

VALPARAISO, 15 de enero de 2003

A S.E. EL
PRESIDENTE
DEL
H.SENADO

Con motivo del Mensaje, Informes y demás antecedentes que tengo a honra pasar a manos de V.E., la Cámara de Diputados ha tenido a bien prestar su aprobación al siguiente

PROYECTO DE LEY
"TÍTULO I
DEL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD
Párrafo 1°
Disposiciones Generales

Artículo 1°.- Esta ley tiene por objeto regular el Régimen de Garantías en Salud.

El Régimen de Garantías en Salud es parte integrante del Régimen de Prestaciones definido en el artículo 4° de la ley N° 18.469 y de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional conforme a la ley N° 18.933. Junto a las acciones de salud pública elaboradas por el Ministerio de Salud en conformidad a la normativa vigente, constituyen el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.

Artículo 2°.- El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales, necesidades de las personas y los recursos de que disponga el país.

Artículo 3°.- El Régimen de Garantías en Salud establecerá un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar a sus respectivos beneficiarios, considerando los derechos y deberes de las personas en salud.

El Ministerio de Salud determinará las normas e instrucciones sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley N° 18.469, no comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, con el fin de velar por el derecho a la protección de la salud y el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y la rehabilitación del individuo, en la forma y condiciones que establece dicha ley. En relación con la oportunidad, dichas normas e instrucciones deberán establecer los procedimientos para determinar los tiempos de espera para el otorgamiento de dichas prestaciones, teniendo presente, en todo caso, los recursos físicos, humanos y presupuestarios de que dispongan los establecimientos asistenciales de que se trate.

Artículo 4°.- El Régimen de Garantías en Salud consagrará el acceso a prestaciones de salud con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad, sin perjuicio del acceso a las demás prestaciones contempladas en las leyes N° 18.469 y N° 18.933, en la forma y condiciones que dichos cuerpos legales establecen.

La oportunidad se definirá conforme a parámetros y criterios clínicos generalmente aceptados y factibles de cumplir.

Los estándares de calidad deberán tener en consideración los conocimientos basados en la experiencia científica respecto de la eficacia o efectividad de las prestaciones y establecer las condiciones de otorgamiento de éstas.

Para determinar la protección financiera, se deberá considerar, a lo menos, la condición socioeconómica del beneficiario, el tipo de enfermedad o condición de salud, su costo y su impacto sanitario.

Las garantías que consagra el presente Régimen deberán ser las mismas para los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante las autoridades e instancias que correspondan.

Artículo 5°.- Para los efectos de esta ley, se entiende por:

a) Acceso: Derecho a recibir las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

b) Calidad: Estándar que deben cumplir las prestaciones de salud y las condiciones de otorgamiento de las mismas, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

c) Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que determine el Régimen de Garantías en Salud.

d) Protección financiera: Proporción en que el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, concurren al financiamiento de las prestaciones de salud, en la forma y condiciones que el Régimen de Garantías en Salud señale.

Párrafo 2°

De la Elaboración del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 6°.- El Régimen de Garantías en Salud será elaborado y revisado por el Ministerio de Salud, con la asesoría del Consejo Consultivo, y deberá ser aprobado por decreto supremo de dicho Ministerio, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

Corresponderá al Ministerio de Salud, mediante resolución y en el marco de los recursos disponibles, fijar las normas técnicas y médicas de general aplicación que fueren necesarias para la debida ejecución y cumplimiento del Régimen.

Un reglamento establecerá el procedimiento de elaboración del Régimen, que considerará, a lo menos, las siguientes etapas: análisis técnico, sanitario y económico; desarrollo de estudios, tales como epidemiológicos nacionales y regionales que contemplen, al menos, la carga de enfermedades y mortalidad, el análisis de listas de espera y la calidad percibida, entre otras materias; consulta a organismos competentes para recabar las propuestas, observaciones o consideraciones relativas a los aspectos técnicos, sanitarios y económicos del mismo, los que serán evaluados en la definición de la estructura, contenidos y sus garantías explícitas.

El referido reglamento deberá considerar, también, la oportunidad y forma en que se llevarán a efecto los cálculos actuariales que permitan determinar el costo del Régimen de Garantías en Salud; la Prima Universal; un índice de siniestralidad; un modelo de compensación de riesgo, considerando, a lo menos, las variables de sexo y

edad. Los referidos cálculos deberán ser encargados por el Ministerio de Salud a personas u organismos, públicos o privados, nacionales o extranjeros, que den garantías de imparcialidad, objetividad e idoneidad técnica.

Considerando los cálculos señalados en el inciso precedente, los Ministerios de Salud y de Hacienda, por decreto supremo conjunto, determinarán el valor de la Prima Universal y un modelo de ajuste de riesgos que incluirá, al menos, las variables de sexo y edad, para los efectos de realizar las compensaciones legales que correspondan.

Artículo 7°.- El Ministerio de Salud elaborará la propuesta del Régimen de Garantías en Salud que someterá a la opinión del Consejo Consultivo, tomando en consideración la magnitud, trascendencia y gravedad de la situación sanitaria presente y futura del país; la efectividad de las prestaciones necesarias para su control; la infraestructura, equipamiento y recursos humanos disponibles en el país; la eficiencia del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional; el costo asociado a este proceso y su sustentabilidad financiera, así como los valores sociales y culturales involucrados en su definición.

Párrafo 3°

Del Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 8°.- Habrá un Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud, en adelante el Consejo, con carácter asesor y técnico. Su objetivo será asesorar al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión del Régimen.

Artículo 9°.- El Consejo estará compuesto de nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas.

Dichos consejeros serán nombrados por el Presidente de la República, de una terna propuesta por el Ministro de Salud, en la forma que señale el reglamento. De ellos, a lo menos, seis serán designados en representación de las siguientes instituciones o entidades:

1. Dos de sociedades científicas del área de la salud.

2. Dos decanos de facultades de medicina de las universidades estatales o reconocidas por el Estado o sus representantes.

3. Dos decanos de facultades de economía o administración de las universidades estatales o reconocidas por el Estado o sus representantes.

Serán designados por el período de tres años, prorrogable por una sola vez, y no percibirán remuneración alguna por su desempeño.

Un Secretario Ejecutivo, nombrado por el Ministro de Salud, coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

Artículo 10.- El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento y conforme al Plan Nacional de Salud, emitirá una opinión fundada al Ministro de Salud sobre el Régimen de Garantías en Salud propuesto, la cual será considerada por dicha autoridad en la definición final, debiendo elaborar, para estos efectos, un informe fundado que será remitido a dicho Consejo.

Para cumplir con lo dispuesto en el inciso precedente, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio; sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá solicitar, a través del Ministro de Salud, otros antecedentes complementarios a los proporcionados.

Artículo 11.- Un reglamento establecerá el funcionamiento del Consejo y el procedimiento a seguir para la evaluación del Régimen de Garantías en Salud, que considerará, a lo menos, las siguientes materias: número mínimo de consejeros necesario para sesionar y adoptar acuerdos; procedimientos para recoger opiniones de entidades públicas y privadas; dar cuenta pública de sus sesiones; criterios técnicos, científicos y sanitarios aplicados en su evaluación; y el plazo para recibir los antecedentes técnicos que debe proporcionar el Ministerio de Salud y para evacuar el informe.

Párrafo 4°

De la Revisión del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 12.- El Régimen de Garantías en Salud deberá ser revisado cada tres años contados desde la fecha de publicación del

decreto respectivo que lo apruebe, el que en ningún caso podrá limitar o disminuir los derechos de las personas afectas a esta ley. No obstante lo anterior, en circunstancias calificadas, el Presidente de la República podrá disponer su revisión antes de cumplirse el plazo indicado, mediante la dictación de un decreto supremo fundado.

Las modificaciones del Régimen incorporarán, progresivamente y en forma incremental, los problemas sanitarios priorizados y deberán entrar en vigencia no antes de sesenta días contados desde la fecha de publicación del decreto respectivo, sin perjuicio de que, en circunstancias calificadas y fundamentadas en éste, se pueda establecer un plazo inferior de vigencia.

Si al vencimiento del plazo señalado en el inciso primero, no existiere una modificación del Régimen aprobada por ley, se prorrogará la vigencia de éste por tres años.

Párrafo 5°

De la Obligatoriedad en el Otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud

Artículo 13.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las garantías que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios.

Para otorgar las prestaciones de salud que contempla dicho Régimen, los prestadores de salud deberán estar acreditados por la autoridad sanitaria y cumplir las normas, los estándares de calidad y las guías técnicas y administrativas que para el Régimen de Garantías en Salud haya definido la autoridad, conforme a la ley y a la reglamentación vigente.

La misma autoridad sanitaria asegurará a todos los prestadores acreditados, de acuerdo con lo dispuesto en el inciso anterior, la libre inscripción en los roles de prestadores de instituciones públicas y privadas de salud, para proveer las prestaciones, tanto del Régimen de Garantías en Salud como del Régimen de la ley N° 18.469.

Para tener derecho a las garantías del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán acceder a la Red Asistencial que les corresponda, a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de

casos de urgencia o emergencia debidamente certificados por un médico cirujano y las demás situaciones que señale el reglamento, caso en el cual los beneficiarios podrán ingresar en cualquier nivel de complejidad. La Red Asistencial estará constituida por el conjunto de prestadores de salud públicos y privados que, conforme a la ley, hayan suscrito convenios para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud.

Artículo 14.- En conformidad a las normas del Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos, al profesional de su preferencia, siempre que la disponibilidad del profesional elegido permita cumplir con la garantía de oportunidad establecida en dicho Régimen. Corresponderá al director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad.

En caso de que el profesional elegido no permita cumplir con la garantía de oportunidad a que se refiere el inciso precedente, el beneficiario de la ley N° 18.469 deberá atenderse con el profesional que le corresponda, dentro del mismo establecimiento.

El reglamento a que se refiere el inciso cuarto del artículo 13, determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud, que cumplan los requisitos que establece el inciso segundo del mencionado artículo y que previamente hayan suscrito convenio con el Fondo Nacional de Salud o con el Servicio de Salud respectivo, podrán derivar a la Red Asistencial y al nivel de atención correspondiente a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud. Dicho reglamento deberá regular la obligación de los prestadores de informar a los beneficiarios de la ley N° 18.469 que se les ha diagnosticado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud. En estas situaciones, dichos beneficiarios podrán optar por atenderse de acuerdo con las normas de dicho Régimen, caso en el cual el prestador los derivará a la Red Asistencial respectiva, gozando desde este momento de todos los derechos que establece el Régimen de Garantías en Salud. Corresponderá al Fondo Nacional de Salud fiscalizar el cumplimiento de la obligación de informar por parte del prestador.

Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán acceder a las prestaciones de salud conforme a la Modalidad de Libre Elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal.

Las Instituciones de Salud Previsional, para el otorgamiento del Régimen de Garantías en Salud, podrán ofrecer alternativas de libre elección, a través de prestadores de salud, individuales o institucionales, que estén acreditados por la autoridad sanitaria, que cumplan los estándares de calidad, las guías técnicas y administrativas del Régimen de Garantías en Salud y que se obliguen a través de los convenios a los aranceles, normas y procedimientos generales que definan cada una de las Instituciones de Salud Previsional. Dichos convenios deberán regular especialmente, si correspondiere, las normas de derivación y contradervación de las personas a las que se les haya detectado alguna de las condiciones de salud incluidas en el Régimen de Garantías en Salud.

Artículo 15.- Un reglamento establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional para los efectos de dejar constancia de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere al Régimen de Garantías en Salud: enfermedad o condición de salud consultada y prestación asociada; monto del pago que corresponda hacer al beneficiario; plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente; constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

Asimismo, dicho reglamento regulará los mecanismos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para efectos de cumplir especialmente con la garantía de oportunidad prevista en esta ley en el caso de que la prestación no hubiere sido otorgada al beneficiario. Dichos mecanismos deberán resguardar especialmente el cumplimiento de las garantías de acceso, calidad y protección financiera contempladas en el Régimen de Garantías en Salud.

Párrafo 6°

Del Aporte Fiscal por concepto de Prima Universal.

Artículo 16.- El Estado realizará un aporte fiscal al Fondo Nacional de Salud

para asegurar que éste otorgue el Régimen de Garantías en Salud a las personas adscritas a él que, por indigencia o carencia de recursos, estén legalmente eximidas de cotizar para salud y a aquellas cuyas cotizaciones legales no alcancen a cubrir, para sí y sus cargas, el valor de la Prima Universal que se haya calculado para el Régimen.

Este aporte fiscal se hará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y, en el caso de los beneficiarios indigentes o carentes de recursos, será equivalente al valor de la Prima Universal, calculada para el mencionado Régimen, por cada uno de los beneficiarios que hayan sido acreditados en esta categoría. Tratándose de cotizantes del Fondo Nacional de Salud y sus cargas, el aporte fiscal corresponderá al valor de la Prima Universal por cada uno de los afiliados y sus respectivas cargas, menos el valor de la cotización obligatoria del respectivo cotizante, y toda vez que esta diferencia sea mayor a cero. En caso de que el o la cónyuge del afiliado también cotice en el Fondo Nacional de Salud, el aporte se calculará como la diferencia entre el valor de la Prima Universal por cada afiliado y sus respectivas cargas y la suma de las cotizaciones obligatorias de ambos cónyuges.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes de que trata este artículo se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud. Asimismo, el aporte que complementa las cotizaciones de salud de los afiliados estará condicionado al cumplimiento, por parte del referido Fondo, de lo señalado en los dos últimos incisos del artículo 33 de la ley N° 18.469.

Artículo 17.- El aporte fiscal de que trata este párrafo no podrá constituirse, a ningún título, en traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las Instituciones de Salud Previsional o a sus afiliados.

TÍTULO II DISPOSICIONES VARIAS

Artículo 18.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.469:

1.- Sustitúyese la letra b) del artículo 5° por la siguiente:

"b) Los trabajadores independientes, coticen o no para un régimen legal de previsión;".

2.- Agrégase, a continuación del artículo 7°, el siguiente artículo 7° bis, nuevo:

"Artículo 7° bis.- Tratándose de trabajadores independientes, estarán obligados a cotizar para salud, de acuerdo con las siguientes normas:

1.- Deberán efectuar una cotización por un porcentaje igual al definido para las cotizaciones de salud en el artículo 92 del decreto ley N° 3.500, de 1980, con el límite señalado en el artículo 16 del referido cuerpo legal.

2.- La cotización mensual a que se refiere el número 1 se calculará aplicando el porcentaje señalado al promedio de los ingresos del trabajo definidos en el número 2 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta, de los tres meses precedentes.

3.- Esta cotización se entenderá comprendida dentro de las excepciones que contempla el número 1 del artículo 42 de la ley sobre Impuesto a la Renta.

4.- La cotización para salud deberá ser enterada directamente por el trabajador independiente en el Fondo Nacional de Salud o en una Institución de Salud Previsional, según corresponda.

Sin perjuicio de las facultades que el decreto ley N° 2.763, de 1979, le confiere al Fondo Nacional de Salud para recaudar las cotizaciones de salud, la Tesorería General de la República podrá retener, de la devolución de impuestos a la renta que le correspondiese anualmente al trabajador independiente a que se refiere este artículo, los montos que correspondan a la cotización para salud y que no haya enterado, total o parcialmente.

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser girados por dicho organismo a favor del Fondo Nacional de Salud, conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

Si el monto de la devolución de impuestos fuere inferior a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del cotizante por el saldo insoluto."

3.- En el artículo 8°:

a) Sustitúyese, al final de la letra b), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Sustitúyase, en la letra c), el punto final (.) por la expresión ", y".

c) Agrégase, a continuación de la letra c), la siguiente letra d), nueva:

"d) Las prestaciones comprendidas en el Régimen de Garantías en Salud, en la forma y condiciones que dicho Régimen establezca."

4.- En el artículo 11:

a) Sustitúyese el inciso primero por el siguiente:

"Las prestaciones comprendidas en el Régimen se otorgarán por los Servicios de Salud, los establecimientos de salud de carácter experimental creados por los decretos con fuerza de ley N°s 29, 30 y 31, de 2000, del Ministerio de Salud, y los Establecimientos Municipales de Atención Primaria de Salud."

b) Reemplázanse, en el inciso segundo, las palabras: "los Servicios de Salud" por "dichos organismos".

5.- Sustitúyese, en el inciso tercero del artículo 13, la frase "Estas prestaciones" por la expresión: "Sin perjuicio de lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud, estas prestaciones".

6.- Intercálase, en el inciso primero del artículo 18, a continuación de la palabra "independientes", seguida por una coma (,), la siguiente frase: "que estén afectos a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones".

7.- Intercálase, en el artículo 19, entre las palabras "trabajadoras" y "tendrán" la siguiente frase: "que estén afectas a un Régimen Previsional o Sistema de Pensiones".

8.- En el artículo 25:

a) Sustitúyese, en el inciso primero, la frase "el decreto con fuerza de ley N° 3, de 1981, del Ministerio de Salud" por la siguiente: "la ley N° 18.933".

b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:

"Dichas Instituciones estarán obligadas a otorgar, como mínimo, el Régimen de Garantías en Salud y 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, sin perjuicio de las demás prestaciones y beneficios que se estipulen en

los contratos que celebren con sus afiliados y de los que se establecen en la ley N° 18.933."

c) Derógase el inciso tercero.

9.- Agrégase, en el artículo 28, a continuación de la expresión "se indican", la siguiente frase, precedida por una coma (,): "sin perjuicio de las normas específicas que al respecto establezca el Régimen de Garantías en Salud."; pasando el punto seguido (.) a ser punto aparte (.), y el párrafo final a ser inciso segundo, nuevo.

Artículo 19.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.933:

1.- En el artículo 2°:

a) Sustitúyese, al final de la letra g), la expresión ", y" por un punto y coma (;).

b) Sustitúyese, en la letra h), el punto final (.) por la letra "y", precedida de una coma(,).

c) Agrégase, a continuación de la letra h), la siguiente letra i), nueva:

"i) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud" o "plan" incluye el Régimen de Garantías en Salud definido en el artículo 33 bis y el plan complementario establecido en la letra a) del artículo 33."

2.- En el artículo 3°:

a) Intercálase, en el numeral 9), a continuación del inciso primero, el siguiente inciso segundo, nuevo, pasando el actual a ser tercero:

"La misma facultad podrá ejercer la Superintendencia respecto de los convenios a que se refiere el inciso segundo de la letra a bis), del artículo 33, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece esta ley y aquellas que emanen de los contratos de salud previsional respectivos."

b) Agrégase, a continuación del número 13), el siguiente 14, nuevo:

"14) Requerir de los prestadores a que se refiere la letra a bis) 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."

3.- Suprímese, en el inciso sexto del artículo 32 bis, la expresión "anuales".

4.- En el artículo 33:

a) Reemplázase la letra a) 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 comprender, 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."

b) Agrégase, a continuación de la letra a), la siguiente letra a bis), nueva:

"a bis) La individualización de todos aquellos prestadores que revistan la calidad de prestadores institucionales, tales como clínicas o centros médicos, con los cuales la Institución de Salud Previsional hubiese pactado el otorgamiento de las prestaciones y beneficios del contrato; la indicación precisa de las prestaciones y beneficios que se otorgarán a través de cada uno de ellos y los procedimientos y requisitos para acceder a los mismos.

Los convenios entre las Instituciones y los prestadores antes individualizados, relativos a las condiciones definidas o pactadas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios a que se refiere el párrafo anterior, deberán constar por escrito y mantenerse a disposición de la Superintendencia y de los afiliados, la que deberá informar, a través de los medios que estime pertinentes, acerca de las principales características de tales convenios y de los correspondientes prestadores."

c) Sustitúyese la letra c) por la siguiente:

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

d) Modifícase la letra d) de la siguiente forma:

i.- Sustitúyese el primer párrafo por el siguiente:

"d) Precio del Régimen de Garantías en Salud a que se refiere el artículo 33 bis y precio del plan complementario; la unidad en que se pactarán, señalándose que los precios expresados en dicha unidad sólo podrán variar dentro del plazo establecido en el inciso tercero del artículo 38."

ii.- Suprímese el segundo párrafo.

e) Sustitúyese, en las letras e), f) y g), la expresión "artículo 33 bis" por "artículo 33 ter", todas las veces que allí aparece.

f) Reemplázase, en el inciso tercero, la oración que sigue a continuación del punto seguido (.) por la siguiente: "El precio del plan deberá pactarse en unidades de fomento o en moneda de curso legal en el país; tratándose de los contratos que se celebren con arreglo al artículo 39, el precio también podrá expresarse en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud."

5.- Intercálase, a continuación del artículo 33, el siguiente artículo 33 bis, nuevo, pasando el actual a ser artículo 33 ter:

"Artículo 33 bis.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior y del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 35, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas, respecto de sus beneficiarios, a otorgar el Régimen de Garantías en Salud.

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento del referido Régimen, serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.

Al otorgamiento de los beneficios a que se refiere este artículo, no le será aplicable lo dispuesto en las letras e), f) y g) del artículo 33, salvo en cuanto se convenga la exclusión de las prestaciones cubiertas por otras leyes y hasta el monto de lo cubierto.

El precio del Régimen de Garantías en Salud, será el mismo para todos los beneficiarios de la Institución de Salud Previsional, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato.

Para dicho efecto, las instituciones podrán contar con mecanismos de redistribución de los recursos provenientes de cotizaciones, los cuales deberán ser previamente aprobados por la Superintendencia.

Con todo, la Institución de Salud Previsional no podrá cobrar por el Régimen de Garantías en Salud un precio superior a la Prima Universal que se encuentre vigente."

6.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 33 bis, que pasó a ser artículo 33 ter, por el siguiente:

"Artículo 33 ter.- No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica con la que ésta se encuentre relacionada. Asimismo, dichas prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a 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 cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas."

7.- Sustitúyese el inciso primero del artículo 34 por el siguiente:

"Artículo 34.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán celebrar contratos de salud con personas que no se encuentren cotizando en un régimen previsional o sistema de pensiones y que tampoco estén legalmente obligadas a efectuar cotizaciones para salud."

8.- Modifícase el artículo 38 de la siguiente forma:

a) En el inciso segundo, elimínase la oración que dispone: "Con todo, las partes podrán pactar la mantención del contrato de salud por un tiempo determinado, durante el cual el afiliado no podrá ejercer su derecho a desahuciarlo."

b) Modifícase el inciso tercero de la siguiente forma:

i) Reemplázase la frase que dice "Anualmente, en el mes de suscripción del contrato," por la siguiente: "Independientemente de la fecha de afiliación, dentro de los seis meses siguientes a la fecha de publicación del decreto en virtud del cual entre en vigencia el Régimen de Garantías en Salud o sus posteriores revisiones,".

ii) Agrégase, a continuación de la frase "excepto en lo que se refiere a las condiciones particulares pactadas con cada uno de ellos al momento de su incorporación a la Institución", la siguiente: "y sin perjuicio de lo dispuesto en el número 2 del artículo 38 bis".

iii) Sustitúyense las palabras "revisar" y "adecuar", por "adecuar" y "modificar", respectivamente.

Artículo 20.- Suprímense, en el párrafo segundo de la letra b) del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, la expresión que comienza con las palabras "por petición expresa del

Ministro de Salud" y termina con las palabras "si las circunstancias así lo ameritan" y la coma (,) que la antecede.

Artículo 21.- Sin perjuicio de lo establecido en el Régimen de Garantías en Salud, las prestaciones de salud relativas a la atención médica curativa, establecidas en las siguientes normas legales, mantendrán su vigencia: ley N° 6.174, de Medicina Preventiva, trabajadores acogidos a reposo preventivo; ley N° 18.948; ley N° 19.086; ley N° 19.123; ley N° 19.779; decreto ley N° 1.757, de 1977; decreto ley N° 1.772, de 1977; y decreto ley N° 2.859, de 1979.

TÍTULO III DEL FONDO DE COMPENSACIÓN SOLIDARIO

Artículo 22.- Créase el Fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, el que será supervisado y administrado por la Superintendencia de Salud.

Artículo 23.- El Fondo de Compensación Solidario tendrá por objeto compensar entre sí, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud por concepto de ajuste de riesgos por, al menos, las variables de sexo y edad de sus respectivos beneficiarios, respecto de la Prima Universal calculada para el Régimen de Garantías en Salud.

Artículo 24.- El Fondo de Compensación Solidario se constituirá con un monto equivalente a la Prima Universal, determinada para el Régimen de Garantías en Salud, correspondiente a cada uno de los beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud.

Tales organismos efectuarán, mensualmente y entre sí, los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que determine el reglamento.

Artículo 25.- Para los efectos de la compensación a que se refiere el artículo 22, la Superintendencia de Salud determinará el o los montos sobre la base del modelo de compensación de riesgos a que se refiere el inciso cuarto del artículo 6°. Dicho modelo deberá considerar variables epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas, adicionales a sexo y edad, siempre que se disponga de

la información sistemática y confiable necesaria para estimar empíricamente el efecto esperado de estas variables en el gasto estandarizado individual, asociado a las condiciones incluidas en el Régimen de Garantías en Salud, y se haya implementado el registro de dichas variables para cada uno de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional. Los factores de ajuste de riesgo se establecerán en el decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°.

Con todo, la Superintendencia de Salud podrá distribuir una parte del Fondo de Compensación Solidario entre las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, una vez cerrado el período de predicción, sobre la base de la ocurrencia efectiva de un subconjunto de enfermedades o condiciones de salud incluidas en el Régimen, en la forma y condiciones que establezca el decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda a que se refiere el inciso quinto del artículo 6°. Para estos efectos, se entenderá por "período de predicción" el intervalo de tiempo para el cual se haya calculado el gasto esperado individual y las compensaciones a que se refiere el inciso anterior, conforme lo defina el reglamento.

Artículo 26.- Ninguna forma de funcionamiento del Fondo de Compensación Solidario podrá contemplar el traspaso neto de recursos desde el Fondo Nacional de Salud, o desde sus afiliados, hacia las instituciones de Salud Previsional, o hacia sus afiliados.

Artículo 27.- Para los efectos de lo dispuesto en este Título, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud deberán enviar a la Superintendencia de Salud la información necesaria para llevar a cabo los pagos y compensaciones indicadas, conforme a las instrucciones que el Ministerio de Salud imparta.

Artículo 28.- Los reglamentos a que se refiere este Título deberán ser dictados por el Ministerio de Salud y ser suscritos, además, por el Ministro de Hacienda.

TÍTULO IV DEL FONDO MATERNAL SOLIDARIO

Artículo 29.- Créase el Fondo Maternal Solidario, el que será administrado por la Superintendencia de Seguridad Social.

Artículo 30.- El Fondo Maternal Solidario se constituirá:

a) Con un aporte de las Instituciones de Salud Previsonal y del Fondo Nacional de Salud equivalente al 0,6% de las remuneraciones, rentas y pensiones imponibles de sus respectivos afiliados, el que efectuarán mensualmente en el plazo y mediante el procedimiento que se determine en el reglamento;

b) Con el aporte fiscal que contemple para ese efecto la ley de Presupuestos de cada año, y

c) Con los recursos fiscales destinados al pago del Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario a que se refiere el Título VI.

Artículo 31.- La Superintendencia de Seguridad Social, con cargo al Fondo Maternal Solidario, transferirá, en la forma y oportunidad que determine el reglamento, al Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Instituciones de Salud Previsonal, los recursos correspondientes al pago de los subsidios a que dé lugar el descanso de maternidad establecido en el inciso primero del artículo 195 y al permiso por la enfermedad grave del hijo menor de un año establecido en el artículo 199, ambos del Código del Trabajo, y del aporte que corresponda a dichos subsidios, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 22 del decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Asimismo, y con igual imputación, la referida Superintendencia pagará, a la Institución en que se encuentre afiliado el cotizante, los subsidios compensatorios que procedan por aplicación del Título VI, los que, en el caso de las Instituciones de Salud Previsonal deberán reflejarse en el financiamiento de los planes y beneficios de salud correspondientes en la forma que establezcan la ley, el reglamento respectivo y las instrucciones de los organismos fiscalizadores pertinentes.

Artículo 32.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, el pago de los subsidios y aportes de que él trata se hará por el respectivo Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Institución de Salud Previsonal, según corresponda.

Artículo 33.- El reglamento a que se refiere este Título deberá ser dictado por el Ministerio de Salud y ser suscrito, además, por el

Ministro de Hacienda y el Ministro del Trabajo y Previsión Social.

Artículo 34.- El Fondo Maternal Solidario operará sobre la base de un programa anual que será aprobado por decreto del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda, en el mes de diciembre del año anterior a aquél en que regirá. Dicho programa será preparado y propuesto por la Superintendencia de Seguridad Social y contendrá el presupuesto de ingresos y gastos, las reservas presupuestarias, los aportes que corresponderán a cada institución que participe en el pago de los subsidios y aportes, los montos que deban pagarse por concepto de los subsidios a que se refiere el Título VI y las normas de operación correspondientes.

TÍTULO V DEL SUBSIDIO COMPENSATORIO DE LOS APORTES AL FONDO MATERNAL SOLIDARIO

Artículo 35.- Créase el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario, en adelante el "Subsidio", cuyo objeto será beneficiar a los cotizantes de menores remuneraciones, rentas o pensiones imposables.

El monto del Subsidio será el equivalente en moneda nacional de multiplicar la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado al Fondo Nacional de Salud y a las Instituciones de Salud Previsional, expresado en unidades de fomento, por:

a) 0,006, cuando la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado sea igual o inferior al equivalente en moneda nacional de 12 unidades de fomento.

b) El número que resulte de sumar 0,01176 al producto de multiplicar -0,00048 por la remuneración, renta o pensión imponible mensual del respectivo afiliado, expresada en unidades de fomento, cuando ésta sea superior al equivalente en moneda nacional de 12 unidades de fomento, e inferior o igual al equivalente en moneda nacional de 24,5 unidades de fomento.

c) Los afiliados con una remuneración, renta o pensión imponible mensual superior al equivalente en moneda nacional de 24,5 unidades de fomento, no tendrán derecho a este Subsidio.

Para efectos de este artículo, se considerará el valor de la unidad de fomento al último día del mes a que corresponda la remuneración, renta o pensión imponible mensual del afiliado.

Artículo 36.- El Subsidio será de cargo fiscal y pagado a través del Fondo Maternal Solidario, conforme al procedimiento y modalidades de concesión y fiscalización que fije el reglamento, el que será dictado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

TÍTULO VI
DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD
Párrafo 1°
Normas Generales

Artículo 37.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se regirá por esta ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Artículo 38.- Corresponderá a la Superintendencia la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponen los contratos de salud y las leyes y reglamentos que las rigen.

Asimismo, le competará la supervigilancia y control del Fondo Nacional de Salud, para el debido cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud que se otorgue a los beneficiarios de la ley N°18.469, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.

Para el cumplimiento de sus funciones, la Superintendencia estará integrada por la Intendencia de Derechos y la Intendencia de Instituciones de Salud Previsional, en adelante "la Intendencia de Isapres".

Artículo 39.- La organización y estructura de la Superintendencia será determinada por resolución del Superintendente, en conformidad a lo dispuesto en los artículos 31 y 32 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2000, del Ministerio Secretaria General de la Presidencia, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575. En tal virtud, el Superintendente podrá

establecer los niveles jerárquicos de departamentos, subdepartamentos, secciones u oficinas que estime necesarios para cumplir sus funciones, de acuerdo con el volumen y complejidad de las actividades que deba desarrollar.

Artículo 40.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Superintendente de Salud, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

Será obligación preferente del Superintendente velar por que los distintos niveles jerárquicos actúen coordinadamente en el ejercicio de sus funciones y propender a la unidad de acción, evitando la duplicación o interferencia de funciones.

Párrafo 2º

De la Fiscalización de las Garantías en Salud

Artículo 41.- Para la supervigilancia y control del cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, la Superintendencia contará con las siguientes funciones y atribuciones respecto de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, las que ejercerá a través de la Intendencia de Derechos:

1.- Interpretar administrativamente las leyes, reglamentos y demás normas que rigen el otorgamiento del Régimen; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento;

2.- Fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece el Régimen;

3.- Velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos que los rigen y de las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores;

4.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los convenios que se suscriban entre los prestadores y las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece el Régimen;

5.- Impartirles instrucciones para que mantengan actualizada la información que la normativa exija;

6.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones;

7.- Efectuar publicaciones informativas acerca de los beneficios del Régimen, así como de las medidas adoptadas para velar por el correcto cumplimiento del Régimen;

8.- Imponer las sanciones que correspondan de conformidad a la ley;

9.- 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;

10.- Requerir de los prestadores, tanto públicos como privados, la información que acredite el cumplimiento de las normas del Régimen 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

11.- Las demás que señale la ley.

Sin perjuicio de lo expresado, será también función de la Superintendencia colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, conforme a las instrucciones del Director Regional de Salud respectivo y en conformidad a lo dispuesto en el artículo 5° del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos respecto de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933, con el objeto de derivarlos a la autoridad correspondiente. Los procedimientos a que se refiere este inciso deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

Artículo 42.- Será facultad de la Superintendencia ordenar la instrucción de sumarios administrativos al personal del Fondo Nacional de Salud en lo referente al cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de las facultades que sobre la misma materia tengan el Director de dicho organismo y la Contraloría General de la República.

Asimismo, la Superintendencia podrá aplicar al Director del Fondo Nacional de

Salud, cuando éste no diere cumplimiento a las instrucciones o dictámenes por ella emitidos en uso de sus atribuciones legales, previa investigación de los hechos, las sanciones de amonestación, censura o multa. El monto de la multa fluctuará entre 1 y 5 unidades tributarias mensuales y podrá ser reiterada una vez cada treinta días, mientras se mantenga el incumplimiento. De dicha multa responderá personalmente el infractor.

Artículo 43.- La Superintendencia podrá ordenar al Fondo Nacional de Salud la devolución de lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de las prestaciones, conforme a lo dispuesto en el Régimen de Garantías en Salud.

Dichas órdenes y las sanciones de pago de multa constituirán título ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se hayan resuelto los recursos a que se refieren los artículos siguientes o haya transcurrido el plazo para interponerlos.

Artículo 44.- El Superintendente, actuando en calidad de árbitro arbitrador, resolverá, sin ulterior recurso, las controversias que surjan entre las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o beneficiarios, relacionadas con el cumplimiento de las garantías contempladas en el Régimen de Garantías en Salud, sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la justicia ordinaria. El Superintendente no tendrá derecho a remuneración por el desempeño de esta función.

El Superintendente, durante el procedimiento, deberá velar por que se respete la igualdad de condiciones entre los involucrados; la voluntariedad para el beneficiario de retirarse del procedimiento en cualquier momento y la imparcialidad en relación con los participantes.

Sin perjuicio de la facultad del Superintendente de fijar, mediante resolución de general aplicación, el procedimiento a seguir en los reclamos que se presenten, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, deberá citar al afectado y a un representante de Fondo Nacional de Salud o de las Instituciones de Salud Previsional a una audiencia de conciliación, en la cual el Superintendente ayudará a las partes a buscar una solución a su conflicto obrando como amigable componedor. Las opiniones que emita no lo inhabilitarán para seguir conociendo de la causa.

Párrafo 3°
De la Fiscalización de las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 45.- Para la supervigilancia y control del cumplimiento de los beneficios no contemplados en el Régimen de Garantías en Salud y, en general, para velar por el adecuado funcionamiento de las Instituciones de Salud Previsional y el cumplimiento de las obligaciones que les imponen las leyes y demás normas que las rigen, corresponderán a la Superintendencia, en general, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Isapres:

1.- Las contenidas en el artículo 3° de la ley N° 18.933;

2.- Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, sin perjuicio de la libertad de los contratantes para estipular las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud.

La misma facultad podrá ejercer la Superintendencia respecto de los convenios que se suscriban entre los prestadores y las Instituciones, correspondiéndole especialmente velar porque éstos se ajusten a las obligaciones que establece la ley y a aquellas que emanan de los contratos de salud previsional respectivos;

3.- Elaborar el o los aranceles o catálogos valorizados de prestaciones a que se refiere el artículo 34 de la ley N°18.933 y dictar las instrucciones necesarias para su debida interpretación y aplicación;

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

5.- 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 de la ley N°18.933 y dar su aprobación a dichas operaciones;

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

7.- 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 de Salud Previsional, y

8.- Las demás que contemplen las leyes.

Párrafo 4º

De las Funciones Comunes.

Artículo 46.- En general, corresponderán a la Superintendencia, las siguientes funciones y atribuciones:

1.- Recibir, derivar o absolver, en su caso, las consultas y, en general, las presentaciones que formulen los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud;

2.- Difundir periódicamente información que permita a los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud una mejor comprensión de los beneficios y obligaciones que imponen el Régimen de Garantías y los contratos de salud;

3.- Informar periódicamente sobre las normas e instrucciones dictadas e interpretaciones formuladas por la Superintendencia, en relación con los beneficios y obligaciones de los cotizantes y beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional y del Fondo Nacional de Salud, respecto del Régimen de Garantías en Salud y de los contratos de salud;

4.- Dictar resoluciones de carácter obligatorio que permitan suspender transitoriamente los efectos de actos que afecten los beneficios a que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios, en relación con el Régimen de Garantías en Salud y los contratos de salud, y

5.- Las demás que señalen las leyes.

Artículo 47.- Para el cumplimiento de las funciones y atribuciones que establece este Título y las demás que le encomiende la ley, el Superintendente podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos de las instituciones, sea que obren en poder del Fondo Nacional de Salud o de las Isapres, y de personas fiscalizadas, y requerir de ellas o de

sus administradores, asesores, auditores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en su domicilio o en la sede principal de sus negocios.

Además, podrá citar a declarar a los jefes superiores, representantes, administradores, directores, asesores, auditores y dependientes de las entidades o personas fiscalizadas cuyo conocimiento estime necesario para el cumplimiento de sus funciones. No estarán obligadas a concurrir a declarar las personas indicadas en el artículo 361 del Código de Procedimiento Civil, a las cuales la Superintendencia deberá pedir declaración por escrito.

Finalmente, podrá pedir a las Isapres la ejecución y la presentación de balances y estados financieros en las fechas que estime convenientes.

Párrafo 5º De los Recursos.

Artículo 48.- En contra de las resoluciones o instrucciones administrativas que dicte la Superintendencia, podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

La Superintendencia deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.

Párrafo 6º Disposiciones Finales.

Artículo 49.- El Superintendente deberá rendir cuenta anualmente de su gestión, a través de la publicación de una memoria y balance institucional, con el objeto de permitir a las personas efectuar una evaluación continua y permanente de los avances y resultados alcanzados por ésta.

Artículo 50.- La Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de Institución Fiscalizadora, en los términos del Título I del decreto ley N° 3.551, de 1981.

Artículo 51.- El personal de la Superintendencia se regirá por el Estatuto Administrativo aprobado por la ley N° 18.834 y, en especial, el que cumpla funciones fiscalizadoras quedará afecto al artículo 156 de dicho texto legal.

Artículo 52.- Los funcionarios de la Superintendencia serán nombrados por resolución del Superintendente y podrán serlo de planta o a contrata.

Serán funcionarios de planta aquellos que pertenezcan a la organización estable de la Institución, con carácter permanente.

Serán funcionarios a contrata aquellos que se desempeñen transitoriamente en la Superintendencia. Podrán efectuarse designaciones a contrata por jornada parcial y, en este caso, la remuneración será proporcional a ella.

El Superintendente podrá también contratar a profesionales o expertos en determinadas materias sobre la base de honorarios para la ejecución de labores específicas.

Artículo 53.- La Superintendencia de Salud será considerada, para todos los efectos legales, continuadora legal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional a que se refiere la ley N° 18.933, con todos sus derechos, obligaciones, organización, funciones y atribuciones que sean compatibles con esta ley. Las referencias que las leyes, reglamentos y demás normas jurídicas hagan a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Salud.

Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán transferidos en dominio a la Superintendencia de Salud por el solo ministerio de la ley. Con el objeto de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos Registros, el Superintendente dictará una resolución en la que se individualizarán los bienes que en virtud de esta disposición se transfieren, la que se reducirá a escritura pública; en el caso de los bienes inmuebles, el traspaso se perfeccionará mediante la correspondiente inscripción de la resolución en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces correspondiente.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero.- El primer Régimen de Garantías en Salud deberá promulgarse, a más tardar, el último día del tercer mes siguiente a la publicación en el Diario Oficial del reglamento del Consejo Consultivo del Régimen.

El Régimen de que trata este artículo comenzará a regir a contar del primer día del cuarto mes siguiente a su publicación.

Los contratos de salud previsional que se celebren con posterioridad a la entrada en vigencia del Régimen deberán ajustarse a él. Los contratos celebrados con anterioridad, se ajustarán a sus disposiciones en sus respectivas anualidades.

Artículo segundo.- El Fondo de Compensación Solidario, el Fondo Maternal Solidario y el Subsidio Compensatorio de los Aportes al Fondo Maternal Solidario entrarán en vigencia cuando comience a regir el primer Régimen de Garantías en Salud.

Artículo tercero.- El Fondo Maternal Solidario a que se refiere el Título V será, a contar de la entrada en vigencia del Fondo, el continuador del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía respecto de las obligaciones devengadas y no pagadas por aplicación de la ley N°18.418 y sus modificaciones, que este último Fondo registre a la fecha que se determine mediante decreto del Ministerio de Hacienda dictado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 70 del decreto ley N° 1.263, de 1975. El programa del Fondo Maternal Solidario establecido en el artículo 40 de esta ley será sancionado, durante el primer mes de vigencia del Fondo, conforme al procedimiento dispuesto en la norma antes citada.

Artículo cuarto.- Facúltase al Presidente de la República, por el plazo de un año, contado desde la fecha de publicación de esta ley, para regular, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, la Superintendencia de Salud creada en esta ley.

El Presidente de la República, en el ejercicio de las facultades que se le delegan, deberá dictar las normas necesarias para el adecuado funcionamiento del organismo a que se refiere el

inciso anterior, para lo cual deberá, entre otras materias, regular lo relativo a:

1.- Responsabilidad del Jefe Superior del servicio y demás jefaturas por el logro de los resultados y el eficiente empleo de los recursos.

2.- Establecimiento de niveles de dirección y gerencia adecuados a una eficiente gestión.

Sin perjuicio de la potestad del Jefe Superior para organizar internamente al servicio, se deberán establecer las bases de la organización del referido organismo, las que deberán comprender criterios de flexibilidad en su estructura y funcionamiento.

3.- Definición de las atribuciones que le corresponderán al Jefe Superior para el mejor cumplimiento de sus fines.

4.- Régimen de administración de personal aplicable a todos los trabajadores del organismo, el que podrá ser diferente en atención a los estamentos y las funciones involucrados, y fijación de las dotaciones correspondientes.

5.- Sistemas de remuneraciones aplicables a los trabajadores, los cuales deberán establecer, en todo caso, incentivos económicos o de otra naturaleza asociados al desempeño individual y logro de metas por unidades de gestión e institucionales.

6.- Obtención y administración de recursos financieros, físicos y materiales, sujetándose, en todo caso, a las normas legales de aplicación general sobre la materia.

7.- Mecanismos de adquisiciones y administración de bienes y servicios.

8.- Facultades de celebración de convenios relativos al objeto y naturaleza del organismo.

9.- Regulaciones para incorporar al servicio a que se refiere este artículo, personal

y recursos provenientes de otras reparticiones públicas, incluidas las establecidas en el decreto ley N° 2.763, de 1979.

10.- Facultades para ordenar la devolución, en todo o parte, de lo pagado por el otorgamiento de prestaciones, cuando éstas se hayan otorgado sin cumplir las garantías de acceso, oportunidad y calidad definidas por el Régimen de Garantías en Salud.

El mayor gasto que represente la aplicación de este artículo se financiará con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud.

Artículo quinto.- A contar de la fecha de vigencia de esta ley, la planta de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, fijada en el decreto con fuerza de ley N° 35, de 1990, del Ministerio de Salud y sus modificaciones posteriores, será, por el solo ministerio de la ley, la planta de la Superintendencia de Salud. El personal que, a la data mencionada, se desempeñe en la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, se traspasará a la Superintendencia de Salud, en la misma calidad jurídica, cargos, grados y remuneraciones que posea a dicha fecha.

La aplicación de lo dispuesto en el inciso anterior, respecto de los funcionarios titulares de cargos de la planta, no podrá significar pérdida de empleo, disminución de las remuneraciones ni modificación de los derechos estatutarios y previsionales, y se les computará para todos los efectos legales el tiempo servido en la primera de las instituciones nombradas.

Cualquier diferencia de remuneraciones se les pagará por planilla suplementaria y será absorbida por los futuros mejoramientos de remuneraciones que correspondan a los funcionarios, excepto los derivados de los reajustes generales que se otorguen a los trabajadores del sector público. Esta planilla mantendrá la misma imponibilidad que la de las remuneraciones contempladas en ella.

Artículo sexto.- Para la dictación de las normas e instrucciones sobre el

otorgamiento de las prestaciones a que se refiere el inciso segundo del artículo 3° de esta ley, en relación con la oportunidad, el Ministerio de Salud deberá disponer de información fidedigna, debidamente auditada, de los tiempos reales de espera en el otorgamiento de estas prestaciones. Dichas normas e instrucciones deberán dictarse en un plazo no inferior a seis meses, desde la entrada en vigencia de esta ley."

Dios guarde a V.E.

ADRIANA MUÑOZ D'ALBORA
Presidenta de la Cámara de Diputados

CARLOS LOYOLA OPAZO
Secretario de la Cámara de Diputados