

ARCHIVO

REPUBLICA DE CHILE					
PRESIDENCIA					
REGISTRO Y ARCHIVO					
NR.	91-23024				
A:	05 NOV 91				
P.A.A.	<input checked="" type="checkbox"/>	R.C.A.	<input type="checkbox"/>	F.W.M.	<input type="checkbox"/>
C.B.E.	<input type="checkbox"/>	M.L.P.	<input type="checkbox"/>	P.V.S.	<input type="checkbox"/>
M.T.O.	<input type="checkbox"/>	EDEC	<input type="checkbox"/>	J.R.A.	<input type="checkbox"/>
M.Z.C.	<input type="checkbox"/>				

PROPOSIC

PARA MODIFICAR

LA

LEY N° 18.933

SOBRE

INSTITUCIONES

DE

SALUD PREVISIONAL

LEY N°

ARTICULO 1°.- Sustitúyese la ley N° 18.933, por la siguiente:

TITULO I.

DE LA SUPERINTENDENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL.

ARTICULO 1°.- La Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, dotada de personalidad jurídica y patrimonio propio, se regirá por esta ley y su reglamento y se relaciona con el Presidente de la República por intermedio del Ministerio de Salud.

Su domicilio será la ciudad de Santiago, sin perjuicio de las oficinas regionales que establezca el Superintendente en otras ciudades del país.

Su patrimonio estará integrado por los bienes que se le transfieran por ley, los fondos que anualmente destine al efecto la Ley de Presupuestos, y los demás bienes o recursos que adquiriera a cualquier título.

Corresponderá a la Superintendencia la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere el Título II de esta ley.

ARTICULO 2º.- Para los fines de esta ley se entenderá:

- a) La expresión "Superintendencia" por Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional;
- b) La expresión "Institución", por Institución de Salud Previsional;
- c) La expresión "Patrimonio", por el patrimonio mínimo establecido en el artículo 22 de esta ley.
- d) La expresión "Garantía" por la garantía establecida en el artículo 23 de esta ley;
- e) La expresión "Administradora", por Administradora de Fondos de Pensiones;
- f) Las expresiones "cargas", "grupo familiar" o "familiares beneficiarios", indistintamente, por las personas a que hacen referencia las letras b) y c) del artículo 6º de la ley N° 18.469;
- g) La expresión "Registro", corresponde a la inscripción de una persona jurídica en la Superintendencia para poder operar como Institución de Salud Previsional.
- h) La expresión "cotización para salud", corresponde a las cotizaciones a que hace referencia el artículo 7º de la ley N° 18.469, o a la superior que se pacte entre el cotizante y la Institución.

ARTICULO 3º.- Corresponderá a la Superintendencia, en general, las siguientes funciones y atribuciones:

*Superintendencia
de Instituciones
de Salud Previsional*

- 3 -

- 1.- Registrar a las Instituciones de Salud Previsional, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos que señale la ley.
- 2.- Interpretar administrativamente en materias de su competencia, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen a las personas o entidades fiscalizadas; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento.
- 3.- Fiscalizar a las Instituciones de Salud Previsional, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece la ley y aquéllas que emanen de los contratos de salud.

La Superintendencia impartirá instrucciones que regulen la oportunidad y forma en que deberán presentarse los balances y demás estados financieros.

- 4.- Velar porque las Instituciones fiscalizadas cumplan con las leyes y reglamentos que las rigen y con las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.
- 5.- Resolver, a través del Superintendente, quien actuará en calidad de árbitro arbitrador, sin ulterior recurso, las controversias que surjan entre las Instituciones de Salud Previsional y sus cotizantes o beneficiarios, sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la justicia ordinaria. El Superintendente establecerá el procedimiento de general aplicación para efectos del arbitraje y no tendrá derecho a remuneración por el desempeño de la función de árbitro.
- 6.- Exigir que las Instituciones den cumplimiento a la constitución y mantención de la garantía y patrimonio mínimo exigidos por la ley.
- 7.- Impartir instrucciones en aspectos contables y financieros de carácter general, conforme a los cuales las Instituciones deberán

dar cumplimiento a la garantía contemplada en el artículo 23 y a los requerimientos de constitución y mantención del patrimonio mínimo que prevé el artículo 22.

- 8.- Impartir instrucciones de carácter general a las Instituciones de Salud Previsional para que publiquen en los medios y con la periodicidad que la Superintendencia señale, información suficiente y oportuna de interés para el público. Dichas publicaciones deberán efectuarse, a lo menos, una vez al año.
- 9.- Dictar las instrucciones de aplicación general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, sin perjuicio de la libertad de los contratantes para estipular las prestaciones y beneficios que pactan.

En caso alguno estas instrucciones podrán contemplar exigencias de aprobación previa de los contratos por parte de la Superintendencia.

- 10.- Impartir las instrucciones para que las Instituciones de Salud Previsional mantengan actualizada la información que la Superintendencia exija.
- 11.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones.
- 12.- Efectuar publicaciones informativas del sistema de Instituciones de Salud Previsional y sus contratos con los afiliados.
- 13.- Imponer las sanciones que establece la ley.

Para el cumplimiento de sus funciones, la Superintendencia podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos de las Instituciones fiscalizadas y requerir de ellas o de sus administradores, asesores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Podrá pedir la ejecución y la presentación de balances y estados financieros en las fechas que estime conveniente. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento, libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en la sede principal de sus negocios.

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

ARTICULO 4°.- Las contiendas de competencia que se originen entre la Superintendencia y otras autoridades administrativas, serán resueltas de conformidad con el artículo 36 de la ley N° 18.575.

ARTICULO 5°.- Las sanciones que aplique la Superintendencia deberán constar en resolución fundada, autorizada por un ministro de fe que podrá ser funcionario de la Superintendencia y será notificada por carta certificada.

Se entenderá practicada la notificación por carta certificada, al tercer día hábil contado desde la fecha de su recepción por la Oficina de Correos respectiva, lo que deberá constar en un libro que para tal efecto deberá llevarse en la Superintendencia.

ARTICULO 6°.- En contra de las resoluciones o instrucciones que dicte la Superintendencia podrá deducirse recurso de reposición ante ella misma, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

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

ARTICULO 7°.- Las resoluciones que denieguen la reposición deducida en contra de aquellas resoluciones que apliquen multa o cancelen el registro de una Institución, serán reclamables por el afectado dentro de los quince días siguientes a su notificación, ante la Corte de Apelaciones de Santiago, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días a la Superintendencia. Evacuado el traslado la Corte ordenará traer los autos "en relación", agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de sala. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas.

Para deducir el recurso a que se refiere el inciso anterior, deberá consignarse previamente en la cuenta del tribunal una cantidad igual al veinte por ciento del monto de la multa impuesta, y en los casos de cierre del registro la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes a la fecha de la resolución reclamada, las que serán aplicadas a beneficio fiscal, si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso.

La resolución que expida la Corte de Apelaciones será apelable en el plazo de cinco días, recurso del que conocerá en cuenta una Sala de la Corte Suprema, sin esperar la comparecencia de las partes, salvo que estime conveniente traer los autos "en relación".

Las resoluciones de la Superintendencia constituirán títulos ejecutivos y les será aplicable lo dispuesto en el artículo 174 del Código de Procedimiento Civil.

Los funcionarios de la Superintendencia prestarán declaraciones ante los Tribunales a que se refiere este artículo, mediante informes escritos, los que constituirán presunciones legales acerca de los hechos por ellos personalmente constatados, sin perjuicio de la facultad del tribunal de citarlos a declarar verbalmente como medida para mejor resolver.

La Superintendencia estará exenta de la obligación de efectuar consignaciones judiciales.

ARTICULO 8°.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza, con el título de Superintendente de Instituciones de Salud Previsional, será el Jefe Superior de la Superintendencia y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

ARTICULO 9°.- Corresponderá, especialmente, al Superintendente:

- a) Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar el funcionamiento de la Superintendencia;
- b) Establecer oficinas regionales cuando las necesidades del Servicio así lo exijan;
- c) Celebrar las convenciones y ejecutar los actos necesarios para el cumplimiento de los fines de la Superintendencia;
- d) Delegar atribuciones o facultades específicas en funcionarios de la Superintendencia;
- e) Encomendar a los departamentos de la Superintendencia y a su Fiscalía las funciones que estime necesarias, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos siguientes, y

f) Ejercer las demás atribuciones que le encomienda esta ley.

ARTICULO 10°.- La Superintendencia tendrá los siguientes departamentos:

- 1.- De Control de Instituciones;
- 2.- De Estudios;
- 3.- De Administración y Finanzas, y
- 4.- Médico.

Además, habrá una Fiscalía que será órgano asesor del Superintendente.

ARTICULO 11°.- Al Departamento de Control de Instituciones le corresponderá, especialmente, ejecutar las actuaciones y procedimientos relativos a la fiscalización de las Instituciones de Salud Previsional y al cumplimiento de los contratos de salud que celebren con sus afiliados.

ARTICULO 12°.- Al Departamento de Estudios le corresponderá, especialmente, participar en la preparación tanto de los planes y programas de fiscalización, como de las directivas e instrucciones que se impartan a las Instituciones de Salud Previsional, y efectuar estudios sobre el campo de la salud previsional.

ARTICULO 13°.- Al Departamento de Administración y Finanzas le corresponderá, especialmente, el manejo contable y financiero de la Superintendencia y ejecutar las funciones relativas a personal y bienestar, abastecimiento, mantención y, en general, de administración interna que requiera su actividad.

ARTICULO 14°.- Al Departamento Médico le corresponderá, especialmente, asesorar al Superintendente y demás departamentos en lo relativo a las prestaciones y beneficios de salud que deben otorgar las Instituciones de Salud Previsional; efectuar auditorías y otros cometidos que se le requieran en materias médicas; asesorar al Superintendente en las actividades a que se refiere el artículo 3°, N° 5 de la presente ley, en dichas materias, y participar en los estudios, planes y actividades de fiscalización que sobre tales aspectos realice la Superintendencia.

ARTICULO 15°.- A la Fiscalía le corresponderá, especialmente, estudiar, analizar y resolver todas las materias jurídicas que competen al área, asesorando al Superintendente y demás Departamentos en la aplicación de las disposiciones legales y reglamentarias pertinentes; participar en la elaboración de resoluciones, instrucciones, circulares y contratos que pueda dictar, emitir o celebrar la Superintendencia; informar al Superintendente sobre el cumplimiento por parte de las Instituciones de Salud Previsional de las normas jurídicas que les son aplicables, y asumir la defensa de la Superintendencia en los juicios y asuntos en que sea parte o tenga interés.

ARTICULO 16°.- El personal de la Superintendencia se registrá por las normas del Título I del decreto ley N° 3.551, de 1981, y por la letra e) del artículo 156 de la Ley N° 18.834, y en subsidio, por las demás disposiciones contenidas en el Estatuto Administrativo, aprobado por este último cuerpo legal.

ARTICULO 17°.- Los funcionarios de la Superintendencia serán nombrados por resolución del Superintendente y podrán serlo de planta o a contrata.

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

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

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

T I T U L O I I

DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL

PARRAFO 1°

DE LAS INSTITUCIONES

ARTICULO 18°.- Las Instituciones de Salud Previsional otorgarán las prestaciones y beneficios de salud, con cargo al aporte de la cotización legal para salud o una superior convenida, a las personas que indica el artículo 5° de la ley N° 18.469. Para los efectos de la aplicación de lo dispuesto en el número 7 del artículo 13° de la ley sobre impuestos a las ventas y servicios, se entenderá que dichas Instituciones sustituyen en las prestaciones y beneficios de salud a los Servicios de Salud y Fondo Nacional de Salud.

Las Instituciones deberán constituirse como personas jurídicas y registrarse en la Superintendencia.

Los Servicios de Salud y los organismos adscritos al Sistema Nacional de Servicios de Salud, no podrán registrarse en la Superintendencia como Instituciones de Salud Previsional.

Las Instituciones serán fiscalizadas por la Superintendencia, sin perjuicio de la fiscalización o supervigilancia a que puedan estar sujetas de conformidad con el estatuto jurídico que las regula.

ARTICULO 19°.- Las Instituciones tendrán por objeto exclusivo el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, ya sea directamente o a través del financiamiento de las mismas, y las actividades que sean afines o complementarias de ese fin.

ARTICULO 20°.- Ninguna persona podrá arrogarse la calidad de Institución de Salud Previsional, operar como tal, ni realizar actividades similares o que se asemejen a aquéllas previstas para estas entidades, sin estar registrada en la Superintendencia.

Tampoco podrá poner en su local u oficina, plancha o aviso que contenga expresiones que indiquen que se trata de una Institución de Salud Previsional, ni podrá hacer uso de membretes, carteles, títulos, formularios, recibos, circulares o cualquier otro papel que contenga nombre u otras palabras que indiquen que los negocios a que se dedican dichas personas son los de estas Instituciones. Les estará, asimismo, prohibido efectuar propaganda por la prensa u otro medio de publicidad en que se haga uso de tales expresiones.

Las infracciones a este artículo serán denunciadas por la Superintendencia a la justicia ordinaria, y serán sancionadas con las penas previstas en el artículo 213 del Código Penal.

ARTICULO 21°.- La entidad interesada solicitará a la Superintendencia ser registrada como Institución de Salud Previsional y proporcionará todos los antecedentes que le fueran requeridos, debiendo acreditar que posee las condiciones necesarias para operar como tal.

La Superintendencia calificará los antecedentes y deberá pronunciarse sobre la solicitud presentada, en un plazo no superior a sesenta días y podrá rechazar la que no cumpla con las exigencias legales, no acompañe los antecedentes requeridos, o éstos, a juicio de la Superintendencia, no sean satisfactorios.

El plazo señalado en el inciso anterior podrá prorrogarse por otros sesenta días, mediante resolución fundada.

La resolución que rechace el registro deberá ser fundada y de ella podrá pedirse reposición por la entidad afectada, dentro del plazo de diez días, contado desde la fecha de su notificación.

PARRAFO 2°.

DEL PATRIMONIO, DE LA GARANTIA Y DE LAS INVERSIONES.

ARTICULO 22°.- Las Instituciones deberán acreditar al momento de presentar la solicitud de registro a la Superintendencia, un capital mínimo, efectivamente pagado, equivalente a cinco mil unidades de fomento.

Las Instituciones deberán constituir, al momento de ser registradas, una garantía equivalente a dos mil unidades de fomento.

Asimismo, las Instituciones deberán mantener un patrimonio mínimo equivalente a cinco mil unidades de fomento, que estará integrado por el capital pagado, los fondos de reserva, los resultados del ejercicio y los acumulados de los ejercicios anteriores.

ARTICULO 23°.- Para cautelar el cumplimiento de las obligaciones a que se refieren los artículos 25, 40 y 41, las Instituciones deberán mantener en la Superintendencia una garantía equivalente a un mes de cotizaciones percibidas, en la forma y condiciones generales y uniformes que ella determine, la que será inembargable.

Para mantener actualizada dicha garantía, la Institución deberá completarla, dentro de los veinte primeros días de cada mes, hasta cubrir el monto total de las cotizaciones percibidas en el mes anterior, cada vez que el monto de éstas supere en un veinte por ciento o más la garantía existente.

Cuando el monto de la cotización para un mes determinado 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 al monto de la cotización total percibida. La Superintendencia tendrá el plazo de veinte días para efectuar la devolución, a contar de la fecha de presentación de la solicitud.

El Superintendente podrá, mediante resolución fundada, rebajar la garantía a un porcentaje no inferior al veinte por ciento de la señalada en el inciso primero de este artículo, 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 y liquidez 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 las condiciones de liquidez de la entidad cuya rebaja de garantía se autorizó hayan disminuido, y/o los niveles de endeudamiento hayan sobrepasado los límites señalados por la Superintendencia de acuerdo a lo establecido en el inciso precedente, ésta podrá exigir aumentar la garantía de 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 garantía deberá constituirse en dinero efectivo o en los instrumentos señalados en las letras a), b), c), d), e), g), h), i), j) y l) del artículo 45 del decreto ley N° 3.500 de 1980, los que deberán tener un plazo de vencimiento no superior a noventa días.

Las instituciones financieras, las empresas y los títulos e instrumentos a que se refiere el inciso anterior deberán reunir las condiciones y requisitos señalados en dicho decreto ley.

El Superintendente podrá exigir mediante resolución, que hasta un diez por ciento de la garantía se constituya en dinero efectivo, que se expresará en unidades de fomento para los efectos de su actualización.

ARTICULO 24°.- La Superintendencia controlará que las Instituciones mantengan el patrimonio mínimo exigido y cumplan con la constitución y mantenimiento de la garantía.

ARTICULO 25°.- La Superintendencia, en caso de cancelación del registro de una entidad podrá, mediante resolución fundada, hacer efectiva la garantía y destinarla, total o parcialmente, a las finalidades a que se refiere el artículo 58 de esta ley.

PARRAFO 3°

DE LAS COTIZACIONES.

ARTICULO 26°.- Los afiliados al régimen que establece la ley N° 18.469 que opten por aportar su cotización para salud a alguna Institución, deberán suscribir un contrato de acuerdo a lo establecido en esta ley.

La Institución deberá comunicar la suscripción del contrato a la entidad encargada del pago de la pensión, si el cotizante fuere pensionado, o al empleador, si fuere trabajador dependiente, antes del día diez del mes siguiente a la suscripción del contrato. Estas comu-

nicaciones, como también las relativas al término del contrato, que deberán informarse a la entidad encargada del pago de la pensión o al empleador, según corresponda, se efectuarán en la forma y de acuerdo a los procedimientos que la Superintendencia establezca.

ARTICULO 27°.- Las cotizaciones para salud de quienes se hubieren afiliado a una Institución de Salud Previsional, deberán ser declaradas y pagadas en dicha Institución por el empleador, entidad encargada del pago de la pensión, trabajador independiente o imponente voluntario, según el caso, dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquél en que se devengaron las remuneraciones, pensiones y rentas afectas a aquéllas, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.

Para este efecto, el empleador o entidad encargada del pago de la pensión, en el caso de los trabajadores dependientes y pensionados, deducirá las cotizaciones de la remuneración o pensión del trabajador o pensionado. Los trabajadores independientes y los imponentes voluntarios pagarán directamente a la Institución la correspondiente cotización. La declaración y pago de las cotizaciones para salud se efectuará en la forma y de acuerdo a los procedimientos que establezca la Superintendencia.

El empleador o entidad encargada del pago de la pensión que no pague oportunamente las cotizaciones de sus trabajadores o pensionados deberá declararlas en la Institución correspondiente, dentro del plazo señalado en el inciso primero.

La declaración deberá contener, a lo menos, el nombre, rol único tributario y domicilio del empleador o entidad y del representante legal, cuando proceda; nombre y rol único tributario de los trabajadores o pensionados, según el caso; el monto de las respectivas remuneraciones imponibles o pensiones y el monto de la correspondiente cotización.

Si el empleador o entidad no efectúa oportunamente la declaración a que se refiere el inciso anterior, o si ésta es incompleta o errónea, será sancionado con una multa, a beneficio fiscal, de media unidad de fomento por cada cotizante cuyas cotizaciones no se declararen o cuyas declaraciones sean incompletas o erróneas. Si la declaración fuere maliciosamente incompleta o falsa, el Director del Trabajo, quién sólo podrá delegar estas facultades en los Directores Regionales, o el Superintendente que corresponda, podrá efectuar la denuncia ante el juez del crimen correspondiente.

Corresponderá a la Dirección del Trabajo la fiscalización del cumplimiento por los empleadores de las obligaciones establecidas en este artículo, estando investidos los inspectores de la facultad de aplicar las multas a que se refiere el inciso precedente, las que serán reclamables de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 448 del Código del Trabajo. Corresponderá a la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, a la Superintendencia de Seguridad Social o a la Superintendencia de Valores y Seguros, sancionar en los términos precedentes a las entidades encargadas de pagos de pensiones sometidas a su supervigilancia, por el incumplimiento de las obligaciones que este artículo establece.

ARTICULO 28°.- Las cotizaciones que no se paguen oportunamente por el empleador, la entidad encargada del pago de la pensión, el trabajador independiente o el imponente voluntario, se reajustarán entre el último día del plazo en que debió efectuarse el pago y el día en que efectivamente se realice. Para estos efectos, se aumentarán considerando la variación diaria del Índice de Precios al Consumidor mensual del período comprendido entre el mes que antecede al mes anterior a aquél en que debió efectuarse el pago y el mes que antecede al mes anterior a aquél en que efectivamente se realice.

Por cada día de atraso la deuda reajustada devengará un interés penal equivalente a la tasa de interés corriente para operaciones reajustables en moneda nacional a que se refiere el artículo 6° de la ley N° 18.010, aumentado en un veinte por ciento.

Si en un mes determinado el reajuste e interés penal aumentado a que se refiere el inciso anterior, resultare de un monto total inferior al interés para operaciones no reajustables que fije la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras aumentado en veinte por ciento, se aplicará esta última tasa de interés incrementada en igual porcentaje, caso en el cual no corresponderá aplicación de reajuste.

En todo caso, para determinar el interés penal se aplicará la tasa vigente al día primero del mes anterior a aquél en que se devengue.

Los representantes legales de las Instituciones de Salud Previsional tendrán las facultades establecidas en el artículo 2° de la ley N° 17.322, con excepción de la que se señala en el número tres de dicha disposición.

Serán aplicables en lo pertinente a los deudores que indica este artículo, lo dispuesto en los artículos 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 11°, 12°, 14° y 18° de la ley N° 17.322 para el cobro de las cotizaciones, reajustes e intereses adeudados a una Institución de Salud Previsional. Dichos créditos gozarán del privilegio establecido en el N° 6 del artículo 2472 del Código Civil. Sin perjuicio de lo anterior, el no pago de las cotizaciones de los trabajadores o pensionados que los empleadores o entidades hubieren retenido o debido retener se sancionará de acuerdo a las normas que establece la ley antes citada.

Los reajustes e intereses a que se refiere el inciso anterior serán de beneficio de la respectiva Institución de Salud Previsional.

ARTICULO 29°.- Las cotizaciones para salud que se pacten de conformidad a esta ley, gozarán de la exención establecida en el artículo 20° del decreto ley N° 3.500, de 1980, hasta por la cantidad de unidades de fomento que resulte de aplicar el porcentaje de la cotización legal de salud, al límite máximo de remuneraciones y renta imponible que establece el artículo 16° de dicho decreto ley.

ARTICULO 30°.- Toda vez que se produjere un excedente de la cotización legal en relación con el precio del plan convenido, este excedente será de propiedad del afiliado e inembargable, y podrá destinarse por éste, a su elección, a que se le otorgue un plan de salud que contemple mayores beneficios, a incrementar una cuenta corriente individual que la Institución debe abrir a su favor a fin de concurrir al pago de prestaciones de salud en la parte que sea de su cargo o a incrementar la cuenta a que se refiere el artículo 31 . De la opción del afiliado deberá dejarse expresa constancia en el contrato.

Sin perjuicio de lo señalado en el inciso anterior, cuando el excedente provenga de una causa ocasional, que no genere efectos permanentes, no se destinará dicha diferencia a que se le otorgue al afiliado un plan que contemple mayores beneficios, salvo acuerdo expreso de las partes.

Los fondos acumulados en la cuenta corriente que debe abrir la Institución a favor del afiliado, a que se refiere el inciso primero, podrán ser requeridos en todo momento por el afiliado o beneficiario, sólo para los fines mencionados, y se reajustarán en la misma forma que establece el artículo 28.

Con todo, cuando por cualquiera causa se ponga fin a un contrato o cuando se cumplan los correspondientes períodos anuales, la Institución deberá entregar al afiliado una liquidación en la que se detalle el movimiento de la cuenta abierta por ella a su favor, y el monto actualizado, si lo hubiere, procediendo a continuación a traspasar dichos fondos a la cuenta de ahorro a que se refiere el artículo 31.

PARRAFO 4°

DE LA CUENTA DE AHORRO PARA LA ETAPA DE AFILIADO PASIVO.

ARTICULO 31°.- De la cotización legal obligatoria para salud establecida en el decreto ley N° 3.500, de 1980, los afiliados activos, en todo caso, estarán obligados a destinar el 0,9% de sus re-

muneraciones y rentas imponibles a una cuenta de ahorro para la etapa de afiliado pasivo. La diferencia que se produzca entre la cotización total y dicho porcentaje se destinará a financiar el precio del plan de salud que se contrate durante la etapa de afiliado activo, sin perjuicio del derecho de las partes a convenir una cotización superior a la legal.

Los fondos acumulados en la cuenta a que se hace referencia en el inciso anterior, serán de propiedad del afiliado e inembargables. Serán administrados por el sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones, en una cuenta individual y exclusiva para este fin, debiendo ser la misma Administradora donde el cotizante se encuentre afiliado. En el caso de los afiliados al antiguo sistema previsional la cuenta será abierta en la Administradora que el cotizante elija.

La administración de los fondos acumulados en la cuenta de ahorro se regirá por las disposiciones del decreto ley N° 3.500, de 1980 y la demás normativa vigente en lo relativo, entre otras materias, a comisiones, inversiones, intereses y reajustes, fiscalización, apertura de la cuenta de ahorro, declaración y pago de la cotización e información al afiliado.

ARTICULO 32°.- Para los efectos de este párrafo, los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional se clasificarán en las siguientes categorías:

- a) Activos: Incluye a los trabajadores dependientes e independientes e imponentes voluntarios de cualquier régimen legal de previsión.
- b) Pasivos: Los que gozan de una pensión de vejez o invalidez, sin perjuicio del derecho que pudiere corresponder al titular de una pensión de sobrevivencia y orfandad .

ARTICULO 33°.- La cotización legal obligatoria para salud de los afiliados pasivos, se destinará íntegramente a financiar el precio del plan de salud convenido para esa etapa. En el contrato correspondiente deberán considerarse los fondos acumulados en la cuenta de ahorro a que se refiere el artículo 31.

ARTICULO 34°.- Las cotizaciones destinadas a la cuenta de ahorro a que se refiere el artículo 31 deberán ser declaradas y pagadas en la Administradora de Fondos de Pensiones por el empleador o trabajador independiente, en la misma oportunidad establecida en el artículo 27 y les será aplicable, en lo que sea pertinente, lo previsto en los artículos 26, 27, 28 y 29.

En la declaración de las cotizaciones a que se refiere el artículo 31 y cuyo destino sea la Administradora de Fondos de Pensiones, deberá estarse a lo dispuesto en el decreto ley N° 3.500, de 1980 y a la normativa que lo complementa.

ARTICULO 35°.- Los cotizantes podrán disponer de los fondos acumulados en la cuenta de ahorro a que se refiere el artículo 31 para complementar su cotización legal durante el período de afiliado pasivo, sólo desde la fecha a partir de la cual obtenga la respectiva pensión. Con todo, el afiliado pasivo que estando en esa condición, perciba remuneraciones por prestaciones de servicios en calidad de trabajador dependiente, no estará obligado a cotizar el 0,9% a que se refiere el artículo 31.

ARTICULO 36°.- El retiro de los fondos podrá efectuarse, a voluntad del afiliado, sólo para los fines señalados en el artículo 31, de acuerdo a las siguientes modalidades:

- a) Retiros programados, expresados en sumas pagaderas periódicamente, concordantes con los plazos convenidos para las revisiones a que se refiere el inciso tercero del artículo 43, los que sumados a la cotización legal obligatoria, financiarán el precio de los planes

anuales de salud. Las normas y procedimiento de cálculo para determinar el monto de los retiros serán establecidos por la Superintendencia a través de instrucciones de general aplicación.

Sin perjuicio de lo anterior, el afiliado que esté haciendo uso de esta modalidad podrá optar por el retiro total de los fondos, de acuerdo a lo señalado en la letra b) siguiente.

- b) Retiro del total de los fondos, para financiar el precio de un plan de salud vitalicio, de manera tal que por esa suma de dinero más la cotización legal obligatoria, la Institución se obligue a otorgar determinados beneficios de salud por toda la vida del cotizante. No obstante, si el afiliado, con posterioridad a haber suscrito un contrato bajo esta modalidad, decidiera desahuciar dicho contrato, la Institución estará obligada a restituir los fondos existentes en la cuenta de ahorro, con un valor de rescate determinado por la Superintendencia a través de instrucciones de general aplicación.

ARTICULO 37°.- En cualquiera de las modalidades a que se refiere el artículo anterior, si los fondos acumulados en la cuenta de ahorro exceden los requerimientos para cofinanciar el precio del plan convenido con la Institución, dichos excedentes serán de libre disposición del afiliado.

Con todo, sólo se autorizará la venta de planes vitalicios a aquellas Instituciones que cumplan con las condiciones definidas para este efecto por la Superintendencia.

Las Instituciones que contemplen planes vitalicios deberán constituir una reserva por la parte no ganada de los fondos traspasados desde la cuenta de ahorro, en la forma y modalidad establecidas por la Superintendencia.

En el caso que una Institución quiebre o le sea cerrado el registro, los fondos de la cuenta de ahorro que le hubieren sido traspasados con motivo de la compra de un plan de salud vitalicio, serán devueltos al afiliado en la proporción que corresponda y bajo la forma y modalidad definidas por la Superintendencia. En todo caso las normas de la Superintendencia serán de general aplicación.

En ambas modalidades, los fondos de la cuenta de ahorro de los cotizantes que se traspasen al Sistema Estatal de Salud, pasarán a formar parte de su fondo de pensión.

PARRAFO 5°

DE LOS CONTRATOS Y DE LAS PRESTACIONES

ARTICULO 38°.- Para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud que norma esta ley, las personas indicadas en el artículo 18, deberán suscribir un contrato con la Institución de Salud Previsional que elijan.

En este contrato las partes podrán convenir libremente el otorgamiento, forma, modalidad y condiciones de las prestaciones y beneficios de salud, debiendo estipular en términos claros, al menos lo siguiente:

- a) Prestaciones y demás beneficios pactados, incluyendo porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán.
- b) Forma en que el afiliado hará uso del excedente de cotización, de acuerdo a lo establecido en el artículo 30.
- c) Forma en que se modifican las prestaciones y beneficios por variación de la cotización legal del afiliado, derivada del aumento o disminución de su ingreso, en la forma establecida en el artículo 30.

- d) Forma en que se modifican las cotizaciones y aportes, prestaciones y beneficios por incorporación o retiro de beneficiarios legales del grupo familiar, de conformidad a lo establecido en el artículo 30.

Deberá establecerse en qué condiciones, durante la vigencia del contrato, se incorporarán los nuevos beneficiarios señalando, precisamente, la forma cómo se determinará la cotización adicional que se cobrará por ellos.

- e) Mecanismos para el otorgamiento de las prestaciones a que se refiere el artículo 40.

- f) Precio del plan y la unidad en que se pacta, señalando que el precio expresado en dicha unidad sólo podrá variar una vez cumplidos los respectivos períodos anuales. Asimismo, deberá indicarse el arancel o catálogo valorizado de prestaciones que se considerará para determinar el financiamiento de los beneficios, la unidad en que está expresado y la forma y oportunidad en que se reajustará.

El precio y el arancel o catálogo valorizado deberán expresarse en la misma unidad; la forma y oportunidad en que se reajustarán deberán ser las mismas.

- g) Montos máximos de los beneficios para cada beneficiario, si los hubiere, o bien, montos máximos establecidos para alguna o algunas prestaciones, si fuere del caso, siempre con la limitación establecida en el inciso 1° del artículo siguiente.

- h) Restricciones a la cobertura, ellas sólo podrán estar referidas al embarazo por un período máximo de nueve meses, y enfermedades preexistentes declaradas, por un plazo máximo de dos años, ambos plazos contados desde la suscripción del contrato, y tendrán la limitación establecida en el inciso primero del artículo siguiente.

- i) Estipulación precisa de las exclusiones, si las hubiere, referidas a las prestaciones señaladas en el inciso 2° del artículo siguiente.

ARTICULO 39°.- No podrán suscribirse contratos en que se pacten beneficios por valores inferiores a los equivalentes a un 25% del plan convenido, sin perjuicio de lo establecido en el artículo siguiente. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas.

Asimismo, no podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo aquéllas referentes a 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, como también prestaciones cubiertas por otras leyes hasta el monto de lo cubierto y enfermedades preexistentes no declaradas.

Para los efectos de la presente ley se entenderá por enfermedades preexistentes aquéllas 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.

Sin perjuicio de lo anterior, transcurrido un plazo de cinco años, contado desde la suscripción del contrato o desde la incorporación del beneficiario, en su caso, la Institución deberá concurrir al pago de prestaciones por enfermedades preexistentes no declaradas, en los mismos términos estipulados en el contrato para prestaciones originadas por enfermedades no preexistentes cubiertas por el plan.

No podrán existir períodos de espera durante los cuales no sean exigibles las prestaciones y beneficios pactados.

ARTICULO 40°.- Las Instituciones estarán obligadas respecto de sus beneficiarios a dar cumplimiento a lo establecido en la Ley N°18.469, en lo relativo al otorgamiento del 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 para el pago de los subsidios, cuando proceda. Las partes establecerán el mecanismo tendiente a proporcionar las prestaciones, sea por la Institución o por entidades o personas especializadas con quienes ésta convenga, las que se otorgarán en las condiciones generales de la Ley N° 18.469, o superiores, si las partes lo acordaren. Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de estos beneficios obligatorios serán sometidos por las Instituciones al conocimiento de la Superintendencia para su aprobación.

El cotizante podrá recurrir a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente al domicilio que fije en el contrato, en su caso, cuando estime que lo obtenido por concepto de las prestaciones pecuniarias a que se refiere el inciso anterior, es inferior a lo establecido en la ley N° 18.469. El reclamo deberá ser presentado por escrito directamente a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez señalando en forma precisa sus fundamentos.

La Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez conocerá del reclamo en única instancia, previo informe de la Institución reclamada, que deberá emitirlo a más tardar dentro de los tres días hábiles siguientes al requerimiento.

Transcurrido el plazo de diez días contados desde la fecha de presentación del reclamo, con o sin el informe a que se refiere el inciso anterior, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, emitirá su resolución y en ella fijará el plazo, condiciones y modalidades para su cumplimiento.

Si la Institución no cumpliera lo resuelto, el cotizante podrá solicitar el pago a la Superintendencia, la que hará efectiva la garantía a que se refiere el artículo 23, hasta el monto del subsidio adeudado. En tal caso, la Institución deberá completar la garantía, sin perjuicio de la multa que correspondiere.

ARTICULO 41°.- La Institución deberá descontar de los subsidios que pague el porcentaje que, conforme a la normativa previsional aplicable al cotizante, corresponda para financiar el fondo de pensiones y los seguros de invalidez y sobrevivencia, así como la cotización de salud, en los términos que establecen el decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y los decretos leyes N° 3.500 y N° 3.501, ambos de 1980.

La Institución, en todo caso, deberá enterar los descuentos previsionales en la entidad previsional respectiva, en los plazos y forma que fija el decreto ley N° 3.500, de 1980, para el integro de este tipo de cotizaciones.

ARTICULO 42°.- Las licencias médicas que sirvan de antecedente para el ejercicio de derechos o beneficios legales, serán autorizadas por la Institución de Salud Previsional respectiva.

La Institución deberá autorizar la licencia médica en el plazo de tres días hábiles, contado desde la fecha de presentación de la respectiva solicitud, vencido el cual se entenderá aprobada si no se pronunciare sobre ella.

Si la Institución rechaza o modifica la licencia médica, el cotizante podrá recurrir ante la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente, de conformidad con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 40.

El mismo derecho tendrá el empleador respecto de las licencias que haya autorizado la Institución.

La Superintendencia fiscalizará el debido ejercicio de esta facultad por parte de las Instituciones de acuerdo a lo dispuesto en el reglamento correspondiente.

ARTICULO 43°.- Los contratos a que hace referencia el artículo 38 de esta ley, deberán ser pactados por un plazo indefinido, y no podrán dejarse sin efecto durante su vigencia, sino por incumplimiento de las obligaciones contractuales o por mutuo acuerdo. Con todo, la Institución deberá acceder a la desafiliación si ésta es requerida por el afiliado y ella se fundamente en una variación de la remuneración o renta, de carácter permanente, o de la composición del grupo familiar del cotizante.

El cotizante podrá, una vez transcurrido un año de vigencia de su contrato, contado desde la suscripción del mismo o de cumplidos los sucesivos períodos anuales, desahuciar el contrato, para lo cual bastará una comunicación escrita a la Institución con copia al empleador o a la entidad pagadora de la pensión, según corresponda, dada con una antelación de a lo menos un mes del cumplimiento del respectivo año, quedando él y sus cargas, si no optaren por un nuevo contrato de salud previsional, afectos al régimen general de cotizaciones, prestaciones y beneficios de salud que les correspondan como beneficiarios de la ley N° 18.469. La Superintendencia podrá impartir instrucciones de general aplicación sobre la forma y procedimiento a que deberán ceñirse las comunicaciones indicadas precedentemente.

En el mismo período señalado en el inciso anterior las Instituciones podrán revisar los contratos de salud que correspondan, pudiendo sólo adecuar sus precios, prestaciones convenidas y la naturaleza y el monto de sus beneficios, a condiciones generales que no importen 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 incorporación a la Institución. 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 originales, sin perjuicio de las demás sanciones que se pueda aplicar. La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado mediante carta certificada expedida con, a lo menos, dos meses de anticipación al vencimiento del período. En tales circunstancias el afiliado podrá perseverar en el contrato o desahuciarlo; en caso que éste nada diga, se entiende que acepta las adecuaciones.

Cuando el cotizante desahucie el contrato y transcurra el plazo de antelación que corresponda, la terminación surtirá plenos efectos a contar del primer día del mes subsiguiente a la fecha de expiración de dicho plazo.

ARTICULO 44°.- Los beneficios contemplados para un mes se entenderán financiados por la cotización devengada en el mes inmediatamente anterior, cualquiera sea la época en que la Institución perciba efectivamente la cotización. La exigibilidad de los beneficios será a lo menos a partir del mes subsiguiente a la suscripción del contrato.

No se considerará incumplimiento del contrato por parte del afiliado, el hecho de no haberse enterado por su empleador o por la entidad pagadora de la pensión, en su caso, las cotizaciones de salud pactadas y será obligación de la Institución comunicar esta situación al afiliado.

ARTICULO 45°.- En el evento que al día del término del contrato de Salud por desahucio, el cotizante esté en situación de incapacidad laboral, el contrato se extenderá de pleno derecho hasta el último día del mes en que finalice la incapacidad o hasta que se declare su invalidez.

Las Instituciones podrán en casos calificados solicitar a las Comisiones que establece el artículo 11 del decreto ley N° 3.500, de 1980, o a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez de los Servicios de Salud, según corresponda, la declaración de invalidez del cotizante. En ambos casos las Instituciones deberán financiar la totalidad de los gastos que demande esa solicitud, tales como exámenes de especialidad, análisis, informes y gastos de traslado del cotizante.

ARTICULO 46°.- En la celebración de un contrato de salud, las partes no podrán considerar como condición el hecho que el cotizante pertenezca a una determinada empresa o grupo de trabajadores, sólo pudiendo convenirse por ello el otorgamiento de beneficios distintos a los que correspondería obtener con la sola cotización individual, de no mediar dicha circunstancia.

En este caso, todos los beneficios a que tengan derecho los cotizantes y sus cargas deberán estipularse en forma expresa en los respectivos contratos individuales.

En ese evento, si el trabajador cotizante deja de pertenecer a la empresa o grupo de trabajadores, la Institución estará obligada a ofrecerle otro plan de salud.

ARTICULO 47°.- Cuando la relación laboral del cotizante con una determinada empresa o institución sea condición de la celebración del contrato, la pérdida de tal relación sólo podrá dar origen a modificaciones contractuales relativas al monto de la cotización pactada o a los beneficios convenidos, pudiendo, en todo caso, el afiliado, desahuciar el contrato.

De la referida relación contractual, así como de las modificaciones indicadas, deberá dejarse constancia expresa en el contrato.

La circunstancia de que la relación laboral ha sido condición para la celebración del contrato, deberá acreditarse ante la Superintendencia.

ARTICULO 48°.- Cuando el cotizante incurra en incumplimiento de las obligaciones contractuales, la Institución podrá poner término al contrato comunicando por escrito tal decisión al cotizante, caso en

el cual los beneficios mínimos garantizados en los artículos 39 y 40, 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.

Si el cotizante reclama a la Superintendencia de esta decisión, dentro del plazo de vigencia de los beneficios indicados en el inciso anterior, el contrato se mantendrá vigente hasta la resolución de la controversia, con los beneficios antes señalados, sin perjuicio de lo que se resuelva en definitiva.

Asimismo, cuando la Institución incurra en incumplimiento de las obligaciones contractuales, el cotizante o beneficiario podrá solicitar de la Superintendencia que se declare la terminación del contrato. En este caso, la Institución estará obligada a otorgar las prestaciones convenidas en el contrato, hasta por treinta días, contados desde la fecha en que quede a firme la resolución del Superintendente que así lo declare, o hasta el término de la incapacidad laboral, en caso que el afiliado se encuentre en dicha situación, siempre que este plazo sea superior al anterior.

ARTICULO 49°.- Los contratos celebrados entre la Institución y el cotizante deberán considerar como sujetos afectos a sus beneficios a éste y a todos sus familiares beneficiarios indicados en las letras b) y c) del artículo 6° de la ley N° 18.469.

Los beneficios del contrato se extenderán por el solo ministerio de la ley a todos los nuevos familiares beneficiarios que declare el cotizante. Asimismo, estos beneficios se extinguirán automáticamente, respecto de quienes pierdan dicha calidad. En ambos casos, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 38, las partes deberán dejar claramente estipulado en el contrato la forma y condiciones en que por el aumento o disminución del número de beneficiarios variarán las condiciones del contrato.

Las Instituciones podrán aceptar que el cotizante, además de sus familiares beneficiarios señalados en el inciso primero, incluya en el contrato de salud como beneficiarios o como beneficiarios cotizantes a otras personas. Estos últimos enterarán, cuando proceda, sus cotizaciones de salud en la Institución y dejarán de ser beneficiarios de la Ley N° 18.469, cuando corresponda.

En caso de fallecimiento del cotizante, la Institución deberá ofrecer a los titulares de la pensión de sobrevivencia y de orfandad, en su caso, la celebración de un contrato de salud. Para este efecto podrá hacerse uso, a petición de los beneficiarios de dichas pensiones, de los fondos acumulados a que hace referencia el artículo 31 de esta ley.

PARRAFO 6°.

DE LOS AFILIADOS VOLUNTARIOS

ARTICULO 50°.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán celebrar contratos de salud con personas que no se encuentren cotizando en el régimen previsional o sistema de pensiones.

Estos contratos se registrarán especialmente por las disposiciones de este párrafo y supletoriamente y en lo que sea pertinente, por las demás disposiciones de esta ley.

ARTICULO 51°.- Las Instituciones podrán otorgar prestaciones y beneficios de salud a los afiliados a que se refiere el artículo anterior, con cargo a un aporte convenido libremente entre las partes y en este caso les será aplicable lo dispuesto en el artículo 40 en lo referente a 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.

ARTICULO 52°.- El aporte para financiar el plan de salud de los afiliados voluntarios deberá ser declarado y pagado directamente por éstos en la Institución dentro de los diez primeros días de cada mes, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.

ARTICULO 53°.- En el caso de los afiliados voluntarios los beneficios para un mes se entenderán financiados por el aporte enterado para ese mismo mes.

ARTICULO 54°.- El aporte que no se efectúe oportunamente por el afiliado voluntario se reajustará en la misma forma y oportunidad a que se refiere el artículo 28.

PARRAFO 7°

DEL CIERRE DEL REGISTRO Y LIQUIDACION DE LA GARANTIA.

ARTICULO 55°.- La Superintendencia podrá cancelar, mediante resolución fundada, el registro de una Institución en cualquiera de los siguientes casos:

- 1.- Cuando su patrimonio mínimo disminuya a una cantidad inferior a la establecida en el artículo 22 y no se corrija dicha situación dentro del plazo que la Superintendencia determine en cada caso;
- 2.- Cuando su garantía disminuya por debajo del límite establecido en el artículo 23 y no se corrija dicha situación dentro del plazo que la Superintendencia determine en cada caso;
- 3.- Por cancelación de la personalidad jurídica de la Institución;

- 4.- En caso de incumplimiento grave y reiterado de las obligaciones que establece la ley, o de las instrucciones que imparta la Superintendencia, debidamente observado y/o sancionado, en cada oportunidad por ésta;
- 5.- Por quiebra de la Institución, y
- 6.- A solicitud de la propia Institución, en los términos que establece el artículo siguiente.

ARTICULO 56°.- La Institución que solicite la cancelación de su registro deberá presentar una declaración jurada, reducida a escritura pública, en la que detallará las obligaciones actualmente exigibles con los cotizantes y sus cargas y demás beneficiarios y la Superintendencia. Conjuntamente con la presentación de la solicitud, la Institución deberá comunicar, de acuerdo a los plazos y procedimientos que fije la Superintendencia, a sus cotizantes y beneficiarios su intención de cerrar el registro.

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 sociedades anónimas, de acuerdo al artículo 99 de la Ley N° 18.046.

En caso que a la fecha de la solicitud, la Institución tenga obligaciones a plazo o condicionales pendientes de aquellas a las que se refiere el inciso primero y, que no alcanzaren a ser cubiertas con la garantía en los términos establecidos en el artículo 23, deberá ofrecer una garantía adicional que caucione el cumplimiento de tales obligaciones, la que será calificada por la Superintendencia para autorizar la cancelación del registro.

ARTICULO 57°.- Una vez a firme la resolución de cancelación del registro, los cotizantes y sus cargas legales quedarán afectos al régimen de la ley N° 18.469, mientras no opten por afiliarse a otra Institución de Salud Previsional.

El Fondo Nacional de Salud deberá solicitar a la Superintendencia la cotización proporcional por los días del mes durante los cuales otorgue cobertura hasta concurrencia del remanente de la garantía, si lo hubiere. La cotización del mes siguiente la percibirá directamente el Fondo Nacional de Salud.

Si el afiliado opta por celebrar un nuevo contrato con otra Institución, éste surtirá efecto inmediato. La Institución de Salud Previsional de posterior afiliación deberá solicitar la cotización legal en los términos indicados en el inciso anterior, proporcional al resto del mes, a la Superintendencia.

Sin perjuicio de lo anterior, los cotizantes podrán poner término a sus contratos, en forma inmediata, al ser notificados por la Institución de su intención de solicitar la cancelación del registro, o bien, al ser notificada ésta del cierre de registro quedando, en ese caso aquéllos, sus cargas legales y demás beneficiarios, afectos al régimen de la ley N° 18.469, mientras no opten por afiliarse a otra Institución.

Las cotizaciones legales proporcionales por los días del mes durante los cuales otorguen cobertura el Fondo Nacional de Salud o la nueva Institución, les deberán ser pagadas con intereses y reajustes, ya sea por la Institución original, en caso de acogerse su apelación al cierre de registro o sea rechazada la solicitud de cancelación, por la Superintendencia, con cargo a la garantía, si quedare a firme la respectiva resolución. La cotización del mes siguiente la percibirán directamente el Fondo Nacional de Salud o la nueva Institución, según corresponda.

ARTICULO 58°.- Cancelado el registro y una vez hecha efectiva la garantía del artículo 23, la Superintendencia deberá pagar las obligaciones que ella caucione, dentro de un plazo no superior a ciento ochenta días. Dicha garantía se utilizará para el cumplimiento de las obligaciones que a la fecha de cancelación del registro tuviere la Institución con sus cotizantes, cargas y terceros beneficiarios, y para el pago de cotizaciones a las Instituciones a que se hubieren afiliado los cotizantes de aquélla cuyo registro se cancela, o al Fondo Nacional de Salud, según corresponda, y a la Superintendencia.

La Superintendencia solucionará en primer término los subsidios de incapacidad laboral por licencias médicas extendidas de acuerdo al reglamento vigente, a la fecha de cancelación del registro. La Superintendencia designará la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez que visará las licencias que corresponda, y la forma y el orden en que hayan de pagarse los subsidios y demás obligaciones que caucione la garantía.

Si la garantía no alcanzare a cubrir las obligaciones señaladas en el inciso anterior, los cotizantes, las Instituciones afectadas y el Fondo Nacional de Salud, deberán perseguir directamente a la Institución cuyo registro se cancela, gozando los créditos de los primeros del privilegio de la primera clase, de acuerdo a lo establecido en el artículo 2472 del Código Civil, el que se pagará inmediatamente después de los créditos del Fisco a que se refiere el N° 9 del mismo artículo.

Para los efectos de la liquidación, la Superintendencia podrá incautar, si lo estimare necesario, toda la documentación relacionada con la Institución y sus cotizantes.

Si practicada la liquidación quedare un remanente en favor de la Institución, la Superintendencia procederá a descontar los gastos en que incurrió con motivo de la liquidación. Si aún quedare un remanente, tendrá un plazo de dos días para el giro del saldo de la garantía a quienes la representen, perdiendo dicho saldo su inembargabilidad.

PARRAFO 8°

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 59°.- Las Instituciones deberán mantener en sus oficinas, para información del público en general, en lugar visible, un extracto que proporcione los siguientes antecedentes:

- 1.- Nombre o razón social e individualización de su representante legal;
- 2.- Domicilio de la oficina principal y de las agencias y sucursales, si las hubiere;
- 3.- Fecha de su registro como Institución de Salud Previsional;
- 4.- Duración de la persona jurídica;
- 5.- Balance general del último ejercicio y los estados de situación que determine la Superintendencia, y
- 6.- Monto de la garantía y formato de cada uno de los planes tipo de salud ofrecidos.

La información deberá comunicarse a la Superintendencia y mantenerse actualizada mensualmente dentro de los primeros cinco días del mes siguiente a aquél en que se verifiquen modificaciones en dichos antecedentes.

Asimismo, las Instituciones deberán informar a la Superintendencia acerca de los cambios que se produzcan en su propiedad, administración, patrimonio y, en general, todas las modificaciones que se generen en sus estatutos, dentro del plazo que determine la Superintendencia.

ARTICULO 60°.- Las Instituciones deberán proporcionar a la Superintendencia toda la documentación e información, de carácter general o particular, que ésta les requiera en el ejercicio de sus facultades de fiscalización.

Asimismo, deberán comunicar las variaciones que de acuerdo a lo dispuesto en esta ley experimente la garantía del artículo 23 y los antecedentes que se han tenido a la vista para calcularla; deberán llevar su contabilidad al día y tenerla a disposición de la Superintendencia.

PARRAFO 9°

DE LAS SANCIONES Y APREMIOS

ARTICULO 61°.- El incumplimiento por parte de las Instituciones de las obligaciones que les impone la ley, instrucciones de general aplicación y resoluciones, dictámenes y sentencias arbitrales que pronuncie la Superintendencia, será sancionado por ésta con amonestaciones y multas a beneficio fiscal, sin perjuicio de la cancelación del registro, si procediere.

ARTICULO 62°.- Las multas a que se refiere el artículo anterior no podrán exceder de quinientas unidades de fomento.

Las Instituciones, y sus directores y apoderados serán solidariamente responsables de las multas que se les impongan.

ARTICULO 63°.- En los casos que se obstaculice o impida el pleno ejercicio de las funciones de la Superintendencia para el debido cumplimiento de las atribuciones que le asigna la ley, ella podrá requerir de la justicia ordinaria la aplicación de los procedimientos de apremio contemplados en los artículos 93 y 94 del Código Tributario.

El mismo procedimiento podrá aplicarse en contra de las personas que habiendo sido citadas de acuerdo al artículo 3°, no concurran a declarar sin causa justificada.

ARTICULO 64°.- El que falsifique u oculte información a la Superintendencia, incurrirá en las penas que establece el artículo 210 del Código Penal.

ARTICULO 2°.- Facúltase al Presidente de la República para que en el plazo de noventa días, contado desde la publicación de la presente ley, modifique la planta y dotación máxima de la Superintendencia, por Decreto del Ministerio de Salud que deberá ser suscrito, además, por el Ministro de Hacienda, aumentándola hasta en 20 cargos.

Estos cargos deberán proveerse según los procedimientos previstos en el Estatuto Administrativo, sin perjuicio de las facultades del Superintendente para designar a los funcionarios que sean de su confianza exclusiva y al personal que cumple funciones específicamente fiscalizadoras en la Superintendencia.

ARTICULO 3°.- El personal del Fondo Nacional de Salud que haya sido encasillado en la planta de la Superintendencia, mantendrá su régimen previsional, sin perjuicio de la opción que establece el decreto ley N° 3.500, de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

ARTICULO 4°.- La presente ley entrará en vigencia a la fecha de publicación del decreto con fuerza de ley a que se refiere el artículo segundo.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS.

ARTICULO 1°.- Las Instituciones deberán adecuar sus garantías a las disposiciones de la presente ley, dentro de un plazo de tres meses contado desde su entrada en vigencia.

ARTICULO 2°.- Las Instituciones deberán adecuar su patrimonio a las disposiciones de la presente ley, dentro del plazo de seis meses, contado desde su entrada en vigencia.

ARTICULO 3°.- A partir de la vigencia de la presente ley, los contratos deberán adecuarse a ella en la oportunidad que para su revisión otorga el inciso tercero del artículo 43.

Asimismo, los contratos que se suscriban a partir de la vigencia de la presente ley, deberán celebrarse conforme a ella.