

SEGUNDO INFORME DE LAS COMISIONES UNIDAS DE HACIENDA Y DE SALUD RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA LA LEY N° 18.933, SOBRE INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL.

BOLETÍN N° 2.981-11

HONORABLE CÁMARA:

Las Comisiones Unidas de Hacienda y de Salud pasan a emitir este segundo informe relativo al proyecto de ley mencionado en el epígrafe, en conformidad a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 17 de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional, y en los artículos 220 y siguientes del Reglamento de la Corporación.

I. CONSTANCIAS PREVIAS

1.- Indicaciones rechazadas

- Las indicaciones de los Diputados señores Masferrer y Melero al numeral 1) del artículo 1°.

- Del Ejecutivo para eliminar la letra b), en la letra a) de la indicación para modificar el numeral 8) del artículo 1°.

- De los Diputados señores Masferrer y Melero para modificar el numeral 15) del artículo 1°.

2.- Indicaciones declaradas inadmisibles

- De los Diputados señores Accorsi y Robles al numeral 5) del artículo 3° de la ley N° 18.933.

- De los Diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo, Robles y Rossi para reemplazar el artículo 37 de la ley N° 18.933.

- De los Diputados señores Masferrer y Melero para reemplazar el numeral 22) del artículo 1°.

- De la Diputada Mella, señora María Eugenia y de los Diputados señores Accorsi, Lorenzini, Ortiz y Ojeda para modificar a través de varias indicaciones el decreto ley N° 3.500.

* * *

Asistieron a la Comisión durante el estudio del segundo informe los señores Osvaldo Artaza, Ministro de Salud; Antonio Infante, Subsecretario de Salud; José Pablo Gómez, Superintendente de Isapre; Hernán Sandoval, Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma; Fernando Riveros, Fiscal de la Superintendencia de Isapre, y Carlfranz Koehler, Asesor de la Fundación Jaime Guzmán.

Las Comisiones Unidas se abocaron al análisis y despacho de las indicaciones presentadas en Sala, de las contenidas en la indicación del Ejecutivo N° 390-348, de 15 de enero de 2003 y de aquéllas presentadas para este segundo informe, las cuales se consignan a continuación.

Al artículo 1°

1.- De los señores Masferrer y Melero, para introducir las siguientes modificaciones:

a.- En su número 1:

i) Eliminar la letra j) nueva que se propone incorporar.

ii) Eliminar en la letra l) que se propone incorporar la frase final que señala: "Podrá existir un índice de precios de planes de salud de aplicación general y, otro, para cotizantes cautivos."

Puestas en votación separada, la letra i) fue rechazada por 7 votos a favor y 8 votos en contra y la letra ii) fue rechazada por 7 votos a favor y 10 votos en contra.

Los Diputados señores Accorsi, Pérez, don José y Robles formularon una indicación para incorporar en la letra k) propuesta la expresión “por la autoridad sanitaria” entre los vocablos “acreditada” y “para otorgar”, *siendo aprobada por 10 votos a favor y 7 abstenciones.*

Los Diputados señores Accorsi y Robles formularon una indicación para agregar las palabras “o los prestadores” después de los vocablos “o beneficiarios” en el número 5) del artículo 3° de la ley N° 18.933, la que fue declarada **inadmisible** por tratarse de facultades del Superintendente de Isapre y, en consecuencia, materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

El Ejecutivo formuló una indicación para *eliminar* el numeral 3), modificándose la numeración correlativa, *la que fue aprobada por unanimidad.*

El Ministro señor Artaza señaló que la indicación del Ejecutivo tiene como propósito hacer que el proyecto en informe sea lo más compatible con el proyecto de ley Auge, dado que a la Superintendencia se le han traspasado las atribuciones.

Los Diputados señores Accorsi y Robles formularon una indicación que modifica el inciso primero del artículo 22 incluido en el numeral 4) que pasa a ser numeral 3), agregándose a continuación del punto final que pasa a ser punto seguido (.), la siguiente oración: “Los prestadores individuales acreditados por la autoridad sanitaria podrán libremente adscribirse a la ejecución de las prestaciones de salud.”.

El Diputado señor Accorsi sostuvo que la idea de la indicación es otorgar a los prestadores que califiquen ante la autoridad sanitaria, en cuanto a calidad y acreditación, la posibilidad de estar adscritos al

sistema de salud privado. Hoy no existe libertad de adscripción, señaló. Por ello, se propone que los profesionales que cumplan con los requisitos de acreditación y calidad puedan ser parte de la red de prestadores privados, sin que haya una restricción como la que existe hoy, que les impide adscribirse libremente, como ocurre en el Fonasa.

Por su parte, el Diputado señor Melero afirmó que con la indicación propuesta se estaría imponiendo por ley a una de las partes contractuales la obligación de recibir a una persona que está en todo su derecho de no aceptar. Sugiere que lo anterior atentaría contra la libertad del prestador, en el sentido de contar en un momento determinado con los profesionales de la salud que le parezcan aconsejable tener. No se puede imponer en virtud de una ley a una institución adscribir bajo todo evento a un profesional si no desea tenerlo. Ello no tiene nada que ver con el libre ejercicio de la profesión ni con que el día de mañana, como cotizante de una Isapre, pueda ir a donde el profesional que quiera. Ahí esta la libertad en su máxima expresión. Obligar a una de las partes a tener que adscribirse bajo todo evento es una discriminación arbitraria que vulnera la libertad y la libre iniciativa económica, señaló.

Puesta en votación la indicación precedente fue aprobada por 9 votos a favor y 7 votos en contra.

El Ejecutivo formuló una indicación para modificar el numeral 8) que pasa a ser numeral 7), del siguiente modo:

a) Elimínanse las letras b), c) y d).

b) Suprímese, en la letra e) que pasa a ser letra c), que sustituye la letra g) del artículo 33 de la ley N° 18.933, lo siguiente:

“No podrán excluirse las acciones de prevención de la salud, tales como vacunaciones que disponga la autoridad sanitaria competente. Las Instituciones deberán brindar cobertura siempre a esas acciones de acuerdo a lo que establezca el contrato. No podrán excluirse de cobertura las prestaciones y beneficios respecto de graves problemas de salud pública como obesidad, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y salud mental.”.

El señor José Pablo Gómez señaló que la indicación al numeral 8), que hace referencia a la eliminación de las letras b), c) y

d), tiene que ver con hacer concordante los cambios de la ley N° 18.933 con los que se han hecho a la ley del Auge.

*Puesta en votación la letra a) de la indicación en forma separada, la eliminación de la letra b) fue **rechazada** por unanimidad y la eliminación de las letras c) y d) fueron aprobadas por unanimidad.*

La letra b) de la indicación que modifica la letra e) fue aprobada por unanimidad.

Los Diputados señores Masferrer y Melero formularon una indicación para reemplazar la letra b) por la siguiente:

b) Reemplázase el inciso primero de la letra a) del inciso segundo del artículo 33, por la siguiente:

"a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. En todo caso, el plan complementario, deberá contemplar, a lo menos, la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección."

Puesta en votación la indicación precedente fue aprobada por unanimidad.

El Ejecutivo formuló una indicación reemplazar el numeral 9) que pasa a ser numeral 8), por el siguiente:

"9) Sustitúyese el inciso cuarto del artículo 33 bis por el siguiente:

"Para los efectos de esta ley, se entenderá que son preexistentes aquellas enfermedades o patologías que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. Tales antecedentes de salud deberán ser registrados fidedignamente por el afiliado en un documento denominado Declaración de Salud. Sobre la base de lo declarado, la Institución podrá requerir la práctica de exámenes médicos para establecer la gravedad y

persistencia de dichos antecedentes. La Declaración de Salud deberá ser suscrita por las partes en forma previa a la celebración del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. La Declaración de Salud forma parte esencial del contrato; sin embargo, la falta de tal declaración no lo invalidará, pero hará presumir de derecho que la Isapre renunció a la posibilidad de restringir la cobertura o poner término a la convención por la omisión de alguna enfermedad preexistente.”.

Según la explicación del señor Superintendente de Isapre, el fundamento de la indicación consiste en definir mejor lo que es una enfermedad preexistente. A continuación, se procura la manera de obtener la información, que es por declaración del afiliado o por examen de la Isapre. En tercer lugar, se presenta la idea de que las preexistencias tienen que ir en una declaración escrita, que forma parte del contrato. Ello protege al afiliado y evita que la Isapre señale que el afiliado no dijo lo que tenía o el papel no existe. Para reforzar esta última idea, se ha puesto en la última frase del inciso que si la Isapre no pide declaración de salud, se entiende que ha aceptado al afiliado con todas sus características y condiciones. La idea es señalar que la Isapre es la encargada de hacer los exámenes y si renuncia a ello, se entiende que acepta a la persona, por lo que queda mejor cubierto el capítulo.

Los Diputados señores Aguiló, Cornejo, Escalona, Mella, señora María Eugenia, Olivares y Tuma formularon una indicación para eliminar de la indicación anterior la oración siguiente: “Sobre la base de lo declarado, la Institución podrá requerir la práctica de exámenes médicos para establecer la gravedad y persistencia de dichos antecedentes.”.

La indicación precedente fue aprobada por 10 votos a favor y 3 votos en contra y la del Ejecutivo fue aprobada por unanimidad.

Los Diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo, Robles y Rossi, formularon una indicación para incorporar el siguiente número nuevo:

- Reemplazar el artículo 37, por el siguiente:

"Artículo 37.- Las licencias médicas que sirvan de antecedentes para el ejercicio de derechos o beneficios legales que deban ser financiados por la Institución en la que el cotizante haya suscrito el contrato a que

se refiere el artículo 33, deberán otorgarse en los formularios cuyo formato determine el Ministerio de Salud y el que en todo caso deberá contener los mecanismos de protección de los datos de carácter personal, en los términos de la Ley N° 19.628.

La licencia médica se entenderá autorizada por la Institución, si ésta no interpusiere reclamación ante la Superintendencia de Seguridad Social, dentro del plazo de tres días hábiles desde que le fuere presentado por el cotizante.

Deducida reclamación, la Superintendencia deberá resolver dentro del tercer día hábil. Mientras dure la tramitación del reclamo el cotizante podrá gozar de todos los beneficios que le otorga la ley, especialmente su reposo médico.

Si la Superintendencia fallare acoger la reclamación de la Institución, el cotizante sólo gozará del subsidio de incapacidad laboral, en los términos resueltos.

Los aspectos procesales del ejercicio de las facultades establecidas en este artículo, se regularán en el reglamento correspondiente que deberá dictar el Presidente de la República y serán fiscalizados por la Superintendencia."

El Presidente de las Comisiones Unidas declaró la indicación **inadmisible** por ser de iniciativa del Presidente de la República.

Los Diputados señores Aguiló, Cornejo, Escalona, Ortiz, Robles y Tohá, señora Carolina formularon una indicación como numeral 13) para sustituir la primera parte del inciso tercero del artículo 38, entre las palabras "Anualmente" e "Institución", por el siguiente:

"Sin perjuicio de las adecuaciones que deban experimentar los planes de salud en virtud de las modificaciones que se introduzcan al Régimen de Garantías de Salud, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 33 bis, en la oportunidad en que se modifique, mediante Decreto Supremo el referido Régimen, las instituciones podrán revisar los contratos de salud pudiendo sólo modificar el precio del plan complementario con las limitaciones que establece el artículo 38 bis, a condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan."

Al mismo inciso tercero del artículo 38, se introducen las siguientes modificaciones, como numeral 14), pasando el numeral 14) a ser numeral 15):

i) Agregar la expresión “de precios” entre las expresiones “con las adecuaciones” y “propuestas por la Isapre”.

ii) Agregar la expresión “de precios” entre las expresiones “condiciones equivalentes” y “, pudiendo el afiliado”.

iii) Agregar al final del inciso tercero la siguiente oración: “Las modificaciones de los beneficios contractuales solo podrán efectuarse por mutuo acuerdo de las partes.”.

Puesta en votación la indicación precedente fue aprobada por 7 votos a favor y 3 abstenciones.

Los Diputados señores Masferrer y Melero, formularon una indicación para introducir la siguiente modificación en el numeral 15) que pasa a ser numeral 16):

- Reemplazar el N° 2 del artículo 38 bis nuevo que se propone incorporar, por el siguiente:

"2. Antes del 31 de octubre de cada año, las Instituciones deberán informar a la Superintendencia el porcentaje promedio de los incrementos de precio de sus contratos y planes de salud que vayan a aplicar al año siguiente y que sean adicionales a lo que corresponda en virtud de lo dispuesto en el número precedente. Los mencionados incrementos, para un contrato o plan específico, no podrán exceder en más de un 30% el promedio informado."

Puesta en votación la indicación precedente fue rechazada por 4 votos a favor y 6 votos en contra.

Los Diputados señores Accorsi y Robles formularon una indicación para agregar como incisos tercero y cuarto, en el artículo 40 incorporado por el numeral 16), que pasa a ser numeral 17), del tenor siguiente:

“Los derechos establecidos en esta ley a favor de los cotizantes y beneficiarios son irrenunciables. Será nula toda estipulación o acuerdo que transgredan los derechos de las personas en salud. Del mismo modo adolecerán de nulidad todos los actos, acuerdos o estipulaciones que tiendan a hacer impracticables los derechos y beneficios consagrados en la ley para los cotizantes y beneficiarios.

Se considerarán nulos los mandatos otorgados en los contratos de salud, en sus modificaciones o anexos, por el cotizante o sus beneficiarios, a las instituciones que limiten o entorpezcan el ejercicio de los derechos consagrados en la ley.”.

Puesta en votación esta indicación fue aprobada por 5 votos a favor, 3 votos en contra y una abstención.

El Ejecutivo formuló una indicación para modificar el numeral 19) que pasa a ser numeral 20) que agrega un artículo 42 bis, de la siguiente manera:

a) Elimínase, en el inciso cuarto, la frase “suspensión de sus funciones hasta por un año” y la coma (,) que la precede.

b) Agrégase el siguiente inciso final, nuevo:

“El agente de ventas a quien se le haya cancelado su inscripción en el registro, podrá solicitar a la Superintendencia su reinscripción, una vez transcurrido el plazo de dos años contado desde la fecha en que la resolución que decretó dicha cancelación haya quedado ejecutoriada.”.

Puesta en votación la indicación precedente fue aprobada por unanimidad.

Los Diputados señores Accorsi, Aguiló, Cornejo, Robles y Rossi, formularon una indicación para agregar en el artículo 43, a continuación del número 6 del inciso primero, lo siguiente:

“7.- Relación de las multas aplicadas por la Superintendencia en el último período trianual, con indicación del monto y el motivo.

8.- Listado de Planes de Salud, con indicación de sus precios, prestaciones y beneficios.

9.- Nómina de los agentes de ventas de la Isapre correspondiente.”.

Puesta en votación esta indicación fue aprobada por 6 votos a favor y una abstención.

Los Diputados señores Accorsi y Robles formularon una indicación para agregar un inciso cuarto al artículo 44 ter, del tenor siguiente:

“La institución de salud que desee hacer uso del mecanismo de traspaso de la totalidad de sus contratos de salud previsional y cartera de afiliados y beneficiarios, en los términos de esta disposición, deberá publicar, en forma previa a la ejecución de la mencionada transferencia, un aviso en tres diarios de circulación nacional, en diferentes días, su propósito de transferir sus contratos de salud, indicándose la institución a quien pretende transferir y las condiciones societarias, financieras y de respaldo económico de la misma.”.

Puesta en votación la indicación precedente fue aprobada por 7 votos a favor y una abstención.

El Ejecutivo formuló una indicación para sustituir el numeral 22), que pasa a ser numeral 25), por el siguiente:

22) Agrégase a continuación del artículo 45, el siguiente artículo 45 bis:

“Artículo 45 bis.- La Institución de Salud Previsional que no dé cumplimiento a uno o más de los indicadores de liquidez, endeudamiento y gestión operativa que la Superintendencia determine a través de instrucciones de general aplicación, quedará sujeta al régimen especial de supervigilancia y control que dicho organismo establezca en una instrucción

dictada al efecto. El indicador de gestión operativa, considerará aspectos tales como la siniestralidad, los gastos de administración y ventas y la rentabilidad.

La Institución afectada deberá informar a la Superintendencia la circunstancia de haber incurrido en dicha situación de incumplimiento, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la constatación del hecho.

En el mismo plazo anterior, la Institución deberá presentar a la Superintendencia un informe escrito que explique en forma detallada el origen de esta situación y las medidas que se hubieren adoptado o se adoptarán para corregirlos.

La Institución tendrá un plazo de sesenta días, contado desde la presentación de este informe, para superar su situación de incumplimiento. En caso que ello no fuere posible, deberá presentar a la Superintendencia, antes de que expire dicho término, un plan de contingencia con un término de ejecución que no podrá exceder de ciento veinte días.

Una vez subsanadas las situaciones de incumplimiento a que se refieren los incisos primero y último de este artículo, se alzarán las medidas adoptadas en virtud del régimen especial de supervigilancia y control, el que quedará sin efecto.

Si extinguido el término de ejecución del plan de contingencia, a que se refiere el inciso cuarto de este artículo, no se hubiere subsanado la situación, la Superintendencia podrá cancelar el registro de la Institución en conformidad a lo dispuesto en el artículo siguiente.

La Superintendencia podrá aplicar el mismo régimen contemplado en el inciso primero, cuando el patrimonio y/o la garantía de la Isapre disminuyan por debajo de los límites establecidos en los artículos 25 y 26 de esta ley.”.

Puesta en votación esta indicación fue aprobada por 6 votos a favor y una abstención.

Los Diputados señores Masferrer y Melero formularon una indicación para reemplazar el número 22, por el siguiente:

22. Agrégase a continuación del artículo 45, el siguiente artículo 45 bis:

"Artículo 45 bis. Si el patrimonio o la garantía de una Institución disminuye por debajo de los límites establecidos en los artículos 25 y 26, se aplicará lo dispuesto en los incisos siguientes.

La Institución deberá presentar a la Superintendencia, dentro de los dos días hábiles siguientes a la constatación de este hecho, una explicación pormenorizada de las razones de su ocurrencia y, en un plazo de seis días hábiles contados desde la misma fecha, un detalle de las medidas que hubiere adoptado o adoptará para su solución.

En el evento de que la Institución no informe a la Superintendencia, o bien, señale como fecha de constatación una distinta a la efectiva, ésta será establecida por la Superintendencia, sin perjuicio de la aplicación de las sanciones a que haya lugar.

Si alguno de los problemas señalados en el inciso primero subsistiere por más de sesenta días hábiles contados desde su detección, la Institución presentará antes del vencimiento de dicho término, para conocimiento y aprobación de la Superintendencia, un plan de ajuste que permita lograr el pleno cumplimiento de las normas transgredidas en un plazo no superior a los 120 días hábiles siguientes a su aprobación. Esta se entenderá otorgada si el plan no fuere objetado por la Superintendencia dentro de los 15 días hábiles siguientes a su presentación.

El plan de ajuste mencionado en el inciso precedente podrá versar sobre transferencia de carteras, suspensión de la celebración de nuevos contratos de salud y, en general, acerca de cualquier medida que procure la solución de los problemas existentes".

"Si al cabo de los 120 días hábiles de haber sido aprobado el plan no han sido superados los hechos señalados en el inciso primero, la Superintendencia podrá ordenar a la Institución el cumplimiento de una o más medidas que le permitan salvar la situación en que se encuentra, en un plazo no superior a 40 días hábiles contado desde la fecha antes señalada.

Igual facultad procederá si la Superintendencia hubiere rechazado, mediante resolución técnicamente fundada, el plan antes mencionado o éste no se hubiere presentado dentro del plazo establecido para ello.

Las medidas que para los efectos de los incisos precedentes ordena la Superintendencia podrán versar sobre transferencia de carteras, suspensión de la celebración de nuevos contratos de salud y, otras que vayan en solución de los problemas detectados.

Si transcurridos 40 días desde que la Superintendencia ordenó cumplir o adoptar las medidas, la Institución no ha logrado superar el problema señalado en el inciso primero, la Superintendencia procederá a cancelar el respectivo registro, conforme a lo dispuesto en los números 1 y 3 del artículo 46, según corresponda. En todo caso, la Superintendencia podrá acordar con la Institución un plazo distinto del señalado en este inciso al momento de ordenar el cumplimiento o adopción de las medidas."

El Presidente de la Comisión declaró la indicación **inadmisible** por ser materia de iniciativa del Presidente de la República.

El Ejecutivo formuló una indicación para suprimir, en el numeral 25), que pasa a ser numeral 28) que sustituye el inciso segundo del artículo 46 bis, la siguiente oración: "La fusión no podrá significar variación alguna en los contratos de salud vigentes desde seis meses antes en las Instituciones que se fusionan."

Puesta en votación la indicación precedente fue aprobada por unanimidad.

El Ejecutivo formuló una indicación para agregar, a continuación del numeral 25), que ha pasado a ser 28), el siguiente numeral 29):

25) Sustitúyese el artículo 47 por el siguiente:

"Artículo 47.- Una vez a firme la resolución de cancelación del registro, cada cotizante y sus beneficiarios se incorporarán a la Institución de Salud que la Superintendencia determine, mediante resolución fundada.

Para estos efectos, la Superintendencia efectuará una adjudicación aleatoria, considerando, por una parte, el número y las características de sexo, edad y cotización pactada de los cotizantes y beneficiarios que pertenecían a la Institución cuyo registro

se cancela y, por otra, las condiciones de liquidez, endeudamiento y gestión operativa, de la o las Instituciones adjudicatarias.

La o las Instituciones designadas por la Superintendencia estarán obligadas a aceptar a la totalidad de los afiliados que le hayan sido adjudicados, adscribiendo a cada uno de los cotizantes al plan de salud en actual comercialización cuyo precio más se ajuste al monto de su cotización pactada al momento de la adjudicación, la que notificará a los afectados, informándoles, asimismo, de su derecho a requerir un nuevo plan.

Para los efectos de la revisión a la que se refiere el inciso tercero del artículo 38, el mes de suscripción de los contratos adjudicados corresponderá a aquél en que se haya dictado la resolución de adjudicación.

La o las Instituciones adjudicatarias no podrán, en caso alguno, imponer a los afiliados y beneficiarios otras restricciones que las que ya se encontraren en curso en virtud del contrato que mantenían con la Institución cuyo registro se cancela, ni exigir una nueva Declaración de Salud.

Con todo, los afiliados afectados podrán desafiliarse y optar por otra Institución de Salud Previsional o por traspasarse, junto con sus cargas legales al Régimen de la Ley N° 18.469.”.

Puesta en votación la indicación precedente fue aprobada por 8 votos a favor y una abstención.

La Diputada Mella, señora María Eugenia y los Diputados señores Accorsi, Lorenzini, Ortiz y Ojeda, formularon una indicación para incorporar el siguiente número:

a.- Introducir las siguientes modificaciones en el decreto ley N° 3.500:

i.- Agrégase en su artículo 84, como incisos cuarto, quinto y sexto, nuevos, los siguientes:

"Asimismo, los trabajadores podrán destinar la cotización obligatoria establecida en los párrafos precedentes, hasta el límite de 4,2 unidades de fomento, a la contratación de un seguro que tenga por finalidad

financiar las prestaciones de salud establecidas en las leyes Nos. 10.383 ó 16.781, y en la ley N° 6.174. Las pólizas ofrecidas por las distintas compañías de seguros deberán ser autorizadas previamente por la Superintendencia de Isapres, cumpliendo con las disposiciones requeridas por el decreto con fuerza de ley N°251, de 1931. Las sumas pagadas por concepto de primas serán asimiladas a las cotizaciones previsionales para todos los efectos legales.

La cotización obligatoria deberá ser destinada íntegramente a financiar las prestaciones de salud establecidas en las ley 10.383, ley 16.781, y ley 6.174, o para el pago de las primas de un seguro de salud, debiendo el trabajador optar por una u otra, no pudiendo fraccionar dicha cotización para financiar ambas opciones.

La Superintendencia de Isapres y la Superintendencia de Valores y Seguros deberán dictar una circular conjunta que establezcan las condiciones a las cuales deberán sujetarse los seguros de salud, financiados con las cotizaciones de salud obligatoria, la forma de los respectivos contratos, y los demás procedimientos necesarios para la operación del sistema."

ii.- Agrégase, en su artículo 85, el siguiente inciso tercero:

"Asimismo, la cotización podrá ser destinada para el pago de la prima de un seguro de salud, contratado por el afiliado con una compañía de seguros, si optare por esta alternativa, la cual será enterada por la entidad, obligada al pago de la pensión, directamente en la aseguradora correspondiente."

b.- Para agregar en la ley N°18.469, a continuación de su artículo 23, el siguiente artículo 23 bis, nuevo:

"Artículo 23 bis: No obstante lo dispuesto en el artículo anterior, las compañías de seguros, podrán captar las mencionadas cotizaciones de salud y desarrollar el giro establecido en la presente ley, para las Instituciones de Salud Previsional. Para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios establecidos en esta ley, las compañías de seguros deberán suscribir pólizas de seguro de salud, establecidas en el artículo 84 del decreto ley N°3.500, cuyo modelo de condiciones generales será autorizado previamente por la Superintendencia de Isapres.

Para efectos de lo dispuesto en el inciso anterior, las compañías de seguros serán consideradas como Instituciones de Salud Previsional y se regirán por esta ley, salvo en lo dispuesto en su párrafo 2°."

c.- Para intercalar en el decreto con fuerza de ley N°251, de 1931, en la última oración del inciso primero de su artículo 4°, entre la palabra "aseguradoras" y la contracción "del" lo siguiente "podrán constituir filiales Instituciones de Salud previsional, a que se refieren la ley N° 18.933, y las ".

El Presidente de la Comisión declaró **inadmisible** las indicaciones precedentes por ser materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

II. CONCLUSIÓN

En virtud de lo antes expuesto y de los antecedentes que dará a conocer oportunamente el señor Diputado Informante, la Comisión de Hacienda recomienda la aprobación del siguiente:

PROYECTO DE LEY

"Artículo 1°.- Introdúcense las siguientes modificaciones a la ley N° 18.933:

1) En el artículo 2°:

a) Reemplázase, en la letra g), la conjunción "y" y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

b) Reemplázase, en la letra h), el punto final (.), por un punto y coma (;).

c) Agrégase, a continuación de la letra h), las siguientes letra i), j), k) y l):

"i) La expresión "Agente de Ventas", por la persona natural habilitada por una Institución de Salud Previsional para intervenir en cualquiera de las etapas relacionadas con la negociación, suscripción y/o modificación de los contratos de salud previsional;

j) La expresión "cotizante cautivo", por la de aquel cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad o por la ocurrencia de antecedentes de salud, sea de él o de alguno de sus beneficiarios, y que le impida o restrinja, significativa o definitivamente, su posibilidad de contratar con otra Institución de Salud Previsional;

k) La expresión "prestadores" corresponde a cualquier persona natural, establecimiento o institución que se encuentre acreditada por la autoridad sanitaria para otorgar las prestaciones de salud asociadas a las enfermedades y condiciones de salud del régimen de garantías en salud y las prestaciones o beneficios complementarios a éste, tales como: consulta, consultorio, hospital, clínica, centro médico, centro de diagnóstico terapéutico, centro de referencia de salud, laboratorio y otros de cualquier naturaleza, incluyendo ambulancias y otros vehículos adaptados para atención extra hospitalaria, y

l) La expresión "índices de precios de planes de salud" corresponde a aquellos índices elaborados por la Superintendencia considerando, entre otros antecedentes, los cambios que experimente el costo de las prestaciones de salud, la frecuencia de utilización de las mismas, el gasto derivado del pago de subsidios por incapacidad laboral y el ingreso operacional de las Isapres. Podrá existir un índice de precios de planes de salud de aplicación general y, otro, para cotizantes cautivos."

2) a) Agréganse, a continuación del numeral 13 del artículo 3º, los siguientes números 14 a 19:

"14.- Elaborar el o los aranceles o catálogos valorizados de prestaciones a que se refiere el artículo 34 de esta ley y dictar las instrucciones necesarias para su debida interpretación y aplicación.

15.- Elaborar y difundir índices, estadísticas y estudios relativos a las Instituciones y al sistema privado de salud.

16.- Impartir instrucciones generales sobre la transferencia de los contratos de salud y cartera de afiliados y beneficiarios a que se refiere el artículo 44 ter y dar su aprobación a dichas operaciones.

17.- Mantener un registro de agentes de ventas, fiscalizar el ejercicio de sus funciones y aplicarles las sanciones que establece la ley.

18.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para fines de supervigilancia y control de las entidades fiscalizadas o para decidir respecto a la procedencia de beneficios previsionales regulados por la presente ley.

19.- Requerir de los prestadores a que se refiere la letra a) del artículo 33, la información que acredite el cumplimiento de las normas sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos y la publicación de la información de condiciones de calidad y precio que determine la Superintendencia mediante instrucciones de general aplicación."

b) Intercálase, en el inciso segundo, entre la palabra "asesores" y la letra "o", la expresión "auditores externos", precedida de una coma (,).

c) Intercálase, en el inciso tercero, entre la palabra "asesores" y la letra "y", la expresión "auditores externos", precedida de una coma (,).

3) Reemplázase el inciso primero del artículo 22, por el siguiente:

"Artículo 22.- Las instituciones tendrán por objeto exclusivo administrar la cotización para la salud de sus afiliados y contratar con los prestadores el otorgamiento de las prestaciones de salud asociadas a las enfermedades y condiciones de salud del régimen de garantías en salud y las prestaciones o beneficios complementarios a éste. Los prestadores individuales acreditados por la autoridad sanitaria podrán libremente adscribirse a la ejecución de las prestaciones de salud.

4) Agrégase, a continuación del artículo 25, el siguiente artículo 25 bis:

"Artículo 25 bis.- Las Instituciones deberán designar auditores externos independientes, los que deberán examinar la contabilidad, el inventario, los balances y otros estados financieros, informando por escrito a la Superintendencia, en la forma y con la periodicidad que ésta determine en instrucciones de general aplicación.

Dichos auditores deberán ser elegidos de entre los inscritos en el Registro de Auditores Externos que lleva la Superintendencia de Valores y Seguros y les serán aplicables, en general, los requisitos, derechos, obligaciones, funciones y demás atribuciones que se establecen en la Ley sobre Sociedades Anónimas y su Reglamento.

Los auditores externos serán remunerados por las Instituciones fiscalizadas.

La Superintendencia podrá impartir instrucciones respecto del contenido de sus informes; requerirles informes específicos o cualquier dato o antecedente relacionado con el cumplimiento de sus funciones en las instituciones fiscalizadas; y examinar, en sus propias dependencias, dichas informaciones o antecedentes."

5) Sustitúyense los incisos primero al séptimo del artículo 26, por los siguientes:

"Artículo 26.- Para cautelar el cumplimiento de las obligaciones a que se refieren los artículos 28 y 35, las Instituciones mantendrán en la Superintendencia o en alguna entidad especializada que ésta determine, una garantía, que será inembargable, equivalente al monto de las obligaciones que la Institución mantiene con sus cotizantes y beneficiarios por concepto de subsidios por incapacidad laboral, bonificaciones y reembolsos, y de las obligaciones derivadas de cotizaciones mal enteradas, percibidas en exceso y de las correspondientes cuentas de excedentes.

La actualización de la garantía será trimestral, para lo cual la Institución deberá completarla, dentro de los veinte primeros días de los meses de marzo, mayo, agosto y noviembre de cada año, hasta cubrir el monto total que corresponda a las referidas obligaciones al último trimestre del año anterior y al primer, segundo y tercer trimestre del año en curso, respectivamente, cada vez que este último supere en un veinte por ciento o más la garantía existente.

Cuando el monto promedio de las antedichas obligaciones, en un determinado trimestre, sea inferior al ochenta por ciento de la garantía existente, la

Institución podrá solicitar a la Superintendencia la devolución de la parte de dicha garantía que exceda el referido monto. La Superintendencia tendrá el plazo de veinte días para efectuar la devolución, a contar de la fecha de presentación de la solicitud, el que podrá prorrogarse por una sola vez, para lo cual se deberá dictar una resolución fundada.

El Superintendente podrá, mediante resolución fundada, rebajar la garantía a un porcentaje no inferior al veinte por ciento de la señalada en el inciso primero, la que se considerará para los efectos de la actualización señalada en los incisos segundo y tercero.

Dicha rebaja se hará efectiva en relación con el nivel de endeudamiento, liquidez y gestión operativa de la Institución que lo solicite, y se registrá de conformidad al procedimiento de general aplicación que al respecto determine la Superintendencia, a través de instructivos y circulares.

Con todo, cuando los indicadores de liquidez, endeudamiento y, o gestión operativa de la entidad cuya rebaja se autorizó, hayan sobrepasado los límites señalados por la Superintendencia de acuerdo con lo establecido en el inciso precedente, ésta podrá exigir reponer la garantía en conformidad a los instructivos y circulares emitidos para tal efecto.

En todo caso, la garantía nunca podrá ser inferior al equivalente, en moneda nacional, a dos mil unidades de fomento."

6) Reemplázase el título del párrafo 3° del Título II, por el siguiente: "De la afiliación y las cotizaciones".

7) En el artículo 33:

a) Sustitúyese el inciso primero, por el siguiente:

"Artículo 33.- Para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud que norma esta ley, las personas indicadas en el artículo 29 deberán suscribir un contrato de plazo indefinido, con la Institución de Salud Previsional que elijan."

b) Reemplázase el inciso primero de la letra a) del inciso segundo, por la siguiente:

“a) Plan complementario al Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. En todo caso, el plan complementario, deberá contemplar, a lo menos, la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección.

Las Instituciones no podrán obligar a sus afiliados a aceptar contratos en que todas o algunas de las prestaciones o beneficios se brinden por prestadores determinados, debiendo siempre ofrecer contratos o planes de salud en la modalidad de libre elección del prestador por el afiliado.”.

c) Sustitúyese la letra g) por la siguiente:

“g) Estipulación precisa de las exclusiones, si las hubiere, referidas a las prestaciones señaladas en el inciso segundo del artículo 33 bis.”.

8) Sustitúyese el inciso cuarto del artículo 33 bis, por el siguiente:

“Para los efectos de esta ley, se entenderá que son preexistentes aquellas enfermedades o patologías que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. Tales antecedentes de salud deberán ser registrados fidedignamente por el afiliado en un documento denominado Declaración de Salud. La Declaración de Salud deberá ser suscrita por las partes en forma previa a la celebración del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. La Declaración de Salud forma parte esencial del contrato; sin embargo, la falta de tal declaración no lo invalidará, pero hará presumir de derecho que la Isapre renunció a la posibilidad de restringir la cobertura o poner término a la convención por la omisión de alguna enfermedad preexistente.”.

9) Agrégase el siguiente artículo 34, pasando el actual artículo 34, a ser artículo 34 bis:

"Artículo 34.- El arancel o catálogo valorizado de prestaciones que se considerará para determinar el financiamiento del Régimen de Garantías en Salud y para el plan complementario, en su caso, será común para todas las instituciones

fiscalizadas y se elaborará por la Superintendencia. Para dicho fin, la Superintendencia podrá requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la información que estime pertinente.

El catálogo de prestaciones que se considerará para determinar el financiamiento del plan complementario será revisado cada tres años, en la misma oportunidad en que se revise el Régimen de Garantías en Salud, y contemplará, a lo menos, las prestaciones contenidas en el arancel del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el artículo 28 de la Ley N°18.469, o el que lo reemplace. El referido arancel podrá expresarse en pesos, en unidades de fomento o en el monto del valor de la prestación que es de cargo del afiliado."

10) Reemplázase, en el inciso segundo del artículo 34, que ha pasado a ser artículo 34 bis, la conjunción "y" que antecede al guarismo "38", por una coma (,); y agrégase, a continuación del referido guarismo, la expresión "y 38 bis".

11) En el artículo 35:

a) Reemplázase, en el inciso segundo, la frase "Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente al domicilio que fije en el contrato", por la siguiente: "Superintendencia de Seguridad Social" y la palabra "Comisión" por "Superintendencia".

b) Reemplázase, en el inciso tercero, la expresión "Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez", por la siguiente: "Superintendencia de Seguridad Social", y.

c) Reemplázase, en el inciso cuarto, la expresión "Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez", por la siguiente: "Superintendencia de Seguridad Social".

d) Intercálase, en el inciso quinto, entre las palabras "Superintendencia" y "la", lo siguiente: "de Instituciones de Salud Previsional".

12) Reemplázase en el inciso tercero del artículo 37, la frase "Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente" por "Superintendencia de Seguridad Social, en única instancia".

13) Sustitúyese la primera parte del inciso tercero del artículo 38, entre las palabras "Anualmente" e "Institución", por el siguiente:

“Sin perjuicio de las adecuaciones que deban experimentar los planes de salud en virtud de las modificaciones que se introduzcan al Régimen de Garantías de Salud, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 33 bis, en la oportunidad en que se modifique, mediante decreto supremo el referido Régimen, las instituciones podrán revisar los contratos de salud pudiendo sólo modificar el precio del plan complementario con las limitaciones que establece el artículo 38 bis, a condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan.”.

14) Agrégase en el mismo inciso tercero del artículo 38, las siguientes expresiones: i) “de precios” entre las expresiones “con las adecuaciones” y “propuestas por la Isapre”; ii) “de precios” entre las expresiones “condiciones equivalentes” y “, pudiendo el afiliado”, y iii) al final del inciso tercero la siguiente oración: “Las modificaciones de los beneficios contractuales solo podrán efectuarse por mutuo acuerdo de las partes.”.

15) Suprímese el inciso quinto del artículo 38, pasando los actuales sexto a décimo, a ser quinto a noveno, respectivamente.

16) Agrégase el siguiente artículo 38 bis:

“Artículo 38 bis.- La libertad de las Isapres para adecuar el precio y su obligación de no discriminar, en los términos del inciso tercero del artículo 38, se sujetará a las siguientes reglas:

1.- El nuevo valor que se cobre al momento de la renovación, deberá mantener la relación de precios por sexo y edad que hubiere sido establecida en el contrato original, usando como base de cálculo la edad del beneficiario a esa época, con la lista de precios vigentes en la Institución para el plan en que actualmente se encuentre.

2.- Antes del 31 de octubre de cada año, las Instituciones deberán informar a la Superintendencia el porcentaje de los incrementos de los precios de sus planes de salud que vayan a aplicar al año siguiente. Los mencionados incrementos, para un plan específico o para un contrato de salud específico, no podrán exceder en más de un 30% el índice de aplicación general a que se refiere la letra l) del artículo 2° de esta ley.”.

17) Sustitúyese el artículo 40, por el siguiente:

“Artículo 40.- Cuando una de las partes incurra en un incumplimiento grave de las obligaciones contractuales, la otra parte podrá poner término a la convención comunicando por escrito su decisión al contratante incumplidor. En todo caso, la Institución de Salud Previsional deberá seguir otorgando los beneficios contractuales hasta el término del mes siguiente a la fecha de su comunicación o hasta el término de la incapacidad laboral, en caso de que el cotizante se encuentre en dicha situación y siempre que este plazo sea superior al antes indicado. El cotizante, por su parte, estará obligado al pago de la cotización correspondiente.

El afectado podrá reclamar a la Superintendencia de esta decisión, dentro del plazo de otorgamiento de los beneficios a que se refiere el inciso anterior. El contrato de salud se mantendrá vigente en tanto la Superintendencia no resuelva el correspondiente reclamo.

Los derechos establecidos en esta ley a favor de los cotizantes y beneficiarios son irrenunciables. Será nula toda estipulación o acuerdo que transgredan los derechos de las personas en salud. Del mismo modo adolecerán de nulidad todos los actos, acuerdos o estipulaciones que tiendan a hacer impracticables los derechos y beneficios consagrados en la ley para los cotizantes y beneficiarios.

Se considerarán nulos los mandatos otorgados en los contratos de salud, en sus modificaciones o anexos, por el cotizante o sus beneficiarios, a las instituciones que limiten o entorpezcan el ejercicio de los derechos consagrados en la ley.”.

18) Agrégase, en el artículo 41 el siguiente inciso tercero, pasando el actual tercero a ser inciso cuarto:

"Con todo, en el evento que un familiar beneficiario adquiera la calidad jurídica de cotizante, podrá optar por permanecer en la Institución celebrando un contrato de acuerdo a lo establecido en esta ley. La Institución estará obligada a suscribir el respectivo contrato de salud previsional y a ofrecerle el plan de salud en actual comercialización, cuyo precio más se ajuste al monto de su cotización legal, sin que puedan imponérsele otras restricciones que las que ya se encontraren en curso, ni establecer la exigencia de una nueva declaración de salud.”.

19) Agrégase el siguiente artículo 41 bis:

"Artículo 41 bis.- En el evento que el cotizante fallezca una vez transcurrido un año de vigencia ininterrumpida de los beneficios contractuales, la Institución de

Salud Previsional estará obligada a mantener, respecto de los beneficiarios declarados por aquél, y por un período no inferior a un año contado desde su fallecimiento, todos los beneficios del contrato de salud vigente a la fecha en que se verificó tal circunstancia.

En todo caso, las personas indicadas precedentemente, podrán renunciar al mencionado beneficio, sin perjuicio de ejercer, en tal evento, la facultad que les otorga el inciso quinto de este artículo.

Cuando corresponda, las Isapre tendrán derecho a percibir las cotizaciones para salud provenientes de las pensiones y/o remuneraciones devengadas por los beneficiarios señalados en el inciso primero, durante el período en que rija el beneficio dispuesto en este artículo.

Vencido el plazo establecido en el contrato para la vigencia del beneficio dispuesto en este artículo, terminará, conjuntamente con éste, el contrato de salud suscrito por el cotizante fallecido.

Terminada la vigencia del beneficio por fallecimiento del cotizante, la Institución estará obligada a ofrecer al beneficiario que así lo requiera, un plan de salud en actual comercialización, cuyo precio más se ajuste al monto de la última cotización enterada por él en la Institución. En el evento que el requirente no hubiere devengado pensión o remuneración durante la vigencia del beneficio, la obligación se entenderá cumplida, ofreciéndole un plan cuyo precio más se ajuste al monto de la última cotización enterada en la Institución por el cotizante fallecido. De aceptar las condiciones ofrecidas, el beneficiario tendrá derecho a incorporarse a la Institución de Salud, suscribiendo con ésta el respectivo contrato de salud.

Los contratos que se suscriban en virtud de esta disposición, quedarán sujetos a las limitaciones previstas en el inciso segundo del artículo 47 bis."

20) Agrégase, en el párrafo 5° el siguiente artículo 42 bis:

"Artículo 42 bis.- Las personas que deseen desarrollar la actividad de agente de ventas deberán inscribirse en el registro que lleve la Superintendencia. Los interesados deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- 1.- Ser chilenos o extranjeros radicados en Chile con carné de extranjería al día;
- 2.- Ser mayor de edad;

3.- Acreditar los conocimientos suficientes sobre el sistema de Instituciones de Salud Previsional, y

4.- Estar en posesión de licencia de educación media o estudios equivalentes.

Para solicitar la inscripción de un agente de ventas en el registro indicado en el numeral 17 del artículo 3°, deberá acreditarse el cumplimiento de los requisitos precedentemente señalados, en la forma y oportunidad que determine la Superintendencia mediante instrucciones de general aplicación.

Queda prohibido ejercer, simultáneamente, las funciones de agente de ventas en más de una Institución de Salud Previsional, salvo autorización expresa de la Superintendencia.

El incumplimiento por parte de los agentes de ventas de las obligaciones que les impone la ley, instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes que pronuncie la Superintendencia, será sancionado por ésta con censura, o cancelación de su inscripción en el registro.

El agente de ventas a quien se le haya cancelado su inscripción en el registro, podrá solicitar a la Superintendencia su reinscripción, una vez transcurrido el plazo de dos años contado desde la fecha en que la resolución que decretó dicha cancelación haya quedado ejecutoriada.”.

21) Agrégase en el inciso primero del artículo 43, a continuación del número 6.-, lo siguiente:

“7.- Relación de las multas aplicadas por la Superintendencia en el último período trianual, con indicación del monto y el motivo.

8.- Listado de Planes de Salud, con indicación de sus precios, prestaciones y beneficios.

9.- Nómina de los agentes de ventas de la Isapre correspondiente.”.

22) Agréganse, a continuación del artículo 44, los siguientes artículo 44 bis y 44 ter:

"Artículo 44 bis.- Las Instituciones deberán comunicar a la Superintendencia todo hecho o información relevante para fines de supervigilancia y control, respecto de ellas mismas y de sus operaciones y negocios.

La Superintendencia impartirá instrucciones de general aplicación que regulen los casos, la forma y oportunidad en que deberá cumplirse con esta obligación.

Las Instituciones podrán comunicar, en carácter de reservado, ciertos hechos o informaciones que se refieran a negociaciones aún pendientes que, al difundirse, puedan perjudicar el interés de la entidad.

Artículo 44 ter.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán transferir la totalidad de sus contratos de salud previsional y cartera de afiliados y beneficiarios, a otra Isapre que opere legalmente y que no esté afecta a alguna de las situaciones previstas en los artículos 45 bis y 46 de esta ley.

Esta transferencia no podrá, en caso alguno, afectar los derechos y obligaciones que emanan de los contratos de salud cedidos, imponer a los afiliados y beneficiarios otras restricciones que las que ya se encontraren en curso en virtud del contrato que se cede, ni establecer la exigencia de una nueva declaración de salud. En todo caso, los cotizantes podrán oponerse a la transferencia de sus contratos.

La transferencia de contratos y cartera a que se refiere esta disposición, requerirá la autorización de la Superintendencia y deberá sujetarse a las instrucciones de general aplicación que se dicten al efecto."

23) Agrégase un inciso cuarto al artículo 44 ter, del tenor siguiente:

"La institución de salud que desee hacer uso del mecanismo de traspaso de la totalidad de sus contratos de salud previsional y cartera de afiliados y beneficiarios, en los términos de esta disposición, deberá publicar, en forma previa a la ejecución de la mencionada transferencia, un aviso en tres diarios de circulación nacional, en diferentes días, su propósito de transferir sus contratos de salud, indicándose la institución a quien pretende transferir y las condiciones societarias, financieras y de respaldo económico de la misma."

24) Reemplázase el inciso segundo del artículo 45, por el siguiente:

"Las multas a que se refiere el inciso anterior, no podrán exceder de mil unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado."

25) Agrégase a continuación del artículo 45, el siguiente artículo 45 bis:

"Artículo 45 bis.- La Institución de Salud Previsional que no dé cumplimiento a uno o más de los indicadores de liquidez, endeudamiento y gestión operativa que la Superintendencia determine a través de instrucciones de general aplicación, quedará sujeta al régimen especial de supervigilancia y control que dicho organismo establezca en una instrucción dictada al efecto. El indicador de gestión operativa, considerará aspectos tales como la siniestralidad, los gastos de administración y ventas y la rentabilidad.

La Institución afectada deberá informar a la Superintendencia la circunstancia de haber incurrido en dicha situación de incumplimiento, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la constatación del hecho.

En el mismo plazo anterior, la Institución deberá presentar a la Superintendencia un informe escrito que explique en forma detallada el origen de esta situación y las medidas que se hubieren adoptado o se adoptarán para corregirlos.

La Institución tendrá un plazo de sesenta días, contado desde la presentación de este informe, para superar su situación de incumplimiento. En caso que ello no fuere posible, deberá presentar a la Superintendencia, antes de que expire dicho término, un plan de contingencia con un término de ejecución que no podrá exceder de ciento veinte días.

Una vez subsanadas las situaciones de incumplimiento a que se refieren los incisos primero y último de este artículo, se alzarán las medidas adoptadas en virtud del régimen especial de supervigilancia y control, el que quedará sin efecto.

Si extinguido el término de ejecución del plan de contingencia, a que se refiere el inciso cuarto de este artículo, no se hubiere subsanado la situación, la Superintendencia podrá cancelar el registro de la Institución en conformidad a lo dispuesto en el artículo siguiente.

La Superintendencia podrá aplicar el mismo régimen contemplado en el inciso primero, cuando el patrimonio y, o la garantía de la Isapre disminuyan por debajo de los límites establecidos en los artículos 25 y 26 de esta ley.”.

26) Agrégase, en el artículo 46, el siguiente inciso segundo:

“Una vez dictada la resolución que cancela el registro, la Institución no podrá celebrar nuevos contratos de salud previsional y sus afiliados podrán desahuciar los contratos vigentes, aun cuando no haya transcurrido el plazo previsto en el inciso segundo del artículo 38.”.

27) Sustitúyese el inciso primero del artículo 46 bis, por el siguiente:

“Artículo 46 bis.- La Institución que solicite la cancelación de su registro deberá presentar a la Superintendencia una declaración jurada, reducida a escritura pública, en la que se detallarán las obligaciones actualmente exigibles con los cotizantes, sus cargas, beneficiarios y la Superintendencia. Conjuntamente con la presentación de la solicitud, la Institución deberá comunicar a sus cotizantes y beneficiarios, de acuerdo a los plazos y procedimientos que fije la Superintendencia, su intención de cerrar el registro. Con todo, previo a la aprobación de la solicitud, la Institución deberá acreditar la aceptación por otra Institución de la totalidad de sus contratos de salud, incluyendo a todos sus afiliados y beneficiarios, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 44 ter.”.

28) Sustitúyese el inciso segundo del artículo 46 bis, por el siguiente:

“No será necesaria la presentación de una declaración jurada cuando la Institución acredite que la solicitud de cierre de registro se ha originado por una fusión de dos o más Instituciones de Salud Previsional, de acuerdo al artículo 99 de la ley N°. 18.046. Los afiliados de las Instituciones fusionadas tendrán derecho a desahuciar sus contratos sin expresión de causa dentro de los seis meses posteriores a la fusión.”.

29) Sustitúyese el artículo 47 por el siguiente:

“Artículo 47.- Una vez a firme la resolución de cancelación del registro, cada cotizante y sus beneficiarios se incorporarán a la Institución de Salud que la Superintendencia determine, mediante resolución fundada.

Para estos efectos, la Superintendencia efectuará una adjudicación aleatoria, considerando, por una parte, el número y las características de sexo, edad y cotización pactada de los cotizantes y beneficiarios que pertenecían a la Institución cuyo registro se cancela y, por otra, las condiciones de liquidez, endeudamiento y gestión operativa, de la o las Instituciones adjudicatarias.

La o las Instituciones designadas por la Superintendencia estarán obligadas a aceptar a la totalidad de los afiliados que le hayan sido adjudicados, adscribiendo a cada uno de los cotizantes al plan de salud en actual comercialización cuyo precio más se ajuste al monto de su cotización pactada al momento de la adjudicación, la que notificará a los afectados, informándoles, asimismo, de su derecho a requerir un nuevo plan.

Para los efectos de la revisión a la que se refiere el inciso tercero del artículo 38, el mes de suscripción de los contratos adjudicados corresponderá a aquél en que se haya dictado la resolución de adjudicación.

La o las Instituciones adjudicatarias no podrán, en caso alguno, imponer a los afiliados y beneficiarios otras restricciones que las que ya se encontraren en curso en virtud del contrato que mantenían con la Institución cuyo registro se cancela, ni exigir una nueva Declaración de Salud.

Con todo, los afiliados afectados podrán desafiliarse y optar por otra Institución de Salud Previsional o por traspasarse, junto con sus cargas legales al Régimen de la ley N° 18.469.”.

Artículo 2°.- Las referencias que las leyes y reglamentos hagan a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez o a la Unidad de Licencias de los Servicios de Salud, se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Seguridad Social, en lo tocante a las apelaciones o reclamos de licencias médicas autorizadas por la Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 3°.- Esta ley entrará en vigencia en el plazo de 120 días contado desde su publicación en el Diario Oficial.

Los contratos que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente ley deberán ajustarse a ella. Los contratos celebrados con anterioridad, se ajustarán a sus disposiciones en sus respectivas anualidades.

Artículo 1° transitorio.- Dentro de los noventa días siguientes a la vigencia de la presente ley los contratos vigentes se ajustarán a sus disposiciones al cumplirse la próxima anualidad.

Artículo 2° transitorio.- Dentro del plazo de noventa días contado desde la vigencia de esta ley, las Isapre deberán realizar las adaptaciones de sus estatutos que fueren necesarias.

Artículo 3° transitorio.- Dentro del plazo de 60 días el Presidente de la República deberá dictar el Reglamento señalado en el inciso 4° del artículo 38.”.

SALA DE LA COMISIÓN, a 20 de enero de 2003.

Acordado en sesiones de fechas 15 y 16 de enero de 2003, con la asistencia de las Diputadas señoras María Angélica Cristi, María Eugenia Mella y Carolina Tohá (Eugenio Tuma), y los Diputados señores Enrique Accorsi, Sergio Aguiló, Claudio Alvarado, Rodrigo Alvarez, Francisco Bayo, Patricio Cornejo (Presidente), Julio Dittborn, Camilo Escalona (Iván Paredes), Carlos Ignacio Kuschel, Marcelo Forni, Guido Girardi, Carlos Hidalgo, Enrique Jaramillo, Juan Masferrer, Sergio Ojeda (Edmundo Villouta), Carlos Olivares,

Oswaldo Palma, José Pérez, José Miguel Ortiz, Alberto Robles, Exequiel Silva, y Gastón Von Mühlenbrock.

Se designó Diputado Informante al señor ACCORSI, don ENRIQUE.

JAVIER ROSSELOT JARAMILLO
Abogado Secretario de la Comisión