

PROYECTO DE LEY, EN PRIMER TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE MODIFICA DIVERSOS CUERPOS LEGALES CON EL FIN DE ESTANDARIZAR LOS CONTRATOS DE ADHESIÓN	
BOLETÍN N° 9.916-03	
NORMAS LEGALES VIGENTES	PROYECTO DE LEY APROBADO EN GENERAL POR LA COMISIÓN
<p style="text-align: center;">LEY N° 19.496, QUE ESTABLECE NORMAS SOBRE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS CONSUMIDORES</p> <p>Artículo 17 C.- Los contratos de adhesión de productos y servicios financieros deberán contener al inicio una hoja con un resumen estandarizado de sus principales cláusulas y los proveedores deberán incluir esta hoja en sus cotizaciones, para facilitar su comparación por los consumidores. Los reglamentos que se dicten de conformidad con esta ley deberán establecer el formato, el contenido y las demás características que esta hoja resumen deberá contener, los que podrán diferir entre las distintas categorías de productos y servicios financieros.</p>	<p>“Artículo 1. Agrégase al artículo 17 C de la ley n° 19.496, que establece normas sobre protección de los derechos de los consumidores, el siguiente inciso segundo:</p> <p>“Sin perjuicio de lo señalado en el inciso anterior, los contratos de adhesión de productos y servicios financieros, deberán estar estandarizados, es decir, contener formalmente cláusulas comunes e idénticas, por cada producto o servicio financiero ofrecido por los proveedores.”</p>
<p style="text-align: center;">LEY N ° 20.448, QUE INTRODUCE UNA SERIE DE REFORMAS EN MATERIA DE LIQUIDEZ, INNOVACIÓN FINANCIERA E INTEGRACIÓN DEL MERCADO DE CAPITALLES</p> <p>Artículo 7°.- Los Bancos, las Compañías de Seguros, las Cooperativas de Ahorro y Crédito, los Emisores de Tarjetas de Crédito, Agentes Administradores de Mutuos Hipotecarios Endosables, Cajas de Compensación de Asignación Familiar y las demás entidades de crédito autorizadas por ley, en la medida que sean proveedores de créditos hipotecarios, de consumo o de tarjetas de crédito, deberán ofrecer créditos hipotecarios universales, créditos universales asociados</p>	<p>Artículo 2. Agrégase al artículo 7 de la ley N ° 20.448, que introduce una serie de reformas en materia de liquidez, innovación financiera e integración del mercado de capitales, el siguiente inciso final nuevo del tenor que sigue:</p>

a una tarjeta de crédito y créditos universales de consumo en los términos de este artículo, sin perjuicio de poder ofrecer y otorgar otras clases de créditos en conformidad a la ley.

El otorgamiento de tales créditos estará sujeto a las prácticas habituales de evaluación integral de riesgo que lleven a cabo las entidades otorgantes de crédito.

Se entenderá por Crédito Hipotecario Universal aquella operación de crédito de dinero que reúne las siguientes características: 1) la destinada únicamente a personas naturales; 2) la otorgada exclusivamente con el objeto de adquirir, construir, ampliar o reparar viviendas o de refinanciar créditos hipotecarios existentes; 3) la garantizada con primera hipoteca; 4) la que debe pagarse en un plazo no inferior a quince ni superior a treinta años; 5) la denominada en Unidades de Fomento; 6) la que establece una tasa de interés fija, para todo el periodo de duración del crédito; 7) la que no excede de 5.000 Unidades de Fomento, y 8) la que cumple con las demás condiciones que establezca el reglamento.

Asimismo, se entenderán por Crédito Universal Asociado a una Tarjeta de Crédito y por Crédito Universal de Consumo aquellas operaciones de crédito de dinero que reúnan las siguientes características: 1) sean otorgadas a personas naturales; 2) no estén sujetas a garantías reales; 3) deban pagarse en un plazo de hasta 3 años; 4) no excedan de 1.000 unidades de fomento en el caso de los Créditos de Consumo Universal y 500 en el caso del Crédito Universal Asociado a una Tarjeta de Crédito; 5) faculten al titular o usuario de la tarjeta, en el caso del Crédito Universal Asociado a una Tarjeta de Crédito, a utilizarlo en la adquisición, con cargo a la misma, de cualesquiera clase de bienes o servicios, vendidos o prestados por entidades distintas del emisor u operador de la tarjeta que la acepten como medio de pago en virtud de convenios celebrados con éste y, en el caso del Crédito de Consumo Universal, faculte al deudor para disponer libremente de la suma de dinero objeto del crédito, y 6) cumplan con los demás requisitos que establezca el reglamento.

La información relativa al costo final de los créditos hipotecarios universales, créditos universales asociados a una tarjeta de crédito y créditos universales de consumo, a su carga anual equivalente, a la estructura de comisiones e intereses, a los gastos asociados a los mismos, a los seguros con que deban

<p>contar mientras subsistan las obligaciones derivadas de su pago y otros tipos de información que determine el reglamento, deberá expresarse de un modo claro y visible, que permita al consumidor comprenderla de manera sencilla y efectiva, comparar las opciones que ofrecen los diversos proveedores y ejercer su derecho a elección.</p> <p>Un reglamento expedido mediante decreto supremo conjunto de los Ministerios de Economía, Fomento y Turismo y de Hacienda, previa consulta a la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, a la Superintendencia de Valores y Seguros y a la Superintendencia de Seguridad Social, precisará la forma en que deberán ofrecerse los créditos hipotecarios universales, los créditos universales asociados a una tarjeta de crédito y los créditos de consumo universales. Asimismo, el reglamento determinará el o los plazos específicos del respectivo crédito, su monto mínimo y máximo, la estructura de comisiones e intereses, los tipos de seguros con que deban contar mientras subsistan las obligaciones derivadas del pago de los mismos y la forma de contratación y término, así como la información mínima que deberá ser entregada a los consumidores de tales créditos.</p> <p>La utilización de las denominaciones Crédito Hipotecario Universal, Crédito Universal Asociado a una Tarjeta de Crédito y Crédito Universal de Consumo estará reservada exclusivamente para aquellos créditos que reúnan las características señaladas en los incisos precedentes.</p>	<p>“Las personas jurídicas señaladas en el inciso primero del presente artículo deberán estandarizar entre sí, los contratos de adhesión por cada uno de los créditos señalados en el presente artículo, de modo que sus cláusulas sean formalmente comunes e idénticas en todo el mercado.”</p>
<p>DECRETO CON FUERZA DE LEY N° 1 DEL MINISTERIO DE SALUD, DE 2006, QUE EL FIJA TEXTO REFUNDIDO, COORDINADO Y SISTEMATIZADO DEL DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979 Y DE LAS LEYES N° 18.933 Y N° 18.469.</p> <p>Artículo 189.- Para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud que norma esta ley, las personas indicadas en el artículo 184 deberán suscribir un contrato de plazo indefinido, con la Institución de Salud Previsional que elijan.</p> <p>En este contrato, las partes convendrán libremente las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán comprender, como mínimo, lo siguiente:</p>	<p>Artículo 3.- Intercálase en el inciso segundo del artículo 189 del DFL 1 del Ministerio de Salud de 24 de abril de 2006, que el fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, entre las voces “deberán” y “comprender” la frase: <u>“tener formalmente, estandarizados sus cláusulas para todo el mercado, de modo que sean comunes e idénticas y”</u></p>

a) Las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Asimismo, se deberá pactar un plan complementario a las Garantías Explícitas señaladas precedentemente, el que incluirá los beneficios del artículo 149 de esta Ley, y los referidos en el artículo 194 de esta ley, en tanto no sean parte de dichas Garantías Explícitas, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. Este plan deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen General de Garantías en Salud.

b) El Plan de Salud Complementario, que podrá contener una o más de las siguientes modalidades para el otorgamiento de las prestaciones o beneficios:

A.- Plan libre elección: aquel en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la Institución de Salud Previsional.

Para efectos del otorgamiento de las prestaciones de salud en la modalidad de libre elección cuya cobertura financiera se efectúe por la vía del reembolso, la Institución de Salud Previsional deberá pagarlas de acuerdo al plan, sin supeditarla a que los prestadores mantengan convenios con la Institución o estén adscritos a ella.

B.- Plan cerrado: aquel cuya estructura sólo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección.

Con todo, la Superintendencia podrá determinar, mediante instrucciones generales, los casos excepcionales en que el afiliado o beneficiario podrá ser atendido por un prestador distinto al individualizado en el plan, eventualidad en la cual tendrá derecho, como mínimo, a la cobertura financiera que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud en la modalidad de libre elección.

C.- Plan con prestadores preferentes: aquel cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de determinados prestadores previamente individualizados en el plan.

Los planes cerrados y los planes con prestadores preferentes se sujetarán a las siguientes reglas:

1.- Cada vez que el plan de salud asocie el otorgamiento de un beneficio a un determinado prestador o red de prestadores, deberá indicarse en dicho plan el nombre del o los prestadores institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalarias.

Asimismo, la Institución de Salud Previsional deberá identificar en el plan a los prestadores que subsidiariamente brindarán las atenciones de salud a sus beneficiarios, en el evento de configurarse una insuficiencia.

Se configura una insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan, cuando se encuentran imposibilitados de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta cerrada o preferente.

2.- En caso de prestaciones que se otorguen en virtud de la derivación a que alude el numeral precedente, el monto del copago del afiliado no podrá ser superior al que le habría correspondido si hubiera sido atendido por el prestador de la red. Cualquier diferencia será financiada por la Institución de Salud Previsional.

Las Instituciones de Salud Previsional no podrán excepcionarse de la responsabilidad que para ellas emana de los contratos de salud en lo que se refiere a acceso, oportunidad y cobertura financiera, atribuyéndosela a los prestadores.

3.- En los planes con prestadores preferentes, la modalidad de libre elección sólo opera en caso de que el beneficiario opte voluntariamente por ella y no puede, en consecuencia, ser utilizada por la Institución de Salud Previsional para suplir las insuficiencias del prestador individualizado en la oferta preferente del plan.

4.- Los contratos de salud deberán garantizar la atención de urgencia de las prestaciones que conforman su oferta cerrada o preferente, identificando en el plan de salud el o los prestadores con los cuales haya convenido el otorgamiento de dicha atención y los procedimientos para acceder a ellos.

Asimismo, se deberá explicitar la cobertura que se otorgará a las atenciones de urgencia, sea que éstas se realicen por los prestadores mencionados en el párrafo anterior o por otros distintos.

Los contratos de salud deberán establecer el derecho del afiliado que, con ocasión de una emergencia, haya ingresado a un prestador distinto de los mencionados en el párrafo primero de este numeral, a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el plan, y el derecho de la Institución de Salud Previsional a trasladar al paciente a uno de estos prestadores, sujetándose a las siguientes reglas:

a.- Corresponderá al médico tratante en el establecimiento determinar el momento a partir del cual el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado.

b.- Si el paciente o sus familiares deciden el traslado a un prestador que forme parte de la oferta cerrada o preferente, accederán a la cobertura prevista en el plan, desde el momento del traslado. Si, por el contrario, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento o por el traslado a otro que no forme parte de la oferta cerrada o preferente, no podrán requerir la cobertura prevista en el plan cerrado o preferente.

En todos estos casos, para resolver discrepancias, se aplicará el procedimiento previsto en el inciso final del artículo 9º de la ley Nº 19.966.

5.- El término del convenio entre la Institución de Salud Previsional y el prestador institucional cerrado o preferente, o cualquier modificación que éstos le introduzcan, no afectará el monto que, en virtud del plan contratado, corresponde copagar a los beneficiarios por las atenciones recibidas, hasta el cumplimiento de la respectiva anualidad.

Al cumplirse dicha anualidad la Institución de Salud Previsional podrá adecuar el contrato, debiendo informar al cotizante, en la carta respectiva, la circunstancia de

haberse puesto término o de haberse modificado el referido convenio. Además, la Institución pondrá en conocimiento del afiliado las adecuaciones propuestas al plan vigente y los planes de salud alternativos de condiciones equivalentes a aquél. Tanto la adecuación del plan como los planes alternativos que la Institución

ofrezca al cotizante podrán contemplar el otorgamiento de beneficios por un prestador distinto de aquel identificado en el plan vigente antes de la adecuación.

c) Forma en que se modificarán las cotizaciones y aportes, prestaciones y beneficios, por incorporación o retiro de beneficiarios legales del grupo familiar.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 202 de esta ley, deberá establecerse en qué condiciones, durante la vigencia del contrato, se incorporarán los nuevos beneficiarios, señalándose, precisamente, la forma cómo se determinará la cotización adicional que se cobrará por ellos.

d) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato.

e) Precio del plan y la unidad en que se pactará, señalándose que el precio expresado en dicha unidad solo podrá variar una vez cumplidos los respectivos períodos anuales. Asimismo, deberá indicarse el arancel o catálogo valorizado de

prestaciones con sus respectivos topes que se considerará para determinar el financiamiento de los beneficios, la unidad en que estará expresado y la forma y oportunidad en que se reajustará. Dicho arancel de referencia contemplará, a lo menos, las prestaciones contenidas en el arancel del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el artículo 159 de esta Ley, o el que lo reemplace en la modalidad de libre elección.

El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el Párrafo 5° de este Título.

f) Montos máximos de los beneficios para cada beneficiario, si los hubiere, o bien, montos máximos establecidos para alguna o algunas prestaciones, si fuere del caso, siempre con la limitación establecida en el inciso primero del artículo 190.

g) Restricciones a la cobertura.

Ellas solo podrán estar referidas a enfermedades preexistentes declaradas, por un plazo máximo de dieciocho meses, contado desde la suscripción del contrato, y tendrán la limitación establecida en el inciso primero del artículo 190.

En el caso del embarazo se deberá consignar claramente que la cobertura será proporcional al período que reste para que ocurra el nacimiento.

No obstante lo anterior, en el caso de enfermedades preexistentes declaradas, el futuro afiliado podrá, en casos calificados, solicitar por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales en Salud, que la Institución le otorgue para dichas patologías, por dieciocho meses más, la cobertura que el Fondo Nacional de Salud ofrece en la Modalidad de Libre Elección a que se refiere el Libro II de esta Ley. Lo anterior, con la finalidad de ser aceptado en la respectiva Institución de Salud Previsional. La Superintendencia regulará, mediante instrucciones de general aplicación, la operación de lo dispuesto en este párrafo.

h) Estipulación precisa de las exclusiones, si las hubiere, referidas a las prestaciones señaladas en el inciso segundo del artículo 190.

El arancel y los límites de prestaciones o beneficios, solo podrán expresarse en la moneda de curso legal en el país o en unidades de fomento. El precio del plan deberá pactarse en unidades de fomento, moneda de curso legal en el país o en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud. Los planes en que el precio sea un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud sólo procederán en el caso de los contratos a que se refiere el inciso final del artículo 200 de esta ley y de aquellos celebrados por dos o más trabajadores, en los que se hayan convenido beneficios distintos a los que se podrían obtener con la sola cotización individual. Si el precio del plan está pactado en unidades de fomento o

como porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, deberá expresarse, además, su equivalencia en moneda de curso legal a la fecha de suscripción del contrato.

El cotizante de ISAPRE y las personas señaladas en el artículo 202 de esta Ley, podrán utilizar la modalidad institucional para la asistencia médica curativa del Libro II de esta Ley, de acuerdo al artículo 157 de la misma, sujetos al arancel para personas no beneficiarias de dicha ley en casos de urgencia, o de ausencia o insuficiencia de la especialidad que motive la atención, o ausencia o escasez de servicios profesionales en la especialidad de que se trate. Las personas a que se refiere este inciso deberán pagar el valor total establecido en el arancel aplicable a los no beneficiarios del Libro II de esta Ley, a menos que se encuentren en la situación prevista en los incisos cuarto y quinto del artículo 173, en que dicho pago deberá efectuarlo directamente la Institución correspondiente.

El Secretario Regional Ministerial respectivo calificará la concurrencia de los requisitos habilitantes a que se refiere el inciso anterior. Asimismo, velará porque la atención a personas no beneficiarias del Libro II de esta Ley no provoque menoscabo a la atención de los beneficiarios de dicho Libro.

Cada vez que un afiliado o beneficiario solicite una Institución de Salud Previsional un beneficio cualquiera en virtud de un contrato de salud, se entenderá que la facultad para requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de tal beneficio. La Institución de Salud Previsional deberá adoptar las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de estas certificaciones.

Si la Institución de Salud Previsional considera que la información proporcionada por el prestador es incompleta, imprecisa o teme fundadamente que no se ajusta a la verdad, podrá designar un médico cirujano independiente de las partes para que revise personalmente la ficha clínica. Si de la revisión resulta que no corresponde otorgar la cobertura financiera solicitada, la Institución de Salud Previsional informará de tal circunstancia al afiliado, el que podrá recurrir ante la Superintendencia, a fin de que ésta resuelva la controversia. El médico cirujano que se designe deberá estar inscrito en un registro que la Superintendencia llevará para estos efectos.

El o los prestadores de salud deberán dar cumplimiento al requerimiento señalado en el inciso anteprecedente, y deberán permitir la revisión de la ficha

<p>clínica, dentro del plazo de cinco días hábiles. La Institución de Salud Previsional deberá mantener la información recibida en reserva, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 19.628.</p> <p>Corresponderá a la Superintendencia vigilar el adecuado ejercicio de esta facultad y resolver los conflictos que puedan producirse entre los prestadores y las ISAPRES.</p>	
---	--