

RESOLUCIÓN EXENTA IF/Nº

2294

SANTIAGO,

16 FEB 2024

VISTO:

Lo dispuesto en los artículos 110, 113, 114, y demás pertinentes del DFL Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud; la Resolución Nº 7, de 2019, de la Contraloría General de la República; la Resolución Exenta RA Nº882/182/2023, y

CONSIDERANDO:

1.- Que la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, a través de la Circular IF/Nº459, de fecha 31 de enero de 2024 –en adelante, indistintamente, “la Circular”– impartió instrucciones a las isapres para el envío de información y establecer los parámetros técnicos que se considerarán para la verificación que debe realizar la Superintendencia de Salud, respecto de la variación de los costos operacionales que justifique las alzas del precio base aplicadas anualmente por dichas instituciones, con ocasión de las modificaciones excepcionales hechas por el Art. 95 de la Ley 21.647, incluyendo los datos necesarios para la verificación de la prima en UF por no cobro a personas no natas y menores de 2 años.

2.- Que **Isapre Consalud S.A.** ha interpuesto recurso de reposición y en subsidio jerárquico, en contra de las instrucciones impartidas en la citada normativa, solicitando que sea modificada en los términos que plantea.

2.1.- En primer lugar, en cuanto a los parámetros técnicos a considerar para la verificación del aumento de los costos operacionales que justifiquen las alzas de precio base, la Circular IF/Nº459 señala que “... el envío de la información que las isapres remitan a esta Superintendencia, junto con los parámetros técnicos a considerar, deberán ceñirse a las reglas establecidas en la Circular IF/Nº447, de 21 de noviembre de 2023, que modifica el Compendio de Información, en todo, salvo en lo relativo a la letra e) “Variación de frecuencia de uso de las prestaciones que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA ”.

Alega la recurrente que, además de la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, se debería excluir del proceso de verificación 2024, el costo de las nuevas prestaciones, de acuerdo con lo que señala la Ley 21.647. En efecto, la referida Ley señala: “Artículo 95.- Modificaciones al indicador de costos de la salud año 2024. Excepcionalmente, el proceso de adecuación de precios base a que se refieren los artículos 197 y 198 del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2004, del Ministerio de Salud, estará sujeto a dichas normas con las modificaciones que a continuación se indican: 1. La Superintendencia de

Salud determinará el valor anual del indicador sin considerar el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones que se realicen en la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud ...".

2.2.- En lo que se refiere al elemento "2. Campos que se utilizarán del Archivo Maestro de Cambio de Factores de Riesgo de Personas Beneficiarias a octubre 2023" (del acápite III de la Circular), para la correcta determinación de la prima asociada al no cobro de los menores de 2 años, desde Archivo Maestro de Cambio de Factores de Riesgo de Personas Beneficiarias, contenido en el Oficio Circular IF/Nº5, de 28 de febrero de 2023, se deben imputar los datos "O" de la columna (19) Factor_Riesgo_Actual, cruzando el factor de riesgo asociado al menor de 2 años según el plan que tiene contratado el cotizante.

Para lo anterior, se debería utilizar Maestro Tabla de Factores, Maestro Planes Complementarios y Maestro Contratos.

Estos valores "O" se generan por la aplicación en periodos anteriores del no cobro del valor plan a estos beneficiarios asociados a fallos de la corte. La no imputación de estos Factores de Riesgo implica, a su juicio, que el no cobro de estos menores no se compensa por toda la cartera como ordena la ley 21.647.

2.3.- - Respecto del elemento "4. Método de cálculo", arguye que se produce un error en la metodología de determinación de la prima asociada al no cobro de los menores de 2 años, debido a la no incorporación de la adecuación 2024 en la base de cálculo ni en la fórmula que lo determina.

En efecto, la Ley 21.647 señala en su artículo 95 punto 5 que "Junto con la comunicación a que se refiere el numeral 3, las Instituciones de Salud Previsional deberán informar a la Superintendencia de Salud el valor en unidades de fomento que, por una sola vez, de forma extraordinaria y luego de la adecuación de precios base, podrán incorporar a todos sus precios finales, por cada afiliado de edad mayor o igual a dos años y menor de 65 años, a fin de financiar en parte las prestaciones de salud de las cargas nonatas o menores de dos años de edad que no estén cubiertas a través del régimen de garantías explícitas en salud."

En consecuencia, plantea que se debería modificar la fórmula que determina el PMI en Circular por la SIGUIENTE que propone en su escrito.

$$PMI_{<2a} = \frac{\text{menores ingresos por no cobro a personas no natas y menores de 2 años}_{\text{octubre 2023}}}{\text{numero de personas beneficiarias con edades } \in [2; 65]_{\text{octubre 2023}}} \times 1 + ICSA2024$$

Por otra parte, afirma que el ítem Cálculo de edades está errado en la referida Circular, por cuanto se compensan 2 meses menos de ingreso respecto de los que se instruye suspender en la Circular IF/Nº455, de fecha 05 de enero de 2024, que imparte instrucciones generales respecto de la situación de los beneficiarios nonatos y menores de dos años, por cuanto indica que "La isapre deberá suspender el cobro del precio por las cargas nonatas y menores de dos años de edad, hasta la cotización correspondiente a la remuneración del mes siguiente al cumplimiento de los dos años de edad ...".

En consecuencia, y en vista a los argumentos dados, estima que la referida Circular IF/459 debería ser corregida en los términos recién expresados, para efectos de lograr que la verificación que debe realizar la Superintendencia de Salud, respecto de la variación de los costos operacionales que justifique las alzas del precio base incluyendo los datos necesarios para la verificación de la prima en UF por no cobro a personas no natas y menores de 2 años, se ajuste a la Ley 21.647.

3.- Que, a su turno, **Isapre Cruz Blanca S.A.** interpuso un recurso de reposición y, en subsidio, un recurso jerárquico en contra de las instrucciones impartidas en la citada normativa.

Solicita aclarar, rectificar y/o complementar los siguientes aspectos de la Circular.

3.1.- En primer lugar, en forma similar a Consalud, repara en que la Circular IF/Nº459, en el segundo párrafo del numeral II, ordena no considerar los datos de la letra e) de la Circular IF/Nº447, que se refiere al parámetro técnico de "Variación de frecuencia de uso de las prestaciones que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA", pero mantiene como dato a considerar para la verificación que debe realizar la Superintendencia de Salud de la variación de los costos operacionales que justifiquen las alzas del precio base, el parámetro técnico referido en la letra d) de la Circular IF/Nº447, referida al "costo de las nuevas prestaciones" codificadas en el Arancel FONASA MLE.

Lo anterior, a su juicio, no guarda consistencia con lo dispuesto en el numeral 1º del Artículo 95 de la Ley 21.647, que señala expresamente que la Superintendencia de Salud determinará el valor anual del indicador "sin considerar el costo de las nuevas prestaciones ... que se realicen en la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud".

Por tanto, alega que existe una contradicción entre el texto de la ley y la disposición de la Circular IF/Nº459, que ordena excluir sólo la letra e) de la Circular IF/Nº447, manteniendo como parámetros a considerar la información de la letra d) de la misma Circular; siendo que, conforme con la ley, ambos parámetros técnicos deben ser excluidos para la determinación del indicador anual que debe determinar esta Superintendencia, y consecuentemente, no podrían ser considerados en el posterior proceso de verificación que también debe efectuar esta entidad.

3.2.- En cuanto al envío de información y parámetros técnicos a considerar para la verificación del valor extraordinario en UF por no cobro a personas no natas y menores de 2 años, regulados en el numeral III de la Circular, tal como expresa ésta, el establecimiento de un valor extraordinario en UF por no cobro a personas no natas y menores de 2 años, deriva de la suspensión del cobro de la cotización del plan de salud complementario a dichas cargas, y de la necesidad de financiar en parte las prestaciones de salud de esas personas que no estén cubiertas a través del régimen de garantías explícitas en salud.

De lo anterior, se deriva que, para que el referido valor extraordinario efectivamente cumpla el objetivo para el cual fue establecido por la ley, su cálculo y determinación debe considerar: (i) los montos pactados que resultan de los respectivos contratos en relación con las cargas personas no natas y menores de 2 años que, producto de la suspensión de su cobro, dejarán de constituir un ingreso para la isapre, sin otras consideraciones propias de cada caso en particular, como puede ser la morosidad previa en su pago, o la aplicación de algún fallo judicial, constitutivas de elementos

contingentes que tendrían el efecto de afectar el universo de análisis establecido en la propia Circular; y, (ii) que la cotización cuyo cobro quedará sujeta a suspensión, y que dejará de constituir un ingreso para la isapre, es aquella que resulte luego de la aplicación del proceso de adecuación que regula el artículo 95 de la Ley 21.647.

Por ello, resultan las siguientes cuestiones que son necesarias de aclarar y/ o complementar en la regulación de la Circular.

a) La Circular dispone que los cálculos del valor extraordinario en UF deben efectuarse tomando como base los datos de la isapre enviados al 5-01-2024, en el Archivo Maestro de Cambio de Factores de Riesgo de Personas Beneficiarias de octubre 2023. Dicho documento da cuenta de los valores pactados en cada contrato, y la cotización que corresponde, en cada caso, sea enterada en la isapre por las personas no natas y menores de 2 años.

Se trata, por tanto, de una base de carácter teórico, en el sentido de que no está sujeta a la contingencia del pago y la percepción de las correspondientes cotizaciones. Se refleja el valor de la cotización pactada para el plan de salud complementario, que la isapre tiene derecho a percibir, y cuyo cobro, respecto de las mencionadas cargas, quedará suspendido, sin consideración a si efectivamente esté o no siendo pagada.

No obstante, el punto 5 del numeral III de la Circular, cuando regula los elementos de justificación que la isapre debe comunicar a esta Superintendencia, los que, según indica, deben basarse en el análisis de los datos enviados al 5-01-2024 en el referido Archivo Maestro, en lo que dice relación con los Montos (en UF), utiliza en los números 5. y 6. la expresión "ingresos percibidos", que no corresponde al concepto que utiliza la ley, la que sólo se refiere a la "disminución de ingresos", generando con ello una confusión, toda vez que la expresión "percibidos" (participio del verbo percibir), alude a una situación concluida, lo que indica que sólo deberían considerarse para el cálculo de la prima extraordinaria en UF, los ingresos efectivamente percibidos, excluyendo todo aquello que, pese a estar convenido, o considerado en el cálculo de la cotización pactada, en el hecho no fue percibido. Llama su atención, además, que en el número 8. de este punto 5, a continuación de la expresión "menores ingresos" aparezca tarjada la palabra "percibidos", lo que contribuye a la falta de claridad del punto.

Lo anterior, desde luego, no se aviene con la utilización como base de cálculo, de un instrumento teórico y ajeno a la contingencia del pago y percepción de las cotizaciones, como lo es el Archivo Maestro de Cambio de Factores de Riesgo de Personas Beneficiarias; pero, además, que se consideren sólo los ingresos percibidos, significaría incluir elementos contingentes que derivan de situaciones particulares de cada contrato, afectando el universo de análisis establecido en la propia Circular. Por lo anterior, y para evitar toda confusión respecto del punto y hacer consistente la base de cálculo con los elementos de la justificación del valor que se determine, se debe utilizar el concepto de "Total cotización pactada teórica" determinada por aplicación de los factores que correspondan, pues así es consistente con la información contenida en el Archivo Maestro de octubre de 2023 que considera el ingreso total pactado.

b) Por las mismas consideraciones, para efectos del cálculo del valor extraordinario en UF que determine la isapre, corresponde que aquellos casos en que, producto de la jurisprudencia previa a la dictación de los fallos de la Corte Suprema que dispusieron la suspensión del cobro a las cargas no natas y menores de 2 años de edad, se dispuso la aplicación de un factor 1 o 0, se considere el factor que corresponda a dichas cargas de acuerdo con la tabla de factores convenida al suscribirse el contrato de salud, pues el

producto de ese factor por el respectivo precio base, constituye la parte de la cotización pactada teórica que la isapre dejará de percibir en razón de la suspensión de cobro, y aquella que se financiará, en parte, con el valor extraordinario en UF que el N°5 del artículo 95 de la Ley 21.647 habilita que se cobre extraordinariamente por la isapre.

Por lo anterior, solicita que la Circular se aclare y complemente en dicho sentido.

c) Por último, y atendido que la cotización cuyo cobro quedará sujeta a suspensión, y que dejará de constituir un ingreso para la isapre, es aquella que resulte luego de la aplicación del proceso de adecuación que se regula el artículo 95 de la Ley 21.647, para que la prima extraordinaria en UF cumpla efectivamente con el objeto de financiar la disminución de ingresos por plan complementario de salud que se producirá por la suspensión del cobro a las cargas no natas y menores de 2 años, el método de cálculo que regula la Circular en el punto 4 del numeral III debe considerar ese efecto. Por lo mismo, el numerador de la fórmula PMI <2ª "menores ingresos por no cobro a personas no natas y menores de 2 años octubre 2023" del que se da cuenta en el Archivo Maestro de Cambio de Factores de Riesgo de Personas Beneficiarias de octubre 2023, debe ser corregido incrementándose los respectivos precios base en el porcentaje del alza de los mismos que se verifique por parte de la isapre y que ésta quede habilitada para aplicar en el proceso de adecuación de precios base de 2024. De no efectuarse esta corrección, se estará minusvalorando la disminución de ingresos que experimentará la Isapre.

Por lo anterior, solicita complementar la Circular en cuanto al método de cálculo de la prima extraordinaria en UF, con la corrección indicada.

3.3.- En relación con lo dispuesto en el numeral IV de la Circular referido al Plazo y Medio de Información, en cuanto al ajuste extraordinario al precio final que regula el N°5 del artículo 95 de la Ley N°21.647, el valor en unidades de fomento a que se refiere dicha norma, corresponde a un valor que se cobra por cada beneficiario del contrato de salud, que tenga una edad mayor o igual a dos años de edad y menor de 65 años.

Este ajuste extraordinario a todos los precios finales, adiciona por una sola vez el valor en unidades de fomento, en el sentido de que no habrá en otra oportunidad un incremento de los precios finales de esta naturaleza, pero que se trata de un valor que se seguirá cobrando en forma permanente en el tiempo.

En tal sentido, solicita precisar en la Circular, a efectos de evitar cualquier interpretación o confusión sobre el punto, que la expresión "por única vez", se refiere a la oportunidad en que se determina el valor a cobrar, pero que el incremento resultante de su aplicación, se devengará permanentemente y de forma indefinida en el tiempo, mientras el contrato esté vigente.

4.- Que, por su parte, **Isapre Colmena Golden Cross S.A.** interpuso un recurso de reposición y, en subsidio, un recurso jerárquico, en contra de las instrucciones impartidas en la Circular.

Argumenta que el numeral 5 del artículo 95 de la ley 21.647 habilita a las isapres para que, de manera extraordinaria y luego de la adecuación de precios base, puedan incorporar a sus precios finales, por cada beneficiario mayor de 2 años y menor de 65 años, una prima en UF para compensar los efectos de la suspensión de cobros de personas nonatas y menores de 2 años.

Sin embargo, señala que el cálculo propuesto en la Circular IF 459 no cubre la totalidad de la disminución de ingresos que se producirá por efecto de la suspensión de cobros por personas nonatas y menores de 2 años, dado que, al ocupar los ingresos percibidos por personas no natas y menores de 2 años a octubre del 2023 (Puntos 5.5, 5.7 y 5.8 de la Circular), no incluye los ingresos producto de la adecuación de planes individuales a realizarse en marzo 2024.

Propone que, para incluir la totalidad de la disminución de ingresos, se debe considerar para los planes individuales el pactado post adecuación 2024.

5.- Que, a su vez, **Isapre Nueva Masvida S.A.** dedujo recurso de reposición en contra de la Circular.

5.1.- En primer lugar, objeta el método de cálculo, señalando que, de acuerdo al mecanismo establecido en la Circular, el no cobro para cargas menores de dos años y nonatos, es aplicable a aquellos beneficiarios de contratos que contemplan una tabla de factores. En concordancia con ello, los beneficiarios que pertenecen a ese rango etario, que están en planes de salud que no contemplan una tabla de factores, seguirán pagando el precio convenido.

Entiende que esto obedece a que las sentencias dictadas por la Corte Suprema en relación al no cobro de menores de dos años y nonatos, encuentran su fundamento precisamente en que la incorporación de dichas cargas a los planes de salud, importaba un alza que resultaba discriminatoria, debido a las tablas de factores aplicadas, pero es del caso recordar que esas mismas sentencias, han señalado en su considerando décimo octavo, lo siguiente: *"Que, a la luz de lo anterior, corresponde concluir que, si bien la incorporación de un nuevo beneficiario produciría una justificada modificación al alza del precio del contrato individual de salud, ésta ha de verse suspendida entre su desarrollo intrauterino y los dos años de edad, sin perjuicio del cobro por la prima GES correspondiente que, en ese período cubriría los riesgos de un importante número de dolencias del no nato y el recién nacido, en la forma que se expresará en lo resolutive de esta sentencia."*

Se puede apreciar –en su opinión– que la Corte Suprema no hizo distinción entre beneficiarios con y sin tabla factores, al señalar que sus riesgos estarían, según su concepto, cubiertos de manera importante por medio del régimen de Garantías Explícitas de Salud.

Al existir un riesgo de judicialización por esta materia, estima necesario que se deje establecido expresamente, que se debe continuar con el cobro a los beneficiarios menores de dos años y nonatos, que pertenezcan a planes de salud que no mantienen tablas de factores.

De lo contrario, de entenderse que también debe suspenderse dicho cobro para esas cargas menores de dos años y nonatos beneficiarios de planes de salud sin tabla, se deben incluir dichos contratos, tanto para efectos de calcular el valor extraordinario previsto en el numeral 5 del artículo 95 de la Ley 21.647, como para distribuir el valor adicional en los precios finales de tales contratos, para lo cual la Circular tendría que ser modificada en lo pertinente.

En otro orden de argumentación, en virtud de lo establecido en la Circular, se debe utilizar la información correspondiente al mes de octubre de 2023, para efectos de calcular el valor adicional dispuesto en el artículo 95 de la ley 21.647. Estima que es

necesario complementar la Circular que se viene reponiendo, señalando expresamente que el PMI<2ª debe componerse por el valor calculado, el que debe ser reajustado en el porcentaje de ICESA autorizado, toda vez que el legislador señaló expresamente que este valor extraordinario, se aplica *"luego de la adecuación de precios base"*. Como esto ya se encuentra definido por la ley, es evidente que así debe hacerse, sin embargo, resulta de vital importancia que en la regulación administrativa se evidencie esta regla, dadas las eventuales judicializaciones que se van a producir.

5.2.- En un segundo grupo de argumentos, sostiene que el contenido de la Circular IF/Nº459 en la parte impugnada mediante la presente reposición excede lo establecido en la ley.

Explica que el legislador ha establecido la facultad de incorporar a los precios finales de los planes de salud, un valor para financiar la disminución de ingresos por el concepto del plan complementario de salud, para mitigar el no cobro a personas no natas y menores de dos años.

El concepto "plan complementario" utilizado en la Ley 21.647, se encuentra definido por el legislador en el DFL Nº1 del año 2005 de Salud, donde en el artículo 171 letra k), establece: *"k) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud"*.

Este "plan de salud", contempla beneficios, por los cuales se paga un precio, cuyo valor pactado se encuentra establecido en el formulario único de salud (FUN) definido por la Superintendencia.

Entiende la recurrente que, para calcular la "disminución de ingresos", se debe considerar el valor pactado y en ningún caso el "ingreso percibido", toda vez que en caso que exista una deuda o un pago parcial de cotizaciones, se vería afectado el cálculo de este valor extraordinario contemplado por el legislador, por un hecho no imputable a la aseguradora.

A mayor abundamiento, mientras mayor sea la deuda de cotizaciones, mayor será el perjuicio para la isapre.

Para proceder al cálculo, se deben considerar los ingresos, no los ingresos percibidos, ya que así lo ha establecido la propia ley.

5.3.- En seguida, argumenta que la Superintendencia de Salud carece de facultades para establecer una restricción de esta naturaleza.

Reclama que, mediante la Circular IF/Nº 459, se pretende disminuir el monto del valor extraordinario establecido en la ley, mediante la instrucción que contempla los elementos de justificación para dicho cobro.

Reitera que se pretende obligar a la isapre a considerar el ingreso percibido, sin un fundamento para ello, en circunstancias que puede existir una diferencia sustancial entre el ingreso percibido y el ingreso acorde al precio pactado. El valor pactado del plan de salud puede no ser percibido por la isapre, pero, sin embargo, se generará una deuda por cobrar, dado que es el valor pactado aquel que el cotizante debe pagar

mensualmente por concepto de cotización. Consecuencialmente, ese es el monto que se debe considerar para efectos de dar cumplimiento a la Ley 21.647.

5.4.- Finalmente, la Isapre plantea una línea argumentativa que titula "La Superintendencia de Salud debe actuar dentro del ámbito de sus facultades, respetando los principios de legalidad y juridicidad".

Acerca de ello, indica que los órganos del estado deben actuar en observancia del principio de legalidad y juridicidad y observar - en este orden de cosas- los artículos 6 y 7 de la Constitución Política de la República, en relación al art. 110 del D.F.L N°1 de 2005 del Ministerio de Salud.

Los preceptos constitucionales antes citados, constituyen un pilar fundamental del derecho público chileno, en virtud del cual todos los órganos del Estado deben regir integralmente su comportamiento a la Constitución y a la Ley, tanto en su ser como en su obrar, lo que garantiza una efectiva limitación del ejercicio del poder público y la existencia de un Estado de Derecho.

A continuación, transcribe los artículos 6° y 7° de la Constitución Política de la República, de los que se desprende el Principio de Legalidad, y remata reiterando que la Circular, en la parte que se impugna, importa una actuación de la Superintendencia fuera del ámbito de sus facultades, toda vez que carece de atribuciones para establecer una restricción más allá de lo previsto por el legislador, como ocurre en este caso.

6.- Que, habida consideración de que los recursos interpuestos en contra de la Circular contienen alegaciones similares, éstas se abordarán de manera conjunta, procurando seguir un orden lógico para ello, en cuanto sea aconsejable.

7.- Que, en relación con el envío de información para la verificación del Alza de Precio Base (APB) 2024 (Numeral II de la Circular), procede abordar lo solicitado por Isapre Consalud en el punto signado como 2.1 de su recurso y por Isapre Cruz Blanca, numerado como 3.1 de su presentación.

Sobre este punto, es menester precisar, en primer lugar, que, en efecto, la Superintendencia de Salud, al determinar el valor del ICSA 2023, para el APB 2024, no considerará el costo de las nuevas prestaciones MLE que haya bonificado el Fonasa, ni la variación de frecuencia de uso de las prestaciones que se hayan realizado en prestadores privados y que haya bonificado el Fonasa.

Ahora bien, la fuente primaria y de mayor jerarquía de la que emana el régimen permanente, alterado sólo para el año 2024 por las instrucciones de que se trata, corresponde al artículo 198 número 2 letra a) del artículo 198 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, reemplazado por la Ley N° 21.350.

En dicha letra, se dispone que:

"Anualmente, la Superintendencia de Salud deberá calcular los índices de variación de los costos de las prestaciones de salud, de variación de la frecuencia de uso experimentada por las mismas y de variación del costo en subsidios por incapacidad laboral del sistema privado de salud. Asimismo, deberá incorporar en el cálculo el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA y cualquier otro elemento que sirva para incentivar la contención de costos del gasto en salud."

Un decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud y suscrito además por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que se revisará al menos cada tres años, aprobará la norma técnica que determine el algoritmo de cálculo para determinar el indicador propuesto, estableciendo, al menos, la ponderación de los factores que sirvan para el cálculo del indicador, en especial los señalados en el párrafo precedente."

Pues bien, aun cuando las exigencias de la citada norma legal fueron desmenuzadas en la Circular IF/Nº 447, de 21 de noviembre de 2023, con el fin de que las isapres tuvieran mayor claridad acerca de la información que debían enviar a este Servicio, para la verificación del aumento en los costos operacionales que justificara el APB, lo que derivó en el desglose en distintas letras, entre ellas, la d) y la e), lo cierto es que "el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones, que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA", constituye un solo elemento que sirve para incentivar la contención de costos del gasto en salud. Al efecto, la conjunción "y" entre las ideas "costo de las nuevas prestaciones" y "variación de frecuencia de uso de las prestaciones", a todas las cuales se agrega "que se realicen en la modalidad de libre elección de FONASA", denota que ambas ideas conforman un solo elemento.

Así lo corrobora el Decreto Nº 10, de 30 de enero de 2024, de la Subsecretaría de Salud Pública, que, en su considerando 6., refiere que "el artículo 95, de la citada ley [21.647], introdujo modificaciones al indicador de costos de la salud para el año 2024, en lo relativo a los factores que sirven para el cálculo anual del indicador, estableciendo en su numeral 1, que para esa anualidad no se deberá considerar el costo de las nuevas prestaciones y la variación de frecuencia de uso de las prestaciones que se realicen en la modalidad de libre elección MLE del Fondo Nacional de Salud" y, en virtud de ello, el Decreto define que "el Indicador de la variación del Costo de la Salud (ICSA) se obtendrá del promedio ponderado de la variación porcentual del costo en prestaciones de salud MLE de las Isapres y la variación porcentual promedio del gasto en SIL en Isapres".

Finalmente, se reitera que lo señalado en la letra d) fue desglosado para efectos del régimen permanente regulado por la citada Circular IF/Nº 447 y no será considerado en el actual proceso de adecuación.

8.- Que, en cuanto al envío de información para la verificación del valor extraordinario en UF por no cobro a personas no natas y menores de 2 años (numeral III de la Circular), en relación a las alegaciones de Consalud, transcritas en el numeral 2.2 de esta resolución, y de Cruz Blanca, referidas en el número 3.2 letra b), debe tenerse presente que el sentido de la Ley Nº 21.647 y de esta prima adicional es compensar la pérdida de ingresos de las isapres en razón de lo ordenado en los fallos de la Excm. Corte Suprema dictados en noviembre 2022, que tuvieron efectos generales o *erga omnes*, y no por motivos anteriores o casos particulares previos a la dictación de esas sentencias. La ley no pretende resolver situaciones anteriores a los fallos, sino que plantea un mecanismo que repone la situación en términos de ingresos por menores de 2 años de las isapres a una similar a la que tenían en forma previa a la aplicación de los fallos de efecto general, en ningún caso mejor y probablemente ni siquiera igual.

Ello consta en el texto expreso de la norma legal, por cuanto el artículo 95 de la ley 21.647, numeral 5 indica que el objetivo de esta nueva prima es: "...financiar **en parte** las prestaciones de salud de las cargas nonatas o menores de dos años de edad que no estén cubiertas a través del régimen de garantías explícitas en salud" (énfasis añadido).

En efecto, la metodología de cálculo no recoge a los menores ingresos por menores de 2 años que en el mes de octubre 2023, y debido a la aplicación de un fallo de la Corte,

presentaban un precio con valor 0. Se asumió que estos casos son excepcionales, y que no alteran sustancialmente los resultados de la prima final calculada.

9.- Que, sobre el mismo tema, en lo que respecta a los argumentos de Consalud, reseñados en el numeral 2.3 de esta resolución; a los de Cruz Blanca, transcritos en el 3.2 letra c); a los de Colmena Golden Cross, que constan en el numeral 4 y a los de Nueva Masvida del número 5.1, nuevamente debe hacerse presente que el sentido de la Ley N° 21.647, al introducir el cálculo de esta prima extraordinaria, es la búsqueda de un mecanismo que compense en parte la situación de las Isapres, en términos de ingresos por menores de 2 años, a una similar a la que tenían en forma previa a la aplicación de los fallos de la Excma. Corte Suprema de efectos generales.

En concordancia con ello, se mantiene la determinación de que la prima debe expresarse de la siguiente manera:

$$PMI_{<2a} = \frac{\text{menores ingresos por no cobro a personas no natas y menores de 2 años}_{\text{octubre 2023}}}{\text{numero de personas beneficiarias con edades } \in [2; 65]_{\text{octubre 2023}}}$$

Si a esta prima adicional, como lo solicitan las Isapres Consalud; Colmena Golden Cross y Nueva Masvida, se le aplicara el alza de precio base del ICESA 2024, de la misma manera que se hace con el precio base, se estarían excediendo los márgenes establecidos por la Ley para este proceso extraordinario.

Es importante recordar que la prima adicional por menores de 2 años se añade a las otras primas que forman parte del precio final a pagar (Precio Base x TFE + Precio GES + Precio CAEC + Precio Beneficios Adicionales + Precio Menores). La única componente sometida a adecuación es el Precio Base, y esta nueva prima adicional no tiene relación directa con el Precio Base.

Por otra parte, cuando la Ley N° 21.647 dispone que esto se realizará "luego de la adecuación de precios base", lo hace para distinguir que son eventos independientes entre sí, a lo que no es óbice que deban informarse simultáneamente.

A mayor abundamiento, de seguirse -hipotéticamente- la interpretación de las mencionadas isapres, estableciéndose la adecuación previa del precio base como un requisito para el alza en UF, no podría aplicarse el alza a contratos que no se hubieren adecuado, como por ejemplo los que tuvieran menos de un año de vigencia, lo que, además de contrariar el sentido de la ley al fijar esta compensación, redundaría en perjuicio de las propias isapres como acreedoras de dicha compensación.

10.- Que, en lo que toca a la impugnación de la Circular efectuada por Consalud, citada en el 2.3, consistente en que el ítem Cálculo de edades estaría errado en la referida Circular, por cuanto se estarían compensando 2 meses menos de ingresos respecto de los que se instruye suspender en la Circular IF/N°455, de fecha 05 de enero de 2024, que imparte instrucciones generales respecto de la situación de los beneficiarios nonatos y menores de dos años, es necesario aclarar que los cálculos son mensuales, para un mes de referencia (octubre 2023) y para ese mes se recoge la situación que señala la Isapre.

La metodología definida estima "el monto mensual" que las Isapres dejarían de percibir por el no cobro a menores de 2 años a futuro, sobre la base de un mes de referencia (octubre 2023). Con base en ese mes se considera los montos mensuales que la Isapre deja de percibir por todos los NN y menores de dos años que figuren inscritos en el mes.

11.- Que cabe ahora referirse a la argumentación de Cruz Blanca referida en el numeral 3.2 letra a) y a la planteada por Nueva Masvida en sentido similar, transcrita en el número 5.2.

Alega Cruz Blanca que el punto 5 del numeral III de la Circular, cuando regula los elementos de justificación que la isapre debe comunicar a esta Superintendencia, los que, según indica, deben basarse en el análisis de los datos enviados al 5-01-2024 en el referido Archivo Maestro, en lo que dice relación con los Montos (en UF), utiliza en los números 5. y 6. la expresión "ingresos percibidos", que no corresponde al concepto que utiliza la ley, la que sólo se refiere a la "disminución de ingresos", generando con ello una confusión, toda vez que la expresión "percibidos" (participio del verbo percibir), alude a una situación concluida, lo que indica que sólo deberían considerarse para el cálculo de la prima extraordinaria en UF, los ingresos efectivamente percibidos, excluyendo todo aquello que, pese a estar convenido, o considerado en el cálculo de la cotización pactada, en el hecho no fue percibido. Llama su atención, además, que en el número 8. de este punto 5, a continuación de la expresión "menores ingresos" aparezca tarjada la palabra "percibidos", lo que contribuye a la falta de claridad del punto.

Afirma que lo anterior no se aviene con la utilización como base de cálculo, de un instrumento teórico y ajeno a la contingencia del pago y percepción de las cotizaciones, como lo es el Archivo Maestro de Cambio de Factores de Riesgo de Personas Beneficiarias; pero, además, que se consideren sólo los ingresos percibidos, significaría incluir elementos contingentes que derivan de situaciones particulares de cada contrato, afectando el universo de análisis establecido en la propia Circular. Por lo anterior, y para evitar toda confusión respecto del punto y hacer consistente la base de cálculo con los elementos de la justificación del valor que se determine, se debe utilizar el concepto de "Total cotización pactada teórica" determinada por aplicación de los factores que correspondan, pues así es consistente con la información contenida en el Archivo Maestro de octubre de 2023 que considera el ingreso total pactado.

Nueva Masvida, por su parte, arguye que, para calcular la "disminución de ingresos", se debe considerar el valor pactado y en ningún caso el "ingreso percibido", toda vez que en caso que exista una deuda o un pago parcial de cotizaciones, se vería afectado el cálculo de este valor extraordinario contemplado por el legislador, por un hecho no imputable a la aseguradora.

Al respecto, se hace presente que la Superintendencia de salud calcula la prima extraordinaria sobre el menor valor por plan complementario, por no cobro a menores de 2 años, únicamente atendiendo que la ley 21.647 afecta este componente de los ingresos. Los otros componentes de los ingresos operacionales no se ven afectados, ya que la isapre sigue percibiendo ingresos por beneficios complementarios y por GES para cargas menores de 2 años.

Asimismo, se debe hacer presente que los campos del Archivo Maestro de Cambio de Factores de Riesgo de Personas Beneficiarias que se tendrán a la vista para efectuar la verificación regulada en la Circular recurrida no dicen relación con ingresos percibidos, razón por la cual no sería posible efectuar el cálculo de dicha prima de esa manera.

Por lo anterior, se accederá a modificar la Circular recurrida respecto a este punto, por lo que se procederá a eliminar la palabra "percibidos" de los puntos 5 y 6 del numeral 5 punto III de la misma, y eliminando, además, la palabra que aparece tarjada en el punto 8., para efectos de evitar confusiones al respecto.

12.- Que, en seguida, en relación con el análisis de Cruz Blanca acerca de que el ajuste extraordinario a todos los precios finales, adiciona por una sola vez el valor en unidades de fomento, en el sentido de que no habrá en otra oportunidad un incremento de los precios finales de esta naturaleza, pero que se trata de un valor que se seguirá cobrando en forma permanente en el tiempo, por lo cual solicita precisar en la Circular que la expresión "por única vez", se refiere a la oportunidad en que se determina el valor a cobrar, pero que el incremento resultante de su aplicación, se devengará permanentemente y de forma indefinida en el tiempo, mientras el contrato esté vigente.

Acerca de la solicitud señalada, debe precisarse que ésta excede al objeto de la Circular, la que versa sobre la información necesaria para verificar las alzas de precio para el año 2024, no para el futuro, motivo por el que no procede modificarla en la forma que pretende la recurrente. No obstante, se aclara que esta alza en UF es extraordinaria, ya que se realiza por una única vez, quedando incorporada permanentemente como prima en el valor a cobrar.

13.- Que, se abordará ahora la objeción –referida en el 5.1- formulada por Nueva Masvida al método de cálculo plasmado en la Circular, en la que señala que al no haber distinguido la Corte Suprema en sus fallos, entre contratos con y sin tabla de factores, sería necesario que se indicara expresamente que se debe continuar con el cobro a los beneficiarios menores de dos años y nonatos, que pertenezcan a planes de salud que no mantienen tabla factores, esto ante el posible riesgo de judicialización sobre dicha materia.

Al respecto, cabe hacer presente, que las sentencias dictadas por la Corte Suprema en relación al no cobro a menores de dos años y nonatos, están referidas a contratos que contemplaban tablas de factores y ordenaron, entre otras cosas, su reemplazo por una tabla de factores única, razón por la cual, los contratos sin tabla a los que hace referencia la recurrente no se encontrarían comprendidos dentro del objeto de la regulación.

Al efecto, tal como se dispone en el Numeral III., punto 3. "Tratamiento de los Registros" de la Circular recurrida, el universo de análisis corresponde a todos los contratos administrados por la isapre en el mes de referencia cuyo precio se calcule mediante una tabla de factores, por lo que, para fines de esta norma, cuyo objetivo es el establecimiento de los parámetros técnicos para el cálculo de la prima, dicho universo se encuentra lo suficientemente determinado y justificado.

Por lo anterior, se debe concluir que lo solicitado por la isapre no resulta pertinente y excede la materia regulada por la Circular recurrida, la que dice relación con el proceso de verificación del valor extraordinario en UF por no cobro a personas no natas y menores de 2 años que debe efectuar esta Superintendencia, sin que sea la oportunidad para efectuar la prevención que solicita.

14.- Que, finalmente, en lo que atañe a la supuesta carencia de facultades de la Superintendencia de Salud para establecer alguna restricción en el cálculo de los valores en UF que el artículo 95 numeral 5 de la Ley N° 21.647 permite a las isapres adicionar a los precios finales, cabe recordar que la misma norma legal dispone que *"Para estos efectos, la Superintendencia verificará que el valor informado por cada Isapre se ajuste a financiar única y exclusivamente la disminución de los ingresos por plan complementario de salud, sin considerar el régimen de garantías explícitas en salud, derivados de la suspensión de cobro de estas cargas."*

A mayor abundamiento, debe recalcar que, de acuerdo al mismo precepto legal, su objeto es “financiar en parte las prestaciones de salud de las cargas nonatas o menores de dos años de edad que no estén cubiertas a través del régimen de garantías explícitas en salud” (énfasis agregado).

En virtud de lo enfatizado en el párrafo precedente y de que, en todo caso, se trata de una facultad de las isapres que les es concedida por una sola vez y de forma extraordinaria, lo que –a la luz del derecho de los contratos- la convierte sin duda en excepcionalísima, por lo que su interpretación debe ser estricta, correspondiendo a este Servicio velar por que su aplicación no exceda los márgenes autorizados en forma especial por el legislador y no sean vulnerados los derechos de las personas afiliadas, consagrados en el marco legal sobre la materia y en los respectivos contratos de salud previsional.

15.- Que, en mérito de lo expuesto precedentemente y en uso de las facultades que la ley otorga a este Intendente,

RESUELVO:

1. Acoger parcialmente los recursos de reposición deducidos por las Isapres Consalud, Cruz Blanca, Colmena Golden Cross y Nueva Masvida en contra de la Circular IF/Nº 459, de fecha 31 de enero de 2024, solo en cuanto se modifica el número III. ENVÍO DE INFORMACIÓN Y PARÁMETROS TÉCNICOS A CONSIDERAR PARA LA VERIFICACIÓN DEL VALOR EXTRAORDINARIO EN UF POR NO COBRO A PERSONAS NO NATAS Y MENORES DE 2 AÑOS, en el siguiente sentido:

a. Se elimina la palabra “percibidos” de los numerales 5. Y 6., contenidos en el punto 5. “Elementos de justificación”.

b. Se elimina la palabra “percibidos” que aparece tarjada en el numeral 8., del punto 5. “Elementos de justificación”.

2.- Remítanse para el conocimiento y resolución del Superintendente de Salud, los recursos jerárquicos interpuestos subsidiariamente por las Isapres Consalud, Cruz Blanca y Colmena Golden Cross.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y ARCHÍVESE. -


OSVALDO VARAS SCHUDA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD




MJC/KBM/CTU/RTM
DISTRIBUCIÓN:

- Gerentes Generales de Isapres

- Departamento de Estudios y Desarrollo
- Fiscalía
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Subdepto. de Regulación
- Oficina de partes

Correlativo 5129-2024