

## Ley que introduce criterios de razonabilidad y solidaridad en lo que respecta a las tablas de factores y a la determinación del precio base de los contratos de salud.

*Con fecha 16 de marzo de 2011, fue enviado al Congreso Nacional por el Ejecutivo, el proyecto de ley que: "Introduce Criterios de Razonabilidad y Solidaridad en lo que Respecta a las Tablas de Factores y a la Determinación del Precio Base de los Contratos de Salud", conocido también como "Ley Corta de ISAPRES".*

*Actualmente las ISAPRES pasan por momentos de incertidumbre generados por el reciente fallo del Tribunal Constitucional y la tramitación de esta Ley Corta de ISAPRES.*

*Los prestadores de salud privados enfrentan una permanente preocupación por los recientes acontecimientos ocurridos en el mercado de las ISAPRES, se debe reconocer que parte sustancial del desarrollo del sector privado de salud, se ha debido al impulso generado por la existencia de las Instituciones de Salud Previsional.*

*Resulta de interés, analizar el mensaje del Ejecutivo en este proyecto de ley, que permite aclarar el objetivo perseguido con el mismo.*

Se comienza indicando en el mensaje, que en tanto se estudia un sistema integral al financiamiento del sistema de salud chileno, resulta necesario abordar los mecanismos de alzas de precio de los planes de salud de las ISAPRES. Para ello se considera necesario modificar la estructura de la tabla de factores y crear mecanismos que permitan contrastar a través de antecedentes objetivos y comprobados, el ajuste en los precios bases de los planes de salud.

Dado lo anterior, dos materias distintas trata el proyecto de ley, el reajuste de los precios de los planes de salud y la tabla de factores.

Se analiza a continuación en el mensaje, la evolución de los mecanismos de determinación de los precios de los planes de salud, que comercializan las ISAPRES. Se señala que en los inicios del sistema, las ISAPRES fijaban el valor de los planes de salud, considerando un precio base que multiplicaban por un factor determinado, en consideración a los riesgos de sexo y edad. Esto llevó, a que en los contratos de salud sólo se consignara su precio, sin explicitar el instrumento empleado para ponderar el riesgo individual. Ello impedía a los afiliados, tener un adecuado conocimiento de los elementos en los que se basaba la modificación de los precios de los planes de salud.

Para solucionar lo anterior, en el año 1995 se dictó la ley 19.381, que modificó la ley 18.933 sobre ISAPRES, determinándose que el nuevo valor del plan de salud debía mantener la relación de precios por sexo y edad, que hubiera sido establecida en el contrato original. Esta disposición tuvo como finalidad ligar la suerte de los cotizantes mayores con la de los más jóvenes, incorporando elementos de solidaridad al sistema. La Superintendencia de ISAPRES impartió instrucciones en relación a esta ley, de manera que en los contratos de salud se señalara claramente la forma en que se modificarían las cotizaciones por la incorporación o retiro de beneficiarios, de acuerdo a la tabla de precios, según sexo y edad y por tipo de beneficiario.

Con ello se incorporaron las tablas de precios en los planes de salud, pudiendo constatar la Superintendencia la existencia de múltiples tablas entre las distintas ISAPRES, lo que generaba asimetrías de información que afectaban la transparencia del sistema.

A raíz de lo anterior, en el año 2005 se efectuó una nueva modificación a la ley 18.933 de ISAPRES, a través de la ley 20.015. Por medio de esta modificación, se reguló el mecanismo para la determinación de las tarifas de los planes de salud. Se definió que el precio final a pagar a la ISAPRE por el plan contratado, se obtendría multiplicando el respectivo precio base por el factor que corresponda al afiliado o beneficiario, de conformidad a la respectiva tabla de factores. Se consagró con ello la existencia legal de las tablas de factores, indicándose que tales factores debían reflejar la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y dependiendo de su condición de cotizante o carga. Asimismo, se estableció que cada plan podía tener una sola tabla y que las ISAPRES no podían establecer más de dos tablas para la totalidad de los planes que comercializaban y se autorizó a las ISAPRES para crear nuevas tablas cada cinco años. Se agregó además, que los precios base de los planes se modificarían en condiciones generales, con el objeto de que no ocurriera discriminación entre los afiliados de un mismo plan. Lo anterior llevó a una creación de una banda, dentro de la cual debían fluctuar las alzas aplicadas por las ISAPRES a los precios bases de los planes. El fin de ello, fue poner un límite que impidiera continuar con la práctica de aumentar precios en los planes que concentraban beneficiarios con una alta siniestralidad y a la vez, abstenerse de adecuar aquellos planes que representaban mejores resultados financieros.

De acuerdo al mensaje, con anterioridad al año 2005 las ISAPRES eran libres para adecuar los precios bases de los planes de salud, lo que cambió a partir de la ley 20.015. Con ella se estableció un mecanismo pactado de variación del precio del plan, a lo largo del ciclo de vida de los beneficiarios, conocido y aceptado por el afiliado al momento de suscribir el contrato, que permaneciera invariable, en tanto el cotizante estuviera adscrito al mismo plan.

Analiza a continuación el mensaje, la jurisprudencia en materia de alza de precios de los planes de salud. Se refiere en primer lugar a la tabla de factores y luego a la adecuación de precios base.

En relación a la tabla de factores, destaca que el tribunal constitucional declaró inaplicable el artículo 38 ter de la ley de ISAPRES, en varios casos y que luego, a través de fallo de 6 de agosto de 2010, resolvió que los numerales 1, 2, 3 y 4 del inciso 3º del artículo 38 ter, son inconstitucionales. Con ello quedaron sin efecto el conjunto de reglas a las cuales debía

sujetarse la Superintendencia de Salud para determinar los rangos de edad que constituyen la tabla de factores. Sólo se mantuvo vigente la contenida en el numeral cinco, que es la relativa a la relación que debe existir entre los factores de carga y cotizantes.

Agrega el mensaje, que el tribunal Constitucional ha caracterizado el contrato de salud como un contrato de trato sucesivo, de orden público y distinto a un contrato de seguro del derecho privado. Que asimismo ha expresado que las tablas de factores deben reunir un conjunto de características para no ser objeto de reproches de constitucionalidad. Ha precisado que el mecanismo de reajuste de precio debe resultar proporcionado en relación a las rentas del cotizante, no pudiendo generar un reajuste exponencial de las cotizaciones del afiliado. Por lo mismo, la relación entre los factores que componen las referidas tablas debe ser fruto de una fundamentación razonable, sin que la ISAPRE pueda determinar los factores de la tabla discrecionalmente.

En relación a la adecuación de los precios bases, el mensaje señala que a través de una serie de fallos dictados por las Corte de Apelaciones y por la Corte Suprema, conociendo de acciones de protección, se ha cuestionado la justificación de las alzas de los precios bases de los planes de salud. En otras palabras, ha sido objetada la razonabilidad de los ajustes impuestos. Las Cortes en general, han estimado que las alzas de los precios bases no se encontraban suficientemente acreditadas, esto es, que para efectuar el reajuste, las ISAPRES no habían comprobado la verificación de un cambio efectivo en el valor de las prestaciones médicas. Por lo mismo, lo que estos fallos han hecho, es condicionar la facultad de las ISAPRES, de reajustar el precio de los planes base, a un cambio del valor económico de las prestaciones médicas. Agrega que las Cortes han exigido que esta facultad revisora posea razonabilidad, esto es, que la revisión responda a cambios efectivos y verificables. La no concurrencia de estos requisitos, se traduce en una vulneración de las garantías constitucionales, contenidas en los números 9 y 24 del artículo 19 de nuestra Constitución Política.

La jurisprudencia antes referida y una creciente judicialización del alza en los planes de salud, ha contribuido a crear una situación de falta de certeza jurídica en materia de adecuación de los precios de los planes de salud del sistema ISAPRES.

Como consecuencia de lo anterior, el nuevo proyecto consagra una nueva estructura de la tabla de factores y además, establece nuevas herramientas destinadas a facilitar el análisis de la razonabilidad del ajuste de los precios bases de los planes de salud.

El contenido del proyecto dice relación fundamentalmente con cuatro materias:

- a) La tabla de factores,
- b) la creación de indicadores referenciales en materia de adecuación de precios bases,
- c) el panel de expertos,
- d) normas transitorias.

En relación a la tabla de factores, se propone una tabla única con once tramos de edad, que contempla diferencias atenuadas en relación a las existentes por condición de beneficiario (cotizante o carga), por rango de edad y por sexo.

En la tabla propuesta, la relación máxima entre el factor más bajo y más alto correspondiente a los hombres, sean cotizantes o cargas, será de 5, en tanto que para las mujeres cotizantes dicha relación será de 4,44 y para las mujeres carga, de 4,17.

Por otra parte, tanto para los cotizantes como para las cargas, se establece para la mujer un factor superior al del hombre entre los 20 y los 59 años y un factor inferior al del hombre, desde los 60 años en adelante. El último cambio de precios imputable a variaciones en los factores de riesgo se producirá a los 65 años y, además, se recoge el planteamiento formulado por el Tribunal Constitucional, en orden a eliminar el tramo de edad que va desde los cero hasta los dos años de edad.

En relación a la creación de indicadores referenciales en materia de adecuación de precios bases, se busca la creación de determinados indicadores objetivos, que permitan dar razonabilidad a la adecuación de los precios bases. Para ello, se encomienda al Instituto Nacional de Estadísticas INE, la elaboración de indicadores de referencia, de la variación del gasto en salud. Para desarrollar esta labor, el INE deberá analizar la información relativa a los cambios producidos en los precios de las prestaciones y en la variación de la frecuencia de uso de las mismas, como asimismo, en la variación del gasto por subsidios por incapacidad laboral en el período anual anterior; todo ello sobre la base de información que le proporcione la Superintendencia de Salud. Un reglamento del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, suscrito además por el Ministerio de Salud, establecerá las demás materias necesarias para el ejercicio de esta función.

En relación al panel de expertos, se prevé la creación de tal panel con carácter de asesor, que tendrá por función establecer cada dos años una banda referencial estructurada sobre la varianza estadística de los datos utilizados por el INE en el cálculo de los indicadores de referencia, las condiciones existentes en el mercado, las variaciones en la productividad y los cambios tecnológicos operados en el sector. Lo anterior permitirá que las ISAPRES, para variar los precios de los planes, puedan sustentarse en conclusiones de una instancia especializada y la ciudadanía podrá proceder a ponderar la razonabilidad de las alzas informadas por estas entidades. La creación del panel de acuerdo al mensaje, incentivaría la mayor transparencia y competencia del sistema, eliminando las asimetrías de información que hoy existen entre las ISAPRES y los cotizantes. El panel de expertos tendrá un carácter técnico y autónomo y su composición asegura un alto nivel de experiencia en materias económicas, financieras y de gestión en salud.

En cuanto a las normas transitorias, éstas se establecen para facilitar el acceso de los cotizantes a los planes con nuevas tablas. Estas normas por una parte obligan a las ISAPRES a ofrecer a los cotizantes un plan con la nueva tabla, sin esperar que se cumpla su anualidad, y además, obligan a la ISAPRE a acceder a la desafiliación del cotizante, respecto del cual no ha transcurrido un año de vigencia de los beneficios contractuales, en caso que aquel solicite expresamente desvincularse de la ISAPRE. Por último, se incorpora una norma transitoria, relativa a aquellos afiliados que optan por mantenerse en planes que tienen incorporadas tablas distintas a las contempladas en el proyecto de ley.

**Al momento de edición de esta nota el proyecto se encuentra aprobado por la comisión de Salud de la Cámara y pasó a la comisión de Hacienda de la Corporación para continuar su tramitación.**

**El proyecto actualmente se encuentra con urgencia simple vencida y no repuesta por el Ejecutivo.**

El devenir de las instituciones de salud previsional, probablemente traiga consecuencias, para todo el sector privado de salud. Debe tenerse presente que las ISAPRES constituyen una industria, que ha aportado positivamente durante muchos años al desarrollo de la salud privada en Chile, que muestra muy altos niveles de satisfacción de parte de los usuarios. Asimismo su desarrollo ha puesto a la salud privada chilena a la altura de altos estándares mundiales. Esto sin duda ha beneficiado a toda la población. Por lo mismo se trata de una materia que será de monitoreo permanente para la Asociación.

*Clínicas de Chile A.G. es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado, para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.*