

Mensaje de S.E. el Presidente de la República con el que se inicia un proyecto de ley que modifica la ley N° 18.933, sobre instituciones de salud previsional. (boletín N° 2981-11)

“Honorable Cámara de Diputados:

En uso de mis facultades constitucionales, vengo en proponer a esa honorable Corporación un proyecto de ley que tiene por objeto introducir modificaciones a la ley N° 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional.

I. ANTECEDENTES.

Las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) fueron creadas en el año 1981. Más de 20 años han pasado desde entonces. Es un tiempo más que suficiente para reflexionar seriamente sobre cuál es el modelo de salud que queremos para el país.

Tal como lo señalé en el Mensaje del 21 de mayo pasado, uno de los aspectos que, necesariamente, deben formar parte de una reforma a la salud, como la que proponemos, dice relación con el sistema de Instituciones de Salud Previsional.

En efecto, en estas dos décadas hemos asistido a un vigoroso crecimiento de la industria sanitaria y aseguradora privada.

Es así como, a diciembre de 2001, el sistema de instituciones de salud previsional contaba con 22 Isapres, de las cuales 14 son abiertas y 8 son cerradas. Todas éstas otorgan cobertura a cerca de 2,941 millones de beneficiarios, es decir, aproximadamente a un 19,5% de la población del país. De ellos 1,295 millones son cotizantes y 1,646 millones son cargas.

A la misma fecha, la cotización promedio mensual devengada alcanza aproximadamente a \$ 44.300, lo que representa, en promedio, un 9,2% de la renta imponible

de los afiliados.

La distribución de los cotizantes por quintiles de ingresos muestra que éstos pertenecen en un 58% a los quintiles superiores, IV y V; no obstante, un 7,2% también proviene del quintil de menores ingresos.

La distribución por sexo de los cotizantes del sistema muestra un 65,4% de hombres y un 34,6% de mujeres, lo que es similar a la distribución por sexo de la fuerza de trabajo nacional.

La distribución por edad de los cotizantes muestra que su edad promedio es de 40,2 años, donde aproximadamente un 5,4% son adultos mayores. Sin embargo, el porcentaje de población de adultos mayores del país que son beneficiarios del sistema alcanza al 8,4% del total. Este dato muestra, por sí solo, la dificultad de los adultos mayores para permanecer en el sistema de Isapres.

Según la ley vigente, las Isapres están obligadas a generar planes de salud de acuerdo a la cotización obligatoria de salud, que actualmente corresponde al 7% de la renta imponible.

Al mismo tiempo, están facultadas para revisar los contratos de salud que correspondan, pudiendo adecuar sus precios, prestaciones convenidas y la naturaleza y el monto de sus beneficios. Esto genera incluso planes que exigen de los afiliados un pago adicional, planes cuyos precios reconocen actualmente el gasto esperado por cada beneficiario, dando origen a la discriminación.

Esta discriminación de precios, que se manifiesta, además, en la generación de planes de salud de baja cobertura -problema abordado en el proyecto de ley que sancionará al Régimen de Garantías de Salud- no obedece a criterios conocidos por la población, ni existe, a su respecto, posibilidades de control ni sanción.

Todo lo anterior ha permitido la creación de los miles de planes de salud vigentes. A diciembre de 2001, las Isapres informaron más de 30.000 planes a la Superintendencia del ramo; en ellos al menos existe un afiliado. Además, se comercializan anualmente unos 10 mil nuevos planes.

Los problemas de transparencia y confianza que esto ha generado es de público conocimiento, y ha sido reconocido tanto por encuestas de opinión pública, como las realizadas por Adimark para la Superintendencia de Isapres, como por el Acuerdo de la Cámara de Diputados de enero de 2001, relativo a los cambios necesarios en el Sistema Isapre.

Es importante señalar que, si bien los ingresos de las Isapres han aumentado constantemente a través del tiempo, sus costos operacionales, sin embargo, han crecido a una tasa mayor, desde un 74,8% de los ingresos operacionales en 1990, hasta 83,5% en 2001, explicado principalmente por el aumento en el costo total de las prestaciones.

En definitiva, todas estas situaciones no hacen más que reafirmar que en nuestro país se ha dado lugar a la existencia de un sistema privado que se orienta hacia la población de mayores ingresos, generando una desigual distribución de la población protegida entre el Sistema Público, representado por el Fonasa, y las Isapres.

Es así como, si bien durante los gobiernos de la Concertación hemos logrado aprobar e implementar modificaciones al sistema privado, aún nos queda por introducir las reformas necesarias para alcanzar mayores niveles de solidaridad y equidad.

II. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Los principales objetivos del proyecto son:

1. Limitar alzas de precios: El caso de los denominados cotizantes cautivos.

Cuando un afiliado enfrenta el proceso de adecuación de su plan de salud, contemplado en el artículo 38 de la ley vigente, tiene el derecho de aceptar o rechazar la proposición formulada por la respectiva institución de salud previsual.

Siendo esencial la voluntad del cotizante para la ponderación y aceptación o rechazo de la adecuación propuesta, existen situaciones en que dicha voluntad se ve severamente afectada por razones de edad, o por la

existencia de antecedentes de salud suyos o de algunos de sus beneficiarios. En efecto, dichos antecedentes pueden llegar a impedir o restringir la posibilidad de contratar con otra institución de salud previsional, viéndose forzado el cotizante a aceptar tal adecuación para no ser expulsado del sistema privado de salud. Lo señalado anteriormente configura una situación de "cautividad" al interior de la Isapre a que se está afiliado.

Con el objeto de proteger a los cotizantes que se encuentren en esta situación, se propone limitar el alza de precio de los contratos de cotizantes cautivos, sujetándola a un índice máximo que será definido por la Superintendencia de acuerdo a reglas de general aplicación.

2. Mantener el contrato de salud para las cargas, cuando el cotizante fallece.

Un segundo objetivo que persigue el proyecto de ley, busca disminuir los efectos que actualmente tiene para los beneficiarios la muerte del cotizante en el sistema Isapre. El principal de estos efectos es el término del contrato de salud y, consecuentemente, el desamparo previsional en que, por regla general, quedan quienes aparecen identificados en los documentos contractuales como cargas de aquél.

La iniciativa busca garantizar a los beneficiarios, dentro del sistema Isapre, el acceso a las atenciones de salud en el período inmediatamente posterior a la muerte del cotizante.

3. Mantener, sin restricciones, la protección de salud para el beneficiario que pasa a ser cotizante.

A continuación, el proyecto busca solucionar la situación que afecta a las personas que han sido beneficiarias legales de una Isapre y que, a raíz de sus antecedentes de salud, no son admitidas por la misma institución como titulares de un contrato cuando comienzan a percibir ingresos.

La situación descrita se ha vuelto cada vez más frecuente al interior del sistema y afecta especialmente a las mujeres que se reintegran a la actividad laboral después de un período destinado al

cuidado de los hijos como, asimismo, a los jóvenes que dejan de ser cargas de sus padres y se incorporan a la actividad laboral.

La propuesta pretende evitar que aquellas personas que han sido beneficiarias del sistema privado de salud durante largos períodos, sean expulsadas exclusivamente porque son portadoras de ciertos antecedentes de salud, por lo general, originados cuando ya eran beneficiarias de la institución.

4. Uniformidad de aranceles.

La normativa legal vigente contempla la libertad de las instituciones para configurar y valorizar sus aranceles, es decir, los listados de prestaciones que se utilizan para determinar el financiamiento de las atenciones de salud, con la única limitación de que éstos contengan, a lo menos, las mismas prestaciones contempladas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud, en su modalidad de libre elección.

Dicha libertad se traduce en una gran diversidad en la forma, contenido, valores y reajustabilidad de los aranceles de las distintas instituciones. Incluso, muchas de ellas han generado aranceles diferenciados para distintos planes de salud, habiéndose convertido, en la práctica, en un reflejo de políticas comerciales y de compensación de las instituciones, más que en listados de prestaciones con precios de referencia de mercado.

La multiplicidad de aranceles no sólo dificulta considerablemente su conocimiento y comprensión por parte de los usuarios sino, además, el ejercicio de las funciones de supervigilancia y control de la Superintendencia.

El proyecto, en esta parte, busca uniformar tales aranceles, avanzando hacia un arancel único para el Sistema Isapre.

5. Dotar a la Superintendencia de nuevas herramientas que permitan precaver situaciones riesgosas para los derechos de las personas.

Las amonestaciones, las multas y la posibilidad de cancelar el registro de una Isapre, son instrumentos sancionatorios previstos en los artículos 45 y 46 de la

ley N° 18.933.

Tales sanciones tienen por finalidad reprimir el incumplimiento por parte de las Instituciones fiscalizadas de las obligaciones que les impone la ley, de las instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes pronunciados por la Superintendencia y, en el extremo, a poner término al funcionamiento de una Isapre que no cuente con los fondos de garantía o patrimoniales mínimos para operar, o que incumpla grave y reiteradamente sus obligaciones legales y reglamentarias.

Lo anterior, refleja la existencia en la ley de Isapres de un sistema sancionatorio que transita drásticamente desde las amonestaciones y multas, a la cancelación del registro de la Institución de Salud, lo que impide abordar en forma adecuada y eficiente toda la gama de situaciones intermedias en que, la aplicación de amonestaciones o multas resulta insuficiente, y la cancelación de un registro, un acto improcedente o exagerado.

Para tales efectos, por una parte, se busca dotar de facultades a la Superintendencia para que intervenga ante situaciones financieras deficitarias o complejas que afectan a las instituciones de salud previsional que, si bien es cierto, no configuran, en sí mismas, causales de cancelación del registro, sí pueden poner en grave riesgo el ejercicio de los derechos de los beneficiarios.

De esta forma, la autoridad fiscalizadora contará en forma oportuna y completa con la información relevante para resguardar el cumplimiento de los contratos de salud y adoptar las medidas adecuadas para el logro de dicho fin.

En segundo lugar, se pretende contar con mayores niveles de confiabilidad de la información financiera-contable de las instituciones, que otorgue mayores niveles de confiabilidad y transparencia.

Dicha información permitirá adoptar rápida y fundadamente, las medidas que procedan frente a situaciones financieras críticas que pudieran alterar el normal funcionamiento de las instituciones.

En tal sentido, el proyecto diseña un esquema de auditoría externa de acuerdo al parámetro más exigente de la industria nacional, que corresponde al de las sociedades anónimas abiertas, y confiere atribuciones a la Superintendencia respecto de estos auditores a fin de que, entre otras materias, pueda requerirles informes específicos e impartirles instrucciones respecto al contenido de los mismos.

Por esta vía, se pretende perfeccionar la regularidad y veracidad de la información financiera de las instituciones fiscalizadas y, paralelamente, maximizar los recursos que la Superintendencia emplea en la auditoría de las instituciones, focalizándolos en las materias relativas al otorgamiento de los beneficios contractuales de los beneficiarios.

En tercer lugar, existe la necesidad de que la Superintendencia intervenga en aquellos traspasos de cartera que se producen con motivo de ventas, fusiones y/o absorciones entre las empresas fiscalizadas, para garantizar que dichos procesos comerciales se realicen de forma tal que no afecten los derechos de los afiliados y beneficiarios involucrados en éstos.

En cuarto lugar, y en un símil con otros organismos fiscalizadores, se dota a la Superintendencia de la potestad de conocer los hechos relevantes que afectan, o pudieran afectar, a las Isapres.

Lo anterior se justifica, por cuanto, abandonando un rol meramente asegurador y de financiamiento de las prestaciones, en los últimos años las instituciones han llegado a materializar una serie de operaciones comerciales tendientes a controlar mejor los costos en salud y lograr economías de escala.

Dichas operaciones se han traducido en la adquisición de la propiedad de otras instituciones de salud, o en la participación en éstas con el fin de controlarlas sin llegar a la fusión entre ellas.

En este contexto, las facultades de supervigilancia y control que otorga la actual ley de Isapres a la Superintendencia, no le permiten exigir a las instituciones de salud toda la información sobre hechos esenciales o relevantes de sus negocios.

Dada la diversificación y complejidad de las operaciones comerciales desarrolladas por las Isapres, la autoridad fiscalizadora está en una situación de franca desventaja porque se ve impedida de efectuar una revisión integral de la fortaleza patrimonial de dichas instituciones, siempre orientada al resguardo del cumplimiento de las estipulaciones de los contratos de salud y a la protección de los derechos y obligaciones emanadas de éstos.

En quinto lugar, se faculta a la Superintendencia para aplicar multas de hasta 1.000 unidades de fomento.

El fundamento de esta última propuesta descansa en el hecho de que, aunque el artículo 45 de la ley N° 18.933, faculta a la Superintendencia para aplicar sanciones a las entidades fiscalizadas -amonestaciones o multas-, en los casos de incumplimiento de las obligaciones que impone la ley, instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes, el monto máximo de multa previsto de 500 UF es insuficiente para generar un efecto disuasivo en el sistema en general, y en cada entidad fiscalizada en particular.

En efecto, la experiencia ha demostrado que la aplicación de la sanción de máxima envergadura no constituye un desincentivo relevante para evitar que las Isapres incurran en conductas infraccionales.

6. Otorgar el derecho de los cotizantes de permanecer en el sistema privado, cuando a su Institución se le ha cancelado el registro.

De acuerdo a lo dispuesto en el actual artículo 47 de la ley N° 18.933, en los casos de cancelación del registro de una Isapre, los cotizantes de ésta se ven expulsados del sistema privado de salud por causas ajenas a su voluntad, quedando afectados por el solo ministerio de la ley al régimen del Fondo Nacional de Salud.

La aplicación de este traspaso automático y legal de los cotizantes y beneficiarios de la Isapre, cuyo registro se cancela, al Fondo Nacional de Salud, genera una serie de inconvenientes y desventajas, tales como la pérdida de la antigüedad de los contratos; la imposibilidad de los cotizantes cautivos por edad o

enfermedad, de reingresar al sistema privado de salud; y una recarga injustificada a un sistema público que se ve obligado a subsidiar una situación de colapso que debería ser abordada al interior del sistema Isapre por el conjunto de sus actores.

Atendiendo a lo anterior, las principales reformas en esta materia apuntan a otorgar a los cotizantes de la Institución cuyo registro ha sido cancelado por resolución ejecutoriada, el derecho a incorporarse a la institución de salud previsional que elijan.

7. Transparentar la actividad de los agentes de ventas.

Paralelamente, el proyecto pretende regular la actividad de los agentes de ventas, dado el importante rol que éstos desempeñan en los distintos procesos contractuales, como orientadores de las decisiones de los potenciales contratantes o de los cotizantes y, asimismo, dada la necesidad de aumentar la transparencia del sistema asegurando la existencia de profesionales de mayor idoneidad y preparación.

III. CONTENIDO DEL PROYECTO.

Analizados los objetivos del proyecto, corresponde precisar su contenido.

1. Alzas de precios.

En primer lugar, el proyecto establece que, tratándose de contratos de cotizantes cautivos, el alza del precio del respectivo plan de salud, no podrá superar el índice que, al efecto, anualmente establezca la Superintendencia, conforme a normas de general aplicación.

Dicho índice deberá contemplar, entre otras cosas, el cambio en el costo de las prestaciones de salud; el cambio en la frecuencia de utilización de las mismas; el cambio en el gasto derivado del uso de subsidios por incapacidad laboral; y el cambio en el ingreso operacional de las Isapres.

2. La situación del cotizante que fallece.

El proyecto plantea, en seguida, la mantención de los beneficios contractuales, por un período no

inferior a un año, para las cargas del cotizante que fallece y siempre que el deceso ocurra después de un año de vigencia ininterrumpida de su contrato.

Asimismo, la reforma dispone que, una vez vencido el plazo indicado, la Isapre estará obligada a ofrecer a los beneficiarios que lo requieran, la suscripción de un plan de salud en las condiciones que se regulan.

3. La situación del beneficiario que pasa a ser cotizante.

Por otra parte, la propuesta otorga a los beneficiarios que comienzan a trabajar, la opción de permanecer como cotizantes en la Isapre de la que eran beneficiarios, y le impone a la institución respectiva la obligación de suscribir con ellos un contrato de salud previsional, ofreciéndoles un plan de salud que, como mínimo, se ajuste al monto de la cotización legal que generen.

Asimismo, el proyecto prohíbe a la Isapre aplicar nuevas restricciones al momento de suscribir el contrato o de exigir una nueva declaración de salud, lo que encuentra su fundamento en la continuidad de la condición de beneficiario de la institución.

4. Incorporación de un arancel común y obligatorio para las Instituciones de Salud Previsional.

De otro lado, la reforma propuesta plantea la existencia de un arancel único y obligatorio para todas las instituciones, que contemplará las prestaciones incluidas en el arancel del Fonasa en su modalidad de libre elección, y que será elaborado por la Superintendencia de Isapres.

5. Nuevas atribuciones de fiscalización.

A través de la presente reforma, se dota a la autoridad de las facultades para que, ante la constatación de situaciones asociadas al incumplimiento de ciertos indicadores de liquidez, endeudamiento y gestión operativa de las Isapres, se pueda someter a dichas instituciones a un régimen especial de supervigilancia y control.

6. Nombramiento de auditores externos.

El proyecto, a continuación, dispone que las Isapres 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.

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.

7. Traspaso de carteras.

La reforma reconoce expresamente la posibilidad de transferir la totalidad de los contratos de salud, otorgando a la Superintendencia facultades para regular a través de instrucciones generales, la forma en la que debe efectuarse la transferencia y para aprobar las operaciones de esta naturaleza que efectúen las Isapres.

Asimismo, resguarda los derechos y obligaciones que emanan de los contratos cedidos y el derecho de los afiliados a oponerse a dicha transferencia, impidiendo que éstos se vean afectados con otras restricciones distintas a las que se encontraban en curso, o con la exigencia de una nueva Declaración de Salud.

8. La situación de los beneficiarios, ante la cancelación del registro de la Isapre.

El proyecto establece que, cancelado el registro de una Isapre, el afiliado tendrá el derecho a incorporarse a la Institución que elijan.

En tales casos, la Isapre escogida estará obligada a aceptar la incorporación del cotizante y sus beneficiarios, suscribiendo el contrato de salud respectivo, y a ofrecer a éste un plan de salud cuyo precio se ajuste a la cotización vigente en la Isapre anterior al momento de la cancelación de su registro.

Asimismo, se establecen ciertos resguardos en favor de los afiliados que ejerzan este derecho, impidiendo a las instituciones que los graven con exclusiones y/o

con restricciones adicionales a las que están en curso en virtud del contrato anterior, y que se les exija una nueva Declaración de Salud.

9. Hechos relevantes.

Por otro lado, se introduce la obligación de las instituciones de 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, especificando que la forma de dar cumplimiento a esta obligación queda supeditada a lo que el organismo fiscalizador determine mediante instrucciones de general aplicación.

10. Aumento en el monto de las multas.

Las modificaciones a la ley en este aspecto, dicen relación con el fortalecimiento de la capacidad sancionadora de la Superintendencia por la vía de aumentar el monto máximo de las multas aplicables de 500 unidades de fomento a 1.000 unidades de fomento; y sancionando la reiteración de las infracciones con la aplicación de multas de hasta cuatro veces el monto máximo señalado.

11. Agentes de ventas.

En esta materia, se propone el establecimiento de requisitos legales para el ejercicio de la actividad de agente de ventas; la mantención por parte de la Superintendencia de un registro de éstos; y el otorgamiento de facultades para que dicho organismo pueda sancionarlos, en caso de incumplimiento de las obligaciones que les impone la ley o las instrucciones, resoluciones y dictámenes de la misma Superintendencia.

12. Simplificación y unificación de procedimientos, en materia de licencias médicas.

Actualmente, los trabajadores afiliados a una Isapre y sus empleadores, pueden reclamar ante la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin), por el cálculo del subsidio por incapacidad laboral y en contra de las resoluciones de las Isapres que aprueben, rechacen o modifiquen una licencia médica.

De lo resuelto por la Compin, se puede, a su vez, reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social, desde el momento que los Servicios de Salud y las

Isapres, al autorizar las licencias médicas y otorgar los subsidios por incapacidad laboral, desarrollan una labor de índole previsional.

Lo anterior trae como consecuencia que, en el caso de los trabajadores afiliados a una Isapre, disponen de tres instancias en el proceso de autorización de una licencia médica y pago de subsidio.

Por el contrario, los trabajadores que cotizan en el Fondo Nacional de Salud, sólo tienen dos instancias: la Compin y la Superintendencia de Seguridad Social.

El proyecto, en esta materia, considera la uniformación del procedimiento para todos los trabajadores, estableciendo que, de lo resuelto por la Isapre, el trabajador o su empleador podrá reclamar directamente a la Superintendencia de Seguridad Social.

13. Otras materias.

El proyecto contempla otras materias destinadas a aumentar las facultades de la Superintendencia en diversas áreas, y a perfeccionar los beneficios que otorga el sistema.

Así, en primer término, para el adecuado cumplimiento de las modificaciones que se introducen al sistema, el proyecto dota a la Superintendencia de la facultad de elaborar índices, estadísticas y estudios relativos a las instituciones y al sistema privado de salud.

En segundo lugar, se le confieren facultades para requerir de los prestadores públicos y privados, las fichas clínicas y otros antecedentes necesarios para resolver los reclamos de carácter médico que son sometidos a su conocimiento.

IV. LA NECESARIA COMPLEMENTARIEDAD CON EL PROYECTO DE LEY QUE CREA EL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD.

El Gobierno tiene la voluntad de que el conjunto de cambios que se impondrán al sistema Isapre en materia de beneficios, como el que se establece en el Régimen de Garantías de Salud, se implementen de la manera más coordinada y transparente posible.

En efecto, las reformas propuestas en este proyecto

de ley resultan complementarias a las contenidas en el que instaura el Régimen de Garantías en Salud, enviado en mayo de 2002 a ese honorable Parlamento.

En dicho proyecto, se propone que las modificaciones a los contratos de salud, tanto en lo relativo a los beneficios obligatorios, es decir, el Régimen de Garantías en Salud y las prestaciones y beneficios del Arancel Fonasa en su Modalidad Libre Elección; como a los beneficios del Plan Complementario, se efectúen, obligatoriamente y para todos los afiliados a las Isapres, a más tardar dentro de 6 meses contados desde la publicación del decreto que fija del Régimen de Garantías en Salud.

Por otro lado, será, también, ése el momento en el cual los afiliados tendrán la posibilidad de desafiliarse de su Isapre.

Con lo anterior, por una parte, se darán garantías a la población acerca de la estabilidad de los beneficios contemplados en sus contratos de salud. Ello, por cuanto dichos contratos, siendo de duración indefinida, sólo podrán ser modificados por las Isapres en el momento y plazos antes descritos, es decir, cada 3 años.

Por otro lado, se conseguirá reducir los elevados costos de administración de las Isapres. Cabe tener presente que durante el año 2001, dichos costos alcanzaron a un 20,9% de las cotizaciones obligatorias recaudadas y a un 15,9% de los ingresos operacionales totales.

En mérito de lo anteriormente expuesto, someto a vuestra consideración, el 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) y j), nuevas:

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

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 un plan complementario con otra Institución de Salud Previsional."

2) En el artículo 3°:

a) Incorpóranse, a continuación del numeral 13, los siguientes números 14 a 18, 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 resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia, por los afiliados o beneficiarios de las instituciones fiscalizadas."

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) Intercálase, a continuación del artículo 25, el siguiente artículo 25 bis, nuevo:

"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."

4) Sustitúyense los incisos primero al séptimo del artículo 26, por los siguientes, pasando los actuales octavo y noveno a ser séptimo y octavo, respectivamente:

"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.

Para mantener actualizada dicha garantía, 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, 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 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."

5) 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) Modifícase la letra d), del inciso segundo, del artículo 33 del siguiente modo:

i. Suprímese, en el párrafo primero, desde la palabra “Asimismo” y hasta la expresión “reemplace.”, pasando el primer punto seguido (.) a ser punto aparte (.).

ii. Reemplázase, en el párrafo segundo, la expresión “referido arancel”, por la siguiente: “arancel a que se refiere el artículo 34”.

6) Intercálase el siguiente artículo 34, nuevo, 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.

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, anualmente 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 valor de dichas prestaciones podrá expresarse en pesos, en unidades de fomento o en el monto del valor de la prestación que es de cargo del afiliado.”.

7) Reemplázase, en el inciso segundo del actual 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”.

8) 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".

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".

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

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

11) Intercálase, a continuación del artículo 38, el siguiente artículo 38 bis, nuevo:

"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. Tratándose de contratos de cotizantes cautivos, el alza del precio del respectivo plan de salud, no podrá superar el índice que, al efecto, anualmente establezca la Superintendencia, conforme a normas de general aplicación.

Dicho índice deberá contemplar, entre otras cosas, el cambio en el costo de las prestaciones de salud; el cambio en la frecuencia de utilización de las mismas; el cambio en el gasto derivado del uso de subsidios por incapacidad laboral; y el cambio en el ingreso operacional de las Isapres."

12) Intercálase, en el artículo 41, a continuación del

inciso segundo, el siguiente inciso tercero, nuevo, pasando el actual a ser inciso cuarto:

“Con todo, en el evento de 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.”.

13) Intercálase, a continuación del artículo 41, el siguiente artículo 41 bis, nuevo:

“Artículo 41 bis.- En el evento de 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 de 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.”.

14) Intercálase, en el Párrafo 5° y antes del artículo 43, el siguiente artículo 42 bis, nuevo:

“Artículo 42 bis.- Las personas que deseen desarrollar la actividad de agente de ventas, deberán cumplir 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, suspensión de sus funciones hasta por un año o cancelación de su inscripción en el registro.”.

15) Intercálase, a continuación del artículo 44, los siguientes artículos 44 bis y 44 ter, nuevos:

“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.”.

16) 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.”.

17) Intercálase, a continuación del artículo 45, el siguiente artículo 45 bis, nuevo:

“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 este organismo establezca en una instrucción dictada al efecto. Una vez subsanada dicha situación de incumplimiento, se alzarán las medidas adoptadas.

Sin perjuicio de lo anterior, la Institución 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 mismo.

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.”.

18) Agrégase, en el artículo 46, el siguiente inciso segundo, nuevo:

“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.”.

19) 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 una declaración jurada, reducida a escritura pública, en la que se detallarán las obligaciones actualmente exigibles con los cotizantes y sus cargas y demás

beneficiarios y la Superintendencia. Con todo, para efectuar la solicitud, la Institución deberá transferir la totalidad de sus contratos de salud y cartera de afiliados y beneficiarios, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 44 ter.".

20) Intercálase, a continuación del artículo 47, el siguiente artículo 47 bis, nuevo:

"Artículo 47 bis.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 47, una vez a firme la resolución de cancelación del registro, los cotizantes tendrán derecho a incorporarse a la Institución de Salud Previsional que elijan, la que estará obligada a suscribir con ellos los respectivos contratos de salud previsional y a ofrecerles el plan de salud en actual comercialización, cuyo precio más se ajuste al monto de la última cotización pactada con la institución cuyo registro se canceló.

En los contratos de salud que se suscriban en virtud de esta disposición, no podrán convenirse las exclusiones y restricciones de cobertura que esta ley prevé para las enfermedades preexistentes, ni establecerse la exigencia de una declaración de salud.

Los cotizantes podrán ejercer el derecho a que se refiere este artículo, hasta el último día hábil del mes siguiente a aquél en que quedó ejecutoriada la resolución de cancelación del registro, requiriendo su incorporación a la Institución escogida, la que deberá, dentro de los cinco días hábiles siguientes, poner a disposición de los interesados los documentos necesarios para la celebración del contrato. Estos contratos surtirán efectos inmediatos."

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.”.

Dios guarde a V.E.,

(Fdo.): RICARDO LAGOS ESCOBAR, Presidente de la República; OSVALDO ARTAZA BARRIOS; Ministro de Salud, RICARDO SOLARI SAAVEDRA, Ministro del Trabajo y Previsión Social; NICOLÁS EYZAGUIRRE GUZMÁN, Ministro de Hacienda”.

INFORME FINANCIERO

PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA LA LEY N° 18.933, SOBRE INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL

Mensaje N° 82-347

La presente iniciativa legal contempla modificaciones para perfeccionar el funcionamiento de las instituciones de salud previsional, las que, en conjunto, con las modificaciones incluidas en el proyecto de ley que establece el régimen de garantías en salud, permitirán alcanzar mayores niveles de solidaridad y equidad en el sector.

El presente proyecto de ley considera modificaciones orientadas a, entre otros aspectos, limitar las alzas de precios de los planes ofrecidos por las instituciones de salud previsional, uniformar sus aranceles, y transparentar la actividad de los agentes de ventas. Todas estas regulaciones no presentan costo fiscal.

Asimismo, parte sustancial del proyecto se aboca a la introducción de modificaciones que dotan a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional de nuevas herramientas que permitan precaver situaciones riesgosas para los derechos de los usuarios. Este fortalecimiento de la Superintendencia se realizará con cargo a reasignaciones en el

presupuesto anual de la partida Ministerio de Salud.

Conforme a lo señalado, este proyecto de ley no presenta costo fiscal para el año 2002.

(Fdo.): MARIO MARCEL CULLELL, Director de Presupuestos".