

INFORME DE LA COMISION DE SALUD,
recaído en el proyecto de ley, en segundo
trámite constitucional, que modifica la ley
Nº 18.933, sobre Instituciones de Salud
Previsional.

BOLETÍN Nº 2.981-11

HONORABLE SENADO:

Vuestra Comisión de Salud tiene el honor de informaros acerca del proyecto de la referencia, iniciado en Mensaje de S.E. el Presidente de la República, con urgencia calificada de simple.

El proyecto se discutió y aprobó en general, de acuerdo con lo dispuesto en el inciso sexto del artículo 36 del Reglamento del Senado.

A las sesiones en que la Comisión estudió este asunto asistieron, además de sus integrantes, el Honorable Senador señor Edgardo Boeninger y el Diputado señor Patricio Cornejo; el Ministro de Salud, señor Pedro García, el Jefe del Departamento Jurídico de dicha Cartera, señor Andrés Romero; el Superintendente de Isapres, señor Manuel Inostroza, el ex Fiscal de dicha Institución, señor Fernando Riveros, el Fiscal, señor Ulises Nancuante y el Jefe de Estudios de la misma, señor Alberto Muñoz; el Secretario Ejecutivo de la Comisión Reforma, señor Hernán Sandoval y el asesor de la misma, señor Gianpiero Fava; los asesores del Ministerio de Hacienda, señora consuelo Espinoza y señor Marcelo Tockman.

Además, concurrieron los asesores de la Fundación Jaime Guzmán, señores Karlfranz Koheler y Nicolás Figari; del Colegio Médico, su Presidente, doctor Juan Luis Castro, el Vicepresidente del Departamento de Política y Estudios, doctor David Villena y el abogado asesor de dicha entidad, señor Enrique Díaz.

También asistieron el Presidente de la Corporación de Afiliados y Usuarios de ISAPRES (CORPUSAPRES), señor Pedro Barría, y su Vicepresidente, señor Jaime Unanue; el Presidente de la Asociación de ISAPRES, señor Hernán Doren, el Vicepresidente de dicha Asociación, señor Andrés Tagle, su Director Ejecutivo, señor Rafael

Caviedes, y el Gerente de Estudios, señor Gonzalo Simón; el Presidente de la Asociación Gremial de Clínicas y Prestadores de Salud Privados, señor Alfredo Schönherr, su Vicepresidente, señor Jorge Aspée y la Gerente de la misma, señora Ana María Albornoz; la asesora del Honorable Senador señor Jovino Novoa, señora Hedy Matthei; el asesor del Honorable Senador señor Mario Ríos, señor Juan Luis Correa, y el asesor del Instituto Libertad y Desarrollo, señor Sebastián Soto.

Las exposiciones que hicieron los invitados se incorporan al presente informe en ejemplar único, que queda depositado por ahora en la Secretaría de la Comisión, a disposición de los señores Senadores. Además, se deja constancia de que las entidades recibidas fueron animadas a formular proposiciones precisas de enmiendas al texto del proyecto, si lo estimaban del caso, lo que deberán concretar durante la semana que termina el 16 de mayo en curso.

El proyecto de ley no contiene disposiciones que requieran de quórum especial para su aprobación o que afecten la organización y atribuciones de los Tribunales de Justicia.

OBJETIVOS FUNDAMENTALES Y ESTRUCTURA DEL PROYECTO

De acuerdo al tenor del Mensaje que le da origen, la presente iniciativa legal tiene las siguientes finalidades:

- limitar las alzas de precios de los planes de salud de los cotizantes denominados “cautivos”, sea por su edad, sea por su estado de salud, sujetándolos a un índice definido por la Superintendencia;
- mantener el contrato de salud para las cargas, cuando el cotizante fallece;
- mantener la protección de salud para beneficiarios que pasan a ser cotizantes porque comienzan a percibir ingresos, los que suelen ser rechazados por los antecedentes de salud que obran en poder de la ISAPRE;
- uniformar los aranceles, a fin de evitar su proliferación en miles de planes diferentes, lo que dificulta la comprensión por parte de los usuarios y el control de la Superintendencia;
- dotar a ésta de nuevas y más flexibles herramientas para precaver riesgos que afecten los derechos de los cotizantes y sus beneficiarios, permitiéndole recabar oportunamente hechos e información relevante y confiable sobre la situación financiera de las Instituciones, disponer

- auditorías externas, conforme a los parámetros de las sociedades anónimas abiertas y controlar los traspasos de cartera;
- elevar el máximo de las multas de 500 a 1.000 unidades de fomento;
 - otorgar a los cotizantes el derecho a permanecer en el sistema privado, cuando a su ISAPRE se le cancele el registro, pudiendo incorporarse a la ISAPRE de su elección, en lugar de ser expulsados al FONASA, y
 - transparentar la actividad de los agentes de ventas de planes de salud.

ANTECEDENTES DE DERECHO

El proyecto en informe se vincula con los siguientes cuerpos normativos:

- Artículo 19, N° 9°, de la Constitución Política de la República, que garantiza el derecho a la protección de la salud.
- Ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud.
- Ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por ISAPRES.

DISCUSIÓN Y APROBACIÓN EN GENERAL

El Superintendente de ISAPRES, señor Manuel Inostroza, expresó que la reforma de la ley N° 18.933 mejora la cobertura para los beneficiarios del sistema privado de salud y otorga mayor transparencia al sistema.

En cuanto a cobertura, expresó que la iniciativa contempla otorgar el Plan AUGE a la totalidad de los beneficiarios del sistema privado de salud, y que el plan complementario de salud que ofrezcan las ISAPRES debe contener, al menos, las prestaciones del Arancel de Libre Elección de FONASA.

La mayor transparencia del sistema terminará con la discriminación de precios, al establecer un cobro igualitario del Plan AUGE para todos los beneficiarios de una misma ISAPRE. Además, se dispone que el aumento de los precios del Plan Complementario no debe ser superior al 30% del índice que defina la Superintendencia de ISAPRES, para lo cual elaborará un Arancel de Referencia que facilite la comparación de los planes de salud.

Se define con mayor claridad lo que es enfermedad preexistente y se asegura el uso correcto de la declaración de salud, a fin de evitar problemas al afiliado; el Plan AUGE no admite preexistencias ni exclusiones de ninguna naturaleza, las que sólo registrarán en los planes complementarios.

Se restringe la facultad de las ISAPRES para adecuar sus planes de salud sólo a través del precio de los mismos, dentro del límite del 30% del índice que defina la Superintendencia.

En cuanto a las normas de protección de los afiliados, destacó que la iniciativa busca igualar los procedimientos de apelación de las licencias médicas en los sistemas público y privado. Actualmente, en el sistema privado de salud existen tres órganos que intervienen en el proceso de apelación, cuales son, la contraloría médica interna de cada institución, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), y la Superintendencia de Seguridad Social. Esta estructura no se da en el sistema público, donde la función de la contraloría médica la cumple el COMPIN.

Se implementa la mantención del contrato durante un año, para las cargas del cotizante fallecido; se establece la obligación de las ISAPRES de aceptar a un beneficiario cuando pasa a tener la calidad de cotizante; se reafirma que los contratos de salud son indefinidos, con el objetivo de estimular a las ISAPRES a realizar inversiones en prevención de salud, lo que se consigue con la permanencia fiel y estable de los beneficiarios en una determinada institución; y se mantienen los derechos de los beneficiarios en caso del cierre del registro de la institución privada de salud, para continuar en el sistema privado.

En cuanto a las atribuciones de la Superintendencia de ISAPRES, manifestó que la reforma pretende perfeccionar el proceso informativo de este organismo hacia los beneficiarios, para lo cual se le autoriza a consultar a las diversas Instituciones sobre sus prestadores en convenio y acerca del precio y cobertura de sus planes de salud.

El proyecto de ley mejora la deficiente regulación de los agentes de ventas, para lo cual establece un Registro de Agentes de Ventas; dispone una mayor fiscalización de las funciones de estas personas, y establece la cancelación de la inscripción en el registro, en caso de incumplimiento ético grave o por mala gestión de sus funciones.

Se otorga a la Superintendencia de ISAPRES mayores atribuciones en materia de conocimiento de hechos esenciales, tales como la venta de una institución.

Además, se aumentan las multas aplicables a las instituciones privadas de salud, de 500 U.F a 1.000 UF, pudiendo cuadruplicarse en caso de faltas reiteradas.

Se crea el régimen especial de supervisión en materias financieras, con el objetivo de crear un sistema de avisos para que la Superintendencia conozca la liquidez y solvencia de las ISAPRES.

Se modifica la definición de la garantía que deben mantener las ISAPRES ante la Superintendencia, pasando de un sistema basado en un mes de cotización, a otro fundado en el monto de las obligaciones que la institución mantiene con sus cotizantes y beneficiarios, actualizado trimestralmente. Añadió que ha habido ocho cierres de registro, en que la Superintendencia ha debido liquidar la garantía para el pago de los beneficios pendientes, y muchas veces no se alcanzó a cubrir la totalidad de las obligaciones.

En definitiva, el proyecto de ley aborda los aspectos negativos del sistema privado de salud, para lo cual mejora la desprotección de los usuarios frente a las enfermedades; aminora las dificultades de comprensión de los planes de salud; resuelve la discriminación por sexo y edad en cuanto al Régimen de Garantías en Salud; elimina las expulsiones de afiliados por alzas de precios de los planes de salud, que afectan, principalmente, a la población cautiva que no tiene posibilidades de elección dentro del sistema, y aborda diversas deficiencias del sistema de salud, con el objetivo de estimular la actividad sanitaria del sector privado en materia de prevención y transparencia.

- - - - -

El Honorable Senador señor Ríos expresó que de la exposición de la Superintendencia no le quedó claro cuáles son las debilidades del actual sistema privado de salud, y preguntó si es posible imponer obligaciones a las ISAPRES mediante una ley.

Sugirió dar un trato simétrico a las ISAPRES y al FONASA, ya que existen esquemas disímiles para ambos sistemas, como en el caso de las multas, por ejemplo, que se imponen sólo en el sistema privado de salud.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo hizo presente que los usuarios están mal informados; consultó si el proyecto de ley regulará los aranceles de las prestaciones efectuadas por las clínicas privadas, porque en la práctica las coberturas de las ISAPRES resultan ilusorias, e inquirió cuáles son las causas por las que los seguros de salud no cubren la atención odontológica.

Expresó que, eventualmente, la globalización podrá hacer que a los usuarios les resulte más conveniente contratar un seguro de salud en el extranjero.

El Honorable Senador señor Ruiz-Eskvide manifestó que se debe diferenciar entre las ISAPRES y los prestadores privados, sin perjuicio que haya casos de integración vertical.

Criticó que el sistema privado de salud opere con una lógica financiera y no sanitaria, y que el precio de los planes esté asociado al riesgo y se funde en un sistema de carencias y exclusiones, que es esencial para mantenerse en el mercado.

Planteó revisar el proyecto de ley en cuanto a una mayor regulación de los agentes de ventas; estudiar el tema de las carencias que, de mantenerse en los planes complementarios de salud, restaría justificación sanitaria al sistema; en materia de licencias médicas, sugirió revisar la exclusión de pago de los 3 primeros días de los permisos de salud, y la situación de que sea la misma ISAPRE la que paga y juzga la procedencia de las licencias, asumiendo los roles de juez y parte; este sistema perverso induce al fraude, concluyó, y llamó a regular el control ético de los profesionales de la salud y de los prestadores, para lo cual propuso restablecer el rol del Colegio Médico, o instaurar otra instancia debidamente regulada.

Al momento de proceder a la votación en general, varios señores Senadores plantearon diversas observaciones y reparos al proyecto y expresaron que concurrían a la aprobación de la idea de legislar, en el entendimiento de que el Ejecutivo se hará cargo de los mismos en tiempo útil para introducir en el articulado las correcciones y precisiones que materialicen los acuerdos alcanzados en el seno de la Comisión. El señor Ministro de Salud estuvo de acuerdo en consignar en el presente informe las cuestiones controvertidas y los compromisos alcanzados, pero señaló que no le sería posible formular materialmente las indicaciones pertinentes antes de la aprobación por el Senado de la idea de legislar, pues espera que esto ocurra en el curso de la presente semana, a cuyo efecto el Ejecutivo adoptará las medidas correspondientes en cuanto a la urgencia que se imprimirá al proyecto.

Los aspectos de la iniciativa que pueden ser mejorados se refieren a las garantías que se exigirán a las ISAPRES, para que sean eficaces e incluyan también las obligaciones pendientes con prestadores; las facultades de la Superintendencia; la suerte que correrán los afiliados en caso de quiebra de una ISAPRE, y que en la eventual asignación de cartera también participe el FONASA; la posible intervención en la

industria del seguro de salud de las compañías de seguros y las mutuales de seguridad; preexistencias y exclusiones; planes cerrados; licencias médicas, e integración vertical de ISAPRES y clínicas privadas.

Los puntos de vista sobre algunas de estas cuestiones resultaron compartidos por los integrantes de la Comisión, en tanto que, respecto de otras, las visiones fueron divergentes.

Así, por ejemplo, en cuanto a la integración vertical, la mayoría de la Comisión consideró que se trata de algo legítimo, en la medida que prestadores y aseguradores operen con independencia, persigan cada uno los objetivos que les son propios y cuenten con gerencia y contabilidad separadas, de manera de evitar subsidios ocultos o ahorro de costos cruzados. Se hizo presente que la figura de la integración es de carácter jurídico y su finalidad es prevenir el fraude tributario. Por otra parte, una norma legal que pretenda prohibirla puede ser fácilmente eludida por la vía contractual.

El señor Ministro de Salud manifestó que el expuesto es el entendimiento que el Ejecutivo da al tema de la integración vertical.

En sentido opuesto se manifestó el Honorable Senador señor Ruiz-Eskuide, quien declaró su total oposición a la integración vertical entre aseguradores y prestadores, porque en la práctica las cosas no se dan como las enuncia la teoría y quienes resultan perjudicados con ella son los usuarios, que ven encarecerse los precios o que se les requieren prestaciones innecesarias. Señaló que en el sector público la situación no es similar, y por ello en él puede darse la integración, pues se ejecutan también acciones de salud preventivas, lo que no se hace en el sector privado.

Por los mismos motivos, manifestó su rechazo a la existencia de planes de salud cerrados, al aceptar los cuales el usuario carece de una auténtica libertad de elegir a los prestadores.

En contrario, se hizo presente que la libertad primordial del afiliado nunca se pierde, ya que se ejerce al momento de contratar el plan de salud, oportunidad en la cual puede optar sin restricciones por un plan abierto, cerrado o mixto. Pero nadie puede pretender que, una vez escogido un plan mixto o cerrado, se le reconozca una opción de libre elección.

El señor Superintendente de ISAPRES dio cuenta de que el Ejecutivo ha estado realizando rondas de conversaciones con los diferentes actores que intervienen en este ámbito, las que comprenden al menos los temas de las garantías, las facultades de la autoridad y el destino de los afiliados en caso de quiebra o cancelación del registro de una

Institución. En esos aspectos hay relativo consenso en orden a que deben existir planes de contingencia, que comprendan objetivos, plazos y sanciones; se deben establecer indicadores de solvencia más exigentes respecto de liquidez y relación deuda patrimonio; alternativas como aumento de capital; en caso que todas las medidas preventivas y de fiscalización no den resultados, está la facultad de la Superintendencia para intervenir la Institución y para licitar la misma o su cartera; por último, el Ejecutivo plantea la posibilidad de adjudicar aleatoriamente la cartera a otra ISAPRE, la que sólo estará obligada a dar a los nuevos afiliados el plan existente que se pueda pagar con la cotización que aquéllos aportan. En este último punto incide la observación del Honorable Senador señor Boeninger, que algunos miembros de la Comisión compartieron, en el sentido de que en la adjudicación aleatoria, además de las ISAPRES, participe el FONASA.

Sobre este mismo asunto, se hizo presente que no es justo que, en caso de quiebra de una ISAPRE, el Fisco no asuma la parte del costo que le corresponde por el hecho de contar con facultades fiscalizadoras preventivas, comunes a todos los sistemas en que está envuelta la fe pública. Así, si quiebra un Banco, los depósitos de los pequeños ahorrantes están garantizados por el Estado, y si es una compañía de seguros, el Estado cauciona una pensión mínima a los asegurados titulares de una pensión bajo la forma de renta vitalicia.

En lo tocante a las licencias médicas, materia en la cual las cifras entregadas por la Asociación de Isapres demuestran que hay evidentemente abusos, el señor Ministro declaró que el problema excede la competencia de su cartera, puesto que involucra también a los Ministerios del Trabajo y de Hacienda, y que él no puede ser resuelto en el presente proyecto, sino que en una iniciativa aparte.

Sobre carencias y exclusiones, se entendió que quienes sufran alguna patología y deban cambiarse forzosamente de ISAPRE no deberán soportar nuevos períodos de falta de cobertura.

Puesta en votación la idea de legislar, el proyecto fue aprobado en general por cuatro votos a favor, de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Espina, Ríos y Viera-Gallo, y la abstención del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.

TEXTO DEL PROYECTO APROBADO EN GENERAL

Se transcribe a continuación el texto del proyecto, **en los mismos términos en que fue aprobado por la Cámara de Diputados**, cuya aprobación en general propone vuestra Comisión.

PROYECTO DE LEY:

“Artículo 1°.- Introdúcense las siguientes modificaciones en 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) Agréganse, a continuación de la letra h), las siguientes letras 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) En el artículo 3°:

a) Agréganse, en el inciso primero, a continuación del numeral 13, los siguientes números 14 a 19, nuevos:

"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 regirá 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 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) En el inciso tercero del artículo 38:

a) Sustitúyese la primera parte entre las palabras "Anualmente" e "Institución", por lo 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.”.

b) Intercálase la expresión "de precios" entre los términos:
- "con las adecuaciones" y "propuestas por la Isapre", y
- "condiciones equivalentes" y "pudiendo el afiliado".

c) Agrégase la siguiente oración final: “Las modificaciones de los beneficios contractuales solo podrán efectuarse por mutuo acuerdo de las partes.”.

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

15) 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.”.

16) 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.”.

17) 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.”.

18) 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 Isapres 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 Previsional, 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."

19) 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 número 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.”.

20) 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.”.

21) 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.

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.”.

22) 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.”.

23) 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 contado 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.”.

24) 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.”.

25) Sustitúyense los incisos primero y segundo del artículo 46 bis, por los siguientes:

“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.

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.”.

26) 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 Isapres 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 cuarto del artículo 38.”.

Acordado en sesiones de fechas 29 de abril, 6 y 12 de mayo de 2003, con asistencia de los Honorables Senadores señora Evelyn Matthei Fornet (Presidenta), Alberto Espina Otero, Mario Ríos Santander, José Antonio Viera-Gallo Quesney y Mariano Ruiz-Esquide Jara.

Sala de la Comisión, a 12 de mayo de 2003.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario de la Comisión

RESUMEN EJECUTIVO

PRIMER INFORME DE LA COMISION DE SALUD RECAIDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN SEGUNDO TRAMITE CONSTITUCIONAL, QUE MODIFICA LA LEY N° 18.933, SOBRE INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL. (BOLETIN N° 2.981-11).

I. PRINCIPALES OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO

POR LA COMISIÓN: de acuerdo al tenor del Mensaje que le da origen, la presente iniciativa legal tiene las siguientes finalidades:

- limitar las alzas de precios de los planes de salud de los cotizantes denominados “cautivos”, sea por su edad, sea por su estado de salud, sujetándolos a un índice definido por la Superintendencia;
- mantener el contrato de salud para las cargas, cuando el cotizante fallece;
- mantener la protección de salud para beneficiarios que pasan a ser cotizantes porque comienzan a percibir ingresos, los que suelen ser rechazados por los antecedentes de salud que obran en poder de la ISAPRE;
- uniformar los aranceles, a fin de evitar su proliferación en miles de planes diferentes, lo que dificulta la comprensión por parte de los usuarios y el control de la Superintendencia;
- dotar a ésta de nuevas y más flexibles herramientas para precaver riesgos que afecten los derechos de los cotizantes y sus beneficiarios, permitiéndole recabar oportunamente hechos e información relevante y confiable sobre la situación financiera de las Instituciones, disponer auditorías externas, conforme a los parámetros de las sociedades anónimas abiertas y controlar los traspasos de cartera;
- elevar el máximo de las multas de 500 a 1.000 unidades de fomento; otorgar a los cotizantes el derecho a permanecer en el sistema privado, cuando a su ISAPRE se le cancele el registro, pudiendo incorporarse a la ISAPRE de su elección, en lugar de ser expulsados al FONASA, y transparentar la actividad de los agentes de ventas de planes de salud.

II. ACUERDOS: aprobado en general, con 4 votos a favor y una abstención.

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN: tres artículos permanentes, el primero de los cuales se compone de 26 numerales, y 3 artículos transitorios.

IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL: no hay.

V. URGENCIA: simple.

VI. ORIGEN INICIATIVA: mensaje del Presidente de la República, iniciado en la Cámara de Diputados.

VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL: segundo.

VIII. APROBACIÓN POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS: aprobado en general, por 82 votos a favor, en sesión del 7 de enero de 2003.

IX. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO: 3 de mayo de 2003.

X. TRÁMITE REGLAMENTARIO: primero, discusión en general.

XI. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:

- Artículo 19, Nº 9º, de la Constitución Política de la República, que garantiza el derecho a la protección de la salud.
- Ley Nº 18469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud.
- Ley Nº 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por ISAPRES.

Valparaíso, 12 de mayo de 2003.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario de la Comisión

INDICE

	Páginas
Objetivos fundamentales y estructura del proyecto	2
Antecedentes de derecho	3
Discusión y aprobación en general	3
Texto del proyecto	9
Resumen Ejecutivo	24
Indice	26