

**UNIVERSIDAD MIGUEL DE CERVANTES**

**ESCUELA DE DERECHO**

**ALCANCES Y LÍMITES DE LAS FACULTADES DE LAS ISAPRE  
EN LA VARIACIÓN DE LOS PRECIOS DE LOS  
PLANES COMPLEMENTARIOS DE SALUD**

**Memoria para optar al grado académico de Licenciado en Ciencias  
Jurídicas**

**Roberto Eduardo Torres Poblete**

**Profesor Guía: Gabriel Álvarez Undurraga**

**Santiago, Chile**

**2009**

**INDICE**

**Pag.**

## **INTRODUCCION**

**1**

## **CAPITULO I**

**1.1.- Ley 18.469 o Ley Fonasa, crea régimen de prestaciones en Salud.**

**2**

**1.2.- Ley 18.933 o Ley de Isapre**

**2**

**1.3.- Ley 20.015 modificatoria en la variación de precios**

**6**

## **CAPITULO II**

**2.1.- La Asociación de Isapres**

**11**

**2.2.- Principios de cotización en el Sistema de seguridad Social**

**16**

**2.3.- Definición de términos**

**16**

## **CAPITULO III**

**3.1.- Análisis e implicancias del fallo del Tribunal Constitucional sobre Isapres.**

**18**

**3.2.- Argumento de las Isapres para el reajuste de los planes de salud**

**18**

**3.3.- Argumentos de las sentencias judiciales**

**18**

**2.4.- Otros Argumentos**

**19**

**CONCLUSIONES**

**20**

**BIBLIOGRAFIA**

**23**

**ANEXOS**

## INTRODUCCION

Ante el notorio aumento de Recursos de Protección, presentados en las Cortes de Apelaciones del país, en el curso de los dos últimos años, por la supuesta “ilegalidad y arbitrariedad”, cometida por las Isapre al “aumentar unilateralmente los costos de los Planes de Salud”, me he abocado en el presente trabajo de investigación, a determinar, si la actual conducta de las Isapre, en el cumplimiento de sus intereses patrimoniales , lo hacen ajustados a las facultades que les otorga la ley , a través, del cumplimiento establecido por la entidad fiscalizadora, que para estos efectos es la Superintendencia de Salud o efectivamente están cometiendo improcedencias técnicas o legales.

Se buscará también conocer, si existen otras causales que han desencadenado este fenómeno, y determinar la responsabilidad de la Superintendencia de salud, en la fiscalización oportuna, para evitar posibles efectos, que vayan en detrimento del patrimonio de los cotizantes del sistema de salud Previsional Privado.

## CAPITULO I

**1.1.- Ley 18.469 o ley Fonasa:** Esta ley regula el ejercicio del Derecho Constitucional a la protección de la salud y crea régimen de prestaciones en salud, inicialmente será el marco regulatorio del sistema Público y privado hasta la puesta en marcha de la ley 19.933.

En su artículo primero, establece el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud que comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y a aquellas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse.

En el artículo cuarto, establece un Régimen de Prestaciones de Salud y sus beneficiarios tendrán derecho a las acciones de salud previstas en esta ley en las condiciones que ella establece.

El título uno denominado De Los Afiliados y Beneficiarios (Arts. 5-7), menciona y detalla quienes son los afiliados y sus beneficiarios.

**1.2.- Ley de Isapre 18.933:** Esta ley, crea la superintendencia de instituciones de salud previsional, (ISAPRE), dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Isapre y deroga el decreto con fuerza de ley N° 3, de salud, de 1981.

La mencionada ley en su título I denominado “De la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional”, artículo 1º, Da nacimiento a la

Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, que cuenta con personalidad jurídica y patrimonio propio. Determina en general, las funciones y atribuciones que le corresponderán a la Superintendencia, entre las cuales se encuentran:

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 en los aspectos jurídicos y financieros, 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 no tendrá derecho a remuneración por el desempeño de esta

función.

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 y determinar los principios contables de carácter general conforme a los cuales las instituciones deberán dar cumplimiento a la garantía contemplada en el artículo 26 y a los requerimientos de constitución y mantención del patrimonio mínimo que prevé el artículo 25.

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, sobre su situación jurídica, económica y financiera. Dichas publicaciones deberán efectuarse, a lo menos, una vez al año.

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

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 ley 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, el Superintendente 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 o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en la sede principal de sus negocios. Además, podrá citar a declarar a los representantes, administradores, asesores y dependientes de las entidades o personas 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.

El título II, denominado “De las Instituciones de Salud Previsional”, se refiere a la determinación del objeto social, a los alcances y límites a la formación y a las exigencias y toda la regulación correspondiente a las Isapres, incluyendo el establecimiento de las formas de relaciones existentes entre los afiliado y las Isapres.

El párrafo tercero de nominado “De las Cotizaciones”, se refiere a la forma de

establecer el vínculo entre el afiliado a la Isapre y directamente a las cotizaciones o pagos de estos por la suscripción de un plan de salud, estableciendo las tarifas a aplicar y las formalidades correspondientes en entero de las cotizaciones previsionales, siendo muy claro a las responsabilidades de los actores que intervienen como son las partes contratantes y el empleador o entidades encargada de enterar las cotizaciones previsionales, especial mención merece este párrafo de la ley toda vez que es el tema que nos interesa toda vez que queda validada la facultad de la Isapre a reajustar los precios de los planes, al establecerse la composición de una cotización obligatoria y leal y de una parte voluntaria que también tiene carácter de legal, sin embargo no es claro su alcance.

### **1.3.- Ley 20.015 modificatoria en la variación de precios**

El 10 de julio del 2005, entraron en vigencia la Ley No 19.966, que establece un Régimen General de Garantías en Salud y la Ley No 20.015, que introduce modificaciones a la Ley No 18.933 que rige a las instituciones de salud previsual. Esta ley contiene las modificaciones más relevantes a las Condiciones Generales del Contrato de Salud y principalmente en lo referido a las facultades de las Isapres a modificar en forma unilateral el precio del Plan de Salud, y establece el protocolo al que se ajustarán las Isapres para efectuar dichas modificaciones indicando expresamente, que el precio del Plan de Salud podrá experimentar modificaciones en la anualidad del contrato, con ocasión del proceso de revisión anual de contratos de salud que efectúe la Isapre, y/o con ocasión del aumento o la reducción de factor que corresponda a un beneficiario en razón de su edad, de acuerdo con la respectiva tabla, que la Isapre se encuentra obligada a aplicar.

Expresa claramente que anualmente, en el mes de suscripción del presente contrato de salud, la Isapre estará facultada para revisarlo, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones y exigencias referidas en el artículo 38 bis de la Ley No 18.933, 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/o beneficiario. Dichas condiciones generales deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes en el respectivo plan.

La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado mediante carta certificada expedida con a lo menos 3 meses de anticipación al vencimiento del período anual. En tales circunstancias, el afiliado podrá aceptar el contrato con la adecuación de precio propuesta por la Isapre, y en el evento que nada diga, se entenderá que acepta la propuesta. 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, a menos que el plan que se adecua corresponda al de menor precio que tenga la Isapre. Los planes alternativos que se ofrezcan deberán ser idénticos para todos los afiliados del plan cuyo precio se adecua, quienes, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se les ofrezcan o bien desafiliarse de la Isapre.

Si el afiliado estimare que los planes ofrecidos no reúnen las condiciones de equivalencia indicadas precedentemente, podrá recurrir ante la Superintendencia de Salud, acorde con lo dispuesto en el artículo 38 inciso 5o de la Ley No 18.933.

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 Isapre.

El artículo trece establece la determinación del precio del plan según Tabla de Factores. Concepto y aspectos generales sobre la Tabla de Factores. Se entiende por “Tabla de Factores” aquella tabla elaborada por la Isapre 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 de Salud que asumirá el valor unitario. Esta tabla constituye 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 este contrato o incorporarse a él, según corresponda, y que no podrá sufrir variaciones en tanto la persona permanezca adscrita a ese plan.

Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar por el plan de salud a la Isapre, ésta deberá aplicar a los precios base que resulten de las modificaciones o adecuaciones previstas en el artículo precedente, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores, cuya estructura será fijada por la Superintendencia de Salud, estableciendo los tipos de beneficiarios según sexo, condición de cotizante o carga y rango de edad.

Cada plan de salud sólo podrá tener incorporada una Tabla de Factores. La Isapre no podrá establecer más de dos Tablas de Factores para la totalidad de los planes de salud que esté comercializando.

Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, la Isapre podrá establecer

nuevas tablas cada 5 años, contados desde las últimas informadas a la Superintendencia de Salud, manteniéndose vigentes las anteriores en los planes de salud que las hayan incorporado.

La tabla del 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 de autorización previa de la Superintendencia; y dicha disminución se hará aplicable a todos los planes de salud que utilicen esa tabla.

La Isapre estará obligada 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 con a lo menos 3 meses de anticipación al vencimiento de la anualidad del afiliado.

Dentro de los marcos indicados precedentemente y sujetándose a las reglas que se expresarán a continuación, la Isapre es libre para determinar los factores de cada tabla que emplee.

El grupo de referencia que deberá asumir el valor igual a 1,0 es el cotizante masculino para el rango o grupo de edad comprendido entre los 30 y 34 años.

La relación máxima entre el factor más bajo y el más alto de cada tabla será de hasta 9 veces en el caso de las mujeres, y de hasta 14 veces tratándose de los hombres, para el período comprendido entre el 1o de Julio de 2005 y el 1o de Julio de 2015. 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 Plan Complementario de Salud que forma parte del presente contrato, se fija la estructura de la Tabla de Factores del mismo plan, en la que se determinan los tramos de edad que deberán considerarse.

## **CAPITULO II**

### **2.1.- La Asociación de Isapres**

Chile cuenta con un sistema mixto de salud. El sector estatal se consolidó a partir de 1952 con la creación del Servicio Nacional de Salud que llegó a administrar 33.000 camas (90%) del total del país y proporcionaba la mayoría de las consultas médicas y exámenes de apoyo diagnóstico a nivel nacional. El SNS tuvo una importancia histórica en el desarrollo de la salud en Chile, siendo pionero en América Latina, pero con el tiempo comenzó a padecer los problemas derivados de una extrema concentración de los recursos, en donde el Estado tenía un rol preponderante en cuanto a la administración y entrega de servicios.

Las instituciones de Salud Previsional ISAPRE nacieron en 1981 en virtud de la dictación del D.F.L. N° 3 del Ministerio de Salud, dando origen a una de las más trascendentales reformas del sector. Ello permitió la administración privada de la cotización obligatoria de salud de los trabajadores, al mismo tiempo que se reconoció la libertad y capacidad de las personas para optar al Sistema de salud de su preferencia. La ley actualmente vigente que regula el sistema es la ley N° 18.933.

### **Visión de la Reforma de Salud**

El proceso legislativo impulsado por el Gobierno, para reformar el actual

sistema de salud de Chile consideró un aumento del IVA para financiar los cambios en el sector público, la modificación de las obligaciones de solvencia de las ISAPRES, cambios a la autoridad sanitaria, la creación de las Garantías en Salud (GES), proyecto conocido como AUGE y terminó con la promulgación de la ley de ISAPRES, en Mayo de 2005. Consecuente con lo anterior, resulta procedente efectuar un análisis de los cambios que dichas reformas legales implicarán y sus consecuencias.

Se entiende que el propósito de todo sistema de salud es aumentar el bienestar de la población, mejorando el nivel general de salud de la misma. Para cumplir con esto, los sistemas de salud deben alcanzar simultáneamente un adecuado nivel de equidad y de eficiencia. Con eficiencia y sin equidad, es posible que sólo una parte de la población acceda a la atención de salud adecuada, y con equidad y sin eficiencia no se otorgará el máximo nivel de salud posible con los recursos disponibles. Asimismo, el conocimiento y medios que la medicina dispone actualmente para aliviar la enfermedad y posponer la muerte, es enorme, pero Chile, al igual que el resto de los países, no cuenta con los recursos para aplicar todo ese conocimiento y técnica a toda la población. En efecto, el Estado debe seleccionar las acciones de salud posibles de financiar, priorizando aquellas que propendan al mayor bienestar. Sin embargo esto no es suficiente. Paralelamente se debe crear las condiciones para que los recursos disponibles en la entrega de servicios médicos, se utilicen con la máxima eficiencia. En consecuencia, será la correcta y simultánea aplicación de ambos conceptos, priorización y condiciones de máxima eficiencia, lo que permitirá lograr el mayor nivel de salud para toda la población.

Chile registra buenos indicadores de salud gracias al desarrollo económico y

educacional alcanzado, y a las políticas de salud. Asimismo, la creación de una amplia red de centros de atención primaria, y de una excelente red privada, ha permitido dar cobertura suficiente a la población. Sin embargo, los desafíos actuales son diferentes a los del pasado: se aprecia un cambio epidemiológico hacia enfermedades no transmisibles, degenerativas y crónicas, envejecimiento y malos hábitos de vida. En consecuencia, el sistema está transitando de acciones de relativo bajo costo a acciones de alto costo, con un continuo crecimiento de los costos de salud por sobre el aumento económico y de las remuneraciones.

La experiencia demuestra que los mecanismos de financiamiento y los incentivos son claves para el funcionamiento eficiente de los sistemas de salud. FONASA otorga un beneficio de salud igual a todos sus beneficiarios, y sus afiliados pagan un porcentaje fijo del ingreso de cada individuo (7% de la renta). Por ello, la diferencia entre el costo real de las prestaciones y la cotización pagada, se debe compensar con subsidio fiscal, para equilibrar ingresos y gastos. Por su parte, Las ISAPRES ofrecen múltiples planes los que son seleccionados por cada cotizante dependiendo de su nivel de ingreso y sus necesidades. Para su financiamiento, tarifican según el costo esperado y, por tanto, los precios son proporcionales al riesgo de cada individuo. Esta diferente lógica de funcionamiento hace que la población de menor ingreso, y aquellos que desean cotizar lo mínimo independientemente de su riqueza, opten por FONASA, y los de mayor renta optan por una Isapre. Así el Estado, altamente subsidiado, compete con las Isapres. De esta forma, se mantiene arbitrariamente una grave discriminación que fortalece el mayor monopolio público que opera actualmente en la economía chilena: el sector público de

salud.

Precisando algunos aspectos de la reforma, cabe señalar que transformó la Superintendencia de Isapres en una de Salud, para controlar tanto a prestadores como aseguradores, públicos y privados, y garantizar así el ejercicio de los derechos que emanan de la ley del Régimen de Garantías en Salud, GES. Lo anterior, porque establece que las atenciones que corresponden al régimen GES, dejan de ser “beneficios” y se convierten en “derechos exigibles” para toda la población. También, modifica los programas de prevención con metas universales de cobertura, más adecuado a los problemas actuales. Por otra parte, crea un fondo compensatorio entre Isapres que resulta innecesario y redundante, ya que castiga a las familias numerosas. Además, contempla cierta apertura con la creación de hospitales públicos autogestionados. En el sector privado, norma el traspaso de cartera entre ISAPRES, aumenta sus exigencias financieras, dispone una intervención precoz del regulador ante un problema económico, y regula el mecanismo de reajuste de precios y de adecuación de planes. Además, crea un mecanismo de mediación para minimizar la judicialización de los conflictos entre pacientes y prestadores.

No obstante lo anterior, para mejorar el accionar del sistema de salud y, con esto, lograr una mayor eficiencia y mejor acceso a la atención de salud de la población, es necesario avanzar en los siguientes cambios:

El Ministerio de Salud debe concentrar sus funciones en regular, controlar, subsidiar y establecer las políticas y estrategias del sector salud, delegando las acciones operativas en organismos autónomos que aseguren y provean los servicios de salud.

El Estado debe focalizar el subsidio fiscal en la población de escasos recursos, que no pueda financiar por si mismo parte o la totalidad de los beneficios universales establecidos, situación que no ocurre actualmente.

Se deben crear condiciones para que opere una competencia regulada entre aseguradores y prestadores públicos y privados, que centren sus esfuerzos en otorgar tanto las coberturas establecidas (AUGE+Fonasa libre Elección) como las prestaciones complementarias, con un nivel garantizado de calidad.

La administración de los establecimientos públicos debe ser autónoma para que puedan alcanzar su mayor efectividad, con un marco jurídico moderno que permita disponer de toda la capacidad para administrar sus recursos, pasando de ser organismos públicos a empresas públicas o concesionadas.

En suma, de acuerdo al análisis efectuado anteriormente, se puede concluir que la reforma contiene elementos positivos, no obstante que redundará en un aumento de los costos del sector público y de las ISAPRES. En el caso del primero, como se indicó anteriormente, el mayor costo se financiará con impuestos, mientras que en el caso de las ISAPRES, este costo adicional se traducirá en mayores precios y menor libertad de gestión. Así, las garantías GES que se revisan cada tres años y que evidentemente incrementarán su contenido y cobertura en el futuro, implicarán más exigencias financieras para los beneficiarios del sector privado. En consecuencia, de no mediar un cambio relativo a la portabilidad del subsidio fiscal por garantizar la libertad de elección del sistema de salud a toda la población, la reforma aumentará la brecha existente entre ambos sistemas. Esto último, más una modernización de la red pública hospitalaria con apertura a privados, por medio de las concesiones y gestión moderna, son los verdaderos cambios que se requieren para provocar

el gran avance del sistema de salud chileno.

## **2.2.- Principios de cotización en el Sistema de seguridad Social**

La Seguridad Social ha acuñado el concepto de cotización para lo cual ha institucionalizado algunos principios que son la base inspiradora de su aplicación:

**Especialización:** Debe afectarse al órgano gestor, se asegura la autonomía financiera del órgano y el destino de los recursos.

**Unidad:** Implica que se ha de pagar toda la cotización en un órgano único, facilitando la recaudación y fiscalización.

**Uniformidad:** la cotización debe ser única en general, las cotizaciones deben ser las mismas en igualdad de condiciones, en relación a los riesgos: La cuota no debe sufrir aumentos o disminuciones para determinadas personas en función a los riesgos.

**Proporcionalidad:** En cuanto a que debe guardar relación o proporción con las remuneraciones de sus afiliados. Su fundamento se encuentra en los principios rectores de la SS como la solidaridad, justicia distributiva y predistribución de la renta.

## **2.3.- Definición de términos**

A manera de cumplir con el propósito de informar que es una de los interés de esta investigación, se presenta alguna definición de términos comúnmente usados en las expresiones y conceptualizaciones contenidas en la ley , por cuanto haremos referencia a ello conforme se establecen en la ley 18933.-  
Artículo 2º:

a) La expresión "Superintendencia" por Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional;

- b) La expresión "Institución" o "ISAPRE", por Institución de Salud Previsional;
- c) La expresión "Patrimonio", por el patrimonio mínimo establecido en el artículo 25 de esta ley;
- d) La expresión "Garantía", por la garantía establecida en el artículo 26 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 6° de la ley N° 18.469;
- g).La expresión "Registro", corresponde a la inscripción de una persona jurídica en la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional para poder operar como ISAPRE, y
- h) La expresión "cotización para salud", corresponde a las cotizaciones a que hace referencia el artículo 7° de la ley N° 18.469, o a la superior que se pacte entre el cotizante y la institución.

## **CAPITULO III**

### **3.1.- Análisis e implicancias del fallo del Tribunal Constitucional sobre Isapres.**

Causa Rol 976.07 26 junio de 2008.

Declaró inaplicable el Art. 38 ter. de la ley 18.933, por cuanto lo declaró inconstitucional.

Fundamento: El tribunal estimo que la aplicación que la ley concede a las Isapres, en la práctica vulnera el derecho a la libre elección del sistema de salud, asegurado en el artículo 19 N° 9 de la Constitución

### **3.2.- Argumento General utilizado por las Isapre para el reajuste de precios**

Las Isapre en Particular, al aplicar el protocolo que establece la ley para la modificación del precio de los Planes de Salud, además de ajustarse debidamente al procedimiento establecido, entrega en general dos argumentos de fondo a fin de justificar su proceder, los que se resumen en que la “Inflación en el área médica es superior a la de otros sectores.” y el “Mayor uso de las prestaciones y nuevas tecnologías de mayor costo.

### **3.3.- Argumentos de las sentencias de tribunales:**

Las Cortes de Justicia por su parte al conocer de los recursos interpuestos en general han acogido las pretensiones de los recurrentes, argumentando lo siguiente:

“Todo sostiene que la Isapre tiene que aplicar el aumento en forma restrictiva y con fundamentos”

“No se entregan razones concretas que justifiquen el reajuste”

“Que la recurrida actuó ilegal y arbitrariamente al revisar los precios de los planes de salud.”

“ Que los argumentos son de general aplicación, toda vez que la facultad revisora de la Isapre debe entenderse condicionada a un cambio efectivo del gasto de las prestaciones médicas y a un aumento sustancial de sus costos y No por simple aumento debido a fenómenos inflacionarios”

### **3.4- Otros Argumentos**

#### **El Instituto Libertad y Desarrollo 25.07.2008.**

La norma Constitucional protege la Libertad de elección entre Isapres y entre estas y Fonasa, pero no puede garantizar que todo aquel que quiera perseverar en un sistema siga en él, sin consideraciones a otros factores relevantes al momento de contratar un plan de salud.

Hacerlo implica desconocer el funcionamiento de un sistema privado que requiere de los recursos de sus afiliados para mantenerse.

## CONCLUSIONES

Después de revisado detalladamente los antecedentes presentados en este trabajo, en atención a los principios generales del derecho, de los principios generales de la seguridad social y los órganos que la representan, los argumentos esgrimidos por la Superintendencia de Isapres, y los argumentos que fijan la Asociación de Isapres, en general como así los argumentos de cada Isapre en particular, debemos atender la norma especial que los regula, tanto en lo referido a la Ley 18.933, como la norma que regula el actuar general de cada uno de los procedimientos de las Isapre en particular, como así, especial atención a la Ley N° 20.015 10 de julio de 2005, que especialmente regula cada procedimiento rigurosamente a seguir antes a objeto de decidir si corresponde o no aplicar reajustes unilateral a los planes de salud.

Con estos antecedentes, este concluye, concluye que en efecto las Isapre, están en su derecho de efectuar el aumento unilateral de los planes de salud, conforme al estricto cumplimiento de la norma especial los regula.

No obstante este derecho, es una cuestión absolutamente técnica y como consiguiente imparcial en la determinación y aplicación, si bien la norma no exige cálculos precisos en cada contrato individual, si lo exige a lo menos en los grupos de planes que tiene registrado para comercialización de cada Isapre.

Ahora bien, si bien es cierto que el procedimiento técnicamente, ajustado a derecho es absolutamente legítimo, también es cierto, que la norma debe tener una interpretación mas acabada por parte de los órganos jurisdiccionales, toda vez que tales instituciones privadas, no obedecen solo a una regulación de

contratos privados, sino que estas Instituciones de salud de Salud Previsional, son órganos subsidiarios del sistema de Seguridad Social del Estado, por cuanto deben a lo menos ajustarse a los principios del sistema de Seguridad Social, tanto en la regulación como en la aplicación de los procedimientos, que implican intereses de índole económicos para solo una de las partes, cuando especialmente actúan con una garantía tan especial de actuar unilateralmente en la modificación de un contrato privado.

Con todo, este investigador considera:

Que las Isapre al menos aparentemente, las Isapre, no estarían cometiendo un ilícito, ni menos una arbitrariedad, en la aplicación del aumento unilateral de los planes o grupos de planes de salud contratados por los cotizantes.

Que el uso de las facultades otorgadas por ley de la república, si son estrictamente aplicados conformes a lo que la norma autoriza no merece reclamo formal.

Que, la Superintendencia de Isapre, conforme a sus limitadas facultades, no tendrían competencia para cuestionar el actuar de las Isapre en esta materia.

Que, los Tribunales en la especie, se han limitado a establecer si la conducta del demandado se ajusta o no a la norma que los regula, y conforme a esto han fallado a favor de los argumentos de las Isapre.

Que, ante tanta imprecisión de interpretación de las normas y atento a la relevancia de un derecho Constitucional como es la Salud, se requerirá de que sean los Tribunales superiores de justicia, quienes deberán revisar el sí en tal proceder de las Instituciones de Salud Previsional, existiría algún vicio o abuso de la ley, en la aplicación de su derecho, que este afectando derechos superiores de los cotizantes en cuanto su calidad de contratantes de un

servicio de este tipo que es un verdadero híbrido entre una institución de seguro privado y una institución de salud previsional ajustado a la seguridad social.

## BIBLIOGRAFÍA

- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE CHILE
  
- HUMERES MORGAN Héctor y HUMERES NOGUER Héctor -Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social –Editorial Jurídica de Chile
  
- CEA EGAÑA José Luís - Derecho Constitucional de Chile, tomo II Derechos y Deberes Constitucionales - Ediciones Universidad Católica de Chile.
  
- BARAONA GONZALEZ Jorge, A propósito del fallo del Tribunal Constitucional en el caso de la Ley de Isapres – La Semana Jurídica N° 382, noviembre de 2008.
  
- Fallo del Tribunal Constitucional sobre Isapres – Tribunal Constitucional
  
- Ley Isapre 18.933.-
  
- Ley 20.015, Modificación Ley 18.933.-

## ANEXOS

**Ley de Isapre 18.933 crea la superintendencia de instituciones de salud previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Isapre y deroga el decreto con fuerza de ley N° 3, de salud, de 1981.**

### TITULO I

#### **De la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional**

**Artículo 1.-** Créase la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se regirá por esta ley y su reglamento y se relacionará 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.

**Artículo 2.-** Para los fines de esta ley se entenderá:

- a) La expresión "Superintendencia" por Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional;
- b) La expresión "Institución" o "ISAPRE", por Institución de Salud Previsional;

- c) La expresión "Patrimonio", por el patrimonio mínimo establecido en el artículo 25 de esta ley;
- d) La expresión "Garantía", por la garantía establecida en el artículo 26 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 6° de la ley N° 18.469;
- g).La expresión "Registro", corresponde a la inscripción de una persona jurídica en la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional para poder operar como ISAPRE, y
- h) La expresión "cotización para salud", corresponde a las cotizaciones a que hace referencia el artículo 7° de la ley N° 18.469, o a la superior que se pacte entre el cotizante y la institución.

Artículo 3.- Corresponderán a la Superintendencia, en general, las siguientes funciones atribuciones:

- 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 en los aspectos jurídicos y

financieros, 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 no tendrá derecho a remuneración por el desempeño de esta función.

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 y determinar los principios contables de carácter general conforme a los cuales las instituciones deberán dar cumplimiento a la garantía contemplada en el artículo 26 y a los requerimientos de constitución y mantención del patrimonio mínimo que prevé el artículo 25.

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, sobre su situación jurídica, económica y financiera. Dichas

publicaciones deberán efectuarse, a lo menos, una vez al año.

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

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 ley 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, el Superintendente 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 o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los

libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en la sede principal de sus negocios. Además, podrá citar a declarar a los representantes, administradores, asesores y dependientes de las entidades o personas 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.

**Artículo 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.

**Artículo 5.-** Las sanciones que aplique la Superintendencia deberán constar en resolución fundada, que será notificada por carta certificada por un ministro de fe, que podrá ser funcionario de la Superintendencia. En este caso, tales ministros de fe serán designados con anterioridad por el Superintendente.

**Artículo 6.-** En contra de las resoluciones o instrucciones que dicte la Superintendencia podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción. La Superintendencia deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.

**Artículo 7.-** En contra de la resolución que deniegue la reposición, el afectado podrá reclamar, dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, 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 hábiles a la Superintendencia. Evacuando 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 cuando corresponda. 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 reclamar contra resoluciones que impongan multas, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que será aplicada en beneficio fiscal si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco unidades tributarias mensuales, vigentes a la fecha de la resolución reclamada, destinándose también a beneficio fiscal, en caso de inadmisibilidad o rechazo del 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.

La notificación de la interposición del recurso no suspende los efectos de lo ordenado por la Superintendencia, sin perjuicio de la facultad del tribunal para decretar una orden de no innovar. Las resoluciones que apliquen multa, cancelen o denieguen el registro de una Institución, sólo deberán cumplirse una

vez ejecutoriada la resolución respectiva.

El Superintendente podrá delegar para estos efectos la representación judicial de la Superintendencia, en conformidad al artículo 10, letra d) de esta ley; en este caso los funcionarios en quienes haya recaído tal delegación, 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 personalmente como medida para mejor resolver. La Superintendencia estará exenta de la obligación de efectuar consignaciones judiciales.

**Artículo 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.

## TITULO II

### De las Instituciones de Salud Previsional

#### Párrafo 1°

#### De las Instituciones

**Artículo 21.-** 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 efectos de la aplicación de lo dispuesto en el número 7 del artículo 13 de la ley sobre Impuesto 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.

**Artículo 21 bis.-** Las Instituciones de Salud Previsional deberán proporcionar información suficiente y oportuna a sus afiliados respecto de las materias fundamentales de sus contratos, tales como valores de los planes de salud,

modalidades y condiciones de otorgamiento.

Las Instituciones de Salud Previsional deberán también mantener a disposición de sus afiliados y de terceros las informaciones a que se refiere el inciso anterior.

**Artículo 22.-** 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.

Las Instituciones no podrán celebrar convenios con los Servicios de Salud creados en el decreto ley N° 2.763, del año 1979, para el otorgamiento de los beneficios pactados.

No obstante lo dispuesto en el inciso precedente, podrán celebrarse convenios que se refieran específicamente a la utilización de pensionados, unidades de cuidado intensivo y atención en servicios de urgencia, los que a su vez podrán comprender la realización de intervenciones quirúrgicas o exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico. Estos convenios podrán ser celebrados por cada Servicio de Salud con una o más instituciones y en ellos los valores de esas prestaciones serán libremente pactados por las partes. En todo caso, ni la celebración ni la ejecución de estos convenios podrá ser en detrimento de la atención de los beneficiarios legales, quienes tendrán siempre preferencia sobre cualquier otro paciente. Sin perjuicio de lo anterior, en los casos de atenciones de emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, las instituciones deberán pagar directamente a los Servicios de Salud el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus afiliados, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que esté en condiciones de ser derivado a otro

establecimiento asistencial. Si no existiere convenio, el valor será aquél que corresponda al arancel para personas no beneficiarias de la ley N° 18.469, a que se refiere el artículo 24 de la ley N° 18.681 y se aplicará sobre todas las prestaciones efectivamente otorgadas.

Lo dispuesto en el inciso precedente se aplicará también respecto de atenciones de emergencia, debidamente certificadas por un médico cirujano, otorgadas por establecimientos asistenciales del sector privado. El valor a pagar por las instituciones será el que corresponda al pactado; en caso de no existir convenio, se utilizarán los precios establecidos por el establecimiento asistencial que otorgó las atenciones.

En las situaciones indicadas en los incisos cuarto y quinto de este artículo, las instituciones podrán repetir en contra del afiliado el monto que exceda de lo que les corresponda pagar conforme al plan de salud convenido.

Asimismo, en las situaciones indicadas en los incisos cuarto y quinto de este artículo, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención.

Para los efectos de la aplicación de este artículo se entenderá que las Instituciones han otorgado un préstamo a sus cotizantes por la parte del valor de las prestaciones que sea de cargo de éstos, si una vez transcurrido el plazo de 30 días hábiles desde que la Isapre ha pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas, el cotizante no ha enterado dicho monto directamente a la Institución de Salud Previsional. Dicho préstamo deberá pagarse por el afiliado en cuotas iguales y sucesivas, con vencimientos mensuales, en las que se incluirá el reajuste conforme al Índice de Precios al Consumidor y un interés

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. Las cuotas mensuales no podrán exceder del 5% de la remuneración o renta imponible, tratándose de los afiliados dependientes, independientes o pensionados, ni de una suma equivalente al precio del plan de salud contratado, en el caso de los voluntarios. Para los efectos de la aplicación de este mecanismo, la Institución no podrá exigir a los usuarios cheques para garantizar el préstamo que se haya otorgado.

Para hacer efectivo el pago del crédito, la Institución notificará al afiliado y al empleador o entidad pagadora de la pensión, el monto que deberá enterarse mensualmente por el cotizante por concepto del préstamo otorgado y el plazo que durará el servicio de la deuda.

El pago del crédito se realizará por el afiliado en forma directa, si fuere independiente o voluntario, o a través del empleador o entidad previsional, si fuere dependiente o pensionado. En este último caso, el empleador o entidad pagadora de la pensión deberá retener y enterar en la Institución de Salud

Previsional, la cuota mensual correspondiente, de conformidad con los plazos y procedimientos previstos en los artículos 30 y 31 de esta ley.

Para el solo efecto del pago de este crédito, en caso de incumplimiento por parte del afiliado que deba pagar en forma directa, se aplicará lo dispuesto en los incisos quinto y sexto del citado artículo 31, salvo en lo que se refiere a la aplicación de las sanciones penales previstas en la ley N° 17.322.

Sin perjuicio del sistema de crédito y pago enunciado en los incisos anteriores, el afiliado y la respectiva Institución de Salud Previsional podrán convenir otra

modalidad de hacer efectivo el pago que corresponda al afiliado de acuerdo al plan de salud correspondiente.

Facultase a la Superintendencia para impartir instrucciones sobre los requisitos, modalidades y garantías del otorgamiento y servicio del crédito establecido en este artículo y, en su caso, para resolver sobre la aplicación de esta disposición a otros créditos que las Instituciones de Salud Previsional otorguen a sus afiliados.

**Artículo 23.-** Ninguna persona natural o jurídica que no hubiere 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 del artículo 7° de la ley N° 18.469.

Tampoco podrá poner en su local u oficina plancha o aviso que contenga, en cualquier idioma, 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 nombres y otras palabras que indiquen que los negocios a que se dedica dicha persona son del giro de dichas Instituciones. Le estará, asimismo, prohibido efectuar propaganda por la prensa u otro medio de publicidad en que se haga uso de tales expresiones.

Las infracciones a que se refieren los incisos anteriores de este artículo, serán castigadas con presidio menor en sus grados medio a máximo.

El que sin tener la calidad de beneficiario, mediante simulación o engaño, obtuviere los beneficios establecidos en esta ley; y el beneficiario que, en igual

forma, obtenga uno mayor que el que le corresponda, será sancionado con reclusión menor en sus grados mínimos a medio. En igual sanción incurrirá el que coopere o facilite por cualquier medio la comisión de estos delitos.<sup>4</sup>

### **Párrafo 3°**

#### **De las Cotizaciones**

**Artículo 29.-** 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 Superintendencia y a la entidad encargada del pago de la pensión, si el cotizante fuere pensionado, o al empleador, si fuere trabajador dependiente, antes del día 10 del mes siguiente a la suscripción del contrato. Estas comunicaciones, como también las relativas al término del contrato, que deberán informarse a la Superintendencia y 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 dicha Superintendencia establezca.

**Artículo 30.-** 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.

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, quien 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 sus 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.

**Artículo 32 bis.-** Toda vez que se produjeran excedentes de la cotización legal en relación con el precio del plan convenido, en los términos a que se refiere el inciso siguiente, esos excedentes serán de propiedad del afiliado e inembargables, aumentando la masa hereditaria en el evento de fallecimiento, a menos que el afiliado renuncie a ellos y los destine a financiar los beneficios adicionales de los contratos que se celebren conforme al artículo 39 de esta ley.

Para los efectos de determinar los excedentes a que se refiere este artículo, se considerará como cotización legal la percibida por la Institución y aquella que haya sido declarada, aun cuando no se haya enterado efectivamente.

Los excedentes que se produjeran incrementarán una cuenta corriente individual que la Institución deberá abrir a favor del afiliado, a menos que el cotizante renuncie a ella y repacte con la Institución de Salud Previsional que los eventuales excedentes que se produzcan durante la respectiva anualidad sean destinados a financiar un plan de salud que otorgue mayores beneficios. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 38, el saldo acumulado en la cuenta corriente podrá ser requerido por el afiliado o beneficiario sólo para los siguientes fines:

- 1) Para cubrir las cotizaciones en caso de cesantía;
- 2) Copago, esto es, aquella parte de la prestación que es de cargo del afiliado;
- 3) Para financiar prestaciones de salud no cubiertas por el contrato;
- 4) Para cubrir cotizaciones adicionales voluntarias, y
- 5) Para financiar un plan de salud cuando el afiliado reúna los requisitos que la ley establece para pensionarse, durante el lapso comprendido entre la solicitud de la jubilación y el momento en que ésta se hace efectiva.

En cualquier momento, el afiliado podrá resolver el destino de los excedentes de su cuenta corriente, de acuerdo al inciso precedente.

Al momento de celebrarse el contrato de salud o en sus sucesivas adecuaciones anuales, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual no podrá ser superior al 10% de la cotización legal para salud, calculada sobre el monto promedio de los últimos tres meses de la remuneración, renta o pensión según sea el caso, sin perjuicio del tope legal establecido. Con todo, la totalidad de los excedentes siempre incrementará la cuenta corriente individual del usuario.

Los fondos acumulados en la cuenta corriente se reajustarán de acuerdo a la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor y devengarán el interés corriente para operaciones reajustables en moneda nacional a que se refiere el artículo 6°, de la ley N° 18.010. El reajuste y el interés deberán ser abonados cada seis meses en la cuenta corriente por la respectiva Institución de Salud Previsional. Por su parte, la Institución podrá cobrar semestralmente a cada cotizante por la mantención de la cuenta un porcentaje cuyo monto máximo será fijado por la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, siempre y cuando el saldo de ella sea positivo.

Con todo, cuando por cualquier causa se ponga fin a un contrato, la Institución deberá entregarle al afiliado, en un plazo máximo de 30 días contado desde el término, una liquidación en que se detalle el monto de lo acumulado en la cuenta abierta por ella a su favor, debidamente actualizado. Igual liquidación deberá ser puesta en conocimiento del afiliado con a lo menos 60 días de anticipación al cumplimiento de la anualidad.

Los excedentes producidos durante la respectiva anualidad que no sean utilizados por cualquier causa, se acumularán para el período siguiente.

En el evento en que se ponga término al contrato de salud y el interesado se incorpore a otra Isapre, deberán traspasarse dichos fondos a la respectiva Institución de Salud Previsional. Si el interesado decide, a partir de ese momento, efectuar sus cotizaciones en el Fondo Nacional de Salud, los haberes existentes a su favor deberán ser traspasados a dicho fondo.<sup>5</sup>

### **1.3.- Ley 20.015 modificatoria en la variación de precios**

#### **NUEVAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DEL SALUD**

El 10 de julio del 2005, entraron en vigencia la Ley No 19.966, que establece un Régimen General de Garantías en Salud y la Ley No 20.015, que introduce modificaciones a la Ley No 18.933 que rige a las instituciones de salud previsional. El presente instrumento contiene las modificaciones más relevantes a las Condiciones Generales del Contrato de Salud introducidas por la indicada legislación, por consiguiente, dichas condiciones de entenderán modificadas en todo aquello que se oponga a lo señalado a este anexo, sin perjuicio de serles aplicables en lo pertinente las nuevas disposiciones legales que aquí no se reproducen. En todo lo demás, queda vigente lo establecido en

las actuales Condiciones Generales del Contrato de Salud.

## **V. PRECIO DEL PLAN.**

### **ARTICULO 12o: Modificación del precio.**

12.1.- El precio de los beneficios de las Garantías Explícitas en Salud (“GES”) se expresa en unidades de fomento o moneda de curso legal en el país (pesos), está determinado en forma unitaria e igualitaria para todos los beneficiarios de la Isapre, y corresponde al informado por la misma Isapre a la Superintendencia de Salud y publicado por ésta en el Diario Oficial con anticipación a la entrada en vigencia del decreto que contenga las GES o su modificación. Este precio es independiente del precio del Plan de Salud Complementario, y podrá ser modificado cada 3 años, a menos que el decreto que establece las GES sea revisado en un período inferior.

12.2.- El precio del Plan de Salud Complementario se expresa en unidades de fomento o moneda de curso legal en el país.

En el caso de planes grupales y los contratos a que se refiere el inciso final del artículo 39 de la Ley No 18.933, el precio podrá expresarse en un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud. El precio final del Plan de Salud Complementario se obtiene de la multiplicación del “precio base”, que corresponde al asignado por la Isapre al respectivo plan y que es idéntico para todas las personas que lo contraten, por los factores que correspondan al afiliado y a los beneficiarios, de conformidad a la tabla de factores por sexo, edad, y condición de cotizante o carga contenida en el plan, que el afiliado o beneficiario declara conocer y aceptar. Esta tabla no podrá variar para los beneficiarios mientras se encuentren adscritos al plan, 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.

El precio del Plan de Salud Complementario podrá experimentar modificaciones en la anualidad del contrato, con ocasión del proceso de revisión anual de contratos de salud que efectúe la Isapre, y/o con ocasión del aumento o la reducción de factor que corresponda a un beneficiario en razón de su edad, de acuerdo con la respectiva tabla, que la Isapre se encuentra obligada a aplicar.

12.3.- Revisión anual del contrato. Anualmente, en el mes de suscripción del presente contrato de salud, la Isapre estará facultada para revisarlo, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones y exigencias referidas en el artículo 38 bis de la Ley No 18.933, 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/o beneficiario. Dichas condiciones generales deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes en el respectivo plan.

La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado mediante carta certificada expedida con a lo menos 3 meses de anticipación al vencimiento del período anual. En tales circunstancias, el afiliado podrá aceptar el contrato con la adecuación de precio propuesta por la Isapre, y en el evento que nada diga, se entenderá que acepta la propuesta. 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, a menos que el plan que se adecua corresponda al de menor precio que tenga la

Isapre. Los planes alternativos que se ofrezcan deberán ser idénticos para todos los afiliados del plan cuyo precio se adecua, quienes, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se les ofrezcan o bien desafiliarse de la Isapre.

Si el afiliado estimare que los planes ofrecidos no reúnen las condiciones de equivalencia indicadas precedentemente, podrá recurrir ante la Superintendencia de Salud, acorde con lo dispuesto en el artículo 38 inciso 5o de la Ley No 18.933.

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 Isapre.

**ARTICULO 13o:** Determinación del precio del plan según Tabla de Factores.

13.1.- Concepto y aspectos generales sobre la Tabla de Factores. Se entiende por “Tabla de Factores” aquella tabla elaborada por la Isapre 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 de Salud que asumirá el valor unitario. Esta tabla constituye 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 este contrato o incorporarse a él, según corresponda, y que no podrá sufrir variaciones en tanto la persona permanezca adscrita a ese plan.

Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar por el plan de salud a la Isapre, ésta deberá aplicar a los precios base que resulten de las

modificaciones o adecuaciones previstas en el artículo precedente, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores, cuya estructura será fijada por la Superintendencia de Salud, estableciendo los tipos de beneficiarios según sexo, condición de cotizante o carga y rango de edad.

13.2.- Alcances y reglas de aplicación de la Tabla de Factores. Cada plan de salud sólo podrá tener incorporada una Tabla de Factores. La Isapre no podrá establecer más de dos Tablas de Factores para la totalidad de los planes de salud que esté comercializando.

Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, la Isapre podrá establecer nuevas tablas cada 5 años, contados desde las últimas informadas a la Superintendencia de Salud, manteniéndose vigentes las anteriores en los planes de salud que las hayan incorporado.

La tabla del 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 de autorización previa de la Superintendencia; y dicha disminución se hará aplicable a todos los planes de salud que utilicen esa tabla de factores.

La Isapre estará obligada 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 con a lo menos 3 meses de anticipación al vencimiento de la anualidad del afiliado.

13.3.- Factores. Dentro de los marcos indicados precedentemente y sujetándose a las reglas que se expresarán a continuación, la Isapre es libre para determinar los factores de cada tabla que emplee.

El grupo de referencia que deberá asumir el valor igual a 1,0 es el cotizante masculino para el rango o grupo de edad comprendido entre los 30 y 34 años.

La relación máxima entre el factor más bajo y el más alto de cada tabla será de hasta 9 veces en el caso de las mujeres, y de hasta 14 veces tratándose de los hombres, para el período comprendido entre el 1o de Julio de 2005 y el 10 de Julio de 2015.

En cada tramo, el factor que corresponda a una carga no podrá ser superior al factor que corresponda a un cotizante del mismo sexo.

13.4.- Estructura de la Tabla de Factores. En el Plan Complementario de Salud que forma parte del presente contrato, se fija la estructura de la Tabla de Factores del mismo plan, en la que se determinan los tramos de edad que deberán considerarse.