aseguradoras.

ACUERDO N° 12: La Asamblea General del Colegio Médico, por 45 votos a favor, 10 en contra y 3 abstenciones, considera que una reforma al financiamiento del sistema de salud debe considerar la mancomunación de las contribuciones financieras.”

Posteriormente, en la sesión del H. Consejo Nacional del 12 de mayo, se acordó por 29 votos a favor y 1 abstención: invitar a diversos expertos a sesión de Mesa Directiva Nacional para recabar los antecedentes necesarios para adoptar una futura postura institucional sobre el Proyecto de Ley Corta de Isapres recientemente enviada por el Gobierno al Congreso Nacional.

Asimismo, de las reuniones con autoridades del ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud, el Fondo Nacional de Salud y los presidentes de las Comisiones de Salud del Senado y la Cámara de Diputados, y luego con ex ministros, ex superintendentes y ex directores de Fonasa, se recogieron los siguientes consensos, que constituyen principios necesarios para abordar esta situación:

- Se debe cumplir la sentencia judicial emanada de la E. Corte Suprema
- Se deben hacer los esfuerzos para evitar un colapso del sistema de aseguramiento privado
- No se deben interrumpir las prestaciones a los asegurados
- Se deben resguardar los pagos a los prestadores individuales e institucionales
- Se deben revisar los plazos y auditar montos adeudados a los cotizantes de las aseguradoras para que haya gradualidad en el cumplimiento del fallo
- Conocer si la aplicación del proyecto de ley implica la utilización de recursos fiscales adicionales.
- Es necesario cautelar el diálogo y la convivencia democrática entre todos los actores del sistema, pensando siempre en el bienestar de los pacientes

ANTECEDENTES SOBRE LA PROPUESTA DE LEY CORTA

El proyecto de ley contempla 11 artículos permanentes y 7 artículos transitorios, que persiguen dos objetivos principales: establecer ciertas directrices generales sobre el cumplimiento del fallo de la Excelentísima Corte Suprema adoptar medidas preventivas frente a efectos adversos que la aplicación de la referida sentencia pudiere ocasionar fortaleciendo FONASA a través de una nueva modalidad, alternativa, que permita acoger a nuevos beneficiarios en condiciones similares a las que hoy contempla el sistema privado^[2].

1. Con el objetivo de dar cumplimiento al fallo de la Excelentísima Corte Suprema:

1. La SIS a través de una circular determinará el modo de hacer efectiva la adecuación del precio final de todos los contratos de salud previsional a los que las ISAPRE aplicaron una tabla de factores distinta a la establecida el 2019 por la SIS. Esta circular deberá ser publicada con plazo máximo de 30 días siguientes a la publicación de la ley.

1. Contendrá la obligación de adecuar el precio final de todos los contratos vigentes que al 1/12/2022 no empleaban la tabla única de factores de la SIS, proceso que deberá realizarse al mes subsiguiente de la dictación de la circular.

2. La obligación de suspender el cobro por los no natos y menores de 2 años, y la forma de restituir las cantidades percibidas por concepto de estos beneficiarios desde el 1/12/2022, indicando que los cobros no podrán ser exigidos ni realizados de manera retroactiva una vez se cumpla la edad de 2 años.

3. La obligación de informar a la SIS todos los contratos que en ocasión de aplicación de los numerales anteriores resumen con un precio final inferior al cobrado, debiendo señalar el monto de la cantidad percibida en exceso en UF por cada uno de ellos.

2. Se define la obligación de presentar el plan de devolución de la deuda de cargo de las ISAPRES afectadas por la adecuación, establece el contenido mínimo de los planes, modalidades de devolución permitidas (dinero, prestaciones o coberturas) y regula las etapas de procedimiento de revisión de los planes. Se entrega plazo de 6 meses para la presentación de planes por las ISAPRES, 6 meses para revisión por Consejo Asesor de la SIS y 1 mes para aprobación/rechazo por parte de la SIS.

3. Las deudas generadas por adecuaciones de planes serán reconocidas en una cuenta corriente individual a favor del afiliado acreedor, y estas deudas no serán consideradas en los índices de patrimonio, liquidez y garantía que supervisan el estado financiero de las ISAPRES.

[2] Proyecto de ley que modifica el DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el FONASA, otorga facultades y atribuciones a la superintendencia de salud y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsional. Disponible en: http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=15896-11

4. Se establece el requisito del pago total de las deudas generadas por la adecuación del precio final de los contratos de salud, aprobado por la SIS, para el retiro de utilidades o distribución de dividendos por parte de las ISAPRES. Si se intentase realizar retiro de utilidades previo al pago total de la deuda se entrega facultades a la SIS como la orden a bancos para retención de dineros o depósitos de las ISAPRES, prohibir transacciones, nombrar administrador provisional y solicitar a la Corte de Apelaciones que decrete cualquier medida para cautelar el patrimonio de la Institución.
5. Se contempla las sanciones penales por conductas antieconómicas que puedan afectar el cumplimiento del plan de devolución.
6. Se entrega atribuciones a la SIS para poder fiscalizar todo lo contenido en los artículos 2º y siguientes.

2. Con el objetivo de reducir la judicialización del sistema privado de financiamiento de salud:

1. Respecto a funciones y atribuciones de la SIS, le da potestad para fijar los valores de los precios de las garantías GES para los planes de salud de ISAPRE, detallando el procedimiento para la determinación, los criterios y las etapas a considerar.
2. Se agrega la posibilidad de incorporar a los elementos de cálculo del ICESA, cualquier otro factor que defina el decreto supremo que dicte MINSAL y suscrito por Min. Economía, respondiendo a criterios objetivos y determinantes en el alza de los precios de prestaciones de salud del período.
3. Se incorpora un párrafo nuevo en el artículo que regula los usos de la garantía tras la cancelación de registro de una ISAPRE, proponiendo priorizar el pago de los prestadores no relacionados a la ISAPRE por sobre los prestadores relacionados.

3. Con el objetivo de fortalecer FONASA:

1. Efectúa los ajustes necesarios para introducir e implementar la nueva Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) como parte de modalidades disponibles para afiliados de FONASA
2. Modifica un artículo para que esta nueva modalidad sea controlada y supervigilada por la SIS.
3. Incluye la nueva modalidad entre aquellas a las que el afiliado podrá optar.
4. Fija las condiciones para inscribirse en la MCC (requisitos de trabajadores dependientes e independientes)
5. Define la MCC, su forma de operación, cobertura financiera que permite, y ordena la dictación del arancel respectivo a través de resolución de FONASA suscrita por el Min. Hacienda.
6. Establece la inscripción por esquema en la MCC tanto del cotizante y su grupo beneficiario, el pago de la prima complementaria, el carácter de la prima y las consecuencias de no efectuar el pago de esta.
7. Define la forma de contratación del servicio de otorgamiento de la cobertura financiera complementaria. Preferencia por mecanismo de licitación pública para su adjudicación, estándares y principios por los cuales deberá regirse el proceso, FONASA dictará las bases

por resolución suscrita por la DIPRES y los elementos mínimos que debe abordar la resolución. Se regula las etapas que siguen en caso de quedar desierta la licitación, procedencia de contratación directa y prórroga de contrato si se declara desierta una licitación cuando ya hay un contrato vigente.

8. Se permite la aplicación supletoria de las normas de la MLE ya existente a la MCC en todo lo no regulado expresamente y que resulte compatible con ella.

9. Y para facilitar la entrada en vigencia de la MCC establece disposiciones transitorias como: entrega plazo de 3 meses desde la publicación de la ley para dictar la resolución de arancel de prestaciones de la MCC, el primer contrato para la provisión de servicio de la MCC se podrá realizar por trato directo con una o más compañías de seguros.

10. Incorpora inciso que entrega facultad y deber a FONASA de reclasificar en el grupo A a las personas afiliadas y beneficiarias de los grupos B, C y D, cuando cesan el pago de cotizaciones por doce meses consecutivos, permitiendo reincorporar con efecto retroactivo si se acredita el descuento de la cotización por el empleador.

11. Para toda la implementación del fortalecimiento se contempla un aumento en la dotación del FONASA de 26 funcionarias/os.

PROPUESTA DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE (A.G.)

La situación sanitaria del país, hace necesario que todos los actores pongan de su parte para lograr acuerdos transversales que pongan en el centro a las personas y a los prestadores.

El Colegio Médico de Chile desea aportar a la discusión que se está desarrollando en el Congreso Nacional, teniendo como objetivo primordial asegurar la continuidad de la atención de los pacientes y mantener las condiciones de trabajo de las y los profesionales de la salud. Así, es fundamental que la ley que se promulgue, dé cumplimiento a los principios de la Seguridad Social. Hoy, lo importante es responder con eficiencia y eficacia a la coyuntura. Los cambios profundos en el sistema de salud, no pueden suceder de la noche a la mañana, es decir, sin planificación, por lo que es necesario evitar que la aplicación de la sentencia de la Corte Suprema provoque la insolvencia del sistema de aseguramiento privado, comprometiendo la cobertura de salud de las personas. Por lo mismo, el proyecto de ley debe contemplar medidas para resguardar la solvencia financiera de los prestadores privados y la mantención de las coberturas de las personas como eje central. Es necesario resolver la crisis con urgencia antes de dar paso a los cambios que el sistema de salud requiere.

Sobre el cumplimiento del fallo

1. En un Estado de Derecho los fallos de los tribunales de justicia deben ser acatados, por lo que se debe descartar cualquier solución que pretenda soslayar su cumplimiento.
2. En la implementación del fallo de la Excma. Corte Suprema, se debe poner al centro de las propuestas a las personas, buscando su protección financiera ante las necesidades de salud, y asegurando el acceso oportuno a las atenciones de salud.
3. En vista de lo anterior, es fundamental que los plazos para el pago de la deuda por parte de las ISAPRE, sean lo suficientemente amplios y posean la flexibilidad necesaria para evitar que una eventual insolvencia de esas aseguradoras afecte las coberturas de sus afiliados. Asimismo, resulta positivo que la ley contemple que las Instituciones de Salud Previsional puedan ofrecer devolver los montos adeudados a las personas afiliadas a través de dinero, prestaciones o coberturas.
4. Para concretar la forma de devolución precedentemente señalada, sería necesario que se modificaran las normas sobre devolución anual de excedentes de cotizaciones de salud.
5. Las ISAPRE deben mostrar disposición y colaboración, aportando proactivamente alternativas de pago de la deuda, entregando la información sobre el estado financiero que respalde sus propuestas.
6. Dada la situación actual de las ISAPRE, la ley debe incorporar facultades para que la SIS dicte mecanismos de contención de costos para las aseguradoras privadas, tanto de base administrativa como de gestión clínica. Este elemento no queda suficientemente recogido en la Ley Corta. Se propone que la SIS pueda establecer límites a los gastos administrativos de las ISAPRE, cambios en los mecanismos de pago a los prestadores y la evaluación del

sistema de pago de las licencias médicas.

7. En cuanto al monto de la deuda, es importante aclarar los mecanismos que se han utilizado por la SIS para calcularla. La fórmula de medición debe ser auditable y transparente.

8. En relación con lo anterior, se propone que el Consejo Asesor sea dotado de las facultades legales necesarias para, no solo realizar asesoría técnica en la revisión del plan de pago que se pueda proponer por las ISAPRE, sino también realizar acciones de fiscalización (solicitar revisión de actos administrativos a Contraloría General de la República, contratar los servicios de auditores externos, etc). Para dar garantías de imparcialidad y participación, proponemos que se incorporen a este Consejo expertos elegidos por el Senado.

Sobre la protección de los prestadores privados

Los prestadores privados de salud hoy tienen una incertidumbre financiera importante. Es fundamental que la ley corta ponga especial énfasis en la protección de los prestadores privados para evitar que la situación financiera de las ISAPRE afecte su capacidad para entregar cobertura a las personas.

1. Establecer plazos de pago para los prestadores privados, y fortalecer la capacidad de fiscalización de la SIS para su cumplimiento. Se propone, para los prestadores institucionales, un plazo máximo de 60 días para el pago, contado desde la facturación de la prestación realizada, y de 30 días para los prestadores individuales.

2. Sobre el pago a prestadores, se propone modificar el artículo 226 del D.F.L N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, incorporando a los prestadores individuales e institucionales en el numeral 2° de esa disposición, para el pago de las obligaciones caucionadas con la garantía del artículo 181 del mismo cuerpo normativo.

3. La SIS debe tener la facultad y capacidad fiscalizadora para exigir el pago en tiempo y forma por parte de las ISAPRES al prestador privado, con mecanismos de sanciones respectivas que permitan garantizar el cumplimiento de los plazos previamente establecidos, toda vez que la mayor dificultad de la situación del sistema de salud chileno actual se debe al abultado monto que adeudan las ISAPRES a los prestadores privados, que es 2 veces más que lo adeudado por el seguro público.

4. Disponer de línea de crédito extraordinaria y de bajo costo, administrada por Banco Estado o CORFO para inyectar capital de trabajo a prestadores privados institucionales, que pudieren verse afectados por eventuales insolvencias de las aseguradoras, debiendo la ley establecer los requisitos para acceder a ella.

5. Asimismo, en caso de quedar un remanente impago de las deudas con prestadores, se propone incorporar a los prestadores institucionales en el sexto orden de prelación, como crédito de primera clase, de conformidad a lo dispuesto en el número 6 del artículo 2472 del Código Civil. En cuanto al remanente que pudiere quedar respecto a los prestadores de salud individuales, se propone su incorporación en el quinto orden de prelación de los créditos de primera clase ya referidos.

Sobre la Modalidad de Cobertura Complementaria de FONASA

Con la creación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) en FONASA, el Gobierno pretende lograr que las personas que migren al seguro público, tengan la posibilidad de continuar sus atenciones en prestadores privados, con una adecuada cobertura financiera. Así mismo, se genera una transferencia de recursos permanente a las prestaciones privadas, de atención abierta y cerrada, por medio de los seguros complementarios, lo que debería entregar más certidumbre a los prestadores.

1. Una propuesta de estas características hace necesario clarificar si requerirá la inyección de recursos fiscales adicionales, los que en caso de ser necesarios, deberán estar asegurados.
2. En relación a la modernización de FONASA, es necesario abrir la discusión para que la gestión del seguro público pase a estar liderada por un directorio independiente y autónomo, con la intención de profesionalizar el funcionamiento del Fondo.
3. La MCC debe incorporar la lógica de redes integradas, tanto en contexto de infraestructura como en el fortalecimiento de las capacidades de gestión. Un gran déficit de la MLE es que no existe un proceso de referencia y contrarreferencia entre ambos sistemas, integración de los datos con respecto a las listas de espera y otros, lo que provoca una fragmentación de la atención, dañina para los pacientes.
4. Fortalecer el proceso de integración de los prestadores privados institucionales a las redes de cada Servicio de Salud mediante convenios, con la finalidad de que contribuyan a la reducción de listas de espera, efectuando derivaciones de pacientes que se encuentren con tiempos de espera que hayan superado normas de oportunidad que al efecto fije el MINSAL en intervenciones quirúrgicas priorizadas anualmente.
5. En el caso específico de pacientes crónicos o con tratamientos de larga data, establecer que la MCC propenderá a la mantención de sus atenciones de salud en los prestadores que han realizado dichas acciones, y en caso de no ser factible, se buscará asegurar la atención en instituciones similares o análogas. Para estos efectos, FONASA realizará las acciones necesarias para que dichos prestadores privados participen en esta modalidad (MCC).
6. Debe incorporarse en la Ley un mecanismo de revisión y actualización periódica de la codificación de prestaciones.
7. Este proyecto de ley debe incorporar los mecanismos para establecer un marco regulatorio para los seguros complementarios en la MCC.

El proyecto de ley en discusión busca superar una contingencia del sistema sanitario que se provoca por larga data de problemas estructurales profundos. Sin embargo, se trata de un mecanismo para hacer frente a una situación coyuntural, por lo que, posteriormente, resulta necesario avanzar en una reforma al sistema de salud, planificada y ampliamente consensuada, que se haga cargo de establecer un sistema regido por los principios de la seguridad social.