Biblioteca del Congreso Nacional de Chile Legislación chilena

Tipo Norma :Decreto con Fuerza de Ley 1
Fecha Publicación :24-04-2006
Fecha Promulgación :23-09-2005
Organismo :MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
Título :FIJA TEXTO REFUNDIDO, COORDINADO Y SISTEMATIZADO DEL DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979 Y DE LAS LEYES N° 18.933 Y N° 18.469.
Tipo Version :Ultima Version De : 17-02-2012
Inicio Vigencia :17-02-2012
Id Norma :249177
Ultima Modificación :17-FEB-2012 Ley 20575
URL :http://www.leychile.cl/N?i=249177&f=2012-02-17&p=

FIJA TEXTO REFUNDIDO, COORDINADO Y SISTEMATIZADO DEL DECRETO LEY N° 2.763, DE 1979 Y DE LAS LEYES N° 18.933 Y N° 18.469.

D.F.L. Núm. 1.- Santiago, 23 de septiembre de 2005.- Visto: Lo dispuesto en el artículo 64 de la Constitución Política de la República y la facultad que me ha conferido el artículo cuarto transitorio de la ley N°20.015, se ha acordado dictar el siguiente

Decreto con fuerza de ley:

LIBRO I

DE LOS ORGANISMOS PÚBLICOS DE SALUD

DISPOSICIONES PRELIMINARES

Artículo 1º.- Al Ministerio de Salud y a los demás organismos que contempla el presente Libro, compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones. D.L. Nº 2763/79 Art. 1º

Artículo 2º.- Para los efectos del presente Libro, integran el sector salud todas las personas, naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones mencionadas en el artículo 1º. D.L. Nº 2763/79 Art. 2º

Las personas naturales o jurídicas, públicas y privadas que laboran en salud coordinadamente, dentro de los marcos fijados por el Ministerio de Salud para el cumplimiento de las normas y planes que éste apruebe, constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud, en adelante el Sistema.

Artículo 3º.- Las personas, instituciones y demás entidades privadas, gozarán de libre iniciativa para realizar acciones de salud, en la forma y condiciones que determine la ley, así como para adscribirse al Sistema, suscribiendo con los organismos que lo integran los convenios que corresponda.

D.L. Nº 2763/79
Art. 3º

CAPITULO I
Del Ministerio de Salud

TITULO I
De las funciones

Artículo 4°.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud. En consecuencia tendrá, entre otras, las siguientes funciones:

D.L. Nº 2763/79
Art. 4º
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 1)

1.- Ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:

a) La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.

b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.

c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.

d) La coordinación y cooperación internacional en salud.

e) La Dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.

2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.

3.- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud.

La fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario y demás leyes, reglamentos y normas complementarias y la sanción a su infracción cuando proceda, en materias tales como higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias, será efectuada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, sin

perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.

La labor de inspección o verificación del cumplimiento de las normas podrá ser encomendada a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento, sólo en aquellas materias que éste señale y siempre que falte personal para desarrollar esas tareas y que razones fundadas ameriten el encargo. La contratación se regirá por lo dispuesto en la ley Nº 19.886, debiendo cumplir la entidad, al menos, los siguientes requisitos: experiencia calificada en materias relacionadas, de a lo menos tres años; personal idóneo, e infraestructura suficiente para desempeñar las labores. En caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, las bases de la licitación deberán considerar esta condición con un mayor factor de ponderación.

4.- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.

5.- Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia. Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628 y sobre secreto profesional.

6.- Formular el presupuesto sectorial.

7.- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, "Sistema AUGE", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios a que se refieren los Libros II y III de esta Ley.

8.- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.

9.- Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

10.- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.

11.- Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud,

tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones.

Los mencionados estándares deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes.

12.- Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar. Para estos efectos se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones.

Un reglamento del Ministerio de Salud establecerá el sistema de acreditación, la entidad o entidades acreditadoras, públicas o privadas, o su forma de selección; los requisitos que deberán cumplir; las atribuciones del organismo acreditador en relación con los resultados de la evaluación; la periodicidad de la acreditación; las características del registro público de prestadores acreditados, nacional y regional, que deberá mantener la Superintendencia de Salud; los aranceles que deberán pagar los prestadores por las acreditaciones, y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.

La acreditación deberá aplicar iguales estándares a los establecimientos públicos y privados de salud.

13.- Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud.

Para estos efectos, la certificación es el proceso en virtud del cual se reconoce que un prestador individual de salud domina un cuerpo de conocimientos y experiencias relevantes en un determinado ámbito del trabajo asistencial, otorgando el correspondiente certificado.

Mediante un reglamento de los Ministerios de Salud y Educación, se

determinarán las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades, como asimismo las condiciones generales que aquéllas deberán cumplir con el objetivo de recibir la autorización para ello. El reglamento establecerá, asimismo, las especialidades y subespecialidades que serán parte del sistema y la forma en que las entidades certificadoras deberán dar a conocer lo siguiente: los requisitos mínimos de conocimiento y experiencia que exigirán para cada especialidad o subespecialidad, los procedimientos de examen o verificación de antecedentes que emplearán para otorgar la certificación, los antecedentes respecto del cuerpo de evaluadores que utilizarán, los antecedentes que deberán mantener respecto del proceso de certificación de cada postulante y las características del registro público nacional y regional de los prestadores certificados, que deberá mantener la Superintendencia de Salud.

Las universidades reconocidas oficialmente en Chile serán entidades certificadoras respecto de los alumnos que hayan cumplido con un programa de formación y entrenamiento ofrecido por ellas mismas, si los programas correspondientes se encuentran acreditados en conformidad con la normativa vigente.

14.- Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial, y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.

15.- Implementar, conforme a la ley, sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes. Los sistemas podrán contemplar la intervención de entidades públicas y privadas que cumplan con condiciones técnicas de idoneidad.

16.- Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.

17.- Las demás que le confieren las leyes y reglamentos.

Artículo 5º.- Para el cumplimiento D.L. N° 2763/79

de la función señalada en el número 8 del artículo anterior, el Ministro de Salud deberá convocar la formación de Consejos Consultivos, los que podrán ser integrados por personas naturales y representantes de personas jurídicas, del sector público y del privado, de acuerdo a las materias a tratar.

Art. 4° bis
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 2)

La resolución que disponga la creación del Consejo respectivo señalará el plazo de duración en el cargo de los integrantes, el quórum para sesionar y las demás normas necesarias para su funcionamiento.

TITULO II
De la organización y atribuciones

Artículo 6º.- El Ministerio de Salud estará integrado por el Ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública y las Secretarías Regionales Ministeriales.

D.L. Nº 2763/79
Art. 5º
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 3)

El Ministerio estará organizado en divisiones, departamentos, secciones y oficinas, considerando la importancia relativa y el volumen de trabajo que signifique la función.

Artículo 7º.- Al Ministro corresponderá la dirección superior del Ministerio.

D.L. Nº 2763/79
Art. 6º
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 4)

Deberá, igualmente, fijar las políticas, dictar las normas, aprobar los planes y programas generales y evaluar las acciones que deben ejecutar dichos organismos y demás integrantes del Sistema.

Artículo 8°.- El Subsecretario de Redes Asistenciales tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares de calidad que serán exigibles.

D.L. Nº 2763/79
Art. 8º
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 6)
letra a)

Para ello, el Subsecretario de Redes propondrá al Ministro políticas, normas, planes y programas, velará por su cumplimiento y coordinará su ejecución por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y los demás organismos que integran el Sistema.

El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales, en las

materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda.

Tendrá, además, atribuciones para desempeñar las siguientes funciones:

a) Participar en la realización de los concursos para proveer en propiedad empleos afectos a la ley Nº 15.076, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2001, del Ministerio de Salud, a requerimiento de los respectivos Servicios de Salud, en la forma y condiciones que determine el reglamento;

D.L. N° 2763/79 Art. 8° letra a)

b) Coordinar a nivel nacional, a solicitud de los Servicios de Salud, los procesos de selección de médicos cirujanos, cirujanos dentistas, farmacéuticos o químicos farmacéuticos y bioquímicos, para el ingreso a la Etapa de Destinación y Formación a que llamen dichos Servicios, conceder becas a personas de esas profesiones, en cumplimiento de programas de perfeccionamiento o especialización que respondan a las necesidades del país en general o de los Servicios de Salud en particular, en la forma en que lo determine el reglamento, sin perjuicio de las atribuciones de los propios Servicios en la materia y regular la capacidad formadora de especialistas en el sector, y

Ley Nº 19.664 Art. 48 letra a) Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 6) letra b) punto i

c) Celebrar, cuando así lo determine el Ministro, los actos y convenios que por su materia afecten a todos o algunos de los Servicios de Salud, previo informe favorable de éstos, y que surtirán los mismos efectos que si ellos los hubiesen celebrado directamente.

D.L. N° 2763/79 Art. 8 letra c) Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 6) letra b) puntos ii e iii Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 6) letras c) y d)

El Subsecretario de Redes Asistenciales subrogará al Ministro de Salud en ausencia del Subsecretario titular de Salud Pública.

Artículo 9º.- El Subsecretario de Salud Pública subrogará al Ministro en primer orden, tendrá a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas.

D.L. Nº 2763/79 Art. 9º Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 7)

En relación con las materias señaladas en el inciso anterior, le corresponderá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud y el Instituto de Salud Pública,

e impartirles instrucciones.
Asimismo, administrará el financiamiento previsto para las acciones de salud pública, correspondientes a las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de relevancia nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, independientemente de la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie, pudiendo ejecutar dichas acciones directamente, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, de las entidades que integran el Sistema, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.
El Subsecretario de Salud Pública será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales, en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda. Además, como colaborador del Ministro, coordinará las mencionadas Secretarías Regionales.

Artículo 10.- Habrá una Secretaría Regional Ministerial de Salud en cada una de las Regiones en que se divide administrativamente el país, a cargo de un Secretario Regional Ministerial, sin perjuicio de las oficinas provinciales que pudieran requerirse.

D.L. Nº 2763/79
Art. 14
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 8), 9) y 10) letras a) y b)

Artículo 11.- El Secretario Regional Ministerial será nombrado en la forma que señale la Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.
El Secretario Regional Ministerial deberá ser un profesional universitario con competencia, experiencia, conocimientos y habilidades certificadas en el ámbito de la salud pública.

D.L. N° 2763/79
Art. 14 A
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 11)

Artículo 12.- Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud tendrán las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud:

D.L. N° 2763/79
Art. 14 B
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 11)

1.- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad. Asimismo, adecuar los planes y programas a la realidad de la respectiva región, dentro del marco fijado para ello por las autoridades nacionales.
2.- Ejecutar las acciones que correspondan para la protección de la salud de la población de los

riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de los elementos básicos del ambiente que inciden en ella, velando por el debido cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario y de los reglamentos, resoluciones e instrucciones sobre la materia, para lo cual se encontrará dotado de todas las facultades y atribuciones que el Código Sanitario y demás normas legales y reglamentarias sanitario ambientales le confieren, de conformidad con lo previsto en el artículo 13.

3.- Adoptar las medidas sanitarias que correspondan según su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias y elaborar informes en materias sanitarias. Las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización, serán homogéneos para los establecimientos públicos y privados.

4.- Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la Red Asistencial de cada Servicio de Salud y, en su caso, ejecutarlas directamente, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.

En el ejercicio de estas funciones, coordinará aquellas acciones de promoción y prevención cuya ejecución recaiga en los Servicios de Salud.

5.- Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.

6.- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.

Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

7.- Cumplir las acciones de fiscalización y acreditación que señalen la ley y los reglamentos y aquellas que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.

8.- Evaluar el nivel de cumplimiento de las metas fijadas a las entidades administradoras de salud municipal y sus establecimientos, conforme a lo dispuesto en el artículo 4º de la ley Nº 19.813.

9.- Organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.

10.- Las demás que establezcan

las leyes y reglamentos.

Artículo 13.- Serán de la competencia del Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, todas aquellas materias que corresponden a los Servicios de Salud, sea en calidad de funciones propias o en su carácter de sucesores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y que no digan relación con la ejecución de acciones integradas de carácter asistencial en salud, sin perjuicio de la ejecución de acciones de salud pública conforme al número 4 del artículo anterior.

D.L. N° 2763/79 Art. 14 C Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 11)

En relación a las materias que trata este artículo, los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud deberán ajustarse a las normas técnicas y administrativas de carácter general que imparta el Ministerio de Salud, ya sea a nivel nacional o regional.

Artículo 14.- Los recursos financieros que recauden las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud por concepto de tarifas que cobren por los servicios que presten, cuando corresponda, y por las multas que les corresponda percibir, ingresarán al presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública, la que lo distribuirá entre las referidas Secretarías Regionales.

D.L. N° 2763/79 Art. 14 D Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 11)

Artículo 15.- Existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo respecto de las materias que señale este Libro y sus reglamentos y las que el Secretario Regional Ministerial le someta a su consideración. Los integrantes del Consejo Asesor no percibirán remuneración por su participación en él.

D.L. N° 2763/79 Art. 14 E Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 11) y 12)

El Secretario Regional Ministerial deberá convocar al Consejo en el primer trimestre de cada año con el objetivo de informar acerca de la gestión del año anterior y la planificación del año correspondiente. Un reglamento regulará la forma de nombrar a los integrantes, el procedimiento para adoptar acuerdos y las demás normas que sean necesarias para su funcionamiento.

CAPITULO II
De los Servicios de Salud

TITULO I

De las funciones

Artículo 16.- Créanse los siguientes Servicios de Salud, en adelante los Servicios, que coordinadamente tendrán a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas:

D.L. Nº 2763/79 Art. 16 Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 13), letra a)

Dos en la Región de Tarapacá: Arica e Iquique.

Uno en la Región de Antofagasta: Antofagasta.

Uno en la Región de Atacama: Atacama.

Uno en la Región de Coquimbo: Coquimbo.

Tres en la Región de Valparaíso: Valparaíso - San Antonio, Viña del Mar - Quillota y Aconcagua.

Ley Nº 19.650 Art. 1º Nº 2 letra a)

Uno en la Región del Libertador General Bernardo O'Higgins: Libertador General Bernardo O'Higgins.

Uno en la Región del Maule: Maule.

Cinco en la Región del Bío - Bío: Concepción, Arauco, Talcahuano, Ñuble y Bío -Bío.

Ley Nº 19.650 Art. 1º Nº 2 letra b)

Dos en la Región de la Araucanía: Araucanía Sur y Araucanía Norte.

Ley Nº 19.650 Art. 1º Nº 2

Uno en la Región de Los Ríos: Valdivia.

LEY 20229 Art. 3º D.O. 18.12.2007

Tres en la Región de Los Lagos: Osorno, del Reloncaví y Chiloé.

Uno en la Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo: Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo.

Uno en la Región de Magallanes y de la Antártica Chilena: Magallanes.

Seis en la Región Metropolitana de Santiago: Central, Sur, Sur - Oriente, Oriente, Norte y Occidente.

Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 13) letra b)

Los Servicios serán organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones.

Dependerán del Ministerio de Salud, para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento, y a cuyas políticas, normas y planes generales deberán sujetarse en el ejercicio de sus actividades, en la forma y condiciones que determine el presente Libro.

Los Servicios serán los continuadores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, dentro de sus respectivos territorios, con los mismos derechos y obligaciones que a éstos

corresponden, para los efectos de cumplir las funciones que les competen.

Su sede y territorio serán establecidos por decreto supremo.

Artículo 17.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

D.L. 2763/79
Art. 16 bis
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 14)

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

Artículo 18.- La Red Asistencial de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

D.L. N° 2763/79
Art. 16 ter
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 14)

Los establecimientos de atención primaria, sean consultorios, sean dependientes de municipios, de Servicios de Salud o tengan convenios con éstos, deberán atender, en el territorio del Servicio respectivo, la población a su cargo. Estos establecimientos, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros por tipo de población, de servicios brindados y calidad de éstos, y serán supervisados y coordinados por el Servicio de Salud respectivo.

Los establecimientos señalados en el inciso anterior, con los recursos físicos y humanos que dispongan, prestarán atención de salud programada y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere, pudiendo realizar determinadas actividades en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados, a fin de facilitar

el acceso a la población.

El establecimiento de atención primaria deberá cumplir las instrucciones del Ministerio de Salud en relación con la recolección y tratamiento de datos y a los sistemas de información que deberán mantener.

Los beneficiarios a que se refiere el Libro II de esta Ley, deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que les prestará las acciones de salud que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento de salud. Los beneficiarios no podrán cambiar su inscripción en dicho establecimiento antes de transcurrido un año de la misma, salvo que acrediten, mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo distintos.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, los funcionarios públicos del sector salud que sean beneficiarios del Libro II de esta ley, y sus cargas, podrán ser atendidos en el mismo establecimiento asistencial en que desempeñan sus labores, sin perjuicio de que puedan ser referidos a otros centros de salud.

Artículo 19.- Los Servicios de Salud ejercerán, en sus respectivos territorios, las funciones que la ley Nº 10.383, el decreto con fuerza de ley Nº286, de 1960, y las demás normas legales y reglamentarias vigentes asignan al Servicio Nacional de Salud y al Servicio Médico Nacional de Empleados, exceptuando las que la presente ley radique en el Ministerio de Salud, en el Fondo Nacional de Salud, en el Instituto de Salud Pública de Chile y en la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

D.L. Nº 2763/79
Art. 17
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 15)

TITULO II
De la organización y atribuciones

Artículo 20.- Cada Servicio estará a cargo de un Director seleccionado, designado y evaluado conforme al Título VI de la ley Nº 19.882.

D.L. Nº 2763/79
Art. 18
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 16)

Artículo 21.- Al Director le

D.L. Nº 2763/79

corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.

Art. 18 bis
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 17)

Dicha autoridad, conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutiva del nivel primario de atención.

Con este objeto, conforme a la ley Nº 19.813, determinará para cada entidad administradora de salud primaria y sus establecimientos, las metas específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud y los objetivos de mejor atención a la población beneficiaria. Sobre esta base se evaluará el desempeño de cada entidad administradora. Para efectos de la determinación de dichas metas, deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo presidido por el Director e integrado por el Director de Atención Primaria del Servicio de Salud o su representante, un representante de las entidades administradoras de salud ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional y por un representante de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad, todo ello sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

El Director deberá, asimismo, velar por la referencia, derivación y contraderivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada red.

Artículo 22.- El Director será el jefe superior del Servicio y tendrá su representación judicial y extrajudicial.

D.L. Nº 2763/79
Art. 19

Con todo, en el orden judicial, no podrá designar árbitros en calidad de arbitradores ni otorgarles sus facultades a los que sean de derecho.

Artículo 23.- Sin perjuicio de lo dispuesto en los Títulos IV y V de este Capítulo, para el desempeño de sus funciones el Director tendrá, entre otras, las siguientes atribuciones:

D.L. Nº 2763/79
Art. 20

a) Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red letra a)

Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 18, letra a)

Asistencial; como asimismo, coordinar, asesorar y controlar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas del Ministerio de Salud en todos los establecimientos del Servicio.

Determinar el tipo de atenciones de salud que harán los hospitales autogestionados y la forma en que éstos se relacionarán con los demás establecimientos de la Red, en los términos del artículo 32;

b) Organizar la dirección del Servicio y su estructura interna, así como la de los establecimientos que la integran, en conformidad con el reglamento y con las normas que imparta el Ministerio;

D.L. N° 2763/79 Art. 20, letra a)
Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 18, letra b)

c) Proponer al Ministerio la creación, modificación o fusión de los establecimientos del Servicio y su clasificación;

D.L. 2763/79 Art. 20, letra b)

d) Elaborar y presentar el proyecto de presupuesto del Servicio;

D.L. 2763/79 Art. 20, letra c)

e) Ejecutar el presupuesto del Servicio de acuerdo con las normas relativas a la administración financiera del Estado y proponer las modificaciones y suplementaciones que sean necesarias;

D.L. 2763/79 Art. 20, letra d)
D.L. 2763/79 Art. 20, letra e)

f) Aprobar y modificar los presupuestos de los establecimientos, de acuerdo con el presupuesto del Servicio y coordinar, asesorar, inspeccionar, controlar y evaluar la ejecución presupuestaria dentro de él;

D.L. 2763/79 Art. 20, letra f)
D.L. 2763/79 Art. 20, letra g)

g) Designar a los funcionarios, poner término a sus servicios y, en general, ejercer respecto del personal todas las facultades que correspondan a un jefe superior de servicio descentralizado; sin perjuicio de las atribuciones del Presidente de la República, respecto de los funcionarios de su exclusiva confianza. En el ejercicio de esta atribución, el Director, previa autorización del Subsecretario de Redes Asistenciales, cuando las necesidades de la institución lo requieran y siempre que para estos efectos exista el financiamiento adecuado, situación que debe constar en un certificado emitido por el Jefe del Departamento de Recursos Financieros del Servicio de Salud correspondiente o de quien cumpla esas funciones, podrá, utilizando únicamente las vacantes de horas semanales y de cargos existentes en las correspondientes plantas de personal del Servicio de Salud, proveer dichas vacantes mediante la modalidad de combinación de un cargo compuesto de 22 horas semanales de la ley Nº 19.664 y de 28 horas semanales de la ley Nº 15.076.

LEY 20261 Art. 11 D.O. 19.04.2008

Dicho cargo será servido en calidad de titular por el

profesional funcionario que haya sido seleccionado a través del concurso respectivo, y constituirá un solo cargo para todos los efectos legales. Sin perjuicio de lo anterior, para efectos de pensiones y de salud serán considerados como cargos independientes.

El cese de funciones, por cualquier causa, del titular del cargo provisto mediante la modalidad señalada en los párrafos anteriores, producirá, por el solo ministerio de la ley, la separación del mismo y, por ende, la provisión posterior se efectuará en forma independiente a menos que se opte por el procedimiento señalado en los párrafos precedentes.

h) Ejecutar y celebrar en conformidad al reglamento toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorporales, incluso aquéllos que permitan enajenar y transferir el dominio, pero en este caso sólo a título oneroso, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales.

D.L. 2763/79 Art. 20, letra h

Los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.

Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 18) letra c) punto i)

Podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo a favor del Fisco y de otras entidades públicas, previa autorización del Ministerio de Salud.

Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 18) letra c) punto ii)

Con todo, no podrán enajenarse los inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud y con sujeción a las normas del decreto ley Nº 1.939, de 1977;

i) Celebrar convenios con universidades, organismos, sindicatos, asociaciones patronales o de trabajadores y, en general, con toda clase de personas naturales o jurídicas, a fin de que tomen a su cargo, por cuenta del Servicio, algunas acciones de salud que a éste correspondan por la vía de la delegación o de otras modalidades de gestión, previa calificación de la suficiencia técnica para realizar dichas acciones.

D.L. 2763/79, Art. 20 letra I)
Ley Nº 18.417 Art. 1º Nº 1

Los Servicios podrán pagar las prestaciones en que sean sustituidos por acciones realizadas, mediante el traspaso de los fondos presupuestarios correspondientes u otras formas de contraprestación.

Las entidades a que se refiere esta letra quedarán adscritas al Sistema, se sujetarán a sus normas, planes y programas, y serán controladas por el Servicio y el Ministerio de Salud;

j) Ejercer, dentro del

D.L. 2763/79,

territorio del Servicio bajo su dirección, todas las atribuciones, funciones y obligaciones que las leyes y reglamentos vigentes otorgan y asignan al Director General de Salud y al Vicepresidente Ejecutivo del Servicio Médico Nacional de Empleados, en lo que no aparezcan modificadas o no sean incompatibles con la presente ley;

Art. 20 letra J)

k) Otorgar becas a profesionales funcionarios del respectivo Servicio y a profesionales a que se refiere la letra a) del artículo 5º de la ley N°19.378, del territorio operacional que le compete, para el desarrollo de programas de perfeccionamiento o especialización que interesen al Servicio de Salud bajo su dirección, de acuerdo a las disponibilidades presupuestarias del Servicio y en la forma en que lo determine el reglamento;

D.L. 2763/79 Art. 20 letra k) Ley Nº 19.664 Art. 48 letra b)

l) Celebrar convenios con las respectivas municipalidades para contratar profesionales funcionarios en la Etapa de Destinación y Formación, con desempeño en establecimientos de atención primaria de salud municipal.

D.L. 2763/79 Art. 20 letra l) Ley Nº 19.664 Art. 48 letra b)

Estas contrataciones no formarán parte de las dotaciones de los Servicios y se financiarán con cargo a las transferencias que se aportan para el cumplimiento de la ley N° 19.378.

Mediante los referidos convenios, se podrá también disponer el traspaso en comisión de servicio, a los indicados establecimientos, de profesionales funcionarios de la Etapa de Planta Superior, con el total o parte de su jornada, con cargo al financiamiento señalado en el párrafo anterior;

D.L. N° 2763/79, Art. 20 letra m) Ley Nº 19.664 Art. 48, letra b)

m) Delegar sus atribuciones conforme a la ley;

Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 18) letra d)

n) Conferir mandatos en asuntos determinados;

ñ) Declarar la exclusión, declaración de estar fuera de uso o dar de baja, los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación;

D.L. N° 2763/79, Art. 20 letra n) Ley Nº 19.664 Art. 48, letra b)

o) Disponer, mediante resolución fundada, la comisión de servicios de los funcionarios de su dependencia y que no formen parte del personal del Establecimiento de Autogestión en Red, conforme al artículo 41, en cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, siempre que dicho establecimiento esté situado en la misma ciudad en que éste se desempeñe. La comisión de servicio podrá tener lugar en una ciudad diferente, siempre que el funcionario consienta en ello.

Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 18) letra e)

D.L. N° 2763/79, Art. 20 letra o) Ley Nº 19.937

En caso alguno estas comisiones podrán significar el desempeño de funciones de inferior jerarquía a las del cargo o ajenas a los conocimientos que éste requiere, ni podrán importar menoscabo para el funcionario.

Art. 1º Nº 18) letra f) D.L. N° 2763/79, Art. 20 letra p) Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 18) letra f)

Podrá disponerse que dicha comisión sea cumplida en jornadas totales o parciales, así como en días determinados de la semana.

Los funcionarios no podrán ser designados en comisión de servicios durante más de dos años. No obstante, a petición del funcionario y de común acuerdo podrá prorrogarse la comisión por el plazo que convengan las partes.

Los funcionarios mantendrán, por el tiempo que dure la comisión de servicios, todos los beneficios remuneracionales que por ley les correspondieren.

El funcionario respecto de quien se disponga la comisión de servicios, que estimare que ésta le produce menoscabo podrá solicitar la reposición de la resolución ante el Director. La resolución del Director podrá ser apelada ante el Secretario Regional Ministerial de Salud dentro del término de diez días hábiles contado desde la fecha en que se le comunique dicha resolución o la que deseche la reposición.

Sin perjuicio de lo dispuesto en esta letra, el Director podrá designar en comisión de servicios a los funcionarios conforme a las normas que establece la ley N° 18.834, Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda;

p) Celebrar convenios de gestión con las respectivas entidades administradoras de salud municipal, o con establecimientos de atención primaria, que tengan por objeto, entre otros, asignar recursos asociados al cumplimiento de metas sanitarias, aumento de la resolutividad de sus establecimientos y mejoramiento de los niveles de satisfacción del usuario. Los referidos convenios deberán contemplar, en general, los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores, medios de verificación y las medidas que se adoptarán en caso de incumplimiento de las obligaciones contraídas.

D.L. N° 2763/79, Art. 20 letra q) Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 18) letra f)

Los convenios de gestión deberán aprobarse por resolución fundada del Director del Servicio, en la que se consignarán los antecedentes que justifiquen su celebración y los criterios utilizados para elegir a los establecimientos participantes. Losconvenios podrán extenderse a otros establecimientos

municipales de atención primaria que lo soliciten, siempre que exista disponibilidad presupuestaria para esos fines y que se presenten antecedentes que lo justifiquen desde los puntos de vista económico y sanitario;

q) Evaluar el cumplimiento de las normas técnicas, planes y programas que imparta el Ministerio de Salud a los establecimientos de atención primaria de salud, y el cumplimiento de las metas fijadas a dichos establecimientos en virtud de los convenios celebrados conforme a la letra anterior y al artículo 57 de la ley Nº 19.378. Si el Director del Servicio verificara un incumplimiento grave de las obligaciones señaladas anteriormente, podrá representar tal circunstancia al alcalde respectivo. Asimismo, dicha comunicación será remitida al Intendente Regional, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 9º de la ley N° 18.695, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 1-19.704, de 2001, del Ministerio del Interior;

D.L. N° 2763/79, Art. 20 letra r) Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 18) letra f)

D.L. N° 2763/79, Art. 20 letra s) Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 18) letra f)

r) Elaborar el presupuesto de la Red Asistencial de Salud a su cargo y formular las consideraciones y observaciones que le merezcan los presupuestos de los hospitales autogestionados, y

D.L. N° 2763/79, Art. 20 letra ñ) Ley Nº 19.664 Art. 48 letra b) Ley Nº 19937 Art. 1º Nº 18) letra f)

s) Desempeñar las demás funciones y atribuciones que le asignen las leyes y reglamentos.

Artículo 24.- La estructura y la organización interna de los Servicios serán determinadas en el reglamento.

D.L. Nº 2763/79 Art. 21

Artículo 25.- En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de Integración de la Red Asistencial, en adelante el Consejo de Integración, de carácter asesor y consultivo, presidido por el Director del Servicio de Salud, al que le corresponderá asesorar al Director y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la dirección del Servicio, los hospitales y los establecimientos de atención primaria, sean éstos propios del Servicio o establecimientos municipales de atención primaria de salud. Asimismo, le corresponderá analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten dificultades en la debida integración de los referidos niveles de atención

D.L. N° 2763/79 Art. 21 A Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 19)

de los usuarios.
El Consejo estará constituido por representantes de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

Artículo 26.- El nombre de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud será determinado mediante decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud, a proposición del respectivo Director del Servicio de Salud, quien deberá acompañar, para estos efectos, la opinión del Consejo Regional correspondiente.

D.L. N° 2763/79
Art. 21 B
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 19)

TITULO III
Normas complementarias

Artículo 27.- Sin perjuicio de los casos de libre designación o de otros en que legalmente se pueda ocupar empleos que no sean del último grado del respectivo escalafón, los nombramientos en empleos de los Servicios podrán recaer en funcionarios que se desempeñen en cualquier otro Servicio de Salud, siempre que cuenten con los requisitos legales exigidos para ejercer el cargo.

D.L. Nº 2763/79
Art. 22

Artículo 28.- La subrogación del personal de los Servicios se sujetará a las normas de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, relativas a la materia, sin perjuicio de las modalidades especiales que pueda fijar el reglamento para los cargos de Directores de los establecimientos del Servicio.

D.L. Nº 2763/79
Art. 23
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 20)

Artículo 29.- Los Servicios se financiarán con los siguientes recursos:
a) Con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios a que se refiere el Libro II de esta Ley, a valores que representen los niveles de costos esperados de las prestaciones, de acuerdo a los presupuestos aprobados;
b) Con los fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial para la ejecución de acciones de salud pública;
c) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios

D.L. Nº 2763/79
Art. 24

Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 21)

y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;

d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes. Esta norma no se aplicará a la parte de dichos recursos que, por disposición especial o por acto testamentario o de donación, tenga un destino o finalidad determinado;

e) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;

f) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y

g) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios.

Artículo 30.- El patrimonio inicial de cada Servicio se formará con los siguientes bienes que se encuentren dentro de su respectivo territorio y que se le transferirán en dominio por el solo ministerio de la ley: D.L. Nº 2763/79 Art. 25

a) Los bienes muebles o inmuebles de propiedad del Servicio Nacional de Salud que estén destinados al funcionamiento de sus servicios sanitarios, administrativos, hospitalarios o médicos en general, a la habitación o bienestar de su personal o a otros objetivos de la misma o similar naturaleza, con excepción de los que se traspasen al Instituto de Salud Pública de Chile y a la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, en conformidad con el decreto ley N°2763, de 1979.

b) Los bienes muebles o inmuebles de propiedad del Servicio Médico Nacional de Empleados destinados actualmente al funcionamiento de sus servicios asistenciales y médicos en general, a habitación y bienestar de su personal, o a otros objetivos de la misma o similar naturaleza, según lo determinó el Presidente de la República, por decreto supremo que debió dictar dentro de los noventa días siguientes a la fecha de publicación del decreto ley N° 2763, de 1979, en el Diario Oficial. D.L. 3431/80

Con el objeto de practicar las inscripciones y anotaciones que procedieren en los respectivos Conservadores de Bienes Raíces, el Director de cada Servicio dictará una

resolución en la que individualizará los inmuebles que en virtud de esta disposición se transfieren, la que se reducirá a escritura pública.

En caso de duda, corresponderá al Presidente de la República determinar si un inmueble se encuentra actualmente destinado al funcionamiento de sus servicios o a los demás objetivos señalados en la letra a) del presente artículo.

Los bienes muebles e inmuebles de los Servicios que específicamente requiera el Ministerio, serán destinados al funcionamiento de las dependencias y servicios de esta Secretaría de Estado, la que sufragará los gastos correspondientes a su mantención, transformación y demás que sean necesarios.

TITULO IV

Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 22)

De los Establecimientos de Autogestión en Red

Párrafo 1°

De la creación y funciones

D.L. N° 2763/79
Art. 25 A
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 22)

Artículo 31.- Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtendrán la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red", con las atribuciones y condiciones que señala este Título, si cumplen los requisitos que se determinen en el reglamento a que se refiere el inciso siguiente.

Un reglamento, suscrito por el Ministro de Salud, deberá regular, entre otras materias, el sistema de obtención de dicha calidad y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos y los mecanismos de evaluación y control de su gestión. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir, los que deberán estar referidos, al menos, al cumplimiento de metas y objetivos sanitarios, a gestión financiera, gestión de personal, gestión del cuidado e indicadores y estándares fijados en convenios y normas.

Estos establecimientos deberán tener procedimientos de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios.

Mediante resolución fundada conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerá la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" a aquellos que cumplan los requisitos señalados en el reglamento, los que estarán sujetos a las normas de este Título, conforme el inciso primero.

Los establecimientos que obtengan la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley N° 18.575, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 1-19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, y a las normas del presente Libro.

No obstante, en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia, no comprometerán sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios a que se refieren los artículos 42 y 43.

Los Establecimientos de Autogestión en Red, dentro de su nivel de complejidad, ejecutarán las acciones de salud que corresponden a los Servicios de Salud de acuerdo a la ley.

Artículo 32.- El Establecimiento, como parte integrante de la Red Asistencial, deberá, a lo menos:

D.L. N° 2763/79
Art. 25 B

Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 22)

1. Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio de Salud respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red Asistencial;

2. Atender beneficiarios del Libro II de esta Ley y de la ley N° 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales y el Servicio de Salud, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de la ley y los convenios correspondientes;

3. Mantener sistemas de información compatibles con los de la Red Asistencial correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales;

4. Entregar información estadística y de atención de pacientes que le sea solicitada, de acuerdo a sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio de Salud, la Superintendencia de Salud, los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla.

Los Establecimientos de Autogestión en Red que estén destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional, formarán parte de una Red Asistencial de Alta Especialidad de carácter nacional coordinada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, conforme a un reglamento del Ministerio de Salud. Para los efectos de lo dispuesto en los números 1 y 2 del inciso primero, deberán sujetarse exclusivamente a las normas que imparta dicho Subsecretario.

Artículo 33.- El Establecimiento estará a cargo de un Director, el que corresponderá al segundo nivel jerárquico del Servicio de Salud para los efectos del artículo TRIGÉSIMO SÉPTIMO de la ley N°19.882. Tendrá las atribuciones a que se refieren los artículos 35 y 36.

D.L. N° 2763/79
Art. 25 C
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 22)

El cargo de Director de Establecimiento deberá ser servido en jornada completa de 44 horas semanales y remunerado conforme al sistema del decreto ley N° 249, de 1974, y sus normas complementarias, según el grado de la escala en que se encuentre ubicado el cargo en la respectiva planta de personal. Deberá ser un profesional universitario con competencia en el ámbito de la gestión en salud.

Los mecanismos y procedimientos de coordinación y relación entre el Director del Establecimiento y el Director del Servicio de Salud correspondiente se regirán por lo establecido en la ley y por los convenios de desempeño que se celebren de conformidad con ella.

El convenio de desempeño deberá establecer especialmente directivas sanitarias relacionadas con el cumplimiento de objetivos sanitarios y de integración a la Red, como asimismo metas de desempeño presupuestario.

Sin perjuicio de lo establecido en los artículos QUINCUAGÉSIMO SÉPTIMO Y QUINCUAGÉSIMO OCTAVO de la ley Nº 19.882, el Director del Establecimiento será removido por el Director del Servicio de Salud de comprobarse el incumplimiento del convenio de desempeño o falta

grave a sus deberes funcionarios. En los casos de remoción se requerirá la consulta previa al Ministro de Salud, salvo en las situaciones previstas en el inciso cuarto del artículo 39.

Artículo 34.- Existirá un Consejo Consultivo de los Usuarios, el que estará compuesto por 5 representantes de la comunidad vecinal y 2 representantes de los trabajadores del Establecimiento.

D.L. N° 2763/79 Art. 25 D Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 22)

El Consejo Consultivo tendrá la función de asesorar al Director del Establecimiento en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales.

Asimismo, en el primer trimestre de cada año, el Director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por el Establecimiento durante el año, así como la cuenta pública anual del mismo.

Un reglamento determinará las materias, integrantes y procedimientos que correspondan para el correcto desarrollo de las tareas que competan al Consejo Consultivo.

El Director contará también con la asesoría de un Consejo Técnico, el que tendrá por objetivo colaborar en los aspectos de gestión en que el Director requiera su opinión, así como propender a la mejor coordinación de todas las actividades del Establecimiento.

El Consejo será presidido por el Director y estará constituido por representantes de las distintas jefaturas del Establecimiento, conforme lo establezca el reglamento.

Artículo 35.- La administración superior y control del Establecimiento corresponderán al Director. El Director del Servicio de Salud no podrá interferir en el ejercicio de las atribuciones que le confiere este Título al Director del Establecimiento, ni alterar sus decisiones. Con todo, podrá solicitar al Director del Establecimiento la información necesaria para el cabal ejercicio de las funciones de éste.

D.L. N° 2763/79 Art. 25 E Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 22)

Artículo 36.- En el Director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración del correspondiente Establecimiento y en especial tendrá las siguientes atribuciones:

D.L. N° 2763/79 Art. 25 F Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 22)

a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar

y controlar todas las dependencias del Establecimiento.

b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento.

c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme al presente Libro, el Código Sanitario y las demás normativas vigentes.

d) Elaborar y presentar al Director del Servicio de Salud correspondiente, el que lo remitirá al Subsecretario de Redes Asistenciales con un informe, el proyecto de presupuesto del Establecimiento, el plan anual de actividades asociado a dicho presupuesto y el plan de inversiones, conforme a las necesidades de ampliación y reparación de la infraestructura, de reposición del equipamiento de éste y a las políticas del Ministerio de Salud.

Sin perjuicio de las instrucciones generales que imparta la Dirección de Presupuestos para estos efectos, el Director deberá priorizar las actividades y el plan de inversiones, detallando el costo de cada una de ellas y justificando la priorización propuesta. El presupuesto indicará detalladamente el estado del cobro de las prestaciones otorgadas y devengadas.

El Subsecretario de Redes Asistenciales, mediante resolución, aprobará los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y el del Servicio, a más tardar el 15 de diciembre de cada año, o el siguiente día hábil, si el 15 fuera feriado, sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos. Dicha resolución deberá, además, ser visada por la Dirección de Presupuestos. Si vencido el plazo el Subsecretario no hubiera dictado la resolución, el presupuesto presentado por el Director se entenderá aprobado por el solo ministerio de la ley.

En cada uno de los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y de los Servicios de Salud, se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de la ley Nº 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto, todo ello conforme a las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos para la elaboración del proyecto de Ley de Presupuestos. Si el presupuesto aprobado por el Subsecretario de

Redes Asistenciales es menor que el solicitado por el Director del Establecimiento, el Subsecretario deberá indicar los componentes del plan anual de actividades y del plan de inversiones que deberán reducirse para ajustarse al presupuesto aprobado.

e) Ejecutar el presupuesto y el plan anual del Establecimiento, de acuerdo con las normas relativas a la administración financiera del Estado.

El Director podrá modificar el presupuesto y los montos determinados en sus glosas.

Dichas modificaciones podrán ser rechazadas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, de acuerdo con las instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos. Si el Subsecretario no se pronuncia en el plazo de quince días, contados desde la recepción de la solicitud, ésta se entenderá aceptada.

Copia de todos los actos relativos a las modificaciones presupuestarias deberán ser remitidas al Servicio de Salud correspondiente y a la Dirección de Presupuestos.

f) Ejercer las funciones de administración del personal destinado al Establecimiento, en tanto correspondan al ámbito del mismo, en materia de suplencias, capacitación, calificaciones, jornadas de trabajo, comisiones de servicio, cometidos funcionarios, reconocimiento de remuneraciones, incluyendo todas aquellas asignaciones y bonificaciones que son concedidas por el Director del Servicio, feriados, permisos, licencias médicas, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa y demás que establezca el reglamento.

Respecto del personal a contrata y al contratado sobre la base de honorarios, el Director del Establecimiento ejercerá las funciones propias de un jefe superior de servicio.

Un reglamento, emitido a través del Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, establecerá las normas necesarias para ejercer las funciones de que trata el presente literal.

g) Celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, aun cuando sean propias o habituales del Establecimiento.

El gasto por los contratos señalados en esta letra no podrá exceder el 20% del total del presupuesto asignado al Establecimiento respectivo.

h) Celebrar contratos regidos por la ley N° 18.803.

i) Ejecutar y celebrar toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorporales que hayan sido asignadas o afectadas al Establecimiento y las adquiridas por éste, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales.

Los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.

Con todo, no podrán enajenarse los inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud, y con sujeción a las normas de los decretos leyes N° 1.056, de 1975, o N° 1.939, de 1977. Cuando la enajenación de bienes muebles alcance las siete mil unidades tributarias mensuales en un año, todas las que le sucedan requerirán la autorización previa del Director del Servicio de Salud respectivo.

Asimismo, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra r), podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo a favor del Fisco y de otras entidades públicas.

j) Celebrar convenios regidos por el decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud.

k) Celebrar convenios con el Servicio de Salud respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, y con entidades administradoras de salud primaria pertenecientes a su territorio, en los que se podrán proveer todos los recursos necesarios para la ejecución del convenio, mediante la destinación de funcionarios a prestar colaboración en éste, el traspaso de fondos presupuestarios u otras modalidades adecuadas a su naturaleza. En particular, podrá estipularse el aporte de medicamentos, insumos y otros bienes fungibles de propiedad del Establecimiento. Los bienes inmuebles, equipos e instrumentos podrán cederse en comodato o a otro título no traslaticio de dominio, y serán restituidos a su terminación.

Los convenios con entidades que no sean parte de su Red Asistencial deberán contar con la aprobación del Director del Servicio.

l) Celebrar convenios con personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, tengan o no fines de lucro, con el objetivo de que el Establecimiento otorgue prestaciones y acciones de salud,

pactando los precios y modalidades de pago o prepago que se acuerden, conforme a las normas que impartan para estos efectos los Ministerios de Salud y de Hacienda.

Las personas o instituciones que celebren dichos convenios estarán obligadas al pago íntegro de la prestación otorgada. El incumplimiento de las obligaciones por parte del beneficiario de la prestación o acción de salud no afectará a la obligación contraída con el Establecimiento por parte de las personas o instituciones celebrantes del convenio.

Los convenios con las instituciones de salud previsional estarán sujetos a lo dispuesto en los artículos 173 y 189 de esta Ley en relación con el uso de camas.

Los convenios a que se refiere esta letra no podrán, en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios. La auditoría señalada en el artículo 38 deberá determinar el cumplimiento de lo preceptuado en este párrafo.

La infracción de los funcionarios a lo dispuesto en este artículo hará incurrir en responsabilidad y traerá consigo las medidas disciplinarias que establece el artículo 121 de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda.

m) Celebrar convenios con profesionales de la salud que sean funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y que cumplan jornadas de a lo menos 22 horas semanales cuando tengan por objeto atender a sus pacientes particulares en el Establecimiento. En estos casos, dicha atención deberá realizarse fuera del horario de su jornada de trabajo. Por resolución fundada se podrá autorizar convenios con profesionales que cumplan jornada de 11 horas semanales o con profesionales que no sean funcionarios del Sistema, previa aprobación del Director del Servicio de Salud.

Estos convenios no podrán discriminar arbitrariamente, deberán ajustarse al reglamento y a las instrucciones que impartan conjuntamente los Ministerios de Salud y de Hacienda y, en virtud de ellos, se podrán destinar a hospitalización los pensionados.

El paciente particular deberá garantizar debidamente el pago de

todas las obligaciones que para éste se generan con el Establecimiento por la ejecución del convenio, conforme a las instrucciones de los Ministerios de Salud y de Hacienda.

En todo caso, se dará prioridad al pago de los gastos en que haya incurrido el Establecimiento, y éste no será responsable de los daños que se produzcan como consecuencia de dichas prestaciones o acciones de salud, con excepción de los perjuicios causados directamente por negligencia del Establecimiento.

Los convenios a que se refiere esta letra no podrán, en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios. La auditoría señalada en el artículo 38 deberá determinar el cumplimiento de lo preceptuado en este párrafo.

La infracción de los funcionarios a lo dispuesto en este artículo hará incurrir en responsabilidad y traerá consigo las medidas disciplinarias que establece el artículo 121 de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004 del Ministerio de Hacienda.

n) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud y con el Servicio de Salud correspondiente por las prestaciones que otorgue el Establecimiento a los beneficiarios a que se refiere el Libro II de esta Ley en la Modalidad de Atención Institucional. En el caso de la Modalidad de Libre Elección se aplicarán las normas generales del Libro II de esta Ley.

Con el exclusivo objetivo de verificar que los convenios cumplan con el artículo 32, el respectivo Director del Servicio de Salud, o el Subsecretario de Redes Asistenciales en el caso de los establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad, deberá aprobarlos previamente, dentro de los quince días siguientes a su recepción. Después de ese plazo, si no se han hecho objeciones fundadas, los convenios se entenderán aprobados.

Las controversias que se originen por el párrafo precedente serán resueltas por el Ministro de Salud.

ñ) Otorgar prestaciones a los beneficiarios a que se refiere el Libro II de esta Ley, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar

convenios con los Servicios de Salud, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.

o) Ejecutar acciones de salud pública, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar convenios con el Secretario Regional Ministerial y el Subsecretario de Salud Pública, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.

p) Establecer en forma autónoma un arancel para la atención de personas no beneficiarias del Libro II de esta Ley, el cual en ningún caso podrá ser inferior al arancel a que se refiere el artículo 159 de esta Ley.

q) Realizar operaciones de leasing e invertir excedentes estacionales de caja en el mercado de capitales, previa autorización expresa del Ministerio de Hacienda.

r) Declarar la exclusión, declaración de estar fuera de uso y dar de baja los bienes muebles del Establecimiento, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación.

s) Delegar, bajo su responsabilidad, y de conformidad con lo establecido en la Ley N° 18.575, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 1-19.653, de 2000 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, atribuciones y facultades en los funcionarios de su dependencia.

t) Conferir mandatos en asuntos determinados.

u) Desempeñar las demás funciones y atribuciones que le asignen las leyes y reglamentos.

Ley N° 18.469, Art. 30

v) Condonar, total o parcialmente, en casos excepcionales y por motivos fundados, en caso que el Director del Fondo Nacional de Salud le encomiende dicha labor, la diferencia de cargo del afiliado a que se refiere el Libro II de esta Ley, de acuerdo al inciso final del artículo 161 de esta Ley.

Ley N° 19.966, Art. 34 N° 5

Las inversiones que se financien con recursos propios y que superen las diez mil unidades tributarias mensuales, deberán contar con la autorización del Director del Servicio de Salud respectivo.

Para todos los efectos legales, la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud respectivo se entenderá delegada en el Director del Establecimiento, cuando ejerza las atribuciones señaladas en este artículo. Notificada la demanda, deberá ponerla, en el plazo de 48 horas, en conocimiento personal del Director del Servicio de Salud correspondiente, quien deberá adoptar

las medidas administrativas que procedieran y podrá intervenir como coadyuvante en cualquier estado del juicio.

Artículo 37.- El Establecimiento estará sujeto a una evaluación anual del Subsecretario de Redes Asistenciales, para verificar el cumplimiento de los estándares determinados por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, que incluirán a lo menos las siguientes materias:

D.L. N° 2763/79
Art. 25 G
Ley N° 19.937
Art. 1° N° 22)

a) Cumplir las obligaciones que establece el artículo 32, para lo que se requerirá un informe al Director del Servicio de Salud correspondiente, salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad;

b) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;

c) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión y desarrollo de competencias en áreas tales como planificación y control de gestión; administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de cuenta pública a la comunidad, entre otras;

d) Mantener el equilibrio presupuestario y financiero, definido como la igualdad que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días;

e) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios;

f) Lograr una articulación adecuada dentro de la Red Asistencial, para lo que se requerirá un informe del Director del Servicio de Salud correspondiente, salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad, y

g) Cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera que se hubieren convenido con el Director del Servicio de Salud o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda, para lo que se requerirá un informe del Director del Servicio de Salud correspondiente, salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad.

Artículo 38.- El Establecimiento deberá efectuar auditorías de la

D.L. N° 2763/79
Art. 25 H

gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Ley N° 19.937
Art. 1°, N° 22)

Sin perjuicio de lo anterior y de las respectivas normas de contabilidad gubernamental, el Establecimiento deberá elaborar estados financieros trimestrales en la forma que defina el reglamento.

Se enviará copia de los informes y estados financieros al Subsecretario de Redes y al Director del Servicio de Salud respectivo.

Artículo 39.- Detectado por el Subsecretario de Redes Asistenciales, el Director del Servicio de Salud respectivo o el Superintendente de Salud el incumplimiento de los estándares señalados en el artículo 37, el Subsecretario representará al Director del Establecimiento la situación y le otorgará un plazo de 15 días hábiles, el que podrá ser prorrogado por una sola vez, para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia.

D.L. N° 2763/79
Art. 25 I
Ley N° 19.937
Art. 1°, N° 22)

La Subsecretaría, conjuntamente con la Dirección de Presupuestos, dispondrá de un plazo máximo de 15 días hábiles para pronunciarse acerca del Plan de Ajuste y Contingencia, ya sea aprobándolo o rechazándolo. Si la Subsecretaría aprueba el Plan presentado, éste deberá ejecutarse en el plazo que acuerden, el que no podrá exceder de ciento veinte días. Al cabo de este plazo, deberá evaluarse si se subsanaron los incumplimientos que se pretendieron regularizar con su implementación.

La no presentación del Plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo, se considerarán incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del Director del Establecimiento el cual, en estos casos, cesará en sus funciones de Director por el solo ministerio de la ley. Asimismo, en tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo Establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de este Libro.

Artículo 40.- Mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales se regulará la forma en que la población usuaria del Establecimiento podrá manifestar sus peticiones, críticas y sugerencias.

D.L. N° 2763/79
Art. 25 J
Ley N° 19.937
Art. 1°, N° 22)

Párrafo 2°

Normas especiales de personal

Artículo 41.- Los funcionarios de planta o a contrata que se desempeñen en el Establecimiento a la fecha de otorgamiento de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" permanecerán destinados a éste. Sin perjuicio de lo anterior, por resolución fundada del Director del Servicio de Salud, a petición expresa del Director del Establecimiento, podrá ponerse término a la destinación en el Establecimiento de determinados funcionarios, quienes quedarán a disposición del Servicio de Salud correspondiente, todo ello cuando lo requieran las necesidades del Servicio y fuere conveniente para el buen funcionamiento del Establecimiento.

D.L. N° 2763/79
Art. 25 K
Ley N° 19.937
Art. 1°, N° 22)

Los contratos a honorarios vigentes a la fecha indicada continuarán surtiendo sus efectos conforme a las disposiciones contenidas en ellos.

Párrafo 3°
De los recursos y bienes del establecimiento

Artículo 42.- El Establecimiento, para el desarrollo de sus funciones, contará con los siguientes recursos:

D.L. N° 2763/79
Art. 25 L
Ley N° 19.937
Art. 1°, N° 22)

a) Con aquellos pagos que le efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue a los beneficiaros del Libro II de esta Ley;

b) Con aquellos pagos que le efectúe el Servicio de Salud respectivo por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios del Libro II de esta Ley;

c) Con aquellos pagos que le efectúe el Subsecretario de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial por la ejecución de acciones de salud pública;

d) Con los ingresos que obtenga, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que preste, fijados en aranceles, convenios u otras fuentes;

e) Con los frutos que produzcan los bienes destinados a su funcionamiento y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes;

f) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de

toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;

g) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones y otros recursos que le corresponda percibir;

h) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios, e

i) Con los aportes, transferencias, subvenciones que reciba de la Ley de Presupuestos del Sector Público, de personas naturales y jurídicas de derecho público o privado, nacionales o extranjeras y con los empréstitos y créditos internos y externos que contrate en conformidad a la ley.

Artículo 43.- El Establecimiento tendrá el uso, goce y disposición exclusivo de los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio de Salud correspondiente, que se encuentren destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios, administrativos u otros objetivos del Establecimiento, a la fecha de la resolución que reconozca su condición de "Establecimiento de Autogestión en Red", y de los demás bienes que adquiera posteriormente a cualquier título.

D.L. N° 2763/79
Art. 25 M
Ley N° 19.937
Art. 1°, N° 22)

En el plazo de un año, contado de la fecha señalada en el inciso anterior, mediante una o más resoluciones del Subsecretario de Redes Asistenciales, se individualizarán los bienes muebles e inmuebles de propiedad del Servicio de Salud que se destinen al funcionamiento del Establecimiento.

Los bienes señalados en este artículo, destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios y administrativos, gozan de inembargabilidad.

Párrafo 4°
De las contiendas de competencia

Artículo 44.- Las contiendas de competencia que surjan entre los Directores de los Servicios de Salud y los Directores de los "Establecimientos de Autogestión en Red", serán resueltas por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

D.L. N° 2763/79
Art. 25 N
Ley N° 19.937
Art. 1°, N° 22)

TITULO V
De los establecimientos de salud de menor complejidad

Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 22)

Artículo 45.- Los

D.L. N° 2763/79

establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, tendrán las atribuciones que señala este Título si cumplen los requisitos que se determinen conforme el artículo 47.

Art. 25 Ñ
Ley N° 19.937
Art. 1°, N° 22)

Un reglamento, que será suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda, deberá regular, entre otras materias, el sistema de obtención de las atribuciones y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos y los mecanismos de evaluación y control de su gestión. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir, entre los que se deberá contemplar la gestión del personal y la gestión del cuidado.

Mediante resolución fundada de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerán los establecimientos que cumplan los estándares señalados, los que estarán sujetos a las normas de este Título, conforme el inciso primero.

Artículo 46.- Al Director del Establecimiento corresponderá programar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar todas las actividades de éste para que ellas se desarrollen de modo regular y eficiente, para lo cual tendrá las siguientes atribuciones:

D.L. N° 2763/79
Art. 25 O
Ley N° 19.937
Art. 1°, N° 22)

a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del establecimiento;

b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento;

c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme al presente Libro, el Código Sanitario y las demás normativas vigentes;

d) Presentar anualmente al Director del Servicio el proyecto de presupuesto del Establecimiento y ejecutarlo una vez aprobado, de acuerdo a las normas vigentes sobre la materia;

e) Estudiar y presentar al Director del Servicio, iniciativas y proyectos con sus respectivos análisis y antecedentes, que tiendan a ampliar o mejorar las acciones de salud, indicando sus fuentes de financiamiento;

f) En materias de personal el Director podrá:
- designar suplentes;
- contratar personal, siempre que no implique aumento de la dotación del Establecimiento;
- aceptar renuncias voluntarias;
- designar funcionarios en comisiones de servicios y cometidos funcionales;
- destinar funcionarios dentro del mismo Establecimiento o a otros dependientes del Servicio;
- autorizar, conceder o reconocer feriados; permisos con o sin goce de remuneraciones dentro del país; licencias por enfermedad, reposos preventivos o maternales; y reconocer, prorrogar y poner término a asignaciones familiares y prenatales;
- ordenar la instrucción de investigaciones sumarias y sumarios administrativos; aplicar medidas disciplinarias, inclusive la suspensión de funciones; absolver, sobreseer y resolver sobre todas las materias relacionadas con esos procedimientos;
- declarar accidentes en actos de servicio, y

g) Desempeñar las demás funciones y atribuciones específicas que les delegue o encomiende el Director del Servicio y el reglamento.

Artículo 47.- Un reglamento, suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda, regulará los requisitos que deberá cumplir el Establecimiento, los que se referirán a las siguientes materias, a lo menos:

D.L. N° 2763/79
Art. 25 P
Ley N° 19.937
Art. 1°, N° 22)

a) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado;
b) Administrar eficientemente los recursos asignados;
c) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios, y
d) Lograr una articulación adecuada con la Red Asistencial.

Artículo 48.- El Establecimiento será evaluado anualmente por el Director del Servicio de Salud respectivo, en la mantención del cumplimiento de los estándares señalados en el artículo anterior. En caso de que no fuere satisfactoria, se deberá remover de su función o cargo, según corresponda, al Director del Establecimiento. Asimismo, en tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo establecimiento no tendrá derecho a la asignación

D.L. 2763/79
Art. 25 Q
Ley N° 19.937
Art. 1°, N° 22)

asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de este Libro.

CAPITULO III
Del Fondo Nacional de Salud

TITULO I
De las funciones

Artículo 49.- Créase el Fondo Nacional de Salud, en adelante el Fondo, que será un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio.

D.L. Nº 2763/79
Art. 26

El Fondo dependerá del Ministerio de Salud para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento y a cuyas políticas, normas y planes generales deberá someterse en el ejercicio de sus actividades, en la forma y condiciones que determina el presente Libro.

El Fondo Nacional de Salud será el continuador legal, con los mismos derechos y obligaciones, del Servicio Médico Nacional de Empleados y del Servicio Nacional de Salud, para los efectos del cumplimiento de las funciones de orden administrativo y financiero que la ley Nº 16.781 asigna a aquel Servicio, como de las que se le encomienden de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 50 de esta ley, para los efectos patrimoniales.

Su sede será la ciudad de Santiago, sin perjuicio de las oficinas que pueda establecer en las distintas regiones del país.

Artículo 50.- Serán funciones del Fondo:

D.L. Nº 2763/79
Art. 27
Ley Nº 19.650
Art. 1º Nº 4

a) Recaudar, administrar y distribuir los recursos señalados en el artículo 55 de la presente ley y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b) de dicho artículo;

b) Financiar, en todo o en parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud, y a lo dispuesto en el Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II de esta Ley, a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que establezca mediante resolución, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Régimen del Libro II de esta Ley en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan

Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 23)
letra a)

de éste, sean públicos o privados. Asimismo, financiar en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema. El financiamiento de las prestaciones podrá incluir el costo de reposición del capital.

La Ley de Presupuestos contemplará, en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud, los recursos que éste podrá destinar al financiamiento de los convenios que celebre con organismos, entidades y personas que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud, privados y/o públicos, para proveer determinadas prestaciones en la Modalidad de Atención Institucional a que se refiere el Libro II de esta Ley. Los convenios deberán celebrarse a precios no superiores a los contenidos en el arancel y normas señaladas en el Libro II de esta Ley. Sólo en casos excepcionales, por resolución fundada del Ministro de Salud y por el plazo máximo de un año, se podrán celebrar convenios a precios superiores a los indicados en el arancel de dicho Libro. En todo caso, el monto de los recursos que el Fondo podrá destinar al financiamiento de dichos convenios no podrá exceder el equivalente al 10% del presupuesto total de la Modalidad de Atención Institucional.

El Fondo Nacional de Salud deberá cuidar que el financiamiento que efectúe corresponda a las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios, así como velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la ley Nº18.469 por parte de los establecimientos y profesionales que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas. Tratándose de la Modalidad de Atención Institucional, el Ministerio de Salud se encargará de velar por el efectivo cumplimiento de las normas que éste imparta en relación con la calidad, acceso y oportunidad de la salud.

Para dichos efectos, el Fondo Nacional de Salud, de oficio o a petición de los beneficiarios, estará facultado para descontar, requerir la devolución, eximir o eximirse de lo cobrado o pagado en exceso o cuando dichas prestaciones no cumplan con las normas e instrucciones ministeriales mencionadas precedentemente. El Ministerio determinará los procedimientos para que los usuarios efectúen los reclamos que estimen pertinentes.

Tratándose de la Modalidad de

Atención Institucional, el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud dentro del plazo de quince días, contado desde que se le notifique lo resuelto por el Fondo Nacional de Salud. El Ministro resolverá en única instancia y sin forma de juicio, dentro de los treinta días siguientes a la fecha de presentación del reclamo.

En el caso de la Modalidad de Libre Elección, será aplicable lo dispuesto en el inciso noveno del artículo 143 de esta Ley;

c) Colaborar con el Ministerio de Salud en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados con esa Secretaría de Estado, con el presupuesto global de Salud;

Ley N° 19.650 Art. 1°, N° 4

d) Colaborar con el Subsecretario de Salud Pública en la administración del financiamiento de las acciones de salud a que se refiere el inciso tercero del artículo 9° de esta Ley;

Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 23), letra b)

Ley N° 19.650 Art. 1°, N° 4

e) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos, conforme a la ley;

Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 23) letra c)

f) Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuera necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley Nº 19.628, y

Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 23) letra c)

g) Ejercer las demás funciones y obligaciones que le asignen las leyes y reglamentos.

Ley N° 19.650, Art. 1°, N° 4

Ley N° 19.937, Art. 1°, N° 23 letra c)

Los beneficiarios, afiliados y sus empleadores de los sectores público y privado, entidades de previsión y demás servicios públicos, estarán obligados a proporcionar al Fondo la información necesaria que tenga relación directa con sus funciones y que éste requiera para el mejor cumplimiento de las funciones que la ley le asigna. Si los informes o antecedentes que solicite revisten el carácter de secretos o reservados por su naturaleza o por disposición especial que no tenga fuerza de ley, deberán ser mantenidos en secreto o reserva. Si tales informes o documentos secretos o reservados deban ser proporcionados por servicios, organismos o entidades públicas, lo harán por intermedio del Ministro del que dependan o mediante el cual se encuentren vinculados con el gobierno.

Para efecto de lo dispuesto en

la ley Nº 17.322, el Fondo Nacional de Salud tendrá las mismas atribuciones que esta ley confiere a las entidades o instituciones de previsión, aun cuando no será considerado entidad de previsión para ningún efecto.

Artículo 51.- Corresponderá igualmente al Fondo cumplir las funciones y obligaciones de orden administrativo y financiero que competen al Servicio Médico Nacional de Empleados, como administrador del Fondo de Asistencia Médica según la ley Nº 16.781 y su reglamento, así como las demás funciones de esta institución y del Servicio Nacional de Salud que determine el Presidente de la República por decreto supremo que debió dictarse dentro de los noventa días siguientes a la fecha de publicación del decreto ley N° 2763 de 1979.

D.L. Nº 2763/79
Art. 28

TITULO II
De la organización y atribuciones

Artículo 52.- La administración superior del Fondo estará a cargo de un Director, que será funcionario de la exclusiva confianza del Presidente de la República.

El Director será el jefe superior del Fondo y tendrá su representación judicial y extrajudicial.

Con todo, en el orden judicial, no podrá designar árbitros en calidad de arbitradores ni otorgarles sus facultades a los que sean de derecho.

D.L. Nº 2763/79
Art. 29

Artículo 53.- Serán atribuciones del Director:

D.L. Nº 2763/79
Art. 30

a) Dirigir, planificar, organizar, coordinar y supervigilar el funcionamiento del Fondo, de acuerdo con las políticas, normas y directivas aprobada por el Ministerio de Salud;

D.L. Nº 2763/79
Art. 30, letra a)

b) Asesorar e informar al Ministerio de Salud en las materias comprendidas en la competencia del Fondo;

D.L. Nº 2763/79
Art. 30, letra b)

c) Establecer la estructura y la organización interna del Fondo Nacional de Salud en los términos indicados en el artículo 54 de esta ley;

D.L. Nº 2763/79
Art. 30, letra c)
Ley Nº 19.650
Art. 1º Nº 5 letra a)

d) Elaborar y proponer el presupuesto del Fondo;

D.L. Nº 2763/79
Art. 30, letra d)

e) Otorgar préstamos a usuarios para financiar acciones de salud, de acuerdo con el reglamento;

D.L. Nº 2763/79
Art. 30, letra e)

f) Conceder créditos destinados

D.L. Nº 2763/79

a la construcción, habilitación o reparación de establecimientos asistenciales del Sistema, en conformidad con el reglamento;

Art. 30, letra f)

g) Ejecutar y celebrar, en conformidad al reglamento, toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorporales, incluso aquéllos que permitan enajenar y transferir el dominio, pero en este caso sólo a título oneroso y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales.

D.L. Nº 2763/79 Art. 30, letra g)

Los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de suma superiores a cinco mil unidades de fomento. Con todo, no podrán enajenarse los inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud, y con sujeción a las normas del decreto ley Nº 1.939, del año 1977.

Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 24)

Asimismo, previa autorización del Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud podrá transferir a título gratuito a los Servicios de Salud, derechos de aguas y toda clase de bienes inmuebles que se encuentren ubicados dentro del territorio de su competencia y que éstos necesiten para el cumplimiento de sus funciones;

Ley Nº 19.310 Art. único

h) Celebrar, para el cumplimiento de los fines y funciones del Fondo, convenios con empresas, sindicatos, asociaciones gremiales, de empleadores o de trabajadores y, en general, con toda clase de personas, organismos o entidades públicas y privadas nacionales y extranjeras;

D.L. N° 2763/79, Art. 30 letra h) Ley Nº 19.650 Art. 1º Nº 5 letra b)

i) Designar a los funcionarios, poner término a sus servicios y, en general, ejercer respecto del personal del Fondo, todas las facultades que corresponden a un jefe superior de servicio;

D.L. N° 2763/79, Art. 30 letra i)

j) Determinar, de entre los funcionarios del Fondo Nacional de Salud, los encargados de realizar labores de fiscalización de la recaudación de cotizaciones, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 17 de la ley Nº 17.322 y en el artículo 2º del decreto ley N°1.526, de 1976, quienes para estos efectos, estarán investidos de la calidad de ministros de fe;

D.L. N° 2763/79 Art. 30 letra j) Ley Nº 19.650 Art. 1º Nº 5 letra c)

k) Conferir mandatos en asuntos determinados, y

D.L. N° 2763/79 Art. 30 letra k)

l) Ejercer las demás atribuciones que le asignan las leyes y reglamentos.

D.L. N° 2763/79 Art. 30 letra l)

Artículo 54.- El Fondo Nacional

D.L. Nº 2763/79

de Salud estará organizado en departamentos; lo anterior es sin perjuicio de que el Fondo podrá desconcentrarse territorialmente.

Art. 31
Ley Nº 19.650
Art. 1º Nº 6

En conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la Ley N° 18.575, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 1-19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, y en la letra a) del artículo 53 de este cuerpo legal, el Director determinará la estructura y organización interna del Fondo Nacional de Salud, así como los cometidos que correspondan a cada uno de los departamentos y las que les competan a las direcciones regionales o zonales para el ejercicio de las funciones asignadas al Fondo Nacional de Salud.

Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 25)

TITULO III
Normas complementarias

Artículo 55.- Serán recursos del Fondo:

D.L. Nº 2763/79
Art. 33
Ley Nº 19.650
Art. 1º Nº 8, letras a), b) y c)

a) Los aportes que se consulten en la Ley anual de Presupuestos;

b) Los ingresos por concepto de cotizaciones de salud que corresponda efectuar a los afiliados del Régimen del Libro II de esta Ley;

c) Las contribuciones que los afiliados deban hacer para financiar el valor de las prestaciones y atenciones que ellos y los respectivos beneficiarios soliciten y reciban del Régimen del Libro II de esta Ley;

d) Los recursos destinados al financiamiento del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, de acuerdo con el artículo 65 de la ley Nº 10.383, y el artículo 13 del decreto con fuerza de ley Nº 286, de 1960, y con las demás normas legales y reglamentarias, sin sujeción a las limitaciones de afectación o destinación que esas disposiciones establecen; pero sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 51 de la presente Ley;

e) Los frutos de sus bienes propios y el producto de la enajenación de estos bienes;

f) Los bienes muebles e inmuebles que adquiera por donaciones, herencias o legados o a cualquier otro título, respecto de los cuales no tendrán aplicación las disposiciones especiales, testamentarias o contenidas en el acto de donación, que establezcan un destino o finalidad determinados;

g) Las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones

u otros recursos o ingresos que le corresponda percibir;

h) Los empréstitos y créditos internos y externos que contrate el Fondo de acuerdo con la ley, y

i) Los demás recursos que establezcan las leyes.

Artículo 56.- Ingresarán también al patrimonio del Fondo, los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio Nacional de Salud que no se traspasen a los Servicios de Salud, por no encontrarse destinados a los fines que indica el artículo 30, letra a), de la presente ley, así como los bienes del Servicio Médico Nacional de Empleados que haya determinado el Presidente de la República, mediante decreto supremo que debió dictarse dentro de los noventa días siguientes a la fecha de publicación del decreto ley N° 2763, de 1979. Tampoco ingresarán a este patrimonio los bienes de propiedad del Servicio Nacional de Salud que, con arreglo a esta ley, se traspasaron al Instituto de Salud Pública de Chile y a la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

D.L. Nº 2763/79
Art. 34

Para los efectos de este artículo, el Director procederá en la forma que se indica en el inciso segundo del artículo 30 de esta ley.

CAPITULO IV
Del Instituto de Salud Pública de Chile

TITULO I
De las funciones

Artículo 57.- Créase el Instituto de Salud Pública de Chile, "Dr. Eugenio Suárez Herreros", en adelante el Instituto, que será un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio.

D.L. Nº 2763/79
Art. 35

El Instituto dependerá del Ministerio de Salud para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento y a cuyas políticas, normas y planes generales deberá sujetarse en el ejercicio de sus actividades, en la forma y condiciones que determine el presente Libro.

Ley Nº 18.122
Art. 1º letra e)
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 15)
y N° 26)

El Instituto servirá de laboratorio nacional y de referencia en los campos de la microbiología, inmunología, bromatología,

farmacología, imagenología, radioterapia, bancos de sangre, laboratorio clínico, contaminación ambiental y salud ocupacional y desempeñará las demás funciones que le asigna la presente ley.

Artículo 58.- El Instituto será el continuador legal, con los mismos derechos y obligaciones, del Servicio Nacional de Salud en lo referente al Instituto Bacteriológico de Chile y al Instituto Nacional de Salud Ocupacional para los efectos patrimoniales.

D.L. Nº 2763/79 Art. 36

Su sede será la ciudad de Santiago, sin perjuicio de los centros que pueda constituir en los establecimientos base de los servicios que funcionen en las Regiones.

Artículo 59.- Serán funciones Instituto:

D.L. Nº 2763/79 Art. 37

a) Servir de laboratorio nacional y de referencia, normalizador y supervisor de los laboratorios de salud pública que determine el Ministerio de Salud, en las materias indicadas en el artículo 57;

D.L. Nº 2763/79 Art. 37, letra a)

b) Ejercer las actividades relativas al control de calidad de medicamentos, alimentos de uso médico y demás productos sujetos a control sanitario, las que comprenderán las siguientes funciones:

D.L. Nº 2763/79 Art. 37, letra b)

1.- Autorizar la instalación de laboratorios de producción químico-farmacéutica e inspeccionar su funcionamiento;

2.- Autorizar y registrar medicamentos y demás productos sujetos a estas modalidades de control, de acuerdo con las normas que determine el Ministerio de Salud;

3.- Controlar las condiciones de internación, exportación, fabricación, distribución, expendio y uso a cualquier título, como asimismo, de la propaganda y promoción de los mismos productos, en conformidad con el reglamento respectivo, y

4.- Controlar los estupefacientes y productos farmacéuticos que causen dependencia y demás sustancias psicotrópicas susceptibles de surtir análogo efecto, respecto de su importación y de su uso lícito en el proceso de elaboración de productos farmacéuticos.

La forma y condiciones como el Instituto ejercerá las funciones enumeradas en esta letra serán determinadas en el reglamento, el que deberá establecer el derecho y los procedimientos a que deberán ceñirse las entidades y personas interesadas para reclamar ante el

Ministerio de Salud, de las actuaciones que realice y de las resoluciones que adopte en cumplimiento de esas funciones;

c) Ser el organismo productor oficial del Estado para la elaboración de productos biológicos, conforme a programas aprobados por el Ministerio de Salud, sin perjuicio de las acciones que puedan desarrollar los laboratorios y entidades privadas en este campo. — D.L. Nº 2763/79 Art. 37, letra c)

El Instituto no podrá elaborar productos farmacéuticos ni otros indicados en la letra anterior sino en casos calificados y previa autorización otorgada por resolución del Ministro de Salud;

d) Prestar servicios de asistencia y asesoría a otros organismos y entidades públicas o privadas; — D.L. Nº 2763/79 Art. 37, letra d)

e) Promover y efectuar trabajos de investigación aplicada relacionada con sus funciones; — D.L. Nº 2763/79 Art. 37, letra e)

f) Desarrollar actividades de capacitación y adiestramiento en las áreas de su competencia, y — D.L. Nº 2763/79 Art. 37, letra f)

g) Fiscalizar el cumplimiento de normas de calidad y acreditación de los laboratorios señalados en la letra a) precedente, conforme al reglamento a que se refiere el número 12 del artículo 4º, y las que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio. — Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 27)

TITULO II
De la organización y atribuciones

Artículo 60.- La administración superior del Instituto corresponderá a un Director, que será seleccionado, designado y evaluado conforme al Título VI de la ley N° 19.882. — D.L. Nº 2763/79 Art. 38 D.F.L. N° 37/03, M. de Hacienda

El Director será el jefe superior del Instituto y tendrá su representación judicial y extrajudicial.

Con todo, en el orden judicial, no podrá designar árbitros en calidad de arbitradores ni otorgarles sus facultades a los que sean de derecho.

Artículo 61.- Serán atribuciones del Director: — D.L. Nº 2763/79 Art. 39

a) Dirigir, planificar, coordinar y supervigilar el funcionamiento del Instituto, de acuerdo con las normas, políticas y directivas aprobadas por el Ministerio de Salud; — D.L. Nº 2763/79 Art. 39, letra a)

b) Ejercer las funciones y potestades que las leyes Nº 4.557, 5.078, 5.894, 10.383 y 16.744 y otras normas legales y reglamentarias — D.L. Nº 2763/79 Art. 39, letra b)

confieren al Director General de Salud en las materias de competencia del Instituto;

c) Asesorar e informar al Ministerio de Salud en asuntos comprendidos en las funciones del Instituto; — D.L. Nº 2763/79 Art. 39, letra c)

d) Ejecutar y celebrar, en conformidad al reglamento, toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorporales, incluso aquéllos que permitan enajenar y transferir el dominio, pero en este caso sólo a título oneroso, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales. — D.L. Nº 2763/79 Art. 39, letra d)

Los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento. — Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 28) letra a)

Con todo, no podrán enajenarse bienes inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud y de acuerdo a las normas del decreto ley Nº 1.939, de 1977;

e) Proponer al Ministerio de Salud, para su aprobación, los planes, programas y el presupuesto anual del Instituto; — D.L. Nº 2763/79 Art. 39, letra e)

f) Administrar los recursos y bienes del Instituto y velar por su inversión, uso y conservación de acuerdo con las normas que rigen la materia; — D.L. Nº 2763/79 Art. 39, letra f)

g) Proponer al Ministerio de Salud, para su aprobación, los aranceles de derechos que percibirá el Instituto por el ejercicio de sus funciones de control; — D.L. Nº 2763/79 Art. 39, letra g)

h) Celebrar convenios de prestación de servicios, asistencia y asesoría con organismos y entidades públicas o privadas, nacionales, extranjeras e internacionales, en la forma y condiciones que determine el reglamento; — D.L. Nº 2763/79 Art. 39, letra h)

i) Recurrir a los servicios de otros laboratorios o entidades autorizadas, cuando ello sea necesario para el mejor cumplimiento de las funciones del Instituto; — D.L. Nº 2763/79 Art. 39, letra i)

j) Designar a los funcionarios y poner término a sus servicios, y, en general, resolver sobre todos los asuntos relativos al personal de Instituto, con las facultades propias de un jefe superior de servicio; — D.L. Nº 2763/79 Art. 39, letra j)

k) Determinar y modificar la estructura interna del Instituto, en conformidad con el artículo 64; — D.L. N° 2763/79, Art. 39, letra k) Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 28) letra b)

l) Delegar sus atribuciones conforme a la Ley N° 18.575, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto — Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 28) letra c) Ley Nº 19.937

con fuerza de ley N° 1-19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia;

Art. 1º Nº 28) letra d) Ley N° 19.937, Art.1°, N° 28 letra d)

m) Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento respectivo;

D.L. 2763/79, Art. 39 letra m)

n) Conferir mandatos en asuntos determinados, y

D.L. 2763/79. Art. 39 letra n)

ñ) Ejercer las demás funciones que le asignen las leyes y reglamentos.

Ley N° 19.937, Art.1°, N° 28 letra d)

Artículo 62.- La subrogación del personal del Instituto se sujetará a las normas de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, relativas a la materia, sin perjuicio de las modalidades que pueda establecer el reglamento respecto de los cargos de jefes de departamento y otros empleos regidos por la ley Nº 15.076, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2001, del Ministerio de Salud.

D.L. Nº 2763/79 Art. 40 Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 29)

Artículo 63.- En el ejercicio de sus atribuciones, el Director será asesorado por un consejo técnico, integrado por los jefes de departamento y por un representante del Ministerio de Salud designado por el Ministro, que funcionará en la forma que determine el reglamento.

D.L. Nº 2763/79 Art. 41

Artículo 64.- La estructura y organización interna del Instituto se determinarán conforme a lo establecido en el artículo 31 de la Ley N° 18.575, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 1-19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes.

D.L. Nº 2763/79 Art. 42 Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 30)

TITULO III
Normas complementarias

Artículo 65.- Los bienes raíces y muebles actualmente destinados al funcionamiento de los servicios y dependencias de los Institutos Bacteriológico de Chile y Nacional de Salud Ocupacional, dependientes del Servicio Nacional de Salud, y de propiedad de éste, se entenderán transferidos en dominio, por el solo

D.L. Nº 2763/79 Art. 43

ministerio de la ley, al Instituto de Salud Pública de Chile "Dr. Eugenio Suárez Herreros".

Por decreto supremo del Ministerio de Salud, dictado dentro de los noventa días siguientes a la publicación del decreto ley N° 2763 de 1979, podrán transferirse al Instituto otros bienes de propiedad del Servicio Nacional de Salud, destinados al cumplimiento de las funciones de control que se radican en este organismo.

Para los efectos de este artículo, el Director procederá en la forma prevista en el inciso segundo del artículo 30 de esta ley.

Artículo 66.- El Instituto se financiará con los siguientes recursos: D.L. Nº 2763/79 Art. 44

a) El aporte que anualmente consulte la Ley de Presupuestos para financiar sus actividades;

b) Los derechos arancelarios que perciba;

c) Los ingresos provenientes de la venta de productos que elabore y de los servicios que preste;

d) Los aportes, transferencias, subvenciones, empréstitos y créditos que reciba de personas, organismos y entidades tanto públicas como privadas, sean ellas nacionales o extranjeras;

e) Los ingresos derivados de convenios de asesoría, enseñanza o investigación suscritos con universidades u otras instituciones o entidades;

f) Los frutos de sus bienes propios y el producto de la enajenación de estos bienes, y

g) Los bienes muebles e inmuebles que adquiera por donaciones, herencias o legados, o a cualquier otro título.

Artículo 67.- Las referencias que las leyes, reglamentos, decretos, resoluciones u otras disposiciones formulan al Servicio Nacional de Salud, en relación con los Institutos Bacteriológico de Chile y Nacional de Salud Ocupacional, se entenderán hechas al Instituto de Salud Pública de Chile "Dr. Eugenio Suárez Herreros". D.L. Nº 2763/79 Art. 45

CAPITULO V
De la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud

TITULO I
De las funciones

Artículo 68.- Créase la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, en adelante la D.L. Nº 2763/79 Art. 46

Central, que será un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio.

La Central dependerá del Ministerio de Salud para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento y a cuyas políticas, normas y planes generales deberá sujetarse en el ejercicio de sus actividades, en la forma y condiciones que determine el presente Libro.

La Central proveerá de medicamentos, instrumental y demás elementos o insumos que puedan requerir los organismos, entidades, establecimientos y personas integrantes o adscritas al Sistema, para la ejecución de acciones de fomento, protección o recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas, con el solo objeto de cumplir los planes y programas del Ministerio y a los demás organismos públicos, entre cuyos fines institucionales esté la realización de acciones de salud en favor de sus beneficiarios; de conformidad al reglamento.

Estas funciones son sin perjuicio de la facultad de los Servicios de Salud y de otros organismos o entidades del Sistema para adquirir dichos elementos de otros proveedores.

Artículo 69.- La Central será la continuadora legal, con los mismos derechos y obligaciones, del Servicio Nacional de Salud en lo referente a la Central de Abastecimiento de dicho Servicio, para los efectos patrimoniales.

D.L. Nº 2763/79 Art. 47

Su sede será la ciudad de Santiago, sin perjuicio de las oficinas que pueda constituir en las regiones del país.

Artículo 70.- Serán funciones de la Central:

D.L. Nº 2763/79 Art. 48

a) Proveer de medicamentos, artículos farmacéuticos y de laboratorio, material quirúrgico, instrumental y demás elementos e insumos que se requieran para el ejercicio de las acciones de salud a que se refiere el artículo 68.

Para estos fines, la Central podrá adquirir, almacenar, distribuir, transportar, arrendar y vender esos elementos a los organismos, entidades, establecimientos y personas que formen parte del Sistema, con el solo objeto de cumplir los planes y programas del Ministerio y a los demás organismos públicos, entre cuyos fines institucionales esté la realización de acciones de salud en favor de sus

beneficiarios; de conformidad al reglamento;

b) Mantener en existencia una cantidad adecuada de elementos de la misma naturaleza, determinados por el Ministerio de Salud, necesarios para el eficiente cumplimiento de sus programas;

c) Atender las necesidades que en las materias de su competencia le encomiende satisfacer el Supremo Gobierno, en caso de emergencias nacionales o internacionales, y

d) Prestar servicios de asesoría técnica a otros organismos y entidades del Sistema.

TITULO II
De la organización y atribuciones

Artículo 71.- La administración superior de la Central corresponderá a un Director, que será seleccionado, designado y evaluado conforme al Título VI de la ley N° 19.882.

D.L. Nº 2763/79 Art. 49

El Director será el jefe superior de la Central y tendrá su representación judicial y extrajudicial.

D.F.L. N° 37/03, M. de Hacienda

Artículo 72.- Serán atribuciones del Director:

D.L. Nº 2763/79 Art. 50

a) Dirigir, planificar, organizar, coordinar y supervigilar las acciones de la Central y adoptar las medidas conducentes a su eficiente funcionamiento;

b) Ejecutar y celebrar, en conformidad al reglamento, toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorporales, incluso aquéllos que permitan enajenar y transferir el dominio, pero en este caso sólo a título oneroso, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales.

Los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.

Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 31) letra a)

Con todo, no podrán enajenarse bienes inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud y de acuerdo a las normas del decreto ley Nº 1.939, de 1977;

c) Elaborar y someter a la aprobación del Ministerio de Salud los proyectos y reglamentos de presupuesto anual, los balances de su ejercicio y demás asuntos de que debe conocer;

d) Designar a los funcionarios y poner término a sus servicios y, en general, ejercer a su respecto todas

las funciones y facultades que competen a un jefe superior de servicio;

e) Determinar y modificar la estructura interna de la Central, de acuerdo con el artículo 73; — Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 31) letra b)

f) Delegar sus atribuciones conforme a la Ley N° 18.575, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 1-19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia; — Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 31) letra c)

g) Conferir mandatos en asuntos determinados, y

h) Ejercer las demás funciones que le asignen las leyes y reglamentos.

Artículo 73.- La estructura y organización interna de la Central se determinarán conforme a lo establecido en el artículo 31 de la Ley N° 18.575, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 1-19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, la planta y dotación máxima y las demás normas legales vigentes. — D.L. Nº 2763/79 Art. 51; Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 32)

Artículo 74.- Existirá, además, una Comisión que conocerá y decidirá las adquisiciones que efectúe la Central y ejercerá las demás funciones que le asigne el reglamento. — D.L. Nº 2763/79 Art. 52

Esta Comisión estará integrada por las siguientes personas:

a) El Subsecretario de Redes Asistenciales, o su representante, quien la presidirá; — Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 33)

b) Un representante del Ministro de Salud; — Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 33)

c) El Director del Fondo Nacional de Salud, y

d) Dos Directores de Servicios de Salud, designados por el Ministro de Salud.

El quórum para sesionar y adoptar acuerdos, así como las restantes materias relacionadas con su funcionamiento, serán establecidas por el reglamento, que deberá aprobarse por decreto supremo del Ministerio de Salud, a proposición de la misma Comisión.

TITULO III
Normas complementarias

Artículo 75.- Los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio Nacional de Salud y actualmente destinados al funcionamiento de la Central de Abastecimiento, a sus agencias, servicios o dependencias, se entenderán transferidos en dominio a la Central por el solo ministerio de — D.L. Nº 2763/79 Art. 53

la ley.
Para los efectos de este artículo, el Director procederá en la forma prevista en el inciso segundo del artículo 30.

Artículo 76.- La Central se financiará con los siguientes recursos:
a) Los fondos que consulte la Ley de Presupuestos de la Nación para financiar las existencias a que se refiere la letra b) del artículo 70;
b) Los ingresos provenientes de las ventas que efectúe y de los servicios que preste, incluyendo los que correspondan a las acciones que deba realizar de acuerdo con la letra c) de la misma disposición;
c) Los frutos de sus bienes propios y el producto de su enajenación, y
d) Los aportes, transferencias, subvenciones, empréstitos, préstamos, herencias, legados y donaciones que reciba de parte de otros organismos, entidades o personas, tanto públicas como privadas, sean nacionales o extranjeras.

D.L. Nº 2763/79
Art. 54

Artículo 77.- Las referencias que las leyes, reglamentos, decretos supremos, resoluciones u otras disposiciones vigentes formulan al Servicio Nacional de Salud, en relación con la Central de Abastecimiento dependiente de esta institución, se entenderán hechas a la Central.

D.L. Nº 2763/79
Art. 55

CAPITULO VI
De las plantas de personal y otras disposiciones generales

TITULO I
Normas generales

Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 34)
letra a)

Artículo 78.- Los funcionarios del Ministerio de Salud y de los Servicios de Salud, del Fondo Nacional de Salud, del Instituto de Salud Pública y de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, se regirán por las disposiciones de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, y del decreto ley Nº 1.608, de 1976, y sus modificaciones; o de la ley Nº 15.076, cuyo texto refundido, coordinado y

D.L. Nº 2763/79
Art. 57
Ley N° 19.664
Ley N° 18.689
Arts. 1° y 2°

sistematizado se fijó en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2001, del Ministerio de Salud; o de la ley N° 19.664, según corresponda; se sujetarán al sistema de remuneraciones establecido por el decreto ley Nº 249, de 1973, y sus modificaciones o de las leyes N° 15.076 o N° 19.664, según el caso; serán imponentes del Instituto de Normalización Previsional o de una Administradora de Fondos de Pensiones, según corresponda, y estarán afectos a la ley Nº 16.781, sobre Asistencia Médica.

Artículo 79.- El personal a jornal que se contrate para labores de carácter transitorio se regirá por el Código del Trabajo y será imponente del Instituto de Normalización Previsional o de una Administradora de Fondos de Pensiones, según corresponda.

D.L. Nº 2763/79
Art. 57
Ley N° 18.689,
Arts. 1° y 2°

Artículo 80.- El Ministerio de Salud, los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, la Superintendencia de Salud y los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, se regirán por las normas del decreto ley Nº 1.263, de 1975, y disposiciones complementarias.

D.L. Nº 2763/79
Art. 58
Ley N° 19.650
DFL 29/00,
30/00 y 31/00
del M. de Salud
Ley N° 19.937
Art. 6°

Artículo 81.- Las herencias, legados o donaciones que se instituyeren o hicieren a favor de cualquiera de los establecimientos dependientes de los Servicios, del Instituto o de la Central, se entenderán deferidas al respectivo Servicio u organismo, con la obligación de destinar los bienes, objeto de la liberalidad, en beneficio del establecimiento que hubiere señalado el donante o testador o a cumplir la finalidad que éste hubiere indicado.

D.L. Nº 2763/79
Art. 59

Artículo 82.- Las donaciones efectuadas en beneficio de todos los organismos señalados en el artículo precedente, o de sus establecimientos, no estarán sujetas, para su validez, al trámite de la insinuación, cualquiera fuere su cuantía.

D.L. Nº 2763/79
Art. 60

TITULO II
De la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo

Artículo 83.- Establécese, para el personal perteneciente a las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos, sea de planta o a

D.L. 2763/79
Art. 61
Ley N° 19.937
Art. 1°, N° 34),

contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, y el decreto ley Nº 249, de 1974, una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente base y otro variable asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

letra b)

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

Artículo 84.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley Nº 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2º de la ley N° 19.699.

D.L. 2763/79
Art. 62
Ley N° 19.937
Art. 1°, N° 34),
letra b)

El componente base ascenderá, para el personal de la planta de técnicos o asimilado a ella, al 10% aplicado sobre la base señalada en el inciso primero y, para el personal de la planta de administrativos y auxiliares o asimilados a ellas, al 10,5% aplicado sobre la misma base de cálculo. El componente variable será, para el personal de la planta de técnicos o asimilado a ella, de 11% sobre igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 5,5% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas. El componente variable será, para el personal de la planta de administrativos y auxiliares o asimilados a ellas, de 11,5% sobre igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 5,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

LEY 20209
Art. 1º a)
D.O. 30.07.2
NOTA

NOTA:

El artículo Décimo Transitorio de la LEY 20209, publicada el 30.07.2007, dispone que las modificaciones que introduce a la presente norma, rigen a contar del 1º de enero de 2007.

Artículo 85.- Para efectos de otorgar el componente variable de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo señalada en los artículos precedentes, se aplicarán las reglas siguientes:

D.L. N° 2763/79
Art. 63
Ley N° 19.937
Art. 1°, N° 34), letra b)

1.- El Ministerio de Salud fijará, antes del 10 de septiembre de cada año, las metas sanitarias nacionales para el año siguiente y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de cada uno de los Servicios de Salud.

2.- Conforme al marco señalado en el número anterior, el Director de cada Servicio de Salud determinará para cada uno de sus establecimientos, incluida la Dirección del Servicio, las metas específicas y los indicadores de actividad.

3.- Para efectos de la determinación de las metas, el respectivo Director de Servicio deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo, presidido por dicha autoridad e integrado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud, por los Directores de establecimientos de salud del Servicio, por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de técnicos tenga mayor representación y por un representante de la asociación de funcionarios en que el personal de administrativos y auxiliares tenga, en su conjunto, mayor representación, en el respectivo Servicio de Salud; sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

4.- En relación con dichas metas específicas, se evaluará el desempeño de cada establecimiento.

5.- La evaluación del nivel de cumplimiento de las metas fijadas a cada establecimiento se efectuará por el Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo, en el plazo que señale el reglamento, a partir de la información proporcionada por los Servicios de Salud y por los propios establecimientos, la que deberá ser entregada por dichas entidades a la señalada autoridad, a más tardar, el 31 de enero de cada año. La resolución que dicte el Secretario Regional Ministerial de Salud será apelable ante el Ministro de Salud en el plazo de diez días, contado desde el tercer día hábil siguiente al despacho de la resolución por carta certificada dirigida al domicilio del Servicio de Salud correspondiente.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará los procedimientos destinados a la definición y evaluación del grado de cumplimiento de las metas anuales, los plazos que deberán cumplirse durante el proceso de evaluación, el mecanismo para determinar las asociaciones de funcionarios con mayor representatividad y sus representantes, y las demás disposiciones necesarias para el otorgamiento de esta asignación.

TITULO III

Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 34)
letra b)

De la asignación de acreditación individual y estímulo al desempeño colectivo

D.L. N° 2763/79
Art. 64
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 34)
letra b)

Artículo 86.- Establécese, para el personal perteneciente a la planta de profesionales, sea de planta o a contrata, de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, y para el personal de la planta de directivos de carrera ubicados entre los grados 17º y 11º, ambos inclusive, regidos por la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, y el decreto ley Nº 249, de 1974, una asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, la que contendrá un componente por acreditación individual y otro asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los organismos señalados.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso anterior, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

D.L. N° 2763/79
Art. 65
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 34)
letra b)

Artículo 87.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario por concepto de asignación de acreditación y estímulo al desempeño colectivo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley Nº 19.185, y, cuando corresponda, la señalada en el artículo 2º de la ley N° 19.699.

El componente de acreditación

individual ascenderá a un máximo de 6,5%, conforme a los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, aplicado sobre la base señalada en el inciso primero. El componente de cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, será de 7,5% de igual base de cálculo, para aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades que hubieren cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 3,75% para aquellos funcionarios de las entidades que cumplan entre el 75% y menos del 90% de las metas fijadas.

LEY 20209
Art. 1º b)
D.O. 30.07.2007
NOTA

NOTA:
El artículo Décimo Transitorio de la LEY 20209, publicada el 30.07.2007, dispone que las modificaciones que introduce a la presente norma, rigen a contar del 1º de enero de 2007.

Artículo 88.- Para efectos de otorgar el componente de acreditación individual, se aplicarán las reglas siguientes:

D.L. N° 2763/79
Art. 66
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 34)
letra b)

1.- El personal a que se refiere el artículo 86 deberá participar en el proceso de acreditación cada tres años, el que consistirá en la evaluación de las actividades de capacitación que sean pertinentes al mejoramiento de la gestión de los organismos y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios. Para estos efectos, el respectivo Servicio de Salud deberá disponer, al menos una vez al año, para quienes cumplan el respectivo período, de todas las medidas necesarias para implementar dicho proceso.

2.- Accederán al beneficio los funcionarios que hubieren aprobado el proceso de acreditación.

3.- El monto del componente de acreditación individual dependerá de los años de servicio del funcionario en los Servicios de Salud o sus antecesores legales, según la siguiente tabla:

Hasta 3 años	4%
Más de 3 años hasta 6 años	6%
Más de 6 años hasta 9 años	6,5%

LEY 20209
Art. 1º c)
D.O. 30.07.2007

4.- Para los funcionarios que tengan más de nueve años de servicio, la asignación pasará a ser permanente, con un porcentaje igual al de la última acreditación que hayan aprobado.

NOTA

5.- En caso de que un funcionario

no apruebe uno de los procesos de acreditación, no accederá al incremento del componente, pero mantendrá el porcentaje obtenido por las acreditaciones anteriores.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo, la periodicidad y las demás disposiciones necesarias para la implementación del procedimiento de acreditación y el otorgamiento del componente de acreditación individual.

NOTA:

El artículo Décimo Transitorio de la LEY 20209, publicada el 30.07.2007, dispone que las modificaciones que introduce a la presente norma, rigen a contar del 1º de enero de 2007.

Artículo 89.- Para efectos de otorgar el componente por cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios, de la asignación señalada en el artículo 86, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 85, para cuyo efecto los funcionarios beneficiarios de esta asignación tendrán derecho a que un representante de la asociación en que el personal profesional tenga mayor representación integre el Comité señalado en el referido artículo 85.

D.L. N° 2763/79 Art. 67
Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 34) letra b)

TITULO IV

De la asignación de estímulo a la función directiva

Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 34) letra b)

Artículo 90.- Establécese, para el personal de la planta de directivos de confianza y de carrera superiores al grado 11 de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, y el decreto ley Nº 249, de 1974, una asignación de estímulo que se regirá por las siguientes normas:

1.- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud que, conforme a lo señalado en el Capítulo II, Título IV del presente Libro, pueden optar a la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red", esta asignación

D.L. N° 2763/79 Art. 68
Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 34), letra b)

estará asociada íntegramente a la obtención por parte del establecimiento de la calidad mencionada.

2.- Para el personal directivo que se desempeña en establecimientos de salud de menor complejidad, conforme a lo señalado en el Capítulo II, Título V del presente Libro, esta asignación estará asociada al cumplimiento de los requisitos que establece el artículo 47.

3.- Para el personal directivo que se desempeña en la Dirección de los Servicios de Salud, esta asignación estará asociada a tres factores: la obtención de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia, el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad y el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria y sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional, conforme a lo señalado en el artículo 4º de la ley N° 19.813.

Corresponderá esta asignación al personal que haya prestado servicios para alguna de las entidades señaladas en el inciso primero, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentre, además, en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación.

D.L. N° 2763/79
Art. 69
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 34), letra b)

Artículo 91.- El monto mensual que corresponderá a cada funcionario de la planta directiva por concepto de asignación de estímulo, se calculará sobre el sueldo base más las asignaciones establecidas en los artículos 17 y 19 de la ley Nº 19.185 y, cuando corresponda, la asignación de responsabilidad superior otorgada por el decreto ley Nº 1.770, de 1977, y la asignación del artículo 2° de la ley N° 19.699.

Esta asignación será de 11% sobre la base señalada en el inciso primero, para aquellos funcionarios de la planta directiva que se desempeñen en las entidades que obtengan la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red". El mismo porcentaje será percibido por los funcionarios de la planta directiva de los establecimientos de menor complejidad que cumplan los requisitos establecidos en el artículo 47 de esta ley.

Para el personal directivo que se desempeñe en la dirección de los Servicios de Salud, la asignación corresponderá a 11% de la base de

cálculo señalada en el inciso primero, conforme a la siguiente distribución:

a) Hasta 8% por la obtención de la calidad de "Establecimiento de Autogestión en Red" de los establecimientos de su dependencia y el cumplimiento de los requisitos exigidos para los establecimientos dependientes de menor complejidad. El porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 8% por el cuociente resultante de dividir el número de establecimientos que hayan efectivamente obtenido dicha clasificación y que hayan cumplido los requisitos referidos, según el caso, por el total de los establecimientos dependientes de la dirección del Servicio, y

b) Hasta 3% por el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud primaria o sus establecimientos cuando corresponda, ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional del Servicio, conforme a lo señalado en el artículo 4° de la ley N° 19.813. En este caso, el porcentaje por pagar se determinará multiplicando el 3% por el cuociente resultante de dividir el número de entidades y establecimientos que efectivamente hayan cumplido el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, por el total de entidades administradoras y sus establecimientos, ubicados en el territorio jurisdiccional del Servicio.

Artículo 92.- Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, regulará el mecanismo y las demás disposiciones necesarias para otorgar la asignación señalada en el artículo 90.

D.L. N° 2763/79
Art. 70
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 34), letra b)

Artículo 93.- Las asignaciones señaladas en los artículos 83, 86 y 90, se pagarán en cuatro cuotas, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año. El monto por pagar en cada cuota será equivalente al valor acumulado en el trimestre respectivo como resultado de la aplicación mensual de los porcentajes establecidos precedentemente.

D.L. N° 2763/79
Art. 71
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 34), letra b)

Estas asignaciones tendrán carácter de imponibles para fines de previsión y salud. Para determinar las imposiciones e impuestos a que se encuentren afectas, se distribuirá su monto en proporción a los meses que comprenda el período que corresponda y los cuocientes se sumarán a las respectivas remuneraciones mensuales. Con todo, las imposiciones se deducirán de la parte que, sumada a las respectivas remuneraciones

mensuales, no exceda del límite máximo de imponibilidad.

TITULO V

De la asignación de turno

Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 34)
letra b)

Artículo 94.- Establécese una asignación de turno para el personal de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, y el decreto ley Nº 249, de 1974, que labora efectiva y permanentemente en puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día, durante todos los días del año, en un sistema de turno integrado por cuatro o tres funcionarios, quienes alternadamente cubren ese puesto de trabajo, en jornadas de hasta doce horas, mediante turnos rotativos. Estos turnos podrán comprender un número de horas superior a la jornada ordinaria de trabajo del funcionario.

D.L. N° 2763/79
Art. 72
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 34),
letra b)

Dicha asignación estará destinada a retribuir pecuniariamente al referido personal el desempeño de jornadas de trabajo en horarios total o parcialmente diferentes de la jornada ordinaria establecida en el artículo 65 de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, incluso en horario nocturno y en días sábados, domingos y festivos, acorde con las necesidades de funcionamiento asistencial ininterrumpido de los establecimientos de salud.

La Ley de Presupuestos, respecto de cada Servicio de Salud, expresará el número máximo de funcionarios afectos al sistema de turno integrado por cuatro y por tres funcionarios, separadamente. Para estos efectos, se considerará la información sobre la dotación de personal, la carga de trabajo y la complejidad en la atención prestada por los establecimientos de salud.

Artículo 95.- Esta asignación será imponible sólo para efectos de pensiones y de salud y será incompatible con la asignación establecida en la letra c) del artículo 98 de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29,

D.L. N° 2763/79
Art. 73
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 34),
letra b)

de 2004, del Ministerio de Hacienda.

El personal que labora en el sistema de turno de que trata este Título no podrá desempeñar trabajos extraordinarios de ningún tipo, salvo cuando se trate de trabajos de carácter imprevisto motivados por emergencias sanitarias o necesidades impostergables de atención a pacientes, los que deberán ser calificados por el Director del Establecimiento respectivo mediante resolución fundada. En estos casos, será aplicable lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 66 de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda.

Artículo 96.- Para tener derecho a la asignación de turno, los funcionarios deberán estar formalmente destinados a prestar servicios en los puestos de trabajo cuya jornada sea ininterrumpida, a través de resoluciones anuales del Director del Establecimiento de Salud correspondiente.

D.L. N° 2763/79 Art. 74 Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 34), letra b)

Esta asignación se percibirá mientras el trabajador se encuentre en funciones en los puestos de trabajo mencionados, e integre el sistema de turnos rotativos cubiertos por cuatro o tres funcionarios, manteniendo el derecho a percibirla durante los períodos de ausencia con goce de remuneraciones originados por permisos, licencias y feriado legal. Asimismo, será considerada como estipendio de carácter general y permanente, para efectos del inciso tercero del artículo 21 de la ley N° 19.429.

Artículo 97.- Las horas extraordinarias que, en virtud de lo dispuesto en la letra c) del artículo 98 de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, puedan percibir los funcionarios de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda y el decreto ley Nº 249, de 1974, cualquiera que sea el motivo de su origen, no constituirán remuneración permanente para ningún efecto legal. En consecuencia, no se

D.L. N° 2763/79 Art. 75 Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 34), letra b)

percibirán durante los feriados, licencias y permisos con goce de remuneraciones.

TITULO VI
De la asignación de responsabilidad

Artículo 98.- Establécese una asignación de responsabilidad para el personal de la planta de profesionales, de planta y a contrata de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda y el decreto ley Nº 249, de 1974, con jornadas de 44 horas, que desempeñen funciones de responsabilidad de gestión en los Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

D.L. N° 2763/79 Art. 76
Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 34), letra b)

Esta asignación se otorgará mediante concurso, será imponible para los efectos de previsión y salud y se reajustará en la misma oportunidad y porcentajes en que se reajusten las remuneraciones del sector público. Asimismo, no se considerará base de cálculo de ninguna otra remuneración.

Durante el período en que los profesionales perciban la asignación de responsabilidad, tendrán la categoría de jefe directo para los efectos previstos en el Párrafo 4° del Título II de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda.

DFL 29/04 Fijó texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.834

Artículo 99.- Esta asignación se otorgará conforme a las reglas siguientes:

D.L. N° 2763/79 Art. 77

1.- El número de cupos por establecimiento es el determinado en el artículo siguiente.

Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 34), letra b)

2.- Para los efectos de realizar el o los concursos correspondientes, se constituirá en el establecimiento respectivo un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 21 de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de

Hacienda. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

3.- En el o los concursos para acceder a esta asignación, se considerarán los siguientes factores y con la ponderación indicada en cada caso:

Factores	Ponderación
Capacitación pertinente	30%
Evaluación de Desempeño	20%
Experiencia Calificada	20%
Aptitud para el cargo (Entrevista)	30%

4.- El o los cupos disponibles se asignarán en orden de prelación al funcionario o funcionarios que logren el mayor puntaje en el proceso de concurso y sólo en la medida en que cumplan con los requisitos mínimos para su asignación.

5.- Se otorgará por un período máximo de tres años, siempre que se desempeñe efectivamente la función de responsabilidad de gestión en el establecimiento en el que fue otorgada. En todo caso, el funcionario podrá concursar nuevamente por la asignación, en la medida en que cumpla los requisitos para ello.

6.- Se deberá realizar concurso cada vez que uno o más de los cupos asignados al establecimiento quede disponible.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, determinará las funciones de responsabilidad de gestión que podrán ser objeto de esta asignación y todas las otras normas necesarias para la aplicación de este beneficio. Asimismo, clasificará los establecimientos de salud cuyos funcionarios tengan derecho a concursar a esta asignación, acorde al nivel de complejidad señalado en el artículo siguiente.

Artículo 100.- Para efecto de la concesión de la asignación de responsabilidad, el número total de cupos a nivel nacional será de 2.499, con un costo anual máximo de $ 1.344.- millones. La Ley de Presupuestos fijará, para cada Servicio de Salud, el número máximo de beneficiarios y los recursos que se pueden destinar para su pago.

D.L. N° 2763/79
Art. 78

LEY 20209
Art. 1º d)
D.O. 30.07.2007
NOTA

Los cupos máximos por tipo de establecimiento y el valor individual anual de la asignación será el señalado en la tabla

siguiente. No obstante, el monto indicado para cada caso, podrá ser aumentado o disminuido hasta un 10%. Con todo, el Director del Servicio de Salud, dentro de los límites señalados en el inciso anterior, podrá disponer la resignación de el o los cupos que queden sin asignarse, siempre que ésta se efectúe dentro del mismo tipo de establecimiento.

LEY 20209
Art. 1º d)
D.O. 30.07.2007
NOTA

Tipo de establecimiento	Cupos máximos por establecimiento	Monto anual por persona
Hospital Alta Complejidad	20	$700.092.-
Hospital Media Complejidad	14	$532.600.-
Hospital Baja Complejidad	8	$339.200.-
Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) y Centro de Referencia de Salud (CRS)	6	$339.200.-
Consultorio General Urbano y Rural	4	$339.200.-

LEY 20209
Art. 1º d)
D.O. 30.07.2007
NOTA

La cuantía de los beneficios establecidos en este artículo corresponde a valores vigentes al 30 de noviembre de 2006, y se reajustarán en los mismos porcentajes y oportunidades que se hayan determinado y se determinen para las remuneraciones del sector público.

LEY 20209
Art. 1º d)
D.O. 30.07.2007
NOTA

La asignación otorgada se pagará en cuotas mensuales e iguales, la primera de las cuales el primer día hábil del mes siguiente al de la total tramitación de la resolución que la conceda.

NOTA:
El artículo Décimo Transitorio de la LEY 20209, publicada el 30.07.2007, dispone que las modificaciones que introduce a la presente norma, rigen a contar del 1º de enero de 2007.

Artículo 101.- Lo dispuesto en la oración final de la letra h) del artículo 1° de la ley Nº 19.490 será aplicable a los beneficios referidos en los artículos 83, 86, 90 y 98 de esta ley.

D.L. N° 2763/79
Art. 79
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 34), letra b)

A los funcionarios que perciban la asignación de turno establecida en el artículo 94 de esta Ley, y que hayan tenido ausencias injustificadas conforme al artículo 72 de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, se les descontará el monto correspondiente de acuerdo a lo indicado en dicho artículo.

TITULO VII

Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 34)

De la promoción en la carrera funcionaria — letra b)

Artículo 102.- La promoción de los funcionarios de las plantas de técnicos, administrativos y auxiliares de las Subsecretarías del Ministerio de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile; de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, y el decreto ley Nº 249, de 1974, se efectuará mediante un procedimiento de acreditación de competencias, en el cual se evaluará la capacitación, la experiencia calificada y la calificación obtenida por el personal en el período objeto de acreditación, con una ponderación de 33%, 33% y 34%, respectivamente.

D.L. N° 2763/79 Art. 80 Ley Nº 19.937 Art. 1º Nº 34), letra b)

Los funcionarios deberán someterse anualmente al sistema de acreditación de competencias en el cargo que sirvan.

Con el resultado de los procesos de acreditación de competencias, los servicios confeccionarán un escalafón de mérito para el ascenso, disponiendo a los funcionarios de cada grado de la respectiva planta en orden decreciente conforme al puntaje obtenido en dicho proceso, el que tendrá una vigencia anual a contar del 1 de enero de cada año.

Producida una vacante, será promovido el funcionario que se encuentre en el primer lugar del referido escalafón. En caso de producirse un empate, operarán los criterios de desempate establecidos en el artículo 51 de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda.

Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud, el que también será suscrito por el Ministro de Hacienda, fijará los parámetros, procedimientos, órganos, modalidades específicas para cada planta y demás normas que sean necesarias para el funcionamiento del sistema de acreditación, fundado en criterios técnicos, objetivos e imparciales, que permitan una efectiva evaluación de la competencia e idoneidad de los funcionarios. Asimismo, establecerá las disposiciones necesarias para que los funcionarios dispongan de información oportuna sobre la capacitación a que se refiere este

artículo y de los procedimientos para acceder a ella.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo y en el siguiente, será aplicable a los funcionarios lo dispuesto en el artículo 50 de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004.

Respecto del personal señalado en este artículo y en el siguiente, no será aplicable lo dispuesto en el artículo 53 de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda.

Artículo 103.- Para todos los efectos legales, la promoción de los funcionarios de la planta de directivos de carrera y de la planta de profesionales de las Subsecretarías del Ministerio de Salud; del Instituto de Salud Pública de Chile; de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, regidos por la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, y el decreto ley Nº 249, de 1974, se hará por concursos internos.

D.L. N° 2763/79
Art. 81
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 34), letra b)

Las bases de los concursos internos considerarán cuatro factores, a saber: capacitación pertinente, evaluación del desempeño, la experiencia calificada y aptitud para el cargo. Cada uno de estos factores tendrá una ponderación de 25%.

Para estos efectos existirá un comité conformado por el jefe de personal o por quien ejerza las funciones de tal y por quienes integran el Comité de Selección a que se refiere el artículo 21 de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios de los profesionales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel nacional, regional o local, según corresponda.

En los concursos será promovido al cargo vacante el funcionario que obtenga el mayor

puntaje y en ellos podrán participar los funcionarios profesionales de la planta que se ubiquen en los grados inferiores según la siguiente tabla:

Grado Vacante	Grados que pueden participar
5º	6º - 10º
6º	7º - 10º
7º	8º - 10º
8º	9º - 11º
9º	10º - 12º
10º	11º - 13º
11º	12º - 14º
12º	13º - 15º
13º	14º - 16º
14º	15º - 17º
15º	16º - 17º
16º	17º - 18º
17º	18º

Los concursos se sujetarán a las siguientes reglas:

1.- Los funcionarios, en un solo acto, deberán postular a una o más de las plantas respecto de las cuales cumplan con los requisitos legales, sin especificar cargos o grados determinados dentro de ellas.

2.- La provisión de los cargos vacantes de cada planta se efectuará, en cada grado, en orden decreciente, conforme al puntaje obtenido por los postulantes.

3.- Las vacantes que se produzcan por efecto de la provisión de los cargos, conforme al numeral anterior, se proveerán en acto seguido, como parte del mismo concurso y siguiendo iguales reglas.

4.- En caso de producirse empate, los funcionarios serán designados conforme al resultado de la última calificación obtenida y, en el evento de mantenerse esta igualdad, decidirá el respectivo Jefe de Servicio.

TITULO VIII

Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 34)
letra b)

De la dotación

Artículo 104.- Establécese que hasta el 15% de los empleos a contrata de la dotación efectiva de personal de los Servicios de Salud, señalados en el artículo 16 de este cuerpo legal, se expresará, para los asimilados a la planta de profesionales regidos por la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda y el decreto ley Nº 249, de 1974, en horas semanales de trabajo y será distribuido anualmente entre estos organismos por resolución

D.L. N° 2763/79
Art. 82
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 34),
letra b)

del Ministerio de Salud.

Los Servicios de Salud no podrán realizar contrataciones por menos de 22 horas.

Conforme a lo señalado en el inciso precedente, los funcionarios que se encuentren contratados en empleos de 44 horas asimilados a los grados de la planta de profesionales, podrán voluntariamente y previa aprobación del respectivo Director de Servicio de Salud, reducir su jornada a empleos de 22 horas. En tal caso, el Servicio podrá contratar profesionales haciendo uso de las horas que queden disponibles.

Los empleos de profesionales a contrata de 22 horas darán derecho a percibir en un porcentaje proporcional del 50% los conceptos remuneracionales a que tiene derecho el desempeño de un empleo de 44 horas semanales, cualquiera que sea la regulación específica de cada uno de ellos.

Un mismo funcionario no podrá ser contratado, en total, por más de 44 horas, efecto para el cual se considerarán todos los nombramientos que posea en cualquier órgano de la Administración del Estado.

Los funcionarios contratados por 22 horas no podrán desempeñarse en los puestos de trabajo del sistema de turnos rotativos. En consecuencia, no tendrán derecho a percibir la asignación de turno de que trata el Título V de este Capítulo.

Artículo 105.- La junta calificadora que existirá en cada uno de los hospitales que integran los Servicios de Salud, conforme a lo establecido en el inciso sexto del artículo 35 de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, estará integrada por los tres funcionarios de más alto nivel jerárquico, a excepción del Director del Hospital, y por un representante del personal elegido por éste. Se considerará, además, la participación con derecho a voz de un representante de la asociación de funcionarios que corresponda a la planta a calificar que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad a nivel local.

D.L. N° 2763/79
Art. 83
Ley Nº 19.937
Art. 1º Nº 34)
letra b)

El Director del Hospital conocerá del recurso de apelación que puede interponer el funcionario ante la resolución de la junta calificadora o de la del jefe directo en el caso del delegado del personal, conforme a lo establecido en el artículo 48 de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y

sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda.

CAPITULO VII

De la Superintendencia de Salud

Ley N° 19.937 Art. 6° Ley N° 20.015, Art. 4° transitorio

TITULO I
Normas Generales

Párrafo 1°

De la naturaleza y objeto

Artículo 106.- Créase la Superintendencia de Salud, en adelante "la Superintendencia", organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se regirá por esta ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

Ley N° 19.937 Art. 6° (Art. 1° Ley Orgánica de la Superintendencia de Salud, L.O.S.)

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

Ley N° 20.015, Art. 4° transitorio

La Superintendencia estará afecta al Sistema de Alta Dirección Pública establecido en la ley N°19.882.

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

Ley N° 19.937 Art. 6° (Art. 23 L.O.S.)

Artículo 107.- Corresponderá a la Superintendencia supervigilar y controlar a las instituciones de salud previsional, en los términos que señale este Capítulo, el Libro III de esta Ley y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley en relación a las Garantías Explícitas en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.

Ley N° 19.937 Art. 6° (Art. 2°, L.O.S.) Ley N° 20.015, Art. cuarto transitorio

Asimismo, la Superintendencia de Salud supervigilará y controlará al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios del Libro II de esta Ley en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y lo que la ley establezca como Garantías Explícitas en Salud.

Ley N° 20.015, Art. cuarto transitorio

Igualmente, concernirá a la Superintendencia la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación.

Párrafo 2°
De la organización y estructura

Artículo 108.- La Superintendencia se estructurará orgánica y funcionalmente en la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y la Intendencia de Prestadores de Salud.

Ley N° 19.937 Art. 6° (Art. 3°, L.O.S.)

Los funcionarios que ejerzan los cargos de Intendentes corresponden al segundo nivel jerárquico de la Superintendencia, para los efectos del AR-TICULO TRIGESIMO SEPTIMO de la ley N°19.882.

Artículo 109.- Un funcionario nombrado por el Presidente de la República en conformidad a lo establecido en la ley Nº 19.882, con el título de Superintendente de Salud, será el Jefe Superior de la Superintendencia, y tendrá la representación judicial y extrajudicial de la misma.

Ley N° 19.937 Art. 6° (Art. 4°, L.O.S.)

Corresponderá al Superintendente, especialmente:

1.- Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar el funcionamiento de la Superintendencia y ejercer, respecto de su personal, las atribuciones propias de su calidad de Jefe Superior de Servicio;

2.- Establecer oficinas regionales o provinciales cuando las necesidades del Servicio así lo exijan y existan las disponibilidades presupuestarias;

3.- Celebrar las convenciones y ejecutar los actos necesarios para el cumplimiento de los fines de la Superintendencia;

4.- Delegar atribuciones o facultades específicas en funcionarios de la Superintendencia;

5.- Encomendar a las distintas

unidades de la Superintendencia las funciones que estime necesarias;

6.- Encomendar las labores operativas de inspección o verificación del cumplimiento de las normas de su competencia, a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento respectivo;

7.- Conocer y fallar los recursos que la ley establece;

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

9.- Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

Sin perjuicio de la facultad del Ministerio de Salud para dictar las normas sobre acreditación y certificación de los prestadores de salud y de calidad de las atenciones de salud, el Superintendente podrá someter a la consideración de dicho ministerio las que estime convenientes.

TITULO II
De las Atribuciones de la Superintendencia de Salud en relación con las Instituciones de Salud Previsional

Artículo 110.- Corresponderán a la Superintendencia, en general, las siguientes funciones y atribuciones:

Ley N° 18.933 Art. 3°

1.- Registrar a las Instituciones de Salud Previsional, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos que señale la ley.

Ley N° 18.933 Art. 3°, N° 1
Ley N° 18.933 Art. 3°, N° 2

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.

Ley N° 18.933 Art. 3°, N° 3

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 aquellas 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.

Ley N° 18.933 Art. 3°, N° 4

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

Ley N° 19.937 Art. 6° (Art. 25 L.O.S.)

corresponder a otros organismos fiscalizadores.	
5.- Exigir que las Instituciones den cumplimiento a la constitución y mantención de la garantía y patrimonio mínimo exigidos por la ley.	Ley N° 18.933 Art. 3°, N° 6
6.- 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 181 y a los requerimientos de constitución y mantención del patrimonio mínimo que prevé el artículo 178.	Ley N° 18.933 Art. 3°, N° 7
7.- 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.	Ley N° 18.933 Art. 3°, N° 8
8.- 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.	Ley N° 18.933 Art. 3°, N° 9
En caso alguno estas instrucciones podrán contemplar exigencias de aprobación previa de los contratos por parte de la Superintendencia.	Ley N° 18.933 Art. 3°, N° 9 bis
9.- Velar por que la aplicación práctica de los contratos celebrados entre los prestadores de salud y las Instituciones de Salud Previsional no afecte los beneficios a que tienen derecho el afiliado o sus beneficiarios.	Ley N° 20.015 Art. 1°, N° 2) letra a)
10.- Impartir las instrucciones para que las Instituciones de Salud Previsional mantengan actualizada la información que la ley exija.	Ley N° 18.933 Art. 3°, N° 10
11.- Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones.	Ley N° 18.933 Art. 3°, N° 11
12.- Efectuar publicaciones informativas del sistema de instituciones de salud previsional y sus contratos con los afiliados.	Ley N° 18.933 Art. 3°, N° 12
13.- Imponer las sanciones que establece la ley.	Ley N° 18.933 Art. 3°, N° 13
14.- Elaborar y difundir índices, estadísticas y estudios relativos a las Instituciones y al sistema privado de salud.	Ley N° 18.933 Art. 3°, N° 14
15.- Impartir instrucciones generales sobre la transferencia de los contratos de salud y cartera	Ley N° 19.895 Art. 1° N° 2 letra a)

de afiliados y beneficiarios a que se refiere el artículo 219 y dar su aprobación a dichas operaciones.

Ley N° 18.933 Art. 3°, N° 15
Ley N° 19.895 Art. 1° N° 2 letra a)

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

Ley N° 18.933 Art. 3°, N° 16

17.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de beneficios regulados por el presente Capítulo y el Libro III de esta Ley. La Superintendencia deberá adoptar las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de la ficha clínica.

Ley N° 20.015 Art. 1°, N° 2 letra b)
Ley N° 18.933 Art. 3°, N° 17

Las personas que incurran en falsedad en la certificación de enfermedades, lesiones, estados de salud, en las fechas de los diagnósticos o en prestaciones otorgadas serán sancionadas con las penas previstas en el artículo 202 del Código Penal.

Ley N° 20.015 Art. 1°, N° 2 letra b)

Para el cumplimiento de sus funciones, la Superintendencia de Salud podrá inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos de las instituciones fiscalizadas y requerir de ellas o de sus administradores, asesores, auditores externos 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.

Ley N° 18.933, Art. 3°
Ley N° 19.895 Art. 1° N° 2 letra b)

Además, podrá citar a declarar a los representantes, administradores, asesores, auditores externos 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.

Ley N° 18.933, Art. 3°
Ley N° 19.895 Art. 1° N° 2 letra c)

Artículo 111.- Las contiendas de competencia que se originen entre la Superintendencia y otras autoridades administrativas, serán resueltas de conformidad con el artículo 39 de la Ley N° 18.575, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 1-19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia.

Ley N° 18.933
Art. 4°

Artículo 112.- 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.

Ley N° 18.933
Art. 5°

Artículo 113.- 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.

Ley N° 18.933
Art. 6°

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

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. 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 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.

Ley N° 18.933
Art. 7°
Ley N° 19.381
Art. 1° N°1

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 inadmisible 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 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, solo 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 109, N° 4 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.

TITULO III
De la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud

Ley N° 19.937
Art. 6°

Párrafo 1°
De la supervigilancia y control de las instituciones de salud previsional y del Fondo Nacional de Salud

Artículo 114.- La supervigilancia y control de las instituciones de salud previsional que le corresponde a la Superintendencia, la ejercerá a

Ley N° 19.937
Art. 6°
(Art. 5° L.O.S.)

través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en los términos que señala este Capítulo, el Libro III de esta Ley y demás disposiciones que le sean aplicables.

La Superintendencia ejercerá la supervigilancia y el control del Fondo Nacional de Salud a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud. En relación con la modalidad de libre elección, corresponderá a dicho Intendente velar porque las contribuciones que deban hacer los afiliados para financiar el valor de las prestaciones se ajusten a la ley, al reglamento y demás normas e instrucciones, y por el correcto otorgamiento de los préstamos de salud, teniendo para ello las facultades que establecen los Párrafos 2° y 3° de este Título.

Párrafo 2°

Ley N° 20.015, Art. cuarto transitorio

De la supervigilancia y control de las Garantías Explícitas en Salud

Ley N° 19.937, Art. 6° (Art. 6°, L.O.S.)
Ley N° 20.015, Art. cuarto transitorio

Artículo 115.- Le corresponderán a la Superintendencia las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, respecto de la supervigilancia y control de las Garantías Explícitas en Salud:

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

2.- Fiscalizar los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establecen las Garantías Explícitas en Salud;

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

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

establecen las Garantías Explícitas en Salud;

5.- Difundir periódicamente información que permita a los cotizantes y beneficiarios de las instituciones de salud previsional y del Fondo Nacional de Salud una mejor comprensión de los beneficios y obligaciones que imponen las referidas Garantías Explícitas en Salud e informar periódicamente sobre las normas e instrucciones dictadas e interpretaciones formuladas por la Superintendencia, en relación con los beneficios y obligaciones de los cotizantes y beneficiarios de las instituciones de salud previsional y del Fondo Nacional de Salud, respecto del Régimen General de Garantías en Salud.

6.- Requerir de los prestadores, sean públicos o privados, las fichas clínicas u otros antecedentes médicos que sean necesarios para resolver los reclamos de carácter médico presentados ante la Superintendencia por los afiliados o beneficiarios de las instituciones fiscalizadas. La Superintendencia deberá adoptar las medidas que sean necesarias para mantener la confidencialidad de la ficha clínica;

7.- Requerir de los prestadores, tanto públicos como privados, la información que acredite el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud sobre acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones y beneficios de salud que se otorguen a los beneficiarios, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos;

8.- Recibir, derivar o absolver, en su caso, las consultas y, en general, las presentaciones que formulen los cotizantes y beneficiarios de las instituciones de salud previsional y del Fondo Nacional de Salud;

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

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

11.- Imponer las sanciones que correspondan de conformidad a la ley, y

12.- Las demás que contemplen las leyes.

Artículo 116.- El Fondo Nacional de Salud y las instituciones de salud

Ley N° 19.937, Art. 6°

previsional devolverán lo pagado en exceso por el beneficiario en el otorgamiento de las prestaciones, según lo determine la Superintendencia mediante resolución, conforme a lo dispuesto en las Garantías Explícitas en Salud.

(Art. 7°, L.O.S.) Ley N° 20.015, Art. cuarto transitorio

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

Párrafo 3°
De las controversias entre los beneficiarios y los seguros previsionales de salud

Artículo 117.- La Superintendencia, a través del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, quien actuará en calidad de árbitro arbitrador, resolverá las controversias que surjan entre las instituciones de salud previsional o el Fondo Nacional de Salud y sus cotizantes o beneficiarios, siempre que queden dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Superintendencia, y sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la instancia a la que se refiere el artículo 120 o a la justicia ordinaria. El Intendente no tendrá derecho a remuneración por el desempeño de esta función y las partes podrán actuar por sí o por mandatario.

Ley N° 19.937, Art. 6° (Art. 8°, L.O.S.)

La Superintendencia, a través de normas de general aplicación, regulará el procedimiento que deberá observarse en la tramitación de las controversias, debiendo velar porque se respete la igualdad de condiciones entre los involucrados, la facultad del reclamante de retirarse del procedimiento en cualquier momento y la imparcialidad en relación con los participantes. En el procedimiento se establecerá, a lo menos, que el árbitro oirá a los interesados, recibirá y agregará los instrumentos que se le presenten, practicará las diligencias que estime necesarias para el conocimiento de los hechos y dará su fallo en el sentido que la prudencia y la equidad le dicten.

El Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, una vez que haya tomado conocimiento del reclamo, por sí o por un funcionario que

designe, podrá citar al afectado y a un representante del Fondo Nacional de Salud o de las instituciones de salud previsional a una audiencia de conciliación, en la cual, ayudará a las partes a buscar una solución a su conflicto obrando como amigable componedor. Las opiniones que emita no lo inhabilitarán para seguir conociendo de la causa.

Artículo 118.- En contra de lo resuelto por el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud en su calidad de árbitro arbitrador, podrá deducirse recurso de reposición ante la misma autoridad, el que deberá interponerse dentro del plazo fatal de 10 días hábiles, contados desde la fecha de la notificación de la sentencia arbitral.

Ley N° 19.937, Art. 6° (Art. 9°, L.O.S.)

El referido Intendente deberá dar traslado del recurso a la otra parte, por el término de cinco días hábiles.

Evacuado el traslado o transcurrido el plazo para hacerlo, el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de 30 días hábiles.

Artículo 119.- Resuelto por el Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud el recurso de reposición, el afectado podrá apelar ante el Superintendente, dentro de los 10 días hábiles siguientes a su notificación, para que se pronuncie en calidad de árbitro arbitrador.

Ley N° 19.937, Art. 6° (Art. 10, L.O.S.)

El Superintendente deberá dar traslado del recurso a la otra parte, por el término de cinco días hábiles.

Evacuado el traslado o transcurrido el plazo para hacerlo, el Superintendente deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de 30 días hábiles.

Con todo, el Superintendente podrá declarar inadmisible la apelación, si ésta se limita a reiterar los argumentos esgrimidos en la reposición de que trata el artículo anterior.

Artículo 120.- Sin perjuicio de la facultad del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud para resolver las controversias que se susciten, en los términos de esta ley, las partes podrán convenir que dicha dificultad sea sometida, previamente, a mediación.

Ley N° 19.937, Art. 6° (Art. 11, L.O.S.)

Para el efecto anterior, la Superintendencia deberá llevar un registro especial de mediadores a

los que las partes podrán acudir.

Corresponderá a la Superintendencia fijar, mediante normas de general aplicación, los requisitos que deberán cumplir los mediadores a que se refiere este precepto, así como las normas generales de procedimiento a las que deberán sujetarse y las sanciones que podrá aplicar por su inobservancia. Dichas sanciones serán amonestación, multa de hasta 1.000 unidades de fomento, suspensión hasta por 180 días o cancelación del registro.

Cada parte asumirá el costo de la mediación.

TITULO IV
De la Intendencia de Prestadores de Salud

Ley N° 19.937, Art. 6° (Art. 12, L.O.S.)

Artículo 121.- Le corresponderán a la Superintendencia, para la fiscalización de todos los prestadores de salud, públicos y privados, las siguientes funciones y atribuciones, las que ejercerá a través de la Intendencia de Prestadores de Salud:

1. Ejercer, de acuerdo a las normas que para tales efectos determinen el reglamento y el Ministerio de Salud, las funciones relacionadas con la acreditación de prestadores institucionales de salud.

2. Autorizar a las personas jurídicas que acrediten a los prestadores de salud, en conformidad con el reglamento, y designar aleatoriamente la entidad que desarrollará el proceso.

3. Fiscalizar el debido cumplimiento por parte de la entidad acreditadora de los procesos y estándares de acreditación de los prestadores institucionales de salud.

4. Fiscalizar a los prestadores institucionales acreditados en la mantención del cumplimiento de los estándares de acreditación.

5. Mantener un registro nacional y regional actualizado de los prestadores institucionales acreditados y de las entidades acreditadoras, conforme el reglamento correspondiente.

6. Mantener registros nacionales y regionales actualizados de los prestadores individuales de salud, de sus especialidades y subespecialidades, si las tuvieran, y de las entidades certificadoras, todo ello conforme al reglamento correspondiente.

7. Efectuar estudios, índices y estadísticas relacionadas con las acreditaciones efectuadas a los prestadores institucionales y las

certificaciones de los prestadores individuales. Asimismo, informar sobre las sanciones que aplique y los procesos de acreditación o reacreditación que se encuentren en curso.

8. Requerir de los organismos acreditadores y certificadores y de los prestadores de salud, institucionales e individuales, toda la información que sea necesaria para el cumplimiento de su función.

9. Requerir de las entidades y organismos que conforman la Administración del Estado, la información y colaboración que sea pertinente para el mejor desarrollo de las funciones y atribuciones que este Capítulo y el Libro III de esta Ley le asignan.

10. Conocer los reclamos que presenten los beneficiarios a que se refieren los Libros II y III de esta Ley, respecto de la acreditación y certificación de los prestadores de salud, tanto públicos como privados.

La Intendencia de Prestadores de Salud no será competente para pronunciarse sobre el manejo clínico individual de casos.

11. Fiscalizar a los prestadores de salud en el cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 141, inciso final; 141 bis; 173, inciso séptimo, y 173 bis, y sancionar su infracción.

Ley 20394
Art. UNICO Nº 1
D.O. 20.11.2009

La infracción de dichas normas será sancionada, de acuerdo a su gravedad, con multa de diez hasta mil unidades tributarias mensuales.

Tratándose de prestadores institucionales, además de la multa se les eliminará, si procediera, del registro a que se refiere el numeral 5 precedente, por un plazo de hasta dos años.

Tratándose de prestadores individuales, además de la multa serán sancionados, si correspondiera, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sea por intermedio del Fondo Nacional de Salud o de una Institución de Salud Previsional, así como para otorgar prestaciones en la modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud.

En caso de reincidencia dentro del período de doce meses contado desde la comisión de la primera infracción, se aplicará una multa desde dos hasta cuatro veces el monto de la multa aplicada por dicha infracción.

Para la aplicación de estas sanciones la Superintendencia se sujetará a lo establecido en los artículos 112 y 113 de esta ley.

Para efectos de dar cumplimiento a lo señalado en este numeral, la Superintendencia deberá implementar un sistema de atención continuo y expedito para recibir y resolver los reclamos que sobre esta materia se formulen.

12. Imponer las sanciones que corresponda, en conformidad a la ley, y

13. Realizar las demás funciones que la ley y los reglamentos le asignen.

Los instrumentos regulatorios utilizados en la labor de fiscalización, por parte de la Superintendencia, serán iguales para los establecimientos públicos y privados, de acuerdo a la normativa

vigente.

Artículo 122.- El Intendente de Prestadores de Salud, previa instrucción del procedimiento sumarial que regule el reglamento y asegurando la defensa de los intereses de las partes involucradas, podrá solicitar una nueva evaluación de un prestador institucional si verificare que éste no ha mantenido el cumplimiento de los estándares de acreditación, pudiendo convenir previamente un Plan de ajuste y corrección.

Ley N° 19.937 Art. 6° (Art. 13, L.O.S.)

El Intendente podrá hacer observaciones al director del establecimiento sobre faltas graves en el cumplimiento de las tareas esenciales del organismo, informando al respecto al director del servicio de salud y al Subsecretario de Redes.

Asimismo, en casos graves el Superintendente deberá hacer presente al secretario regional ministerial, en su calidad de autoridad sanitaria regional, de la necesidad de que aplique las medidas de clausura o cancelación de la autorización sanitaria para funcionar.

Artículo 123.- Tratándose de infracciones cometidas por las entidades acreditadoras, el Intendente de Prestadores de Salud podrá aplicar a la entidad las siguientes sanciones, de acuerdo a la gravedad de la falta o su reiteración:

Ley N° 19.937 Art. 6° (Art. 14, L.O.S.)

1.- Amonestación;

2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado;

3.- Cancelación de la inscripción en el registro de entidades acreditadoras, y

4.- Las demás que autoricen las leyes y reglamentos.

La multa que se determine será compatible con cualquiera otra sanción.

Artículo 124.- Sin perjuicio de las atribuciones de los ministerios de Salud y Educación establecidas en el numeral 13 del artículo 4° de esta Ley, la Superintendencia podrá proponer fundadamente al Ministerio de Salud la incorporación o la revocación del reconocimiento otorgado a una entidad certificadora de especialidades.

Ley N° 19.937 Art. 6° (Art. 15, L.O.S.)

TITULO V

De las normas comunes a ambas intendencias

Artículo 125.- En caso de incumplimiento del Régimen General de Garantías en Salud por causa imputable a un funcionario, la, Superintendencia deberá requerir al Director del Fondo Nacional de Salud para que instruya el correspondiente sumario administrativo, sin perjuicio de las obligaciones que sobre esta materia poseen dicho director y la Contraloría General de la República.

Asimismo, podrá requerir del Ministro de Salud que ordene la instrucción de sumarios administrativos en contra del Director del Fondo Nacional de Salud, el Director del Servicio de Salud o el Director del Establecimiento Público de Salud respectivo, cuando éstos no dieren cumplimiento a las instrucciones o dictámenes emitidos por la Superintendencia en uso de sus atribuciones legales. Tratándose de establecimientos de salud privados, se aplicará una multa de hasta 500 unidades de fomento, la que podrá elevarse hasta 1.000 unidades de fomento si hubiera reiteración dentro del plazo de un año. En este último caso, la Superintendencia deberá publicar dicha sanción.

Ley N° 19.937 Art. 6° (Art. 16, L.O.S.) Ley N° 20.015 Art. cuarto transitorio

Artículo 126.- Para el cumplimiento de las funciones y atribuciones que establecen el presente Capítulo y el Libro III de esta Ley y las demás que le encomienden las leyes y reglamentos, la Superintendencia podrá, a través de la respectiva Intendencia, inspeccionar todas las operaciones, bienes, libros, cuentas, archivos y documentos de las instituciones, que obren en poder de los organismos o establecimientos fiscalizados, y requerir de ellos o de sus administradores, asesores, auditores o personal, los antecedentes y explicaciones que juzgue necesarios para su información. Igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento o libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado. Salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia, todos los libros, archivos y documentos de las entidades fiscalizadas deberán estar permanentemente disponibles para su examen en su domicilio o en la sede principal de su actividad.

Ley N° 19.937 Art. 6° (Art. 17, L.O.S.)

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

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

Artículo 127.- Los afiliados y beneficiarios a que se refieren los Libros II y III de esta Ley sólo podrán deducir reclamos administrativos ante la Intendencia respectiva en contra del Fondo Nacional de Salud, de las instituciones de salud previsional o los prestadores de salud, una vez que dichos reclamos hayan sido conocidos y resueltos por la entidad que corresponda, fundadamente y por escrito o por medios electrónicos, a menos que su naturaleza exija o permita otra forma más adecuada de expresión y constancia. Si la Intendencia de que se trate recibe un reclamo sin que se haya dado cumplimiento a lo señalado precedentemente, ésta procederá a enviar el reclamo a quien corresponda.

Ley N° 19.937 Art. 6° (Art. 18, L.O.S.)

La Superintendencia fijará, a través de normas de general aplicación, el procedimiento que se seguirá en los casos señalados en el inciso anterior.

La Superintendencia, para la aplicación de las sanciones que procedan, deberá sujetarse a las siguientes reglas:

Ley N° 19.937 Art. 6° (Art. 19, L.O.S.)

1.- El procedimiento podrá iniciarse de oficio o a petición de parte.

2.- Deberá solicitarse un informe al afectado, el que dispondrá de diez días hábiles para formular sus descargos contados desde su notificación.

3.- Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Intendente respectivo dictará una resolución fundada resolviendo la materia.

4.- En contra de lo resuelto por el Intendente respectivo, procederán los recursos contemplados en la ley.

Artículo 128.- Las

Ley N° 19.937

notificaciones que efectúe la Superintendencia se efectuarán conforme las normas establecidas en la ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos.

Asimismo, en los procedimientos arbitrales o administrativos y en la dictación de instrucciones generales o específicas, se podrá considerar la utilización de medios electrónicos, caso en el cual se sujetarán a las normas de las leyes N° 19.799 y N° 19.880, en lo que corresponda.

Art. 6° (Art. 20, L.O.S.)

TITULO VI
Disposiciones Finales

Artículo 129.- La Superintendencia tendrá, para todos los efectos legales, el carácter de institución fiscalizadora, en los términos del Título I del decreto ley N° 3.551, de 1981.

En materia de remuneraciones, le serán aplicables a la Superintendencia los artículos 17 de la ley N°18.091 y 5° de la ley N°19.528. Para este efecto, el Superintendente deberá informar anualmente al Ministro de Hacienda.

Ley N° 19.937 Art. 6° (Art. 21, L.O.S.)

El personal de la Superintendencia se regirá por la ley N° 18.834 cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda y, en especial, el que cumpla funciones fiscalizadoras quedará afecto al artículo 162 de dicho texto legal.

El personal a contrata de la Superintendencia podrá desempeñar funciones de carácter directivo o de jefatura, las que serán asignadas, en cada caso, por el Superintendente. El personal que se asigne a tales funciones no podrá exceder del 5% del personal a contrata de la institución.

Ley N° 19.937 Art. 6° (Art. 22, L.O.S.)

Artículo 130.- El patrimonio de la Superintendencia estará formado por:

1.- El aporte que se contemple anualmente en la Ley de Presupuestos;

2.- Los recursos otorgados por leyes especiales;

3.- Los bienes muebles e inmuebles, corporales e incorporales que se le transfieran o adquieran a cualquier título.

Los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional

Ley N° 19.937 Art. 6° (Art. 24, L.O.S.)

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

4.- Los frutos de sus bienes;

5.- Las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación;

6.- Los ingresos que perciba por los servicios que preste, y

7.- Los aportes de la cooperación internacional que reciba a cualquier título.

Las multas que aplique la Superintendencia serán a beneficio fiscal.

LIBRO II

REGULA EL EJERCICIO DEL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y CREA UN RÉGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD

TITULO PRELIMINAR

Normas Generales

Artículo 131.- El ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y a aquéllas 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.

Ley N° 18.469 Art. 1°

Artículo 132.- Los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de

Ley N° 18.469 Art. 2°

Salud no podrán negar atención a quienes la requieran, ni condicionarla al pago previo de las tarifas o aranceles fijados a este efecto, sin perjuicio de lo prescrito en los artículos 146 y 159.

Artículo 133.- Los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud son responsables de la ejecución de las acciones que tiendan a asegurar la salud de los habitantes de la República.

Ley N° 18.469
Art. 3°

Artículo 134.- Establécese un Régimen de Prestaciones de Salud, denominado en adelante el Régimen, sujeto a las disposiciones de este Libro.

Sus beneficiarios tendrán derecho a las acciones de salud previstas en este Libro en las condiciones que él establece.

Ley N° 18.469
Art. 4°

TITULO I
De los Afiliados y Beneficiarios

Artículo 135.- Tendrán la calidad de afiliados al Régimen:

a) Los trabajadores dependientes de los sectores público y privado. Tratándose de personas que hayan efectuado cotizaciones, al menos, durante cuatro meses en los últimos doce meses calendario en virtud de contratos por obra o faena determinada, mantendrán la calidad de afiliados por un período de doce meses a contar del mes al que corresponde la última cotización. En todo caso, los trabajadores dependientes contratados diariamente por turnos o jornadas, que registren, al menos, sesenta días de cotizaciones en los doce meses calendario anteriores, mantendrán la calidad de afiliados durante los doce meses siguientes a aquel correspondiente a la última cotización;

b) Los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión;

c) Las personas que coticen en cualquier régimen legal de previsión en calidad de imponentes voluntarios, y

d) Las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía.

Ley N° 18.469
Art. 5°
Ley N° 19.350
Art. 14, N° 1

Artículo 136.- Serán

Ley N° 18.469

beneficiarios del Régimen: Art. 6°

a) Los afiliados señalados en el artículo anterior;

b) Los causantes por los cuales las personas señaladas en las letras a) y d) del artículo anterior perciban asignación familiar;

c) Las personas que respecto de los afiliados señalados en las letras b) y c) del artículo anterior cumplan con las mismas calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente;

d) La mujer embarazada aun cuando no sea afiliada ni beneficiaria, y el niño hasta los seis años de edad, para los efectos del otorgamiento de las prestaciones a que alude el artículo 139;

e) Las personas carentes de recursos o indigentes y las que gocen de las pensiones asistenciales a que se refiere el Decreto Ley N° 869, de 1975;

f) Los causantes del subsidio familiar establecido en la Ley N° 18.020, y

g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la ley Nº 19.728 y sus causantes de asignación familiar. Ley N° 19.966 Art. 34 N° 1

Artículo 137.- La incorporación al Régimen se producirá automáticamente al adquirirse cualquiera de las calidades indicadas en los artículos anteriores y se mantendrá mientras ellas subsistan. Ley N° 18.469 Art. 7

Los afiliados deberán efectuar para el Fondo Nacional de Salud las cotizaciones destinadas a financiar las prestaciones de salud que se establecen en los decretos leyes N°s. 3.500 y 3.501, de 1980, o en las respectivas leyes orgánicas de las entidades previsionales a las que pertenecen.

Los beneficiarios deberán proporcionar, oportuna y fielmente, las informaciones que les sean requeridas para su adecuada identificación y atención por los organismos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Los imponentes voluntarios y los trabajadores independientes estarán sujetos a la cotización señalada en los artículos 85 y 92, respectivamente, del Decreto Ley N° 3.500, de 1980, aplicada sobre la renta por la cual impongan.

TITULO II
De las Prestaciones
Párrafo 1°
Prestaciones Médicas

Artículo 138.- Los Ley N° 18.469

beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen General de Garantías en Salud las siguientes prestaciones:

Art. 8
Ley N° 19.966
Art. 34 N° 2

a) El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

Para su inclusión en el examen de medicina preventiva sólo deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático. El Ministerio de Salud definirá, entre otros, los procedimientos, contenidos, plazo y frecuencia del examen, fijando condiciones equivalentes para los sectores público y privado. Los resultados deben ser manejados como datos sensibles y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos.

b) Asistencia médica curativa que incluye consulta, exámenes y procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, hospitalización, atención obstétrica, tratamiento, incluidos los medicamentos contenidos en el Formulario Nacional, y demás atenciones y acciones de salud que se establezcan, y

c) Atención odontológica, en la forma que determine el reglamento.

Artículo 139.- Toda mujer embarazada tendrá derecho a protección del Estado durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo, la que comprenderá el control del embarazo y puerperio.

Ley N° 18.469
Art. 9

El niño recién nacido y hasta los seis años de edad tendrá también derecho a la protección y control de salud del Estado.

La atención del parto estará incluida en la asistencia médica a que se refiere la letra b) del artículo 138.

Artículo 140.- Se incluyen entre las prestaciones de salud que proporciona el Régimen aquellas acciones de promoción, protección y otras relativas a las personas o al ambiente, que se determinen en los programas y planes que fije el

Ley N° 18.469
Art.10

Ministerio de Salud, en la forma y modalidades establecidas en las disposiciones que rigen a los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud, a quienes corresponderá la ejecución de tales acciones.

Artículo 141.- Las prestaciones comprendidas en el Régimen General de Garantías en Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud y los Establecimientos de Salud de carácter experimental. Las prestaciones se concederán por esos organismos a través de sus establecimientos, con los recursos físicos y humanos de que dispongan, sin perjuicio de los convenios que puedan celebrar al efecto los Servicios de Salud o el Fondo Nacional de Salud con otros organismos públicos o privados.

Ley N° 18.469 Art. 11
Ley N° 19.966 Art. 34 N° 3 letra a)
Ley N° 19.650 Art. 2° N° 1
Ley N° 19.966 Art. 34 N° 3 letra b)

Con todo, en los casos de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, el Fondo Nacional de Salud pagará directamente al prestador público o privado el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus beneficiarios, de acuerdo a los mecanismos dispuestos en el presente Libro y en el Libro I de esta Ley. Asimismo, en estos casos, 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. El Ministerio de Salud determinará por reglamento las condiciones generales y las circunstancias bajo las cuales una atención o conjunto de atenciones será considerada de emergencia o urgencia.

Con todo, los prestadores de salud no podrán consultar sistemas de información comercial de ningún tipo, ni aun con el consentimiento del paciente, para efectos de condicionar o restringir una atención de urgencia.

Ley 20575 Art. 8 D.O. 17.02.2012

Artículo 141 bis.- Los prestadores de salud no podrán exigir, como garantía de pago por las prestaciones que reciba el paciente, el otorgamiento de cheques o de dinero en efectivo. En estos casos, se podrá garantizar el pago por otros medios idóneos, tales como el registro de la información de una tarjeta de crédito, cartas de respaldo otorgadas por los empleadores, o letras de cambio o pagarés, los que se regirán por las normas contenidas en la ley Nº 18.092.

Ley 20394 Art. UNICO Nº 2

Sin perjuicio de lo anterior, el paciente podrá,

voluntariamente, dejar en pago de las citadas prestaciones cheques o dinero en efectivo.
D.O. 20.11.2009

En los casos de atenciones de emergencia, debidamente certificadas por un médico cirujano, regirá lo prescrito en el inciso final del artículo anterior.

Artículo 142.- No obstante lo dispuesto en el artículo 141, los afiliados y los beneficiarios que de ellos dependan, podrán optar por atenderse de acuerdo con la modalidad de "libre elección" que se establece en el artículo siguiente, caso en el cual gozarán de libertad para elegir al profesional o el establecimiento e institución asistencial de salud que, conforme a dicha modalidad, otorgue la prestación requerida.

Ley 20394
Art. UNICO Nº 3
D.O. 20.11.2009

Ley N° 18.469
Art. 12

Artículo 143.- Los profesionales y establecimientos o las entidades asistenciales de salud que decidan otorgar prestaciones de salud a los beneficiarios del Régimen, en la modalidad de "libre elección", deberán suscribir un convenio con el Fondo Nacional de Salud e inscribirse en alguno de los grupos del rol que para estos efectos llevará el Fondo.

Ley N° 18.469
Art. 13
Ley N° 19.650
Art. 2 N° 2

Dicha modalidad se aplicará respecto de prestaciones tales como consultas médicas, exámenes, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y obstétricas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y demás que determine el Ministerio de Salud, formen parte o no de un conjunto de prestaciones asociadas a un diagnóstico.

Estas prestaciones serán retribuidas de acuerdo con el arancel a que se refiere el artículo 159, cuyos valores serán financiados parcialmente por el afiliado, cuando corresponda, en la forma que determine el Fondo Nacional de Salud. La bonificación que efectúe el referido Fondo no excederá el 60% del valor que se fije en dicho arancel, salvo para las siguientes prestaciones:

a) Podrán ser bonificadas, a lo menos en un 60% y hasta un 90%, las que deriven de atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que pueda ser derivado a un establecimiento asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud u otro con el cual haya celebrado un convenio especial bajo la Modalidad de Atención Institucional; sin perjuicio de lo anterior, el

beneficiario, o quien asuma su representación, podrá optar por recibir atención en el mismo establecimiento donde recibió la atención de emergencia o urgencia en la Modalidad de Libre Elección, respecto de las prestaciones que se otorguen con posterioridad a su estabilización. El arancel a que se refiere el artículo 159 de esta ley señalará los requisitos y condiciones que deberán ser observados por el médico cirujano para calificar la emergencia o urgencia, todo lo cual será fiscalizado por el Fondo Nacional de Salud en uso de sus atribuciones, especialmente las señaladas en el inciso final del presente artículo;

b) Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se podrán establecer otras prestaciones cuya bonificación no exceda el 80% del valor que se fije en el arancel. Para estos efectos, el decreto respectivo sólo podrá considerar prestaciones correspondientes a exámenes de laboratorio ambulatorios, incluidos sus procedimientos, y las consultas ambulatorias de especialidades en falencia, y

c) Tratándose de consultas generales ambulatorias, el decreto supremo conjunto a que se refiere la letra anterior podrá establecer una bonificación de hasta el 80% del valor del arancel, siempre y cuando dichas consultas y sus procedimientos asociados formen parte de un conjunto estandarizado de prestaciones ambulatorias. En todo caso, el monto que se destine al financiamiento de estas prestaciones no podrá exceder el equivalente al 20% del presupuesto destinado a financiar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección.

Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda se determinarán los porcentajes específicos de bonificación que correspondan. Sin embargo, para el caso de las consultas médicas, dicha bonificación no será inferior al 60%, y para el parto, será del 75%.

No obstante lo dispuesto en los incisos anteriores, el Ministerio de Salud podrá establecer valores diferenciados superiores al arancel para las distintas prestaciones señaladas en el inciso segundo, de acuerdo con los grupos de profesionales o de entidades asistenciales a que se refiere el inciso primero. En todo caso, la bonificación con que el Fondo Nacional de Salud contribuya al pago de estos valores diferenciados será idéntica en monto a la que resulte

de aplicar lo dispuesto en el inciso anterior.

Los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales inscritos quedan obligados, por la sola inscripción, a aceptar, como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo grupo, salvo que, para determinadas prestaciones, el Ministerio de Salud, mediante decreto supremo, autorice, respecto de ellas, una retribución mayor a la del arancel.

La modalidad de "libre elección" descrita en este artículo quedará bajo la tuición y fiscalización del Fondo Nacional de Salud.

Las infracciones del reglamento que fija normas sobre la modalidad de libre elección y de las instrucciones que el Fondo Nacional de Salud imparta de acuerdo a sus atribuciones tutelares y de fiscalización serán sancionadas por dicho Fondo, por resolución fundada, con amonestación, suspensión de hasta ciento ochenta días de ejercicio en la modalidad, cancelación de la respectiva inscripción o multa a beneficio fiscal que no podrá exceder de 500 unidades de fomento. La sanción de multa podrá acumularse a cualquiera de las otras contempladas en este artículo.

De las resoluciones que apliquen sanciones de cancelación, suspensión o multa superior a 250 unidades de fomento el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud, dentro del plazo de quince días corridos, contado desde su notificación personal o por carta certificada. Si la notificación se efectúa por carta certificada, el plazo señalado empezará a correr desde el tercer día siguiente al despacho de la carta. El Ministro de Salud resolverá sin forma de juicio, en un lapso no superior a treinta días corridos, contado desde la fecha de recepción de la reclamación. De las resoluciones que dicte el Ministro podrá reclamarse, dentro del plazo de diez días hábiles, contado desde la notificación, ante la Corte de Apelaciones correspondiente al domicilio del afectado. La Corte resolverá en única instancia y conocerá en cuenta; debiendo oír previamente al Ministro. La interposición del reclamo no suspenderá en caso alguno la aplicación de las sanciones.

Un extracto de la resolución a firme será publicada en un diario de circulación nacional cuando haya

cancelación de la inscripción.
El profesional, establecimiento o entidad sancionada con la cancelación del registro en la modalidad de libre elección sólo podrá solicitar una nueva inscripción al Fondo Nacional de Salud una vez transcurridos cinco años, contados desde la fecha en que la cancelación quedó a firme. El Fondo Nacional de Salud podrá rechazar dicha solicitud mediante resolución fundada. De esta resolución se podrá apelar ante la Corte de Apelaciones respectiva. Si el registro fuere cancelado por segunda vez, cualquiera que sea el tiempo que medie entre una y otra cancelación, el profesional, establecimiento o entidad no podrá volver a inscribirse en dicha modalidad.
Sin perjuicio de las sanciones establecidas en este artículo, el Fondo Nacional de Salud estará facultado para ordenar la devolución o eximirse del pago, de aquellas sumas de dinero que hayan sido cobradas por prestaciones, medicamentos o insumos no otorgados, estén o no estén contenidos en el arancel de prestaciones de que trata el artículo 159 de esta ley, como, asimismo, la devolución o exención del pago de lo cobrado en exceso al valor fijado en el referido arancel. En los casos señalados precedentemente, procederá el recurso a que se refiere el inciso noveno de este artículo. Las resoluciones que dicte el Fondo Nacional de Salud en uso de esta facultad tendrán mérito ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se encuentren a firme.

Artículo 144.- La modalidad de "libre elección", a que se refieren los artículos 142 y 143, se aplicará a la atención odontológica, en la forma que determine el reglamento y en la medida que exista disponibilidad presupuestaria.

Ley N° 18.469
Art. 14

Artículo 145.- El examen de salud referido en el artículo 138, letra a), y las acciones y prestaciones de salud indicadas en el artículo 139, incisos primero y segundo, y en el artículo 140, serán gratuitos.

Ley N° 18.469
Art. 15

Artículo 146.- Las personas que no sean beneficiarias del Régimen podrán requerir y obtener de los organismos a que se refiere el Libro I de esta Ley, el otorgamiento de prestaciones de acuerdo con el

Ley N° 18.469
Art. 16

reglamento, pagando su valor según el arancel a que se refiere el artículo 159.

La atención de las personas a que se refiere este artículo no podrá significar postergación o menoscabo de la atención que los establecimientos deben prestar a los beneficiarios legales y, en consecuencia, con la sola excepción de urgencias debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales preferirán a los no beneficiarios.

Artículo 147.- Las personas carentes de recursos o indigentes, tendrán derecho a recibir gratuitamente todas las prestaciones que contempla este párrafo.

Ley N° 18.469
Art. 17

Artículo 148.-Los trabajadores afiliados independientes, para tener derecho a las prestaciones médicas que proporciona el Régimen y a la atención en la modalidad de "libre elección", requerirán de un mínimo de seis meses de cotizaciones en los últimos doce meses anteriores a la fecha en que impetren el beneficio, continuas o discontinuas.

Ley N° 18.469
Art. 17 Bis
Ley N° 18.566
Art. 7

Párrafo 2°

Prestaciones Pecuniarias

Artículo 149.- Los trabajadores afiliados, dependientes o independientes, que hagan uso de licencia por incapacidad total o parcial para trabajar, por enfermedad que no sea profesional o accidente que no sea del trabajo, tendrán derecho a percibir un subsidio de enfermedad, cuyo otorgamiento se regirá por las normas del Decreto con Fuerza de Ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Ley N° 18.469
Art. 18

Tratándose de los trabajadores independientes a que se refiere el artículo 135, letra b), los requisitos para el goce de subsidio serán los siguientes:

1.- Contar con una licencia médica autorizada;

2.- Tener doce meses de afiliación previsional anteriores al mes en el que se inicia la licencia;

3.- Haber enterado al menos seis meses de cotizaciones continuas o discontinuas dentro del período de doce meses de afiliación previsional anterior al mes en que se inició la licencia, y

4.- Estar al día en el pago de las cotizaciones. Se considerará al día al trabajador que hubiere pagado la cotización correspondiente al mes anterior a aquél en que se produzca la incapacidad.

Artículo 150.- Las trabajadoras tendrán derecho al descanso de maternidad y demás beneficios previstos en el Libro II, Título II del Código del Trabajo, y al subsidio de maternidad, cuyo otorgamiento se regirá por las normas del Decreto con Fuerza de Ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y de la Ley N° 18.418.

Ley N° 18.469
Art. 19

Artículo 151.- El trabajador requerirá el pago del subsidio por incapacidad laboral en el respectivo Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Institución de Salud Previsional, según corresponda.

Ley N° 18.469
Art. 20

Artículo 152.- Si la licencia se otorga en virtud de una enfermedad que ocasiona una pérdida parcial de la capacidad laboral y por ende dispone un reposo parcial, el subsidio y la remuneración se calcularán en proporción al tiempo de reposo, debiendo el empleador pagar lo que corresponda al período de la jornada efectivamente trabajada.

Ley N° 18.469
Art. 21

Tratándose de trabajadores independientes, el subsidio total o parcial se calculará en base al promedio de la renta mensual imponible, del subsidio, o de ambos, por los que hubieren cotizado en los últimos seis meses anteriores al mes en que se inicia la incapacidad laboral. En todo caso, el monto diario de los subsidios del inciso primero del artículo 195 y del inciso segundo del artículo 196, ambos del Código del Trabajo, y del artículo 2° de la ley N°18.867, no podrá exceder del equivalente a las rentas imponibles deducidas las cotizaciones previsionales, los subsidios o ambos, por los cuales se hubiera cotizado en los tres meses anteriores al octavo mes calendario anterior al del inicio de la licencia, dividido por noventa, aumentado en el 100% de la variación experimentada por el Indice de Precios al Consumidor en el período comprendido por los ocho meses anteriores al mes precedente al del inicio de la licencia, e incrementado en un 10%. Los aludidos tres meses deberán estar

Ley N° 18.899
Art. 29,
letra a)
Ley N° 19.299
Art. 3° N° 1

comprendidos dentro de los seis meses inmediatamente anteriores al octavo mes calendario que precede al mes de inicio de la licencia. Si dentro de dicho período sólo se registraren uno o dos meses con rentas y/o subsidios, para determinar el límite del subsidio diario se dividirá por 30 ó 60 respectivamente.

Con todo, tratándose de trabajadores independientes afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones del Decreto Ley N° 3.500, de 1980, en el cálculo de los subsidios no podrán considerarse rentas mensuales que tengan una diferencia entre sí, superior al 25%. En el evento de existir esa diferencia o diferencias superiores se considerará en el mes o meses de que se trate, la renta efectiva limitada al 125% de la renta mensual menor del período respectivo.

Ley N° 19.299
Art. 3° N° 2

Para los efectos del cálculo de los subsidios a que se refieren las disposiciones del Código del Trabajo citadas en el inciso segundo, se considerarán como un solo subsidio los originados en diferentes licencias médicas otorgadas en forma continuada sin interrupción entre ellas.

Ley N° 19.299
Art. 3° N° 2

Artículo 152 bis.- Los trabajadores independientes tendrán derecho al permiso postnatal parental del artículo 197 bis del Código del Trabajo, el cual podrán ejercer por doce semanas, percibiendo la totalidad del subsidio, o por dieciocho semanas, percibiendo la mitad de aquel, además de las rentas o remuneraciones que pudieren percibir, dando aviso a la entidad pagadora del subsidio antes del inicio del período.

Ley 20545
Art. 4
D.O. 17.10.2011

La base de cálculo del subsidio establecido en este artículo será la misma del descanso de maternidad a que se refiere el inciso primero del artículo 195 del Código del Trabajo. Para efectos de determinar la compatibilidad de subsidios a que tiene derecho el trabajador se aplicará lo dispuesto en los incisos segundo y siguientes del artículo 25 del decreto con fuerza de ley Nº 44, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, de 1978.

Artículo 153.- El derecho a licencia por enfermedad, descanso de maternidad o enfermedad grave del hijo menor de un año del personal afecto a la ley N° 18.834, cuyo

Ley N° 18.469
Art. 22
Ley N° 18.591
Art. 104

texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el Decreto con Fuerza de Ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, se regirá por lo establecido en dicho cuerpo legal.

Estos trabajadores tendrán derecho, durante el goce de la licencia, a la mantención del total de sus remuneraciones y su pago corresponderá al Servicio o Institución empleadora, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley N° 18.196.

La parte de sus remuneraciones sobre la que no han efectuado cotización para los efectos de esta ley, será de cargo exclusivo del Servicio o Institución empleadora.

Artículo 154.- Los trabajadores regidos por el Código del Trabajo no podrán ser desahuciados en conformidad con el artículo 161 de dicho Código, durante el período que gocen de licencia por enfermedad.

Ley N° 18.469 Art. 23

Artículo 155.- Las prestaciones pecuniarias que contempla este párrafo son incompatibles entre sí y además con las regidas por la Ley N° 16.744 y con el subsidio de cesantía, el que podrá ser solicitado cuando aquellas terminen.

Ley N° 18.469 Art. 24

El derecho a impetrar el subsidio por incapacidad laboral prescribe en seis meses desde el término de la respectiva licencia.

Ley N° 18.681 Art. 25, letra b)

Dentro del mismo plazo prescribirá el derecho de los servicios públicos e instituciones empleadoras a solicitar los pagos y devoluciones que deben efectuar los Servicios de Salud, con motivo de los períodos de incapacidad laboral de los trabajadores de dichas entidades.

TITULO III
De la Desafiliación del Régimen

Artículo 156.- Los afiliados podrán, en cualquier momento, optar por ingresar con sus familiares beneficiarios a una Institución de Salud Previsional, en la forma y condiciones previstas por el Libro III de esta Ley.

Ley N° 18.469 Art. 25

Dichas Instituciones estarán obligadas a otorgar sin pago adicional por sobre la cotización legal, como mínimo, las prestaciones a que se refieren los artículos 138, letra a); 139, incisos primero y segundo, y 149 de esta ley, sin perjuicio de los demás beneficios

que se estipulen en los contratos que celebren con sus afiliados, y de las que se establecen en el Libro III de esta Ley.

Asimismo, quienes hayan optado por incorporarse a una de dichas Instituciones, retornarán automáticamente al Régimen con todos los derechos y obligaciones que establece este Libro, al término de los contratos que celebren con tales entidades, a menos que opten por afiliarse a otra Institución de Salud Previsional o permanezcan en la misma.

Artículo 157.- Las personas afiliadas a una Institución de Salud Previsional no tendrán derecho a gozar de los porcentajes de contribución indicados en el artículo 161, por las prestaciones que ellos o sus familiares reciban de los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y deberán pagar el valor total de estas prestaciones.

Ley N° 18.469 Art. 26

TITULO IV

Del Financiamiento del Régimen

Artículo 158.- Sin perjuicio de los recursos que establezcan las leyes, el Régimen se financiará, además, con las tarifas que deban pagar los beneficiarios y no beneficiarios por los servicios y atenciones que soliciten.

Ley N° 18.469 Art. 27

La Tesorería General de la República podrá retener de la devolución de impuestos a la renta, y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a favor del contribuyente, las sumas que éste adeude al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones recibidas por aquél o por sus beneficiarios en los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente, siempre que no exista litigio pendiente en que se controvierta la existencia de la deuda, su monto o su exigibilidad.

Ley N° 19.966 Art. 34 N° 4

Para este efecto, el Fondo Nacional de Salud comunicará a la Tesorería General de la República, antes del 31 de marzo de cada año, la individualización de los deudores y el monto a retener a cada uno de ellos.

Ley N° 19.966 Art. 34 N° 4

Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la República deberán ser

Ley N° 19.966 Art. 34 N° 4

girados por ella a favor del Fondo Nacional de Salud, el que los deberá transferir al organismo correspondiente, todo conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento.

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

Ley N° 19.966
Art. 34 N° 4

Las deudas generadas por incumplimiento en el pago de las tarifas que señala el inciso primero se reajustarán según la variación que experimente el Indice de Precios al Consumidor, fijado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el nonagésimo día anterior a aquél en que debió efectuarse el pago y el nonagésimo día anterior a aquél en que efectivamente se realice, y devengará los intereses penales que establece el inciso cuarto del artículo 162.

Ley N° 19.966
Art. 34 N° 4

Artículo 159.- Los afiliados, con las excepciones que establece esta ley, deberán contribuir al financiamiento del valor de las prestaciones y atenciones que ellos y los respectivos beneficiarios soliciten y que reciban del Régimen, mediante pago directo, en la proporción y forma que más adelante se indican. El valor de las prestaciones será el que fije el arancel aprobado por los Ministerios de Salud y de Hacienda a proposición del Fondo Nacional de Salud.

Ley N° 18.469
Art. 28
Ley N° 18.899
Art. 29, letra b)

Artículo 160.- Para los efectos de lo dispuesto en el artículo anterior, las personas afectas a esta ley se clasificarán, según su nivel de ingreso, en los siguientes grupos:

Ley N° 18.469
Art. 29
Ley N° 19.650
Art. 2° N° 3

Grupo A: Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el Decreto Ley N° 869, de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la Ley N° 18.020.

Grupo B: Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad.

Grupo C: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad y no exceda de 1,46 veces dicho monto, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el

cual serán considerados en el Grupo B.

Grupo D: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior en 1,46 veces al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad, siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean más de dos. Si los beneficiarios que de ellos dependan son tres o más, serán considerados en el Grupo C.

Artículo 161.- El Estado, a través del Fondo Nacional de Salud, contribuirá al financiamiento de las prestaciones médicas a que se refiere esta ley, en un porcentaje del valor señalado en el arancel fijado en conformidad al artículo 159.

Ley N° 18.469 Art. 30

Dicho porcentaje se determinará, cada vez que así se requiera, por los Ministerios de Salud y Hacienda; cubrirá el valor total de las prestaciones respecto de los grupos A y B, y no podrá ser inferior al 75% respecto del Grupo C, ni al 50% respecto del grupo D.

Sin embargo, por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, podrán establecerse, para los medicamentos, prótesis y atenciones odontológicas, porcentajes diferentes de los señalados en el inciso precedente. Respecto de las prestaciones que deriven de patologías o estados de salud que se consideren catastróficos, dicha bonificación podrá ser superior a los indicados porcentajes.

Ley N° 19.650 Art. 2°, N° 4 letra a)

El porcentaje de contribución del Fondo a la atención del parto no podrá ser inferior al 75% para el grupo D.

Ley N° 19.035 Art. 1

La diferencia que resulte entre la cantidad con que concurre el Fondo y el valor de la prestación será cubierta por el propio afiliado.

Con todo, el Director del Fondo Nacional de Salud podrá, en casos excepcionales y por motivos fundados, condonar, total o parcialmente, la diferencia de cargo del afiliado, pudiendo encomendar dicho cometido a los Directores de Servicios de Salud y a los Directores de Establecimientos de Autogestión en Red.

Ley N° 19.650 Art. 2° N° 4 letra b)
Ley N° 19.966 Art. 34 N° 5, i) e ii)

Artículo 162.- Los afiliados del Régimen podrán solicitar al Fondo Nacional de Salud, el otorgamiento de préstamos para financiar todo o parte del valor de

Ley N° 18.469 Art. 31
Ley N° 19.650 Art. 2° N° 5 letra a)

las prestaciones de salud que ellos deban pagar, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 143 y 161, inciso quinto. Para el caso de las atenciones de urgencia o emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, se entenderá que el Fondo Nacional de Salud ha otorgado un préstamo a sus afiliados por la parte del valor de las prestaciones que sea de cargo de éstos si, una vez transcurridos treinta días desde que el Fondo Nacional de Salud ha pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas, el afiliado no ha enterado directamente al Fondo dicho monto.

Dichos préstamos se otorgarán con cargo a un "Fondo de Préstamos Médicos", que se formará con los siguientes recursos:

a) Las sumas que le asigne el Fondo Nacional de Salud en su presupuesto, y

b) Las amortizaciones e intereses penales de los préstamos otorgados.

Las cuotas en que se divida el servicio del préstamo serán reajustables, según la variación que experimente el Indice de Precios al Consumidor fijado por el Instituto Nacional de Estadísticas.

Los requisitos, garantías, intereses penales, plazos, recaudación, cobro y percepción de dividendos y las demás condiciones y modalidades del otorgamiento y servicio de estos préstamos, serán establecidos en el reglamento. Su pago se hará efectivo mediante descuentos en las remuneraciones o pensiones de los afiliados a requerimiento del Fondo.

Lo retenido para el pago por el empleador o entidad pagadora de pensiones deberá ser enterado por éstos en el Fondo Nacional de Salud dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquel en que se devengaron las correspondientes remuneraciones o pensiones, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.

El no pago dentro del plazo precedente por el empleador o entidad pagadora de pensiones, los hará responsables de efectuar el entero de lo retenido considerando la variación diaria del Indice de Precios al Consumidor mensual del período comprendido entre el mes que antecede al mes en que debió efectuarse el pago y el mes anterior a aquel en que efectivamente se realice.

Las liquidaciones de los

créditos que practique el Director del Fondo Nacional de Salud tendrán mérito ejecutivo para los efectos del cobro de las cuotas impagas, y les será aplicable, en lo pertinente, lo establecido en los artículos 2° al 12, 14 y 18 de la Ley N° 17.322.

Con todo, el Director del Fondo estará facultado, previa autorización del Ministerio de Salud y del Ministerio de Hacienda, para castigar en la contabilidad del servicio a su cargo los créditos que por concepto de préstamos médicos estime incobrables, siempre que hayan sido contabilizados oportunamente y se hayan agotado prudencialmente los mecanismos de cobro.

Ley N° 19.650
Art. 2° N° 5
letra b)

Artículo 163.- El Fondo Nacional de Salud determinará los documentos o instrumentos que acrediten la identificación de los beneficiarios y su clasificación en alguno de los grupos a que se refiere el artículo 160.

Ley N° 18.469
Art. 32
Ley N° 19.650
Art. 2° N° 6

El Fondo Nacional de Salud podrá celebrar convenios con entidades públicas o privadas para el otorgamiento de los documentos e instrumentos que permitan la identificación de los afiliados y beneficiarios, la venta, emisión y pago de los instrumentos que se utilicen para la atención de los mismos, y las acciones relacionadas con el otorgamiento y el cobro de los préstamos a que se refiere el artículo anterior. Para la ejecución de lo estipulado en estos convenios, el Fondo podrá facilitar, a cualquier título, a las entidades referidas, bienes muebles o inmuebles de su uso o propiedad, los que deberán ser utilizados por éstas, directa y exclusivamente, en el cumplimiento de los cometidos contratados.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos que sean necesarios para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes, a que se refiere el artículo 160, se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud.

Artículo 164.- Para los efectos de lo dispuesto en los artículos 160 y 161, se entenderá por ingreso mensual la suma de todos los ingresos que el afiliado reciba en forma habitual cada mes.

Ley N° 18.469
Art. 33

En el caso de los afiliados que reciban ingresos habituales cuyo

Ley N° 19.350
Art. 14 N° 2

monto sea variable, como el de los comisionistas, trabajadores eventuales o transitorios, o cualquier otro trabajador contratado para la realización de una determinada obra o faena, se entenderá por ingreso mensual el promedio de lo percibido en los últimos doce meses.

Se entenderá que constituyen ingresos los sueldos, sobresueldos, comisiones, participaciones, gratificaciones o cualquier otra asignación o contraprestación en dinero pagada por servicios personales, pensiones, montepíos, honorarios provenientes del ejercicio de profesiones liberales o de cualquier profesión u ocupación lucrativa y, en general, toda utilidad o beneficio que rinda una cosa o actividad, cualquiera que sea su naturaleza, origen o denominación.

No se considerarán ingresos para los efectos de esta Ley, aquéllos señalados en el artículo 17 de la Ley sobre Impuesto a la Renta, con excepción de los N°s. 17, 19, 26 y 27 y de las situaciones indicadas en el artículo 18 del mismo cuerpo legal. Tampoco se considerarán como ingresos, las asignaciones de movilización, de pérdida de caja, de desgaste de herramientas, colación, viáticos y las prestaciones familiares legales.

En el caso que ambos cónyuges sean afiliados, sus hijos y demás cargas de familia se considerarán pertenecientes al grupo que corresponda al cónyuge cuyo ingreso mensual sea más elevado, aunque el otro cónyuge perciba las respectivas asignaciones familiares.

Corresponderá al Fondo Nacional de Salud determinar el ingreso mensual del beneficiario, para lo cual podrá exigir una declaración jurada de los beneficiarios, como asimismo, requerir de los empleadores, entidades de previsión y cualquier organismo de la Administración del Estado, las informaciones que estime pertinentes con ese objeto.

Ley N° 19.966 Art. 34, N° 6, i)

Si los ingresos del beneficiario experimentaren una variación que permitiera clasificarlo en un grupo diferente, deberá comunicar tal circunstancia al Fondo Nacional de Salud y éste lo reclasificará.

Ley N° 19.650 Art. 2°, N° 7
Ley N° 19.966 Art. 34, N° 6, ii)

TITULO V

Disposiciones Varias

Artículo 165.- El Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

Ley N° 18.469 Art. 34

continuará rigiéndose por la Ley N° 16.744.

Artículo 166.- Pónese término a los aportes que, en cualquier forma, efectúa el Estado para financiar sistemas o regímenes de salud distintos del que establece este Libro. No se considerarán como aportes del Estado a sistemas o regímenes de salud, los que éste haga a servicios u oficinas de bienestar.

Ley N° 18.469 Art. 35

Artículo 167.- El Régimen establecido en este Libro no se aplicará a los regímenes de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional y de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile ni a sus imponentes activos o pasivos, ni a los montepiados, ni a sus cargas familiares.

A los afiliados y beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud que establece este Libro, no se aplicarán las disposiciones de la Ley N° 6.174; el Decreto Ley N° 2575, de 1979; los artículos 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31 y 32 de la ley N° 10.383, y los artículos 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 8°, 9°, 10, 11, 14, salvo su letra c), 15, 16, 17 bis, 18, 19, 20 y 22 de la Ley N° 16.781.

Ley N° 18.469 Art. 36

Artículo 168.- Las personas que sin tener la calidad de beneficiarios obtuvieren mediante simulación o engaño los beneficios de este Libro; y los beneficiarios que, en igual forma, obtuvieren un beneficio mayor que el que les corresponda, serán sancionados con reclusión menor en sus grados mínimo a medio.

En igual sanción incurrirán las personas que faciliten los medios para la comisión de alguno de los delitos señalados en el inciso anterior.

Ley N° 18.469 Art. 38

Artículo 169.- Los profesionales que infringieren lo dispuesto en el artículo 143, inciso sexto, serán sancionados con las penas establecidas en los artículos 467 y 494, N° 19, según corresponda, del Código Penal.

Ley N° 18.469 Art. 39

LIBRO III

DEL SISTEMA PRIVADO DE SALUD ADMINISTRADO POR LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL

TITULO I

De las atribuciones de la Superintendencia de Salud en relación con las Instituciones de Salud Previsional

Artículo 170.- Para los fines de este Libro se entenderá:

Ley N° 18.933 Art. 2°

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

b) La expresión "Institución" o "ISAPRE", por Institución de Salud Previsional;

c) La expresión "Patrimonio", por el patrimonio mínimo establecido en el artículo 178 de esta ley;

d) La expresión "Garantía", por la garantía establecida en el artículo 181 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 136 de esta Ley;

g)La expresión "Registro", corresponde a la inscripción de una persona jurídica en la Superintendencia de Salud para poder operar como ISAPRE;

Ley N° 19.895 Art. 1°, N° 1, letra a)

h) La expresión "cotización para salud", corresponde a las cotizaciones a que hace referencia el artículo 137 de esta Ley, o a la superior que se pacte entre el cotizante y la Institución;

Ley N° 19.895 Art. 1°, N° 1, letra b)

i) La expresión "cotizante cautivo", para los efectos de lo dispuesto en los artículos 219 y 221, por aquel cotizante cuya voluntad se ve seriamente afectada, por razones de edad, sexo o por la ocurrencia de antecedentes de salud, sea de él o de alguno de sus beneficiarios, y que le impida o restrinja, significativa o definitivamente, su posibilidad de contratar con otra Institución de Salud Previsional;

Ley N° 19.895 Art. 1°, N° 1 letra c)
Ley N° 19.966 Art. 35 N° 1, letra a)

j) La expresión "prestador de salud" corresponde a cualquier persona natural o jurídica, establecimiento o institución que se encuentre autorizada para otorgar prestaciones de salud, tales como: consulta, consultorio, hospital, clínica, centro médico, centro de diagnóstico terapéutico, centro de referencia de salud, laboratorio y otros de cualquier naturaleza, incluidas ambulancias y otros vehículos adaptados para atención extrahospitalaria;

Ley N° 19.895 Art. 1°, N° 1, letra c)
Ley N° 19.966 Art. 35 N° 1, letra b)
Ley N° 20.015 Art. 1° N° 1, letra a)

k) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las

Ley N° 19.966 Art. 35 N° 1 letra c)
Ley N° 20.015 Art. 1° N° 1

Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud; letra b)

l)La expresión "agente de ventas", por la persona natural habilitada por una Institución de Salud Previsional para intervenir en cualquiera de las etapas relacionadas con la negociación, suscripción, modificación o terminación de los contratos de salud previsional; Ley N° 20.015 Art. 1° N° 1 letra c)

m) La expresión "precio base", por el precio asignado por la Institución a cada plan de salud. Se aplicará idéntico precio base a todas las personas que contraten el mismo plan. El precio final que se pague a la Institución de Salud Previsional por el plan contratado, excluidos los beneficios adicionales, se obtendrá multiplicando el respectivo precio base por el factor que corresponda al afiliado o beneficiario de conformidad a la respectiva tabla de factores, y Ley N° 20.015 Art. 1° N° 1 letra c)

n) La expresión "tabla de factores" por aquella tabla elaborada por la Institución de Salud Previsional cuyos factores muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a un grupo de referencia definido por la Superintendencia, en instrucciones de general aplicación, el cual asumirá el valor unitario. Esta tabla representa un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida, el que es conocido y aceptado por el afiliado o beneficiario al momento de suscribir el contrato o incorporarse a él, según corresponda, y que no podrá sufrir variaciones en tanto la persona permanezca adscrita a ese plan. Ley N° 20.015 Art. 1° N° 1 letra c)

TITULO II

De las Instituciones de Salud Previsional

Párrafo 1°

De las Instituciones

Artículo 171.- Las Instituciones de Salud Previsional financiarán las prestaciones y beneficios de salud, con cargo al aporte de la cotización legal para salud o una superior convenida, a Ley N° 18.933 Art. 21 Ley N° 18.959 Art. 27, letra a) Ley N° 20.015

las personas que indica el artículo 135 de esta Ley. 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.

Art. 1°, N° 3)

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 172.- 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.

Ley N° 18.933
Art. 21 bis
Ley N° 19.381
Art. 1° N° 7

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 173.- Las Instituciones tendrán por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores.

Ley N° 18.933
Art. 22
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 4)

Las Instituciones no podrán celebrar convenios con los Servicios de Salud a que se refiere el Libro I de esta Ley, 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 aquel que corresponda al arancel para personas no beneficiarias del Libro II de esta Ley, a que se refiere el artículo 24 de la Ley N° 18.681 y se aplicará sobre todas las prestaciones efectivamente otorgadas.

Ley N° 19.650 Art. 3° letra a)

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.

Ley N° 19.650 Art. 3° letra a)

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.

Ley N° 19.650 Art. 3° letra a)

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.

Ley N° 19.650 Art. 3° letra a)

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 estos, si una vez transcurrido el plazo de treinta días hábiles desde que la ISAPRE ha pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas, el cotizante no ha

Ley N° 19.650 Art. 3° letra a)

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 Indice 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 6º de la ley Nº 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.

Ley N° 19.650 Art. 3° letra a)

Ley N° 19.650 Art. 3° letra a)

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.

Ley N° 19.650 Art. 3° letra a)

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 185 y 186 de esta Ley.

Ley N° 19.650 Art. 3° letra a)

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 186, salvo en lo que se refiere a la aplicación de las sanciones penales previstas en la Ley Nº 17.322.

Ley N° 19.650 Art. 3° letra a)

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.

Ley N° 19.650 Art. 3° letra a)

Facúltase 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 173 bis.- Los prestadores de salud no podrán exigir, como garantía de pago por las prestaciones que reciba el paciente, el otorgamiento de cheques o de dinero en efectivo. En estos casos, se podrá garantizar el pago por otros medios idóneos, tales como el registro de la información de una tarjeta de crédito, cartas de respaldo otorgadas por los empleadores, o letras de cambio o pagarés, los que se regirán por las normas contenidas en la ley Nº 18.092.

Ley 20394
Art. UNICO Nº 4
D.O. 20.11.2009

Sin perjuicio de lo anterior, el paciente podrá, voluntariamente, dejar en pago de las citadas prestaciones cheques o dinero en efectivo.

En los casos de atenciones de emergencia, debidamente certificadas por un médico cirujano, regirá lo prescrito en el inciso séptimo del artículo anterior.

Artículo 174.- 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 137 de esta Ley.

Ley N° 18.933
Art. 23
Ley N° 19.381
Art. 1° N° 8)

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 u 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 mínimo a medio. En igual sanción incurrirá el que coopere o facilite por cualquier medio la comisión de estos delitos.

Artículo 175.- La entidad interesada deberá solicitar a la

Ley N° 18.933
Art. 24

Superintendencia el registro, y proporcionará todos los antecedentes pertinentes que le fueren requeridos para acreditar el cumplimiento de las exigencias que establece la Ley.

La entidad deberá:
a) Informar a la Superintendencia la identidad de los socios, accionistas y sus controladores, siempre que posean una participación igual o superior al 10% del capital o tengan la capacidad de elegir a lo menos a un miembro del directorio, y
b) Acreditar que sus socios, accionistas y controladores no se encuentran en alguna de las situaciones previstas en el artículo 176 de esta Ley.
La Superintendencia deberá pronunciarse sobre la solicitud que le sea presentada, en un plazo no superior a sesenta días y podrá rechazar la que no cumpla con las exigencias legales o no acompañe los antecedentes requeridos.
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.

Ley N° 20.015
Art. 1° N° 5)

Artículo 176.- No podrán ser directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales de una Institución de Salud Previsional, las siguientes personas:

Ley N° 18.933
Art. 24 bis
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 6

1.- Los que hayan sido condenados por algún delito que merezca pena aflictiva, hasta el cumplimiento de la condena;
2.- Los fallidos no rehabilitados o quienes tengan prohibición o incapacidad de comerciar, y
3.- Los que, dentro de los cinco años precedentes al nombramiento, hayan sido directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales de una persona jurídica sancionada por alguna Superintendencia con la revocación de su autorización de existencia, encontrándose dicha revocación a firme, a no ser que hayan salvado su responsabilidad en la forma que prescriba la Ley.

Artículo 177.- Las personas que deseen desarrollar la actividad de agente de ventas deberán inscribirse en el registro que lleve la Superintendencia. Los interesados deberán cumplir con los siguientes requisitos:

Ley N° 18.933
Art. 24 ter
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 6

1.- Ser chilenos o extranjeros radicados en Chile con carné de extranjería al día;
2.- Ser mayor de edad;
3.- Acreditar los conocimientos suficientes sobre el sistema de Instituciones de Salud Previsional, y
4.- Estar en posesión de licencia de educación media o estudios equivalentes.

Para solicitar la inscripción de un agente de ventas en el registro indicado en el número 16 del artículo 110, deberá acreditarse el cumplimiento de los requisitos precedentemente señalados, en la forma y oportunidad que determine la Superintendencia mediante instrucciones de general aplicación.

Queda prohibido ejercer, simultáneamente, las funciones de agente de ventas en más de una Institución de Salud Previsional, salvo autorización expresa de la Superintendencia.

El incumplimiento por parte de los agentes de ventas de las obligaciones que les impone la ley, instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes que pronuncie la Superintendencia, será sancionado por ésta con censura, multa de hasta quince unidades tributarias mensuales o cancelación de su inscripción en el registro. El no pago de la multa habilitará a la Superintendencia para cancelar el registro.

El agente de ventas a quien se le haya cancelado su inscripción en el registro, podrá solicitar a la Superintendencia su reinscripción, una vez transcurrido el plazo de dos años contado desde la fecha en que la resolución que decretó dicha cancelación haya quedado ejecutoriada.

Artículo 178. 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.

Ley N° 18.933 Art. 25
Ley N° 19.381, Art. 1° N° 9

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 igual o superior a 0,3 veces sus deudas totales. Dicha relación será revisada mensualmente por la Superintendencia.

Ley N° 19.895 Art. 1° N° 3

En todo caso, el patrimonio nunca podrá ser inferior a cinco mil unidades de fomento.

Ley N° 19.895 Art. 1° N° 3

Artículo 179.- Las Instituciones deberán designar auditores externos independientes, los que deberán examinar la contabilidad, el inventario, los balances y otros estados financieros, e informar por escrito a la Superintendencia, en la forma que ésta determine en instrucciones de general aplicación.

Ley N° 18.933
Art. 25 bis
Ley N° 19.895
Art. 1° N° 4

Dichos auditores deberán ser elegidos de entre los inscritos en el Registro de Auditores Externos que lleva la Superintendencia de Valores y Seguros y les serán aplicables, en general, los requisitos, derechos, obligaciones, funciones y demás atribuciones que se establecen en la Ley sobre Sociedades Anónimas y su reglamento.

Los auditores externos serán remunerados por las Instituciones fiscalizadas.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso primero, la Superintendencia podrá requerir, adicionalmente, informes específicos o cualquier dato o antecedente relacionado con el cumplimiento de sus funciones en las Instituciones fiscalizadas; y examinar, en sus propias dependencias, dichas informaciones o antecedentes.

Artículo 180.- Las Instituciones deberán mantener un indicador de liquidez no inferior a 0,8 veces la relación entre el activo circulante y el pasivo circulante. Para los efectos de este cálculo, no se considerarán los instrumentos financieros señalados en el literal d), del inciso cuarto, del artículo 181 de esta Ley cuando se hayan emitido para respaldar la garantía de que trata dicho artículo. Dicha relación será revisada mensualmente por la Superintendencia.

Ley N° 18.933
Art. 25 ter
Ley N° 19.895
Art. 1° N° 4

Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia deberá dictar instrucciones de general aplicación para establecer las condiciones de diversificación, emisor y depositario de instrumentos de largo plazo y de fácil liquidación, así como la forma en que podrán ser considerados por las Instituciones, para establecer el indicador referido en este artículo. Para los efectos del cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, la garantía se considerará parte integrante del activo circulante, con excepción de los instrumentos financieros a que se refiere el inciso precedente.

Párrafo 2°

De la Garantía

Artículo 181.- Las Instituciones mantendrán, en alguna entidad autorizada por ley para realizar el depósito y custodia de valores, que al efecto determine la Superintendencia, una garantía equivalente al monto de las obligaciones que se señalan a continuación:

Ley N° 18.933 Art. 26
Ley N° 19.895 Art. 1°, N° 5)
Ley N° 20.015 Art. 1° N° 7)

1.- Respecto de los cotizantes y beneficiarios, el monto de garantía deberá considerar las obligaciones por concepto de prestaciones por pagar, prestaciones en proceso de liquidación, prestaciones ocurridas y no reportadas, prestaciones en litigio, excedentes de cotizaciones, excesos de cotizaciones y cotizaciones enteradas anticipadamente.

2.- Respecto de los prestadores de salud, la garantía deberá considerar las obligaciones derivadas de prestaciones de salud otorgadas a los cotizantes y beneficiarios de la Institución.

La actualización de la garantía no podrá exceder de treinta días, para lo cual la Institución deberá completarla dentro de los veinte días siguientes, hasta cubrir el monto total que corresponda a las referidas obligaciones.

Cuando el monto de las antedichas obligaciones, dentro del período señalado en el inciso precedente, sea inferior a la garantía existente, la Institución podrá solicitar a la Superintendencia que rebaje el todo o parte del exceso. Dicha Superintendencia dispondrá de un plazo no superior a diez días para autorizar dicha rebaja, el que podrá prorrogarse por resolución fundada y por una sola vez.

Los instrumentos financieros a considerar para la constitución de la garantía serán los siguientes:

a.- Documentos emitidos por el Banco Central de Chile o la Tesorería General de la República;

b.- Depósitos a plazo en moneda nacional con vencimiento a menos de un año emitidos por bancos;

c.- Cuotas de fondos mutuos en instrumentos de deuda de corto plazo con duración menor a 90 días, nominados en moneda nacional;

d.- Boletas de Garantías a la vista emitidas por bancos;

e.- Pactos de retrocompra bancarios respaldados en instrumentos indicados en las letras a) y b) precedentes. El contrato deberá consignar expresamente la venta y promesa de retrocompra de

estos instrumentos;

f.- Convenios de créditos en pesos o unidades de fomento endosables en que concurran dos o más bancos, siempre que el crédito sea exigible en menos de un año contado desde su suscripción y que el deudor se encuentre clasificado por agencias clasificadoras de riesgo inscritas en el Registro de la Superintendencia de Valores y Seguros, a lo menos, en categoría de riesgo AA;

g.- Depósitos a plazo, letras de crédito hipotecarias, bonos y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por bancos;

h.- Cuotas de fondos mutuos cuyos activos se encuentren invertidos en valores o activos nacionales;

i.- Cuotas de fondos mutuos constituidos fuera del país;

j.- Cuotas de fondos mutuos constituidos en el país, cuyos activos estén invertidos en valores extranjeros;

k.- Cuotas de fondos de inversión;

l.- Bonos, pagarés y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por empresas públicas o privadas;

m.- Acciones de sociedades anónimas abiertas con presencia bursátil, de acuerdo a los requisitos establecidos por la Superintendencia de Valores y Seguros mediante norma de carácter general y clasificadas como acciones de primera clase, en conformidad a la ley Nº 18.045;

n.- Acreencias por concepto de cotizaciones de salud adeudadas por los afiliados o sus empleadores, en el porcentaje que señale la Superintendencia;

ñ.- Pactos de retrocompra bancarios respaldados en instrumentos distintos de los señalados en la letra e);

o.- Convenios de créditos en que concurran dos o más bancos, que no correspondan a los descritos en la letra f), y

Ley N° 19.937, Art. 6° (Art. 23 L.O.S.)

p.- Otros instrumentos o activos de fácil liquidación que autorice el Superintendente de Salud.

En ningún caso la garantía podrá estar respaldada en instrumentos emitidos o garantizados por la Institución o sus personas relacionadas según se definen por el artículo 100 de la ley Nº 18.045, de Mercado de Valores.

La Superintendencia dictará instrucciones de general aplicación para definir las condiciones de diversificación, emisor, clasificación de riesgo, presencia bursátil, valor de mercado y nivel

de liquidez.

Asimismo, la Superintendencia podrá, previo informe del Ministerio de Hacienda, establecer el porcentaje máximo para cada instrumento. Con todo, las ISAPRES deberán mantener, al menos, un 50% de la garantía en los instrumentos señalados en las letras a) a f) del inciso cuarto de este artículo.

La Superintendencia podrá, asimismo, señalar la o las instituciones depositarias de los instrumentos cuando no sea posible aplicar lo dispuesto en el inciso primero del presente artículo.

Cuando se trate de los instrumentos financieros indicados en las letras c), h), i) y j), la Institución deberá celebrar un mandato con un banco para la adquisición y administración de estos instrumentos financieros. La Superintendencia siempre podrá exigir a la ISAPRE acceso a la información con respecto a los instrumentos financieros que el banco mantenga por cuenta y a nombre de aquélla.

La ISAPRE deberá comunicar a la Superintendencia su intención de que parte de los fondos en garantía sean destinados al pago de alguna de las obligaciones a que se refieren los números 1 y 2 del inciso primero. Si transcurridos cinco días hábiles, la Superintendencia no se pronunciare sobre tal operación, se entenderá que ella puede llevarse a efecto.

Sin perjuicio de lo anterior, los fondos afectos a la garantía y los documentos representativos de estas obligaciones no podrán ser utilizados para caucionar ninguna otra obligación. Todo acto celebrado en contravención de este artículo será nulo.

La garantía de que trata este artículo será inembargable y en ningún caso podrá ser inferior al equivalente, en moneda nacional, a dos mil unidades de fomento.

En caso de cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, la garantía que deben mantener las Instituciones será liquidada y pagada exclusivamente por la Superintendencia, aún en caso de quiebra de la Institución, quedando, en consecuencia, dicha garantía fuera de la masa de la quiebra hasta que pierda su inembargabilidad.

Ley N° 20.015
Art. 3°, N°1

Artículo 182.- La Superintendencia controlará que las Instituciones mantengan el patrimonio mínimo exigido y cumplan con la constitución y mantenimiento de la garantía.

Ley N° 18.933
Art. 27

Artículo 183.- La Superintendencia, en caso de cancelación del registro de una Institución de Salud Previsional, deberá, mediante resolución fundada, hacer efectiva la garantía y destinarla al pago de las obligaciones que, conforme a la ley, deben ser solucionadas con la garantía.

Ley N° 18.933
Art. 28
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 8

Párrafo 3°

Ley N° 20.015
Art. 1° N° 9

De la Afiliación y las Cotizaciones

Artículo 184.- Los afiliados al Régimen que establece el Libro II de esta Ley 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.

Ley N° 18.933
Art. 29

Artículo 185.- 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 aquel en que se devengaron las remuneraciones, pensiones y rentas afectas a aquellas, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.

Ley N° 18.933
Art. 30

Sin embargo, cuando el empleador realice la declaración y el pago de las cotizaciones, a través de un medio electrónico, el plazo se extenderá hasta el día 13 de cada mes, aun cuando éste fuere día sábado, domingo o festivo.

LEY 20288
Art. 4º
D.O. 03.09.2008
NOTA

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 esta 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 solo 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 474 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.

NOTA:

El Art. Transitorio de la LEY 20288, publicada el 03.09.2008, dispuso que la modificación que introduce en el presente artículo rige a contar del primer día del mes subsiguiente al de su publicación en el Diario Oficial, y se aplicará respecto de las cotizaciones

de las remuneraciones que se devenguen a partir de esa fecha.

Ley N° 18.933
Art. 31

Artículo 186.- 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 Indice de Precios al Consumidor mensual del período comprendido entre el mes que antecede al mes anterior a aquel en que debió efectuarse el pago y el mes que antecede al mes anterior a aquel 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 aquel 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 todo lo anterior, a los empleadores o entidades que no enteren las cotizaciones que hubieren retenido o debido retener a sus trabajadores o pensionados, les serán aplicables las sanciones penales que establece la ley antes dicha.

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

Artículo 187.- Las cotizaciones para salud que se pacten de conformidad a esta Ley, gozarán de la exención establecida en el artículo 18 del Decreto Ley N° 3.500, de 1980, 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.

Ley N° 18.933
Art. 32

Artículo 188.- Toda vez que se produjeren excedentes de la cotización legal en relación con el precio de las Garantías Explícitas en Salud y el precio del plan convenido, en los términos a que se refiere el inciso siguiente, esos excedentes serán de propiedad del afiliado, inembargables e incrementarán una cuenta corriente individual que la Institución deberá abrir a favor del afiliado, aumentando la masa hereditaria en el evento de fallecimiento. El afiliado sólo podrá renunciar a ellos para destinarlos a financiar los beneficios adicionales tanto de los contratos que se celebren conforme al artículo 200 de esta ley, como de los contratos individuales compensados y de aquellos otros contratos que señale la Superintendencia de Salud mediante norma de carácter general.

LEY 20317
Art. único
A, Nº 1
D.O. 24.01.2009

NOTA

Cualquier estipulación en contrario a lo señalado, establecida en el contrato de salud previsional, se tendrá por no escrita.

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.

INCISO SUPRIMIDO

LEY 20317
Art. único
A, Nº 2
D.O. 24.01.2009
NOTA

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 197, 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 pagar las cuotas de los préstamos de salud que la Institución de Salud Previsional le hubiese otorgado al afiliado;

LEY 20317
Art. único
A, Nº 3
D.O. 24.01.2009
NOTA

5.- Para cubrir cotizaciones adicionales voluntarias, y

6.- 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 esta 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, 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. En caso de que en las sucesivas adecuaciones anuales, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual superen el referido 10%, la ISAPRE estará obligada a ofrecer al afiliado un plan de salud alternativo cuyo precio más se aproxime al plan actualmente convenido; en ningún caso, el afiliado estará obligado a suscribir el plan de salud lternativo. Con todo, la totalidad de los excedentes siempre incrementará la cuenta corriente individual del usuario.

LEY 20317
Art. único
A, Nº 4
D.O. 24.01.2009
NOTA

Los fondos acumulados en la cuenta corriente se reajustarán de acuerdo a la variación que experimente el Indice de Precios al Consumidor y devengarán el interés promedio pagado por los bancos en operaciones reajustables de no más de un año, según lo informado por el Banco Central de Chile en el respectivo período. 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

LEY 20317
Art. único
A, Nº 5
D.O. 24.01.2009
NOTA

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 tres meses de anticipación al cumplimiento de la anualidad.

LEY 20317
Art. único
A, Nº 6
D.O. 24.01.2009
NOTA
NOTA 1

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.

NOTA:

El artículo transitorio de la LEY 20317, publicada el 24.01.2009, dispone que las modificaciones que introduce a la presente norma, entrarán en vigencia el primer día del mes subsiguiente a su publicación.

NOTA 1:

El Nº 6 de la letra A) del artículo único de la LEY 20317, publicada el 24.01.2009, ordena sustituir el guarismo "60" por "tres meses", olvidando suprimir la palabra "días" que se encontraba después del "60".

Párrafo 4°
De las Prestaciones

Artículo 189.- Para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud que norma esta ley, las personas indicadas en el artículo 184 deberán suscribir un contrato de plazo indefinido, con

Ley N° 18.933
Art. 33
Ley N° 19.381
Art. 1° N° 12
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 10)

la Institución de Salud Previsional que elijan.

letra a)

En este contrato, las partes convendrán libremente las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán comprender, como mínimo, lo siguiente:

Ley N° 19.966 Art. 35 N° 2 letra a)

a) Las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Ley N° 19.966 Art. 35 N° 2 letra b)

Asimismo, se deberá pactar un plan complementario a las Garantías Explícitas señaladas precedentemente, el que incluirá los beneficios del artículo 149 de esta Ley, y los referidos en el artículo 194 de esta ley, en tanto no sean parte de dichas Garantías Explícitas, incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda. Este plan deberá contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen General de Garantías en Salud.

b) El Plan de Salud Complementario, que podrá contener una o más de las siguientes modalidades para el otorgamiento de las prestaciones o beneficios:

Ley N° 20.015 Art.1° N°10 letra b)

A.- Plan libre elección: aquel en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la Institución de Salud Previsional.

Para efectos del otorgamiento de las prestaciones de salud en la modalidad de libre elección cuya cobertura financiera se efectúe por la vía del reembolso, la Institución de Salud Previsional deberá pagarlas de acuerdo al plan, sin supeditarla a que los prestadores mantengan convenios con la Institución o estén adscritos a ella.

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

Con todo, la Superintendencia podrá determinar, mediante instrucciones generales, los casos

excepcionales en que el afiliado o beneficiario podrá ser atendido por un prestador distinto al individualizado en el plan, eventualidad en la cual tendrá derecho, como mínimo, a la cobertura financiera que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud en la modalidad de libre elección.

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

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

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

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

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

2.- En caso de prestaciones que se otorguen en virtud de la derivación a que alude el numeral precedente, el monto del copago del afiliado no podrá ser superior al que le habría correspondido si hubiera sido atendido por el prestador de la red. Cualquier diferencia será financiada por la Institución de Salud Previsional.

Las Instituciones de Salud Previsional no podrán excepcionarse de la responsabilidad que para ellas emana de los contratos de salud en lo que se refiere a acceso, oportunidad y cobertura financiera, atribuyéndosela a los prestadores.

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

4.- Los contratos de salud deberán garantizar la atención de

urgencia de las prestaciones que conforman su oferta cerrada o preferente, identificando en el plan de salud el o los prestadores con los cuales haya convenido el otorgamiento de dicha atención y los procedimientos para acceder a ellos.

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

Los contratos de salud deberán establecer el derecho del afiliado que, con ocasión de una emergencia, haya ingresado a un prestador distinto de los mencionados en el párrafo primero de este numeral, a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el plan, y el derecho de la Institución de Salud Previsional a trasladar al paciente a uno de estos prestadores, sujetándose a las siguientes reglas:

a.- Corresponderá al médico tratante en el establecimiento determinar el momento a partir del cual el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado.

b.- Si el paciente o sus familiares deciden el traslado a un prestador que forme parte de la oferta cerrada o preferente, accederán a la cobertura prevista en el plan, desde el momento del traslado. Si, por el contrario, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento o por el traslado a otro que no forme parte de la oferta cerrada o preferente, no podrán requerir la cobertura prevista en el plan cerrado o preferente.

En todos estos casos, para resolver discrepancias, se aplicará el procedimiento previsto en el inciso final del artículo 9º de la ley Nº 19.966.

5.- El término del convenio entre la Institución de Salud Previsional y el prestador institucional cerrado o preferente, o cualquier modificación que éstos le introduzcan, no afectará el monto que, en virtud del plan contratado, corresponde copagar a los beneficiarios por las atenciones recibidas, hasta el cumplimiento de la respectiva anualidad.

Al cumplirse dicha anualidad la Institución de Salud Previsional podrá adecuar el contrato, debiendo informar al cotizante, en la carta respectiva, la circunstancia de haberse puesto término o de haberse modificado el referido convenio. Además, la Institución pondrá en conocimiento del afiliado las adecuaciones propuestas al

plan vigente y los planes de salud alternativos de condiciones equivalentes a aquél. Tanto la adecuación del plan como los planes alternativos que la Institución ofrezca al cotizante podrán contemplar el otorgamiento de beneficios por un prestador distinto de aquel identificado en el plan vigente antes de la adecuación.

c) Forma en que se modificarán las cotizaciones y aportes, prestaciones y beneficios, por incorporación o retiro de beneficiarios legales del grupo familiar.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 202 de esta ley, deberá establecerse en qué condiciones, durante la vigencia del contrato, se incorporarán los nuevos beneficiarios, señalándose, precisamente, la forma cómo se determinará la cotización adicional que se cobrará por ellos.

d) Mecanismos para el otorgamiento de todas las prestaciones y beneficios que norma esta ley y de aquellos que se estipulen en el contrato. Ley N° 19.966 Art. 35 N° 2 letra c)

e) Precio del plan y la unidad en que se pactará, señalándose que el precio expresado en dicha unidad solo podrá variar una vez cumplidos los respectivos períodos anuales. Asimismo, deberá indicarse el arancel o catálogo valorizado de prestaciones con sus respectivos topes que se considerará para determinar el financiamiento de los beneficios, la unidad en que estará expresado y la forma y oportunidad en que se reajustará. Dicho arancel de referencia contemplará, a lo menos, las prestaciones contenidas en el arancel del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el artículo 159 de esta Ley, o el que lo reemplace en la modalidad de libre elección. Ley N° 19.966 Art. 35 N° 2 letra d)

El precio de las Garantías Explícitas se regulará de acuerdo a lo dispuesto en el Párrafo 5° de este Título.

f) 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 primero del artículo 190.

g) Restricciones a la cobertura. Ellas solo podrán estar referidas a enfermedades preexistentes declaradas, por un plazo máximo de dieciocho meses, contado desde la suscripción del contrato, y tendrán la limitación establecida en el inciso primero del artículo 190.

En el caso del embarazo se eberá consignar claramente que la cobertura será proporcional al

período que reste para que ocurra el nacimiento.

No obstante lo anterior, en el caso de enfermedades preexistentes declaradas, el futuro afiliado podrá, en casos calificados, solicitar por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales en Salud, que la Institución le otorgue para dichas patologías, por dieciocho meses más, la cobertura que el Fondo Nacional de Salud ofrece en la Modalidad de Libre Elección a que se refiere el Libro II de esta Ley. Lo anterior, con la finalidad de ser aceptado en la respectiva Institución de Salud Previsional. La Superintendencia regulará, mediante instrucciones de general aplicación, la operación de lo dispuesto en este párrafo.

Art. Ley N° 20.015 1° N° 10 letra c)

h) Estipulación precisa de las exclusiones, si las hubiere, referidas a las prestaciones señaladas en el inciso segundo del artículo 190.

El arancel y los límites de prestaciones o beneficios, solo podrán expresarse en la moneda de curso legal en el país o en unidades de fomento. El precio del plan deberá pactarse en unidades de fomento, moneda de curso legal en el país o en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud. Los planes en que el precio sea un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud sólo procederán en el caso de los contratos a que se refiere el inciso final del artículo 200 de esta ley y de aquellos celebrados por dos o más trabajadores, en los que se hayan convenido beneficios distintos a los que se podrían obtener con la sola cotización individual. Si el precio del plan está pactado en unidades de fomento o como porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, deberá expresarse, además, su equivalencia en moneda de curso legal a la fecha de suscripción del contrato.

Ley N° 20.015 Art. 1° N° 10 letra d)

El cotizante de ISAPRE y las personas señaladas en el artículo 202 de esta Ley, podrán utilizar la modalidad institucional para la asistencia médica curativa del Libro II de esta Ley, de acuerdo al artículo 157 de la misma, sujetos al arancel para personas no beneficiarias de dicha ley en casos de urgencia, o de ausencia o insuficiencia de la especialidad que motive la atención, o ausencia o escasez de servicios profesionales en la especialidad de que se trate. Las personas a que se refiere este inciso deberán pagar el valor total establecido en el arancel aplicable a los no beneficiarios del Libro II de esta Ley, a menos que se encuentren en

Ley N° 19.650 Art. 3° letra b)

la situación prevista en los incisos cuarto y quinto del artículo 173, en que dicho pago deberá efectuarlo directamente la Institución correspondiente.

El Secretario Regional Ministerial respectivo calificará la concurrencia de los requisitos habilitantes a que se refiere el inciso anterior. Asimismo, velará porque la atención a personas no beneficiarias del Libro II de esta Ley no provoque menoscabo a la atención de los beneficiarios de dicho Libro.

Cada vez que un afiliado o beneficiario solicite a una Institución de Salud Previsional un beneficio cualquiera en virtud de un contrato de salud, se entenderá que la facultad para requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de tal beneficio. La Institución de Salud Previsional deberá adoptar las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de estas certificaciones.

Ley N° 20.015 Art. 1° N° 10 letra e)

Si la Institución de Salud Previsional considera que la información proporcionada por el prestador es incompleta, imprecisa o teme fundadamente que no se ajusta a la verdad, podrá designar un médico cirujano independiente de las partes para que revise personalmente la ficha clínica. Si de la revisión resulta que no corresponde otorgar la cobertura financiera solicitada, la Institución de Salud Previsional informará de tal circunstancia al afiliado, el que podrá recurrir ante la Superintendencia, a fin de que ésta resuelva la controversia. El médico cirujano que se designe deberá estar inscrito en un registro que la Superintendencia llevará para estos efectos.

Ley N° 20.015 Art. 1° N° 10 letra e)

El o los prestadores de salud deberán dar cumplimiento al requerimiento señalado en el inciso anteprecedente, y deberán permitir la revisión de la ficha clínica, dentro del plazo de cinco días hábiles. La Institución de Salud Previsional deberá mantener la información recibida en reserva, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Nº 19.628.

Ley N° 20.015 Art. 1° N° 10 letra e)

Corresponderá a la Superintendencia vigilar el adecuado ejercicio de esta facultad y resolver los conflictos que puedan producirse entre los prestadores y las ISAPRES.

Ley N° 18.933

Artículo 190.- No podrá

estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 31 de la Ley N° 19.966, que establece el Régimen General de Garantías en Salud. Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas.

Art. 33 Bis
Ley N° 19.966
Art. 35 N° 3

Asimismo, no podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo las siguientes:

Ley N° 20.015
Art. 1° N° 11)

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

Para los efectos de lo dispuesto en este numeral no se considerará que tienen fines de embellecimiento la cirugía plástica destinada a corregir malformaciones o deformaciones sufridas por la criatura durante el embarazo o el nacimiento, ni la destinada a reparar deformaciones sufridas en un accidente, ni la que tenga una finalidad estrictamente curativa o reparadora;

2.- Atención particular de enfermería, salvo que se trate de prestaciones que se encuentren en el arancel de prestaciones de la Modalidad de Libre Elección a que se refiere el Libro II de esta Ley;

3.- Hospitalización con fines de reposo;

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

5.- Las que requiera un beneficiario como consecuencia de su participación en actos de guerra;

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

Para los efectos de esta Ley, se entenderá que son preexistentes aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. Tales antecedentes de salud deberán ser registrados fidedignamente por el afiliado en un documento denominado Declaración de Salud, junto con los

demás antecedentes de salud que requiera la Institución de Salud Previsional. La Declaración de Salud deberá ser suscrita por las partes en forma previa a la celebración del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. La Declaración de Salud forma parte esencial del contrato; sin embargo, la falta de tal declaración no lo invalidará, pero hará presumir de derecho que la Institución de Salud Previsional renunció a la posibilidad de restringir la cobertura o de poner término a la convención por la omisión de alguna enfermedad o condición de salud preexistente.

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

Se presumirá la mala fe si la Institución probare que la patología o condición de salud preexistente requirió atención médica durante los antedichos cinco años y el afiliado a sabiendas la ocultó a fin de favorecerse de esta disposición legal. En estos casos, la Institución de Salud Previsional podrá poner término al contrato, en los términos señalados en el artículo 201;

7.- Prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional;

8.- Todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este último caso de carácter ambulatorio, no contemplados en el arancel a que se refiere la letra e) del artículo 189. Sin consentimiento de la Institución de Salud Previsional no procederá la homologación de prestaciones, salvo que la Superintendencia lo ordene en casos excepcionales y siempre que se trate de prestaciones en que exista evidencia científica de su efectividad. En tales casos, el costo de la prestación para la Institución no podrá ser superior al que habría correspondido por la prestación a la cual se homologa.

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

beneficios pactados, excepto las correspondientes al embarazo y a enfermedades preexistentes, en los términos señalados en el artículo 189, letra g).

Artículo 191.- Por el pago u otorgamiento de un beneficio en virtud del contrato de salud, la Institución de Salud Previsional, por el solo ministerio de la ley y para todos los efectos, se subroga al afiliado o beneficiario en los derechos y acciones que éste tenga contra terceros, en razón de los hechos que hicieron necesaria la respectiva prestación, y hasta el monto que corresponda a lo que la ISAPRE haya pagado u otorgado.

Ley N° 18.933
Art. 33 ter
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 12

Artículo 192.- Todos los beneficios distintos a los contemplados en las Garantías Explícitas en Salud que otorgue la Institución de Salud Previsional deberán estar incluidos en el Plan de Salud Complementario.

Ley N° 18.933
Art. 33 quáter
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 12
Ley N° 18.933
Art. 34

Artículo 193.- Las Instituciones de Salud Previsional, podrán celebrar contratos de salud con personas que no se encuentren cotizando en un régimen previsional o sistema de pensiones.

Estos contratos se regirán por las disposiciones de esta Ley en cuanto les sean aplicables y en especial por lo dispuesto en los artículos 181, 182, 183, 189, 197, 198 y 199.

Ley N° 20.015
Art. 1° 13

Artículo 194.- Las Instituciones estarán obligadas respecto de sus beneficiarios a dar cumplimiento a lo establecido en el Libro II de esta Ley, 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 esta convenga, o con otras, las que se otorgarán en las condiciones generales contenidas en el Libro II de esta Ley, 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

Ley N° 18.933
Art. 35
Ley N° 19.381
Art. 1° N° 14

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 el Libro II de esta Ley. El reclamo deberá ser presentado por escrito directamente ante dicha Comisión, 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 primeros días hábiles siguientes al requerimiento.
Transcurrido el plazo de diez días hábiles, contado 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 cumpliere lo resuelto, el cotizante podrá solicitar el pago a la Superintendencia, la que hará efectiva la garantía a que se refiere el artículo 181, hasta el monto del subsidio adeudado pagándolo de inmediato. En tal caso, la Institución deberá completar la garantía, sin perjuicio de la multa que correspondiere.

Artículo 195.- Sin perjuicio de lo establecido en el inciso primero del artículo anterior, 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 establece el Decreto con Fuerza de Ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el Decreto Ley N° 3.500, de 1980 y el Decreto Ley N° 3.501, del mismo año.
La Institución deberá enterar los descuentos previsionales en la entidad previsional respectiva, en los plazos y términos que fija el Decreto Ley N° 3.500, de 1980, para el integro de este tipo de cotizaciones.

Ley N° 18.933
Art. 36

Artículo 196.- Las licencias médicas que sirvan de antecedente para el ejercicio de derechos o

Ley N° 18.933
Art. 37

beneficios legales que deban ser financiados por la Institución con la que el cotizante haya suscrito el contrato a que se refiere el artículo 189, deberán otorgarse en los formularios cuyo formato determine el Ministerio de Salud y ser 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.

Ley N° 19.381 Art. 1° N° 15 letra a)

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

Ley N° 19.381 Art. 1° N° 15 letra b)

Los aspectos procesales del ejercicio de las facultades establecidas en el inciso anterior, contenidos en el Reglamento correspondiente, serán fiscalizados por la Superintendencia.

Ley N° 18.933 Art. 38
Ley N° 19.381 Art. 1° N° 16 letra a)

Artículo 197.- Los contratos de salud a que hace referencia el artículo 189 de esta Ley, deberán ser pactados por tiempo 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 ofrecer un nuevo plan si este es requerido por el afiliado y se fundamenta en la cesantía o en una variación permanente de la cotización legal, o de la composición del grupo familiar del cotizante, situaciones que deberán acreditarse ante la Institución. Sin perjuicio de lo anterior, en caso de cesantía y no siendo aplicable el artículo 188 de esta Ley, la Institución deberá acceder a la desafiliación si esta es requerida por el afiliado.

Ley N° 19.381 Art. 1° N° 16 letra a)
Ley N° 20.015 Art. 1° N° 14) letra a)

El cotizante podrá, una vez transcurrido un año de vigencia de beneficios contractuales, 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 primer año o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación, 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 del Libro II de esta Ley. La Superintendencia podrá impartir instrucciones de general aplicación sobre la forma y procedimiento a que deberán ceñirse las comunicaciones indicadas precedentemente.

Anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones a que se refiere el artículo 198, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan. Las revisiones no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y beneficiario. Estas condiciones generales deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes en el respectivo plan. La infracción a esta disposición dará lugar a que el contrato se entienda vigente en las mismas condiciones generales, sin perjuicio de las demás sanciones que se puedan aplicar. La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado mediante carta certificada expedida con, a lo menos, tres meses de anticipación al vencimiento del período. En tales circunstancias, el afiliado podrá aceptar el contrato con la adecuación de precio propuesta por la Institución de Salud Previsional; en el evento de que nada diga, se entenderá que acepta la propuesta de la Institución. En la misma oportunidad y forma en que se comunique la adecuación, la Institución de Salud Previsional deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio base sea equivalente al vigente, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca; se deberán ofrecer idénticas alternativas a todos los afiliados del plan cuyo precio se adecua, los que, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se les ofrezcan o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional. Sólo podrán ofrecerse planes que estén disponibles para todos los afiliados y el precio deberá corresponder al precio base modificado por las tablas de riesgo según edad y sexo correspondientes.

Ley N° 20.015 Art. 1° N° 14) letra b)

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

Ley N° 20.015 Art. 1° N° 14) letra b)

plan de salud de entre los que se encuentre comercializando la Institución de Salud Previsional.

Si el afiliado estimare que los planes ofrecidos no reúnen las condiciones de equivalencia indicadas en el inciso tercero, podrá recurrir ante la Superintendencia, la que resolverá en los términos señalados en el artículo 117 de esta Ley. Cuando el cotizante desahucie el contrato y transcurrido el plazo de antelación que corresponde, la terminación surtirá plenos efectos a contar del primer día del mes subsiguiente a la fecha de expiración de dicho plazo.

Ley N° 19.381 Art. 1° N° 16), letra a)

Ley N° 20.015 Art. 1° N° 14) letras c) y d)

Los beneficios contemplados para un mes estarán financiados por la cotización devengada en el mes inmediatamente anterior cualquiera sea la época en que la Institución perciba efectivamente la cotización.

En el evento que al día del término del contrato 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 y mientras no se declare la invalidez del cotizante.

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. Si la declaración de invalidez fuere solicitada a las Comisiones a que se refiere el citado artículo 11, 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.

Ley N° 18.964 Art. 3°

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 ISAPRE comunicar esta situación al afiliado dentro de los tres meses siguientes contados desde aquél en que no se haya pagado la cotización.

Ley N° 20.015 Art. 1° N° 14) letra e)

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

Ley N° 20.015 Art. 1° N° 14) letra f)

El incumplimiento de la obligación señalada en los dos incisos precedentes, será sancionado por la Superintendencia con multa, en los términos del artículo 220 de

Ley N° 20.015 Art. 1° N° 14) letra f)

esta Ley. En el caso de trabajadores independientes, cotizantes voluntarios o trabajadores que, habiendo sido dependientes, se encuentren en situación de cesantía, la falta de notificación oportuna, además, impedirá a la Institución de Salud Previsional poner término al contrato por no pago de la cotización ni cobrar intereses, reajustes y multas.

Artículo 198.- La libertad de las Instituciones de Salud Previsional para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 197 de esta Ley, se sujetará a las siguientes reglas:

Ley N° 18.933
Art. 38 bis
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 15)

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

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

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

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

3.- Asimismo, la variación anual de los precios base de los planes creados entre febrero y junio del año en curso, ambos meses inclusive, deberá ajustarse a la regla indicada en el párrafo primero del numeral 2 precedente, al cumplirse la anualidad respectiva.

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

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

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

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

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

Artículo 199.- Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan de salud, la Institución deberá aplicar a los precios base que resulten de lo dispuesto en el artículo precedente, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores.

Ley N° 18.933
Art. 38 ter
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 15

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

Cada rango de edad que fije la Superintendencia en las instrucciones señaladas en el

inciso precedente se sujetará a las siguientes reglas:

Sentencia S/N, TRIBUNAL CONSTITUCIONAL D.O. 09.08.2010 NOTA

1.- DEROGADO;
2.- DEROGADO;
3.- DEROGADO;
4.- DEROGADO, y
5.- En cada tramo, el factor que corresponda a una carga no podrá ser superior al factor que corresponda a un cotizante del mismo sexo.

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

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

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

Las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a aplicar, desde el mes en que se cumpla la anualidad y de conformidad con la respectiva tabla, el aumento o la reducción de factor que corresponda a un beneficiario en razón de su edad, y a informar al cotizante respectivo mediante carta ertificada expedida en la misma oportunidad a que se refiere el inciso tercero del artículo 197.

NOTA

La Sentencia S/N° del Tribunal Constitucional, publicada el 09.08.2010, declaró inconstitucional los numerales 1, 2, 3 y 4 del inciso tercero del presente artículo, entiendiendose derogados a partir de su publicación de la citada Sentencia. La citada derogación se ha incorporado al presente texto actualizado.

Artículo 200.- Para la celebración de un contrato de salud,

Ley N° 18.933 Art. 39

las partes no podrán considerar como condición el hecho de pertenecer el cotizante a una determinada empresa o grupo de dos o más trabajadores. En tales situaciones, se podrá convenir solo el otorgamiento de beneficios distintos de los que podría obtener con la sola cotización individual de no mediar dicha circunstancia, que deberá constar expresamente en el contrato.

Ley N° 19.381
Art. 1° N° 17

En los casos anteriores, todos los beneficios a que tengan derecho los cotizantes y demás beneficiarios deberán estipularse en forma expresa en los respectivos contratos individuales, señalándose, además, si existen otras condiciones para el otorgamiento y mantención de dichos beneficios.

En el evento de que, por cualquier causa, se eliminen los beneficios adicionales por el cese de las condiciones bajo las cuales se otorgaron, ello solo podrá dar origen a modificaciones contractuales relativas al monto de la cotización pactada o a los beneficios convenidos, pudiendo siempre el afiliado desahuciar el contrato. Con todo, la Institución deberá ofrecer al cotizante un nuevo plan de salud, el cual, en caso alguno, podrá contemplar el otorgamiento de beneficios menores a los que podría obtener de acuerdo a la cotización legal a que dé origen la remuneración del trabajador en el momento de adecuarse su contrato.

Lo dispuesto en este artículo no será aplicable a aquellos contratos de salud que celebren las personas con Instituciones de Salud Previsional cuyo objeto sea otorgar prestaciones únicamente a trabajadores de una determinada empresa o institución, caso en el cual, la pérdida de la relación laboral podrá constituir causal de término anticipado del mismo, salvo que ella se origine por el hecho de acogerse a pensión. Tal circunstancia deberá dejarse expresamente establecida en el contrato.

Artículo 201.- La Institución sólo podrá poner término al contrato de salud cuando el cotizante incurra en alguno de los siguientes incumplimientos contractuales:

Ley N° 18.933
Art. 40
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 16)

1.- Falsear o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud, en los términos del artículo 190, salvo que el afiliado o beneficiario demuestren justa causa de error.

La simple omisión de una enfermedad preexistente no dará derecho a terminar el contrato, salvo que la Institución de Salud

Previsional demuestre que la omisión le causa perjuicios y que, de haber conocido dicha enfermedad, no habría contratado.

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

2.- No pago de cotizaciones por parte de los cotizantes voluntarios e independientes, tanto aquellos que revistan tal calidad al afiliarse como los que la adquieran posteriormente por un cambio en su situación laboral. Para ejercer esta facultad, será indispensable haber comunicado el no pago de la cotización en los términos del inciso final del artículo 197.

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

4.- Omitir del contrato a algún amiliar beneficiario de los indicados en las letras b) y c) del artículo 136 de esta Ley, con el fin de perjudicar a la Institución de Salud Previsional.

Para ejercer la facultad establecida en el inciso precedente, la Institución de Salud Previsional deberá comunicar por escrito tal decisión al cotizante, caso en el cual los beneficios, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas, seguirán siendo de cargo de la Institución, hasta el término del mes siguiente a la fecha de su comunicación o hasta el término de la incapacidad laboral, en caso de que el cotizante se encuentre en dicha situación y siempre que este plazo sea superior al antes indicado. Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en la letra h) del artículo 189 de esta Ley.

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

El derecho de la Institución de Salud Previsional a poner término al contrato caducará después de noventa días contados desde que tome conocimiento del hecho constitutivo de la causal de terminación. Para estos efectos, en el caso de las enfermedades

preexistentes, el plazo se contará desde el momento que la Institución de Salud Previsional haya recibido los antecedentes clínicos que demuestren el carácter preexistente de la patología; en el caso del no pago de la cotización, desde los treinta días siguientes a la fecha en que comunicó la deuda en los términos del inciso undécimo del artículo 197; en cuanto a la obtención indebida de beneficios, desde que a la Institución de Salud Previsional le conste dicho acto, y la omisión de un familiar beneficiario, desde que la Institución tome conocimiento de ella.

Artículo 202.- Los contratos celebrados entre la Institución y el cotizante deberán considerar como sujetos afectos a sus beneficios, a este y a todos sus familiares beneficiarios indicados en las letras b) y c) del artículo 136 de esta Ley. Ley N° 18.933 Art. 41

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 pierden dicha calidad. En ambos casos, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 189, las partes deberán dejar claramente estipulado en el contrato la forma y condiciones en que por la ampliación 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 a otras personas. Estas personas enterarán cuando proceda sus cotizaciones de salud en la ISAPRE y dejarán de ser beneficiarios del Libro II de esta Ley cuando corresponda.

Con todo, en el evento de que un beneficiario adquiera la calidad jurídica de cotizante, podrá optar por permanecer en la Institución celebrando un contrato de acuerdo a lo establecido en esta ley. La Institución estará obligada a suscribir el respectivo contrato de salud previsional y a ofrecerle los planes de salud en actual comercialización, en especial aquéllos cuyo precio se ajuste al monto de su cotización legal, sin que puedan imponérsele otras restricciones que las que ya se encuentren vigentes ni exigírsele una nueva declaración de salud. Ley N° 20.015 Art. 1° N° 17)

Artículo 203.- En el evento Ley N° 18.933

que el cotizante fallezca una vez transcurrido un año de vigencia ininterrumpida de los beneficios contractuales, la Institución de Salud Previsional estará obligada a mantener, por un período no inferior a un año contado desde el fallecimiento, todos los beneficios del contrato de salud vigente a la fecha en que se verificó tal circunstancia, a todos los beneficiarios declarados por aquél, entendiéndose incorporados en éstos al hijo que está por nacer y que habría sido su beneficiario legal de vivir el causante a la época de su nacimiento.

Art. 41 bis
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 18)

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

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

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

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

3.- En los contratos de salud que se suscriban en virtud de esta disposición no podrán pactarse otras restricciones o exclusiones que las que se encontraban vigentes en el contrato que mantenía el cotizante fallecido con la Institución, ni exigirse una nueva declaración de salud.

Las personas indicadas en el inciso primero de este artículo podrán renunciar al beneficio allí establecido, sin perjuicio de ejercer, en tal evento, la facultad que otorga el segundo párrafo del numeral 2 del inciso precedente.

Los beneficiarios de este artículo no podrán hacer uso de los recursos acumulados en la cuenta corriente a que se refiere el artículo 188, los que sólo podrán

LEY 20317
Art. único B)
D.O. 24.01.2009
NOTA

ser dispuestos por los herederos del cotizante.

NOTA:
El artículo transitorio de la LEY 20317, publicada el 24.01.2009, dispone que las modificaciones que introduce a la presente norma, entrarán en vigencia el primer día del mes subsiguiente a su publicación.

Artículo 204.- La Institución deberá otorgar al cotizante y demás personas beneficiarias un documento identificatorio, el cual se emitirá de acuerdo a las instrucciones de la Superintendencia.

Ley N° 18.933
Art. 42

Párrafo 5°

Ley N° 19.966
Art. 35 N° 4

De las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud

Artículo 205.- Además de lo establecido en los artículos 189 y 194, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar a los cotizantes y sus beneficiarios las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, de conformidad a lo dispuesto en la ley que establece dicho Régimen.

Ley N° 18.933
Art. 42 A
Ley N° 19.966
Art. 35 N° 4

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las garantías deberán sujetarse al reglamento y serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento y aprobación de la Superintendencia.

Lo dispuesto en las letras f), g) y h) del artículo 189 no será aplicable a los beneficios a que se refiere este artículo, salvo en cuanto se convenga la exclusión de prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo pagado por estas últimas.

El precio de los beneficios a que se refiere este Párrafo, y la unidad en que se pacte, será el mismo para todos los beneficiarios de la Institución de Salud Previsional, sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista en el contrato para el plan complementario y, salvo lo dispuesto en el artículo

207, deberá convenirse en términos claros e independiente del precio del mencionado plan.

Artículo 206.- Sin perjuicio de la fecha de afiliación, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a asegurar las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere este Párrafo, a contar del primer día del sexto mes siguiente a la fecha de publicación del decreto que las contemple o de sus posteriores modificaciones. Dichas Garantías Explícitas sólo podrán variar cuando el referido decreto sea revisado y modificado.

Ley N° 18.933 Art. 42 B
Ley N° 19.966 Art. 35 N° 4

La Institución de Salud Previsional deberá informar a la Superintendencia, dentro de los noventa días siguientes a la publicación del mencionado decreto, el precio que cobrará por las Garantías Explícitas en Salud. Dicho precio se expresará en unidades de fomento o en la moneda de curso legal en el país. Corresponderá a la Superintendencia publicar en el Diario Oficial, con treinta días de anticipación a la vigencia del antedicho decreto, a lo menos, el precio fijado por cada Institución de Salud Previsional. Se presumirá de derecho que los afiliados han sido notificados del precio, desde la referida publicación.

La Institución de Salud Previsional podrá cobrar el precio desde el mes en que entre en vigencia el decreto o al cumplirse la respectiva anualidad; en este último caso, no procederá el cobro con efecto retroactivo. La opción que elija la Institución de Salud Previsional deberá aplicarse a todos los afiliados a ella.

El precio sólo podrá variar cada tres años, contados desde la vigencia del decreto respectivo, o en un plazo inferior, si el decreto es revisado antes del período señalado.

En las modificaciones posteriores del decreto que contiene las Garantías Explícitas en Salud, la Institución de Salud Previsional podrá alterar el precio, lo que deberá comunicar a la Superintendencia en los términos señalados en el inciso segundo de este artículo. Si nada dice, se entenderá que ha optado por mantener el precio.

Artículo 207.- Las Instituciones de Salud Previsional a que se refiere el inciso final del artículo 200, podrán asegurar las Garantías Explícitas en Salud materia del presente Párrafo y las demás

Ley N° 18.933 Art. 42 C
Ley N° 19.966 Art. 35 N° 4

prestaciones pactadas en el plan complementario, con cargo al porcentaje de la cotización legal para salud.

Artículo 208.- Las normas del Párrafo 3° del Título II de este Libro, se aplicarán a las cotizaciones correspondientes al otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud por las Instituciones de Salud Previsional.

Ley N° 18.933
Art. 42 D
Ley N° 19.966
Art. 35 N° 4)

Artículo 209.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 197, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. Si nada dice dentro del referido plazo, el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas contenidas en el referido precepto legal.

Ley N° 18.933
Art. 42 E
Ley N° 19.966
Art. 35 N° 4)

Párrafo 6º

De la creación y administración del Fondo de Compensación Solidario

Ley N° 20.015
Art. 1° N° 19

Artículo 210.- Créase un Fondo de Compensación Solidario entre Instituciones de Salud Previsional, cuya finalidad será solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de dichas Instituciones, con relación a las prestaciones contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, en conformidad a lo establecido en este Párrafo.

El referido Fondo no será aplicable a las Instituciones a que se refiere el inciso final del artículo 200 o cuya cartera esté mayoritariamente conformada por trabajadores y ex trabajadores de la empresa o institución que constituyó la Institución de Salud Previsional, y será supervigilado y regulado por la Superintendencia.

Ley N° 18.933
Art. 42 F
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 19)

Artículo 211.- El Fondo de Compensación Solidario compensará entre sí a las Instituciones de Salud Previsional, por la diferencia entre la prima comunitaria que se determine para las Garantías Explícitas en Salud y la prima ajustada por riesgos que corresponda, las que se determinarán conforme al Reglamento.

Ley N° 18.933
Art. 42 G
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 19)

Para el cálculo de la prima ajustada por riesgos, sólo se considerarán las variables de sexo y edad.

Las primas a que se refiere este artículo, serán puestas en conocimiento de las Instituciones de Salud Previsional para que, dentro del quinto día siguiente, manifiesten sus observaciones. Si nada dicen, se entenderán aceptadas.

Si alguna de ellas formulare observaciones, la Superintendencia deberá evacuar su parecer. De mantenerse la discrepancia, una comisión de tres miembros resolverá la disputa, sin ulterior recurso. La comisión estará integrada por un representante de la Superintendencia de Salud, un representante de las Instituciones de Salud Previsional, designado en la forma que señale el Reglamento, y un perito designado por sorteo de una nómina de cuatro que se confeccionará con dos personas designadas por la referida Superintendencia y dos por las Instituciones de Salud Previsional. La comisión deberá resolver dentro de los quince días siguientes a su constitución.

Los honorarios del perito serán de cargo de las Instituciones de Salud Previsional, en partes iguales.

Artículo 212.- La Superintendencia determinará el o los montos efectivos de compensación para cada Institución de Salud Previsional.

Ley N° 18.933
Art. 42 H
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 19)

Las Instituciones de Salud Previsional efectuarán entre sí los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que ésta determine.

Artículo 213.- La Superintendencia fiscalizará el cumplimiento por parte de las Instituciones de Salud Previsional de las obligaciones que establece este Párrafo.

Ley N° 18.933
Art. 42 I
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 19)

En caso que alguna Institución de Salud Previsional no efectúe la compensación de que trata este Título en la oportunidad que corresponda o ésta sea menor a la determinada por la Superintendencia, dicho organismo, sin perjuicio de las sanciones administrativas que procedan, la hará con cargo a la garantía de que trata el artículo 181 de esta Ley. En este caso, la Institución de Salud Previsional estará obligada a reponer el monto de

la garantía dentro del plazo de veinte días y si no lo hiciere, se aplicará el régimen de supervigilancia a que se refieren los artículos 221 y 222 de este mismo texto legal.

Los recursos administrativos o judiciales que deduzcan las Instituciones de Salud Previsional respecto de la procedencia o del monto de la compensación, no suspenderán los efectos de lo ordenado.

Artículo 214.- Para los efectos de lo dispuesto en este Párrafo, las Instituciones de Salud Previsional deberán enviar a la Superintendencia la información necesaria para calcular los pagos y compensaciones indicados, conforme a las instrucciones de general aplicación que ésta emita.

Ley N° 18.933
Art. 42 J
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 19)

Artículo 215.- El Reglamento a que se refiere este Párrafo, será expedido a través del Ministerio de Salud y deberá llevar la firma, además, del Ministro de Hacienda.

Ley N° 18.933
Art. 42 K
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 19)

Párrafo 7°
Disposiciones Generales

Artículo 216.- Las Instituciones deberán mantener a disposición del público en general y de sus beneficiarios, los siguientes antecedentes:

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

2.- Domicilio, agencias y sucursales;

3.- Fecha de su registro en la Superintendencia;

4.- Duración de la sociedad;

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

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

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

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

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

Ley N° 18.933
Art. 43
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 20)

9.- Nómina de los agentes de ventas de la Institución de Salud Previsional correspondiente, por ciudades.

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

Artículo 217.- Las Instituciones deberán tener actualizada ante la Superintendencia la información a que se refiere el artículo anterior y además la relativa al número e identificación de sus cotizantes, grupo familiar y terceros beneficiarios, monto de las cotizaciones percibidas, prestaciones médicas y pecuniarias otorgadas y número de licencias o autorizaciones médicas presentadas, con indicación de las autorizadas, de las modificadas y de las rechazadas.

Ley N° 18.933
Art. 44

Asimismo deberá comunicar las variaciones que de acuerdo a lo dispuesto en esta ley experimente la garantía del artículo 181 y los antecedentes que se han tenido en vista para calcularla; deberá llevar su contabilidad al día y tenerla a disposición de la Superintendencia cuando esta así lo exigiere. Deberán, también proporcionar todos los antecedentes y documentación pertinente que la Superintendencia les requiera en ejercicio de sus facultades de fiscalización.

Artículo 218.- Las Instituciones deberán comunicar a la Superintendencia todo hecho o información relevante para fines de supervigilancia y control, respecto de ellas mismas y de sus operaciones y negocios.

Ley N° 18.933
Art. 44 bis
Ley N° 19.895
Art. 1° N° 7

La Superintendencia impartirá instrucciones de general aplicación que regulen los casos, la forma y oportunidad en que deberá cumplirse con esta obligación.

Las Instituciones podrán comunicar, en carácter de reservados, ciertos hechos o informaciones que se refieran a negociaciones aún pendientes que, al difundirse, puedan perjudicar el interés de la entidad.

Artículo 219.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán transferir la totalidad de sus contratos de salud previsional y cartera de afiliados y beneficiarios, a una o más ISAPRES

Ley N° 18.933
Art. 44 ter
Ley N° 19.895
Art. 1° N° 7

que operen legalmente y que no estén afectas a alguna de las situaciones previstas en los artículos 221 y 223. De considerarse dos o más ISAPRES de destino en esta transferencia, la distribución de los beneficiarios, entre dichas Instituciones, no deberá implicar discriminación entre los beneficiarios ya sea por edad, sexo, cotización pactada o condición de cautividad.

Esta transferencia no podrá, en caso alguno, afectar los derechos y obligaciones que emanan de los contratos de salud cedidos, imponer a los afiliados y beneficiarios otras restricciones que las que ya se encontraran vigentes en virtud del contrato que se cede, ni establecer la exigencia de una nueva declaración de salud. Las Instituciones cesionarias deberán notificar este hecho a los cotizantes mediante carta certificada expedida dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde la fecha de la transferencia, informándoles, además, que pueden desafiliarse de la Institución y traspasarse, junto a sus cargas legales, al Régimen a que se refiere el Libro II de esta Ley o a otra ISAPRE con la que convengan. La notificación se entenderá practicada a contar del tercer día hábil siguiente a la expedición de la carta. Si los afiliados nada dicen hasta el último día hábil del mes subsiguiente a la respectiva notificación, regirá a su respecto lo dispuesto en el artículo 197, inciso segundo. Para todos los efectos legales, la fecha de celebración del contrato cedido será la misma del contrato original.

La transferencia de contratos y cartera a que se refiere esta disposición requerirá la autorización de la Superintendencia y deberá sujetarse a las instrucciones de general aplicación que se dicten al efecto.

La Institución de Salud que desee hacer uso del mecanismo de traspaso de la totalidad de sus contratos de salud previsional y cartera de afiliados y beneficiarios, en los términos de esta disposición, deberá publicar, en forma previa a la ejecución de la mencionada transferencia, un aviso en tres diarios de circulación nacional, en diferentes días, su propósito de transferir sus contratos de salud, indicar la Institución a la cual pretende transferir y las condiciones societarias, financieras y de respaldo económico de la misma.

Artículo 220. El incumplimiento por parte de las Instituciones de las obligaciones que les impone la Ley, instrucciones de general aplicación,

Ley N° 18.933
Art. 45
Ley N° 19.381
Art. 1° N° 18

resoluciones y dictámenes que pronuncie la Superintendencia, será sancionado por esta con amonestaciones o multas a beneficio fiscal, sin perjuicio de la cancelación del registro, si procediere.

Las multas a que se refiere el inciso anterior, no podrán exceder de mil unidades de fomento. En el caso de tratarse de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, dentro de un período de doce meses, podrá aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo antes expresado.

Ley N° 20.015
Art. 1° N° 21)

Las Instituciones y sus directores o apoderados serán solidariamente responsables de las multas que se les impongan, salvo que estos últimos prueben su no participación o su oposición al hecho que generó la multa.

Artículo 221.- La Institución de Salud Previsional que no dé cumplimiento al indicador de liquidez definido en el artículo 180, quedará sujeta al régimen especial de supervigilancia y control que se establece en el presente artículo. La Superintendencia deberá aplicar este mismo régimen cuando el patrimonio o la garantía disminuyan por debajo de los límites establecidos en los artículos 178 y 181. En todo caso, una vez subsanada la situación de incumplimiento de que se trate, se alzarán las medidas adoptadas en virtud de este régimen de supervigilancia y control.

Ley N° 18.933
Art. 45 bis
Ley N° 19.895
Art. 1° N° 8

Detectado por la Superintendencia alguno de los incumplimientos señalados precedentemente, ésta representará a la ISAPRE la situación y le otorgará un plazo no inferior a diez días hábiles para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia, que podrá versar, entre otras cosas, sobre aumento de capital, transferencias de cartera, cambio en la composición de activos, pago de pasivos, venta de la Institución y, en general, acerca de cualquier medida que procure la solución de los problemas existentes.

La Superintendencia dispondrá de un plazo máximo de diez días hábiles para pronunciarse acerca del Plan de Ajuste y Contingencia presentado, ya sea aprobándolo o rechazándolo.

Si la Superintendencia aprueba el Plan de Ajuste y Contingencia presentado por la Institución, éste deberá ejecutarse en un plazo no superior a ciento veinte días, al cabo del cual deberá evaluarse si éste subsanó el o los incumplimientos que se pretendieron regularizar con su implementación. La Superintendencia

podrá, por resolución fundada, prorrogar el referido plazo hasta por sesenta días.

En caso de que la Superintendencia, mediante resolución fundada, rechace el Plan de Ajuste y Contingencia presentado, quedará facultada para nombrar un administrador provisional en los términos que más adelante se señalan, o bien para formular observaciones al referido Plan. En este último caso, la Superintendencia otorgará a la ISAPRE un plazo de cinco días hábiles, contados desde la notificación de la resolución respectiva, para presentar un nuevo Plan de Ajuste y Contingencia, el cual deberá ser aprobado o rechazado dentro de los cinco días hábiles siguientes a su presentación.

En el evento de que la Superintendencia rechace el Plan de Ajuste y Contingencia presentado o si, habiéndolo aprobado, éste se incumple o transcurre el plazo de ejecución previsto sin que se haya superado el problema informado o detectado, el Superintendente deberá nombrar en la ISAPRE, por resolución fundada, un administrador provisional por el plazo de cuatro meses, el que podrá ser prorrogado por igual término por una sola vez. Los honorarios del administrador provisional serán de cargo de la ISAPRE, salvo si fuere funcionario de la Superintendencia, caso en el cual no percibirá honorarios por dicho cometido.

El administrador provisional tendrá las facultades que la ley confiera al directorio, al gerente general u órgano de administración de la ISAPRE, según corresponda, con el solo objetivo de lograr una solución con efecto patrimonial para superar los problemas detectados o informados, pudiendo, entre otras cosas, citar a Junta Extraordinaria de Accionistas u órgano resolutivo de la ISAPRE y negociar la transferencia de la cartera de afiliados y beneficiarios, en los términos del artículo 219. Con todo, el administrador provisional no podrá, en ningún caso, vender la Institución, salvo que haya sido autorizado por la mencionada Junta u órgano resolutivo. Solucionados los problemas detectados o informados, cesará la administración provisional.

En caso que no se logren solucionar los problemas, el Superintendente dará inicio, mediante resolución fundada, al procedimiento de cancelación del registro de la ISAPRE, el que se desarrollará del siguiente modo y estará a cargo del administrador provisional, aun cuando haya transcurrido el plazo de su nombramiento:

a.- El administrador provisional procederá a la transferencia de la

totalidad de la cartera de afiliados a una o más ISAPRES a través de una licitación pública, la que deberá realizarse en no más de ciento veinte días contados desde la fecha de la resolución mencionada precedentemente.

b.- Para los efectos de la indicada licitación, el Superintendente podrá, a solicitud del administrador provisional o de oficio, suspender la celebración de nuevos contratos con la Institución y las desafiliaciones de la misma.

c.- Las bases de licitación podrán disponer que, con cargo a la garantía a que se refiere el artículo 181 de esta ley, se pague un valor a la ISAPRE adjudicataria en caso que se proceda a licitar la cartera de afiliados y beneficiarios al menor pago. Este valor deberá considerar, entre otras variables, las características de riesgo, la cotización pactada y la condición de cautividad de los cotizantes de la ISAPRE cuya cartera se licita. Dicho valor se imputará total o parcialmente a dicha garantía, dependiendo de la preferencia indicada en el artículo 226.

d.- No podrán participar en la licitación aquellas Instituciones que se encuentren en alguna de las situaciones descritas en el inciso primero de este artículo, en el último semestre precedente a la licitación.

Licitada la cartera o cuando la licitación haya sido declarada desierta, el Superintendente procederá a cancelar el registro de la ISAPRE.

Con todo, si la Institución comunicare a la Superintendencia alguno de los incumplimientos señalados en el inciso primero antes que ésta lo detectare, dispondrá de un plazo mayor de cinco días hábiles al indicado en el inciso segundo para presentar el Plan de Ajuste y Contingencia, el cual podrá ser prorrogado por la Superintendencia.

Las Instituciones que hayan recibido el total o parte de los afiliados y beneficiarios de la ISAPRE a la que se le aplique el régimen especial de supervigilancia y control que se establece en el presente artículo, deberán adscribir a cada uno de los cotizantes en alguno de sus planes de salud actualmente vigentes cuyo precio más se ajuste al monto de la cotización pactada al momento de la transferencia, sin perjuicio que las partes, de mutuo acuerdo, convengan un plan distinto. Las Instituciones no podrán, en caso alguno, imponer a los afiliados y beneficiarios otras restricciones o exclusiones que las que ya se encontraren vigentes en virtud del contrato que mantenían con la Institución de anterior afiliación,

ni exigir una nueva declaración de salud. Las Instituciones deberán notificar a los cotizantes mediante carta certificada expedida dentro del plazo de 15 días ábiles, contados desde la fecha de la transferencia, informándoles, además, que pueden desafiliarse de la Institución y traspasarse, junto a sus cargas legales, al régimen a que se refiere el Libro II de esta Ley o a otra ISAPRE con la que convengan. Si los afiliados nada dicen hasta el último día hábil del mes subsiguiente a la respectiva notificación, regirá a su respecto lo dispuesto en el artículo 197, inciso segundo.

Ley N° 18.933
Art. 45 Ter
Ley N° 19.895
Art. 1° N° 9

Artículo 222.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 221, y desde que se representen el o los incumplimientos indicados en el inciso primero de dicho precepto, la Superintendencia, por resolución fundada, podrá tomar custodia de las inversiones de la Institución, aprobar sus transacciones, exigir el cambio de la composición de activos, destinar parte de los fondos en garantía al pago de alguna de las obligaciones a que se refieren los números 1 y 2 del inciso primero del artículo 181, suspender la celebración de nuevos contratos con la Institución y las desafiliaciones de la misma y restringir las inversiones con entidades relacionadas.

Asimismo, en el evento que se produzca cualesquiera de las circunstancias indicadas en las letras a) a e) siguientes, la Superintendencia podrá nombrar al administrador provisional a que se refiere el artículo 221, con las mismas facultades allí indicadas, y podrá iniciar el procedimiento de cancelación del registro:

a.- Cuando una Institución tenga un patrimonio igual o inferior a 0,2 veces sus deudas totales;

b.- Cuando una Institución incumpla en más de un 25% el mínimo que debe mantener como garantía de conformidad con el artículo 181;

c.- Cuando la Institución mantenga un indicador de liquidez igual o inferior a 0,6 veces la relación entre el activo circulante y el pasivo circulante;

d.- Cuando se incumpla alguna de las etapas contempladas en el Plan de Ajuste y Contingencia, y

e.- Cuando se declare la quiebra de la Institución. En este caso, la existencia del síndico no obstará ni afectará en modo alguno las facultades conferidas al administrador provisional para licitar la cartera y las que posea el Superintendente para los efectos de liquidar la

garantía.

Con todo, la Superintendencia de Salud deberá aplicar lo dispuesto en el inciso anterior cuando las Instituciones, en cualquier momento, presentaren un patrimonio inferior a cinco mil unidades de fomento o una garantía por debajo de las dos mil unidades de fomento.

Ley N° 19.937
Art. 6°
(Art. 23, L.O.S.)

Artículo 223.- La Superintendencia podrá cancelar, mediante resolución fundada, el registro de una Institución en cualquiera de los siguientes casos:

Ley N° 18.933
Art. 46

1.- Cuando la cartera de afiliados de una ISAPRE haya sido adquirida por otra u otras Instituciones de Salud Previsional o cuando la licitación a que se refiere el artículo 221 haya sido declarada desierta.

Ley N° 19.895
Art. 1° N° 10
letra a)

2.- En caso de incumplimiento grave y reiterado dentro de un período de doce meses de las obligaciones que establece la ley o de las instrucciones que imparta la Superintendencia, debidamente observado o sancionado en cada oportunidad por ésta.

Ley N° 19.381,
Art. 1° N° 19
letra a)

3.- Por quiebra de la Institución.

Ley N° 19.895
Art. 1° N° 10
letra b)

4.- Por pérdida de la personalidad jurídica de la Institución.

Ley N° 19.381,
Art. 1° N° 19
letra c)

5.- A solicitud de la propia Institución, en los términos que establecen los artículos 224 y 227.

Ley N° 19.381,
Art. 1° N° 19
Art. 1° N° 19
letra c)

Una vez dictada la resolución que cancela el registro, la Institución no podrá celebrar nuevos contratos de salud previsional y sus afiliados podrán desahuciar los contratos vigentes, aún cuando no haya transcurrido el plazo previsto en el inciso segundo del artículo 197.

Ley N° 19.895
Art. 1° N° 10
letra c)

Artículo 224.- La Institución que solicite la cancelación de su registro deberá presentar a la Superintendencia una declaración jurada, reducida a escritura pública, en la que se detallarán las obligaciones actualmente exigibles con los cotizantes, sus cargas y beneficiarios, con prestadores de salud, con otras Instituciones de Salud Previsional por concepto de transferencias del Fondo de Compensación Solidario y con la Superintendencia. Conjuntamente con la presentación de la solicitud, la Institución deberá comunicar a sus cotizantes y beneficiarios, de acuerdo a los plazos y procedimientos que fije la Superintendencia, su intención de cerrar el registro. Para la aprobación de la solicitud, la

Ley N° 18.933
Art. 46 bis
Ley N° 19.381
Art. 1° N° 20
Ley N° 20.015
Art. 1° N° 22

Institución deberá acreditar que otra Institución ha aceptado la totalidad de sus contratos de salud, incluyendo a todos sus afiliados y beneficiarios, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 219.

No será necesaria la presentación de una declaración jurada cuando la Institución acredite que la solicitud de cierre de registro se ha originado por una fusión de dos o más Instituciones de Salud Previsional, de acuerdo al artículo 99 de la Ley N° 18.046. Una vez dictada la resolución que cancela el registro, las Instituciones fusionadas deberán notificar de este hecho a los afiliados, mediante carta certificada expedida dentro del plazo de diez días hábiles, contados desde la fecha de cancelación del registro. Los afiliados de las Instituciones fusionadas tendrán derecho a desahuciar sus contratos sin expresión de causa, dentro de los seis meses siguientes a la fusión y, si nada dicen dentro del plazo señalado, regirá a su respecto lo dispuesto en el artículo 197, inciso segundo, de esta Ley. En el mismo plazo podrán desahuciar sus contratos los afiliados de Instituciones que se dividan o transformen o en que, tratándose de sociedades anónimas, cambie el accionista o grupo controlador. La Superintendencia determinará los mecanismos para informar a los afiliados de tales modificaciones.

Ley N° 20.015
Art. 1° N° 22

En caso de que, a la fecha de la solicitud, la Institución tenga obligaciones a plazo o condicionales pendientes de aquellas a que se refiere el inciso primero y que no alcanzaren a ser cubiertas con la garantía en los términos establecidos en el artículo 181, 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.

Artículo 225.- Una vez a firme la resolución de cancelación del registro, los cotizantes y sus cargas legales quedarán afectos al Régimen a que se refiere el Libro II de esta Ley, mientras no opten a otra institución de salud previsional.

Ley N° 18.933
Art. 47

El Fondo Nacional de Salud deberá solicitar a la Superintendencia la cotización proporcional por los días del mes durante los cuales otorgue cobertura. La cotización del mes siguiente la percibirá directamente el Fondo Nacional de Salud.

Si el afiliado opta por otra institución, celebrando un nuevo contrato, este surtirá efecto

inmediato. La Institución de Salud Previsional de posterior afiliación deberá solicitar la cotización legal, proporcional al resto del mes, ante la Superintendencia.

Artículo 226.- Cancelada la inscripción de una Institución de Salud Previsional en el registro y una vez hecha efectiva la garantía del artículo 181, la Superintendencia deberá pagar las obligaciones que aquélla cauciona, dentro de un plazo no superior a noventa días. Dicha garantía se utilizará para solucionar:

Ley N° 18.933 Art. 48
Ley N° 19.895 Art. 1° N° 11)
Ley N° 20.015 Art. 1° N° 23), N° 1, letra a)

1.- En primer término, los subsidios por incapacidad laboral que hayan provenido de licencias médicas ya concedidas a la fecha de cancelación del registro, íntegramente de ser suficientes los fondos mantenidos en garantía o a prorrata en caso de no serlo. Se exceptúan los subsidios que digan relación con las licencias maternales que se pagan con cargo al Fondo Único de Prestaciones Familiares, caso en el cual corresponderá a la Superintendencia de Seguridad Social su pago;

2.- Una vez solucionados los créditos a que alude el número 1 de este inciso, y en el evento de existir un remanente, se procederá al pago de las bonificaciones y reembolsos adeudados a los cotizantes, cargas y terceros beneficiarios, los excedentes y excesos de cotizaciones, las cotizaciones pagadas en forma anticipada, las cotizaciones que correspondan a la Institución de Salud Previsional a que se hubieran afiliado los cotizantes de aquélla cuyo registro se cancela, o al Fondo Nacional de Salud, según corresponda, todo lo anterior íntegramente o a prorrata, según sea el caso;

Ley N° 20.015 Art. 1° N° 23), N° 1, letra b)

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

Ley N° 19.895 Art. 1°, N° 11), letra a)

Las órdenes de atención, bonos de atención o similares que las Instituciones de Salud Previsional hayan emitido para el financiamiento de las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios y que posean los prestadores de salud, sólo pueden ser consideradas en el tercer orden de prelación para efectos del pago con cargo a la garantía;

Ley N° 20.015 Art. 3°, N° 2)

4.- Posteriormente, si queda un remanente, se enterará el valor que se haya definido en la licitación de la cartera o de la Institución, de acuerdo con lo prescrito por el

Ley N° 20.015 Art. 1° N° 23) N° 1 letra c)

inciso octavo del artículo 221;

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

Ley N° 19.381 Art. 1°, N° 21

La Superintendencia designará la o las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez que visarán las licencias médicas que correspondan y que no hayan sido autorizadas por la Institución cuyo registro se cancela.

Las deudas mencionadas en el inciso primero se acreditarán del siguiente modo:

Ley N° 20.015 Art. 1°, N° 23), N° 2

a) La Superintendencia comunicará, a través de medios electrónicos, los créditos que a la fecha de cancelación del registro adeude la Institución de Salud Previsional.

Para estos efectos, las Instituciones deberán remitir a la Superintendencia, con la periodicidad que ésta determine, la información actualizada y pormenorizada de las deudas cubiertas con la garantía.

b) Efectuada la comunicación a que se refiere el literal precedente, los interesados tendrán un plazo de sesenta días para hacer valer sus créditos no considerados en ella o para reclamar del monto informado.

c) Dentro de los quince días siguientes al vencimiento del plazo anterior, la Superintendencia calculará el pago que corresponda a cada uno de los créditos, de acuerdo a las reglas del inciso primero, y pondrá en conocimiento de los interesados el resultado de dicho cálculo, por carta certificada.

Los interesados podrán impugnar los cálculos dentro de los diez días siguientes a la notificación, la que se entenderá practicada el tercer día hábil siguiente a la recepción de la carta por la oficina de correos.

d) Agotado el plazo o resueltas las impugnaciones, la Superintendencia pagará las deudas, en un término no superior a noventa días.

Cuando la garantía resulte insuficiente para pagar las deudas a los afiliados de una Institución de Salud Previsional cuyo registro haya sido cancelado y se encuentre declarada en quiebra, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud deberá emitir una resolución que contenga la identificación del afiliado o el prestador y el monto adeudado. Dicha resolución tendrá mérito ejecutivo y será remitida al síndico de la quiebra, para los efectos de ser considerada en el pago con cargo a la masa del fallido. Lo

anterior se entiende sin perjuicio del derecho de los afiliados y prestadores de hacer valer directamente sus acreencias en la quiebra.

En aquella parte que no haya podido ser solucionada con la garantía, los créditos contenidos en el numeral 2 del inciso primero de este artículo gozarán del privilegio concedido a los créditos del número 6 del artículo 2.472 del Código Civil, los que, en todo caso, se pagarán con preferencia a aquéllos, rigiendo en todo lo demás lo dispuesto en el artículo 2.473 del mismo Código.

Artículo 227.- La Institución que solicite la cancelación de su registro deberá presentar una declaración jurada, reducida a escritura pública, en la que se expresará la circunstancia de no existir obligaciones pendientes con la Superintendencia, los cotizantes y sus cargas y demás beneficiarios.

Ley N° 18.933
Art. 49

Artículo 228.- El que falsifique u oculte información a la Superintendencia, incurrirá en las penas que establece el artículo 210 del Código Penal.

Ley N° 18.933
Art. 50

DISPOSICIONES FINALES DE ESTA LEY

Artículo 229.- El Decreto Ley N° 2763, de 1979, regirá desde su publicación en el Diario Oficial, con excepción de los Capítulos II, III, IV y V, y de los artículos 59, 60 y 62, que entrarán en vigencia desde las fechas que determine el Presidente de la República por decreto supremo, a proposición del Ministerio de Salud, y, en todo caso, en el plazo máximo de un año, contado desde dicha publicación.

D.L. 2763/79
Art. 84

Artículo 230.- Los preceptos legales y reglamentarios preexistentes que versen sobre las materias reguladas en el Decreto Ley N° 2763, de 1979, quedarán derogados sólo en cuanto fueren contrarios o inconciliables con ella. En todo caso, quedarán derogadas las disposiciones del Decreto Ley Nº913, de 1975, con excepción de sus artículos 10 y 1º transitorio; los artículos 62, 64, 68, 69, 72 y 74, y los incisos tercero y cuarto del artículo 1º transitorio, todos de la Ley Nº10.383, y los artículos 1º, 5º, 11 y 12, del Decreto con Fuerza de Ley Nº286, de 1960.

Asimismo, quedarán derogadas

D.L. 2763/79
Art. 85
Ley N° 19.937
Art. 1° N° 34
letra b)

aquellas disposiciones de los reglamentos internos dictados por el Servicio Nacional de Salud y el Servicio Médico Nacional de Empleados en ejercicio de su potestad reglamentaria, sólo en lo que fueren contrarias o inconciliables con la presente ley. Las restantes disposiciones de estos reglamentos sólo podrán ser modificadas o derogadas por decreto supremo.

Articulo 231.-Derógase, a contar de la vigencia de la Ley N° 18.469, el artículo 77 de la Ley N° 18.382.

Ley N° 18.469 Art. 40

Artículo 232.- Derógase el Decreto con Fuerza de Ley N° 3, de Salud, de 1981, a contar de la fecha de vigencia del Título II de la la Ley N° 18.933.

Ley N° 18.933 Art. 53

Disposiciones Transitorias

Artículo 1º.- Los funcionarios cuyos encasillamientos en las nuevas plantas del Ministerio de Salud, de los Servicios, del Fondo, del Instituto y de la Central, les signifique una disminución de sus rentas permanentes y no rechacen su encasillamiento en esas condiciones, tendrán derecho a percibir la diferencia mediante planillas suplementarias, la que será absorbida por los aumentos de remuneraciones derivados de ascenso, designaciones o reconocimiento de nuevas asignaciones de antigüedad.

D.L. Nº 2763/79 Art. 4º transitorio

El personal en servicio a la fecha de vigencia del Decreto Ley N° 2763, de 1979, conservará el beneficio establecido en el inciso primero del artículo 132 del Decreto con Fuerza de Ley Nº338, de 1960, complementado por el Decreto Ley Nº893, de 1974, si a la fecha de su encasillamiento reuniere los requisitos necesarios para impetrarlo. Este beneficio se gozará en las condiciones previstas en el artículo 17 del Decreto Ley Nº2.448, de 1979.

Artículo 2º.- Los funcionarios en servicio a la fecha de vigencia del decreto ley N° 2.763, de 1979, conservarán las franquicias de atención médica y dental y demás beneficios que les otorgan el Título X del decreto Nº 10.998, de 1961, del Director General de

D.L. Nº 2763/79 Art. 6º transitorio

Salud, modificado por decreto Nº 16.788, de 1970, del mismo funcionario; y el artículo 50 de la ley Nº 16.250, modificado por el artículo 15 de la ley Nº 17.304.

Artículo 3°.- No obstante lo dispuesto en el artículo 137, inciso segundo, los afiliados activos y pasivos de una Institución Previsional distinta de las establecidas en el Decreto Ley N° 3.500, de 1980, ingresarán al Régimen contenido en el Libro II de esta Ley con el mismo porcentaje de cotización para prestaciones de salud que les fuere aplicable. Si la ley no estableciere tal porcentaje, se considerarán exentos de esta obligación.

Ley N° 18.469 Art. 1° transitorio

Artículo 4°.- Los trabajadores que, al 1 de enero de 1986, se hubiesen encontrado acogidos a reposo preventivo, de acuerdo con la Ley N° 6.174, continuarán gozando de dicho reposo en la forma y por el plazo otorgado.

Ley N° 18.469 Art. 2° Transitorio

Artículo 5°.- Los activos y pasivos de los Fondos de Salud y de Subsidios de Incapacidad Laboral que administran la Caja Bancaria de Pensiones y la Caja de Previsión y Estímulo de los Empleados del Banco del Estado de Chile, se traspasarán al Fondo de Pensiones de la respectiva Institución de Previsión.

Los activos y pasivos del Servicio Médico de la Empresa de los Ferrocarriles del Estado continuarán formando parte del patrimonio de dicha Empresa.

Ley N° 18.469 Art. 6° Transitorio

Artículo 6°.- El inciso primero del artículo 60 del Libro II entrará en vigencia una vez que el Instituto de Salud Pública sea incorporado al Sistema de Alta Dirección Pública, de acuerdo al artículo 14 Transitorio de la Ley N°19.882

Anótese, tómese razón, regístrese y publíquese.- RICARDO LAGOS ESCOBAR, Presidente de la República.- Pedro García Aspillaga, Ministro de Salud.

Lo que transcribo a Ud. para su conocimiento.- Saluda a Ud., Lidia Amarales Osorio, Subsecretaria de Salud Pública.