

SEGUNDO INFORME DE LA COMISION DE SALUD, recaído en el proyecto de ley, en segundo trámite constitucional, que modifica la ley N° 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional.

BOLETIN N° 2.981-11.

HONORABLE SENADO:

Vuestra Comisión de Salud tiene el honor de emitir su segundo informe relativo al proyecto de la referencia, iniciado en mensaje del Presidente de la República.

A las sesiones en que se estudió este asunto asistieron, además de los integrantes de la Comisión, el Honorable Senador señor Mario Ríos Santander y el Honorable Diputado señor Francisco Bayo Veloso.

La Comisión contó con la presencia de los invitados que a continuación se indica:

En representación del Ministerio de Salud, se hicieron presentes el Ministro de Salud, don Pedro García Aspillaga y el Jefe del Departamento Jurídico, don Andrés Romero Celedón.

En representación del Ministerio de Hacienda asistieron el Coordinador de Política Económica señor Marcelo Tokman Ramos y los asesores señora Consuelo Espinosa Martí y Jorge Rodríguez Cabello.

La Comisión de Reforma de la Salud estuvo representada por don Gianpiero Fava Cohen.

Asistieron en representación de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional el Superintendente, doctor Manuel Inostroza Palma; el Fiscal, don Ulises Nancuante Almonacid; el Jefe del Departamento de Estudios, don Alberto Muñoz Vergara; el Jefe del Departamento de Auditoría de Instituciones, don Marcos Puebla Aguirre, y el Jefe del Departamento de Control, don Fernando Riveros Vidal.

Por la Asociación de Instituciones de Salud Previsional, concurrieron su Presidente don Hernán Doren Lois; el Director

Ejecutivo, don Rafael Caviedes Duprá, y el Gerente de Estudios, don Gonzalo Simone Bustos.

En representación de la Asociación de Clínicas y Prestadores de Salud Privados, A.G., asistieron su Presidente, don Jorge Aspee Westphal; el asesor económico, don Gustavo Gallardo Codelia, y el asesor jurídico, don Alvaro Mendoza Negri.

Como representantes del Colegio Médico de Chile, A.G., asistieron el doctor David Villena Pedrero, Presidente del Departamento de Políticas de Salud de esa entidad gremial, y la asesora del Departamento Jurídico, doña Jessica Navarro Kobrinsky.

En representación de la Fundación Jaime Guzmán concurrió don Nicolás Figari Vial, y del Instituto Libertad y Desarrollo lo hizo don Sebastián Soto Velasco.

El proyecto de ley no contiene disposiciones que requieran de quórum especial para su aprobación o que afecten la organización o atribuciones de los Tribunales de Justicia o que deban ser informadas por la Comisión de Hacienda.

Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 124 del Reglamento del Senado, cabe dejar constancia de lo siguiente:

I.- Artículos que no fueron objeto de indicaciones ni de modificaciones: no hay.

II.- Indicaciones aprobadas sin modificaciones: 9, 14, 15, 20, 28, 32, 33, 34, 42, 52, 53, 54 y 57.

III.- Indicaciones aprobadas con modificaciones: 1, 3, 4, 6, 10, 13, 17, 21, 22, 23, 27, 29, 36, 38, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 55, 56, 57, 58 y 61.

IV.- Indicaciones rechazadas: 2, 5, 8, 12 (en parte), 19, 24, 25, 26, 30, 31, 38 y 44.

V.- Indicaciones retiradas: 12 (en parte), 16, 18, 35, 37, 39, 40, 41 y 51.

VI.- Indicaciones declaradas inadmisibles: 7, 11, 59 y 60.

ANTECEDENTES DE DERECHO

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

1.- Artículo 19, N° 9º, de la Constitución Política de la República, que garantiza el derecho a la protección de la salud.

2.- Decreto con fuerza de ley N° 3, del Ministerio de Salud, de 1981, que crea el Sistema de Instituciones de Salud Previsional.

3.- Ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Institución de Salud Previsional.

4.- Ley N° 19.381, de 1995, que modifica la ley N° 18.933 y perfecciona el sistema y los contratos de salud.

5.- Ley N° 19.650, de 1999, que elimina el cheque en garantía para las urgencias o emergencias vitales y elimina en forma gradual el subsidio del 2% de la Ley N° 18.566.

6.- [Ley N° 19.895, de 2003](#), que establece diversas normas sobre solvencia financiera de las Instituciones de Salud Previsional, conocida como Ley Corta de Instituciones de Salud Previsional.

7.- Ley N° 19.937, que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

8.- Ley N° 19.966, que establece un Régimen General de Garantías en la Salud (Plan AUGE).

DISCUSIÓN EN PARTICULAR

ARTÍCULO 1º

Esta disposición introduce diversas modificaciones a la ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Instituciones de Salud Previsional, dividiéndose para ello en 26 numerales.

Nº 1)

Modifica el artículo 2º de la ley Nº 18.933, norma que precisa el alcance de determinadas expresiones y consagra definiciones legales pertinentes en el marco de la ley antes citada. Para ello se divide en once literales, que van de la a) a la k).

El proyecto propone modificaciones de puntuación destinadas a concordar el texto legal con la incorporación de cuatro literales nuevos, a continuación de la letra h), signados i), j), k) y l), que definen las expresiones "agente de ventas", "cotizante cautivo", "prestadores" e "índices de precios de planes de salud".

Cabe señalar que la ley Nº 19.895 introdujo en la ley Nº 18.933 las definiciones de "cotizante cautivo" y de "prestadores de salud", como letras i) y j) del artículo 2º.

La ley Nº 19.895 define al cotizante cautivo como aquel cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad, sexo o por la ocurrencia de antecedentes de salud, suyas o de alguno de sus beneficiarios, que impidan o restrinjan, significativa o definitivamente, su posibilidad de contratar con otra Institución de Salud Previsional.

Por su parte, el proyecto en informe la define en los mismos términos, excluyendo la referencia al sexo del cotizante como condicionante de su cautiverio.

Respecto al "prestador de salud", la ley Nº 19.895 lo define como cualquier persona natural o jurídica, establecimiento o institución que se encuentre autorizada para otorgar prestaciones de salud, tales como: consulta, consultorio, hospital, clínica, centro médico, centro de diagnóstico terapéutico, centro de referencia de salud, laboratorio y otros de cualquier naturaleza, incluidas ambulancias y otros vehículos adaptados para atención extrahospitalaria.

El proyecto, a su turno, propone definirlo en términos similares, con las siguientes diferencias: no se incluye la referencia explícita a personas jurídicas, se reemplaza la alusión a instituciones autorizadas para otorgar prestaciones de salud por otra a la institución acreditada por la autoridad sanitaria para otorgarlas, se precisa que las prestaciones de salud serán las asociadas a las enfermedades y condiciones de salud del Régimen de Garantías en salud y las prestaciones o beneficios complementarios a éste.

Los dos literales restantes definen "agente de ventas" como la persona natural habilitada por una Institución de Salud Previsional para intervenir en cualquiera de las etapas relacionadas con la negociación, suscripción y/o modificación de los contratos de salud previsional, e "índices de precios de planes de salud", como aquellos

elaborados por la Superintendencia considerando, entre otros antecedentes, los cambios que experimente el costo de las prestaciones de salud, la frecuencia de utilización de las mismas, el gasto derivado del pago de subsidios por incapacidad laboral y el ingreso operacional de las Instituciones de Salud Previsional. La misma disposición permite elaborar índices de precios de planes de salud diferentes, uno de aplicación general y otro, para cotizantes cautivos.

En este número 1) del artículo 1º del proyecto incide la **indicación N° 1**, formulada por el Presidente de la República, con el fin de reemplazarlo por otro que innova respecto del aprobado en general, en los siguientes aspectos:

- agrega en la definición de “agente de ventas”, la facultad de intervenir en la terminación de los contratos de salud previsional.

- elimina las definiciones de “cotizante cautivo” y de “prestadores”, porque ya fueron incorporadas a la ley N° 18.933 por la ley N° 19.895, y suprime además la definición de “índices de precios de planes de salud”, que será reemplazada por otro concepto.

- incorpora como nuevas letras m) y n) del artículo 2º de la Ley de Instituciones de Salud Previsional las definiciones legales de “precio base” y de “tabla de factores”.

La letra m) que se propone define el "precio base" como aquel asignado por la Institución al plan de salud. Además precisa que se aplicará el mismo precio base a todas las personas que contraten un mismo plan y que el precio final que cada afiliado o beneficiario debe pagar a la ISAPRE por el plan contratado, excluyendo los beneficios adicionales, se obtendrá multiplicando dicho precio base por el factor que corresponda al afiliado o beneficiario, de conformidad a la respectiva tabla de factores.

El literal n) define la expresión "tabla de factores" como aquella tabla elaborada por la Institución de Salud Previsional cuyos factores muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a un grupo de referencia definido por la Superintendencia, en instrucciones de general aplicación. Esta tabla representa un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida, el que es conocido y aceptado por el afiliado o beneficiario al momento de suscribir el contrato o incorporarse a él, según corresponda, y que no podrá sufrir variaciones mientras la persona permanezca en el mismo plan.

La Comisión acordó acoger esta indicación, modificando el literal m) propuesto, en el sentido de precisar que la Institución de Salud Previsional asignará un precio base a “cada” plan de salud, y abreviando su redacción.

- Fue aprobada, con la modificación señalada, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

La **indicación N° 2**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, incide en el literal c) del número 1) del artículo 1° del proyecto y propone modificarlo de la siguiente manera:

a) eliminar la letra j), que define legalmente al “cotizante cautivo”.

b) sustituir en el literal l), que define legalmente la expresión “índices de precios de planes de salud”, la referencia al gasto resultante del pago de subsidios por incapacidad laboral y el ingreso operacional de las Instituciones de Salud Previsional, por otra que omite aludir al ingreso operacional de las Instituciones de Salud Previsional entre las consideraciones necesarias para determinar dichos índices de precios.

c) suprimir la oración final de la letra l), que hace posible la coexistencia de un índice de precios general y otro para cotizantes cautivos.

Sobre el particular, el Fiscal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, don Ulises Nancuante, explicó que la indicación del Ejecutivo previamente aprobada también suprimió la definición de “cotizante cautivo”, propuesta por el literal a) de la indicación en debate, debido a que la misma se encuentra ya contemplada en la Ley Corta de Instituciones de Salud Previsional.

Respecto de los literales b) y c), expresó que, al modificarse el concepto de “precio base” y crearse la “tabla de factores” se hace innecesario mantener el concepto de “índices de precios de planes de salud”.

La Comisión, considerando los planteamientos previamente consignados, acordó rechazar la indicación sometida a su consideración.

- Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

La **indicación N° 3**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone incorporar las definiciones de “precio base” y “tabla de factores”.

Ella define el “precio base” como aquél que ha sido fijado por la Institución de Salud Previsional para un plan complementario a las Garantías Explícitas en Salud, que deberá ser el mismo para todas las personas que contraten el mismo plan. El precio que cada afiliado o

beneficiario deberá pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan complementario que contrate, resultará de multiplicar el respectivo precio base por el factor que corresponda al afiliado o beneficiario de acuerdo a la respectiva tabla de factores.

A su vez, define la expresión “tabla de factores” como aquella tabla elaborada por la Institución de Salud Previsional, cuyos factores muestran la relación de precios de un plan complementario a las Garantías Explícitas en Salud para cada grupo de personas, según la edad, el sexo y la condición de cotizante o carga, con respecto a un grupo de referencia, definido por la Superintendencia en instrucciones de general aplicación, el cual asumirá el valor unitario. Esta tabla constituye un mecanismo pactado de variación del precio de tal plan complementario a lo largo del tiempo, que es conocido y aceptado por el afiliado o beneficiario al momento de suscribir el contrato o incorporarse, según corresponda.

Ambas definiciones difieren de las formuladas por el Ejecutivo en cuanto aluden a un “plan complementario a las Garantías Explícitas en Salud”, en lugar del “plan de salud”.

La Comisión acordó acoger esta indicación, en los aspectos de la misma que coinciden con la indicación N° 1, previamente aprobada.

- Fue aprobada, con la modificación señalada, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

N° 2)

Modifica el artículo 3° de la ley N° 18.933 que, en su inciso primero, señala las atribuciones de la Superintendencia de ISAPRES, las que consigna en quince numerales.

El inciso segundo del referido artículo establece que el Superintendente, para el cumplimiento de sus funciones, podrá inspeccionar los documentos y operaciones que señala de las instituciones fiscalizadas y requerir de ellas, de sus asesores, auditores externos o de su personal, la información que estime necesaria. Agrega que también podrá solicitar la entrega de cualquier antecedente necesario para fiscalizar, debiendo cuidar que no se altere la actividad del afectado. Sin perjuicio de las excepciones que autorice la Superintendencia, todos los documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar a disposición de ésta en la sede principal de sus negocios.

El inciso tercero añade que el Superintendente podrá citar a declarar a las personas que indica, en cuanto su conocimiento sea necesario para el cumplimiento de sus funciones. Precisa que a quienes

no están obligados a concurrir a declarar, al tenor del artículo 361 del Código de Procedimiento Civil, se les pedirá que lo hagan por escrito.

El literal a) del N° 2 propone modificar el inciso primero del artículo 3º, incorporando, a continuación del numeral 13, seis nuevos numerales, signados del 14 al 19, que consagran como nuevas facultades de la Superintendencia las siguientes:

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

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

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

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

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

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

Cabe señalar que, en la actualidad, el inciso primero cuenta con 15 numerales y no con 13 como haría suponer la redacción del proyecto. Ello obedece a que durante la tramitación de este proyecto se aprobó la ley N° 19.895, que modificó la Ley de Instituciones de Salud Previsional e incorporó en ésta las facultades señaladas en los numerales 15 y 16 propuestos por el proyecto.

Los literales b) y c) modifican los incisos segundo y tercero, respectivamente, intercalando, en ambos casos, la expresión “auditores externos” entre la palabra “asesores” y la conjunción “o”.

Estas modificaciones fueron ya introducidas por la ley N° 19.895.

En este numeral inciden diversas indicaciones.

La **indicación N° 4**, del Presidente de la República, propone consultar, como letra a), la siguiente, nueva:

“a) Intercálase, en el número 9 del inciso primero, a continuación del primer párrafo, el siguiente párrafo segundo, nuevo, pasando el actual a ser tercero:

“La misma facultad podrá ejercer la Superintendencia respecto de los convenios que se suscriban entre los prestadores de salud y las Instituciones, correspondiéndole especialmente velar por que éstos se ajusten a las obligaciones que establece esta ley y aquéllas que emanen de los contratos de salud previsional respectivos.”.

El citado número 9 alude a la facultad de la Superintendencia para dictar instrucciones generales que permitan la mayor claridad en los contratos de salud, faciliten su correcta interpretación y fiscalización, sin perjuicio de la libertad de contratar de las partes en cuanto a prestaciones y beneficios.

El Honorable Senador señor Boeninger hizo presente la conveniencia de reformular esta nueva facultad, ya que, si bien los contratos a que ella se refiere pueden afectar derechos de los cotizantes, resulta excesivo imponer a la Superintendencia la obligación de velar en forma especial por que ellos se ajusten a las obligaciones que esta ley les impone y a las resultantes de los contratos entre las Instituciones de Salud Previsional y los usuarios del sistema privado de salud.

El Honorable Senador señor Espina, por su parte, manifestó que la misma es innecesaria y excede las atribuciones de la Superintendencia, que se desarrollan en el marco de las relaciones entre las ISAPRES y el público, al regular las relaciones entre dichas entidades y los prestadores de salud; en todo caso, argumentó, la Superintendencia podrá intervenir siempre que sean afectados los derechos de los usuarios.

En el mismo sentido, el Honorable Senador señor Silva Cimma expresó que la Superintendencia es una entidad con facultades de supervigilancia que desarrolla en un ámbito específico, definido por el artículo 3° de la ley N° 18.933, el cual pierde sistematización con la indicación en análisis.

El Superintendente de Instituciones de Salud Previsional precisó que esta disposición busca dejar en claro, en la propia ley, que la Superintendencia puede ampliar su rol de proteger los derechos

del afiliado frente a contratos que los vulneren, celebrados entre su Institución de Salud Previsional y prestadores de salud.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide manifestó que, si bien la Superintendencia tiene facultades generales que puede ejercer en cualquier circunstancia, por el hecho de tratarse de materias propias del ámbito de la salud y considerando que su función principal es proteger a los beneficiarios, cabe precisar el alcance de esta facultad, para evitar al afiliado inconvenientes.

- Puesta en votación la indicación, se pronunciaron a favor de ella los Honorables Senadores señores Boeninger y Ruiz-Esquide; votó en contra el Honorable Senador señor Espina, y se abstuvo el Honorable Senador señor Silva Cimma.

Como la abstención influía en el resultado, se procedió de inmediato a repetir la votación, de acuerdo con lo que dispone el artículo 178 del Reglamento del Senado.

En esta ocasión, el Honorable Senador señor Silva Cimma se sumó a la votación contraria, de manera que se produjo un empate.

Antes de dirimirlo en una tercera votación, el Superintendente de Instituciones de Salud Previsional propuso corregir la redacción de la indicación, consignando la facultad en un numeral nuevo, que la acote de manera específica a los derechos de los afiliados y sus beneficiarios emanados del contrato de salud. Su texto es el siguiente:

“9 bis.- Velar por que la aplicación práctica de los contratos celebrados entre los prestadores de salud y las Instituciones de Salud Previsional no afecte los beneficios a que tienen derecho el afiliado o sus beneficiarios.”.

- La modificación de la indicación N° 4 fue aprobada por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo.

La **indicación N° 5**, formulada por el Honorable Senador señor Viera-Gallo, propone consultar, como letra a), la siguiente, nueva:

“a) Intercálase, en el inciso final de su numeral 9 la frase inicial “Salvo lo dispuesto en la parte final del inciso segundo del artículo 38,” reemplazando la mayúscula “E” de la preposición que le sucedería y que, actualmente encabeza el párrafo por una “e”.”.

El citado número 9, como se ha dicho, se refiere a la facultad que tiene la Superintendencia para dictar instrucciones generales.

Esta indicación está vinculada con la N° 38, del mismo señor Senador, por lo que fue tratada a continuación de ésta.

De resultas de lo anterior, como la indicación N° 38 fue aprobada con modificaciones que hacen perder sentido a la indicación N° 5, esta última fue rechazada.

- Votaron por el rechazo los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 6**, del Presidente de la República, propone reemplazar la letra a) por la siguiente:

“a) Agréganse, en el inciso primero, a continuación del número 15, los siguientes números 16 y 17, nuevos:

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

17.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para fines de supervigilancia y control de las entidades fiscalizadas o para decidir respecto a la procedencia de beneficios previsionales regulados por la presente ley. La Superintendencia deberá tomar los resguardos necesarios para mantener la confidencialidad de la ficha clínica.”.

Varios integrantes de la Comisión consideraron que la extensión de la facultad contemplada en el número 17 es excesivamente amplia y que debiera acotarse el acceso a la ficha clínica solamente cuando la finalidad es decidir sobre la procedencia del beneficio que el afiliado impetra de la Institución de Salud Previsional. En todo caso, el texto debería ajustarse a lo que dispone la ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada.

Especial reparo mereció la alusión a las funciones de supervigilancia y control, pues ellas no justifican el acceso a la información estrictamente privada que contienen las fichas clínicas.

Los funcionarios de la Superintendencia informaron que esta información se recaba actualmente, en virtud de Circulares vigentes, pero que no siempre los prestadores responden. De allí, entonces, que se aspire a consagrarla en la ley.

La Comisión sugirió al Superintendente reformular la norma sobre la base de permitir a la Superintendencia requerir de los prestadores certificaciones que sean necesarias para decidir sobre la

procedencia de beneficios, obligándola a mantener la confidencialidad de la ficha médica y sancionando a quien incurra en falsedad en la certificación.

El ejecutivo Acogió estos planteamientos y reformuló el numeral 17, en los términos consignados más adelante en este informe.

La indicación N° 6 fue aprobada unánimemente, con modificaciones. El literal que la contendrá quedó signado como b), porque antes se ha incluido en el número 2) del artículo 1° una letra a), nueva.

- El número 16 recogió los votos favorables de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Ruiz-Esquide. El número 17, en su nueva formulación, fue aprobado por los mismos señores Senadores y, además, por el Honorable Senador señor Viera-Gallo.

La **indicación N° 7**, del Honorable Senador señor Naranjo, propone reemplazar, en el número 18, contenido en la letra a) del número 2) del artículo 1° del proyecto, la “o” que sigue a la palabra “fiscalizada”, por una coma (,), y agregar la siguiente frase final: “y en aquellos casos en que la Superintendencia actúe como árbitro arbitrador según el N° 5 de este artículo”.

Fue declarada inadmisibles, por considerar que la misma incide en materias que la Constitución reserva a la iniciativa exclusiva el Presidente de la República, pues otorga a la Superintendencia una nueva atribución.

Sin perjuicio de lo anterior, cabe destacar que, conforme a los acuerdos previamente alcanzados por la Comisión, el número 18, sobre el cual recae la indicación, ya no forma parte del proyecto.

- Fue declarada inadmisibles.

La **indicación N° 8**, del Presidente de la República, propone sustituir la letra b) del número 2) del artículo 1° del proyecto, por la siguiente:

“b) Intercálase, a continuación del inciso primero, el siguiente inciso segundo, nuevo:

“Para los efectos de dar cumplimiento a lo prescrito en el artículo 48 de la ley N° 19.880, la Superintendencia podrá publicar en el Diario Oficial extractos de las normas que dicte.”.

El precepto citado señala qué actos administrativos deben publicarse obligatoriamente en el Diario Oficial.

El señor Superintendente de Instituciones de Salud Previsional adujo que en el año 2002 hubo que desembolsar \$ 29 millones por la publicación de documentos que totalizaban 347 páginas.

El Honorable Senador señor Silva Cimma hizo presente que la publicación de un acto administrativo cumple el doble objetivo de hacerlo obligatorio y de asegurar su transparencia. Por eso, el argumento de que se busca economizar gastos no es aplicable en estos casos.

- Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

En vista de lo resuelto respecto de la indicación N° 8, la Comisión resolvió eliminar del número 2) del artículo 1° la letra b), porque contiene una enmienda ya incorporada a la ley N° 18.933 por la ley N° 19.895.

- Así lo acordó la unanimidad, formada por los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

La **indicación N° 9**, del Presidente de la República, propone suprimir la letra c) del número 2) del artículo 1°.

Igual que en el caso de la letra b), recién consignado, se trata de adecuar la presente iniciativa a los cambios ya introducidos por la ley N° 19.895 en la Ley de Instituciones de Salud Previsional.

- Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Silva Cimma.

N° 3)

Propone reemplazar el inciso primero del artículo 22 de la ley N° 18.933, que señala que las Instituciones de Salud Previsional tendrán como objeto exclusivo el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, directamente o a través del financiamiento de las mismas, y las actividades afines o complementarias de ese fin, por otro del siguiente tenor:

“Artículo 22.- Las instituciones tendrán por objeto exclusivo administrar la cotización para la salud de sus afiliados y contratar con los prestadores el otorgamiento de las prestaciones de salud asociadas

a las enfermedades y condiciones de salud del régimen de garantías en salud y las prestaciones o beneficios complementarios a éste. Los prestadores individuales acreditados por la autoridad sanitaria podrán libremente adscribirse a la ejecución de las prestaciones de salud.”.

La **indicación N° 10**, del Presidente de la República, propone reemplazar el inciso primero del artículo 22 propuesto por el siguiente:

“Artículo 22.- Las Instituciones tendrán por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores, sea directamente o a través del nombramiento de directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales.”.

La Honorable Senadora señora Matthei afirmó que le parece razonable obligar a las entidades que otorgan prestaciones y a las que las financian a llevar contabilidades separadas, pero que resulta indefendible pretender que no tengan el mismo dueño. Declaró que no se puede ni se debe prohibir la integración vertical ni la horizontal.

Los Honorables Senadores señores Boeninger y Ruiz-Esquide coincidieron en que no hay norma limitativa de alianzas estratégicas o comerciales que no pueda ser eludida o burlada. Lo importante es que si existen convenios entre aseguradores y prestadores éstos sean transparentes y las partes en esos acuerdos sean administradas separadamente, para evitar subsidios cruzados que no beneficiarían a los usuarios.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo añadió que no será la Institución de Salud Previsional la que nombre a sus propios directores o a los de las entidades prestadoras integradas, sino los propietarios de tales organizaciones.

El Honorable Senador señor Espina propuso eliminar la oración final del inciso propuesto, que impide a las Instituciones de Salud Previsional intervenir en el nombramiento de directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales de los prestadores.

- Con esta enmienda, la indicación N° 10 fue aprobada por unanimidad, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

A instancia de la Asociación de clínicas y Prestadores Privados se modificó también el artículo 21 de la Ley de Isapres, para guardar una mejor correspondencia y armonía con las disposiciones establecidas en el artículo 22. En tal sentido, se reemplazó, en el inciso primero de aquél precepto, la forma verbal “otorgarán”, referida a prestaciones y beneficios de salud, por “financiarán”, con lo cual queda mucho más claro el rol asegurador de las Instituciones de Salud Previsional.

- El acuerdo fue unánime y concurrieron a él los mismos señores Senadores recién nombrados.

La **indicación N° 11**, del Honorable Senador señor Avila, propone intercalar, a continuación del inciso primero del artículo 22, el siguiente, nuevo:

“Asimismo, la Superintendencia de ISAPRES será responsable de garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en salud y, en especial, el derecho de los prestadores a inscribirse libremente en los Roles de Prestadores de las ISAPRES, en la medida que se encuentren acreditados por la autoridad respectiva.”.

- Fue declarada inadmisibile por el Presidente de la Comisión, porque, al atribuir funciones a la Superintendencia, invade la esfera en que la iniciativa para legislar compete exclusivamente al Presidente de la República.

La **indicación N° 12**, de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Zaldívar, don Andrés, propone intercalar, a continuación del N° 3), el siguiente, nuevo:

“...) Reemplázase el inciso primero del artículo 23 de la Ley de ISAPRES N° 18.933 por el siguiente:

“Ninguna persona natural o jurídica, que no haya sido registrada para ello por la Superintendencia, podrá dedicarse al giro que, en conformidad a la presente ley, corresponda a las Instituciones de Salud Previsional, y en especial, a captar las cotizaciones de salud indicadas en los incisos segundo y cuarto de la ley N° 18.469. No obstante lo anterior, tendrán derecho a captar las mencionadas cotizaciones de salud y a desarrollar el giro establecido en la presente ley, para las Instituciones de Salud Previsional, las compañías de seguros que comercialicen pólizas de seguro de salud establecidas en el artículo 84 del DL. 3.500. Las condiciones particulares que deberán contener las pólizas, ofrecidas por las compañías de seguros, serán establecidas a través de una circular conjunta dictada por la Superintendencia de ISAPRES y la Superintendencia de Valores y

Seguros. Dicha circular conjunta podrá autorizar planes de salud con plazos preestablecidos superiores a un año, cuya prima deberá ser constante en unidades de fomento. Además, dicha circular deberá regular el sistema de carencias, exclusiones, preexistencias, copagos y condiciones de prestaciones de los servicios.”.”.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide expresó que la intención es permitir que las compañías de seguros y las mutuales puedan ingresar al sistema de salud privado, quedando sin embargo sujetas al control y regulación de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, porque se dedicarán una actividad en que debe priorizarse lo sanitario. Con ello se abre esta industria a una mayor competencia.

La segunda parte, que otorga funciones a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y a la de Valores y Seguros, fue retirada, en razón de que se plantearon dudas acerca de su admisibilidad.

Los Honorables Senadores señora Matthei y señor Boeninger manifestaron que la indicación es inconveniente, porque colocar a una entidad bajo la potestad de dos organismos reguladores y fiscalizadores dará resultados caóticos. Nada impide a las compañías de seguros constituir una persona jurídica diferente, que se dedique exclusivamente al giro del financiamiento de prestaciones de salud, se rija por una lógica sanitaria y tenga un estatuto jurídico específicamente diseñado para tales fines.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo apuntó que desde la creación del sistema de Instituciones de Salud Previsional no se ha permitido la existencia de instituciones de carácter mixto.

- Se rechazó, por cuatro votos en contra, de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo, y uno a favor, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 13**, del Presidente de la República, propone intercalar, a continuación del N° 3), los siguientes numerales 4) y 5), nuevos:

“4) Intercálase, en el artículo 24 el siguiente inciso segundo, nuevo, pasando los actuales segundo y tercero a ser tercero y cuarto, respectivamente:

“La entidad deberá:

a) Informar la identidad de los socios, accionistas y sus controladores, siempre que posean una participación igual o superior al

10% del capital o tengan la capacidad de elegir a lo menos a un miembro del directorio, y

b) Acreditar que sus socios, accionistas y controladores no se encuentran en alguna de las situaciones previstas en el artículo 24 bis de esta ley.”.

5) Agrégase, a continuación del artículo 24, el siguiente artículo 24 bis:

“Artículo 24 bis.- No podrán participar en las actividades regidas por esta ley como directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales de una ISAPRE, las siguientes personas:

1.- Los condenados por delitos que merezcan pena aflictiva dentro de los últimos cinco años precedentes al nombramiento;

2.- Los fallidos no rehabilitados o quienes tengan prohibición o incapacidad de comerciar, y

3.- Los sancionados por algún organismo con la revocación de su inscripción en alguno de los registros que ellos lleven o los que hayan sido administradores, directores o representantes legales de una persona jurídica sancionada de igual forma o con la revocación de su autorización de existencia, a no ser que hayan salvado su responsabilidad en la forma que prescriba la ley o acrediten no haber tenido participación en los hechos que la motivaron.”.

El número 4), que introduce un nuevo inciso en el artículo 24 de la Ley de Instituciones de Salud Previsional, no mereció reparos y se aprobó con una sencilla adición, en la letra a), que puntualiza que la obligación de la Institución de Salud Previsional es informar “a la Superintendencia” los datos que allí se señalan.

- El numeral 4) fue aprobado por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El número 5) incorpora a la ley N° 18.933 un nuevo artículo 24 bis, cuyo texto está transcrito más arriba.

El Honorable Senador señor Espina expresó su reticencia frente a las disposiciones que instauran este nuevo tipo de sanciones, por la vía prohibir el acceso a determinados cargos o posiciones, prolongando el castigo de quienes ya han cumplido sus penas.

En el mismo sentido, el Honorable Senador señor Boeninger manifestó que, una vez cumplida la sanción impuesta por la sociedad a quien ha delinquido, la persona queda redimida.

La Honorable Senadora señora Matthei adujo que sólo se justifica una prohibición en el caso de personas que han cometido fraudes en circunstancias en que está comprometida la fe pública, e instó a especificar los ilícitos que harían incurrir en tal impedimento.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide apuntó que la libertad en la administración de las Instituciones de Salud Previsional no debe ser absoluta, puesto que ellas recudan dineros del público y en ello comprometen la fe pública.

El señor Superintendente explicó que, como consecuencia del caso Inverlink, se pretende normar esta situación, siguiendo el modelo del artículo 44 bis de la Ley sobre Compañías de Seguros ¹.

En definitiva, recogiendo las observaciones planteadas, la Superintendencia propuso una nueva redacción de la indicación, que fue acogida por la Comisión, con algunas enmiendas.

En el encabezado del artículo 24 bis se postula derechamente que no pueden ser directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales de una Institución de Salud Previsional, las personas que se hallen en alguna de las situaciones descritas en los tres numerales del precepto.

En el caso del número 1, se precisa que la prohibición para quienes hayan sido condenados por delito que merezca pena aflictiva regirá hasta que se cumpla la condena, y no más allá.

En el caso del número 3, queda especificado que la prohibición afecta a los administradores allí enumerados, de una empresa que, en razón de haber incurrido en alguna infracción legal, sea sancionada por la Superintendencia respectiva con la revocación de su autorización de existencia, para lo cual la sanción administrativa debe encontrarse a firme. Se exceptúa de la prohibición a aquellos administradores que hayan salvado su responsabilidad en la forma legal, respecto del o los actos que han motivo la revocación.

- Con estas enmiendas, el número 5) fue aprobado por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

¹ D.F.L. Nº 251, de 1931.

Nº 4)

Este numeral incorpora a la Ley de Isapres un artículo 25 bis nuevo, que, en su inciso primero impone a las Instituciones de Salud Previsional la obligación de designar auditores externos independientes y señala que éstos deberán analizar la contabilidad, el inventario, los balances y otros estados financieros, debiendo informar por escrito a la Superintendencia, en la forma y con la periodicidad que la misma determine mediante instrucciones de general aplicación.

El inciso segundo agrega que los referidos auditores deberán ser elegidos de entre quienes se hallen inscritos en el Registro de Auditores Externos de la Superintendencia de Valores y Seguros, siéndoles aplicables, en general, los requisitos, derechos, obligaciones, funciones y demás atribuciones que se establecen en la Ley sobre Sociedades Anónimas y su Reglamento.

El inciso tercero dispone que la ISAPRE respectiva deberá remunerar a los auditores externos.

El inciso cuarto faculta a la Superintendencia para impartir instrucciones respecto del contenido de los informes de los auditores; requerir de éstos informes específicos o cualquier dato o antecedente relacionado con el cumplimiento de sus funciones en las instituciones fiscalizadas; y examinar tales antecedentes en sus propias oficinas.

En este numeral incide la **indicación Nº 14**, del Presidente de la República, que propone su reemplazo por el siguiente:

“4) Sustitúyese, en el numeral 1) del inciso primero del artículo 26, la expresión “cotizaciones por regularizar” por “excesos de cotizaciones”.

El cambio obedece a que el artículo 25 bis ya fue incluido en la ley Nº 18.933 por la ley Nº 19.895, dictada con posterioridad a la aprobación general del presente proyecto.

El artículo 26 que la indicación en comento propone enmendar también es resultado de las modificaciones que hizo en la Ley de Isapres la ley Nº 19.895. Él se refiere a la garantía que deben mantener las Instituciones de Salud Previsional en alguna de las entidades autorizadas que determine la Superintendencia.

Los dos numerales que forman parte del inciso primero indican cuáles obligaciones de la Institución deben quedar cubiertas por la garantía y ellas son las que tiene para con los cotizantes y beneficiarios y para con los prestadores. Entre las del número 1 se mencionan las “cotizaciones por regularizar”, que son aquellas percibidas por

una Institución de Salud Previsional que deben ser integradas a otra de esas Instituciones. En cambio, los "excesos de cotizaciones" son pagos hechos por los afiliados a una Institución, que superan el 7% de contribución legal mínima. Esta última es una obligación de la Institución de Salud Previsional para con su cotizante, que debe ser incluida para determinar el monto de la garantía, en tanto que la otra es una obligación entre Instituciones aseguradoras.

- Se aprobó por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Nº 5)

Modifica el artículo 26, referido a la garantía que las Instituciones de Salud Previsional deben mantener en depósito y custodia de alguna entidad autorizada por ley para ello, que determine la Superintendencia.

Este precepto fue reformulado por la Ley Corta de ISAPRES. Sus disposiciones establecen que el monto de la garantía debe ser equivalente al de las obligaciones pendientes con cotizantes y beneficiarios y con prestadores y, en ningún caso, inferior a 2.000 unidades de fomento; fija procedimientos y plazos para ajustarla a la cuantía de las obligaciones caucionadas; señala los instrumentos financieros en que podrá constituirse y cuáles no serán admitidos para dicho propósito; faculta a la Superintendencia para definir las condiciones de diversificación, emisor, clasificación de riesgo, presencia bursátil, valor de mercado y nivel de liquidez y los porcentajes máximos de cada instrumento en el total de la garantía; estipula la forma de administración la misma y de su aplicación al pago de obligaciones caucionadas, y consagra la inembargabilidad de la garantía.

El numeral 5) del artículo 1º del proyecto en informe reemplaza los primeros siete incisos del artículo 26, por los siguientes:

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

La actualización de la garantía será trimestral, para lo cual la Institución deberá completarla, dentro de los veinte primeros días

de los meses de marzo, mayo, agosto y noviembre de cada año, hasta cubrir el monto total que corresponda a las referidas obligaciones al último trimestre del año anterior y al primer, segundo y tercer trimestre del año en curso, respectivamente, cada vez que este último supere en un veinte por ciento o más la garantía existente.

Cuando el monto promedio de las antedichas obligaciones, en un determinado trimestre, sea inferior al ochenta por ciento de la garantía existente, la Institución podrá solicitar a la Superintendencia la devolución de la parte de dicha garantía que exceda el referido monto. La Superintendencia tendrá el plazo de veinte días para efectuar la devolución, a contar de la fecha de presentación de la solicitud, el que podrá prorrogarse por una sola vez, para lo cual se deberá dictar una resolución fundada.

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

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

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

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

La **indicación N° 15**, del Presidente de la República, propone reemplazar este número 5) por otro, que sustituye el artículo 28 por el siguiente:

"Artículo 28.- La Superintendencia, en caso de cancelación del registro de una ISAPRE, deberá, mediante resolución fundada, hacer efectiva la garantía y destinarla al pago de las obligaciones que, conforme a la ley, deban ser solucionadas con la garantía."

El señor Superintendente explicó que el Ejecutivo ha descartado dar una nueva redacción a ciertos incisos del artículo 26 y, en su lugar, ha optado por enmendar el artículo 28 de la ley N° 18.933, para suplir una omisión en que incurrió la ley N° 19.895 y que ha generado controversia en cuanto a la prelación de los pagos a realizar con la garantía,

cuando se cancela el registro de una Institución de Salud Previsional. El texto propuesto determina, sin lugar a dudas, que será la Superintendencia la que, mediante resolución fundada, hará efectiva la garantía y señalará cuáles obligaciones deben ser solucionadas con ella.

Atendida la explicación anterior, la Comisión aprobó esta indicación, por unanimidad.

- Votaron por la aprobación los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

La **indicación N° 16**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone intercalar, a continuación del número 6), un numeral nuevo, que modifica el artículo 32 bis de la ley N° 18.933.

Cabe recordar que dicha disposición se refiere a los excedentes que pueden producirse cuando el precio del plan es inferior a la cotización legal. Los excedentes, que son de propiedad del afiliado e inembargables, pueden aplicarse a financiar los beneficios adicionales al contrato de salud o pasan a engrosar la herencia del cotizante. Los fondos se acumulan en una cuenta corriente, se reajustan y generan intereses.

La indicación en comentario sustituye, en el inciso séptimo del precepto en comento, la frase “el interés corriente para operaciones reajustables en moneda nacional a que se refiere el artículo 6°, de la ley N° 18.010” por la frase “el interés promedio pagado por los bancos en operaciones reajustables de menos de 1 año informado por el Banco Central de Chile”.

En vista de que del precepto citado de la ley N° 18.010 define el Interés corriente como el interés promedio cobrado por los bancos y las sociedades financieras establecidas en Chile en las operaciones que realicen en el país, sus autores retiraron la indicación.

- Fue retirada.

N° 7)

Este numeral modifica el artículo 33 de la ley N° 18.933, que regula el contrato de salud.

El inciso primero del artículo 33 dispone que, para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud, quienes opten por

cotizar en el sistema privado de salud deberán suscribir un contrato con la Institución de Salud Previsional que elijan.

El inciso segundo precisa que, en dicho contrato, las partes convendrán la forma, modalidad y condiciones de otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud, debiendo contemplar ciertas estipulaciones mínimas, que pormenoriza en siete literales, que van de la a) a la g). Para los efectos del presente informe interesan las letras a), f) y g), que han sido objeto de indicaciones.

El literal a) señala que, como estipulación obligatoria en el contrato celebrado entre la Institución de Salud Previsional y el cotizante, deberán incluirse en el contrato las prestaciones y otros beneficios acordados que gozan de Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, a que se refiere la ley N° 19.966, Plan AUGE.

El literal f) incluye entre las menciones mínimas del contrato las restricciones a la cobertura, que sólo podrán referirse a enfermedades preexistentes declaradas, por un plazo máximo de dieciocho meses, contados desde la suscripción del contrato, con la limitación establecida en el inciso primero del artículo 33 bis. El mismo literal agrega que, en caso de embarazo, se deberá precisar que la cobertura será proporcional al período que reste para que ocurra el nacimiento.

El inciso primero del artículo 33 bis dispone que ninguna prestación podrá tener un financiamiento inferior al 25% de la cobertura que el mismo plan confiere a la prestación genérica correspondiente, ni inferior a la que el arancel del Fondo Nacional de Salud asegura a la respectiva prestación, en la Modalidad de Libre Elección.

El literal g) señala que debe incluirse en el contrato la estipulación precisa de las exclusiones, si las hubiera, relativas a las prestaciones señaladas en el inciso segundo del artículo 33.

El citado inciso prohíbe pactar la exclusión de otras prestaciones que no sean las que la misma disposición señala: cirugía plástica con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin; atención particular de enfermería; hospitalización con fines de reposo y prestaciones de salud que requiera el beneficiario como consecuencia de su participación en actos de guerra, y actos calificados como delito por la ley, en tanto resulte criminalmente responsable; como también prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo cubierto; enfermedades preexistentes no declaradas en los términos del inciso quinto de este artículo, y todas aquellas prestaciones no contempladas en el arancel a que se refiere la letra d) del artículo 33.

El inciso tercero del artículo 33 en análisis agrega que, tanto el arancel como los límites de prestaciones o beneficios, sólo

podrán expresarse en moneda de curso legal en el país o en unidades de fomento y, tratándose del precio del plan, a las dos formas anteriores se agrega el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud.

El inciso cuarto dispone que los cotizantes de Institución de Salud Previsional y sus beneficiarios podrán utilizar la modalidad institucional para la asistencia médica curativa de la ley N° 18.469, a menos que se trate de una atención de emergencia debidamente certificada por un médico cirujano, situación prevista en los incisos cuarto y quinto del artículo 22 de la Ley de Instituciones de Salud Previsional, en que el pago deberá hacerlo en forma directa la Institución correspondiente.

El inciso final indica que corresponderá al Secretario Regional Ministerial respectivo calificar la concurrencia de los requisitos habilitantes a que se refiere el inciso anterior, y velar por que la atención a personas no beneficiarias del sistema público de salud no menoscabe la atención a los beneficiarios de dicho sistema.

El numeral 7) del texto aprobado en general propone efectuar diversas modificaciones al artículo 33.

Mediante el literal a), propone sustituir el inciso primero, por otro que difiere del actual en cuanto precisa que el contrato que deben suscribir las partes debe ser de plazo indefinido.

El literal b) propone reemplazar la letra a) del inciso segundo por otra, que señala como la primera de las estipulaciones mínimas del contrato de salud la determinación del 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. Agrega que, en todo caso, el plan complementario deberá contemplar, a lo menos, la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, en su modalidad de libre elección.

El párrafo segundo del literal a) que se propone prohíbe a las Instituciones de Salud Previsional imponer a sus afiliados contratos en que todas o algunas de las prestaciones o beneficios se brinden por prestadores determinados, estableciendo que siempre deberán ofrecer contratos o planes de salud en la modalidad de libre elección del prestador.

El literal c) propone sustituir el literal g) por otro, que incluye como cláusula obligatoria en los contratos de salud la estipulación precisa de las exclusiones, si las hubiera, las que deberán estar referidas a las prestaciones señaladas en el inciso segundo del artículo 33 bis descrito más arriba.

En este numeral inciden las indicaciones N^{os} 17 a 22.

La **indicación N° 17**, del Presidente de la República, propone reemplazar el literal b) del N° 7) por otro, que incorpora, en la letra a) del inciso segundo del artículo 33 de la Ley de Isapres, los siguientes párrafos nuevos:

“Los afiliados podrán optar entre planes de salud que contemplen la libre elección de los prestadores de salud, planes en que el otorgamiento de las prestaciones sea exclusivamente a través de determinados prestadores de salud individualizados en ellos y planes que combinen ambas modalidades, de aquéllos que comercialicen las ISAPRES.

Con todo, tratándose de planes en que el otorgamiento de las prestaciones sea exclusivamente a través de determinados prestadores y el afiliado o beneficiario decide atenderse en un prestador distinto, la ISAPRE deberá otorgar, al menos, la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud ofrece como mínimo en la Modalidad de Libre Elección de acuerdo a la ley N° 19.966.

En los planes a que se refiere el inciso anterior, la Institución podrá establecer una cobertura financiera inferior a la señalada en dicho inciso, siempre y cuando esta cobertura sea consecuencia de menores precios convenidos en relación a los valores contemplados en el arancel que se utiliza para la Modalidad de Libre Elección que otorga el Fondo Nacional de Salud y que el copago correspondiente al beneficiario sea igual o inferior al que resulte de aplicar la cobertura mínima aludida en el inciso precedente.

Para efectos del otorgamiento de las prestaciones de salud en la modalidad de libre elección que contemplen los planes de salud y cuya cobertura financiera se efectúe por la vía del reembolso, los prestadores no necesitarán adscribirse en la Institución.

Tratándose de aquellos prestadores de salud que no revistan la calidad de personas naturales, 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 en una modalidad distinta a la libre elección, éste deberá contener la individualización de todos ellos; la indicación precisa de las prestaciones y beneficios que se otorgarán a través de cada uno de tales prestadores 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 ISAPRE deberá informar al público, en la forma que señale la Superintendencia, acerca de

las principales características de tales convenios y de los correspondientes prestadores.

El contrato de salud deberá incluir iguales condiciones de otorgamiento de los beneficios obligatorios para todos los beneficiarios de la ISAPRE, independientemente del plan de salud al que se encuentren adscritos, sin perjuicio de que se puedan pactar mejores condiciones.

Si los prestadores con los cuales la ISAPRE ha convenido el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud son distintos de aquéllos con los cuales ha convenido condiciones más ventajosas para el otorgamiento del plan complementario u otros beneficios adicionales, deberá explicitarlo en los respectivos planes de salud; si, a raíz del incumplimiento de la antedicha obligación, el beneficiario incurriere en confusión, la ISAPRE estará obligada a asumir el mayor costo que ello signifique.”.

El contenido de esta indicación guarda similitud con el de la N° 29, por lo que lo acordado a su respecto se tuvo en cuenta al resolver esta última.

Antes de entrar al debate, al Ejecutivo propuso una nueva redacción para esta indicación, que fue materia de la discusión. Su tenor es el siguiente:

“Agrégase, a continuación de la letra a) del artículo 33, la siguiente letra a bis) nueva:

“a bis) Un Plan de Salud complementario, el que podrá contener una o más de las siguientes modalidades para el otorgamiento de las prestaciones o beneficios:

A.- Plan libre elección: aquél en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario sin intervención de la ISAPRE.

Para efectos del otorgamiento de las prestaciones de salud en la modalidad de libre elección cuya cobertura financiera se efectúe por la vía del reembolso, los prestadores no podrán ser obligados a celebrar convenios con la ISAPRE ni a adscribirse a ésta.

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

Con todo, si el afiliado o beneficiario se atiende en un prestador distinto al individualizado en el plan, tendrá derecho a la cobertura financiera que como

mínimo debe otorgar el Fondo Nacional de Salud en la modalidad de libre elección.

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

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

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

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

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

2.- Las prestaciones que se otorguen con ocasión de la derivación a que alude el numeral precedente, deberán ser financiadas por la isapre manteniendo el monto que le habría correspondido copagar al afiliado de haberse atendido en el prestador que dio origen a la derivación.

El cotizante o beneficiario que, habiéndose ceñido a los procedimientos de acceso y derivación que en cada contrato se definan, no obtenga la atención de salud en el prestador individualizado en el plan, tendrá derecho a exigir que se mantenga el monto que le habría correspondido copagar si la prestación se hubiese otorgado por éste, cualquiera sea el que la realice en definitiva.

Las Isapres no podrán excepcionarse de la responsabilidad que emana de los contratos de salud celebrados, atribuyéndosela a los prestadores, quienes, para los efectos de la ejecución de dichos contratos, se entenderá que son sus agentes o delegados.

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

4.- Los contratos de salud deberán garantizar la atención de urgencia de las prestaciones que conforman su oferta cerrada o preferente, identificando en

el plan de salud, el o los prestadores con los cuales haya convenido el otorgamiento de dicha atención y los procedimientos para acceder a ellos.

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

Los contratos de salud deberán establecer el derecho del afiliado que, con ocasión de una emergencia haya ingresado a un prestador distinto de los mencionados en el párrafo primero del numeral precedente, a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el plan, y el derecho de la isapre a trasladar al paciente a uno de estos prestadores.

En ambos casos, es condición esencial para el ejercicio del derecho a traslado, la autorización expresa del médico tratante; obtenida esta autorización, la otra parte deberá acceder al traslado solicitado. No obstante lo anterior, el afiliado podrá optar por permanecer en el prestador en el que se encuentra, en cuyo caso no podrá requerir la cobertura prevista en el plan cerrado o preferente, siendo aplicable en estos casos la cobertura que como mínimo debe otorgar el Fondo Nacional de Salud en la modalidad de libre elección, en el caso de los planes cerrados, o la que señale el plan, en el caso de planes con prestadores preferentes.

5.- El término del convenio entre la isapre y el prestador institucional cerrado o preferente o cualquier modificación que éstos le introduzcan, no afectará el monto que, en virtud del plan contratado, le corresponde copagar a los beneficiarios por las atenciones recibidas.”.

En otras palabras, en vez de agregar párrafos a la letra a) del artículo 33, que se refiere a las prestaciones del Plan AUGE, se incorpora un literal nuevo, a) bis, compuesto de dos párrafos. El primero estipula que el contrato de salud contendrá el Plan de Salud Complementario y define las tres modalidades del mismo, en las letras A, B y C. El segundo párrafo instaura cinco reglas para los planes cerrados y con prestadores preferentes.

Ambas formulaciones dieron lugar a aclaraciones y recibieron reparos de parte de los intervinientes en el debate, que consignaremos resumidamente, a raíz de lo cual se aprobó el texto que se propone más adelante, en el capítulo de modificaciones.

La Superintendencia explicó que el copago del afiliado es inferior si obtiene la prestación de una persona o entidad que tiene convenio con su Institución de Salud Previsional, porque ésta negocia precios por volumen. La cobertura es la misma pero, si el precio fijado por el prestador libremente elegido es superior al precio del convenio, el reembolso del asegurador será el pactado en el contrato de salud y el asegurado deberá pagar la diferencia, que será una suma mayor. Lo mismo puede ocurrir si, en lugar de obtener un bono de atención en la Institución de Salud Previsional,

el afiliado concurre al prestador, le paga directamente y luego solicita el reembolso, a menos que el precio que se le cobre por la prestación sea el mismo convenido entre la Institución y el prestador.

Los representantes de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional manifestaron que el plan cerrado no quedaba bien conceptualizado, al tenor de lo prescrito por el segundo párrafo de la letra B de las indicaciones, e hicieron presente que el Fondo Nacional de Salud no reembolsa atenciones practicadas por prestadores sin convenio.

Por su parte, los representantes de la Asociación de Clínicas y Prestadores de Salud Privados expresaron que las Instituciones de Salud Previsional discriminan en los convenios, pactando diferentes precios y bonificaciones.

Precisaron, además, que la diferencia de copago entre el bono y el reembolso se explica porque las Instituciones de Salud Previsional no incluyen el Impuesto al Valor Agregado pagado, en el caso de estos últimos, en tanto que los primeros están exentos de ese tributo, por interpretación del Servicio de Impuestos Internos. En vista de ello solicitaron incluir en el artículo 33 de la ley N° 18.933 una disposición que consagre el derecho del afiliado a obtener de la Institución de Salud Previsional un bono en unidades de fomento, por el valor máximo para la prestación de que se trate que contemple su plan, a fin de solucionar prestaciones en la modalidad de libre elección.

Por su parte, el señor Superintendente recordó que el Colegio Médico de Chile ha objetado que las Instituciones de Salud Previsional convengan precios con algunos prestadores y no con todos, lo que también es tildado de discriminatorio, y puntualizó que el Fondo Nacional de Salud reembolsa toda prestación otorgada por cualquier prestador que acepte su arancel. Respecto de la idea de crear un bono para prestadores de libre elección, señaló que ello lleva aparejados dos inconvenientes: el mayor costo operacional de las Instituciones para crear y operar el mecanismo y la modificación de la ley del Impuesto al Valor Agregado, que supone iniciativa presidencial, acuerdo del Ministerio de Hacienda e informes de la Dirección de Presupuestos y de las Comisiones de Hacienda de ambas Cámaras.

A instancias de la Comisión, el Ejecutivo propuso una nueva redacción para el segundo párrafo de la letra A, relativa a los planes de libre elección, que obliga a las Instituciones de Salud Previsional a reembolsar de acuerdo al plan contratado las prestaciones obtenidas en dicha modalidad, sin supeditar el pago a la celebración de convenios entre la Institución y los prestadores ni sujetarlo a algún tipo de adscripción de aquéllos a ésta.

Esta formulación fue puesta en votación, pronunciándose por aprobarla el Honorable Senador señor Boeninger y por

rechazarla el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide; se abstuvo el Honorable Senador señor García.

Como la abstención influía en el resultado, se procedió a repetir la votación, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 178 del Reglamento del Senado, contando esta vez con la presencia de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina.

En definitiva, el párrafo en cuestión fue aprobado por tres votos a favor, de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Espina, y uno en contra, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.

Los miembros de la Comisión coincidieron en estimar que el párrafo segundo de la letra B en cuestión es una auténtica válvula de escape de los planes cerrados, que debe ser cuidadosamente definida para no desvirtuar la naturaleza de los planes cerrados y, al mismo tiempo, no desproteger a los afiliados y beneficiarios que los suscriben. Tal como fue propuesto genera confusión, porque no se diferencia nítidamente de los planes combinados regulados por la letra C.

Nadie es obligado a contratar un plan cerrado y quien lo hace está haciendo evidente su confianza en los prestadores incorporados al mismo.

En lo tocante a la petición de la Asociación de clínicas y Prestadores Privados, solicitó a la Superintendencia estudiar una alternativa que enfrente el problema puesto de relieve por aquella entidad.

En razón de lo expuesto, se modificó la redacción para señalar que la Superintendencia podrá determinar, mediante instrucciones generales, los casos de excepción en que se podrá obtener atención de un prestador distinto del consignado en plan cerrado, con la cobertura financiera que da el Fondo Nacional de Salud en la Modalidad de Libre Elección. El menor reembolso que se obtendrá al acudir a prestadores ajenos al plan debe desincentivar el recurso a este tipo de atenciones.

La Honorable Senadora señora Matthei fue partidaria de señalar expresamente que las excepciones deben estar relacionadas con circunstancias tales como un cambio permanente de residencia, un viaje, falta de cobertura del plan, preexistencias y desaparición o insolvencia del prestador, y que, si se establece una válvula de escape para los planes cerrados del sector privado, se debe guardar la simetría en el tratamiento dispensado al sector público.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide sugirió definir un nuevo tipo de plan para estos casos. Además, dejó constancia expresa de que nada del contenido de estas normas altera las Garantías

Explícitas en Salud incluidas obligadamente en los contratos de salud, por aplicación de la letra a) del inciso segundo del artículo 33 de la ley N° 18.933.

Respecto de las reglas enunciadas en el segundo párrafo del literal a) bis en análisis hubo consenso mayoritario en que, en el caso de la signada con el número 1, la dificultad estriba en la definición de insuficiencia, circunstancia que permite a la Institución de Salud Previsional ofrecer la atención por un prestador distinto del señalado en el plan, y en que la rígida regulación de estos contratos impide a las partes acomodarlos a escenarios cambiantes, lo que conlleva diversos riesgos. Se propuso facultar a las Instituciones para ajustar el listado de prestadores anualmente, en la misma oportunidad en que se modifica el precio, o bien que el cambio de prestador se haga con el consentimiento del afiliado, situación que ofrece a éste la posibilidad de exigir la terminación del contrato de salud, con indemnización de perjuicios, si no acepta la sustitución propuesta.

La regla número 4, que se ocupa de las atenciones de urgencia por un prestador distinto del indicado en el plan, se adecuó al modelo ya establecido en el artículo 9° de la ley N° 19.966, Plan AUGE.

El resto del precepto se aprobó con modificaciones que mejoran la redacción y reducen su extensión.

- La indicación N° 17, con las modificaciones consignadas, fue aprobada por unanimidad por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, con excepción de la regla número 1 del párrafo segundo del la letra a) bis, que se aprobó por cuatro votos a favor y la abstención del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide y de la votación consignada más arriba, relativa al segundo párrafo del literal A de la letra a) bis.

La **indicación N° 18**, formulada por el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone intercalar, a continuación de la letra b) la siguiente, nueva:

“... Suprímese la letra f) pasando la actual letra g) a ser letra f).”.

- Fue retirada por su autor.

La **indicación N° 19**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone reemplazar la letra c) del número 7) del artículo 1° del proyecto, por la siguiente:

“c) Suprímense las letras f) y g).”.

El autor de la indicación explicó que, mediante un conjunto de indicaciones, pretende suprimir todo lo que diga relación con exclusiones y preexistencias. Añadió que frente a este controvertido tema ha sostenido siempre la inconveniencia de hacer primar criterios financieros sobre los estrictamente sanitarios. Entiende que las proposiciones sobre el particular que hace el Ejecutivo en este proyecto mejoran la situación actual, pero aspira a ir más allá en lo referente a hacer imperar las debidas prioridades en salud.

Frente a una consulta del Honorable Senador señor Viera-Gallo, el señor Superintendente explicó que, para que opere la preexistencia, debe haber conocimiento del afectado y diagnóstico médico, los que se consignan en la respectiva declaración de salud.

El Honorable Senador señor Boeninger manifestó que, aún cuando entiende las razones que impulsan al Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, debe considerarse la necesidad de mantener la viabilidad financiera de un sistema que, de otra forma, no podría operar. En el mismo sentido se pronunció el Honorable Senador señor Viera-Gallo.

El señor Superintendente explicó que, desde una perspectiva técnica, el sistema opera en base a los conceptos de “riesgo moral” y de “selección adversa de riesgo”. Añadió que los seguros usan mecanismos de chequeos médicos y otras barreras de entrada que evitan el abuso del sistema. Señaló que la Superintendencia hizo una campaña destinada a llenar adecuadamente la declaración de salud, como forma de aportar al cálculo del valor real de las primas y de impedir que se eleve el valor de los planes. Agregó que los tribunales de justicia han fallado que el mal llenado de la declaración de salud no genera la terminación del contrato sino que excluye el financiamiento de las prestaciones derivadas de la patología preexistente, por el lapso legal.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, tras manifestar que el punto de fondo no radica en la forma en que opera el sistema de preexistencias sino que en la incompatibilidad del concepto de preexistencia con la ética sanitaria, consultó sobre el criterio seguido y los resultados de los fallos recaídos en las controversias.

El señor Superintendente hizo presente que, si la persona manifiesta en su declaración de salud que tiene, por ejemplo, una enfermedad reumática, soportará una exclusión por hasta dieciocho meses. Si miente en su declaración y es sorprendida, la exclusión puede extenderse hasta por cinco años e incluso la Institución de Salud Previsional puede poner término al contrato.

Enseguida indicó que la tasa de reclamos en el período 2000 a 2004 muestra una tendencia al alza hasta 2003 y una baja importante en 2004, la que atribuyó a que, como antes se señalara, la

jurisprudencia de tribunales ha sido no aplicar otra sanción que la de aumentar el plazo de exclusión a cinco años, sin poner término al vínculo contractual. Añadió que, desde el punto de vista del resultado de los fallos, en el 60% de los casos son favorables al afiliado y en el 29% a la Institución de Salud Previsional; en el caso de las preexistencias la situación se invierte y los fallos acogen mayoritariamente la posición de la Institución y sólo un 34% favorece al afiliado.

Antes de la fecha indicada no hay datos, porque es a partir de la ley N° 19.381 que se limita el tiempo de exclusión por preexistencia y que la Superintendencia puede conocer reclamos por este motivo.

La Honorable Senadora señora Matthei anunció su intención de rechazar la indicación en comento, señalando que compartiría las aprensiones planteadas por el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide si el privado fuere el único sistema de salud. Sin embargo, no lo es y resulta posible optar por un sistema más eficiente, por el cual se debe pagar y aceptar las exclusiones pertinentes.

- La indicación fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Espina; el voto favorable del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide y la abstención del Honorable Senador señor Viera-Gallo.

La **indicación N° 20**, del Presidente de la República, también incide en la letra c), la que propone reemplazar por la siguiente:

“c) Agrégase, en el inciso tercero, a continuación del punto aparte (.), que pasa a ser seguido, lo siguiente: “Los planes en que el precio sea un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, sólo procederá en el caso de los contratos a que se refiere el inciso final del artículo 39 de esta ley y a aquéllos celebrados por dos o más trabajadores en que se hayan convenido beneficios distintos a los que se podría obtener con su sola cotización individual.”.”.

El señor Superintendente explicó que esta indicación se inscribe entre aquellas formuladas por el Ejecutivo con el propósito de aportar transparencia al sistema, particularmente al facilitar la comparación de distintos planes por parte del usuario.

Agregó que, al acotar esta norma a los planes colectivos y a los de Institución de Salud Previsional cerrada a que se refiere el inciso final del artículo 39, se tiende a una mayor homogenización de los planes existentes.

- Fue aprobada con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Espina y la

abstención de los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

La **indicación N° 21**, del Presidente de la República, tiene como objetivo agregar una letra nueva, que incorpora al artículo 33 de la ley N° 18.933 cinco incisos nuevos, a continuación del inciso final.

El primero de ellos dispone que, cada vez que un afiliado o beneficiario requiera un beneficio a su Institución de Salud Previsional, ésta, por ese sólo hecho, se entenderá ampliamente facultada para requerir de el o los prestadores de salud respectivos, sean éstos públicos o privados, la información necesaria y útil para determinar la procedencia o el monto del beneficio solicitado.

El segundo se pone en el caso de que la Institución de Salud Previsional estime que la información otorgada por el prestador es incompleta o le asista el temor fundado de que sea falsa. Al efecto, dispone que la Institución podrá solicitar a la Superintendencia que contraste, a costa de la solicitante, los antecedentes con la ficha clínica del paciente. Añade que la Superintendencia podrá castigar al prestador y a la Institución de Salud Previsional que abuse de este derecho, con multa que no exceda de 4.000 unidades de fomento.

El tercero permite que el paciente, o su representante, autorice en forma expresa a la Institución de Salud Previsional, en cada caso, para requerir del prestador, que no podrá negarse, la respectiva ficha clínica. Niega validez a las autorizaciones de carácter genérico.

El cuarto fija un plazo de cinco días hábiles a los prestadores de salud para dar cumplimiento al requerimiento señalado en los incisos anteriores e impone a la Institución de Salud Previsional el deber de reserva respecto de la información recibida, conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.628.

El último de los incisos que la indicación propone incorporar asigna a la Superintendencia el deber de vigilar el correcto ejercicio de esta facultad.

El señor Superintendente explicó que, conforme a la indicación, si una Institución de Salud Previsional tiene dudas o considera que la información disponible es insuficiente, puede solicitar la ficha clínica, en las condiciones que se indica. Preciso que, en el sistema público, el Fondo Nacional de Salud puede acceder a las fichas clínicas, con la finalidad de precaver engaños.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo manifestó su desacuerdo con el tercero de los incisos propuestos, argumentando que podría condicionarse el beneficio al otorgamiento de esta autorización. Agregó que, conforme a la ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, la ficha clínica contendría “datos sensibles”, cautelados por el referido cuerpo normativo.

Cabe considerar que el artículo 2° de la ley N° 19.628 define los “datos sensibles”, señalando que entre ellos se encuentran los estados de salud físicos o psíquicos. El artículo 10, por su parte, señala que estos datos no pueden ser objeto de tratamiento, a menos que la ley lo autorice, exista consentimiento del titular o sean datos necesarios para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud.

Por otra parte, el inciso segundo del artículo 127 del Código Sanitario dispone que las recetas médicas y los análisis o exámenes de laboratorio clínico y servicios relacionados con la salud son reservados y sólo se puede revelar su contenido u otorgar una copia con consentimiento del paciente, otorgado por escrito.

La Honorable Senadora señora Matthei hizo presente que la ley sólo permite que el interesado autorice el acceso a la información contenida en la ficha de salud, situación que debe contrastarse con la necesidad de precaver engaños y preservar la subsistencia del sistema. Manifestó su acuerdo con el segundo inciso propuesto y concluyó solicitando trato igualitario, en este ámbito, para las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud.

En relación con esta última solicitud, el Honorable Senador señor Viera-Gallo puntualizó que hay una diferencia, en este aspecto, entre el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, pues aquél no puede expulsar a un afiliado y éstas sí. Añadió que, en todo caso, una norma de este tipo no debe permitir el acceso a la totalidad de la ficha clínica, sino que sólo a la parte relevante para las dudas que han dado lugar a solicitarlo.

El Honorable Senador señor Espina manifestó que, en la materia, debe operar el principio de la buena fe respecto de los dichos del prestador de salud. Añadió que es razonable que la Institución de Salud Previsional que tenga dudas pueda recurrir a la Superintendencia para acceder a la información pertinente contenida en la ficha de salud, pero calificó como excesivo el tercer inciso que se propone, por estimar que la autorización “caso a caso” se transformará, en la práctica, en una genérica. Finalmente, se mostró partidario de agregar que la Superintendencia no puede negarse a la solicitud formulada por una Institución de Salud Previsional.

El Presidente de la Asociación de Clínicas y Prestadores Privados, don Jorge Aspee, sostuvo que su sector aspira a

transparentar la información. Añadió que no desean exponer a las Instituciones de Salud Previsional al dolo, para no lesionar fatalmente al sistema privado. Como forma de subsanar los inconvenientes planteados en el curso del debate, propuso crear un comité de médicos que opere el mecanismo de acceso a las fichas salvaguardando la reserva de la información privada contenida en ellas.

El Honorable Senador señor Boeninger coincidió en considerar excesivo el tercer inciso propuesto y, como alternativa, propuso suprimirlo y reemplazar, en el segundo, la expresión “solicitar” por “requerir”. Señaló que algún acceso a la información contenida en la ficha clínica es indispensable, pero limitado a la que es relevante y sancionando los abusos.

El Presidente de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional, don Hernán Doren, sostuvo que para la Superintendencia sería materialmente imposible verificar la veracidad de la información proporcionada por los interesados y contrastarla con las fichas clínicas, porque ello supondría la revisión de un universo de cuarenta mil fichas clínicas anuales.

La Honorable Senadora señora Matthei propuso que para minimizar el conflicto existente entre la necesidad de precaver engaños y la privacidad de la información contenida en la ficha, las Instituciones de Salud Previsional den aviso al interesado de que están solicitándola, y acoten su petición a las materias relevantes, con un activo rol fiscalizador de la Superintendencia, que se aplique caso a caso, opere *ex – post* y suponga la aplicación de multas si se comprueban excesos. Insistió en que la solución que se alcance debe ser uniforme para ambos sistemas, público y privado.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo manifestó su intención de acoger el primero de los incisos propuestos y propuso reformular los incisos segundo y tercero, permitiendo el acceso a aquella parte de la ficha clínica directamente relacionada con los beneficios que se invocan. Asimismo, propuso incluir la ficha clínica en el artículo 127 del Código Sanitario, de modo de sancionar eventuales violaciones a la privacidad de los datos contenidos en ella.

Recogiendo las observaciones planteadas, la Superintendencia reformuló el texto de la indicación N° 21 y planteó agregar cuatro nuevos incisos al artículo 33 de la Ley de Isapres, que estarán contenidos en la letra f) del número 9) del artículo 1° del proyecto.

En el primero de ellos se eliminan las frases que conferían a la norma una amplitud excesiva, como “por el solo hecho de la solicitud y para todos los efectos” y “de la manera más amplia”.

En el segundo de tales incisos se reemplaza la noción de acceso y verificación a la ficha clínica por la Superintendencia, por una revisión practicada por un médico cirujano, inscrito en un registro especial ad-hoc –que la Comisión exigió que sea independiente de las partes–, e informe a la Institución de Salud Previsional si corresponde o no otorgar la cobertura financiera pactada en el plan. Si el afiliado no se conforma con una resolución negativa, podrá entonces ocurrir a la Superintendencia para que zanje el conflicto.

El tercer inciso reitera la disposición originalmente propuesta en la indicación, que obliga a los prestadores a dar la información que se les solicite y les fija un plazo de cinco días hábiles para hacerlo y a las Instituciones de Salud Previsional a mantener en reserva, con sujeción a la ley N° 19.628, la información que reciban en virtud de esta disposición.

El cuarto de los incisos nuevos agregados al artículo 33 de la ley N° 18.933, preceptúa que la Superintendencia vigilará el adecuado ejercicio de la facultad que se otorga a las instituciones aseguradoras y resolverá los conflictos que con motivo de la misma surjan entre éstas y los prestadores.

- Con estas enmiendas, la indicación N° 21 fue aprobada por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

La **indicación N° 22**, del Honorable Senador señor Viera-Gallo, propone agregar una letra nueva, destinada a modificar el inciso tercero del artículo 33, eliminando de dicha norma la autorización para expresar el precio del plan, el arancel y los límites de las prestaciones o beneficios en unidades de fomento y agregando una oración final que precisa que ello será posible en la medida que se señale, a modo de referencia, su valor total en moneda de curso legal, al momento de suscribirse el contrato.

El autor de la indicación explicó que con ella intenta contribuir a la transparencia y total claridad de los términos en los cuales se ha celebrado el contrato. Añadió que, aún cuando la unidad de fomento es comúnmente empleada en nuestro país, su utilización puede generar confusión en personas menos informadas, respecto de elementos tan importantes en el contrato de salud como el valor del plan, del arancel y de los beneficios y prestaciones.

La Comisión, coincidiendo con el espíritu de la indicación, acordó acogerla y enmendar la norma vigente consignando en ella que deberá señalarse, a modo referencial, el precio del plan en moneda de curso legal, según la equivalencia al momento de suscribirse el contrato, cuando esté pactado en unidades de fomento o como porcentaje equivalente a la cotización legal de salud.

- Fue aprobada, con la modificación señalada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Nº 8)

Este numeral reemplaza el inciso cuarto del artículo 33 bis de la ley 18.933, disposición que define las enfermedades preexistentes como aquellas enfermedades o patologías que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso.

El proyecto propone una nueva definición, en la que se agrega que los antecedentes de salud deberán registrarse de modo fidedigno por el afiliado en un documento denominado Declaración de Salud, la que será suscrita por las partes antes de la celebración del contrato o de la incorporación del beneficiario, en su caso. La referida Declaración constituye parte integrante del contrato, de carácter esencial; sin embargo, la omisión de aquélla no invalida éste, sino que configura una presunción de derecho, es decir, de aquellas que no admiten prueba en contrario, de que la Institución de Salud Previsional renunció a la posibilidad de restringir la cobertura o de poner término a la convención por la omisión de alguna enfermedad preexistente.

En este numeral inciden las indicaciones Nºs 23, 24, 25, 26 y 27.

La **indicación Nº 23**, del Presidente de la República, propone reemplazar el numeral 8) por otro, que sustituye los incisos segundo a sexto del artículo 33 bis. Dicho precepto señala la cobertura mínima del Plan Complementario de Salud y prohíbe las exclusiones de cobertura financiera, con las excepciones que taxativa y expresamente indica.

El inciso primero preceptúa que ninguna prestación podrá tener una cobertura inferior al 25% de la que el plan respectivo confiera a la prestación genérica correspondiente, ni inferior a la que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la Modalidad de Libre Elección, a las contempladas en su arancel.

Su inciso segundo establece que, como regla general, no podrá acordarse la exclusión de prestaciones, salvo aquellas que señala expresamente: cirugía plástica con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin; atención particular de enfermería; hospitalización con fines de reposo y prestaciones de salud que requiera el beneficiario como consecuencia de su participación en actos de guerra, y actos calificados como delito por la ley en tanto resulte criminalmente

responsable; prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo cubierto; enfermedades preexistentes no declaradas en los términos del inciso quinto y todas aquellas prestaciones no contempladas en el arancel de referencia o catálogo valorizado de prestaciones, a que alude la letra d) del artículo 33.

El inciso tercero precisa que no se considerará que tiene fines de embellecimiento la cirugía plástica practicada para corregir malformaciones sufridas por la criatura durante el embarazo o para reparar deformaciones ocasionadas con motivo del nacimiento, ni la destinada a reparar deformaciones producidas como consecuencia de un accidente.

El inciso cuarto señala que son preexistentes, para efectos de esta ley, aquellas enfermedades o patologías que han sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente antes de la inscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario, según corresponda.

El inciso quinto agrega que, no obstante lo anterior, una vez cumplidos cinco años contados desde la suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario, la entidad aseguradora deberá cubrir prestaciones por enfermedades preexistentes no declaradas, en idénticos términos que los estipulados en el contrato para prestaciones cubiertas por el plan. Esta regla se altera en cuanto la Institución de Salud Previsional pruebe que la patología preexistente requirió atención médica durante los antedichos cinco años y que dicha situación era conocida del afiliado, quien la ocultó con el propósito de favorecerse de esta disposición legal.

El inciso sexto concluye señalando la improcedencia de períodos de espera, en que no sean exigibles las prestaciones y beneficios pactados, a excepción de los correspondientes al embarazo y a enfermedades preexistentes.

La indicación en comentario propone reemplazar los incisos antes reseñados por los dos siguientes, el primero de los cuales está constituido por seis numerales:

“No obstante lo anterior, estarán excluidas de la cobertura financiera del plan complementario de salud, salvo acuerdo expreso en contrario, las siguientes prestaciones:

1.- Cirugía plástica con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin.

No se considerará con fines de embellecimiento, la cirugía plástica que tenga una finalidad curativa o reparadora;

2.- Atención particular de enfermería, salvo que se trate de prestaciones que se encuentren en el arancel de prestaciones de la Modalidad de Libre Elección, a que se refiere la ley N° 18.469. En estos casos, corresponderá a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud determinar los requisitos para que se cubran, las atenciones que se incluirán y la frecuencia de las mismas. Para tales efectos, la referida Intendencia deberá ajustarse, en lo que corresponda, a las normas técnicas aplicables del mencionado arancel;

3.- Hospitalización con fines de reposo;

4.- Prestaciones cubiertas por otras leyes hasta el monto de lo cubierto. A solicitud del afiliado, la ISAPRE deberá cobrar el seguro de accidentes del tránsito a que se refiere la ley N° 18.490 directamente en la Compañía de Seguros correspondiente;

5.- Enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, salvo que se acredite justa causa de error.

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

Sin perjuicio de lo anterior, la ISAPRE estará obligada a concurrir al pago de prestaciones por enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, en los mismos términos estipulados en el contrato para prestaciones originadas por enfermedades o condiciones de salud no preexistentes cubiertas por el plan, si se acredita que la omisión se debió a justa causa de error o cuando haya transcurrido un plazo de cinco años, contado desde la suscripción del contrato o desde la incorporación del beneficiario, en su caso, sin que el beneficiario haya requerido atención médica por la patología o condición de salud preexistente. En estos casos, tampoco procederá la terminación del contrato de salud.

Se presumirá la mala fe si la Institución probare que la patología o condición de salud preexistente requirió atención médica durante los antedichos cinco años y el afiliado a sabiendas la ocultó a fin de

favorecerse de esta disposición legal y facultará a la ISAPRE para poner término al contrato en los términos señalados en el artículo 40;

6.- Prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional en aquella parte que exceda el financiamiento que la Institución hubiera cubierto si las prestaciones se hubiesen otorgado dentro del país.

Con todo, para aquellos contratos que tengan una cobertura financiera ascendente al 100% del valor de las prestaciones sin límite, las prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional serán cubiertas hasta el monto que indique el respectivo contrato para la cobertura financiera internacional;

7.- Todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este último caso de carácter ambulatorio, no contemplados en el arancel a que se refiere la letra d) del artículo 33. Sin consentimiento de la ISAPRE, no procederá la homologación de prestaciones.

No podrán existir períodos de espera durante los cuales no sean exigibles las prestaciones y beneficios pactados, excepto las correspondientes al embarazo y enfermedades preexistentes, en los términos señalados en el artículo 33, letra f).”.

El Fiscal de la Superintendencia, don Ulises Nancuante, manifestó que la indicación sistematiza mejor las mismas exclusiones que actualmente contempla la ley, para una mejor comprensión de ellas por los afiliados y para evitar abusos que perjudiquen a éstos o a las Instituciones de Salud Previsional. Ella es fruto de la experiencia recogida por la Superintendencia y apunta a reducir el número de conflictos sobre este particular.

Primeramente se produjo un debate sobre el encabezamiento del primero de los incisos propuestos en la indicación N° 23, a raíz del cual se prefirió conservar la oración inicial del inciso segundo actualmente vigente, porque se estimó que su redacción es más clara y directa, ya que prohíbe las exclusiones que no están expresamente exceptuadas en su texto y, en cambio, la indicación permite a las partes pactar otras en el contrato de salud.

- El acuerdo fue adoptado por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ríos, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El número 1 excluye la cobertura de la cirugía plástica con fines de embellecimiento, o sea, la que no tiene finalidad curativa o reparadora.

Como se plantearon dudas en cuanto a quién dilucida el carácter de esa intervención, el señor Superintendente explicó

que, en caso de pugna entre las partes del contrato a este respecto, será la Superintendencia la que decida, caso a caso, sobre la base de peritajes médicos.

La Comisión desarrolló el segundo párrafo de este numeral, a fin de consignar que, además de la que tiene una finalidad estrictamente curativa o reparadora, no se considerará que tiene fines de embellecimiento la cirugía plástica destinada a corregir malformaciones o deformaciones sufridas por la criatura durante el embarazo o el nacimiento, ni la destinada a reparar deformaciones sufridas en un accidente.

- El acuerdo fue adoptado por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El número 2 excluye la atención particular de enfermería.

La Comisión decidió acoger solamente la primera oración de este numeral, eliminando las restantes porque su carácter reglamentario las hace improcedentes en una norma de rango legal. El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide manifestó su rechazo a esta disposición, por estimar que las prestaciones respectivas deben ser cubiertas por el sistema.

- El acuerdo fue adoptado por tres votos a favor, de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo, y uno en contra, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.

El número 3 excluye la hospitalización con fines de reposo.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide manifestó que el reposo terapéutico es parte esencial de muchos tratamientos y, como tal, no debe ser excluido de la cobertura financiera. Señaló que esta formulación dará pie para interpretaciones incorrectas.

El señor Ministro de Salud dejó constancia, para la historia fidedigna del establecimiento de la norma, que se trata aquí del reposo sin indicación médica. El otro, prescrito por un facultativo, está justificado y no es excluido.

El Honorable Senador señor Boeninger apuntó que la frase “con fines de reposo” deja en claro que se trata del que no ha sido ordenado por un doctor.

- Se aprobó por dos votos a favor, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Boeninger, y uno en contra, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.

El número 4 excluye las prestaciones cubiertas por otras leyes, por ejemplo, la N° 18.490, que establece un Seguro Obligatorio de Accidentes Personales causados por circulación de Vehículos Motorizados.

- Se aprobó unánimemente, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.

El número 5 excluye las enfermedades y condiciones de salud preexistentes no declaradas, salvo que se acredite justa causa de error.

La Honorable Senadora señora Matthei criticó la inclusión de la frase sobre “justa causa de error” en ambos párrafos de este numeral y dijo que darían pie a interpretaciones de los tribunales antes los cuales se lleven litigios derivados de este precepto.

El Honorable Senador señor Espina consultó el motivo de hacer referencia al error, puesto que éste ya está incorporado como vicio del consentimiento en el Código Civil, el que no exige la calificación de “justo”.

El señor Superintendente adujo que la frase resulta útil, en la medida que disuade a las partes de la tendencia a escalar el conflicto y a demorar pagos.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide reiteró su posición contraria a las exclusiones, que se basan, dijo, en dar prioridad a criterios económicos por sobre los de tipo sanitario.

La votación se dividió: primero se votaron las dos frases que consagran la excepción de justa causa de error en caso de haber una preexistencia no declarada, y luego el resto del número 5.

- La frase alusiva a la justa causa de error, en ambos párrafos del numeral, fue aprobada por tres votos a favor, de los Honorables Senadores señores Boeninger, Espina y Ruiz-Esquide y uno en contra de la Honorable Senadora señora Matthei.

- El resto del número 5, que pasó a ser 6, fue aprobado por tres votos a favor, de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger Espina, y uno en contra, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.

El número 6 excluye las prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional, en lo que excedan de la cobertura que habrían tenido si se hubieran otorgado en el país y sin perjuicio de lo que estipule el contrato de salud respectivo, si las cubre.

Los representantes de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional hicieron presente que esta norma abre una brecha para que se exija que todos los planes tengan cobertura internacional. Ello redundaría en alzas de precios que alejarían la posibilidad de que sectores menos pudientes pudieran acceder al sistema privado de salud.

El doctor David Villena, Presidente del Departamento de Políticas de Salud del Colegio Médico de Chile, advirtió que hay alternativas terapéuticas que no se proporcionan en Chile y, en tales casos, el paciente está forzado a atenderse en el extranjero y obtiene de su Institución de Salud Previsional el reembolso del arancel del Fondo Nacional de Salud, siempre que la prestación esté incluida en él.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide señaló que no corresponde que el legislador prohíba u obligue a las Instituciones de Salud Previsional a dar cobertura internacional, asunto que debe quedar entregado a la libre contratación entre las partes en el contrato de salud.

El señor Ministro de Salud explicó que no es la intención del Ejecutivo obligar a las Instituciones a cubrir estas prestaciones, sino poner límites a la cobertura, en caso de que el contrato las contemple.

El Señor Fiscal de la Superintendencia añadió que hay jurisprudencia que ha acogido recursos de protección obligando a una Institución de Salud Previsional a financiar prestaciones otorgadas fuera del país, basada en que la ley señala taxativamente el listado de las prestaciones que quedan excluidas de cobertura y entre ellas no se encuentran las efectuadas fuera del territorio. Y esas sentencias han mandado pagar el valor efectivamente desembolsado en el extranjero, aunque excedan lo cubierto por el plan del recurrente.

- En definitiva, la Comisión aprobó únicamente la oración inicial del número 6, que pasó a ser 7, que excluye las prestaciones otorgadas en el extranjero, por la unanimidad de sus miembros presentes, Los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

El número 7 excluye las prestaciones, y los medicamentos ambulatorios, no contemplados en el arancel, y exige el consentimiento de la Institución de Salud Previsional para la homologación de prestaciones.

Los funcionarios de la Superintendencia explicaron a la Comisión que la homologación consiste en asimilar una prestación que no está en el arancel, a otra semejante que si lo está. Algunas Instituciones de Salud Previsional admiten la homologación de algunas prestaciones, caso a caso.

El arancel del Fondo Nacional de Salud se define anualmente por un decreto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, sobre la base de las disponibilidades presupuestarias y la evidencia científica que muestra que para una determinada prestación existe la masa crítica que permita financiar la cobertura, especialmente cuando se trata de nuevas tecnologías. Dicho arancel sirve de referencia a las Instituciones de Salud Previsional, que no pueden ofrecer coberturas inferiores.

Por regla general, todos los medicamentos prescritos en el marco de un tratamiento ambulatorio no están cubiertos, salvo los requeridos para la quimioterapia y para evitar el rechazo de trasplantes. El Plan Auge, en cambio, incluye los remedios recetados para tratar todas las patologías y condiciones de salud integradas al mismo.

La oración final de este número, que exige el consentimiento de la Institución de Salud Previsional para que opere la homologación, fue objetada por varios miembros de la Comisión, que estimaron que ella deja en manos de una de las partes en el contrato de salud cubrir o no atenciones que son el fruto del progreso científico y tecnológico, e incluso tratamientos alternativos, de menor costo.

Los Honorables Senadores señora Matthei y señor Viera-Gallo plantearon algunas ideas para superar los inconvenientes que se advierten en la norma. Propusieron invertir el orden de sus disposiciones, de manera de consignar primero las condiciones en que procedería la homologación, esto es, que se trate de acciones médicas que se practiquen habitualmente en Chile, que ellas no estén consideradas en el arancel y que sean indispensables para el restablecimiento de la salud del enfermo. Enseguida, dado el supuesto que la Institución de Salud Previsional no preste su consentimiento para la homologación, se establecería un recurso del interesado ante la Superintendencia, para que ésta dictamine y, por último, quedará expedito el recurso administrativo, si cualquiera de las partes no se conforma con la resolución. La homologación debe aplicarse a ambos sistemas, el de Instituciones de Salud Previsional y el del Fondo Nacional de Salud.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide mantuvo su posición contraria a toda disposición que haga prevalecer consideraciones de carácter financiero por sobre las de la ciencia médica, pues estima que eso es contrario al espíritu de la Reforma de la Salud.

En vista de lo anterior, la Superintendencia propuso adicionar la disposición con el siguiente texto: "Sin consentimiento

de la Institución de Salud Previsional no procederá la homologación de prestaciones, salvo que la Superintendencia lo ordene en casos excepcionales y siempre que se trate de prestaciones en que exista evidencia científica de su efectividad. En tales casos, el costo de la prestación para la Institución no podrá ser superior al que habría correspondido por la prestación que se homologa.”

- La primera parte del número 7, que pasó a ser 8, fue aprobada por tres votos a favor, de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Espina, con la abstención del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide. La segunda parte, relativa a la homologación, mereció la aprobación unánime de los señores Senadores recién nombrados.

El segundo de los incisos que agrega al artículo 33 bis la indicación N° 23 estipula que no puede haber períodos de espera para el otorgamiento de los beneficios y las prestaciones pactados, salvo los casos del embarazo y las preexistencias.

- Fue aprobado por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Ruiz-Esquide.

Varios miembros de la Comisión repararon en que la indicación en análisis no enuncia entre las prestaciones excluidas algunas de las que señala el inciso segundo del artículo 33 bis de la ley N° 18.933, a saber, aquellas que requiera un beneficiario como consecuencia de su participación en actos de guerra o en delitos, siempre que, en este último caso, resulte criminalmente responsable.

Manifestaron que hay que distinguir entre ambas situaciones, porque es evidente que los intervinientes en acontecimientos bélicos deben recibir atención de salud por otros canales, ya que, de lo contrario, harían quebrar a las Instituciones de Salud Previsional. También corresponde diferenciar a los beligerantes de las víctimas, pues estas últimas no toman parte en actos de guerra sino que soportan sus consecuencias.

En el caso de los delincuentes, en cambio, no hay motivo para agregar a la sanción que les impone la ley la pérdida de los derechos que les confieren los contratos de salud que hayan celebrado. Además, como se exige que sean criminalmente responsables, será necesario esperar que haya condena por sentencia firme, oportunidad en que las prestaciones seguramente habrán sido satisfechas.

Como resultado de lo anterior, se acordó incorporar un numeral que excluya las prestaciones que requiera el

beneficiario como consecuencia de su participación en actos de guerra, el que se insertó como número 3 del inciso pertinente.

- Acordado por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

- En resumen, la indicación N° 23 fue aprobada con modificaciones, con las votaciones que en cada caso se ha indicado arriba.

La **indicación N° 24**, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide, propone sustituir este numeral por otro, que modifica el artículo 33 bis en los siguientes aspectos:

a) sustituye su inciso segundo por uno que limita las exclusiones únicamente a las prestaciones referentes a cirugía plástica con fines de embellecimiento u otras con el mismo fin; las cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo cubierto, y todas aquellas no contempladas en el arancel o catálogo valorizado a que se refiere la letra d) del artículo 33.

b) suprime sus incisos cuarto, quinto y sexto.

La **indicación N° 25**, del mismo señor Senador, propone reemplazar este N° 8 por otro, que también modifica el artículo 33 bis, de la siguiente manera:

a) elimina la frase que excluye las prestaciones relativas a enfermedades preexistentes no declaradas;

b) suprime los incisos cuarto y quinto.

c) elimina, en el inciso sexto, que pasa a ser cuarto, la oración que hace posible establecer períodos de espera, durante los cuales no son exigibles las prestaciones y beneficios pactados, en los casos de embarazo y de enfermedades preexistentes.

- La Comisión, en concordancia con las decisiones adoptadas al aprobar la indicación N° 23, relativa a la misma materia, acordó el rechazo de las indicaciones N°s 24 y 25, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Espina y la abstención del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.

La **indicación N° 26**, del Honorable Senador señor Naranjo, propone reemplazar la oración final del inciso cuarto del artículo 33 bis propuesto, por otra, que dispone que la Declaración de Salud se incorporará al contrato; ella difiere del texto aprobado en general en cuanto

no incluye la oración que señala que dicha declaración forma parte esencial del contrato. Además, la indicación elimina la frase que dispone que la falta de tal declaración no invalidará el contrato y mantiene sin variación la presunción de derecho contemplada en este inciso, en virtud de la cual se entenderá que la Institución de Salud Previsional ha renunciado a restringir la cobertura o a poner término al contrato por la omisión de una enfermedad preexistente.

- Fue rechazada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Ruiz-Esquide, quienes estuvieron por no innovar en lo ya acordado al respecto.

La **indicación N° 27**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone agregar, al final del número 8), una norma que faculta a las Instituciones de Salud Previsional para convenir con sus afiliados o beneficiarios, a petición de los mismos, que a una o más enfermedades preexistentes declaradas no se apliquen restricciones a la cobertura, sino que se otorgue la del Plan Complementario a las Garantías Explícitas en Salud. La misma disposición entrega la regulación de lo dispuesto a la Superintendencia, que ejercerá esta atribución mediante instrucciones de general aplicación.

El señor Fiscal de la Superintendencia hizo presente que, de conformidad con el inciso primero del artículo 33 bis de la ley N° 18.933, ninguna prestación puede tener hoy una cobertura inferior al 25% de la genérica correspondiente ni a la contemplada por el Fondo Nacional de Salud, en la Modalidad de Libre Elección. Sugirió incluir la idea que la indicación procura plasmar, como parte de la letra f) del artículo 33, que se ocupa específicamente de las preexistencias.

Informó que, hasta la dictación de la ley N° 19.381, en 1995, que fijó un límite de dieciocho meses a la falta de cobertura por preexistencia, no había mínimo ni regulación en cuanto a exclusión de prestaciones. A partir de entonces, las Instituciones de Salud Previsional tendieron a evitar la afiliación de personas con preexistencias y éstas se vieron movidas a no declararlas.

La Comisión, teniendo principalmente en cuenta que esta disposición operará a solicitud del afiliado y no como una imposición de la Institución de Salud Previsional, aprobó parte de la indicación, incorporándola como párrafo nuevo en la letra f) del artículo 33 de la Ley de Instituciones de Salud Previsional.

- Votaron a favor de la indicación así modificada los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Espina, lo hizo en contra el Honorable Senador señor Ruiz-Esquide y se abstuvo el Honorable Senador señor Viera-Gallo.

Más adelante, el Ejecutivo propuso adicionar la norma introducida en virtud de la indicación N° 27, extendiendo a estos casos la cobertura del Fondo Nacional de Salud, en Modalidad de Libre Elección, por dieciocho meses más, o sea, duplicarla, lo que recibió apoyo mayoritario de la Comisión, que incorporó esta disposición como otro nuevo párrafo en la letra f) del artículo 33.

- El acuerdo fue adoptado por cuatro votos a favor, de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo, y uno en contra, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.

Posteriormente se reabrió el debate sobre esta norma, a indicación del Honorable Senador señor Boeninger, quien sostuvo que el primero de los párrafos adicionados por la Comisión puede motivar a las Instituciones de Salud Previsional a imponer como requisito que se acepte desde el comienzo del contrato la cobertura del Fondo Nacional de Salud, en caso de preexistencia, desmejorando las condiciones de acceso de familias modestas.

- Por mayoría, se resolvió eliminar la disposición que se había incorporado en virtud de la indicación N° 27 y mantener solamente el segundo de los párrafo nuevos. Votaron por la supresión los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y por mantenerla se pronunció la Honorable Senadora señora Matthei.

Los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina formularon indicación, para agregar tres nuevos numerales, a continuación del número 8) del artículo 1° del proyecto:

La **indicación N° 28** propone la incorporación de un artículo 33 ter, nuevo, que establece que la Institución de Salud Previsional se subrogará, por el solo ministerio de la ley y para todos los efectos, en los derechos y acciones del afiliado o beneficiario contra terceros, en razón de los hechos que hicieron necesario el pago u otorgamiento de un beneficio en virtud del contrato de salud, hasta el monto de lo pagado u otorgado.

El Presidente de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional expresó que esto vendría a dar mayor respaldo legal a algo que hoy en día es una práctica extendida, en aplicación de las reglas generales sobre pago y subrogación.

- Fue aprobada, con el voto de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

La **indicación N° 29** propone incorporar un artículo 33 quáter, nuevo, que enuncia las modalidades de otorgamiento de las prestaciones o beneficios por parte de las Instituciones de Salud Previsional: libre elección de los prestadores de salud; exclusividad para determinados prestadores de salud, y bonificaciones o coberturas preferentes respecto de determinados prestadores de salud.

El inciso segundo agrega que, si se ofrece alguna de las dos últimas posibilidades, deberá incluirse en el contrato la individualización de todos los prestadores que conforman la red, salvo aquéllos que sean personas naturales; las prestaciones y beneficios que se otorguen a través de cada uno; los requisitos y procedimientos para acceder a ellos y los procedimientos para su reemplazo por parte de la Institución.

Finalmente, el inciso tercero establece que los prestadores de salud no necesitan adscribirse a la Institución de Salud Previsional para el otorgamiento de prestaciones en la modalidad de libre elección.

Como ya se dijo, las principales ideas de esta indicación están incluidas y ampliamente desarrolladas en la N° 17, que dio origen a la inserción de una nueva letra, a) bis, en el artículo 33 de la Ley de Isapres, por lo que se la dio por **aprobada con modificaciones, junto con aquélla, por unanimidad.**

- Acordado por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

La **indicación N° 30**, propone agregar un artículo 33 quinquies, nuevo, que permite a las Instituciones de Salud Previsional ofrecer a los afiliados beneficios adicionales al plan de salud, que se podrán contratar voluntariamente, al precio que libremente fije la Institución.

El inciso segundo agrega que las Instituciones y los afiliados podrán acordar la incorporación en el plan de salud de prestaciones determinadas, que no se encuentren incluidas en el arancel del Fondo Nacional de Salud. Agrega que el otorgamiento de dichas prestaciones se sujetará a las condiciones que determine la Institución de Salud Previsional, incluido el precio.

El inciso tercero entrega a la Superintendencia la regulación de esta materia, mediante instrucciones de general aplicación.

La autora de la indicación, Honorable Senadora señora Matthei explicó que, si bien se aspira a que los planes de salud sean lo más homogéneos posible, debe permitirse que las partes del contrato de salud puedan pactar otros beneficios, adicionales al Plan Complementario.

Considerando que la indicación N° 31, del Presidente de la República, se refiere a la misma materia, la señora Senadora puntualizó que, aún cuando existen coincidencias entre ambas indicaciones, también hay diferencias sustanciales entre una y otra.

Indicó que, en efecto, la principal disimilitud radica en que la indicación del Ejecutivo exige que los beneficios adicionales se ofrezcan a todas las personas adscritas a la Institución de Salud Previsional, sin perjuicio de que deba pactarse expresamente en cada caso. Añadió que este hecho obsta a que una Institución pueda ofrecer beneficios adicionales a algunos de sus afiliados, definiéndolos, por ejemplo, por el grupo etario al que pertenecen.

Los representantes del Ministerio de Hacienda hicieron presente que la idea que sustenta la exigencia de que la oferta se dirija a todos es, precisamente, evitar que este mecanismo sea utilizado como medio de selección de riesgos.

Agregó la Honorable Senadora señora Matthei que las restantes diferencias consisten en que no se entrega la determinación de las condiciones a la Institución de Salud Previsional, sino que se regulan por ley los siguientes aspectos: se permite al beneficiario renunciar al beneficio adicional en cualquier momento; se impone una duración mínima del pacto, que es de un año; se dispone que en el contrato debe establecerse claramente la forma en que se modificará el precio.

Señaló que la indicación del Ejecutivo, además, prohíbe supeditar la afiliación o el cambio de plan de salud a la aceptación de un beneficio adicional, así como la renuncia anticipada a dichos beneficios.

El Presidente de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional, don Hernán Doren, sostuvo que imponer restricciones que limiten en exceso la libertad de diseño del plan puede traducirse en que las compañías de seguros, no sujetas al control de la Superintendencia ni a la regulación que afecta a las Instituciones de Salud Previsional, se hagan cargo de asegurar los beneficios adicionales del plan de salud.

El Honorable Senador señor Boeninger señaló que el problema principal que surge al imponer una oferta general de los beneficios adicionales es el elevado precio que, por este hecho, ellos alcanzarían.

El Honorable Senador señor Viera-Gallo hizo presente que una posible solución sería disponer que ciertos beneficios adicionales se ofrezcan indeterminadamente a todos quienes se encuentren en una condición semejante. Agregó que, en todo caso, el precio aludido en el inciso primero del precepto en análisis no puede ser impuesto por la Institución de Salud Previsional, sino que debe ser fruto del pacto con el afiliado.

El señor Superintendente explicó que la cobertura catastrófica, con la misma lógica de evitar la selección por riesgos, es igual para todos, y los usuarios deciden si la contratan o no.

Añadió que el Plan Complementario pactado caso a caso puede permitir que en él se congelen ciertas coberturas y que, simultáneamente, las mismas se ofrezcan como beneficio adicional, con los efectos discriminatorios consiguientes.

Finalmente, coincidió con el planteamiento del Honorable Senador señor Viera-Gallo, en lo referente a que a todos quienes presenten condiciones similares se les debe ofrecer el mismo beneficio, impidiendo que las condiciones se pacten en cada caso, ya que, por esa vía, se abre la puerta para otorgar mayores beneficios a determinadas personas, por condiciones subjetivas.

La Honorable Senadora señora Matthei señaló que es necesario permitir flexibilidad para ofrecer coberturas especiales, pero recalcó que se debe evitar que se otorguen condiciones más ventajosas sin fundamento plausible. Hizo ver que, así como las compañías de seguros deben inscribir sus pólizas antes de comercializarlas, para los beneficios adicionales se puede emplear un mecanismo semejante.

El Honorable Senador señor Boeninger manifestó su preocupación por el hecho, ya planteado por el señor Superintendente, de que al circunscribir los beneficios adicionales a universos limitados se mantiene la posibilidad de discriminación sobre la base del riesgo.

Esta indicación fue tratada y resuelta en conjunto con la N° 31, ya aludida, que se verá a continuación

- - - - -

N° 9)

Este numeral incorpora un artículo 34, nuevo, pasando el actual a ser artículo 34 bis.

La nueva norma que se propone, en su inciso primero, señala que 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. Será elaborado por la Superintendencia, la que, para ello, podrá solicitar de los prestadores, públicos o privados, la información que estime pertinente.

El inciso segundo agrega que 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 lo sea el Régimen de Garantías en Salud, y contemplará, a lo menos, las prestaciones contenidas en el arancel del Fondo Nacional de Salud, a que se refiere el artículo 28 de la ley N° 18.469, o el que lo reemplace. Concluye precisando que dicho arancel podrá expresarse en pesos, en unidades de fomento o en el monto del valor de la prestación que es de cargo del afiliado.

La **indicación N° 31**, del Presidente de la República, propone reemplazar el número 9) por otro, que agrega, a continuación del artículo 33 bis, un artículo 33 ter, nuevo.

La norma propuesta es del siguiente tenor:

“Artículo 33 ter.- Las Instituciones podrán ofrecer beneficios adicionales al plan complementario de salud, los que no se regirán por lo dispuesto en los artículos 38, 38 bis y 38 ter de esta ley.

En tales circunstancias, dichos beneficios deberán ser ofrecidos a todas las personas adscritas a la ISAPRE pero, para que sean obligatorios para los beneficiarios, deberán ser pactados expresamente. El que hubiere convenido un beneficio adicional, podrá renunciar a él en cualquier momento. Los beneficios adicionales deberán otorgarse, al menos, por un año por cada beneficiario que lo pacte, independientemente de la anualidad del contrato. Asimismo, deberá establecerse claramente la forma en que el precio se modificará.

No podrá supeditarse la afiliación o incorporación de algún beneficiario ni el cambio de plan de salud, a que se acepte un beneficio adicional; ni será válida la renuncia anticipada del afiliado a tales beneficios, sea al momento de incorporarse a la ISAPRE o al cambiarse de plan de salud.

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el debido otorgamiento de los beneficios de que trata este artículo.”.

Teniendo en vista el debate habido la discutir la indicación N° 17, que incide en las mismas materias que ésta, el Ejecutivo reformuló la redacción de su propuesta, procurando abarcar todas las ideas vertidas y hacerse cargo de los reparos surgidos. Ese texto es el siguiente:

“Artículo- Las Instituciones podrán pactar beneficios adicionales al plan complementario de salud, a un mismo valor para todos los que contraten idénticos beneficios. En estos casos, no regirá lo dispuesto en los artículos 38, 38 bis y 38 ter de esta ley.

Para tales efectos, dichos beneficios deberán ser ofrecidos a todas las personas adscritas a la ISAPRE y a los nuevos contratantes.

Los beneficios adicionales deberán otorgarse, al menos, por un año por cada beneficiario que lo pacte, independientemente de la anualidad del contrato y deberá establecerse claramente la forma en que el precio se modificará.

Transcurrido un año de vigencia, el beneficiario que hubiere convenido un beneficio adicional podrá renunciar a él en cualquier momento.

No podrá supeditarse la afiliación o incorporación de algún beneficiario ni el cambio de plan de salud, a que se acepte un beneficio adicional.

Sin perjuicio de lo señalado en los incisos anteriores, los afiliados estarán obligados a contratar el beneficio adicional que consista en una cobertura financiera del 100% del gasto cuando, previamente, se hayan efectuado copagos cuya suma sea superior a un determinado monto y que sean distintas a la Cobertura Financiera Adicional de la ley N° 19.966.

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el debido otorgamiento de los beneficios de que trata este artículo.”.

Como tampoco esta nueva enunciación concitó el apoyo suficiente, en definitiva se acordó consignar un precepto, al que corresponderá el número 33 quáter, que dispone que todo beneficio otorgado por una Institución de Salud Previsional, que no sea de los comprendidos en las Garantías Explícitas en Salud, deberá ser incluido en el Plan de Salud Complementario.

- Acordado por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Ruiz-Esquide. En consecuencia, las indicaciones N°s 30 y 31 se dieron por rechazadas, con la misma votación.

N° 10)

Este numeral agrega, en el inciso segundo del artículo 34, una referencia al artículo 38 bis, el que, por lo tanto, también será aplicable a los contratos celebrados entre Instituciones de Salud Previsional y personas que no hagan cotizaciones previsionales. El mencionado artículo 38 bis, que este mismo proyecto viene agregando a la ley N° 18.933, fija reglas para el cambio de los precios base del plan de salud.

La **indicación N° 32**, del Presidente de la República, incluye, además, una referencia al artículo 38 ter, que regula las tablas de factores que se aplican a los precios base, para determinar el precio del plan de salud.

- Fue aprobada por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Nº 11)

Introduce diversas modificaciones al artículo 35 de la ley Nº 18.933.

El citado artículo 35 impone a las Instituciones de Salud Previsional la obligación de otorgar a sus beneficiarios, en cumplimiento de las normas establecidas en la ley Nº 18.469, el examen de medicina preventiva, protección de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo y del niño hasta los seis años, así como el pago de los subsidios que correspondan.

El inciso segundo consagra el derecho del cotizante a reclamar, por escrito y fundadamente, ante la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente, cuando considere que lo obtenido por concepto de las prestaciones pecuniarias a que se refiere el inciso anterior es inferior a lo establecido en la ley Nº 18.469.

El inciso tercero precisa el procedimiento del reclamo, indicando que la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez conocerá de éste en única instancia, previo informe de la Institución reclamada, que deberá evacuarlo dentro de los tres primeros días hábiles siguientes al requerimiento.

El inciso cuarto agrega que la Comisión deberá resolver el reclamo, con o sin informe de la reclamada, en el término de diez días hábiles, contado desde la fecha de presentación del mismo. En su resolución, la Comisión determinará el plazo, las condiciones y modalidades para su cumplimiento.

El inciso quinto concluye señalando que, de no cumplir la Institución de Salud Previsional lo resuelto, asiste al cotizante el derecho de solicitar el pago a la Superintendencia, con cargo a la garantía a que se refiere el artículo 26, hasta el monto del subsidio adeudado. En tal caso, la Institución deberá completar la garantía, sin perjuicio de la multa que se le imponga.

Las modificaciones que introduce el número 11) a este artículo, organizadas en cuatro literales, sustituyen las referencias a la "Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez", por otra a la "Superintendencia de Seguridad Social"; reemplazan la palabra "Comisión" por "Superintendencia" y puntualiza que la mención del inciso quinto es a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

La **indicación N° 33**, del Presidente de la República, propone su supresión.

El Fiscal de la Superintendencia, don Ulises Nancuante, explicó que ésta y varias otras indicaciones eliminan del presente proyecto de ley todo lo relativo a licencias médicas, porque esa materia se trata en otra iniciativa legal, en actual tramitación en el Congreso Nacional.

- Se aprobó por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

N° 12)

Modifica el artículo 37, que regula las licencias médicas que constituyan antecedente para el ejercicio de derechos o la obtención de beneficios legales que deban ser financiados por la Institución de Salud Previsional.

Este numeral sustituye, en el inciso tercero de dicho artículo, la referencia a la "Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente" por otra a la "Superintendencia de Seguridad Social, en única instancia".

La **indicación N° 34**, del Presidente de la República, propone suprimirlo, por los motivos ya consignados.

La **indicación N° 35**, del Honorable Senador señor Viera-Gallo, propone reemplazarlo por el siguiente:

"12) Introdúcense las siguientes modificaciones al artículo 37:

a) En su inciso primero, elimínase la frase "y ser autorizadas por la institución de salud previsional respectiva".

b) En su inciso segundo, reemplázase la frase "deberá autorizar" por "podrá impugnar" y la palabra "tres" por "quince".

c) En su inciso tercero, reemplázanse las frases "rechaza o modifica" por "impugna", "el cotizante podrá" por "deberá", "Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente" por "Superintendencia de Seguridad Social" y "haya autorizado" por "no haya impugnado".

- La indicación N° 34 fue aprobada con la misma votación unánime que la anterior, y la N° 35 fue retirada por su autor.

Nº 13)

Este numeral introduce enmiendas en el artículo 38 de la ley 18.933, que dispone que los contratos de salud deberán pactarse por tiempo indefinido y no podrán dejarse sin efecto durante su vigencia, sino por el incumplimiento de las obligaciones contractuales, o por mutuo acuerdo. Agrega que la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer un nuevo plan, si ello es requerido por el afiliado y se fundamenta en alguna de las causales que indica, a saber, cesantía, variación permanente de la cotización legal o de la composición del grupo familiar del cotizante.

El inciso segundo permite al afiliado desahuciar el contrato, una vez transcurrido un año de vigencia y lo faculta también para renunciar el derecho a desahuciar, por un lapso determinado.

El inciso tercero de este artículo, que es objeto de las modificaciones propuestas por el número 13) del artículo 1º del proyecto en informe, regula la revisión anual, por parte de la Institución de Salud Previsional, de los contratos de salud con sus afiliados, oportunidad en la cual se pueden adecuar precios, prestaciones convenidas y la naturaleza y el monto de los beneficios, ajustándose a condiciones generales que no signifiquen discriminación entre los afiliados de un mismo plan, excepto en lo que se refiere a las condiciones particulares pactadas con cada uno de ellos al momento de su afiliación.

Agrega que, en caso de incumplimiento de esta norma, el contrato se entenderá vigente en las mismas condiciones generales, sin perjuicio de las demás sanciones que se puedan aplicar. La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado mediante carta certificada con, a lo menos, dos meses de anticipación al vencimiento del período. En tales circunstancias, el afiliado podrá aceptar el contrato con las adecuaciones propuestas por la Institución de Salud Previsional y, en el evento de que nada diga, se entenderá que acepta las condiciones propuestas por la Institución. En caso de que no las acepte, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecerle otros planes de salud alternativos, en condiciones equivalentes, pudiendo el afiliado aceptar alguno de ellos, o bien desafiliarse.

El inciso cuarto otorga al afiliado un recurso ante la Superintendencia, si estima que los planes ofrecidos no son equivalentes.

El inciso quinto dispone que el nuevo precio del plan debe mantener la relación por sexo y edad establecida en el contrato original, sobre la base de la edad del beneficiario a la época de la renovación, con la lista de precios vigente para el plan.

El resto de los incisos aluden a aspectos que no fueron materia de indicación ni de discusión.

Las modificaciones contenidas en el número 13) aprobado en general han sido estructuradas en los siguientes tres literales:

a) Reemplaza la primera parte del inciso tercero, relativa a los ajustes anuales de los contratos de salud, por lo siguiente:

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

b) Intercala las palabras "de precios" entre los términos: "con las adecuaciones" y "propuestas por la ISAPRE", y entre las expresiones "condiciones equivalentes" y "pudiendo el afiliado".

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

En este numeral inciden las indicaciones N^os 36 a 41.

La **indicación N^o 36**, del Presidente de la República, propone sustituir el número 13) por el siguiente:

“13) Modifícase el artículo 38, del siguiente modo:

a) Sustitúyese el inciso tercero por los siguientes incisos tercero y cuarto, nuevos:

“Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 38 bis, a condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan. Las revisiones no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y beneficiario. Estas condiciones generales deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes en el respectivo plan. La infracción a esta disposición dará lugar a que el contrato se entienda vigente en las mismas condiciones generales, sin perjuicio de las demás sanciones que se puedan aplicar. La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado mediante carta certificada expedida con, a lo menos, tres meses de anticipación al vencimiento del período. En tales circunstancias, el afiliado podrá aceptar el

contrato con la adecuación de precio propuesta por la ISAPRE; y en el evento de que nada diga, se entenderá que acepta la propuesta de la Institución. En la misma oportunidad y forma en que se comunique la adecuación, la ISAPRE deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio base sea equivalente al vigente; se deberán ofrecer idénticas alternativas a todos los afiliados del plan cuyo precio se adecua, los que, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se le ofrezcan o bien desafiliarse de la ISAPRE. No se permitirá el ofrecimiento selectivo de planes alternativos distintos a los que se incluyan en la carta; si una ISAPRE así lo hiciere, será sancionada con multa y estará obligada a ofrecer dichos planes a todos los afiliados al plan de salud de que se trate.

Las modificaciones de los beneficios contractuales sólo podrán efectuarse por mutuo acuerdo de las partes y darán origen a la suscripción de un nuevo plan de salud de entre los que se encuentre comercializando la ISAPRE.”.

b) Suprímese el actual inciso quinto.

c) Agrégase, en el inciso final, antes del punto final (.), la siguiente frase: “dentro de los tres meses siguientes contados desde aquél en que no se haya pagado la cotización”.

d) Agréganse los siguientes incisos nuevos:

“Igual plazo tendrá la ISAPRE para informar del no pago de la cotización y de sus posibles consecuencias, respecto de sus afiliados trabajadores independientes y cotizantes voluntarios.

El incumplimiento de la obligación señalada en los dos incisos precedentes, será sancionado por la Superintendencia con multa en los términos del artículo 45 de esta ley. En caso de trabajadores independientes, cotizantes voluntarios o trabajadores que, habiendo sido dependientes, se encuentren en situación de cesantía, la falta de notificación oportuna, además, impedirá a la ISAPRE para poner término al contrato por no pago de la cotización ni para cobrar intereses, reajustes y multas.”.

La **indicación N° 37**, del Honorable Senador señor Viera-Gallo, procura reemplazar el encabezamiento del número 13), por el siguiente:

“13) Modifícase el artículo 38 de la siguiente forma:”.

La **indicación N° 38**, del Honorable Senador señor Viera-Gallo, propone consultar, como letra a), la siguiente, nueva:

“a) En su inciso segundo, agréganse en su parte final, entre la coma que sucede a “determinado” y la palabra “durante”, la frase “que no podrá exceder los tres años,” y, a continuación del punto aparte que sigue a “desahuciarlo”, la oración “Lo anterior sólo tendrá lugar respecto de planes tipo cuyos aranceles, copagos, limitaciones y precios fueran aprobados por la Superintendencia, una vez comprobado que se ajustan a valores, cobertura y condiciones promedios del mercado y que no incluyen cláusulas que lesionen los derechos de los usuarios.”.”.

La **indicación N° 39**, del Honorable Senador señor Viera-Gallo, plantea intercalar, en el encabezamiento del literal a), a continuación de las palabras “primera parte”, la frase “de su inciso tercero”.

La **indicación N° 40**, del Honorable Senador señor Viera-Gallo, sugiere intercalar, en el encabezamiento del literal b), a continuación de la palabra “Intercálase”, la frase “en su inciso tercero”.

La **indicación N° 41**, del Honorable Senador señor Viera-Gallo, propone intercalar, en el literal e), a continuación de la expresión “oración final”, la frase “a su inciso tercero”.

El señor Superintendente destacó que la indicación N° 36 antes transcrita, al permitir que en la adecuación de los contratos únicamente se pueda proponer un cambio del precio, y no de los beneficios, y al imponer que la oferta se haga extensiva a todos quienes se encuentren afiliados a un plan determinado, incentiva la aplicación de una política solidaria en este aspecto y restringe la posibilidad de discriminar entre los afiliados según el mayor o menor riesgo en salud que presenten. La regulación del procedimiento se extrae de la que la Superintendencia ha establecido mediante Circulares, para consagrarla legalmente.

El señor Fiscal de la Superintendencia hizo presente a la Comisión que, hasta 1995, las Instituciones de Salud Previsional adecuaban los precios sin ofrecer planes alternativos equivalentes a al que expiraba. Informó que se han detectado casos de abuso, en que se ofrece rebajar el precio a los cotizantes de menor riesgo en salud y otros en que el alza es de un 100% o superior.

El señor Ministro de Salud agregó que la indicación está basada en la evidencia recogida por la Superintendencia y que ella busca aportar mayor transparencia al funcionamiento del sistema privado de salud, de modo que los usuarios tengan de él la mejor percepción posible.

La Comisión consideró confusa la redacción de la indicación N° 36, en varios aspectos.

En primer lugar, se destacó que no es posible a la Institución de Salud Previsional ofrecer planes alternativos de un precio

equivalente al vigente, tratándose del plan mínimo que ella ofrece al público, por lo que se decidió exceptuar tal situación.

En segundo lugar, acogiendo una proposición de la Honorable Senadora señora Matthei, se reemplazó la oración final del nuevo inciso tercero, por una que dispone que sólo podrán ofrecerse planes que estén disponibles para todos los afiliados y el precio deberá corresponder al precio base modificado por las tablas de riesgo según edad y sexo correspondientes.

En tercer lugar, se perfeccionó la redacción del nuevo inciso cuarto, en virtud del cual, sin perjuicio de las limitaciones que el inciso tercero fija al proceso de adecuación de los planes, las partes podrán hacer cambios en los beneficios contractuales, debiendo para ello convenir un nuevo plan de salud, de aquellos que la Institución de Salud Previsional esté comercializando.

- Los cambios en la letra a) de de la indicación Nº 36, que pasó a ser letra b), fueron aprobados unánimemente por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Viera-Gallo.

La letra b) de la indicación, cuyo contenido es el mismo que el del número 14) del artículo 1º del proyecto, suprime el inciso quinto del artículo 38, que dice relación con las tablas de factores, porque sus disposiciones están recogidas en los nuevos artículos 38 bis y 38 ter que se verán más adelante.

- La letra b) se aprobó por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Como se recordará, la letra c) de la indicación Nº 36 fija a la Institución de Salud Previsional un plazo fatal de tres meses para informar al afiliado que el empleador o el pagador de la pensión, en su caso, no ha enterado la cotización.

- Se aprobó por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

La letra d) incorpora dos incisos finales, nuevos: uno que fija plazo a la Institución de Salud Previsional para informar del no pago de cotizaciones a los afiliados que son trabajadores independientes y a las cotizantes voluntarios, y otro que sanciona la falta de estos avisos con multa y, además, impide a la Institución poner término al contrato por no pago de la cotización y cobrar intereses reajuste y multas, en los casos que indica.

- Se aprobó con la misma votación que la anterior, con enmiendas formales menores.

- Las indicaciones N°s 37, 39, 40 y 41 fueron retiradas por su autor, en vista de los acuerdos que se alcanzaron en torno a esta materia.

Respecto de la **indicación N° 38**, su autor, el Honorable Senador señor Viera-Gallo, expresó que ella fija un plazo máximo de tres años a la renuncia que puede hacer el afiliado a su derecho a desahuciar el contrato de salud con plazo determinado superior a un año, y suma un requisito para pactar esa convención, cual es, que el respectivo plan, sus aranceles, copagos, limitaciones y precios estén aprobados por la Superintendencia.

La Comisión acordó aprobarla, incorporándola como nueva letra a) del número 13), sustituyendo la aprobación de la Superintendencia por el simple registro en ella y eliminando la oración final, sobre determinadas verificaciones de las características del plan que debía hacer la Superintendencia. Así fue acordado por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Sin embargo, más adelante, al considerar las indicaciones N°s 43 y 44 y al resolver sobre el texto que, en definitiva, se propone como artículo 38 bis, se volvió sobre el inciso segundo del artículo 38 de la Ley de Isapres y se acordó eliminar del mismo la oración final, en la que incidía la indicación del Honorable Senador señor Viera-Gallo.

- Como consecuencia de lo anterior, la Comisión acordó, por unanimidad de sus integrantes, rechazar la **indicación N° 38**.

N° 14)

Este numeral suprime el inciso quinto del artículo 38, pasando los actuales incisos sexto a décimo, a ser quinto a noveno, respectivamente.

El inciso que el proyecto propone suprimir dispone que, sin perjuicio de la libertad de las Instituciones de Salud Previsional para adecuar el precio y de su obligación de no discriminar en los términos señalados en el inciso tercero, 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.

La **indicación N° 42**, del Presidente de la República, propone su supresión.

El señor Fiscal de la Superintendencia reiteró que las disposiciones de este inciso, que procuran evitar la discriminación por sexo y edad, están recogidas en los nuevos artículos 38 bis y 38 ter que se proponen más adelante en varias indicaciones.

- Se aprobó por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide.

N° 15)

Este numeral agrega un artículo 38 bis, nuevo, que recoge las normas del inciso quinto del artículo 38, que el numeral anterior propone eliminar.

En efecto, el artículo 38 bis reproduce el inciso quinto e impone a las Instituciones de Salud Previsional, además, la obligación de informar anualmente a la Superintendencia, antes del 31 de octubre, el porcentaje de los incrementos de los precios de sus planes de salud que aplicarán el año siguiente. Dichos incrementos, para un plan específico o para un contrato de salud específico, no podrán exceder en más de un 30% el índice de aplicación general a que se refiere la letra l) del artículo 2° de esta ley ².

En este numeral inciden las indicaciones N°^s 43 y 44.

La **indicación N° 43**, del Presidente de la República, propone reemplazar este numeral por el siguiente:

“15) Agréganse, a continuación del artículo 38, los siguientes artículos 38 bis y 38 ter, nuevos:

“Artículo 38 bis.- La libertad de las ISAPRES para cambiar los precios base del plan de salud en los términos del inciso tercero del artículo 38 de esta ley, se sujetará a las siguientes reglas:

1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRES deberán informar a la Superintendencia el precio base de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

² La letra en cuestión agregaba la definición de la expresión “índices de precios de planes de salud” y fue sustituida por las letras m) y n), que definen las expresiones “precio base” y “tabla de factores”.

2.- La variación en el precio base para todos aquellos contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente, no podrá exceder en más de un 30% el porcentaje de variación del precio base promedio ponderado de todos los planes de salud vigentes a enero del año en curso, respecto del precio promedio ponderado en la anualidad anterior. El precio promedio ponderado en cada caso se calculará sumando los precios de cada plan vigente, incluidos aquéllos que no hayan cambiado sus precios o no hayan estado vigentes en el periodo anterior, ponderados por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en el total de beneficiarios de la ISAPRE. En ambos casos se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes.

Artículo 38 ter.- Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la ISAPRE por el plan de salud, la Institución deberá aplicar a los precios base que resulten de lo dispuesto en el artículo precedente, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores.

La Superintendencia fijará, mediante instrucciones de general aplicación, la estructura de las tablas de factores, estableciendo los tipos de beneficiarios, según sexo y condición de cotizante o carga, y los rangos de edad que se deban utilizar.

Cada rango de edad que fije la Superintendencia en las instrucciones señaladas en el inciso precedente, se sujetarán a las siguientes reglas:

1.- El primer tramo comenzará desde el nacimiento y se extenderá hasta menos de dos años de edad;

2.- Los siguientes tramos desde los dos años de edad y hasta menos de ochenta años de edad, comprenderán un mínimo de tres años y un máximo de cinco años;

3.- La Superintendencia fijará, desde los ochenta años de edad, el o los tramos que correspondan.

4.- En el caso de las mujeres, el factor más alto no podrá ser 9 veces superior al más bajo.

5.- En el caso de los hombres, el factor más alto no podrá ser 14 veces superior al más bajo.

6.- En cada tramo, el factor que corresponda a la carga no podrá ser superior al factor que corresponda al cotizante.

En el marco de lo señalado en el inciso precedente, las ISAPRES serán libres para determinar los factores de cada tabla que empleen. En todo caso, la tabla de un determinado plan de salud no podrá variar para los beneficiarios mientras se encuentren adscritos al mismo, ni podrá alterarse para quienes se incorporen a él, a menos que la modificación consista en disminuir de forma permanente los factores, total o parcialmente, lo que requerirá autorización previa de la Superintendencia; dicha disminución se hará aplicable a todos los planes de salud que utilicen esa tabla.

Cada plan de salud sólo podrá tener incorporada una tabla de factores. Las ISAPRES no podrán establecer más de dos tablas de factores para la totalidad de los planes de salud que se encuentren en comercialización.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, las ISAPRES podrán establecer nuevas tablas cada cinco años contados desde las últimas informadas a la Superintendencia, manteniéndose vigentes las anteriores en los planes de salud que las hayan incorporado.

Las ISAPRES estarán obligadas a aplicar desde el mes en que se cumpla la anualidad, de conformidad a la respectiva tabla, la reducción de factor que corresponda a un beneficiario en razón de su edad.

No obstante, para que opere el aumento de factor que corresponda aplicar a un beneficiario en razón de su edad, dicho aumento deberá ser notificado por la ISAPRES al cotizante respectivo, mediante carta certificada expedida en la misma oportunidad a que se refiere el inciso tercero del artículo 38.

Con todo, las ISAPRES podrán retrasar total o parcialmente, y por el período que deseen, el que en todo caso deberá ser informado claramente al respectivo cotizante, el alza de factor que fuere procedente de conformidad a la respectiva tabla y en razón de la edad de aquél. Este retraso deberá ser aplicado en forma igualitaria a todos los planes de salud que utilicen la misma tabla de factores.”.”.

La **indicación N° 44**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone reemplazarlo por el siguiente:

“15) Incorpórase el siguiente artículo 38 bis nuevo:

“Artículo 38 bis.- La libertad de las ISAPRES para cambiar los precios base de sus planes de salud, de acuerdo a lo señalado

en el inciso tercero del artículo 38 de esta ley, se sujetará a las siguientes reglas:

1ª.- Antes del 31 de marzo de cada año, las instituciones deberán informar a la Superintendencia el porcentaje promedio de las variaciones de los precios base de sus planes complementarios a las Garantías Explícitas en Salud, el que será equivalente al cambio del precio base de cada uno de ellos ponderado por el tamaño relativo de su cartera de afiliados y beneficiarios, en todos aquellos contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Se considerarán para estos efectos sólo los precios base que hayan sufrido cambio en el período señalado.

2ª.- El incremento del precio base para un plan complementario específico, no podrá exceder en más de un 30% el porcentaje promedio de variación de precios base informado por la respectiva ISAPRE.”.”.

Los representantes del Ejecutivo fundamentaron su propuesta en los siguientes términos.

Se desea mejorar la capacidad de los afiliados para informarse y comparar planes, limitar la dispersión del alza de precio de los planes y solidarizar tales alzas, proteger a los usuarios cautivos por edad y por preexistencias, para quienes el mercado no opera. La autorregulación de la industria es loable pero no es suficiente, porque no alcanza a la totalidad de los agentes, lo que justifica la intervención del legislador regulando esos espacios.

Se pretende impedir que se vulnere la libre competencia reajustando selectivamente los precios de los planes, sobre la base del riesgo de salud de las personas, provocando lo que se ha denominado el “descreme” del mercado.

La propuesta está construida incluyendo en la fórmula de cálculo la totalidad de los planes vigentes, suban o no sus precios, se basa en los precios efectivamente cobrados en el año anterior y fija una banda de 30% sobre el promedio de esos precios, límite más allá del cual no está permitido alzarlos. La expresión de los precios en unidades de fomento tiene por finalidad absorber el impacto distorsionador de la inflación.

Los personeros de la Asociación de Clínicas y Prestadores Privados observaron que la norma en análisis no sería necesaria si el mercado de la salud privada no estuviera tan concentrado, pues la mejor garantía para los usuarios es una libre competencia.

Los representantes de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional manifestaron su acuerdo en general con la indicación, pero argumentaron que ella produce subsidios cruzados porque

el método de cálculo del mecanismo regulador del alza de los precios está equivocado. Explicó que la base para establecer un índice de precios no debe ser variable. La inclusión de los planes nuevos y de los que no cambian de precio incidirá negativamente, en el sentido de que frenará la oferta de productos nuevos y obligará a alzar el precio de planes que no deberían subir.

La Honorable Senadora señora Matthei coincidió con lo anterior y destacó que el precio de los planes puede variar en función de la calidad del servicio, de la incorporación de tecnología o de factores como la hotelería de las clínicas. Instó a calcular el alza sobre los precios de planes que efectivamente suben, tal como lo hace la indicación N° 44, de la que es coautora.

Señaló que sería un error combinar en la fórmula los cambios producto del incremento de los costos con los precios de planes nuevos, que ofrecen un producto de mayor calidad, porque éstos no suponen un alza.

El Honorable Senador señor Boeninger concordó en que no debe impedirse a la industria ofrecer en el mercado nuevos productos, de mejor calidad y manifestó que debe buscarse una fórmula que haga esto posible y, a la vez, establezca una banda de precios de los planes de salud para evitar la dispersión de los mismos, con el consiguiente efecto discriminatorio respecto de usuarios desprotegidos.

El Honorable Senador señor Ruiz-Eskvide declaró que el modelo de salud que practican las Instituciones de Salud Previsional entra en conflicto con la equidad y que no es fácil hacer compatible la economía de mercado con los imperativos éticos y sanitarios que deben primar en la materia.

En vista del giro del debate, la Superintendencia trajo una nueva redacción de los artículos 38 bis y 38 ter. Se indicó a la Comisión que ella excluye a los planes nuevos de la fórmula de cálculo del límite que se señala al alza de los precios de los planes, y fija una banda de no más del 30% del promedio ponderado de la variación porcentual de todos los planes vigentes de la respectiva Institución de Salud Previsional en el año anterior o no más del 40% del promedio ponderado de la variación porcentual de todos los planes vigentes del sistema, en el mismo período de tiempo. Las Instituciones no podrán ofrecer rebajas del precio base al suscribir un contrato, ni al pactar un plan nuevo con un afiliado, ni al adecuar un plan.

Los voceros de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional manifestaron que la alternativa en comento se basa, igual que la redacción original, en los precios históricos, lo que no permite a las Instituciones decidir libremente el porcentaje de ajuste de sus precios, sobre

bases objetivas determinadas por sus costos y dentro de un rango determinado por el promedio de variación de sus planes.

La Honorable Senadora señora Matthei expresó que el precepto que se apruebe debe evitar que las Instituciones de Salud Previsional concentren determinados grupos de personas en determinados planes de salud, basadas en su mayor o menor riesgo en salud, forzando a los afiliados cautivos a migrar al sistema público.

El texto que ahora se propone, agregó, es simplemente un instrumento de control de precios y, por lo tanto, resulta inaceptable, porque no se basa en los precios actuales sino en su promedio histórico.

La Superintendencia planteó una nueva formulación del artículo 38 bis, en los siguientes términos:

“Artículo 38 bis.- La libertad de las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 38 de esta ley, se sujetará a las siguientes reglas:

1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las Isapres deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

Para expresar en unidades de fomento los precios base de los planes de salud que se encuentren establecidos en moneda de curso legal, las Instituciones de Salud Previsional utilizarán el valor que dicha unidad monetaria tenga al 31 de diciembre del año anterior.

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

3.- Asimismo, la variación anual de los precios base de los planes creados entre febrero y junio del año en curso, ambos meses inclusive, deberá

ajustarse a la regla indicada en el párrafo primero del numeral 2 precedente, al cumplirse la anualidad respectiva.

4.- La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

5.- En ningún caso las Isapres podrán ofrecer rebajas o disminuciones respecto del precio base del plan de que se trate informado a la Superintendencia, a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese plan.

6.- Se prohíbe ofrecer o pactar planes alternativos con menos de un año de comercialización o que, cumpliendo con la vigencia indicada, no tengan personas adscritas, a los afiliados o beneficiarios cuya anualidad se cumpla en el período indicado en el numeral 2. La misma prohibición se aplicará cuando se ponga término al contrato y la persona se afilie nuevamente en la misma Institución de Salud Previsional.

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine.

Lo señalado en los incisos precedentes no será aplicable a los contratos de salud previsional cuyo precio se encuentre expresado en un porcentaje equivalente a la cotización legal.”.

Como complemento de esta nueva redacción, la Superintendencia propuso eliminar, del segundo inciso del artículo 38, la oración “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.”.

La mayoría de la Comisión estuvo de acuerdo con estas últimas proposiciones, excepto el Honorable Senador señor Ruiz-Esqüide, quien consideró que el planteamiento original era más beneficioso para los afiliados.

- La indicación N° 43 se aprobó, en lo que atañe al artículo 38 bis, con las enmiendas consignadas en el texto recién transcrito, así como la modificación del artículo 38, por cuatro votos, de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo, contra uno, del Honorable Senador señor Ruiz-Esqüide.

Sobre el artículo 38 ter propuesto en la indicación N° 43, el señor Superintendente explicó que en diciembre de 2003 existían más de 2.440 tablas de factores por sexo y edad, lo que hace posible que las Instituciones de Salud Previsional apliquen políticas de nichos, en desmedro de la solidaridad. Se busca reducirlas a una tabla por cada plan y a no más de dos para todos los planes que comercialice cada Institución.

Acerca de la relación máxima establecida entre el factor mínimo y el máximo de cada tabla en las reglas 4 y 5 del inciso tercero, manifestó que esas cifras están basadas en el análisis de los costos reales que para las Instituciones de Salud Previsional significan sus usuarios diferenciados por sexo, extraídas de los datos recogidos entre 2001 y 2003, y están en estrecha correspondencia con las que se practican en las tablas de otros países. Preciso que esas disposiciones determinan que el factor máximo de una determinada tabla no puede ser más de 9 veces el factor mínimo de la misma, en el caso de las mujeres, y de 14 veces, en el caso de los hombres.

Los Honorables Senadores señora Matthei y señor Boeninger hicieron presente la inconveniencia de petrificar en la ley cuestiones de hecho que normalmente deben tender a variar en el tiempo. Propusieron que esas relaciones tengan una duración de diez años, pues se trata de rangos que no cambiarán en tiempos cortos, al cabo de los cuales la Superintendencia pueda actualizarlas, si los datos objetivos observados así lo determinan.

La Comisión así lo acordó, refundiendo ambas reglas en una sola y agregando un artículo transitorio que fija las relaciones para el primer decenio. Además, introdujo otras enmiendas menores en el precepto, de carácter formal.

- La indicación N° 43 se aprobó, en lo atinente al artículo 38 ter y con las enmiendas reseñadas, por unanimidad de los presentes, los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ríos y Ruiz-Esquide.

- En vista de lo anterior, la indicación N° 44 fue rechazada, con igual votación.

N° 16)

Este numeral incide en el artículo 40 de la ley N° 18.933, que permite a la Institución de Salud Previsional poner término al contrato, como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones contractuales del cotizante, debiendo para ello comunicar a éste su decisión por escrito. Agrega que, en este caso, los beneficios mínimos garantizados en el artículo 35 seguirán siendo de cargo de la Institución, hasta el término del mes siguiente a la fecha de la comunicación o hasta el término de la

incapacidad laboral, en caso de que el cotizante se encuentre en dicha situación y siempre que este plazo sea superior al antes indicado.

El inciso segundo del artículo 40 permite al cotizante elevar su reclamo a la Superintendencia, dentro del plazo de vigencia de los beneficios mínimos indicados en el inciso anterior, manteniéndose vigente el contrato hasta la resolución de la controversia.

El numeral 16) sustituye esta disposición por otra, del siguiente tenor:

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

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

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

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

En este numeral incide la indicación N° 45, del Presidente de la República, que propone sustituir el artículo 40 propuesto por el siguiente:

“Artículo 40.- La institución sólo podrá poner término al contrato de salud cuando el cotizante incurra en alguno de los siguientes incumplimientos contractuales:

1.- Falsear o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud, en los términos del artículo 33 bis, salvo que el afiliado o beneficiario demuestren justa causa de error.

La simple omisión de una enfermedad preexistente no dará derecho a terminar el contrato, salvo que la ISAPRE demuestre que la omisión le causa perjuicios y que, de haber conocido dicha enfermedad, no habría contratado.

La facultad de la ISAPRE de poner término al contrato de salud, se entiende sin perjuicio de su derecho a aplicar la exclusión de cobertura de las prestaciones originadas por las enfermedades preexistentes no declaradas.

2.- No pago de cotizaciones por parte de los cotizantes voluntarios e independientes, tanto aquéllos que revistan tal calidad al afiliarse como los que la adquieran posteriormente por un cambio en su situación laboral. Para ejercer esta facultad, será indispensable haber comunicado el no pago de la cotización en los términos del inciso final del artículo 38.

3.- Obtener indebidamente o impetrar formalmente, para él o alguno de sus beneficiarios, beneficios que no les correspondan o sean mayores a los que procedan. Igual sanción se aplicará cuando se beneficie a un tercero ajeno al contrato.

4.- Omitir maliciosamente del contrato a algún familiar beneficiario de los indicados en las letras b) y c) del artículo 6° de la ley N° 18.469, con el fin de perjudicar a la ISAPRE .

Para ejercer la facultad establecida en el inciso precedente, la ISAPRE deberá comunicar por escrito tal decisión al cotizante, caso en el cual los beneficios, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas, seguirán siendo de cargo de la institución hasta el término del mes siguiente a la fecha de su comunicación o hasta el término de la incapacidad laboral, en caso de que el cotizante se encuentre en dicha situación y siempre que este plazo sea superior al antes indicado. Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra g) del artículo 33 de esta ley.

El cotizante podrá reclamar a la Superintendencia de esta decisión, dentro del plazo de vigencia de los beneficios indicados en el inciso anterior. Efectuado el reclamo, se mantendrá vigente el contrato hasta la resolución de éste, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas.

Caducará el derecho de la ISAPRE a poner término al contrato si han transcurrido más de 90 días contados desde que tome conocimiento del hecho que motiva dicha terminación. Para estos

efectos, en el caso de las enfermedades preexistentes, el plazo se contará desde el momento que la ISAPRE haya recibido los antecedentes clínicos que demuestren el carácter preexistente de la patología; en el caso del no pago de la cotización, desde los treinta días siguientes a la fecha en que comunicó la deuda en los términos del inciso final del artículo 38; en cuanto a la obtención indebida de beneficios, desde que a la ISAPRE le conste dicho acto; y la omisión de un familiar beneficiario, desde que la ISAPRE tome conocimiento de ella.”.

Se corrigió el orden de la frase inicial del número 3 del inciso primero de la indicación, para que responda a un orden lógico, en el sentido de que primero se impetra un beneficio y luego se lo obtiene.

Se objetó el término “maliciosamente”, en el número 4 del mismo inciso, por que fue estimado redundante con la frase final “con el fin de perjudicar a la ISAPRE”.

También mereció reparo, por parte de la Honorable Senadora señora Matthei, la frase del segundo inciso que prolonga la cobertura del contrato caducado “hasta el término de la incapacidad laboral”, porque con ello se puede dilatar largamente la expiración de la cobertura a un afiliado infractor.

Por último, se perfeccionó la redacción de la oración inicial del inciso cuarto, que fija un plazo de caducidad del derecho de la Institución de Salud Previsional a poner término al contrato de salud en los casos de infracción del mismo por parte del cotizante indicados en el artículo 40 propuesto.

La indicación N° 45 se aprobó con modificaciones. El encabezado del inciso primero y los números 1, 2 y 3 del mismo, lo fueron por la unanimidad de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger y Ruiz-Esquide. El número 4 y los incisos segundo, tercero y cuarto, por la unanimidad de los anteriores, más el Honorable Senador señor Viera-Gallo, a excepción de la frase “o hasta el término de la incapacidad laboral”, del inciso segundo, que fue aprobada con los votos de los Honorables Senadores señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y la abstención de la Honorable Senadora señora Matthei.

N° 17)

Modifica el artículo 41 de la ley N° 18.933, que preceptúa que los beneficios del contrato entre la Institución de Salud Previsional y el cotizante alcanzan a éste a y sus beneficiarios que causen asignación familiar o reúnan los requisitos para ello, Este numeral le intercala el siguiente inciso tercero:

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

La **indicación N° 46**, del Presidente de la República, propone reemplazar este inciso por el siguiente:

"Con todo, en el evento que un 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 todos los planes 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 vigentes, ni establecer la exigencia de una nueva declaración de salud."."

La Comisión la aprobó, con una enmienda que contrarresta el giro restrictivo que la norma impone a la oferta que debe hacer la Institución de Salud Previsional al beneficiario que deviene cotizante y especifica que la propuesta deberá comprender los planes que la Institución comercialice, sin exclusiones, especialmente aquellos cuyo precio se ajuste al monto de la cotización legal del afiliado.

- Con esa modificación, fue aprobada por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esqüide y Viera-Gallo.

N° 18)

Incorpora un artículo 41 bis, nuevo, del siguiente tenor:

"Artículo 41 bis.- En el evento que el cotizante fallezca una vez transcurrido un año de vigencia ininterrumpida de los beneficios contractuales, la Institución de Salud Previsional estará obligada a mantener, respecto de los beneficiarios declarados por aquél, y por un período no inferior a un año contado desde su fallecimiento, todos los beneficios del contrato de salud vigente a la fecha en que se verificó tal circunstancia.

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

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

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

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

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

La **indicación N° 47**, del Presidente de la República, propone reemplazarlo por el siguiente:

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

"Artículo 41 bis.- En el evento que el cotizante fallezca una vez transcurrido un año de vigencia ininterrumpida de los beneficios contractuales, la Institución de Salud Previsional estará obligada a mantener, 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, a todos los beneficiarios declarados por aquél, entendiéndose incorporados en éstos al hijo que está por nacer y que habría sido su beneficiario legal de vivir el causante a la época de su nacimiento.

El beneficio establecido en este artículo se sujetará a las siguientes reglas:

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

2.- 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.

3.- Terminada la vigencia del beneficio, la Institución estará obligada a ofrecer al beneficiario que así lo requiera el mismo plan de salud, debiendo éste pagar el valor que resulte de multiplicar el precio base del plan por el factor que corresponda a su sexo y edad.

4.- Si el beneficiario no deseara mantener el mismo plan, la ISAPRE deberá ofrecerle otro plan de salud en actual comercialización cuyo precio más se ajuste al monto que por él se enteraba en la Institución, de acuerdo a la tabla de factores vigente en el plan de salud del cotizante fallecido, o uno menor si así lo solicitare expresamente el beneficiario.

5.- De aceptar las condiciones ofrecidas, el beneficiario tendrá derecho a incorporarse a la Institución de Salud Previsional, suscribiendo con ésta el respectivo contrato de salud.

6.- En los contratos de salud que se suscriban en virtud de esta disposición, no podrán pactarse otras restricciones o exclusiones que las que ya se encontraren vigentes en el contrato que mantenía el cotizante fallecido con la Institución, ni establecerse la exigencia de una declaración de salud.

Las personas indicadas en el inciso primero de este artículo, podrán renunciar al mencionado beneficio, sin perjuicio de ejercer, en tal evento, la facultad que les otorga el numeral 4 del inciso precedente."."

El Honorable Senador señor Viera-Gallo propuso suprimir los números 2 y 5, por obvios y unificar los números 3 y 4. Dejó constancia de que la frase "Cuando corresponda", con que se inicia la primera regla, significa que el beneficiario deberá cotizar si percibe ingresos.

- Con las modificaciones señaladas, esta indicación fue aprobada unánimemente, quedando redactada como se expresa en el capítulo de las modificaciones. Concurrieron al acuerdo los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Nº 19)

Este numeral incorpora al párrafo 5° de la ley Nº 18.933, De las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud, un artículo 42 bis, que dispone que quienes deseen desarrollar la

actividad de agente de ventas deberán inscribirse en el registro que al efecto lleve la Superintendencia.

Los interesados deberán ser chilenos o extranjeros radicados en Chile con carné de extranjería al día; mayores de edad; acreditar conocimientos suficientes sobre el sistema de Instituciones de Salud Previsional, y encontrarse en posesión de licencia de educación media o estudios equivalentes.

El inciso segundo agrega que para solicitar la inscripción de un agente de ventas en el registro deberá acreditarse el cumplimiento de los requisitos antes señalados, en la forma y oportunidad que determine la Superintendencia, mediante instrucciones de general aplicación.

El inciso tercero prohíbe, salvo autorización expresa de la Superintendencia, el ejercicio simultáneo de funciones de agente de ventas en más de una Institución de Salud Previsional.

El inciso cuarto dispone que el agente de ventas que incumpla las obligaciones que le impone la ley, o instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes de la Superintendencia, será sancionado por ésta con censura o cancelación de su inscripción en el registro.

El inciso quinto permite al agente de ventas cuya inscripción en el registro haya sido cancelada solicitar a la Superintendencia su reinscripción, una vez transcurrido el plazo de dos años, contado desde la fecha en que la resolución que decretó dicha cancelación haya quedado ejecutoriada.

La **indicación N° 48**, de Presidente de la República, propone modificar el artículo 42 bis propuesto, en los siguientes aspectos:

a) en el inciso segundo, plantea reemplazar la referencia al número 17 del artículo 3º, por otra, al número 16. Como resultado de los acuerdos de la Comisión, efectivamente corresponde enmendar esa cita.

b) la indicación propone reemplazar el inciso cuarto del artículo 42 bis, por el siguiente:

“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, multa de hasta 15 unidades tributarias mensuales o cancelación de su inscripción en el registro. El no pago de la multa habilitará a la Superintendencia para cancelar el registro.”.

Dado el contenido del precepto, la Comisión resolvió incluirlo en el Párrafo 1º del Título II, que regula la forma, el giro, algunas obligaciones, derechos y facultades de las Instituciones de Salud Previsional, como artículo 24 ter. En consecuencia, fue incorporado en el número 6) del artículo 1º del proyecto.

- Aprobada por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

La **indicación N° 49**, del Presidente de la República, propone intercalar, a continuación del N° 19), uno nuevo que agrega, a continuación del artículo 42 E, un Párrafo 6º, que se denomina “De la creación y administración del Fondo de Compensación Solidario”, constituido por los artículos 42 F al 42 K.

El artículo 42 F propuesto por la indicación crea un Fondo de Compensación Solidario entre ISAPRES, destinado a solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de dichas instituciones, con relación a las prestaciones contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, en conformidad a lo establecido en este Párrafo.

El inciso segundo de la misma disposición indica que el referido Fondo será supervigilado y regulado por la Superintendencia.

El artículo 42 G, señala que el Fondo de Compensación Solidario compensará a las ISAPRES entre sí, por la diferencia entre la prima comunitaria que se determine para las Garantías Explícitas en Salud y la prima ajustada por riesgos que corresponda, las que se determinarán conforme al Reglamento.

El inciso segundo del artículo 42 G señala que para el cálculo de la prima ajustada por riesgos, sólo se considerarán las variables de sexo y edad.

El inciso tercero permite a las ISAPRES efectuar observaciones a las primas a que se refiere este artículo. Para ello deberán ser puestas en conocimiento de ellas para que, dentro de quinto día, manifiesten sus observaciones. Si nada dicen, se entenderán aceptadas.

El inciso sexto regula el procedimiento para conocer y resolver sobre estas observaciones, señalando que frente a éstas la Superintendencia deberá evacuar su parecer. Si se mantiene la discrepancia, una comisión de tres miembros resolverá la disputa sin ulterior recurso. Dicha comisión deberá resolver dentro de los 15 días siguientes a su constitución y estará integrada por un representante del la

Superintendencia de Salud, un representante de las Instituciones de Salud Previsional, designado en la forma que señale el Reglamento, y un perito designado por sorteo de una nómina de cuatro que se confeccionará con dos personas designadas por la referida Superintendencia y dos por las ISAPRES.

El inciso séptimo pone los honorarios del perito de cargo de las ISAPRES en partes iguales.

El artículo 42 H, en su inciso primero, dispone que corresponde a la Superintendencia el determinar el monto efectivo de compensación que corresponde a cada Institución de Salud Previsional.

Su inciso segundo agrega que las Instituciones de Salud Previsional efectuarán entre sí los traspasos correspondientes a las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que ésta señale.

El inciso primero del artículo 42 I entrega a la Superintendencia la fiscalización del cumplimiento por parte de las Instituciones de Salud Previsional de las obligaciones que establece este Párrafo.

Su inciso segundo dispone que si alguna Institución de Salud Previsional no efectúa la compensación en la oportunidad que corresponda o ésta es menor a la determinada por la Superintendencia, dicho Organismo, sin perjuicio de las sanciones administrativas que procedan, la hará con cargo a la garantía y, en este caso, la Institución de Salud Previsional estará obligada a reponer el monto de la garantía usado para este efecto dentro del plazo de 20 días y si no lo hiciere, se aplicará el régimen de supervigilancia a que se refieren los artículos 45 bis y 45 ter de la mencionada ley.

El inciso tercero dispone que los recursos administrativos o judiciales que deduzcan las ISAPRES respecto de la procedencia o del monto de la compensación, no suspenderán los efectos de lo ordenado.

El artículo 42 J establece que, para los efectos de lo dispuesto en este Párrafo, las Instituciones de Salud Previsional deberán enviar a la Superintendencia la información necesaria para calcular los pagos y compensaciones indicados, conforme a las instrucciones de general aplicación que ésta emita.

Finalmente, el artículo 42 K precisa que el reglamento a que se refiere este Párrafo, será expedido a través del Ministerio de Salud y deberá llevar la firma, además, del Ministro de Hacienda.

El señor Superintendente, respondiendo consultas de los miembros de la Comisión, aclaró que el mecanismo de compensación excluye a las Instituciones de Salud Previsional cerradas, porque al interior de las mismas opera una suerte de compensación de riesgos. Advirtió que es necesario modificar la redacción de alguno de los artículos de este Párrafo, a fin de hacer explícita esta voluntad del legislador.

Destacó que las únicas variables que se tomarán en cuenta para efectuar la compensación son sexo y edad, lo que excluye sin ambages la variable calidad de los productos ofrecidos. Añadió que la compensación se hará sobre la base de los costos efectivos informados y no sobre las primas cobradas.

La Comisión incorporó en el inciso segundo del artículo 42 una disposición que excluye de la aplicación de este mecanismo compensatorio de riesgos a las Instituciones de Salud Previsional cerradas, esto es, aquellas a que se refiere el inciso final del artículo 39 de la Ley de Isapres, puntualizando que la exclusión será igualmente válida para esas Instituciones, aunque no todos sus afiliados sean trabajadores o ex trabajadores de la entidad que creó la respectiva Institución de Salud Previsional.

- Con esta única enmienda, la Comisión aprobó por unanimidad de sus integrantes la indicación N° 49. Votaron por la afirmativa los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

- - - - -

N° 20)

Este numeral agrega, en el inciso primero del artículo 43, a continuación del número 6, lo siguiente:

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

8.- Listado de planes de salud, con indicación de sus precios, prestaciones y beneficios.

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

El referido artículo 43 señala los antecedentes informativos que las Instituciones de Salud Previsional deben mantener en sus oficinas, en extracto, para información del público en general.

La **indicación N° 50**, del Presidente de la República, propone un nuevo número 20), que reemplaza íntegramente el artículo 43, por el siguiente:

“Artículo 43.- Las instituciones deberán mantener a disposición del público en general y de sus beneficiarios, los siguientes antecedentes:

1.- Nombre o razón social e individualización de sus representantes legales;

2.- Domicilio, agencias y sucursales;

3.- Fecha de su registro en la Superintendencia;

4.- Duración de la sociedad;

5.- Balance general del último ejercicio y los estados de situación que determine la Superintendencia;

6.- Estándar de patrimonio, índice de liquidez y monto de la garantía;

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

8.- Listado de planes de salud en actual comercialización, con indicación de sus precios base, tabla de factores, prestaciones y beneficios.

En el caso de los beneficiarios, las Instituciones siempre deberán estar en condiciones de entregar dicha información respecto de sus planes, y

9.- Nómina de los agentes de ventas de la ISAPRE correspondiente por ciudad.

La información referida podrá constar en medios electrónicos o impresos, o en ambos, total o parcialmente, y deberá actualizarse periódicamente de acuerdo a lo que señale la Superintendencia.”.

Como se puede apreciar, se elimina la posibilidad de que la información se ofrezca extractada, debiendo, en consecuencia, presentarse en forma completa. Se actualiza la alusión a la garantía, para extenderla a los indicadores de patrimonio, liquidez y garantía, de acuerdo con las modificaciones incorporadas por la ley N° 19.895, Ley Corta de

Isapres. Se detalla la información que debe suministrarse, en relación con los planes de salud. Se admite la posibilidad de proporcionar estos antecedentes en medios electrónicos o impresos. La actualización de los datos se hará con la periodicidad que determine la Superintendencia.

- Se aprobó por unanimidad, con enmiendas formales menores, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

La **indicación N° 51**, de los Honorables Senadores señora Matthei y señor Espina, propone sustituir el número 20) del artículo 1° del proyecto, por el siguiente:

“20) Reemplázase el inciso final del artículo 43 por el siguiente:

“La información referida en el inciso precedente podrá constar en medios electrónicos, tales como la página web de la respectiva ISAPRE, o impresos, o en ambos, total o parcialmente, y deberá actualizarse periódicamente de acuerdo a lo que señale la Superintendencia en instrucciones de general aplicación.”.”.

- Atendido el contenido de la indicación anterior, aprobada, ésta fue retirada.

N° 21)

Incorpora, a continuación del artículo 44, dos artículos nuevos, designados 44 bis y 44 ter.

El primero de ellos impone a las Instituciones de Salud Previsional la obligación de comunicar a la Superintendencia todo antecedente relevante para fines de supervigilancia y control, que las afecte a ellas o a sus operaciones y negocios.

El inciso segundo dispone que la Superintendencia deberá impartir las instrucciones de general aplicación que regulen los casos, la forma y oportunidad en que deberá cumplirse con la obligación consagrada en el inciso precedente.

El inciso tercero permite que las Instituciones comuniquen bajo reserva hechos o informaciones relativos a negociaciones pendientes, cuya difusión pueda perjudicar el interés de la entidad.

El artículo 44 ter, por su parte, permite a las Instituciones de Salud Previsional transferir a otra todos sus contratos de salud previsional y sus carteras de afiliados y beneficiarios, con la limitación de que la receptora opere en forma legal y no se trate de una Institución cuyo registro haya sido cancelado por la Superintendencia o que esté sujeta al

régimen de supervigilancia y control del artículo 45 bis, por no haber dado cumplimiento a uno o más de los indicadores de liquidez, patrimonio o garantía.

El inciso segundo agrega que la transferencia no puede afectar derechos y obligaciones emanados de los contratos de salud cedidos, ni imponer a los afiliados y beneficiarios nuevas restricciones, ni establecer la exigencia de una nueva declaración de salud. Sin perjuicio de lo anterior, la disposición consagra el derecho de los cotizantes a oponerse a la transferencia de sus contratos.

Dispone el inciso tercero que la transferencia de contratos y cartera requerirá la autorización de la Superintendencia y deberá sujetarse a las instrucciones de general aplicación que se dicten al efecto.

Finalmente, de conformidad con el inciso cuarto, la Institución de Salud Previsional que desee hacer uso del mecanismo de traspaso de la totalidad de sus contratos de salud previsional y cartera de afiliados y beneficiarios, deberá publicar previamente un aviso, en tres diarios de circulación nacional y en diferentes días, su propósito de transferir sus contratos de salud, indicando la Institución a quien pretende transferir y las condiciones societarias, financieras y de respaldo económico de la misma.

La **indicación N° 52**, del Presidente de la República, propone su supresión, porque estas disposiciones ya están incluidas en la Ley de Isapres, en virtud de los cambios que le hizo la ley N° 19.895.

- Fue aprobada unánimemente, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

N° 23)

Este numeral incorpora, a continuación del artículo 45, el siguiente artículo 45 bis:

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

La Institución afectada deberá informar a la Superintendencia la circunstancia de haber incurrido en dicha situación de

incumplimiento, dentro del plazo de cinco días hábiles contado desde la constatación del hecho.

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

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

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

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

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

El Presidente de la República formuló la **indicación N° 53**, destinada a suprimirlo, por la misma razón que la anterior.

- Fue aprobada unánimemente, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

N° 24)

Modifica el artículo 46 de la ley N° 18.933, disposición que señala los casos en que la Superintendencia está facultada para cancelar, por resolución fundada, el registro de una Institución de Salud Previsional.

La modificación consiste en incorporar al citado artículo un inciso segundo, que dispone que, 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 que estén vigentes,

aun cuando no haya transcurrido el plazo previsto en el inciso segundo del artículo 38.

La **indicación N° 54**, del Presidente de la República, propone su supresión, por igual motivo que las dos precedentes.

- Fue aprobada unánimemente, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

N° 25)

Reemplaza los incisos primero y segundo del artículo 46 bis, por los siguientes:

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

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

La **indicación N° 55**, del Presidente de la República, propone sustituirlo por el siguiente:

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

“Artículo 46 bis.- La Institución que solicite la cancelación de su registro deberá presentar a la Superintendencia una declaración jurada, reducida a escritura pública, en la que se detallarán las obligaciones actualmente exigibles con los cotizantes, sus cargas, beneficiarios, prestadores de salud, otras ISAPRES por concepto de transferencias del Fondo de Compensación Solidario y la Superintendencia. Conjuntamente con la presentación de la solicitud, la Institución deberá comunicar a sus cotizantes y beneficiarios, de acuerdo a los plazos y procedimientos que fije la Superintendencia, su intención de cerrar el

registro. Con todo, previo a la aprobación de la solicitud, la Institución deberá acreditar la aceptación por otra Institución de la totalidad de sus contratos de salud, incluyendo a todos sus afiliados y beneficiarios, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 44 ter.

No será necesaria la presentación de una declaración jurada cuando la Institución acredite que la solicitud de cierre de registro se ha originado por una fusión de dos o más Instituciones de Salud Previsional, de acuerdo al artículo 99 de la ley N°. 18.046. Una vez dictada la resolución que cancela el registro, las Instituciones fusionadas deberán notificar de este hecho a los afiliados mediante carta certificada expedida dentro del plazo de 10 días hábiles, contados desde la fecha de cancelación del registro. Los afiliados de las Instituciones fusionadas tendrán derecho a desahuciar sus contratos sin expresión de causa dentro de los seis meses posteriores a la fusión y si nada dicen dentro del plazo señalado, regirá a su respecto lo dispuesto en el artículo 38 inciso segundo de esta ley. En el mismo plazo, también podrán desahuciar sus contratos los afiliados de Instituciones que se dividan o transformen.”.”.

El señor Superintendente manifestó que los afiliados están asegurados en estos casos por las nuevas normas sobre precios base y tabla de factores, y que las disposiciones de la ley N° 19.895 sobre indicadores de patrimonio, liquidez y garantía posibilitan tener una señal de alarma, para poner en marcha el mecanismo de supervigilancia y control, lo que es garantía tanto para los usuarios como para las mismas Instituciones de Salud Previsional.

Los Honorables Senadores señora Matthei y señor Boeninger hicieron presenta la necesidad de reconocer a los afiliados el mismo derecho a desahuciar el contrato de salud, en caso de traspaso del control de una Institución de Salud Previsional que esté constituida como sociedad anónima. La Comisión resolvió incorporar al final del segundo de estos incisos una norma en el sentido indicado.

- Con dicha modificación, la indicación N° 55 fue aprobada por unanimidad, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

N° 26)

Este numeral sustituye el artículo 47 de la ley N° 18.933, por el siguiente:

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

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

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

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

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

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

Esta norma, con adecuaciones que fueron el resultado de la discusión parlamentaria, fue incluida en la Ley Corta de Isapres, N° 19.895.

Por tal motivo, la **indicación N° 56**, del Presidente de la República, propone reemplazar el número 26) del artículo 1° del proyecto por otro, que modifica el artículo 48.

Este último precepto fija a la Superintendencia un plazo de ciento ochenta días, contado desde que haga efectiva la garantía del artículo 26, para pagar las obligaciones que ella cauciona, y señala un orden de prelación para los pagos, en siete numerales que se transcriben a continuación:

“1) En primer término, los subsidios por incapacidad laboral que hayan provenido de licencias médicas ya concedidas a la fecha de cancelación del registro, íntegramente de ser suficientes los fondos mantenidos en garantía o a prorrata en caso de no serlo. Se exceptúan los subsidios que digan relación con las licencias maternales que se pagan con cargo al Fondo Único

de Prestaciones Familiares, caso en el cual corresponderá a la Superintendencia de Seguridad Social su pago;

2) Una vez solucionados los créditos a que alude el número 1 de este inciso, y en el evento de existir un remanente, se procederá al pago de las bonificaciones y reembolsos adeudados a los cotizantes, cargas y terceros beneficiarios, íntegramente o a prorrata en su caso, según lo señalado en el número anterior;

3) Una vez solucionados los créditos enumerados, si quedare un remanente, se procederá al pago de las deudas con los prestadores de salud, íntegramente o a prorrata, según sea el caso;

4) Posteriormente, y habiendo un remanente, se procederá al reembolso de aquellas cotizaciones pagadas en forma anticipada, íntegramente de ser suficientes los fondos o a prorrata, según correspondiere;

5) Una vez solucionados los créditos enumerados, si quedare un remanente, se pagarán las cotizaciones que correspondan a la Institución de Salud Previsional a que se hubieren afiliado los cotizantes de aquélla cuyo registro se cancela, o al Fondo Nacional de Salud, según corresponda, íntegramente o a prorrata según sea el caso, y

6) Posteriormente, si queda un remanente, se enterará el valor que se haya definido en la licitación de la cartera o de la Institución, de acuerdo con lo prescrito por el inciso octavo del artículo 45 bis;

7) Una vez solucionados los créditos enumerados, si quedare un remanente, la Superintendencia lo girará en favor de quienes representen a la Institución dentro del cuarto día hábil siguiente contado desde el término de la liquidación, perdiendo dicho saldo su inembargabilidad.”.

Especial interés reviste este último número, que es concordante con otros preceptos que dejan en claro que la garantía se hace efectiva por la Superintendencia y es aplicada por ella al pago de las obligaciones cauteladas. Además, él consigna que, si después de esas operaciones queda un remanente, el mismo se entrega a los representantes de la Institución de Salud Previsional, sean estos sus administradores ordinarios o un síndico de quiebras.

La indicación Nº 56 plantea hacer las siguientes modificaciones en el artículo 48:

1.- a) Sustituir el encabezado del inciso primero, por el siguiente:

“Artículo 48.- Cancelado el registro de una ISAPRE, la Superintendencia deberá abrir un plazo no superior a 120 días para que los interesados hagan valer sus créditos ante ella. Transcurrido dicho plazo, el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud

deberá calcular el pago que correspondería de acuerdo a las reglas que más adelante se señalan y poner en conocimiento de los interesados, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 46 de la ley N° 19.880, el resultado de dicho cálculo para que hagan valer sus derechos dentro de los 10 días siguientes a su notificación. Agotado el plazo o resueltas las impugnaciones, el Intendente mencionado procederá a pagar las obligaciones con cargo a la garantía, dentro de un plazo no superior a ciento ochenta días contados desde que se haya hecho efectivo el último documento de la garantía. Dicha garantía se utilizará para solucionar:”.

1.- b) Agregar, en el N° 4 del mismo inciso, antes de la palabra “íntegramente”, lo siguiente: “excedentes y excesos de cotizaciones,”.

1.- c) Suprimir el N° 5.

2.- Sustituir el inciso final por el siguiente:

“Si a la fecha de cancelación del registro existieren licencias médicas en que no hubiere pronunciamiento de la ISAPRE, se entenderán aprobadas para todos los efectos legales.”.

3.- Agregar el siguiente inciso final, nuevo:

“En los casos en que la garantía resultare insuficiente para pagar las deudas a los afiliados de la ISAPRE cuyo registro fuere cancelado y que se encuentre declarada en quiebra, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud deberá emitir una resolución que contenga la identificación del afiliado y el monto adeudado. Dicha resolución tendrá mérito ejecutivo y será remitida al Síndico de la Quiebra, para los efectos de ser considerada en el pago con cargo a la masa del fallido. Lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho de los afiliados de hacer valer directamente sus acreencias en la quiebra.”.

Una consideración de orden general y previo es que estas obligaciones se solucionan con cargo a la garantía que, conforme a la ley N° 19.895 recién citada, debe ser de un monto igual a aquéllas, y no con el patrimonio de la Institución de Salud Previsional.

Se objetó que deban ser los interesados quienes hagan valer sus créditos, en circunstancias que la Superintendencia está en mejor posición para conocerlos y determinarlos, más aún desde que entró en vigencia la ley N° 19.895 y aquélla controla permanentemente los indicadores de patrimonio, liquidez y garantía.

También se insinuó que el reclamo de los interesados, cotizantes y prestadores podría no sólo referirse a la inclusión en la nómina y al monto, sino también al plazo y las modalidades de pago anunciadas por la Superintendencia.

El primer cambio acordado por la Comisión afectó al inciso primero propuesto para el artículo 48. Se resolvió volver al texto vigente, corregir su redacción y reducir a la mitad el plazo de ciento ochenta días que tiene la Superintendencia para pagar las obligaciones caucionadas con la garantía del artículo 26. El resto de las disposiciones, relativas a la forma de establecer el listado de las obligaciones y su monto, se trasladó a los incisos finales del artículo 48, como se dirá más adelante.

Al considerar la letra b) del número 1 de la indicación, que incluye entre las obligaciones del número 4 del artículo 48 los excedentes y excesos de cotizaciones, la Comisión decidió refundirla con el actual número 2 del citado artículo.

Otro tanto hizo al ocuparse de la letra c) del mismo número 1. En efecto, en lugar de suprimir el número 5 del artículo 48, como allí se propone, también se optó por trasladar su contenido al número 2, porque si no se hace así el afiliado corre el riesgo de pagar dos veces la cotización: una en la que entró en falencia y otra en la nueva, a la que se trasladó.

El texto sustitutivo del inciso final que propone el número 2 de la indicación N° 56, fue rechazado, porque la Comisión no consideró razonable aprobar por ministerio de la ley las licencias médicas que no estuvieran resueltas al cancelarse la inscripción de una Institución de Salud Previsional en el registro de la Superintendencia. Estos asuntos deben ser resueltos en su mérito y por los canales y procedimientos administrativos vigentes.

Por lo que respecta al nuevo inciso final que el número 3 de la indicación agrega al artículo 48, él fue analizado conjuntamente con la nueva formulación propuesta por la Superintendencia para las disposiciones sobre nómina y monto de las obligaciones y forma de ponerla en conocimiento de los interesados, que se trasladaron desde el inciso primero.

Como resultado de ese proceso, la comisión aprobó tres nuevos incisos, que se agregarán al final del artículo 48.

El primero de ellos establece el modo de acreditar las deudas que deben ser solucionadas con la garantía. La Superintendencia publica en forma electrónica –en su sitio web en la red Internet– los créditos adeudados por la Institución de Salud Previsional a la fecha de la cancelación de su inscripción en el registro, sobre la base de la información actualizada y detallada que las mismas Instituciones deberán proporcionarle periódicamente; los interesados tienen un plazo de sesenta días para hacer valer créditos no incluidos o para reclamar de su monto; en los quince días siguientes la Superintendencia determina los montos a pagar e informa el

resultado, por carta certificada, a los interesados; éstos cuentan con diez días para impugnar los cálculos; resueltas las impugnaciones o vencidos los plazos, la Superintendencia paga las deudas, en un plazo no superior a noventa días.

El segundo de dichos incisos regula el procedimiento en caso que haya un remanente que no alcance a pagarse con la garantía y la Institución de Salud Previsional haya caído en quiebra. En dicha eventualidad, el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales dictará una resolución, que tendrá mérito ejecutivo, identificando al afiliado o prestador titulares de la acreencia y el monto insoluto y la enviará al síndico de la quiebra para que la incluya en el pago que se haga con cargo a la masa.

La Comisión adicionó un tercer inciso, que estipula que los créditos del número 2 del artículo 48 de la ley N° 18.933, en la parte no pagada con la garantía, gozarán del mismo privilegio que el número 6 del artículo 2.472 del Código Civil asigna a las cotizaciones previsionales adeudadas por el fallido y a los créditos del Fisco contra las Administradoras de Fondos de Pensiones por los aportes efectuados para asegurar la rentabilidad mínima del Fondo, y se pagarán antes que éstos, con sujeción a lo dispuesto en el artículo 2.473 del mismo Código.

- En resumen, las letras a) y b) del número 1 de la indicación N° 56 se aprobaron con modificaciones, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo. La letra c) fue rechazada con la misma votación. El número 2 de la indicación se rechazó con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, y el número 3 fue aprobado por los mismos señores Senadores recién nombrados, con enmiendas.

ARTICULO 2°

Dispone que las referencias legales y reglamentarias a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez o a la Unidad de Licencias de los Servicios de Salud deben entenderse referidas a la Superintendencia de Seguridad Social, en lo relativo a las apelaciones o reclamos de licencias médicas autorizadas por las Instituciones de Salud Previsional.

La **indicación N° 57**, del Presidente de la República, propone sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 2°.- Esta ley entrará en vigencia en la misma fecha en que entre a regir el primer decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.

Los contratos de salud previsional 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.

Sin perjuicio de lo anterior, las siguientes materias se regirán por estas reglas:

1.- Los contratos de salud previsional cuyo precio, a la fecha de vigencia de la presente ley, se encuentren expresados en un porcentaje equivalente a la cotización legal y no sean de aquéllos a que se refiere el inciso final del artículo 39 de la ley N° 18.933, ni aquéllos celebrados por dos o más trabajadores en que hayan convenido beneficios distintos a los que se podría obtener con su sola cotización individual, se mantendrán vigentes y sólo podrán ser convertidos a unidades de fomento o a la moneda de curso legal vigente en el país si las partes así lo acuerdan expresamente o cuando se produzca un cambio de plan de salud por cualquier causa.

2.- Dentro del plazo dispuesto en el inciso primero de este artículo, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud deberá dictar, mediante instrucciones de general aplicación, el diseño de la tabla de factores a que deberán sujetarse las ISAPRES y las normas que sean necesarias para el debido cumplimiento de esta obligación.

A contar de la vigencia de esta ley, las ISAPRES deberán utilizar las nuevas tablas de factores en todos los contratos de salud que celebren y en las adecuaciones que propongan.

Tratándose de contratos en curso a la fecha de vigencia de esta ley, las tablas de factores que ellos contengan se mantendrán vigentes hasta que el afiliado opte por aceptar la adecuación propuesta o contrate un plan de salud distinto; pero la variación del precio base deberá sujetarse a las nuevas reglas.”.

- Fue aprobada, con enmiendas formales menores, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

ARTICULO 3°

Su inciso primero dispone que este proyecto entrará en vigencia como ley a los ciento veinte días contados desde su publicación en el Diario Oficial.

El inciso segundo agrega que los contratos que se celebren después de la entrada en vigencia de esta ley deberán ceñirse a

ella y que, los celebrados con anterioridad, procederán a ajustarse a sus disposiciones en sus respectivas anualidades.

La **indicación N° 58**, del Presidente de la República, propone reemplazarlo por el siguiente:

“Artículo 3°.- Declárase, interpretando los artículos 26, 46 y 48 de la ley N° 18.933, que:

1.- En caso de cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, la garantía que deben mantener las Instituciones sólo puede ser liquidada y pagada por la Superintendencia, aún en caso de quiebra de la Institución, quedando, en consecuencia, dicha garantía fuera de la masa de la quiebra hasta que pierda su inembargabilidad.

2.- Las órdenes de atención, bonos de atención o similares que las Instituciones de Salud Previsional hayan emitido para el financiamiento de las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios y que posean los prestadores de salud, sólo pueden ser consideradas en el tercer orden de prelación para efectos del pago con cargo a la garantía.”.

La Comisión acordó aprobarla unánimemente, modificando la redacción de su número 1, a fin de hacerlo más enfático, en el sentido de que ha correspondido y corresponderá exclusivamente a la Superintendencia la liquidación y pago de la garantía, incluso en el evento de que se declare la quiebra de la Institución de Salud Previsional. La garantía o su remanente sólo ingresa a la masa de la quiebra, y pierde su inembargabilidad, una vez cumplidas operaciones de liquidación y pago de las deudas caucionadas.

Hubo consenso entre los legisladores en cuanto a que este artículo reitera el sentido y alcance que en su oportunidad se diera a los preceptos de la ley N° 19.895, que consagraron, entre otros, el indicador de la garantía y el modo de administrarla y aplicarla.

- Fue aprobada, con modificaciones, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

Los Honorables Senadores señores Ruiz-Esquide y Zaldívar, don Andrés, formularon dos indicaciones para agregar artículos nuevos, que se señalan a continuación:

La **indicación N° 59**, propone la incorporación del siguiente artículo:

“Artículo...- Agréganse, al artículo 84 del decreto ley N° 3.500, de 1980, los siguientes incisos nuevos:

“Asimismo, los trabajadores podrán destinar la cotización obligatoria establecida en los Párrafos precedentes, hasta el límite de UF 6, a la contratación de un seguro que tenga por finalidad financiar las prestaciones de salud establecidas en las leyes N^{os} 10.383 ó 16.781, y en la ley N° 6.174. Las pólizas ofrecidas por las distintas compañías de seguros deberán ser autorizadas previamente por la Superintendencia de ISAPRES, cumpliendo con las disposiciones requeridas por el DFL 251. Las sumas pagadas por concepto de primas serán asimiladas a las cotizaciones previsionales para todos los efectos legales.

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

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

La **indicación N° 60**, propone la incorporación de un artículo nuevo que agrega el siguiente inciso tercero al artículo 85 ³ del decreto ley N° 3.500:

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

- Fueron declaradas inadmisibles por el Presidente de la Comisión, por referirse a materias que son de la iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

- - - - -

ARTICULOS TRANSITORIOS

³ Dispone que las pensiones están afectas a una cotización del 7% para salud, con tope de 60 unidades de fomento.

El **primero** fija un plazo de noventa días, contados desde la entrada en vigencia de la ley, para que los contratos vigentes se ajusten a sus disposiciones al cumplirse la próxima anualidad.

El **segundo** dispone que, en el mismo plazo, las Instituciones de Salud Previsional deberán adaptar sus estatutos a las disposiciones del proyecto.

El **tercero** fija al Presidente de la República un plazo de sesenta días para dictar el reglamento del artículo 38 ⁴.

La **indicación N° 61**, del Presidente de la República, propone reemplazarlos por el siguiente:

“Artículo transitorio.- Aquellas Instituciones de Salud Previsional que, a la fecha de la publicación de la presente ley, sean al mismo tiempo prestadores de atenciones de salud, podrán constituir, dentro del plazo de un año contado desde dicha publicación, una nueva ISAPRE mediante la creación de una persona jurídica distinta la que se entenderá, para todos los efectos legales, como continuadora legal de aquella, especialmente para lo dispuesto en el artículo 2° de la ley N° 19.895.”.

A instancias del propio Ejecutivo, se corrigió su texto, para hacer imperativa la norma: las Instituciones de Salud Previsional no “podrán” constituir una nueva entidad para separar giros, en caso de que estén integradas con prestadores de salud, sino que “deberán” hacerlo. Y, para mayor claridad de la intención del legislador, se intercaló una oración que especifica que la nueva colectividad se entenderá continuadora legal de la Institución de Salud Previsional originaria, en lo relativo al financiamiento de prestaciones y beneficios de salud regulados por la ley N° 18.933.

- Con esas modificaciones se aprobó, con los votos de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

La Comisión acordó unánimemente agregar al proyecto nuevos artículos transitorios.

Como ya se dijera, al aprobar la regla número 4 del inciso tercero del artículo 38 ter, sobre la relación máxima que debe haber entre el factor mínimo y el máximo de cada tabla de factores, se resolvió que, para el primer decenio, ella sea de hasta 9 veces, en el caso de las mujeres y de hasta 14 veces, en el caso de los hombres. La disposición pertinente se incluye como **artículo segundo transitorio**.

⁴ La referencia está hecha al inciso cuarto vigente antes del presente proyecto, que otorga al afiliado un recurso ante la Superintendencia si considera que el nuevo plan que se le ofrece no es equivalente al que tenía.

- Fue aprobado por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Ríos y Ruiz-Esquide.

Del mismo modo, al aprobar el artículo 38 bis, que fija las reglas a que deberán ajustarse las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud, se advirtió la necesidad de regular ese ajuste en los casos de contratos en que los afiliados hubieran pactado la renuncia del derecho de desahuciarlo, por un determinado lapso.

Esos planes no deben ser considerados para los efectos del cálculo del promedio ponderado de variación que sirve para determinar el límite del alza de los precios. Una vez vencido el plazo en que no se puede ejercer el desahucio, el plan tendrá el mismo precio final que esté vigente para otros afiliados al mismo, que no hayan renunciado su derecho a desahuciar.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide lo votó en contra, guardando coherencia con su votación en el artículo 38 bis.

- Fue aprobado como artículo tercero transitorio, por cuatro votos a favor, de los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina y Viera-Gallo, y uno en contra, del Honorable Senador señor Ruiz-Esquide.

Finalmente, la Comisión aprobó un artículo cuarto transitorio, que delega en el Presidente de la República facultades legislativas para fijar el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N°s 18.469 y 18.933.

Cabe señalar que autorizaciones similares fueron dadas en la ley N° 19.957, que establece una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalece la participación ciudadana, y en la ley N° 19.966, que establece un Régimen de Garantías en Salud. El artículo decimoséptimo transitorio de la primera la otorgó por el término de un año, que vence el 30 de enero de 2005. El artículo cuarto transitorio de la segunda la dio por seis meses, que expiran el 3 de marzo de 2005. De modo que ambas delegaciones habrán caducado cuando el presente proyecto se transforme en ley.

Se adoptó el modelo consagrado en el precepto delegatorio de facultades de la ley N° 19.335, que permitió al Jefe de Estado fijar el texto refundido, coordinado y sistematizado del Código Civil y de sus leyes complementarias.

- Fue aprobado por unanimidad, por los Honorables Senadores señora Matthei y señores Boeninger, Espina, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

MODIFICACIONES

En mérito de las consideraciones precedentemente expuestas, Comisión de Salud propone la aprobación de las siguientes modificaciones al proyecto de ley aprobado en general:

Artículo 1º

Nº 1)

- Sustituir las letras b) y c), por las siguientes:

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

c) Agréganse, a continuación de la letra k), las siguientes letras l), m) y n):

“l) La expresión “agente de ventas”, por la persona natural habilitada por una Institución de Salud Previsional para intervenir en cualquiera de las etapas relacionadas con la negociación, suscripción, modificación o terminación de los contratos de salud previsional;

m) La expresión "precio base", por el precio asignado por la Institución a cada plan de salud. Se aplicará idéntico precio base a todas las personas que contraten el mismo plan. El precio final que se pague a la Institución de Salud Previsional por el plan contratado, excluidos los beneficios adicionales, se obtendrá multiplicando el respectivo precio base por el factor que corresponda al afiliado o beneficiario de conformidad a la respectiva tabla de factores, y

n) La expresión "tabla de factores" por aquella tabla elaborada por la Institución de Salud Previsional cuyos factores muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a un grupo de referencia definido por la Superintendencia, en instrucciones de general aplicación, el cual asumirá el valor unitario. Esta tabla representa un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida, el que es conocido y aceptado por el afiliado o beneficiario al momento de suscribir el contrato o incorporarse a él, según corresponda, y que no podrá sufrir variaciones en tanto la persona permanezca adscrita a ese plan.”.

(Indicaciones Nºs 1 y 3, unanimidad 4 x 0)

Nº 2)

- Insertar la siguiente letra a), nueva:

“a) Intercálase, en el inciso primero, el siguiente numeral 9 bis, nuevo:

“9 bis.- Velar por que la aplicación práctica de los contratos celebrados entre los prestadores de salud y las Instituciones de Salud Previsional no afecte los beneficios a que tienen derecho el afiliado o sus beneficiarios.”.

(Indicación N° 4, unanimidad 4 x 0)

- Reemplazar la letra a), que pasa a ser b), por la siguiente:

“b) Agréganse, en el mismo inciso primero, a continuación del número 15, los siguientes números 16 y 17, nuevos:

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

(Indicación N° 6, unanimidad 4 x 0)

17.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de beneficios regulados por la presente ley. La Superintendencia deberá adoptar las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de la ficha clínica.

Las personas que incurran en falsedad en la certificación de enfermedades, lesiones, estados de salud, en las fechas de los diagnósticos o en prestaciones otorgadas serán sancionadas con las penas previstas en el artículo 202 del Código Penal.”.

(Indicación N° 6, unanimidad 5 x 0)

- Eliminar las letras b) y c).

(Artículo 121 Reglamento del Senado e Indicación N° 9, unanimidad 4 x 0)

- Insertar el siguiente número 3), nuevo:

“3) Sustituir, en el inciso primero del artículo 21, la forma verbal “otorgarán”, por “financiarán”.

(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 4 x 0)

N° 3)

- Pasa a ser número 4).

- Reemplazar el inciso primero del artículo 22 que él contiene, por el siguiente:

“Artículo 22.- Las Instituciones tendrán por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores.”.

(Indicación N° 10, unanimidad 5 x 0)

- Insertar enseguida los siguientes números 5) y 6), nuevos:

“5) Intercálase, en el artículo 24, el siguiente inciso segundo, nuevo, pasando los actuales segundo y tercero a ser incisos tercero y cuarto, respectivamente:

“La entidad deberá:

a) Informar a la Superintendencia la identidad de los socios, accionistas y sus controladores, siempre que posean una participación igual o superior al 10% del capital o tengan la capacidad de elegir a lo menos a un miembro del directorio, y

b) Acreditar que sus socios, accionistas y controladores no se encuentran en alguna de las situaciones previstas en el artículo 24 bis de esta ley.”.

(Indicación N° 13, unanimidad 5 x 0)

6) Agréganse, a continuación del artículo 24, los siguientes artículos 24 bis y 24 ter, nuevos:

“Artículo 24 bis.- No podrán ser directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales de una Institución d Salud Previsional, las siguientes personas:

1.- Los que hayan sido condenados por algún delito que merezca pena aflictiva, hasta el cumplimiento de la condena;

2.- Los fallidos no rehabilitados o quienes tengan prohibición o incapacidad de comerciar, y

3.- Los que, dentro de los cinco años precedentes al nombramiento, hayan sido directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales de una persona jurídica sancionada por alguna Superintendencia con la revocación de su autorización de existencia, encontrándose dicha revocación a firme, a no ser que hayan salvado su responsabilidad en la forma que prescriba la ley.

(Indicación N° 13, unanimidad 5 x 0)

Artículo 24 ter.- Las personas que deseen desarrollar la actividad de agente de ventas deberán inscribirse en el registro que lleve la Superintendencia. Los interesados deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- 1.- Ser chilenos o extranjeros radicados en Chile con carné de extranjería al día;
- 2.- Ser mayor de edad;
- 3.- Acreditar los conocimientos suficientes sobre el sistema de Instituciones de Salud Previsional, y
- 4.- Estar en posesión de licencia de educación media o estudios equivalentes.

Para solicitar la inscripción de un agente de ventas en el registro indicado en el número 16 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, multa de hasta quince unidades tributarias mensuales o cancelación de su inscripción en el registro. El no pago de la multa habilitará a la Superintendencia para cancelar el registro.

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

(Indicación Nº 48, unanimidad 4 x 0)

Nº 4)

- Pasa a ser número 7), reemplazado por el que sigue:

“7) Sustitúyese, en el numeral 1 del inciso primero del artículo 26, la expresión “cotizaciones por regularizar”, por “excesos de cotizaciones”.”.

(Indicación N° 14, unanimidad 5 x 0)

N° 5)

- Pasa a ser número 8), reemplazado por el que sigue:

“8) Sustitúyese el artículo 28 por el siguiente:

“Artículo 28.- La Superintendencia, en caso de cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, deberá, mediante resolución fundada, hacer efectiva la garantía y destinarla al pago de las obligaciones que, conforme a la ley, deben ser solucionadas con la garantía.”.

(Indicación N° 15, unanimidad 5 x 0)

N° 6)

- Pasa a ser número 9), iniciando con mayúscula la palabra “Párrafo”.

(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 5 x 0)

N° 7)

- Pasa a ser número 10)

- Reemplazar la letra b), por la siguiente:

“b) Agrégase, a continuación de la letra a) del artículo 33, la siguiente letra a bis), nueva:

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

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

(Indicación N° 17, unanimidad 5 x 0)

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

(Indicación N° 17, mayoría 3 x 1)

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

(Indicación N° 17, unanimidad 5 x 0)

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

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

(Indicación N° 17, unanimidad 5 x 0)

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

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

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

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

(Indicación N° 17, mayoría 4 x 1 abstención)

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

(Indicación N° 17, unanimidad 5 x 0)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Al cumplirse dicha anualidad la Institución de Salud Previsional podrá adecuar el contrato, debiendo informar al cotizante, en la carta respectiva, la circunstancia de haberse puesto término o de haberse modificado el referido convenio. Además, la Institución pondrá en conocimiento del afiliado las adecuaciones propuestas al plan vigente y los planes de salud alternativos

de condiciones equivalentes a aquél. Tanto la adecuación del plan como los planes alternativos que la Institución ofrezca al cotizante podrán contemplar el otorgamiento de beneficios por un prestador distinto de aquel identificado en el plan vigente antes de la adecuación.”.”.

(Indicación N° 17, unanimidad 5 x 0)

- Intercalar la siguiente letra c), nueva:

“c) Agrégase, en la letra f) del inciso segundo, el siguiente párrafo, nuevo:

“No obstante lo anterior, en el caso de enfermedades preexistentes declaradas, el futuro afiliado podrá, en casos calificados, solicitar por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales en Salud, que la Institución le otorgue para dichas patologías, por dieciocho meses más, la cobertura que el Fondo Nacional de Salud ofrece en la Modalidad de Libre Elección de la ley N° 18.469. Lo anterior, con la finalidad de ser aceptado en la respectiva Institución de Salud Previsional. La Superintendencia regulará, mediante instrucciones de general aplicación, la operación de lo dispuesto en este párrafo.”.”.

(Indicación N° 27, mayoría 4 x 1)

- Sustituir la letra c), que pasa a ser letra d), por la siguiente:

“d) Agrégase en el inciso tercero, a continuación del punto aparte, que pasa a ser seguido, lo siguiente: “Los planes en que el precio sea un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud sólo procederán en el caso de los contratos a que se refiere el inciso final del artículo 39 de esta ley y de aquellos celebrados por dos o más trabajadores, en los que se hayan convenido beneficios distintos a los que se podrían obtener con la sola cotización individual. **(Indicación N° 20, mayoría 3 x 2 abstenciones)** Si el precio del plan está pactado en unidades de fomento o como porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, deberá expresarse, además, su equivalencia en moneda de curso legal a la fecha de suscripción del contrato.”.”.

(Indicación N° 22, unanimidad 5 x 0)

- Insertar luego la siguiente letra f), nueva:

“f) Agréganse, a continuación del inciso final, los siguientes incisos nuevos:

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

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

El o los prestadores de salud deberán dar cumplimiento al requerimiento señalado en el inciso anteprecedente, y deberán permitir la revisión de la ficha clínica, dentro del plazo de cinco días hábiles. La Institución de Salud Previsional deberá mantener la información recibida en reserva, de acuerdo a lo dispuesto en la ley N° 19.628.

Corresponderá a la Superintendencia vigilar el adecuado ejercicio de esta facultad y resolver los conflictos que puedan producirse entre los prestadores y las Isapres.”.

(Indicación N° 21, unanimidad 4 x 0)

N° 8)

- Pasa a ser número 11), reemplazado por el siguiente:

“11) Sustitúyense los incisos segundo a sexto del artículo 33 bis, por los dos siguientes:

“Asimismo, no podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo las siguientes:

1.- Cirugía plástica con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin.

(Indicación N° 23, unanimidad, 5 x 0)

Para los efectos de lo dispuesto en este numeral no se considerará que tienen fines de embellecimiento la cirugía plástica destinada a corregir

malformaciones o deformaciones sufridas por la criatura durante el embarazo o el nacimiento, ni la destinada a reparar deformaciones sufridas en un accidente, ni la que tenga una finalidad estrictamente curativa o reparadora;
(Indicación N° 23, unanimidad, 4 x 0)

2.- Atención particular de enfermería, salvo que se trate de prestaciones que se encuentren en el arancel de prestaciones de la Modalidad de Libre Elección a que se refiere la ley N° 18.469;
(Indicación N° 23, mayoría 3 x 1)

3.- Hospitalización con fines de reposo;
(Indicación N° 23, mayoría 2 x 1)

4.- Prestaciones cubiertas por otras leyes hasta el monto de lo cubierto. A solicitud del afiliado, la Institución de Salud Previsional deberá cobrar el seguro de accidentes del tránsito a que se refiere la ley N° 18.490 directamente en la Compañía de Seguros correspondiente;
(Indicación N° 23, unanimidad, 3 x 0)

5.- Las que requiera un beneficiario como consecuencia de su participación en actos de guerra;
(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 4 x 0)

6.- Enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, salvo que se acredite justa causa de error.

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

Sin perjuicio de lo anterior, la Institución de Salud Previsional estará obligada a concurrir al pago de prestaciones por enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, en los mismos términos estipulados en el contrato para prestaciones originadas por enfermedades o condiciones de salud no preexistentes cubiertas por el plan, si se acredita que la omisión se debió a justa causa de error o cuando haya transcurrido un plazo de cinco años, contado desde la suscripción del contrato o desde la incorporación del beneficiario, en su caso, sin que el beneficiario haya requerido atención

médica por la patología o condición de salud preexistente. En estos casos, tampoco procederá la terminación del contrato de salud.

Se presumirá la mala fe si la Institución probare que la patología o condición de salud preexistente requirió atención médica durante los antedichos cinco años y el afiliado a sabiendas la ocultó a fin de favorecerse de esta disposición legal. En estos casos, la Institución de Salud Previsional podrá poner término al contrato, en los términos señalados en el artículo 40;
(Indicación N° 23, mayoría 3 x 1)

7.- Prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional;
(Indicación N° 23, unanimidad, 4 x 0)

8.- Todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este último caso de carácter ambulatorio, no contemplados en el arancel a que se refiere la letra d) del artículo 33. **(Indicación N° 23, mayoría 3 x 1 x 1 abstención)** Sin consentimiento de la Institución de Salud Previsional no procederá la homologación de prestaciones, salvo que la Superintendencia lo ordene en casos excepcionales y siempre que se trate de prestaciones en que exista evidencia científica de su efectividad. En tales casos, el costo de la prestación para la Institución no podrá ser superior al que habría correspondido por la prestación a la cual se homologa.
(Indicación N° 23, unanimidad, 5 x 0)

No podrán existir períodos de espera durante los cuales no sean exigibles las prestaciones y beneficios pactados, excepto las correspondientes al embarazo y a enfermedades preexistentes, en los términos señalados en el artículo 33, letra f).".".
(Indicación N° 23, unanimidad, 4 x 0)

- - - - -

- Insertar a continuación el siguiente número 12),
nuevo:

"12) Incorpóranse los siguientes artículos 33 ter y
33 quáter, nuevos:

"Artículo 33 ter.- Por el pago u otorgamiento de un beneficio en virtud del contrato de salud, la Institución de Salud Previsional, por el solo ministerio de la ley y para todos los efectos, se subroga al afiliado o beneficiario en los derechos y acciones que éste tenga contra terceros, en razón de los hechos que hicieron necesaria la respectiva prestación, y hasta el monto que corresponda a lo que la ISAPRE haya pagado u otorgado.
(Indicación N° 28, unanimidad 3 x 0)

Artículo 33 quáter.- Todos los beneficios distintos a los contemplados en las Garantías Explícitas en Salud que otorgue la

Institución de Salud Previsional deberán estar incluidos en el Plan de Salud Complementario.”.”.

(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 4 x 0)

N° 10)

- Pasa a ser número 13).

- Suprimir la frase “que ha pasado a ser artículo 34 bis” y la coma (,) escrita a continuación.

- Sustituir la expresión “y 38 bis”, por “38 bis y 38 ter, precedida de una coma (,)”.

(Indicación N° 32, unanimidad 4 x 0)

N°s 11) y 12)

- Suprimirlos.

(Indicaciones N°s 33 y 34, unanimidad 5 x 0)

N° 13)

- Pasa a ser número 14), reemplazado por el que sigue:

“14) Modifícase el artículo 38 del siguiente modo:

a) Suprímese, la oración final del inciso segundo, cuyo texto es el siguiente: “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.”.

(Indicación N° 43, mayoría 4 x 1)

b) Sustitúyese el inciso tercero, por los siguientes incisos tercero y cuarto, nuevos:

“Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 38 bis, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan. Las revisiones no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y beneficiario. Estas condiciones generales deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes en el respectivo plan. La infracción a esta disposición dará lugar a que el contrato se entienda vigente en las mismas condiciones generales, sin perjuicio de las demás sanciones que se puedan aplicar. La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado mediante carta

certificada expedida con, a lo menos, tres meses de anticipación al vencimiento del período. En tales circunstancias, el afiliado podrá aceptar el contrato con la adecuación de precio propuesta por la Institución de Salud Previsional; en el evento de que nada diga, se entenderá que acepta la propuesta de la Institución. En la misma oportunidad y forma en que se comunique la adecuación, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio base sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; se deberán ofrecer idénticas alternativas a todos los afiliados del plan cuyo precio se adecua, los que, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se les ofrezcan o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional. Sólo podrán ofrecerse planes que estén disponibles para todos los afiliados y el precio deberá corresponder al precio base modificado por las tablas de riesgo según edad y sexo correspondientes.

Sin perjuicio de lo anterior, las modificaciones de los beneficios contractuales podrán efectuarse por mutuo acuerdo de las partes y darán origen a la suscripción de un nuevo plan de salud de entre los que se encuentre comercializando la Institución de Salud Previsional.”.

(Indicación N° 36, unanimidad 3 x 0)

c) Reemplázase en el actual inciso cuarto, que ha pasado a ser quinto, la palabra “anterior” por “tercero”.

(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 5 x 0)

d) Suprímese el inciso quinto.

(Indicación N° 36, unanimidad 5 x 0)

e) Agrégase, en el inciso final, antes del punto final (.), la siguiente frase: “dentro de los tres meses siguientes contados desde aquél en que no se haya pagado la cotización”.

(Indicación N° 36, unanimidad 4 x 0)

f) Agréganse al final los siguientes incisos nuevos:

“Igual plazo tendrá la Institución de Salud Previsional para informar del no pago de la cotización y de sus posibles consecuencias, respecto de sus afiliados trabajadores independientes y cotizantes voluntarios.

El incumplimiento de la obligación señalada en los dos incisos precedentes, será sancionado por la Superintendencia con multa, en los términos del artículo 45 de esta ley. En el caso de trabajadores independientes, cotizantes voluntarios o trabajadores que, habiendo sido dependientes, se encuentren en situación de cesantía, la falta de notificación oportuna, además, impedirá a la Institución de Salud Previsional poner término al contrato por no pago de la cotización ni cobrar intereses, reajustes y multas.”.

(Indicación N° 36, unanimidad 4 x 0)

N° 14)

- Suprimirlo.

(Indicación N° 42, unanimidad 3 x 0)

N° 15)

- Reemplazarlo por el siguiente:

“15) Agréganse, a continuación del artículo 38, los siguientes artículos 38 bis y 38 ter, nuevos:

“Artículo 38 bis.- La libertad de las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 38 de esta ley, se sujetará a las siguientes reglas:

1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las Isapres deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

Para expresar en unidades de fomento los precios base de los planes de salud que se encuentren establecidos en moneda de curso legal, las Instituciones de Salud Previsional utilizarán el valor que dicha unidad monetaria tenga al 31 de diciembre del año anterior.

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

3.- Asimismo, la variación anual de los precios base de los planes creados entre febrero y junio del año en curso, ambos meses inclusive, deberá ajustarse a la regla indicada en el párrafo primero del numeral 2 precedente, al cumplirse la anualidad respectiva.

4.- La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

5.- En ningún caso las Isapres podrán ofrecer rebajas o disminuciones respecto del precio base del plan de que se trate informado a la Superintendencia, a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese plan.

6.- Se prohíbe ofrecer o pactar planes alternativos con menos de un año de comercialización o que, cumpliendo con la vigencia indicada, no tengan personas adscritas, a los afiliados o beneficiarios cuya anualidad se cumpla en el período indicado en el numeral 2. La misma prohibición se aplicará cuando se ponga término al contrato y la persona se afilie nuevamente en la misma Institución de Salud Previsional.

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine.

Lo señalado en los incisos precedentes no será aplicable a los contratos de salud previsional cuyo precio se encuentre expresado en un porcentaje equivalente a la cotización legal.

(Indicación Nº 43, mayoría 4 x 1)

Artículo 38 ter.- Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan de salud, la Institución deberá aplicar a los precios base que resulten de lo dispuesto en el artículo precedente, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores.

La Superintendencia fijará, mediante instrucciones de general aplicación, la estructura de las tablas de factores, estableciendo los tipos de beneficiarios, según sexo y condición de cotizante o carga, y los rangos de edad que se deban utilizar.

Cada rango de edad que fije la Superintendencia en las instrucciones señaladas en el inciso precedente se sujetará a las siguientes reglas:

1.- El primer tramo comenzará desde el nacimiento y se extenderá hasta menos de dos años de edad;

- 2.- Los siguientes tramos, desde los dos años de edad y hasta menos de ochenta años de edad, comprenderán un mínimo de tres años y un máximo de cinco años;
- 3.- La Superintendencia fijará, desde los ochenta años de edad, el o los tramos que correspondan.
- 4.- La Superintendencia deberá fijar, cada diez años, la relación máxima entre el factor más bajo y el más alto de cada tabla, diferenciada por sexo.
- 5.- En cada tramo, el factor que corresponda a una carga no podrá ser superior al factor que corresponda a un cotizante del mismo sexo.

En el marco de lo señalado en el inciso precedente, las Instituciones de Salud Previsional serán libres para determinar los factores de cada tabla que empleen. En todo caso, la tabla de un determinado plan de salud no podrá variar para los beneficiarios mientras se encuentren adscritos al mismo, ni podrá alterarse para quienes se incorporen a él, a menos que la modificación consista en disminuir de forma permanente los factores, total o parcialmente, lo que requerirá autorización previa de la Superintendencia; dicha disminución se hará aplicable a todos los planes de salud que utilicen esa tabla.

Cada plan de salud sólo podrá tener incorporada una tabla de factores. Las Instituciones de Salud Previsional no podrán establecer más de dos tablas de factores para la totalidad de los planes de salud que se encuentren en comercialización.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, las Instituciones de Salud Previsional podrán establecer nuevas tablas cada cinco años, contados desde las últimas informadas a la Superintendencia, manteniéndose vigentes las anteriores en los planes de salud que las hayan incorporado.

Las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a aplicar, desde el mes en que se cumpla la anualidad y de conformidad con la respectiva tabla, el aumento o la reducción de factor que corresponda a un beneficiario en razón de su edad, y a informar al cotizante respectivo mediante carta certificada expedida en la misma oportunidad a que se refiere el inciso tercero del artículo 38."."

(Indicación N° 43, unanimidad 4 x 0)

N° 16)

- Sustituirlo por el siguiente:

"16) Sustitúyese el artículo 40, por el siguiente:

“Artículo 40.- La institución sólo podrá poner término al contrato de salud cuando el cotizante incurra en alguno de los siguientes incumplimientos contractuales:

1.- Falsear o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud, en los términos del artículo 33 bis, salvo que el afiliado o beneficiario demuestren justa causa de error.

La simple omisión de una enfermedad preexistente no dará derecho a terminar el contrato, salvo que la Institución de Salud Previsional demuestre que la omisión le causa perjuicios y que, de haber conocido dicha enfermedad, no habría contratado.

La facultad de la Institución de Salud Previsional de poner término al contrato de salud, se entiende sin perjuicio de su derecho a aplicar la exclusión de cobertura de las prestaciones originadas por las enfermedades preexistentes no declaradas.

2.- No pago de cotizaciones por parte de los cotizantes voluntarios e independientes, tanto aquéllos que revistan tal calidad al afiliarse como los que la adquieran posteriormente por un cambio en su situación laboral. Para ejercer esta facultad, será indispensable haber comunicado el no pago de la cotización en los términos del inciso final del artículo 38.

3.- Impetrar formalmente u obtener indebidamente, para él o para alguno de sus beneficiarios, beneficios que no les correspondan o que sean mayores a los que procedan. Igual sanción se aplicará cuando se beneficie a un tercero ajeno al contrato.

(Indicación N° 45, unanimidad 3 x 0)

4.- Omitir del contrato a algún familiar beneficiario de los indicados en las letras b) y c) del artículo 6° de la ley N° 18.469, con el fin de perjudicar a la Institución de Salud Previsional.

(Indicación N° 45, unanimidad 4 x 0)

Para ejercer la facultad establecida en el inciso precedente, la Institución de Salud Previsional deberá comunicar por escrito tal decisión al cotizante, caso en el cual los beneficios, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas, seguirán siendo de cargo de la Institución, hasta el término del mes siguiente a la fecha de su comunicación o hasta el término de la incapacidad laboral, en caso de que el cotizante se encuentre en dicha situación y siempre que este plazo sea superior al antes indicado **(Indicación N° 45, 3 x 1 abstención)**. Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra g) del artículo 33 de esta ley.

(Indicación N° 45, unanimidad 4 x 0)

El cotizante podrá reclamar a la Superintendencia de esta decisión, dentro del plazo de vigencia de los beneficios indicados en

el inciso anterior. Efectuado el reclamo, se mantendrá vigente el contrato hasta la resolución de éste, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas.

El derecho de la Institución de Salud Previsional a poner término al contrato caducará después de noventa días contados desde que tome conocimiento del hecho constitutivo de la causal de terminación. Para estos efectos, en el caso de las enfermedades preexistentes, el plazo se contará desde el momento que la Institución de Salud Previsional haya recibido los antecedentes clínicos que demuestren el carácter preexistente de la patología; en el caso del no pago de la cotización, desde los treinta días siguientes a la fecha en que comunicó la deuda en los términos del inciso final del artículo 38; en cuanto a la obtención indebida de beneficios, desde que a la Institución de Salud Previsional le conste dicho acto, y la omisión de un familiar beneficiario, desde que la Institución tome conocimiento de ella.”.”.

(Indicación Nº 45, unanimidad 4 x 0)

Nº 17)

- Reemplazarlo por el siguiente:

“17) Agrégase, en el artículo 41, el siguiente inciso final, nuevo:

“Con todo, en el evento de que un 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 los planes de salud en actual comercialización, en especial aquellos cuyo precio se ajuste al monto de su cotización legal, sin que puedan imponérsele otras restricciones que las que ya se encuentren vigentes ni exigírsele una nueva declaración de salud.”.”.

(Indicación Nº 46, unanimidad 4 x 0)

Nº 18)

- Reemplazarlo por el siguiente:

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

“Artículo 41 bis.- En el evento que el cotizante fallezca una vez transcurrido un año de vigencia ininterrumpida de los beneficios contractuales, la Institución de Salud Previsional estará obligada a mantener, por un período no inferior a un año contado desde el fallecimiento, todos los beneficios del contrato de salud vigente a la fecha en que se verificó tal circunstancia, a todos los beneficiarios declarados por aquél,

entendiéndose incorporados en éstos al hijo que está por nacer y que habría sido su beneficiario legal de vivir el causante a la época de su nacimiento.

El beneficio establecido en este artículo se sujetará a las siguientes reglas:

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

2.- Terminada la vigencia del beneficio, la Institución estará obligada a ofrecer al beneficiario el mismo plan de salud, debiendo éste pagar el valor que resulte de multiplicar el precio base del plan por el factor que corresponda a su sexo y edad.

Si el beneficiario no desea mantener el mismo plan, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecerle otro plan de salud en actual comercialización cuyo precio se ajuste al monto que por él se enteraba en la Institución, de acuerdo a la tabla de factores vigente en el plan de salud del cotizante fallecido, o uno menor, si así lo solicita expresamente el beneficiario.

3.- En los contratos de salud que se suscriban en virtud de esta disposición no podrán pactarse otras restricciones o exclusiones que las que se encontraban vigentes en el contrato que mantenía el cotizante fallecido con la Institución, ni exigirse una nueva declaración de salud.

Las personas indicadas en el inciso primero de este artículo podrán renunciar al beneficio allí establecido, sin perjuicio de ejercer, en tal evento, la facultad que otorga el segundo párrafo del numeral 2 del inciso precedente."."

(Indicación N° 47, unanimidad 4 x 0)

N° 19)

- Pasó a formar parte integrante del número 6), como artículo 24 ter, redactado en los términos allí consignados.

(Indicación N° 48, unanimidad 4 x 0)

- Insertar a continuación, como número 19), el siguiente, nuevo:

“19) Agrégase, a continuación del artículo 42 E, el siguiente Párrafo 6°, nuevo, modificándose la numeración correlativa de los Párrafos:

“Párrafo 6°

De la creación y administración del Fondo de Compensación Solidario

Artículo 42 F.- Créase un Fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional, cuya finalidad será solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de dichas instituciones, con relación a las prestaciones contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, en conformidad a lo establecido en este Párrafo.

El referido Fondo no será aplicable a las Instituciones a que se refiere el inciso final del artículo 39 o cuya cartera esté mayoritariamente conformada por trabajadores y ex trabajadores de la empresa o institución que constituyó la Institución de Salud Previsional, y será supervigilado y regulado por la Superintendencia.

Artículo 42 G.- El Fondo de Compensación Solidario compensará entre sí a las Instituciones de Salud Previsional, por la diferencia entre la prima comunitaria que se determine para las Garantías Explícitas en Salud y la prima ajustada por riesgos que corresponda, las que se determinarán conforme al Reglamento.

Para el cálculo de la prima ajustada por riesgos, sólo se considerarán las variables de sexo y edad.

Las primas a que se refiere este artículo, serán puestas en conocimiento de las Instituciones de Salud Previsional para que, dentro del quinto día siguiente, manifiesten sus observaciones. Si nada dicen, se entenderán aceptadas.

Si alguna de ellas formulare observaciones, la Superintendencia deberá evacuar su parecer. De mantenerse la discrepancia, una comisión de tres miembros resolverá la disputa, sin ulterior recurso. La comisión estará integrada por un representante de la Superintendencia de Salud, un representante de las Instituciones de Salud Previsional, designado en la forma que señale el Reglamento, y un perito designado por sorteo de una nómina de cuatro que se confeccionará con dos personas designadas por la referida Superintendencia y dos por las Instituciones de Salud Previsional. La comisión deberá resolver dentro de los quince días siguientes a su constitución.

Los honorarios del perito serán de cargo de las Instituciones de Salud Previsional, en partes iguales.

Artículo 42 H.- La Superintendencia determinará el o los montos efectivos de compensación para cada Institución de Salud Previsional.

Las Instituciones de Salud Previsional efectuarán entre sí los traspasos que correspondan a las compensaciones que

determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que ésta determine.

Artículo 42 I.- La Superintendencia fiscalizará el cumplimiento por parte de las Instituciones de Salud Previsional de las obligaciones que establece este Párrafo.

En caso que alguna Institución de Salud Previsional no efectúe la compensación de que trata este Título en la oportunidad que corresponda o ésta sea menor a la determinada por la Superintendencia, dicho organismo, sin perjuicio de las sanciones administrativas que procedan, la hará con cargo a la garantía de que trata el artículo 26 de esta ley. En este caso, la Institución de Salud Previsional estará obligada a reponer el monto de la garantía dentro del plazo de veinte días y si no lo hiciere, se aplicará el régimen de supervigilancia a que se refieren los artículos 45 bis y 45 ter de la mencionada ley.

Los recursos administrativos o judiciales que deduzcan las Instituciones de Salud Previsional respecto de la procedencia o del monto de la compensación, no suspenderán los efectos de lo ordenado.

Artículo 42 J.- Para los efectos de lo dispuesto en este Párrafo, las Instituciones de Salud Previsional deberán enviar a la Superintendencia la información necesaria para calcular los pagos y compensaciones indicados, conforme a las instrucciones de general aplicación que ésta emita.

Artículo 42 K.- El reglamento a que se refiere este Párrafo, será expedido a través del Ministerio de Salud y deberá llevar la firma, además, del Ministro de Hacienda.”.”.

(Indicación N° 49, unanimidad 5 x 0)

- - - - -

N° 20)

- Reemplazarlo por el que sigue:

“20) Sustitúyese el artículo 43 por el siguiente:

“Artículo 43.- Las Instituciones deberán mantener a disposición del público en general y de sus beneficiarios, los siguientes antecedentes:

- 1.- Nombre o razón social e individualización de sus representantes legales;
- 2.- Domicilio, agencias y sucursales;
- 3.- Fecha de su registro en la Superintendencia;

4.- Duración de la sociedad;

5.- Balance general del último ejercicio y los estados de situación que determine la Superintendencia;

6.- Estándar de patrimonio, índice de liquidez y monto de la garantía;

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

8.- Listado de planes de salud en actual comercialización, con indicación de sus precios base, tabla de factores, prestaciones y beneficios.

En el caso de los beneficiarios, las Instituciones siempre deberán estar en condiciones de entregar dicha información respecto de sus planes, y

9.- Nómina de los agentes de ventas de la Institución de Salud Previsional correspondiente, por ciudades.

La información referida podrá constar en medios electrónicos o impresos, o en ambos, total o parcialmente, y deberá actualizarse periódicamente de acuerdo a lo que señale la Superintendencia."."

(Indicación N° 50, unanimidad 4 x 0)

N° 21)

- Suprimirlo.

(Indicación N° 52, unanimidad 4 x 0)

N° 22)

- Pasa a ser número 21), sin otra enmienda.

N°s 23) y 24)

- Suprimirlos.

(Indicaciones N°s 53 y 54, unanimidad 4 x 0)

N° 25)

- Pasa a ser número 22), sustituido por el siguiente:

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

“Artículo 46 bis.- La Institución que solicite la cancelación de su registro deberá presentar a la Superintendencia una declaración jurada, reducida a escritura pública, en la que se detallarán las obligaciones actualmente exigibles con los cotizantes, sus cargas y beneficiarios, con prestadores de salud, con otras Instituciones de Salud Previsional por concepto de transferencias del Fondo de Compensación Solidario y con la Superintendencia. Conjuntamente con la presentación de la solicitud, la Institución deberá comunicar a sus cotizantes y beneficiarios, de acuerdo a los plazos y procedimientos que fije la Superintendencia, su intención de cerrar el registro. Para la aprobación de la solicitud, la Institución deberá acreditar que otra Institución ha aceptado la totalidad de sus contratos de salud, incluyendo a todos sus afiliados y beneficiarios, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 44 ter.

No será necesaria la presentación de una declaración jurada cuando la Institución acredite que la solicitud de cierre de registro se ha originado por una fusión de dos o más Instituciones de Salud Previsional, de acuerdo al artículo 99 de la ley N° 18.046. Una vez dictada la resolución que cancela el registro, las Instituciones fusionadas deberán notificar de este hecho a los afiliados, mediante carta certificada expedida dentro del plazo de diez días hábiles, contados desde la fecha de cancelación del registro. Los afiliados de las Instituciones fusionadas tendrán derecho a desahuciar sus contratos sin expresión de causa, dentro de los seis meses siguientes a la fusión y, si nada dicen dentro del plazo señalado, regirá a su respecto lo dispuesto en el artículo 38, inciso segundo, de esta ley. En el mismo plazo podrán desahuciar sus contratos los afiliados de Instituciones que se dividan o transformen o en que, tratándose de sociedades anónimas, cambie el accionista o grupo controlador. La Superintendencia determinará los mecanismos para informar a los afiliados de tales modificaciones.”.

(Indicación N° 55, unanimidad 4 x0)

N° 26)

- Pasa a ser número 23), reemplazado por el siguiente:

“23) Modifícase el artículo 48 del siguiente modo:

1.- En el inciso primero:

a) Sustitúyese su encabezado por el siguiente:

“Artículo 48.- Cancelada la inscripción de una Institución de Salud Previsional en el registro y una vez hecha efectiva la garantía del artículo 26, la Superintendencia deberá pagar las obligaciones que aquélla cauciona, dentro de un plazo no superior a noventa días. Dicha garantía se utilizará para solucionar:”.

b) Sustitúyese el número 2) por el siguiente:

“2) Una vez solucionados los créditos a que alude el número 1) de este inciso, y en el evento de existir un remanente, se procederá al pago de las bonificaciones y reembolsos adeudados a los cotizantes, cargas y terceros beneficiarios, los excedentes y excesos de cotizaciones, las cotizaciones pagadas en forma anticipada, las cotizaciones que correspondan a la Institución de Salud Previsional a que se hubieran afiliado los cotizantes de aquella cuyo registro se cancela, o al Fondo Nacional de Salud, según corresponda, todo lo anterior íntegramente o a prorrata, según sea el caso;”.

c) Suprímense los números 4) y 5), pasando los actuales 6) y 7) a ser número 4) y 5), respectivamente.

2.- Agréganse al final los siguientes incisos, nuevos:

“Las deudas mencionadas en el inciso primero se acreditarán del siguiente modo:

a) La Superintendencia comunicará, a través de medios electrónicos, los créditos que a la fecha de cancelación del registro adeude la Institución de Salud Previsional.

Para estos efectos, las Instituciones deberán remitir a la Superintendencia, con la periodicidad que ésta determine, la información actualizada y pormenorizada de las deudas cubiertas con la garantía.

b) Efectuada la comunicación a que se refiere el literal precedente, los interesados tendrán un plazo de sesenta días para hacer valer sus créditos no considerados en ella o para reclamar del monto informado.

c) Dentro de los quince días siguientes al vencimiento del plazo anterior, la Superintendencia calculará el pago que corresponda a cada uno de los créditos, de acuerdo a las reglas del inciso primero, y pondrá en conocimiento de los interesados el resultado de dicho cálculo, por carta certificada.

Los interesados podrán impugnar los cálculos dentro de los diez días siguientes a la notificación, la que se entenderá practicada el tercer día hábil siguiente a la recepción de la carta por la oficina de correos.

d) Agotado el plazo o resueltas las impugnaciones, la Superintendencia pagará las deudas, en un término no superior a noventa días.

Cuando la garantía resulte insuficiente para pagar las deudas a los afiliados de una Institución de Salud Previsional cuyo registro haya sido cancelado y se encuentre declarada en quiebra, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud deberá emitir una resolución que contenga la identificación del afiliado o el prestador y el monto

adeudado. Dicha resolución tendrá mérito ejecutivo y será remitida al síndico de la quiebra, para los efectos de ser considerada en el pago con cargo a la masa del fallido. Lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho de los afiliados y prestadores de hacer valer directamente sus acreencias en la quiebra.

En aquella parte que no haya podido ser solucionada con la garantía, los créditos contenidos en el numeral 2 del inciso primero de este artículo gozarán del privilegio concedido a los créditos del número 6 del artículo 2.472 del Código Civil, los que, en todo caso, se pagarán con preferencia a aquéllos, rigiendo en todo lo demás lo dispuesto en el artículo 2.473 del mismo Código.”.”.

(Indicación N° 56, unanimidad 4 x 0)

Artículo 2°

- Sustituirlo por el siguiente:

“Artículo 2°.- Esta ley entrará en vigencia en la misma fecha en que entre a regir el primer decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.

Los contratos de salud previsual 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.

Sin perjuicio de lo anterior, las siguientes materias se regirán por estas reglas:

1.- Los contratos de salud previsual cuyo precio, a la fecha de vigencia de la presente ley, se encuentren expresados en un porcentaje equivalente a la cotización legal y no sean de aquéllos a que se refiere el inciso final del artículo 39 de la ley N° 18.933, ni aquéllos celebrados por dos o más trabajadores en que se hayan convenido beneficios distintos a los que podrían obtener con su cotización individual, se mantendrán vigentes y sólo podrán ser convertidos a unidades de fomento o a la moneda de curso legal vigente en el país si las partes así lo acuerdan expresamente o cuando se produzca un cambio de plan de salud por cualquier causa.

2.- Dentro del plazo fijado en el inciso primero de este artículo, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud deberá establecer, mediante instrucciones de general aplicación, el diseño de la tabla de factores a que deberán sujetarse las Instituciones de Salud Previsual y las normas que sean necesarias para el debido cumplimiento de esta obligación.

A contar de la vigencia de esta ley, las Instituciones de Salud Previsual deberán utilizar las nuevas tablas de

factores en todos los contratos de salud que celebren y en las adecuaciones que propongan.

Tratándose de contratos en curso a la fecha de entrada en vigencia de esta ley, las tablas de factores que ellos contengan se mantendrán en vigor hasta que el afiliado opte por aceptar la adecuación propuesta o contrate un plan de salud distinto; pero la variación del precio base deberá sujetarse a las nuevas reglas.”.

(Indicación N° 57, unanimidad 4 x 0)

Artículo 3°

- Reemplazarlo por el que se indica a continuación:

“Artículo 3°.- Declárase, interpretando los artículos 26, 46 y 48 de la ley N° 18.933, que:

1.- En caso de cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, la garantía que deben mantener las Instituciones será liquidada y pagada exclusivamente por la Superintendencia, aún en caso de quiebra de la Institución, quedando, en consecuencia, dicha garantía fuera de la masa de la quiebra hasta que pierda su inembargabilidad.

2.- Las órdenes de atención, bonos de atención o similares que las Instituciones de Salud Previsional hayan emitido para el financiamiento de las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios y que posean los prestadores de salud, sólo pueden ser consideradas en el tercer orden de prelación para efectos del pago con cargo a la garantía.”.

(Indicación N° 58, unanimidad 3 x 0)

- - - - -

- Intercalar a continuación el siguiente epígrafe:

“ARTÍCULOS TRANSITORIOS”

(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 5 x 0)

- - - - -

Artículos 1°, 2° y 3° transitorios

- Sustituirlos por el que sigue:

“Artículo primero.- Aquellas Instituciones de Salud Previsional que, a la fecha de publicación de la presente ley, sean también prestadores de atenciones de salud, deberán constituir, dentro del plazo de un año contado desde dicha publicación, una nueva Institución de Salud Previsional, mediante la creación de una persona jurídica distinta, la que se

entenderá, para todos los efectos legales, como continuadora legal de aquella en lo que dice relación con el giro de financiar prestaciones y beneficios de salud regulados por la ley N° 18.933, especialmente para lo dispuesto en el artículo 2° de la ley N° 19.895.”.

(Indicación N° 61, unanimidad 4 x 0)

- - - - -

- Incorporar a continuación los siguientes artículos transitorios, nuevos:

“Artículo segundo.- La relación máxima a que alude el numeral 4 del inciso tercero del artículo 38 ter que se agrega a la ley N° 18.933 será, para el primer decenio contado desde la vigencia de la presente ley, de hasta 9 veces, en el caso de las mujeres, y de hasta 14 veces, en el caso de los hombres.

(Indicación N° 43, unanimidad 4 x 0)

Artículo tercero.- La renuncia a desahuciar los contratos de salud por un tiempo determinado que, a la fecha de vigencia de esta ley, hayan pactado los afiliados y las Instituciones de Salud Previsional, se mantendrá hasta el vencimiento del plazo respectivo.

En tales casos, las adecuaciones de los precios base que las Instituciones de Salud Previsional efectúen en los términos del artículo 38 bis de la ley N° 18.933, no considerarán los contratos de salud a que se refiere el inciso precedente, para los efectos de determinar el promedio ponderado de las variaciones hasta la anualidad en que cese la renuncia. Asimismo, una vez que haya transcurrido el plazo, el precio base que se utilice para la determinación del precio final del respectivo contrato será el vigente para el plan de que se trate en ese momento, sin que puedan existir, para un mismo plan, distintos precios base.

(Indicación N° 43, unanimidad 4 x 1)

Artículo cuarto.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de seis meses a contar de la fecha de publicación de esta ley, y mediante un decreto con fuerza de ley, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N°s 18.469 y 18.933.

Para tales efectos, el Presidente de la República podrá incorporar las modificaciones y derogaciones de que hayan sido objeto; incluir los preceptos legales que los hayan interpretado; reunir en un mismo texto disposiciones directa y sustancialmente relacionadas entre sí que se encuentren dispersas; introducir cambios formales, sea en cuanto a redacción, para mantener la correlación lógica y gramatical de las frases, a titulación, a ubicación de preceptos y otros de similar naturaleza, pero sólo en la medida que sean indispensables para su coordinación y sistematización, y deberá reemplazar, en todas las normas en que aparezca

y según corresponda, la frase “Régimen de Garantías en Salud” por la frase “Régimen General de Garantías en Salud” o “Garantías Explícitas en Salud”.

El ejercicio de estas facultades no podrá importar, en caso alguno, la alteración del verdadero sentido y alcance de las disposiciones legales aprobadas.”.

(Artículo 121 Reglamento del Senado, unanimidad 5 x 0)

- - - - -

Si las modificaciones que preceden son aprobadas, el proyecto de ley que queda como sigue:

PROYECTO DE LEY

“Artículo 1°.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 18.933:

1) En el artículo 2°:

a) Reemplázase, en la letra j), la conjunción “y” y la coma (,) que le antecede, por un punto y coma (;).

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

c) Agréganse, a continuación de la letra k), las siguientes letras l), m) y n):

“l) La expresión “agente de ventas”, por la persona natural habilitada por una Institución de Salud Previsional para intervenir en cualquiera de las etapas relacionadas con la negociación, suscripción, modificación o terminación de los contratos de salud previsional;

m) La expresión "precio base", por el precio asignado por la Institución a cada plan de salud. Se aplicará idéntico precio base a todas las personas que contraten el mismo plan. El precio final que se pague a la Institución de Salud Previsional por el plan contratado, excluidos los beneficios adicionales, se obtendrá multiplicando el respectivo precio base por el factor que corresponda al afiliado o beneficiario de conformidad a la respectiva tabla de factores, y

n) La expresión "tabla de factores" por aquella tabla elaborada por la Institución de Salud Previsional cuyos factores muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a un grupo de referencia definido por la Superintendencia, en instrucciones de general aplicación, el cual asumirá el valor unitario. Esta tabla representa un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida, el que es conocido y aceptado por el afiliado o beneficiario al

momento de suscribir el contrato o incorporarse a él, según corresponda, y que no podrá sufrir variaciones en tanto la persona permanezca adscrita a ese plan.”.

2) En el artículo 3°:

a) Intercálase, en el inciso primero, el siguiente numeral 9 bis, nuevo:

“9 bis.- Velar por que la aplicación práctica de los contratos celebrados entre los prestadores de salud y las Instituciones de Salud Previsional no afecte los beneficios a que tienen derecho el afiliado o sus beneficiarios.”.

b) Agréganse, en el mismo inciso primero, a continuación del número 15, los siguientes números 16 y 17, nuevos:

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

17.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de beneficios regulados por la presente ley. La Superintendencia deberá adoptar las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de la ficha clínica.

Las personas que incurran en falsedad en la certificación de enfermedades, lesiones, estados de salud, en las fechas de los diagnósticos o en prestaciones otorgadas serán sancionadas con las penas previstas en el artículo 202 del Código Penal.”.

3) Sustituir, en el inciso primero del artículo 21, la forma verbal “otorgarán”, por “financiarán”.

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

“Artículo 22.- Las Instituciones tendrán por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores.”.

5) Intercálase, en el artículo 24, el siguiente inciso segundo, nuevo, pasando los actuales segundo y tercero a ser incisos tercero y cuarto, respectivamente:

“La entidad deberá:

a) Informar a la Superintendencia la identidad de los socios, accionistas y sus controladores, siempre que posean una participación igual o superior al 10% del capital o tengan la capacidad de elegir a lo menos a un miembro del directorio, y

b) Acreditar que sus socios, accionistas y controladores no se encuentran en alguna de las situaciones previstas en el artículo 24 bis de esta ley.”.

6) Agréganse, a continuación del artículo 24, los siguientes artículos 24 bis y 24 ter, nuevos:

“Artículo 24 bis.- No podrán ser directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales de una Institución d Salud Previsional, las siguientes personas:

1.- Los que hayan sido condenados por algún delito que merezca pena aflictiva, hasta el cumplimiento de la condena;

2.- Los fallidos no rehabilitados o quienes tengan prohibición o incapacidad de comerciar, y

3.- Los que, dentro de los cinco años precedentes al nombramiento, hayan sido directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales de una persona jurídica sancionada por alguna Superintendencia con la revocación de su autorización de existencia, encontrándose dicha revocación a firme, a no ser que hayan salvado su responsabilidad en la forma que prescriba la ley.

Artículo 24 ter.- Las personas que deseen desarrollar la actividad de agente de ventas deberán inscribirse en el registro que lleve la Superintendencia. Los interesados deberán cumplir con los siguientes requisitos:

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

2.- Ser mayor de edad;

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

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

Para solicitar la inscripción de un agente de ventas en el registro indicado en el número 16 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, multa de hasta quince unidades tributarias mensuales o cancelación de su inscripción en el registro. El no pago de la multa habilitará a la Superintendencia para cancelar el registro.

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

7) Sustitúyese, en el numeral 1 del inciso primero del artículo 26, la expresión “cotizaciones por regularizar”, por “excesos de cotizaciones”.

8) Sustitúyese el artículo 28 por el siguiente:

“Artículo 28.- La Superintendencia, en caso de cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, deberá, mediante resolución fundada, hacer efectiva la garantía y destinarla al pago de las obligaciones que, conforme a la ley, deben ser solucionadas con la garantía.”.

9) Reemplázase el título del **Párrafo 3°** del Título II, por el siguiente: “De la afiliación y las cotizaciones”.

10) 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) Agrégase, a continuación de la letra a) del artículo 33, la siguiente letra a bis), nueva:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En todos estos casos, para resolver discrepancias, se aplicará el procedimiento previsto en el inciso final del artículo 9° de la ley N° 19.966.

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

Al cumplirse dicha anualidad la Institución de Salud Previsional podrá adecuar el contrato, debiendo informar al cotizante, en la carta respectiva, la circunstancia de haberse puesto término o de haberse modificado el referido convenio. Además, la Institución pondrá en conocimiento del afiliado las adecuaciones propuestas al plan vigente y los planes de salud alternativos de condiciones equivalentes a aquél. Tanto la adecuación del plan como los planes alternativos que la Institución ofrezca al cotizante podrán contemplar el otorgamiento de beneficios por un prestador distinto de aquel identificado en el plan vigente antes de la adecuación.”.

c) Agrégase, en la letra f) del inciso segundo, el siguiente párrafo, nuevo:

“No obstante lo anterior, en el caso de enfermedades preexistentes declaradas, el futuro afiliado podrá, en casos calificados, solicitar por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales en Salud, que la Institución le otorgue para dichas patologías, por dieciocho meses más, la cobertura que el Fondo Nacional de Salud ofrece en la Modalidad de Libre Elección de la ley N° 18.469. Lo anterior, con la finalidad de ser aceptado en la respectiva Institución de Salud Previsional. La Superintendencia regulará, mediante instrucciones de general aplicación, la operación de lo dispuesto en este párrafo.”.

d) Agrégase en el inciso tercero, a continuación del punto aparte, que pasa a ser seguido, lo siguiente: “Los planes en que el precio sea un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud sólo procederán en el caso de los contratos a que se refiere el inciso final del artículo 39 de esta ley y de aquellos celebrados por dos o más trabajadores, en los que se hayan convenido beneficios distintos a los que se podrían obtener con la sola cotización individual. Si el precio del plan está pactado en unidades de fomento o como porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, deberá expresarse, además, su equivalencia en moneda de curso legal a la fecha de suscripción del contrato.”.

f) Agréganse, a continuación del inciso final, los siguientes incisos nuevos:

“Cada vez que un afiliado o beneficiario solicite a una Institución de Salud Previsional un beneficio cualquiera en virtud de un contrato de salud, se entenderá que la faculta para requerir de los

prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de tal beneficio. La Institución de Salud Previsional deberá adoptar las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de estas certificaciones.

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

El o los prestadores de salud deberán dar cumplimiento al requerimiento señalado en el inciso anteprecedente, y deberán permitir la revisión de la ficha clínica, dentro del plazo de cinco días hábiles. La Institución de Salud Previsional deberá mantener la información recibida en reserva, de acuerdo a lo dispuesto en la ley N° 19.628.

Corresponderá a la Superintendencia vigilar el adecuado ejercicio de esta facultad y resolver los conflictos que puedan producirse entre los prestadores y las Isapres.”.

11) Sustitúyense los incisos segundo a sexto del artículo 33 bis, por los dos siguientes:

“Asimismo, no podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo las siguientes:

1.- Cirugía plástica con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin.

Para los efectos de lo dispuesto en este numeral no se considerará que tienen fines de embellecimiento la cirugía plástica destinada a corregir malformaciones o deformaciones sufridas por la criatura durante el embarazo o el nacimiento, ni la destinada a reparar deformaciones sufridas en un accidente, ni la que tenga una finalidad estrictamente curativa o reparadora;

2.- Atención particular de enfermería, salvo que se trate de prestaciones que se encuentren en el arancel de prestaciones de la Modalidad de Libre Elección a que se refiere la ley N° 18.469;

3.- Hospitalización con fines de reposo;

4.- Prestaciones cubiertas por otras leyes hasta el monto de lo cubierto. A solicitud del afiliado, la Institución de Salud Previsional deberá cobrar el seguro de accidentes del tránsito a que se refiere la ley N° 18.490 directamente en la Compañía de Seguros correspondiente;

5.- Las que requiera un beneficiario como consecuencia de su participación en actos de guerra;

6.- Enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, salvo que se acredite justa causa de error.

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

Sin perjuicio de lo anterior, la Institución de Salud Previsional estará obligada a concurrir al pago de prestaciones por enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, en los mismos términos estipulados en el contrato para prestaciones originadas por enfermedades o condiciones de salud no preexistentes cubiertas por el plan, si se acredita que la omisión se debió a justa causa de error o cuando haya transcurrido un plazo de cinco años, contado desde la suscripción del contrato o desde la incorporación del beneficiario, en su caso, sin que el beneficiario haya requerido atención médica por la patología o condición de salud preexistente. En estos casos, tampoco procederá la terminación del contrato de salud.

Se presumirá la mala fe si la Institución probare que la patología o condición de salud preexistente requirió atención médica durante los antedichos cinco años y el afiliado a sabiendas la ocultó a fin de favorecerse de esta disposición legal. En estos casos, la Institución de Salud Previsional podrá poner término al contrato, en los términos señalados en el artículo 40;

7.- Prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional;

8.- Todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este último caso de carácter ambulatorio, no contemplados en el arancel a que se refiere la letra d) del artículo 33. Sin consentimiento de la Institución de Salud Previsional no procederá la homologación de prestaciones, salvo que la Superintendencia lo ordene en casos excepcionales y siempre que se trate de prestaciones en que exista evidencia científica de su efectividad. En tales casos, el costo de la prestación para la Institución no podrá ser superior al que habría correspondido por la prestación a la cual se homologa.

No podrán existir períodos de espera durante los cuales no sean exigibles las prestaciones y beneficios pactados, excepto las correspondientes al embarazo y a enfermedades preexistentes, en los términos señalados en el artículo 33, letra f).”.

12) Incorpóranse los siguientes artículos 33 ter y 33 quáter, nuevos:

“Artículo 33 ter.- Por el pago u otorgamiento de un beneficio en virtud del contrato de salud, la Institución de Salud Previsional, por el solo ministerio de la ley y para todos los efectos, se subroga al afiliado o beneficiario en los derechos y acciones que éste tenga contra terceros, en razón de los hechos que hicieron necesaria la respectiva prestación, y hasta el monto que corresponda a lo que la ISAPRE haya pagado u otorgado.

Artículo 33 quáter.- Todos los beneficios distintos a los contemplados en las Garantías Explícitas en Salud que otorgue la Institución de Salud Previsional deberán estar incluidos en el Plan de Salud Complementario.”.

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

14) Modifícase el artículo 38 del siguiente modo:

a) Suprímese, la oración final del inciso segundo, cuyo texto es el siguiente: “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) Sustitúyese el inciso tercero, por los siguientes incisos tercero y cuarto, nuevos:

“Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 38 bis, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan. Las revisiones no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y beneficiario. Estas condiciones generales deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes en el respectivo plan. La infracción a esta disposición dará lugar a que el contrato se entienda vigente en las mismas condiciones generales, sin perjuicio de las demás sanciones que se puedan aplicar. La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado mediante carta certificada expedida con, a lo menos, tres meses de anticipación al vencimiento del período. En tales circunstancias, el afiliado podrá aceptar el contrato con la adecuación de precio propuesta por la Institución de Salud Previsional; en el evento de que nada diga, se entenderá que acepta la propuesta de la Institución. En la misma oportunidad y forma en que se comuniquen la adecuación, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio base sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; se deberán ofrecer idénticas alternativas a todos los afiliados del plan cuyo precio se adecua, los que, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se les ofrezcan o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional. Sólo podrán ofrecerse planes que estén disponibles para todos los afiliados y el precio deberá corresponder al precio base modificado por las tablas de riesgo según edad y sexo correspondientes.

Sin perjuicio de lo anterior, las modificaciones de los beneficios contractuales podrán efectuarse por mutuo acuerdo de las partes y darán origen a la suscripción de un nuevo plan de salud de entre los que se encuentre comercializando la Institución de Salud Previsional.”.

c) Reemplázase en el actual inciso cuarto, que ha pasado a ser quinto, la palabra “anterior” por “tercero”.

d) Suprímese el inciso quinto.

e) Agrégase, en el inciso final, antes del punto final (.), la siguiente frase: “dentro de los tres meses siguientes contados desde aquél en que no se haya pagado la cotización”.

f) Agréganse al final los siguientes incisos nuevos:

“Igual plazo tendrá la Institución de Salud Previsional para informar del no pago de la cotización y de sus posibles

consecuencias, respecto de sus afiliados trabajadores independientes y cotizantes voluntarios.

El incumplimiento de la obligación señalada en los dos incisos precedentes, será sancionado por la Superintendencia con multa, en los términos del artículo 45 de esta ley. En el caso de trabajadores independientes, cotizantes voluntarios o trabajadores que, habiendo sido dependientes, se encuentren en situación de cesantía, la falta de notificación oportuna, además, impedirá a la Institución de Salud Previsional poner término al contrato por no pago de la cotización ni cobrar intereses, reajustes y multas.”.

15) Agréganse, a continuación del artículo 38, los siguientes artículos 38 bis y 38 ter, nuevos:

“Artículo 38 bis.- La libertad de las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 38 de esta ley, se sujetará a las siguientes reglas:

1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las Isapres deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

Para expresar en unidades de fomento los precios base de los planes de salud que se encuentren establecidos en moneda de curso legal, las Instituciones de Salud Previsional utilizarán el valor que dicha unidad monetaria tenga al 31 de diciembre del año anterior.

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

3.- Asimismo, la variación anual de los precios base de los planes creados entre febrero y junio del año en curso, ambos meses inclusive,

deberá ajustarse a la regla indicada en el párrafo primero del numeral 2 precedente, al cumplirse la anualidad respectiva.

4.- La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

5.- En ningún caso las Isapres podrán ofrecer rebajas o disminuciones respecto del precio base del plan de que se trate informado a la Superintendencia, a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese plan.

6.- Se prohíbe ofrecer o pactar planes alternativos con menos de un año de comercialización o que, cumpliendo con la vigencia indicada, no tengan personas adscritas, a los afiliados o beneficiarios cuya anualidad se cumpla en el período indicado en el numeral 2. La misma prohibición se aplicará cuando se ponga término al contrato y la persona se afilie nuevamente en la misma Institución de Salud Previsional.

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine.

Lo señalado en los incisos precedentes no será aplicable a los contratos de salud previsional cuyo precio se encuentre expresado en un porcentaje equivalente a la cotización legal.

Artículo 38 ter.- Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan de salud, la Institución deberá aplicar a los precios base que resulten de lo dispuesto en el artículo precedente, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores.

La Superintendencia fijará, mediante instrucciones de general aplicación, la estructura de las tablas de factores, estableciendo los tipos de beneficiarios, según sexo y condición de cotizante o carga, y los rangos de edad que se deban utilizar.

Cada rango de edad que fije la Superintendencia en las instrucciones señaladas en el inciso precedente se sujetará a las siguientes reglas:

- 1.- El primer tramo comenzará desde el nacimiento y se extenderá hasta menos de dos años de edad;
- 2.- Los siguientes tramos, desde los dos años de edad y hasta menos de ochenta años de edad, comprenderán un mínimo de tres años y un máximo de cinco años;
- 3.- La Superintendencia fijará, desde los ochenta años de edad, el o los tramos que correspondan.
- 4.- La Superintendencia deberá fijar, cada diez años, la relación máxima entre el factor más bajo y el más alto de cada tabla, diferenciada por sexo.
- 5.- En cada tramo, el factor que corresponda a una carga no podrá ser superior al factor que corresponda a un cotizante del mismo sexo.

En el marco de lo señalado en el inciso precedente, las Instituciones de Salud Previsional serán libres para determinar los factores de cada tabla que empleen. En todo caso, la tabla de un determinado plan de salud no podrá variar para los beneficiarios mientras se encuentren adscritos al mismo, ni podrá alterarse para quienes se incorporen a él, a menos que la modificación consista en disminuir de forma permanente los factores, total o parcialmente, lo que requerirá autorización previa de la Superintendencia; dicha disminución se hará aplicable a todos los planes de salud que utilicen esa tabla.

Cada plan de salud sólo podrá tener incorporada una tabla de factores. Las Instituciones de Salud Previsional no podrán establecer más de dos tablas de factores para la totalidad de los planes de salud que se encuentren en comercialización.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, las Instituciones de Salud Previsional podrán establecer nuevas tablas cada cinco años, contados desde las últimas informadas a la Superintendencia, manteniéndose vigentes las anteriores en los planes de salud que las hayan incorporado.

Las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a aplicar, desde el mes en que se cumpla la anualidad y de conformidad con la respectiva tabla, el aumento o la reducción de factor que corresponda a un beneficiario en razón de su edad, y a informar al cotizante respectivo mediante carta certificada expedida en la misma oportunidad a que se refiere el inciso tercero del artículo 38.”.

16) Sustitúyese el artículo 40, por el siguiente:

“Artículo 40.- La institución sólo podrá poner término al contrato de salud cuando el cotizante incurra en alguno de los siguientes incumplimientos contractuales:

1.- Falsar o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud, en los términos del artículo 33 bis, salvo que el afiliado o beneficiario demuestren justa causa de error.

La simple omisión de una enfermedad preexistente no dará derecho a terminar el contrato, salvo que la Institución de Salud Previsional demuestre que la omisión le causa perjuicios y que, de haber conocido dicha enfermedad, no habría contratado.

La facultad de la Institución de Salud Previsional de poner término al contrato de salud, se entiende sin perjuicio de su derecho a aplicar la exclusión de cobertura de las prestaciones originadas por las enfermedades preexistentes no declaradas.

2.- No pago de cotizaciones por parte de los cotizantes voluntarios e independientes, tanto aquéllos que revistan tal calidad al afiliarse como los que la adquieran posteriormente por un cambio en su situación laboral. Para ejercer esta facultad, será indispensable haber comunicado el no pago de la cotización en los términos del inciso final del artículo 38.

3.- Impetrar formalmente u obtener indebidamente, para él o para alguno de sus beneficiarios, beneficios que no les correspondan o que sean mayores a los que procedan. Igual sanción se aplicará cuando se beneficie a un tercero ajeno al contrato.

4.- Omitir del contrato a algún familiar beneficiario de los indicados en las letras b) y c) del artículo 6° de la ley N° 18.469, con el fin de perjudicar a la Institución de Salud Previsional.

Para ejercer la facultad establecida en el inciso precedente, la Institución de Salud Previsional deberá comunicar por escrito tal decisión al cotizante, caso en el cual los beneficios, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas, seguirán siendo de cargo de la Institución, hasta el término del mes siguiente a la fecha de su comunicación o hasta el término de la incapacidad laboral, en caso de que el cotizante se encuentre en dicha situación y siempre que este plazo sea superior al antes indicado. Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra g) del artículo 33 de esta ley.

El cotizante podrá reclamar a la Superintendencia de esta decisión, dentro del plazo de vigencia de los

beneficios indicados en el inciso anterior. Efectuado el reclamo, se mantendrá vigente el contrato hasta la resolución de éste, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas.

El derecho de la Institución de Salud Previsional a poner término al contrato caducará después de noventa días contados desde que tome conocimiento del hecho constitutivo de la causal de terminación. Para estos efectos, en el caso de las enfermedades preexistentes, el plazo se contará desde el momento que la Institución de Salud Previsional haya recibido los antecedentes clínicos que demuestren el carácter preexistente de la patología; en el caso del no pago de la cotización, desde los treinta días siguientes a la fecha en que comunicó la deuda en los términos del inciso final del artículo 38; en cuanto a la obtención indebida de beneficios, desde que a la Institución de Salud Previsional le conste dicho acto, y la omisión de un familiar beneficiario, desde que la Institución tome conocimiento de ella.”.

17) Agrégase, en el artículo 41, el siguiente inciso final, nuevo:

"Con todo, en el evento de que un 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 los planes de salud en actual comercialización, en especial aquellos cuyo precio se ajuste al monto de su cotización legal, sin que puedan imponérsele otras restricciones que las que ya se encuentren vigentes ni exigírsele una nueva declaración de salud.”.

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

“Artículo 41 bis.- En el evento que el cotizante fallezca una vez transcurrido un año de vigencia ininterrumpida de los beneficios contractuales, la Institución de Salud Previsional estará obligada a mantener, por un período no inferior a un año contado desde el fallecimiento, todos los beneficios del contrato de salud vigente a la fecha en que se verificó tal circunstancia, a todos los beneficiarios declarados por aquél, entendiéndose incorporados en éstos al hijo que está por nacer y que habría sido su beneficiario legal de vivir el causante a la época de su nacimiento.

El beneficio establecido en este artículo se sujetará a las siguientes reglas:

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

2.- Terminada la vigencia del beneficio, la Institución estará obligada a ofrecer al beneficiario el mismo plan de salud, debiendo éste pagar el valor que resulte de multiplicar el precio base del plan por el factor que corresponda a su sexo y edad.

Si el beneficiario no desea mantener el mismo plan, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecerle otro plan de salud en actual comercialización cuyo precio se ajuste al monto que por él se enteraba en la Institución, de acuerdo a la tabla de factores vigente en el plan de salud del cotizante fallecido, o uno menor, si así lo solicita expresamente el beneficiario.

3.- En los contratos de salud que se suscriban en virtud de esta disposición no podrán pactarse otras restricciones o exclusiones que las que se encontraban vigentes en el contrato que mantenía el cotizante fallecido con la Institución, ni exigirse una nueva declaración de salud.

Las personas indicadas en el inciso primero de este artículo podrán renunciar al beneficio allí establecido, sin perjuicio de ejercer, en tal evento, la facultad que otorga el segundo párrafo del numeral 2 del inciso precedente."

19) Agrégase, a continuación del artículo 42 E, el siguiente Párrafo 6°, nuevo, modificándose la numeración correlativa de los Párrafos:

"Párrafo 6°

De la creación y administración del Fondo de Compensación Solidario

Artículo 42 F.- Créase un Fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional, cuya finalidad será solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de dichas instituciones, con relación a las prestaciones contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, en conformidad a lo establecido en este Párrafo.

El referido Fondo no será aplicable a las Instituciones a que se refiere el inciso final del artículo 39 o cuya cartera esté mayoritariamente conformada por trabajadores y ex trabajadores de la empresa o institución que constituyó la Institución de

Salud Previsional, y será supervigilado y regulado por la Superintendencia.

Artículo 42 G.- El Fondo de Compensación Solidario compensará entre sí a las Instituciones de Salud Previsional, por la diferencia entre la prima comunitaria que se determine para las Garantías Explícitas en Salud y la prima ajustada por riesgos que corresponda, las que se determinarán conforme al Reglamento.

Para el cálculo de la prima ajustada por riesgos, sólo se considerarán las variables de sexo y edad.

Las primas a que se refiere este artículo, serán puestas en conocimiento de las Instituciones de Salud Previsional para que, dentro del quinto día siguiente, manifiesten sus observaciones. Si nada dicen, se entenderán aceptadas.

Si alguna de ellas formulare observaciones, la Superintendencia deberá evacuar su parecer. De mantenerse la discrepancia, una comisión de tres miembros resolverá la disputa, sin ulterior recurso. La comisión estará integrada por un representante de la Superintendencia de Salud, un representante de las Instituciones de Salud Previsional, designado en la forma que señale el Reglamento, y un perito designado por sorteo de una nómina de cuatro que se confeccionará con dos personas designadas por la referida Superintendencia y dos por las Instituciones de Salud Previsional. La comisión deberá resolver dentro de los quince días siguientes a su constitución.

Los honorarios del perito serán de cargo de las Instituciones de Salud Previsional, en partes iguales.

Artículo 42 H.- La Superintendencia determinará el o los montos efectivos de compensación para cada Institución de Salud Previsional.

Las Instituciones de Salud Previsional efectuarán entre sí los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que ésta determine.

Artículo 42 I.- La Superintendencia fiscalizará el cumplimiento por parte de las Instituciones de Salud Previsional de las obligaciones que establece este Párrafo.

En caso que alguna Institución de Salud Previsional no efectúe la compensación de que trata este Título en la oportunidad que corresponda o ésta sea menor a la determinada por la Superintendencia, dicho organismo, sin perjuicio de las sanciones

administrativas que procedan, la hará con cargo a la garantía de que trata el artículo 26 de esta ley. En este caso, la Institución de Salud Previsional estará obligada a reponer el monto de la garantía dentro del plazo de veinte días y si no lo hiciere, se aplicará el régimen de supervigilancia a que se refieren los artículos 45 bis y 45 ter de la mencionada ley.

Los recursos administrativos o judiciales que deduzcan las Instituciones de Salud Previsional respecto de la procedencia o del monto de la compensación, no suspenderán los efectos de lo ordenado.

Artículo 42 J.- Para los efectos de lo dispuesto en este Párrafo, las Instituciones de Salud Previsional deberán enviar a la Superintendencia la información necesaria para calcular los pagos y compensaciones indicados, conforme a las instrucciones de general aplicación que ésta emita.

Artículo 42 K.- El reglamento a que se refiere este Párrafo, será expedido a través del Ministerio de Salud y deberá llevar la firma, además, del Ministro de Hacienda.”.

20) Sustitúyese el artículo 43 por el siguiente:

“Artículo 43.- Las Instituciones deberán mantener a disposición del público en general y de sus beneficiarios, los siguientes antecedentes:

- 1.- Nombre o razón social e individualización de sus representantes legales;
- 2.- Domicilio, agencias y sucursales;
- 3.- Fecha de su registro en la Superintendencia;
- 4.- Duración de la sociedad;
- 5.- Balance general del último ejercicio y los estados de situación que determine la Superintendencia;
- 6.- Estándar de patrimonio, índice de liquidez y monto de la garantía;
- 7.- Relación de las multas aplicadas por la Superintendencia en el último período trienal, con indicación del monto y el motivo;
- 8.- Listado de planes de salud en actual comercialización, con indicación de sus precios base, tabla de factores, prestaciones y beneficios.

En el caso de los beneficiarios, las Instituciones siempre deberán estar en condiciones de entregar dicha información respecto de sus planes, y

9.- Nómina de los agentes de ventas de la Institución de Salud Previsional correspondiente, por ciudades.

La información referida podrá constar en medios electrónicos o impresos, o en ambos, total o parcialmente, y deberá actualizarse periódicamente de acuerdo a lo que señale la Superintendencia."

21) 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."

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

"Artículo 46 bis.- La Institución que solicite la cancelación de su registro deberá presentar a la Superintendencia una declaración jurada, reducida a escritura pública, en la que se detallarán las obligaciones actualmente exigibles con los cotizantes, sus cargas y beneficiarios, con prestadores de salud, con otras Instituciones de Salud Previsional por concepto de transferencias del Fondo de Compensación Solidario y con la Superintendencia. Conjuntamente con la presentación de la solicitud, la Institución deberá comunicar a sus cotizantes y beneficiarios, de acuerdo a los plazos y procedimientos que fije la Superintendencia, su intención de cerrar el registro. Para la aprobación de la solicitud, la Institución deberá acreditar que otra Institución ha aceptado la totalidad de sus contratos de salud, incluyendo a todos sus afiliados y beneficiarios, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 44 ter.

No será necesaria la presentación de una declaración jurada cuando la Institución acredite que la solicitud de cierre de registro se ha originado por una fusión de dos o más Instituciones de Salud Previsional, de acuerdo al artículo 99 de la ley N° 18.046. Una vez dictada la resolución que cancela el registro, las Instituciones fusionadas deberán notificar de este hecho a los afiliados, mediante carta certificada expedida dentro del plazo de diez días hábiles, contados desde la fecha de cancelación del registro. Los afiliados de las Instituciones fusionadas tendrán derecho a desahuciar sus contratos sin expresión de causa, dentro de los seis meses siguientes a la fusión y, si nada dicen dentro del plazo señalado, regirá

a su respecto lo dispuesto en el artículo 38, inciso segundo, de esta ley. En el mismo plazo podrán desahuciar sus contratos los afiliados de Instituciones que se dividan o transformen o en que, tratándose de sociedades anónimas, cambie el accionista o grupo controlador. La Superintendencia determinará los mecanismos para informar a los afiliados de tales modificaciones.”.

23) Modifícase el artículo 48 del siguiente modo:

1.- En el inciso primero:

a) Sustitúyese su encabezado por el siguiente:

“Artículo 48.- Cancelada la inscripción de una Institución de Salud Previsional en el registro y una vez hecha efectiva la garantía del artículo 26, la Superintendencia deberá pagar las obligaciones que aquella cauciona, dentro de un plazo no superior a noventa días. Dicha garantía se utilizará para solucionar:”.

b) Sustitúyese el número 2) por el siguiente:

“2) Una vez solucionados los créditos a que alude el número 1) de este inciso, y en el evento de existir un remanente, se procederá al pago de las bonificaciones y reembolsos adeudados a los cotizantes, cargas y terceros beneficiarios, los excedentes y excesos de cotizaciones, las cotizaciones pagadas en forma anticipada, las cotizaciones que correspondan a la Institución de Salud Previsional a que se hubieran afiliado los cotizantes de aquella cuyo registro se cancela, o al Fondo Nacional de Salud, según corresponda, todo lo anterior íntegramente o a prorrata, según sea el caso;”.

c) Suprímense los números 4) y 5), pasando los actuales 6) y 7) a ser número 4) y 5), respectivamente.

2.- Agréganse al final los siguientes incisos, nuevos:

“Las deudas mencionadas en el inciso primero se acreditarán del siguiente modo:

a) La Superintendencia comunicará, a través de medios electrónicos, los créditos que a la fecha de cancelación del registro adeude la Institución de Salud Previsional.

Para estos efectos, las Instituciones deberán remitir a la Superintendencia, con la periodicidad que ésta determine, la información actualizada y pormenorizada de las deudas cubiertas con la garantía.

b) Efectuada la comunicación a que se refiere el literal precedente, los interesados tendrán un plazo de sesenta días para hacer valer sus créditos no considerados en ella o para reclamar del monto informado.

c) Dentro de los quince días siguientes al vencimiento del plazo anterior, la Superintendencia calculará el pago que corresponda a cada uno de los créditos, de acuerdo a las reglas del inciso primero, y pondrá en conocimiento de los interesados el resultado de dicho cálculo, por carta certificada.

Los interesados podrán impugnar los cálculos dentro de los diez días siguientes a la notificación, la que se entenderá practicada el tercer día hábil siguiente a la recepción de la carta por la oficina de correos.

d) Agotado el plazo o resueltas las impugnaciones, la Superintendencia pagará las deudas, en un término no superior a noventa días.

Quando la garantía resulte insuficiente para pagar las deudas a los afiliados de una Institución de Salud Previsional cuyo registro haya sido cancelado y se encuentre declarada en quiebra, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud deberá emitir una resolución que contenga la identificación del afiliado o el prestador y el monto adeudado. Dicha resolución tendrá mérito ejecutivo y será remitida al síndico de la quiebra, para los efectos de ser considerada en el pago con cargo a la masa del fallido. Lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho de los afiliados y prestadores de hacer valer directamente sus acreencias en la quiebra.

En aquella parte que no haya podido ser solucionada con la garantía, los créditos contenidos en el numeral 2 del inciso primero de este artículo gozarán del privilegio concedido a los créditos del número 6 del artículo 2.472 del Código Civil, los que, en todo caso, se pagarán con preferencia a aquéllos, rigiendo en todo lo demás lo dispuesto en el artículo 2.473 del mismo Código.”.

Artículo 2º.- Esta ley entrará en vigencia en la misma fecha en que entre a regir el primer decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.

Los contratos de salud previsional 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.

Sin perjuicio de lo anterior, las siguientes materias se regirán por estas reglas:

1.- Los contratos de salud previsional cuyo precio, a la fecha de vigencia de la presente ley, se encuentren expresados en un porcentaje equivalente a la cotización legal y no sean de aquéllos a que se refiere el inciso final del artículo 39 de la ley N° 18.933, ni aquéllos celebrados por dos o más trabajadores en que se hayan convenido beneficios distintos a los que podrían obtener con su cotización individual, se mantendrán vigentes y sólo podrán ser convertidos a unidades de fomento o a la moneda de curso legal vigente en el país si las partes así lo acuerdan expresamente o cuando se produzca un cambio de plan de salud por cualquier causa.

2.- Dentro del plazo fijado en el inciso primero de este artículo, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud deberá establecer, mediante instrucciones de general aplicación, el diseño de la tabla de factores a que deberán sujetarse las Instituciones de Salud Previsional y las normas que sean necesarias para el debido cumplimiento de esta obligación.

A contar de la vigencia de esta ley, las Instituciones de Salud Previsional deberán utilizar las nuevas tablas de factores en todos los contratos de salud que celebren y en las adecuaciones que propongan.

Tratándose de contratos en curso a la fecha de entrada en vigencia de esta ley, las tablas de factores que ellos contengan se mantendrán en vigor hasta que el afiliado opte por aceptar la adecuación propuesta o contrate un plan de salud distinto; pero la variación del precio base deberá sujetarse a las nuevas reglas.

Artículo 3°.- Declárase, interpretando los artículos 26, 46 y 48 de la ley N° 18.933, que:

1.- En caso de cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, la garantía que deben mantener las Instituciones será liquidada y pagada exclusivamente por la Superintendencia, aún en caso de quiebra de la Institución, quedando, en consecuencia, dicha garantía fuera de la masa de la quiebra hasta que pierda su inembargabilidad.

2.- Las órdenes de atención, bonos de atención o similares que las Instituciones de Salud Previsional hayan emitido para el financiamiento de las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios y que posean los prestadores de salud, sólo pueden ser consideradas en el tercer orden de prelación para efectos del pago con cargo a la garantía.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo primero.- Aquellas Instituciones de Salud Previsional que, a la fecha de publicación de la presente ley, sean también prestadores de atenciones de salud, deberán constituir, dentro del plazo de un año contado desde dicha publicación, una nueva Institución de Salud Previsional, mediante la creación de una persona jurídica distinta, la que se entenderá, para todos los efectos legales, como continuadora legal de aquella en lo que dice relación con el giro de financiar prestaciones y beneficios de salud regulados por la ley N° 18.933, especialmente para lo dispuesto en el artículo 2° de la ley N° 19.895.

Artículo segundo.- La relación máxima a que alude el numeral 4 del inciso tercero del artículo 38 ter que se agrega a la ley N° 18.933 será, para el primer decenio contado desde la vigencia de la presente ley, de hasta 9 veces, en el caso de las mujeres, y de hasta 14 veces, en el caso de los hombres.

Artículo tercero.- La renuncia a desahuciar los contratos de salud por un tiempo determinado que, a la fecha de vigencia de esta ley, hayan pactado los afiliados y las Instituciones de Salud Previsional, se mantendrá hasta el vencimiento del plazo respectivo.

En tales casos, las adecuaciones de los precios base que las Instituciones de Salud Previsional efectúen en los términos del artículo 38 bis de la ley N° 18.933, no considerarán los contratos de salud a que se refiere el inciso precedente, para los efectos de determinar el promedio ponderado de las variaciones hasta la anualidad en que cese la renuncia. Asimismo, una vez que haya transcurrido el plazo, el precio base que se utilice para la determinación del precio final del respectivo contrato será el vigente para el plan de que se trate en ese momento, sin que puedan existir, para un mismo plan, distintos precios base.

Artículo cuarto.- Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de seis meses a contar de la fecha de publicación de esta ley, y mediante un decreto con fuerza de ley, fije el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N°s 18.469 y 18.933.

Para tales efectos, el Presidente de la República podrá incorporar las modificaciones y derogaciones de que hayan sido objeto; incluir los preceptos legales que los hayan interpretado; reunir en un mismo texto disposiciones directa y sustancialmente relacionadas entre sí que se encuentren dispersas; introducir cambios formales, sea en cuanto a redacción, para mantener la correlación lógica y gramatical de las frases, a titulación, a ubicación de preceptos y otros de similar naturaleza, pero sólo en la medida que sean

indispensables para su coordinación y sistematización, y deberá reemplazar, en todas las normas en que aparezca y según corresponda, la frase “Régimen de Garantías en Salud” por la frase “Régimen General de Garantías en Salud” o “Garantías Explícitas en Salud”.

El ejercicio de estas facultades no podrá importar, en caso alguno, la alteración del verdadero sentido y alcance de las disposiciones legales aprobadas.”.

Acordado en sesiones de fechas 31 de agosto, 7 y 14 de septiembre, 5 de octubre, 2, 9, 15, 29 y 30 de noviembre, 14 y 27 de diciembre de 2004, 4, 11, 13, 18 y 19 de enero de 2005, con asistencia de los Honorables Senadores señores Mariano Ruiz-Esquide Jara (Presidente), señora Evelyn Matthei Fonet, y señores Edgardo Boeninger Kausel, Alberto Espina Otero (Mario Ríos Santander, José García Ruminot) y José Antonio Viera-Gallo Quesney (Enrique Silva Cimma, Augusto Parra Muñoz).

Sala de la Comisión, a 25 de enero de 2005.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario

RESUMEN EJECUTIVO

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

- I. **PRINCIPALES OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN:** de acuerdo al tenor del Mensaje que le da origen y a las modificaciones aprobadas, la presente iniciativa legal tiene las siguientes finalidades:
- Ordenar la estructura, contenido y terminación de los contratos de salud, los que deberán contemplar las Garantías Explícitas en Salud y un Plan Complementario, con todos los otros beneficios que se acuerden.
 - Regular las tres modalidades permitidas de Planes de Salud, para evitar la proliferación de miles de planes diferentes, lo que dificulta la comprensión por parte de los usuarios y el control de la Superintendencia;
 - Precisar y acotar las exclusiones y las preexistencias.
 - Acotar las alzas de precios de los planes de salud, dentro de una banda estructurada en torno a las variables precios base y tabla de factores por sexo y edad, que aseguren la no discriminación, y que se calculará sobre la base de la variación de los precios de determinados planes de la respectiva Institución de Salud Previsional.
 - Mantener el contrato de salud para los beneficiarios, cuando el cotizante fallece.
 - Mantener la protección de salud para beneficiarios que pasan a ser cotizantes porque comienzan a percibir ingresos.
 - Crear el fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional, para compensar las diferencias de riesgos por sexo y edad.
 - Dotar a la Superintendencia de nuevas y más flexibles herramientas para precaver riesgos que afectan los derechos de los cotizantes y sus beneficiarios, permitiéndole recabar información oportuna y confiable sobre hechos relevantes relativos a la situación financiera de las Instituciones, disponer auditorías externas, conforme a las modalidades establecidas para de las sociedades anónimas abiertas y controlar los traspasos de cartera.
 - Reformular los procedimientos a seguir cuando se cancela la inscripción de una Institución de Salud Previsional en el registro.
 - Regular y transparentar la actividad de los agentes de ventas de planes de salud.
 - Impedir la integración vertical entre aseguradores y prestadores de salud.
 - Reafirmar el rol y atribuciones de la Superintendencia de Salud en la liquidación y aplicación de la garantía que deben mantener las Instituciones de Salud Previsional.

II. ACUERDOS:

- Indicación N° 1, aprobada con modificaciones (4 x 0)
- Indicación N° 2, rechazada (4 x 0)
- Indicación N° 3, aprobada con modificaciones (4 x 0)
- Indicación N° 4, aprobada con modificaciones (4 x 0)
- Indicación N° 5, rechazada (3 x 0)
- Indicación N° 6, aprobada con modificaciones, el N° 16 (4 x 0) y el N° 17 (5 x 0)
- Indicación N° 7, inadmisibles
- Indicación N° 8, rechazada (4 x 0)
- Indicación N° 9, aprobada (4 x 0)
- Indicación N° 10, aprobada con modificaciones (5 x 0)
- Indicación N° 11, inadmisibles
- Indicación N° 12, rechazada (4 x 1) y retirada en parte
- Indicación N° 13, aprobada con modificaciones (5 x 0)
- Indicación N° 14, aprobada (5 x 0)
- Indicación N° 15, aprobada (5 x 0)
- Indicación N° 16, retirada
- Indicación N° 17, aprobada con modificaciones (5 x 0), salvo párrafo segundo de la letra a) (3 x 1) y regla 1 del párrafo segundo (4 x 1 abstención)
- Indicación N° 18, retirada
- Indicación N° 19, rechazada (3 x 1 x 1 abstención)
- Indicación N° 20, aprobada (3 x 2 abstenciones)
- Indicación N° 21, aprobada con modificaciones (4 x 0)
- Indicación N° 22, aprobada con modificaciones (5 x 0)
- Indicación N° 23, aprobada con modificaciones; por unanimidad (distintos quórum) los N°s 1, 4, 5, 7, segunda parte del 8 e inciso segundo; el resto, por mayoría
- Indicación N° 24, rechazada (3 x 1 abstención)
- Indicación N° 25, rechazada (3 x 1 abstención)
- Indicación N° 26, rechazada (4 x 0)
- Indicación N° 27, aprobada con modificaciones (4 x 1)
- Indicación N° 28, aprobada (3 x 0)
- Indicación N° 29, aprobada con modificaciones (5 x 0)
- Indicación N° 30, rechazada (4 x 0)
- Indicación N° 31, rechazada (4 x 0)
- Indicación N° 32, aprobada (4 x 0)
- Indicación N° 33, aprobada (5 x 0)
- Indicación N° 34, aprobada (5 x 0)
- Indicación N° 35, retirada
- Indicación N° 36, a), aprobada con modificaciones (3 x 0); b) aprobada (5 x 0); c) y d), aprobadas (4 x 0)
- Indicación N° 37, retirada
- Indicación N° 38, rechazada (5 x 0)
- Indicación N° 39, retirada
- Indicación N° 40, retirada
- Indicación N° 41, retirada

Indicación N° 42, aprobada (3 x 0)
 Indicación N° 43, aprobada con modificaciones (4 x 1)
 Indicación N° 44, rechazada (4 x 0)
 Indicación N° 45, aprobada con modificaciones; encabezado y N° s 1, 2 y 3 (3 x 0), salvo frase inciso segundo, aprobada (3 x 1 abstención) y frase inciso cuarto, aprobada (4 x 0); N° 4 del inciso primero y demás incisos (4 x 0)
 Indicación N° 46, aprobada con modificaciones (4 x 0)
 Indicación N° 47, aprobada con modificaciones (4 x 0);
 Indicación N° 48, aprobada con modificaciones (4 x 0)
 Indicación N° 49, aprobada con modificaciones (5 x 0)
 Indicación N° 50, aprobada con modificaciones (4 x 0)
 Indicación N° 51, retirada
 Indicación N° 52, aprobada (4 x 0)
 Indicación N° 53, aprobada (4 x 0)
 Indicación N° 54, aprobada (4 x 0)
 Indicación N° 55, aprobada con modificaciones (4 x 0)
 Indicación N° 56, aprobada con modificaciones (4 x 0)
 Indicación N° 57, aprobada con modificaciones (4 x 0)
 Indicación N° 58, aprobada con modificaciones (4 x 0)
 Indicación N° 59, inadmisibles
 Indicación N° 60, inadmisibles
 Indicación N° 61, aprobada con modificaciones (4 x 0).

- III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN:** tres artículos permanentes, el primero de los cuales se compone de 23 numerales, y 4 artículos transitorios.
- IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL:** no hay.
- V. URGENCIA:** no tiene.
- VI. ORIGEN INICIATIVA:** mensaje del Presidente de la República, iniciado en la Cámara de Diputados.
- VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL:** segundo.
- VIII. APROBACIÓN POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS:** aprobado en general, por 82 votos a favor, en sesión del 7 de enero de 2003.
- IX. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO:** 3 de mayo de 2003. Aprobado en general el 20 de mayo de 2003.
- X. TRÁMITE REGLAMENTARIO:** segundo informe, discusión en particular.
- XI. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:**

- 1.- Artículo 19, N° 9°, de la Constitución Política de la República, que garantiza el derecho a la protección de la salud.
- 2.- Decreto con fuerza de ley N° 3, del Ministerio de Salud, de 1981, que crea el Sistema de Instituciones de Salud Previsional.
- 3.- Ley N° 18.933, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Institución de Salud Previsional.
- 4.- Ley N° 19.381, de 1995, que modifica la ley N° 18.933 y perfecciona el sistema y los contratos de salud.
- 5.- Ley N° 19.650, de 1999, que elimina el cheque en garantía para las urgencias o emergencias vitales y elimina en forma gradual el subsidio del 2% de la Ley N° 18.566.
- 6.- [Ley N° 19.895, de 2003](#), que establece diversas normas sobre solvencia financiera de las Instituciones de Salud Previsional, conocida como Ley Corta de Instituciones de Salud Previsional.
- 7.- Ley N° 19.937, que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.
- 8.- Ley N° 19.966, que establece un Régimen General de Garantías en la Salud (Plan AUGE).

Valparaíso, 25 de enero de 2005.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario de la Comisión

INDICE

	Página
Constancias reglamentarias	2
Antecedentes de derecho	3
Discusión y aprobación en particular	3
Modificaciones	97
Texto del proyecto	124
Firmas	148
Resumen Ejecutivo	149
Indice	153