PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA EL SISTEMA PRIVADO DE SALUD, INCORPORANDO UN PLAN GARANTIZADO.
(BOLETÍN Nº 8.105-11)

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
Decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.	**ARTÍCULO 1°**		**ARTÍCULO 1°**
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[1] 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.	1) Reemplázase el inciso primero del artículo 107 por el siguiente: "Artículo 107.- Corresponderá a la Superintendencia supervigilar y controlar a las Instituciones de Salud Previsional, en los términos que señala este Capítulo, el Libro III de este decreto con fuerza de ley y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley en relación al **Plan Garantizado de Salud**, a la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral y a los Beneficios Complementarios, contenidos en los respectivos contratos de salud, las leyes y reglamentos que las rigen.".		**Al numeral 1)** **Del Presidente de la República** **1)** Para sustituir, en el inciso primero del artículo 107 que se reemplaza, la expresión "Plan Garantizado de Salud" por la siguiente: "Plan de Salud Universal".
Artículo 110.- Corresponderán a la			**Al numeral 2)**

1 Libro III, Del sistema privado de salud administrado por las Isapres.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
Superintendencia, en general, las siguientes funciones y atribuciones: ….. 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. …….	**2) Introdúcense las siguientes modificaciones al número 8) del artículo 110:**		**Del Presidente de la República** **2)** Para reemplazar el encabezado por el siguiente: “2) Introdúzcanse las siguientes modificaciones al artículo 110:”. **3)** Para Agregar la siguiente letra a), nueva, reordenándose los literales de manera correlativa: “a) Modifícase el numeral 6.-, del siguiente modo: i.- Sustitúyese, en el párrafo primero, la expresión “los principios” por la siguiente: “las normas”. ii.- Agrégase el siguiente párrafo segundo nuevo: “Las normas referidas a la valorización de las obligaciones con cotizantes, beneficiarios y prestadores de salud, así como cualquier modificación a ellas, deberán comunicarse a los regulados con al menos 180 días hábiles de anticipación a su entrada en vigencia.”.”. **Del Presidente de la República**

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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. **En caso alguno estas instrucciones podrán contemplar exigencias de aprobación previa de los contratos por parte de la Superintendencia.**	**a) Reemplázase el primer párrafo por el siguiente**: "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 posibilidad de los contratantes de convenir Beneficios Complementarios en los términos regulados en el presente decreto con fuerza de ley**.". **b) Reemplázase el segundo párrafo por el siguiente:** **"La Superintendencia llevará un registro de los Beneficios Complementarios que ofrezcan las Instituciones de Salud Previsional y que éstas deberán informarle, de acuerdo a lo que establece el artículo 189 quinquies.".**		**4)** Para reemplazar el encabezado de la letra a), que ha pasado a ser letra b), por el siguiente: "b) Reemplázase el primer párrafo del numeral 8.-, por el siguiente:". **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **4 A)** Para suprimir, en el primer párrafo del número 8.-, la frase "sin perjuicio de la posibilidad de los contratantes de convenir Beneficios Complementarios en los términos regulados en el presente decreto con fuerza de ley" reemplazando la coma que le antecede por un punto aparte. **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **4 B)** Para suprimir el párrafo segundo del número 8.- **Del Presidente de la República** **5)** Para reemplazar el encabezado de la letra b), que ha pasado a ser letra c), por el siguiente: "c) Reemplázase el segundo párrafo del numeral 8.-, por el siguiente:".
			Numerales nuevos

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			Del Presidente de la República **6)** Para agregar la siguiente letra d), nueva: “d) Agrégase, a continuación del numeral 17.-, los siguientes numerales 18.- y 19.- nuevos: “18.- Dictar las instrucciones de carácter general que regulen los contenidos mínimos de los contratos suscritos entre un prestador y una Institución de Salud Previsional. 19.- Requerir de todos los prestadores de salud, sean estos públicos o privados, los datos necesarios para la elaboración de índices de calidad de prestaciones sanitarias. La Superintendencia, mediante norma de carácter general, establecerá los mecanismos para su confección e implementación.”.”.
Artículo 128.- Las 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			**Numeral 3), nuevo** **Del Presidente de la República** **7)** Para agregar el siguiente numeral 3), nuevo, modificándose la numeración de forma correlativa: “3) Agrégase en el artículo 128, el siguiente inciso final, nuevo:

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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.			“Las entidades fiscalizadas por la Superintendencia de Salud podrán ser notificadas a través de medios electrónicos en los casos que la normativa exija que las notificaciones se hagan mediante carta certificada, sujetándose para estos efectos a las normas de general aplicación que la Superintendencia dicte al efecto.”.”.
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. **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			**Numeral 4), nuevo** **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **7 A)** Para reemplazar su inciso segundo por el siguiente: “Dichas Instituciones estarán obligadas a otorgar el Plan de Salud Universal”

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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 170.- Para los fines de este Libro se entenderá: 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	3) Introdúcense las siguientes modificaciones al artículo 170:	3) Introdúcense las siguientes modificaciones al artículo 170:	**Al numeral 3), que ha pasado a ser numeral 4)**

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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; 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; **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;**	a) Sustitúyese el literal i) por el siguiente: "i) La expresión "**Plan Garantizado de Salud**", por el conjunto de prestaciones uniformes conformado por las Garantías Explícitas en Salud relativas al 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; la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas; la cobertura de las atenciones de emergencia contempladas en los incisos quinto y sexto del artículo 173; las prestaciones mínimas legales contempladas en el artículo 194, a excepción de la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral; **y** las prestaciones curativas y la cobertura financiera que se fije para el arancel que se elabore de	a) Sustitúyese el literal i) por el siguiente: "i) La expresión "Plan Garantizado de Salud", por el conjunto de prestaciones uniformes conformado por las Garantías Explícitas en Salud relativas al 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; la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas; la cobertura de las atenciones de emergencia contempladas en los incisos quinto y sexto del artículo 173; las prestaciones mínimas legales contempladas en el artículo 194, a excepción de la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral; y las prestaciones curativas y la cobertura financiera que se fije para el arancel que se elabore de conformidad	**Del Presidente de la República** **8)** Para modificar la letra a), que sustituye el literal i) del artículo 170, del siguiente modo: a) Reemplázase la expresión "Plan Garantizado de Salud" por la siguiente: "Plan de Salud Universal".

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	conformidad a lo dispuesto en la letra p) de este artículo, el que deberá contemplar todas las prestaciones del arancel del Fondo Nacional de Salud en la Modalidad de Libre Elección **y no podrá establecer coberturas hospitalarias inferiores al 80%, ni ambulatorias inferiores al 60%, del precio cobrado por los prestadores en convenio;**".	a lo dispuesto en la letra p) de este artículo, el que deberá contemplar todas las prestaciones del arancel del Fondo Nacional de Salud en la Modalidad de Libre Elección y no podrá establecer coberturas hospitalarias inferiores al 80%, ni ambulatorias inferiores al 50%.".	b) Reemplázase la oración "y no podrá establecer coberturas hospitalarias inferiores al 80%, ni ambulatorias inferiores al 60%, del precio cobrado por los prestadores en convenio;", por lo siguiente: "y no podrá establecer copagos para prestaciones hospitalarias superiores al 20%, ni para prestaciones ambulatorias superiores al 50%, del arancel de referencia del Plan de Salud Universal.". c) Incorpóranse los siguientes párrafos segundo y tercero, nuevos: **"En caso de atenciones otorgadas fuera de la red contratada, la bonificación de cargo de la Isapre será equivalente al 70% del arancel de referencia del plan de salud universal para las prestaciones hospitalarias, y de un 40% para las ambulatorias. La misma regla anterior se aplicará en el caso de las prestaciones asociadas a los problemas de salud incluidos en las Garantías Explícitas de Salud.** En el caso del Examen de Medicina Preventiva a que se refiere el artículo 194, deberá ser otorgado en la red respectiva del Plan de Salud Universal sin costo alguno para los afiliados.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			Dicho examen incluirá las prestaciones de sospecha diagnóstica y la consulta profesional que sea necesaria para su evaluación.”. **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **8 A)** Para introducir las siguientes modificaciones en el párrafo primero de la letra i), que sustituye la letra a) del número 3): 1) Intercalar entre la frase “Incapacidad Laboral;” y la frase: “y las prestaciones curativas”, la frase: “medicamentos ambulatorios e insumos intrahospitalarios”; 2) Eliminar la letra “y” entre el punto y coma y la palabra “las”, intercalando a continuación la siguiente frase: “las prestaciones y coberturas mínimos que consagra el Fondo Nacional de Salud para la modalidad libre elección; y”, y 3) Reemplazar la frase “y no podrá establecer copagos para prestaciones hospitalarias superiores al 20%, ni para prestaciones ambulatorias superiores al 50%, del arancel de referencia del Plan de Salud Universal.” por “y no podrá establecer coberturas hospitalarias ni ambulatorias inferiores al 80% del arancel de referencia del Plan de Salud Universal.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			(está formulada a la letra b) de la indicación N° 8 del Ejecutivo) 4) Reemplazar el párrafo segundo de la letra i) por el siguiente: "En caso de atenciones otorgadas fuera de la red contratada, la bonificación de cargo de la Isapre será equivalente al 80% del arancel de referencia del plan de salud universal. La misma regla anterior se aplicará en el caso de las prestaciones asociadas a los problemas de salud incluidos en las Garantías Explícitas de Salud." *(está formulada a la letra c) de la indicación N° 8 del Ejecutivo)*
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;			**De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros**
k) La expresión "plan de salud convenido", "plan de salud", "plan complementario" o "plan", por	b) Sustitúyese el literal k), por el siguiente: **"k) La expresión "Beneficio**		**8 B)** Para derogar la letra k). **Del Presidente de la República**

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
cualquier beneficio o conjunto de beneficios adicionales a las Garantías Explícitas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud;	**Complementario", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios de salud convenido libremente por los afiliados, que aumente la cobertura prevista en el Plan Garantizado de Salud, mediante la suscripción de un contrato de salud independiente, ya sea con la misma ISAPRE o con otra distinta;".**		**9)** Para sustituir la letra k) del artículo 170, por la siguiente: "k) La expresión "Beneficio Complementario", por cualquier beneficio o conjunto de beneficios de salud convenido libremente por los afiliados, que aumente la cobertura prevista en el Plan de Salud Universal, o que ofrezca condiciones más ventajosas para su otorgamiento, mediante la suscripción de un contrato de salud independiente, ya sea con la misma ISAPRE o con otra distinta;".".
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;			**Del Presidente de la República** **10)** Para reemplazar la letra c), que sustituye el literal m) del artículo 170, por la siguiente: "c) Sustitúyese el literal m), por el siguiente:
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	c) Sustitúyese el literal m), por el siguiente: **"m) La expresión "precio del Plan Garantizado de Salud", por el precio definido por la Isapre para el conjunto de prestaciones señaladas en el literal i) de este artículo, el que se fijará en unidades de fomento;".**	c) Sustitúyese el literal m), por el siguiente: "m) La expresión "precio del Plan Garantizado de Salud", por el precio definido por la Institución de Salud Previsional para el conjunto de prestaciones señaladas en el literal i) de este artículo, el que se fijará en unidades de fomento, en los términos que dispone el artículo 188 bis de la presente ley;".	"m) La expresión "precio del Plan de Salud Universal", por el valor definido por la Institución de Salud Previsional para el conjunto de prestaciones señaladas en el literal i) de este artículo, el que se fijará en unidades de fomento, en los términos que dispone el artículo 188 bis del presente decreto con fuerza de ley;".".

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
multiplicando el respectivo precio base por el factor que corresponda al afiliado o beneficiario de conformidad a la respectiva tabla de factores, y **n) La expresión "tabla de factores" por aquella tabla elaborada por la Institución de Salud Previsional cuyos factores muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a un grupo de referencia definido por la Superintendencia, en instrucciones de general aplicación, el cual asumirá el valor unitario. Esta tabla representa un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida, el que es conocido y aceptado por el afiliado o beneficiario al momento de suscribir el contrato o incorporarse a él, según corresponda, y que no podrá sufrir variaciones en tanto la persona permanezca adscrita a ese plan.**	d) Sustitúyese el literal n), por el siguiente: “n) La expresión “precio del Beneficio Complementario”, por el precio definido por la ISAPRE para el beneficio o conjunto de beneficios de salud señalados en el literal k) de este artículo;”.		
			Del Presidente de la República **11)** Para reemplazar la letra e), que agrega un nuevo literal o) al artículo 170, por la siguiente:

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	e) Agrégase el siguiente literal o): “o) La expresión “precio de la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral”, por aquella parte de la cotización legal para salud **destinada al financiamiento de dicho beneficio**, y”.	e) Agrégase el siguiente literal o): “o) La expresión “precio de la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral”, por aquella parte de la cotización legal para salud**, definida por la Institución de Salud Previsional, que será destinada al financiamiento de dicho beneficio**, y”.	“e) Agrégase el siguiente literal o), nuevo: “o) La expresión “precio de la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral”, por aquella parte de la cotización legal para salud, definida por la Institución de Salud Previsional, que será destinada al financiamiento de dicho beneficio, y”.”. *(es idéntica a la que quedó pendiente)*
	f) Agrégase el siguiente literal p): “p) La expresión “arancel de prestaciones del **Plan Garantizado de Salud**”, por el conjunto de prestaciones y sus respectivos precios, que serán otorgadas por las Instituciones de Salud Previsional, ya sea a través de los prestadores en convenio o en libre elección, conforme al referido Plan. Mediante decreto supremo dictado a través del Ministerio de Salud se definirán, periódicamente, el arancel y sus respectivas coberturas, las que se establecerán en unidades de fomento.”.		**Del Presidente de la República** **12)** Para modificar la letra f), que agrega el literal p) al artículo 170, reemplazando la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal”.
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 las personas que indica el artículo 135 de esta Ley. Para efectos de la aplicación de lo dispuesto en el número 7 del			**Al numeral 5), nuevo** **Del Presidente de la República** **13)** Para incorporar el siguiente numeral 5), nuevo, modificándose la numeración de manera correlativa:

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
artículo 13 de la ley sobre Impuesto a las Ventas y Servicios, se entenderá que dichas Instituciones sustituyen en las prestaciones y beneficios de salud a los Servicios de Salud y Fondo Nacional de Salud. Las Instituciones deberán constituirse como personas jurídicas y registrarse en la Superintendencia. Los Servicios de Salud y los organismos adscritos al Sistema Nacional de Servicios de Salud, no podrán registrarse en la Superintendencia como Instituciones de Salud Previsional. Las Instituciones serán fiscalizadas por la Superintendencia sin perjuicio de la fiscalización o supervigilancia a que puedan estar sujetas de conformidad con el estatuto jurídico que las regula.			“5) Agrégase el siguiente inciso final, nuevo, al artículo 171: “Las Instituciones de Salud Previsional estarán sujetas a las obligaciones de informar establecidas en el inciso segundo del artículo 10 de la ley Nº 18.045, de Mercado de Valores, de acuerdo a las instrucciones que establezca la Superintendencia de Salud.”.”.
	4) Modifícase el artículo 172 de la siguiente forma: a) Sustitúyese el inciso primero por el siguiente:	4) Modifícase el artículo 172 de la siguiente forma:	**Al numeral 4), que ha pasado a ser numeral 6)** **Del Presidente de la República** **14)** Para modificar la letra a), que sustituye el inciso primero del artículo

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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.	"Artículo 172.- Las Instituciones de Salud Previsional deberán proporcionar a sus afiliados y al público en general información suficiente y oportuna respecto de todas las materias fundamentales de los contratos que ofrecen, **tales como** los precios del **Plan Garantizado de Salud**, de la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral, de los Beneficios Complementarios, y de las modalidades y condiciones de otorgamiento de éstos. En cumplimiento de esta obligación, las Instituciones deberán informar sobre la red o redes de prestadores a través de las cuales otorguen las prestaciones comprendidas en las Garantías Explícitas en Salud y la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, así como otras redes que puedan constituir para otorgar los demás beneficios que ofrezca el **Plan Garantizado de Salud**. **Asimismo, las Instituciones de Salud Previsional deberán informar las redes de prestadores a través de las cuales se otorguen los Beneficios Complementarios en el caso de que se ofrezcan en esa modalidad.** Mediante instrucciones de general aplicación, la Superintendencia regulará la forma y el contenido mínimo de la información que las Instituciones de Salud Previsional deberán entregar a sus beneficiarios y al público en general.".		172, reemplazando la expresión "Plan Garantizado de Salud" por la siguiente: "Plan de Salud Universal", las dos veces que aparece. **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **14 A)** Para reemplazar en el inciso primero la frase "tales como" por la frase "debiendo contener al menos". **14 B)** Para suprimir, en el mismo inciso, la siguiente frase: "Asimismo, las Instituciones de Salud Previsional deberán informar las redes de prestadores a través de las cuales se otorguen los Beneficios Complementarios en el caso de que se ofrezcan en esa modalidad."

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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.	b) Intercálase en el inciso segundo, a continuación de la expresión "y de terceros", la frase entre comas "en lugares visibles de sus establecimientos". c) Agréganse los siguientes incisos tercero y cuarto nuevos: “Anualmente, junto a la información que las Instituciones de Salud Previsional envíen a sus afiliados, deberán acompañar una tabla comparativa elaborada por la Superintendencia de Salud, que estará publicada en la página web de dicho organismo para consulta de los afiliados, en la que incluyan los precios cobrados por cada Institución de Salud Previsional por el **Plan Garantizado de Salud**, la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral, tasa de rechazo de licencias médicas, red de prestadores para el **Plan Garantizado y red de prestadores cerrada y preferente para los Beneficios Complementarios**, utilidades del año cronológico anterior, promedio de costos de administración, beneficios vinculados al examen de medicina preventiva y cualquiera otra información determinada por el reglamento. Sin perjuicio de las notificaciones por		**Del Presidente de la República** **15)** Para modificar la letra c), que agrega nuevos incisos tercero y cuarto al artículo 172, reemplazando las expresiones “Plan Garantizado de Salud” y “Plan Garantizado” por la siguiente: “Plan de Salud Universal”, las veces que aparecen. **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **15 A)** Para suprimir, en el inciso tercero que agrega la letra c), la frase “y red de prestadores cerrada y preferente para los Beneficios Complementarios”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	escrito a que obliga este decreto con fuerza de ley, todas las actuaciones que deban desarrollarse con una ISAPRE, sea por parte de sus afiliados, del público en general, de los prestadores de salud o de los empleadores u obligados al pago de las cotizaciones de salud, así como todas las informaciones, comunicaciones y notificaciones que las Instituciones de Salud Previsional dirijan a sus afiliados, a los prestadores de salud o a los respectivos empleadores u obligados al pago de la cotización de salud, podrán realizarse por los medios electrónicos que hayan sido aprobados por la Superintendencia de Salud.".		
	5) Insertar el siguiente artículo 172 bis, nuevo: “Artículo 172 bis.- Las Instituciones de Salud Previsional deberán proporcionar a los usuarios y beneficiarios un buscador o simulador de precios de sus prestaciones en sus páginas web, de libre acceso para todo el que tenga interés en consultarlo, el que proporcionará información sobre el precio del Plan Garantizado de Salud, coberturas, porcentajes de bonificación y convenios especiales existentes. Mediante la entrega por parte del interesado de antecedentes relativos a sus necesidades particulares,		**Al numeral 5)** **Del Presidente de la República** **16)** Para suprimir el numeral 5) actual.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	preferencias de atención, comuna y otros, el instrumento deberá proporcionar opciones de precios de los planes de salud en oferta, coberturas, porcentajes de bonificación, convenios especiales y topes.”.		
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.	6) Introdúcense las siguientes modificaciones en el artículo 173: a) Reemplázase el inciso primero por el siguiente: “Artículo 173.- Las Instituciones tendrán por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud. No podrán constituir empresas relacionadas, filiales o coligadas, con el objeto de desarrollar actividades de prestación. Asimismo, no podrán explotar, a cualquier título, derechos sociales o acciones de sociedades ni formar parte de contratos de asociación o cuentas en participación en empresas del mencionado rubro ni tener participación societaria o accionaria directa o a través de terceros en instituciones de cualquier naturaleza que presten servicios de salud.”.		**Al numeral 6), que ha pasado a ser numeral 7)** **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **16 A)** Para sustituir en el inciso primero la frase “, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores” por lo siguiente: “Se prohíbe a las Instituciones de Salud Previsional dedicarse por sí, ni a través de personas naturales o jurídicas relacionadas, participar en instituciones de cualquier naturaleza que ejecuten las prestaciones y beneficios de salud.”. *(está formulada a la ley vigente)* **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **16 B)** Para intercalar el siguiente inciso segundo, pasando los demás a su orden correlativo: “Para estos efectos, son personas naturales relacionadas los parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad,

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	b) Incorpórase el siguiente inciso segundo, nuevo, pasando el actual a ser tercero y así sucesivamente: “Las instituciones que infrinjan la prohibición del inciso anterior serán sancionadas con la cancelación de la personalidad jurídica y multa a beneficio fiscal de 30.000 unidades tributarias anuales.”.		el cónyuge y el o la conviviente. Son personas jurídicas relacionadas las sociedades filiales y coligadas definidas por la ley N° 18.045”.
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			

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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. 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.	c) Sustitúyese el inciso sexto, que ha pasado a ser séptimo, por el siguiente:		**Del Presidente de la República** **17)** Para reemplazar en la letra c), que

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
En las situaciones indicadas en los incisos cuarto y quinto de este artículo, las Instituciones podrán repetir en contra del afiliado el monto que exceda de lo que les corresponda pagar conforme al plan de salud convenido. Asimismo, en las situaciones indicadas en los incisos cuarto y quinto de este artículo, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención. 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. 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 enterado dicho monto directamente a la Institución de Salud	"En las situaciones indicadas en los incisos quinto y sexto de este artículo, las Instituciones podrán repetir en contra del afiliado por el monto que exceda de lo que les corresponda pagar conforme al **Plan Garantizado de Salud y a los Beneficios Complementarios que hubieren convenido con esa Institución en el respectivo contrato independiente, si lo hubiere.**".		sustituye el inciso sexto que pasó a ser séptimo del artículo 173, la expresión "Plan Garantizado de Salud" por la siguiente: "Plan de Salud Universal". **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **17 A)** Para suprimir en el Inciso sexto la frase final: "y a los Beneficios Complementarios que hubieren convenido con esa Institución en el respectivo contrato independiente, si lo hubiere.". **Del Presidente de la República**

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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. Para hacer efectivo el pago del crédito, la Institución notificará al afiliado y al empleador o entidad pagadora de la pensión, el monto que deberá enterarse mensualmente por el cotizante por concepto del préstamo otorgado y el plazo que durará el servicio de la deuda. El pago del crédito se realizará por el afiliado en forma directa, si fuere independiente o voluntario, o a través	d) Sustitúyese en el inciso décimo, que ha pasado a ser décimo primero, la oración “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” por la siguiente: “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 Garantizado de Salud más el precio de los Beneficios Complementarios que se hubieren convenido con esa ISAPRE, en el caso de los voluntarios**”.		**18)** Para reemplazar en la letra d), que sustituye el inciso décimo que pasó a ser décimo primero del artículo 173, la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal”. **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **18 A)** Para suprimir en el Inciso undécimo la frase final: “más el precio de los Beneficios Complementarios que se hubieren convenido con esa ISAPRE, en el caso de los voluntarios”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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. 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. 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**. Facúltase a la Superintendencia para	e) Sustitúyese en el inciso décimo cuarto, que ha pasado a ser décimo quinto, la expresión “plan de salud correspondiente”, por la frase “**Plan Garantizado de Salud <u>y Beneficios Complementarios que se hubieren convenido</u>”**.		**Del Presidente de la República** **19)** Para reemplazar en la letra e), que sustituye el inciso décimo cuarto que pasó a ser décimo quinto del artículo 173, la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal”. **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **19 A)** Para suprimir en el inciso décimo quinto la frase final: “y Beneficios Complementarios que se hubieren convenido”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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 176.- No podrán ser directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales de una Institución de Salud Previsional, las siguientes personas: 1.- Los que hayan sido condenados por algún delito que merezca pena aflictiva, hasta el cumplimiento de la condena; 2.- Los fallidos no rehabilitados o quienes tengan prohibición o incapacidad de comerciar, y 3.- Los que, dentro de los cinco años precedentes al nombramiento, hayan			**Numeral 8), nuevo** **Del Presidente de la República** **20)** Para incorporar el siguiente numeral 8), nuevo, modificándose la numeración de manera correlativa: “8) Intercálase en el artículo 176, a continuación del numeral 1.-, el siguiente numeral 2.-, nuevo, pasando los actuales numerales 2.- y 3.- a ser 3.- y 4.-, respectivamente: “2.- Los gerentes, directores, administradores, apoderados o representantes legales, que hubiesen comprometido la responsabilidad de personas jurídicas que hayan sido condenadas por alguno de los delitos establecidos en la ley N° 20.393, hasta por un plazo de 5 años desde la dictación de la sentencia definitiva.”.”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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 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. **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**			**Numeral 9), nuevo** **Del Presidente de la República** **21)** Para agregar el siguiente numeral 9), nuevo, modificándose la numeración de manera correlativa: “9) Sustitúyese el artículo 178 por el siguiente: “Artículo 178.- Las Instituciones de Salud Previsional deberán acreditar, al momento de presentar la solicitud de registro a la Superintendencia, un capital mínimo efectivamente pagado, equivalente a diez mil unidades de fomento. Las Instituciones deberán constituir, al momento de ser registradas, una garantía equivalente a cuatro mil unidades de fomento. Asimismo, las Instituciones deberán

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
superior a 0,3 veces sus deudas totales. Dicha relación será revisada mensualmente por la Superintendencia. **En todo caso, el patrimonio nunca podrá ser inferior a cinco mil unidades de fomento.**			mantener un patrimonio igual o superior a 0,3 veces sus deudas totales. Dicha relación será revisada mensualmente por la Superintendencia. En todo caso, el patrimonio nunca podrá ser inferior a diez mil unidades de fomento. Sin perjuicio de lo señalado, la Superintendencia podrá reducir el requisito sobre patrimonio establecido en el inciso tercero, cuando exista razón fundada para ello. Con todo, el requerimiento sobre patrimonio nunca podrá ser inferior a 0,2 veces sus deudas totales. Para efectos de calcular el estado de cumplimiento del requisito patrimonial anterior, la Superintendencia podrá requerir que se deduzca del patrimonio contable de la sociedad, aquellos activos que no constituyan inversión efectiva, entendiéndose por inversión efectiva aquellos activos que tienen un claro valor de realización o capacidad generadora de ingresos futuros, o excluir total o parcialmente determinadas clases de activos. De la misma forma se deducirán, total o parcialmente, las partidas cuya recuperabilidad esté sujeta a riesgo de crédito significativo y no estén suficientemente garantizadas.”.”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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. 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.			**Numeral 10), nuevo** **Del Presidente de la República** **22)** Para incorporar el siguiente numeral 10), nuevo, modificándose la numeración de manera correlativa: “10) Agrégase un nuevo inciso final al artículo 179, del siguiente tenor: “La Superintendencia, mediante norma de carácter general, establecerá los requisitos de idoneidad, conocimientos y experiencia que deberán reunir las empresas de auditoría externa, para

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			auditar a las Instituciones de Salud Previsional.”.”.
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**	7) Modifícase el artículo 184 de la siguiente manera: a) Agrégase en el inciso primero, a continuación de la **frase** “establecido en esta Ley”, **las siguientes oraciones, precedidas de una coma:** “para el otorgamiento del **Plan Garantizado de Salud** y, cuando proceda, la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral. **Además, deberán suscribir otro contrato si pactan Beneficios Complementarios, ya sea en la misma ISAPRE o en otra distinta”**. b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente: “La Institución deberá comunicar la suscripción del o de los contratos, según sea el caso, 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 de los mismos. Estas comunicaciones, como también las relativas al término de alguno de los contratos o de ambos, que deberán informarse a la Superintendencia y a la entidad	7) Modifícase el artículo 184 de la siguiente manera: a) Agrégase en su inciso primero, a continuación de la **oración** “establecido en esta Ley”, **la siguiente:** “para el otorgamiento del Plan Garantizado de Salud y, cuando proceda, la Cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral. Además, deberán suscribir otro contrato si pactan Beneficios Complementarios, ya sea en la misma Isapre o en otra distinta”**, precedida de una coma**. *(las diferencias son sólo de redacción)*	**Al numeral 7), que ha pasado a ser numeral 11)** **Del Presidente de la República** **23)** Para reemplazar en la letra a), que modifica el inciso primero del artículo 184, la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal”. **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **23 A)** Para suprimir en el inciso primero la frase final: “Además, deberán suscribir otro contrato si pactan Beneficios Complementarios, ya sea en la misma Isapre o en otra distinta”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
efectuarán en la forma y de acuerdo a los procedimientos que dicha Superintendencia establezca.	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.”.		
			Numeral nuevo **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **23 B)** Para agregar el siguiente nuevo artículo 184 bis: “Bajo ninguna circunstancia las isapres podrán considerar el estado de salud de las personas para los efectos de su afiliación, permanencia ni término del contrato de salud previsional, ni solicitar declaraciones de salud u otro documento - cualquier sea su denominación - que tenga como fin que las personas informen de su estado de salud a la isapre con ocasión de su solicitud de contratación. De la misma manera, las isapres no podrán ofrecer beneficios complementarios de salud a sus beneficiarios.”
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	8) Modifícase el artículo 188 de la siguiente forma:		**Al numeral 8), que ha pasado a ser numeral 12)** **Del Presidente de la República**

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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. 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	a) Sustitúyese en su primer inciso la frase “con el precio de la Garantías Explícitas en Salud y el precio del plan convenido”, por la siguiente: “con la suma del precio del **Plan Garantizado de Salud** y el precio de la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral, si procediere”. b) Intercálase el siguiente inciso segundo, nuevo: "En el documento de renuncia deberán quedar expresamente establecidos los mayores beneficios de salud a que accede el renunciante por este concepto, los beneficios totales del Plan y los beneficios que hubiese tenido sin renuncia de excedentes, documento que será notificado a la Superintendencia, junto a los demás antecedentes del contrato de salud.".		**24)** Para reemplazar en la letra a), que modifica el inciso primero del artículo 188, la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
aquella que haya sido declarada, aun cuando no se haya enterado efectivamente. INCISO SUPRIMIDO 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; **5.- Para cubrir cotizaciones adicionales voluntarias, y** **6.- Para financiar un plan de salud cuando el afiliado reúna los**	c) Sustitúyese en el numeral 3 del inciso cuarto, la expresión “el contrato” por la siguiente frase: “el o los contratos de salud suscritos por el cotizante”. d) Sustitúyese el número 5 del inciso cuarto, por el siguiente: **“5.- “Para financiar Beneficios Complementarios, y”.** e) Sustitúyese el numeral 6 del inciso cuarto, por el siguiente: “6.- Para financiar el **Plan Garantizado de Salud**, la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral, cuando		**De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **24 A)** Para suprimir el número 5 del inciso cuarto. **Del Presidente de la República** **25)** Para reemplazar en la letra e), que sustituye el numeral 6.- del inciso cuarto del artículo 188, la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente:

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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 alternativo. Con todo, la totalidad de los**	proceda**, y los Beneficios Complementarios, si los hubiere convenido**, cuando el afiliado reúna los requisitos que la ley establece para pensionarse, durante el lapso comprendido entre la solicitud de la jubilación y el momento en que ésta se hace efectiva.”. f) Suprímese el inciso sexto, pasando los actuales incisos séptimo a noveno, a ser sexto a octavo.		“Plan de Salud Universal”. **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **25 B)** Para suprimir en el numeral 6, que pasa a ser 5, la frase “, y los Beneficios Complementarios, si los hubiere convenido”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
excedentes siempre incrementará la cuenta corriente individual del usuario. Los fondos acumulados en la cuenta corriente se reajustarán de acuerdo a la variación que experimente el 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 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	g) Agrégase en el inciso séptimo, que ha pasado a ser sexto, a continuación de la expresión “Consumidor y”, la expresión “al menos”, entre comas.		

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
cumplimiento de la anualidad. Los excedentes producidos durante la respectiva anualidad que no sean utilizados por cualquier causa, se acumularán para el período siguiente. En el evento en que se ponga término al contrato de salud y el interesado se incorpore a otra ISAPRE, deberán traspasarse dichos fondos a la respectiva Institución de Salud Previsional. Si el interesado decide, a partir de ese momento, efectuar sus cotizaciones en el Fondo Nacional de Salud, los haberes existentes a su favor deberán ser traspasados a dicho fondo.			
	9) Insértase en el Párrafo 4º De las prestaciones, el siguiente artículo 188 bis: “**Artículo 188 bis.- Las Instituciones de Salud Previsional deberán otorgar a las personas indicadas en el artículo 184 el Plan Garantizado de Salud, el que será único para todos los beneficiarios del sistema privado**	**Para sustituir el artículo 188 bis por el siguiente:** "Artículo 188 bis.- Las instituciones de salud previsional deberán otorgar a las personas indicadas en el artículo 184 el Plan Garantizado de Salud, el que será único para todos los beneficiarios del sistema privado de salud. Cada Isapre	**Al numeral 9), que ha pasado a ser numeral 13)** **Del Presidente de la República** **26)** Para sustituir el numeral 13) por el siguiente: “13) Agrégase en el Párrafo 4º De las prestaciones, el siguiente artículo 188 bis, nuevo: “Artículo 188 bis.- Las instituciones de salud previsional deberán otorgar a las personas indicadas en el artículo 184 el Plan de Salud Universal, el que será único para todos los afiliados y beneficiarios del sistema privado de

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	de salud. Cada ISAPRE determinará el precio que cobrará por dicho plan, el que, en todo caso, deberá ser el mismo para todos sus beneficiarios. En ningún caso las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer rebajas o disminuciones respecto del precio del Plan Garantizado de Salud, a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese Plan. **Además, cuando corresponda, la ISAPRE deberá otorgar la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral, la que tendrá, en términos de porcentaje de la remuneración imponible, el mismo precio para todos los cotizantes a quienes corresponda este beneficio.** **Para el otorgamiento del Plan Garantizado de Salud y de la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral que norma este Título, las Instituciones de Salud Previsional deberán suscribir un contrato de plazo indefinido con sus afiliados. Tratándose de afiliados y beneficiarios que provengan de otra institución del sistema privado de salud que participe del Fondo de Compensación a que alude el artículo 210 de este decreto con fuerza de ley, las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a afiliarlos,**	determinará el precio que cobrará par dicho plan, el que deberá cumplir con las siguientes condiciones según el tramo de edad en que se encuentren los respectivos afiliados y beneficiarios: a) Deberá ser igual para todos los cotizantes y beneficiarios de 24 o más años de edad, y b) A los beneficiarios menores de 24 años de edad se les deberá cobrar un precio que no podrá ser superior al 50% del que se cobre a los cotizantes y beneficiarios señalados en el literal a) precedente. En concordancia con lo dispuesto en el artículo 197 bis, en ningún caso las Isapres podrán ofrecer rebajas disminuciones de precio respecto del Plan Garantizado de Salud a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese plan. Además, cuando corresponda, la Isapre deberá otorgar la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral por la que cobrará, en términos de porcentaje de la remuneración imponible, el mismo precio para todos los cotizantes a quienes corresponda este beneficio. Para el otorgamiento del Plan	salud. Cada Isapre determinará libremente el precio que cobrará por dicho plan para cada una de sus redes, el que podrá modificarse en la forma y condiciones que señala el artículo 197 bis. La Isapre deberá establecer las siguientes rebajas de precio a los afiliados y beneficiarios que se encuentren en alguna de las siguientes situaciones: a) Para las personas de 24 años o más de edad y menores de 50 años de edad, la rebaja será de un 25% del precio del Plan de Salud Universal. b) Para las personas menores de 24 años de edad, la rebaja será de un 50% del precio del Plan de Salud Universal. En concordancia con lo dispuesto en el artículo 197 bis, en ningún caso las Isapres podrán ofrecer rebajas o disminuciones de precio respecto del Plan de Salud Universal a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese plan, fuera de lo indicado precedentemente. Además, cuando corresponda, la Isapre deberá otorgar la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral por

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	siempre que acrediten cumplir todos los siguientes requisitos: **a) Haberse cumplido el plazo establecido en el inciso segundo del artículo 197;** **b) No estar haciendo uso del Subsidio por Incapacidad Laboral;** **c) No tener deudas pendientes, de cuyo pago sean responsables, con la ISAPRE a la que se encuentren afiliados al momento de solicitar la celebración del contrato, y** **d) Haber informado a la ISAPRE a la cual solicitan la celebración del contrato sus patologías o condiciones de salud preexistentes.** **Tratándose del contrato que contiene el Plan Garantizado de Salud, las Instituciones de Salud Previsional no podrán establecer exclusiones o períodos de carencia respecto de antecedentes de salud preexistentes, salvo los contemplados en los numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 del inciso segundo del artículo 190.** **La ISAPRE estará obligada a concurrir al financiamiento de las prestaciones cubiertas por el Plan Garantizado de Salud derivadas de**	Garantizado de Salud y de la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral que norma este Título, las instituciones de salud previsional deberán suscribir un contrato de plazo indefinido con sus afiliados. Tratándose de afiliados y beneficiarios que provengan de otra institución del Sistema Privado de Salud que participe del Fondo de Compensación a que alude el artículo 210 de este decreto con fuerza de ley, las Isapres estarán obligadas a afiliarlas siempre que acrediten cumplir todos los siguientes requisitos: a) El plazo establecido en el inciso segundo del artículo 197; b) No estar haciendo uso del subsidio de incapacidad laboral; c) No tener deudas pendientes, de cuyo pago sean responsables, con la Isapre en la que se encuentren afiliados al momento de solicitar la celebración del contrato, y d) Haber informado a la Isapre a la que solicitan la celebración del contrato sus patologías o condiciones de salud preexistentes en los términos indicados en el presente artículo. Tratándose del contrato que contiene el Plan Garantizado de Salud, las Isapres	la que cobrará, en términos de porcentaje de la remuneración imponible, el mismo precio para todos los cotizantes a quienes corresponda este beneficio. Para el otorgamiento del Plan de Salud Universal y de la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral que norma este Título, las Instituciones de Salud Previsional deberán suscribir un contrato de plazo indefinido con sus afiliados. Tratándose de afiliados y beneficiarios que provengan de otra institución del Sistema Privado de Salud que participe del Fondo de Compensación a que alude el artículo 210 de este decreto con fuerza de ley, las Isapres estarán obligadas a afiliarlas siempre que acrediten cumplir todos los siguientes requisitos: a) El plazo establecido en el inciso segundo del artículo 197; b) No estar haciendo uso del subsidio de incapacidad laboral; y, c) No tener deudas pendientes, de cuyo pago sean responsables, con la Isapre en la que se encuentren afiliados al momento de solicitar la celebración del contrato. La institución de salud previsional estará

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	enfermedades o condiciones de salud preexistentes, hayan sido declaradas o no. La no declaración de las preexistencias facultará a la Institución para recuperar del Fondo de Compensación del Plan Garantizado de Salud el valor pagado por las prestaciones efectuadas. En ningún caso se podrá impedir la afiliación o poner término al contrato por la no declaración de una enfermedad o condición de salud preexistente.".	no podrán establecer exclusiones o periodos de carencia respecto de antecedentes de salud preexistentes, salvo los contemplados en los numerales 1, 2, 3, 4, 5, 7 y 8 del inciso segundo del artículo 190. La institución de salud previsional estará obligada a concurrir al financiamiento de las prestaciones cubiertas por el Plan Garantizado de Salud derivadas de enfermedades o condiciones de salud preexistentes, hayan sido declaradas o no.".	obligada a concurrir al financiamiento de las prestaciones cubiertas por el Plan de Salud Universal derivadas de enfermedades o condiciones de salud preexistentes; y no podrá establecer periodos de carencia respecto de antecedentes de salud preexistentes. En el caso del embarazo, la cobertura del parto corresponderá a la proporción resultante entre el número de meses trascurridos desde la suscripción del contrato o incorporación de la beneficiaria hasta la ocurrencia del nacimiento, y el número total de meses de duración efectiva del embarazo. En el caso de la mujer que provenga de una Isapre que participe del fondo de compensación, la cobertura restante del parto será de cargo de esta última". **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **26 A)** Para reemplazar el párrafo tercero por lo siguiente: "Salvo lo dispuesto en el inciso precedente, la Isapre no podrá cobrar distintos precios por el plan de salud universal. La contravención a esta disposición será considerar una discriminación arbitraria, según lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley 20.609, sin perjuicio de las demás

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			sanciones que sean pertinentes aplicar. Sin perjuicio de lo anterior, las isapres sólo podrán cobrar el 50% del precio del plan de salud universal a aquellas personas que tengan la calidad de cargas del afiliado. En el caso de los estudiantes de instituciones de educación superior, se entenderán que estos son cargas hasta el egreso de su carrera o hasta cumplir los 27 años, lo primero que ocurra. *(está formulada a la indicación N° 26, del Ejecutivo)*
			Numeral 14), nuevo **Del Presidente de la República** **27)** Para agregar el siguiente numeral 14), nuevo, modificándose la numeración de manera correlativa: “14) Incorpórase el siguiente artículo 188 ter, nuevo: “Artículo 188 ter.- Tratándose de afiliados y beneficiarios que no provengan de una Isapre en el tiempo inmediatamente anterior a su incorporación, la cobertura a la que tendrán derecho por las condiciones de salud preexistentes corresponderá al 25% de la cobertura que el Plan de Salud Universal le confiera a la prestación genérica correspondiente por

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			un plazo máximo de dieciocho meses, contado desde la suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario de que se trate. Los dispuesto en este artículo se aplicará también a las condiciones de salud preexistentes de afiliados y beneficiarios que provengan de otra institución del Sistema Privado de Salud, pero que no participe del Fondo de Compensación a que alude el artículo 210 de este decreto con fuerza de 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 restricción establecida en el presente artículo no regirá respecto a los problemas de salud incluidos en las Garantías Explicitas en Salud.”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	10) Reemplázase el artículo 189 por el siguiente:	**Para sustituir el inciso primero del artículo 189 por el siguiente:**	**Al numeral 10), que ha pasado a ser numeral 15)**
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 la Institución de Salud Previsional que elijan. **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:** **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.** **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**	“Artículo 189.- Los contratos de salud deberán establecer el derecho del afiliado que, con ocasión de una emergencia, haya ingresado a un prestador distinto de los considerados en las redes de atención del **Plan Garantizado de Salud o de los Beneficios Complementarios convenidos**, a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el o los contratos suscritos, y el derecho de la ISAPRE 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 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 preferente, podrán requerir la cobertura prevista en el plan preferente.	"Artículo 189.- Los contratos de salud deberán establecer el derecho del afiliado que, con ocasión de una emergencia, haya ingresado a un prestador distinto de los considerados en las redes de atención del Plan Garantizado de Salud o de los Beneficios Complementarios convenidos, a ser trasladado al prestador que corresponda, de aquéllos individualizados en el o los contratos suscritos y el derecho de la Isapre a trasladar al paciente a uno de estos prestadores, sujetándose a las siguientes reglas:" *(La indicación sólo incide en el encabezado del inciso)*	**Del Presidente de la República** **28)** Para reemplazar la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal”. **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **28 A)** Para suprimir la frase “o de los Beneficios Complementarios convenidos,”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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. **Asimismo, las instituciones de salud previsional deberán informar a sus afiliados respecto de la existencia y cobertura del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, y, cuando proceda, transferir al Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo los recursos que por concepto de cobertura adicional de enfermedades catastróficas corresponda otorgar. Esta última materia deberá ser reglada mediante instrucciones de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud.** **b) El Plan de Salud Complementario, que podrá contener una o más de las siguientes modalidades para el otorgamiento de las prestaciones o**	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. El Secretario Regional Ministerial respectivo velará porque la atención a personas no beneficiarias del Libro II de esta ley no menoscabe la atención de los beneficiarios de dicho Libro. Cada vez que un afiliado o beneficiario solicite a una ISAPRE un beneficio cualquiera en virtud de un contrato de salud, se entenderá que la faculta para requerir de los prestadores, sean estos públicos o privados, la entrega de la certificación médica necesaria para decidir respecto de la procedencia de tal beneficio. La Institución de Salud Previsional deberá adoptar las medidas que aseguren la mantención de la confidencialidad de estas certificaciones. Si la ISAPRE considera que la información proporcionada por el prestador es incompleta o 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		

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
beneficios: **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**	financiera solicitada, la ISAPRE informará de tal circunstancia al afiliado, el que podrá recurrir ante la Superintendencia, a fin de que ésta resuelva la controversia. El médico cirujano que se designe deberá estar inscrito en un registro que la Superintendencia llevará para estos efectos. El o los prestadores de salud deberán dar cumplimiento al requerimiento señalado en el inciso ante precedente, 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 las leyes Nº 19.628 y N° 20.084. Corresponderá a la Superintendencia vigilar el adecuado ejercicio de esta facultad y resolver los conflictos que puedan producirse entre los prestadores y las Instituciones de Salud Previsional.”.		

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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**			

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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**			

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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**			

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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**			

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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,**			

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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.** **e) Precio del plan y la unidad en que se pactará, señalándose que el precio expresado en dicha unidad letra 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.** **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**			

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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 deberá 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**	Art.		

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
aceptado en la respectiva Institución de Salud Previsional. La Superintendencia regulará, mediante instrucciones de general aplicación, la operación de lo dispuesto en este párrafo. **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**			

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
equivalencia en moneda de curso legal a la fecha de suscripción del contrato. **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 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**			

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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 faculta para requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de tal beneficio. La Institución de Salud Previsional deberá adoptar las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de estas certificaciones.** **Si la Institución de Salud Previsional considera que la información proporcionada por el prestador es incompleta, imprecisa o teme fundadamente que no se ajusta a la verdad, podrá designar un médico cirujano independiente de las partes para que revise personalmente la ficha clínica. Si de la revisión resulta que no corresponde otorgar la cobertura financiera solicitada, la Institución de Salud Previsional informará de tal circunstancia al afiliado, el que podrá recurrir ante la Superintendencia, a fin de que ésta resuelva la controversia. El médico**			

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
cirujano que se designe deberá estar inscrito en un registro que la Superintendencia llevará para estos efectos. **El o los prestadores de salud deberán dar cumplimiento al requerimiento señalado en el inciso anteprecedente, y deberán permitir la revisión de la ficha clínica, dentro del plazo de cinco días hábiles. La Institución de Salud Previsional deberá mantener la información recibida en reserva, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Nº 19.628.** **Corresponderá a la Superintendencia vigilar el adecuado ejercicio de esta facultad y resolver los conflictos que puedan producirse entre los prestadores y las ISAPRES.**			
	11) Agrégase el siguiente artículo 189 bis: “Artículo 189 bis.- **El Plan Garantizado de Salud** deberá contener las siguientes coberturas y prestaciones: a) Las Garantías Explícitas en Salud 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. Las prestaciones aseguradas a través del		**Al numeral 11), que ha pasado a ser numeral 16)** **Del Presidente de la República** **29)** Para modificar el artículo 189 bis, que se agrega, de la siguiente manera: a) Reemplázase la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal” las cinco veces que aparece.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	Régimen de Garantías Explícitas sólo serán cubiertas si se otorgan por los prestadores previstos al efecto, sin perjuicio de la facultad del interesado de optar por la cobertura de algún Beneficio Complementario convenido con la misma ISAPRE o con otra distinta. Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las Garantías deberán sujetarse al reglamento respectivo y serán sometidos por las Instituciones de Salud Previsional al conocimiento y aprobación de la Superintendencia; **b) La Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, cuyo deducible máximo anual, por cada beneficiario, será establecido en el decreto supremo dictado a través del Ministerio de Salud que establezca las prestaciones y coberturas del Plan Garantizado de Salud. Los gastos que se considerarán para dicho deducible serán todos aquellos originados en prestaciones de salud realizadas dentro de la respectiva anualidad, tanto en la red de prestadores definida por la ISAPRE como en otros establecimientos, en ambos casos de conformidad al arancel del Plan Garantizado de Salud. Con todo, para obtener el beneficio de dicha Cobertura Adicional, el paciente deberá**		b) Reemplázase la letra b) del artículo 189 bis que se agrega, por la siguiente: “b) Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, que consiste en el financiamiento del 100% del valor de las prestaciones de salud, por sobre el monto anual máximo que deberán soportar los beneficiarios del contrato del Plan de Salud Universal por concepto de gastos por prestaciones de salud. El monto máximo de gasto por beneficiario corresponderá a un monto equivalente al cuarenta por ciento de la suma de las rentas anuales afectas al impuesto único de segunda categoría y/o al impuesto global complementario de la Ley sobre Impuesto a la Renta, establecida en el artículo 1° del decreto ley N° 824, de cada uno de los beneficiarios del contrato del Plan de Salud Universal, considerando las

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	trasladarse efectivamente al prestador de la red que la ISAPRE haya definido para estos efectos, una vez que se complete el deducible;		rentas anuales del ejercicio anterior a aquel en que se realicen los gastos de salud, dividiendo dicho monto por el número de beneficiarios del respectivo contrato. En el caso que ningún beneficiario del contrato del Plan de Salud Universal tenga rentas afectas al impuesto único de segunda categoría y/o al impuesto global complementario, considerando las rentas anuales del ejercicio anterior a aquel en que se realicen los gas-tos de salud, el monto máximo de gasto por beneficiario será el establecido en el Umbral Nacional de Alto Costo establecido en la ley N° 20.850. Para efectos de corroborar que los beneficiarios del con-trato del Plan de Salud Universal no reciben rentas, la Institución de Salud Previsional podrá solicitar la respectiva información al Servicio de Impuestos Internos, en los mismos términos y conforme a lo establecido en el artículo 199. En ningún caso el monto máximo de gasto por beneficiario podrá ser una suma inferior al cuarenta por ciento del ingreso mínimo mensual vigente al cierre del ejercicio anterior, multiplicado por doce.”. c) Intercálase, a continuación de la letra b) del inciso primero del artículo 189 bis

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	c) La modalidad de financiamiento de las atenciones de emergencia contempladas en los incisos quinto y sexto del artículo 173; **d) Las prestaciones mínimas legales contempladas en el artículo 194, a excepción de la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral, y** **e)** La cobertura financiera de las prestaciones contempladas en el arancel definido en la letra p) del artículo 170 de este decreto con fuerza de ley.		que se agrega, la siguiente letra c), nueva, pasando las actuales letras c), d) y e) a ser d), e) y f), respectivamente: “c) La red o redes de prestadores que otorgarán el Plan de Salud Universal. Las Isapres podrán contar con hasta tres redes de prestadores para otorgar el Plan, cada una de las cuales deberá considerar los prestadores que otorgarán los beneficios a que se refieren las letras a), b) y f) de este artículo. Todas las redes deberán contemplar los mismos prestadores para el otorgamiento de los beneficios a que se refiere la letra a).”. d) Reemplázase la letra d) del artículo 189 bis que se agrega, que ha pasado a ser letra e), por la siguiente: “e) El Examen de Medicina Preventiva y las prestaciones materno infantiles a que se refiere el artículo 194.”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	Las Instituciones de Salud Previsional deberán otorgar, adicionalmente, el beneficio contemplado en el artículo 149 de este decreto con fuerza de ley, el que no se entenderá formar parte del **Plan Garantizado de Salud**. Por la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral, cada ISAPRE deberá cobrar un porcentaje de la remuneración o renta imponible, que será el mismo para todos sus cotizantes, y estará comprendido dentro de la cotización obligatoria de salud a que se refieren los artículos 84 y 92 del decreto ley N° 3.500, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, de 1980. Este porcentaje sólo podrá ser cobrado a los afiliados que tengan la calidad de trabajadores dependientes e independientes que tengan derecho a gozar de licencia médica. Los afiliados voluntarios a que se refiere el artículo 92 J **de la ley N° 20.255**, los imponentes voluntarios de los regímenes previsionales administrados por el Instituto de Previsión Social y los pensionados por cualquier causa, no estarán afectos a la cotización a que se refiere el inciso anterior. Con todo, aquellos pensionados que se desempeñen como trabajadores dependientes o independientes, estarán afectos a la referida cotización en esta última calidad, la que se calculará sobre		e) Reemplázase en el inciso penúltimo del artículo 189 bis que se agrega, la expresión “de la ley Nº 20.255” por la siguiente: “del decreto ley Nº 3.500, de 1980”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	la remuneración o renta imponible que corresponda. Un reglamento establecerá los parámetros, indicadores y periodicidad para determinar el valor de la prima comunitaria que se utilizará para la compensación de riesgos en el Fondo de Compensación regulado en el párrafo 6° del Título II del Libro III de este decreto con fuerza de ley; el procedimiento para determinar las prestaciones cubiertas por el **Plan Garantizado de Salud**, así como los mecanismos para el otorgamiento de tales prestaciones; el establecimiento de la red o redes de prestadores en convenio para el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud y la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas. Lo anterior, sin perjuicio de la facultad de la Superintendencia para dictar instrucciones de general aplicación de conformidad a lo dispuesto en el artículo 110.”.		**De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **29 A)** Para agregar al inciso primero la siguiente letra f): “f) las prestaciones y coberturas mínimos que consagra el Fondo Nacional de Salud para la modalidad libre elección;”.
	12) Agrégase el siguiente artículo 189 ter: “Artículo 189 ter.- Tratándose de la red o redes de prestadores en convenio		**Al Numeral 12), que ha pasado a ser numeral 17)** **Del Presidente de la República**

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	para el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud y la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, las Instituciones de Salud Previsional deberán indicar, en el **Plan Garantizado de Salud**, el nombre del o los establecimientos a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean estas ambulatorias u hospitalarias. Asimismo, deberán identificarse los prestadores que subsidiariamente brindarán las atenciones de salud a los beneficiarios, en el evento de configurarse una insuficiencia. Las obligaciones anteriores se aplicarán también respecto de las redes que eventualmente establezcan las Instituciones de Salud Previsional, para el otorgamiento de los demás beneficios contemplados en el **Plan Garantizado de Salud**. Para estos efectos, se entenderá que se configura una insuficiencia del o los prestadores individualizados en el **Plan Garantizado de Salud**, cuando se encuentran imposibilitados de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de éste. El reglamento determinará las causales de insuficiencia del prestador ambulatorio que habilitarán al beneficiario para solicitar la designación de un nuevo prestador, así como el procedimiento de reclamo respectivo ante la		**30)** Para modificar el artículo 189 ter que se agrega, de la siguiente manera: a) Reemplázase, la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal” las tres veces que aparece.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	Superintendencia de Salud. En el caso de prestaciones que se otorguen en virtud de la derivación a que alude el inciso segundo, el monto del copago del afiliado no podrá ser superior al que le habría correspondido si hubiere sido atendido por el prestador de la red. Cualquiera diferencia será financiada por la ISAPRE. **Las Instituciones de Salud Previsional no podrán eximirse 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. En todas estas situaciones, el contrato entre el asegurador y los prestadores será público y comunicado a la Superintendencia de Salud, así como sus modificaciones y adecuaciones. La ISAPRE y los prestadores mantendrán información actualizada respecto de todos sus contenidos, los que estarán disponibles permanentemente, tanto para el usuario como para la Superintendencia.** El término del convenio entre la ISAPRE y el prestador institucional preferente, o cualquiera modificación que estos le introduzcan, no afectará el monto que,		b) Sustitúyese el inciso cuarto por el siguiente: “Las Instituciones de Salud Previsional no podrán eximirse 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. Para fines de fiscalización, los contratos entre los aseguradores y los prestadores serán comunicados y registrados en la Superintendencia de Salud, así como sus modificaciones y adecuaciones.”

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	en virtud del contrato, corresponde copagar a los beneficiarios por las atenciones recibidas, hasta el cumplimiento del respectivo período anual. Al cumplirse dicho período, la ISAPRE podrá modificar la red de prestadores, debiendo informar por carta al cotizante, la circunstancia de haberse puesto término o de haberse modificado el referido convenio.”.		
	13) Agrégase el siguiente artículo 189 quáter: “Artículo 189 quáter.- El cotizante de una ISAPRE y las personas señaladas en el artículo 202 podrán utilizar la Modalidad de Atención Institucional para la asistencia médica curativa del Libro II de este cuerpo normativo, de acuerdo al artículo 157, sujetos al arancel para personas no beneficiarias del referido Libro, en casos de urgencia, **de ausencia o insuficiencia de la especialidad que motive la atención, o de 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 este decreto con fuerza de ley, a menos que se encuentren en la		**Al numeral 13)** **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **30 A)** Para suprimir la frase “de ausencia o insuficiencia de la especialidad que motive la atención, o de ausencia o escasez de servicios profesionales en la especialidad de que se trate”

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	situación prevista en los incisos quinto y sexto del artículo 173, en que dicho pago deberá efectuarlo directamente la Institución correspondiente. La atención a personas no beneficiarias del Libro II de este decreto con fuerza de ley no podrá provocar menoscabo a la atención de los beneficiarios de dicho Libro.”.		
	14) Agrégase el siguiente artículo 189 quinquies: “Artículo 189 quinquies.- Adicionalmente al **Plan Garantizado de Salud** y a la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral, las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer Beneficios Complementarios, los que, en todo caso, no podrán vulnerar la prohibición establecida en el inciso primero del artículo 173 de este decreto con fuerza de ley y deberán ser pactados en un contrato distinto e independiente del que contiene el **Plan Garantizado de Salud** y la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral. Las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer, tanto a quienes contraten con ella el referido **Plan Garantizado**, como a quienes lo hubieren contratado con otra Institución, Beneficios Complementarios que		**Al numeral 14), que ha pasado a ser numeral 19)** **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **30 B)** Para derogarlo. **Del Presidente de la República** **31)** Para reemplazar, en el artículo 189 quinquies que se agrega, las expresiones “Plan Garantizado de Salud” y “Plan Garantizado” por la siguiente: “Plan de Salud Universal” las cuatro veces que aparecen.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	consistan en aumentos de cobertura para prestaciones específicas o que estén estructurados como un conjunto de beneficios de salud ambulatorios, hospitalarios, o ambos, o planes de salud que mejoren la cobertura del **Plan Garantizado de Salud**. Sin perjuicio de las prestaciones específicas que puedan contemplarse en estos Beneficios Complementarios, será procedente la homologación de prestaciones si la ISAPRE consiente en ello o cuando la Superintendencia lo ordene, 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 hubiese correspondido por la prestación a la cual se homologa. Un reglamento dictado por intermedio del Ministerio de Salud establecerá los requisitos y condiciones mínimos que deberán cumplir dichos Beneficios Complementarios de salud, así como los términos en que sean ofrecidos. Al momento de establecer dichos Beneficios, las Instituciones de Salud Previsional deberán informarlos a la Superintendencia de Salud, en los términos y periodicidad que ésta determine mediante instrucciones de		

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	general aplicación. El o los Beneficios Complementarios podrán contener una o más de las siguientes modalidades para su otorgamiento: a) libre elección: aquella en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la ISAPRE. El pago de los Beneficios en esta modalidad que se efectúe por la vía del reembolso, se hará de acuerdo a lo pactado con el afiliado, y la ISAPRE no podrá condicionarlo a que los prestadores mantengan convenios con la Institución o estén adscritos para la emisión de órdenes de atención. b) cobertura con prestadores preferentes: aquella cuya estructura combina la atención bajo la Modalidad de Libre Elección y el financiamiento de prestaciones otorgadas por determinados prestadores previamente individualizados.”.		
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	15) Modifícase el artículo 190 de la siguiente forma: a) Derógase el inciso primero, pasando el actual inciso segundo a ser primero.		**Al numeral 15), que ha pasado a ser numeral 20)** **Del Presidente de la República** **32)** Para modificar, el numeral 20) que

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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. **Asimismo, no podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo las siguientes:** 1.- Cirugía plástica con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin. Para los efectos de lo dispuesto en este numeral no se considerará que tienen fines de embellecimiento la cirugía plástica destinada a corregir malformaciones o deformaciones sufridas por la criatura durante el embarazo o el nacimiento, ni la destinada a reparar deformaciones sufridas en un accidente, ni la que tenga una finalidad estrictamente curativa o reparadora;	b) Reemplázase, en el encabezado del inciso segundo, la oración “Asimismo, no podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo” por la siguiente: “El **Plan Garantizado de Salud** sólo podrá considerar como exclusiones de cobertura,”.		modifica el artículo 190, de la siguiente manera: a) Sustitúyese, en la letra b), que reemplaza el encabezado del inciso segundo del artículo 190, la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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**	c) Derógase el número 6 del inciso segundo, que ha pasado a ser primero, pasando los actuales números 7 y 8 a ser los números 6 y 7.		

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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**			

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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**	**d) En el número 8 del mismo inciso, que ha pasado a ser número 7, sustitúyese la referencia al artículo "189", por otra, al artículo "189 bis", y suprímense todas las oraciones que siguen al punto seguido escrito a continuación de la referencia que se enmienda.**		b) Reemplázase la letra d) que modifica el numeral 8.- del artículo 190, que ha pasado a ser numeral 7.-, por la siguiente: "d) Reemplázase el numeral 8.- del mismo inciso, que ha pasado a ser 7.-, por el siguiente:

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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).**	e) Derógase el inciso final.		"7.- Todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este último caso de carácter ambulatorio, no contemplados en el arancel a que se refiere la letra f) del artículo 189 bis.".".
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.	16) Reemplázase el artículo 192 por el siguiente: "Artículo 192.- Los Beneficios Complementarios podrán ser contratados por el cotizante al momento de la suscripción del contrato de salud o con posterioridad, mediante la suscripción de un contrato de salud independiente, en los términos indicados en el literal k) del artículo 170 y el artículo 189 quinquies del presente decreto con fuerza de ley.	**Para introducir las siguientes modificaciones al artículo 192:** a) Sustitúyese el inciso segundo del artículo 192, por el siguiente:	**Al Numeral 16), que ha pasado a ser numeral 21)** **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **32 A)** Para derogarlo. **Del Presidente de la República** **33)** Para modificarlo de la siguiente manera: a) Sustitúyese el inciso segundo del artículo 192 que se reemplaza, por el siguiente:

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	Los afiliados podrán suscribir sólo un contrato de salud para el otorgamiento de Beneficios Complementarios, ya sea en la misma ISAPRE en la que estén afiliados para la obtención del Plan Garantizado de Salud y, cuando corresponda, la cobertura para el Subsidio por Incapacidad Laboral, o en otra distinta. Los Beneficios Complementarios podrán pactarse para el cotizante y todos sus beneficiarios contemplados en dicho contrato o sólo a favor de algunos de ellos. En ningún caso la ISAPRE podrá supeditar la contratación del **Plan Garantizado de Salud** y de la cobertura para el Subsidio por Incapacidad Laboral, a la contratación de Beneficios Complementarios**.** Al momento de la suscripción del o los Beneficios Complementarios, las Instituciones de Salud Previsional sólo podrán evaluar el riesgo individual de salud del cotizante y sus beneficiarios, pudiendo requerir para ello una Declaración de Salud, y sólo podrán negar la contratación del beneficio basadas en dicha evaluación. Las Instituciones de Salud Previsional,	"Los afiliados podrán contratar uno o más Beneficios Complementarios, ya sea en la misma Isapre en la que estén afiliados para la obtención del Plan Garantizado de Salud o en otra distinta. Los Beneficios Complementarios podrán pactarse para el cotizante y todos sus beneficiarios contemplados en dicho contrato o sólo a favor de algunos de ellos.	"Los afiliados podrán contratar uno o más Beneficios Complementarios, ya sea en la misma Isapre en la que estén afiliados para la obtención del Plan de Salud Universal o en otra distinta. Los Beneficios Complementarios podrán pactarse para el cotizante y todos sus beneficiarios contemplados en dicho contrato o sólo a favor de algunos de ellos.". b) Modifícase el inciso tercero del artículo 192 que se reemplaza, de la siguiente manera: (i) Reemplázase la expresión "Plan Garantizado de Salud" por la siguiente: "Plan de Salud Universal". (ii) Agrégase a continuación del punto final, que pasa a ser coma, la expresión "y viceversa.".

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	en el caso de preexistencias declaradas conforme al inciso precedente, podrán restringir la cobertura de los Beneficios Complementarios por un plazo no superior a dieciocho meses, sólo respecto del beneficiario de que se trate, contado desde la contratación del citado beneficio. En el caso de Beneficios Complementarios que tengan por finalidad mejorar la cobertura que el **Plan Garantizado de Salud** contempla para las prestaciones relacionadas con el embarazo y el parto, se deberá consignar claramente que la cobertura será al menos proporcional al período que reste para que ocurra el nacimiento. **Los Beneficios Complementarios que el afiliado contrate se incorporarán como un anexo al contrato de salud. En dicho anexo, entre otras materias, deberá especificarse el mecanismo de modificación de su precio, si corresponde. El referido mecanismo deberá ser el mismo para todas las personas adscritas al respectivo Beneficio.**	b) Sustitúyese el inciso séptimo del artículo 192, por el siguiente: "Para la contratación de los Beneficios Complementarios el afiliado deberá suscribir un contrato en el que, entre otras materias, deberá especificarse el mecanismo de modificación de su precio, si corresponde. El referido mecanismo deberá ser el mismo para todas las personas que se encuentren adscritas al Beneficio cuyo precio se adecúa. La adecuación de precio podrá aplicarse respecto de todos o sólo de algunos de los Beneficios Complementarios."	c) Sustitúyese en el inciso sexto del artículo 192 que se reemplaza, la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal”. d) Sustitúyese el inciso séptimo del artículo 192 que se reemplaza, por el siguiente: “Para efectos de la modificación del precio de los Beneficios Complementarios, se aplicará lo dispuesto en el artículo 198 y 198 bis.”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
		c) Sustitúyese el inciso octavo del artículo 192, por el siguiente	
	Los Beneficios Complementarios tendrán carácter de indefinidos y no podrán dejarse sin efecto durante su vigencia, sino por el incumplimiento de las obligaciones contractuales, por mutuo acuerdo y por voluntad del afiliado, en este último caso, una vez transcurrido un año desde la contratación del beneficio. No obstante lo anterior, podrán estar sujetos a un plazo determinado aquellos Beneficios Complementarios que, por su naturaleza, tengan una duración definida o cuyos efectos se circunscriban a un determinado período, circunstancias que deberán quedar expresamente estipuladas al momento de la contratación.	"Los Beneficios Complementarios tendrán carácter de indefinidos y no podrán dejarse sin efecto durante su vigencia, sino, por el incumplimiento de las obligaciones contractuales, por mutuo acuerdo y por voluntad del afiliado, en este último caso, una vez transcurrido un año desde la contratación del beneficio. No obstante lo anterior, podrán estar sujetos a un plazo determinado aquellos Beneficios Complementarios que, por su naturaleza, tengan una duración definida o cuyos efectos se circunscriban a un determinado período, circunstancias que deberán quedar expresamente estipuladas al momento de la contratación. La inclusión o eliminación de algún Beneficio Complementario durante el curso de la relación contractual, dará lugar a la modificación del respectivo contrato."	e) Agrégase en el inciso octavo del artículo 192 que se reemplaza, a continuación del punto aparte, que pasa a ser seguido, la siguiente oración: “La inclusión o eliminación de algún Beneficio Complementario durante el curso de la relación contractual, dará lugar a la modificación del respectivo contrato.”.
	En todo caso, no constituirá causal de terminación del Beneficio Complementario, el hecho de haber puesto término a su oferta a nuevos afiliados.	d) Sustitúyese el inciso décimo del artículo 192, por el siguiente	f) Sustitúyese, en el inciso décimo del artículo 192 que se reemplaza, la oración “En este último caso, cada afiliado deberá contar con sus propios anexos al respectivo contrato de salud”, por la siguiente: “En este último caso,
	Los Beneficios Complementarios podrán ser contratados	"Los Beneficios Complementarios podrán ser contratados individualmente	

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	individualmente o en forma colectiva, por dos o más personas pertenecientes a una misma empresa o grupo de trabajadores. <u>En este último caso, cada afiliado deberá contar con sus propios anexos al respectivo contrato de salud</u>. Las condiciones en que se ofrezcan los Beneficios Complementarios deberán ser transparentes, públicas y objetivas, y no podrán ser modificadas unilateralmente por la ISAPRE una vez que hayan sido contratadas. Las Instituciones de Salud Previsional podrán ofrecer descuentos en los precios de los Beneficios Complementarios a aquellos beneficiarios que se sometan a programas de medicina preventiva. Dichos descuentos deberán ser ofrecidos en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados adscritos al Beneficio Complementario respectivo. Cuando se trate de la contratación de un Beneficio Complementario destinado a cubrir riesgos de salud por tiempo indefinido, éstos se extenderán por el solo ministerio de la ley a todos los nuevos familiares beneficiarios que declare el cotizante. En el caso de Beneficios Complementarios que por su	o en forma colectiva, por dos o más personas pertenecientes a una misma empresa o grupo de trabajadores. **En este último caso, cada afiliado deberá suscribir el respectivo contrato que incorpore dicho beneficio y las condiciones correspondientes**."	cada afiliado deberá suscribir el respectivo contrato que incorpore dicho beneficio y las condiciones correspondientes". *(el resultado repite la indicación pendiente en columna 3)*

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	naturaleza se otorguen para un evento específico o dentro de un plazo previamente definido, la extensión a todos o a algunos de los beneficiarios del cotizante podrá establecerse de común acuerdo entre las partes. **Las Instituciones de Salud Previsional podrán modificar anualmente los precios de los Beneficios Complementarios de Salud.**".	e) Sustitúyese el inciso décimo cuarto del artículo 192, por el siguiente: "Las Instituciones de Salud Previsional podrán modificar anualmente los precios de los Beneficios Complementarios de Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 197 bis."	g) Agrégase en el inciso final del artículo 192 que se reemplaza, a continuación del punto final que pasa a ser coma, la siguiente expresión: "de conformidad con lo establecido en el artículo 197 bis.". *(el resultado repite la indicación pendiente en columna 3)*
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			**Numeral nuevo** **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **33 A)** Para agregar, en el artículo 194, a continuación del punto y aparte del párrafo primero, que pasa a ser punto seguido, lo siguiente: "Respecto del subsidio de incapacidad laboral, las isapres no podrán rechazarlas y/o negar, suspender o

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
conocimiento de la Superintendencia para su aprobación**.** …..			disminuir los pagos, sin perjuicio del derecho que les asiste a estas instituciones para iniciar una investigación, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley 20.585, como asimismo, para ejercer las acciones pertinentes para perseguir las responsabilidad y/u obtener el reembolso de los dineros, en el caso que fuere procedente”.
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.	17) Introdúcense las siguientes modificaciones en el artículo 197: a) Reemplázase el inciso primero por el siguiente: “Los contratos de salud a que hace referencia el artículo 184 de este decreto con fuerza de 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.”. b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente: “El cotizante podrá, una vez transcurrido		**Al numeral 17), que ha pasado a ser numeral 22)**

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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.	un año de vigencia de los beneficios contractuales, desahuciar el o los contratos de salud, para lo cual bastará una comunicación escrita a la o las Instituciones de Salud Previsional correspondientes, con copia al empleador o a la entidad pagadora de la pensión, según corresponda, dada con una antelación de, a lo menos, un mes al 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 este decreto con fuerza de ley. En caso de cesantía y no siendo aplicable el artículo 188 de este decreto con fuerza de ley, la Institución deberá acceder a la desafiliación, en cualquier momento, si ésta es requerida por el afiliado. 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	c) Deróganse los incisos tercero, cuarto y quinto.		

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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			

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
que ella ofrezca; se deberán ofrecer idénticas alternativas a todos los afiliados del plan cuyo precio se adecua, los que, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se les ofrezcan o bien desafiliarse de la Institución de Salud Previsional. Sólo podrán ofrecerse planes que estén disponibles para todos los afiliados y el precio deberá corresponder al precio base modificado por las tablas de riesgo según edad y sexo correspondientes. **Sin perjuicio de lo anterior, las modificaciones de los beneficios contractuales podrán efectuarse por mutuo acuerdo de las partes y darán origen a la suscripción de un nuevo plan de salud de entre los que se encuentre comercializando la Institución de Salud Previsional.** **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**	d) Reemplázase el inciso sexto, que ha pasado a ser tercero, por el siguiente:		

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
del mes subsiguiente a la fecha de expiración de dicho plazo. **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 caso de los trabajadores independientes del artículo 89 del decreto ley N° 3.500, de 1980, los beneficios contemplados para el período comprendido entre el día 1 de julio del año en que se pagaron las cotizaciones y el día 30 de junio del año siguiente a dicho pago estarán financiados por las cotizaciones a que se refiere el inciso primero del artículo 90 del decreto ley N° 3.500, de 1980, las que se pagarán anualmente de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 92 F del citado decreto ley.** **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.**	“Cuando el cotizante desahucie el o los contratos de salud, 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.”. e) Sustitúyese el inciso séptimo, que ha pasado a ser cuarto, por el siguiente: “En el evento de que al día del término del contrato por desahucio el cotizante esté en situación de incapacidad laboral, el contrato que contiene el **Plan Garantizado de Salud** y, cuando corresponda, la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral, se extenderán de pleno derecho hasta el último día del mes en que finalice la incapacidad y mientras no se declare la invalidez del cotizante.”.		**Del Presidente de la República:** **34)** Para reemplazar en la letra e), que sustituye el inciso séptimo del artículo 197 que pasó a ser inciso cuarto, la expresión “Plan Garantizado de Salud” por “Plan de Salud Universal”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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. **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.** **Igual plazo tendrá la Institución de Salud Previsional para informar del no pago de la cotización y de sus posibles consecuencias, respecto de**			

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
sus afiliados trabajadores independientes y cotizantes voluntarios. **El incumplimiento de la obligación señalada en los dos incisos precedentes, será sancionado por la Superintendencia con multa, en los términos del artículo 220 de esta Ley. En el caso de trabajadores independientes, cotizantes voluntarios o trabajadores que, habiendo sido dependientes, se encuentren en situación de cesantía, la falta de notificación oportuna, además, impedirá a la Institución de Salud Previsional poner término al contrato por no pago de la cotización ni cobrar intereses, reajustes y multas.**			**De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **34 A)** Para agregar los siguientes incisos noveno y siguientes nuevos: “Salvo cuando una persona no pertenezca a ningún Sistema Previsional en Salud, sólo se podrán celebrar nuevos contratos de salud, cambiarse de Institución de Salud Previsional, o cambiarse de Sistema de Salud durante el mes de junio de cada año. Para estos efectos las Instituciones de Salud Previsional sólo podrán efectuar campañas publicitarias de captación de nuevos contratos durante ese período y en el mes previo. La celebración de nuevos contratos de salud deberá realizarse en línea o en las sucursales

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			dispuestas por las Instituciones de Salud Previsional. Al respecto, la Superintendencia de Salud deberá disponer de un comparador de Precios y de Redes conformado con la información que previamente las Instituciones de Salud Previsional les haya enviado. Para todos los efectos y en caso de duda, la información publicada por esta vía se tendrá por oficial. El precio por persona deberá ser el mismo para todos los afiliados, sólo se admitirá una rebaja para los menores de 27 años que sean cargas, de hasta un 50%. En caso que se generen excedentes entre el precio del Plan de Salud y la cotización legal, estos se incorporarán al mecanismo de ajuste ex post del Fondo de Compensación de Riesgos establecido en el artículo 210 de esta ley.”. *(estos incisos son finales, en vista de la supresión de tres incisos resultado de la letra c) ya aprobada)*
	18) Agrégase el siguiente artículo 197 bis: **“<u>Artículo 197 bis.- Sin perjuicio de los cambios de precio que experimente el Plan Garantizado de Salud por las modificaciones de cobertura o de</u>**	**Para introducir las siguientes modificaciones al artículo 197 bis:** a) Sustitúyase el inciso primero del artículo 197 bis, que se agrega, por el siguiente:	**Al numeral 18), que ha pasado a ser numeral 23)** **35)** Para modificarlo de la siguiente manera: a) Sustitúyese el inciso primero del

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	prestaciones que se incorporen al arancel respectivo, anualmente, en la oportunidad que determine el reglamento, las Instituciones de Salud Previsional podrán modificar el precio que cobran por el Plan Garantizado de Salud y el precio correspondiente a la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral. Ambas modificaciones deberán mantener la igualdad de cobro para todos los cotizantes de una misma ISAPRE.	"Artículo 197 bis.- Anualmente, en la oportunidad que determine el reglamento, las instituciones podrán modificar el precio que cobran por el Plan Garantizado de Salud. Con todo, el nuevo precio que se cobre por el Plan Garantizado, cumplirá con las siguientes condiciones según el tramo de edad en que se encuentren los respectivos afiliados y beneficiarios: a) Deberá ser igual para todos los cotizantes y beneficiarios de 24 o más años de edad, y b) A todos los beneficiarios menores de 24 años de edad se les deberá cobrar el mismo precio, el que no podrá ser superior al 50% del que se cobre a los cotizantes y beneficiarios señalados en el literal a) precedente.". b) Intercálase el siguiente inciso segundo, nuevo, en el artículo 197 bis, que se agrega, pasando los actuales incisos segundo a sexto, a ser tercero a séptimo: "En la misma oportunidad, la Isapre podrá modificar el precio correspondiente a la Cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral, la que tendrá, en términos de porcentaje de la remuneración imponible, el mismo precio para todos los cotizantes a	artículo 197 bis, que se agrega, por el siguiente: “Artículo 197 bis.- Anualmente, en la oportunidad que determine el reglamento, las instituciones podrán modificar el precio que cobran por el Plan de Salud Universal. El nuevo precio que cobren deberá contemplar las rebajas a que se refiere el inciso tercero del artículo 188 bis.”. b) Intercálase el siguiente inciso segundo, nuevo, en el artículo 197 bis que se agrega, pasando los incisos segundos a sexto a ser tercero a séptimo, respectivamente: “En la misma oportunidad, la Isapre podrá modificar el precio que cobra por la Cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral, la que tendrá, en términos de porcentaje de la remuneración imponible, el mismo precio para todos los cotizantes a

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
		quienes corresponda este beneficio, en los términos establecidos en el inciso segundo del artículo 188 bis.''.	quienes corresponda este beneficio, en los términos establecidos en el inciso cuarto del artículo 188 bis.”.
	Conjuntamente con el ejercicio de dicha facultad, las Instituciones de Salud Previsional podrán modificar el precio de los Beneficios Complementarios. Las referidas modificaciones no podrán tener en consideración el estado de salud individual del afiliado o de sus beneficiarios. En los respectivos procesos de modificación, las Instituciones de Salud Previsional no podrán establecer, para los afiliados adscritos a un determinado beneficio que se encuentren en idénticas condiciones, precios superiores a los que estén ofreciendo, a esa fecha, a los nuevos contratantes del mismo. Las adecuaciones a que se refieren los incisos precedentes deberán ser comunicadas al afiliado mediante carta certificada expedida, a más tardar, el último día hábil del mes de marzo del año respectivo. **En la misma oportunidad y forma en que se comuniquen la o las adecuaciones, la ISAPRE deberá ofrecer los Beneficios Complementarios alternativos cuyo**		**De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **35 A)** Para derogar el párrafo segundo. **35 B)** Para derogar el párrafo cuarto.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	precio sea equivalente al de los vigentes. A todos los afiliados que se encuentren adscritos a un determinado Beneficio Complementario se les deberá ofrecer idénticos Beneficios Complementarios alternativos y, en caso de rechazarlos, podrán requerir de la Institución otros Beneficios Complementarios que esté ofreciendo. **El afiliado podrá aceptar expresamente la o las adecuaciones al contrato, con las modificaciones de precios propuestas por la ISAPRE; en el evento de que nada diga, se entenderá que acepta la propuesta de la Institución.** Por el contrario, si el afiliado no está de acuerdo con la adecuación propuesta, deberá poner fin al Beneficio Complementario contratado, en la forma y oportunidad que determine el reglamento. Sin perjuicio de lo anterior, el afiliado podrá requerir otros Beneficios Complementarios de los que esté ofreciendo la ISAPRE.”.		**35 C)** Para derogar el párrafo quinto.
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	19) Derógase el artículo 198.		**Al numeral 19), que ha pasado a ser 24)** **Del Presidente de la República** **36)** Para reemplazarlo por el siguiente:

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
reglas: **1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRES deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.** **Para expresar en unidades de fomento los precios base de los planes de salud que se encuentren establecidos en moneda de curso legal, las Instituciones de Salud Previsional utilizarán el valor que dicha unidad monetaria tenga al 31 de diciembre del año anterior.** **2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.**			“24) Sustitúyese el artículo 198 por el siguiente: “Artículo 198.- Para efectos de la modificación del precio del Plan de Salud Universal y del precio de la cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral, anualmente el Instituto Nacional de Estadísticas deberá calcular, respecto del Sistema de Instituciones de Salud Previsional, y para el mismo período, indicadores de la variación de los precios de las prestaciones de salud, de la variación experimentada en la frecuencia de uso de las mismas y de la variación del gasto en subsidios por incapacidad laboral. Para el cálculo de estos indicadores, la información a considerar corresponderá al período definido en el reglamento a que alude el inciso siguiente, el que no podrá ser superior a cinco años. Un reglamento dictado conjuntamente por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo y el Ministerio de Salud, establecerá las materias necesarias para el ejercicio de esta función. Para los efectos descritos en los incisos precedentes, a más tardar el último día hábil de noviembre de cada año, la Superintendencia de Salud deberá

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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**			proporcionar al Instituto Nacional de Estadísticas toda la información de que disponga y que sea necesaria para que dicho órgano pueda cumplir adecuadamente con sus funciones. Sin perjuicio de lo anterior, el referido Instituto podrá solicitar a dicha Superintendencia cualquier antecedente que le parezca pertinente y relevante para el cumplimiento de estos fines. Los indicadores a que alude esta disposición serán informados a la Superintendencia de Salud por el Instituto Nacional de Estadísticas, a más tardar, el último día hábil del mes de enero de cada año; una vez recibida dicha información, la Superintendencia la publicará en el Diario Oficial y en su página web.”. **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **36 A)** Para sustituirlo por el siguiente: Para sustituirlo por el siguiente: “Artículo 198.- Para efectos de la modificación del precio del Plan de Salud Universal y del precio de la cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral, anualmente el Instituto Nacional de Estadísticas deberá calcular, respecto del Sistema

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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**			de Instituciones de Salud Previsional, y para el mismo período, indicadores de la variación de los precios de las prestaciones de salud, de la variación experimentada en la frecuencia de uso de las mismas y de la variación del gasto en subsidios por incapacidad laboral. Para el cálculo de estos indicadores, la información a considerar corresponderá al período definido en el reglamento a que alude el inciso siguiente, el que no podrá ser superior a cinco años. Para efectos de confeccionar el algoritmo del indicador establecido en el inciso anterior, se deberá contemplar diferencias en la ponderación de cada uno de los componentes de éste, privilegiando aquellos gastos en medicina preventiva, configuración de redes, costos asociados a mecanismos de pago de riesgo compartido y, al mismo tiempo, otorgando menor ponderación a los gastos asociados a prestadores relacionados, intervenciones con una mala evaluación de costo-efectividad, intervenciones de salud fuera de protocolos o guías clínicas, aumentos de costos administrativos innecesarios y, en general aquellos gastos que no sean considerados útiles para el logro de objetivos sanitarios.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
contratos de salud previsional cuyo precio se encuentre expresado en un porcentaje equivalente a la cotización legal.			Los reajustes de precio de los planes de salud que se celebren una vez entrada en vigencia esta ley que apliquen las Instituciones de Salud Previsional no podrán superar en más de un 10% del indicador establecido en el inciso primero de este artículo. Los reajustes deberán ser aplicados de la misma manera para todos los contratos, salvo respecto de las diferencias de precio por tramos de edad permitidas de acuerdo al artículo 188 bis, y que de acuerdo al artículo séptimo transitorio deberán atenuarse hasta terminar al comenzar a regir el inciso final del artículo 188 bis. Respecto de los contratos vigentes al momento de entrar en vigencia esta ley, la variación respecto del indicador establecido no podrán ser superiores en más de un 20%. La infracción a esta norma facultará a la Superintendencia de Salud para iniciar el procedimiento respecto que, con el solo mérito de la constancia del alza superior al límite legal establecido, dejar sin efecto dicha alza”.
			Numeral 25, nuevo **Del Presidente de la República** **37)** Para agregar el siguiente numeral 25), nuevo, modificándose la

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			numeración de manera correlativa: “25) Agréguese el siguiente artículo 198 bis, nuevo: “Artículo 198 bis.- Un Panel de Expertos, con carácter de asesor del Ministro de Salud, en adelante “el Panel”, calculará anualmente índices referenciales de variación del precio del Plan de Salud Universal y del precio de la cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral, basados en los indicadores elaborados por el Instituto Nacional de Estadísticas de conformidad al artículo anterior. Al efecto, el Panel evaluará la variación estadística de los indicadores presentados por el Instituto Nacional de Estadísticas, las condiciones existentes en el mercado, las variaciones en la productividad y los cambios tecnológicos en el sector, de modo que los índices resultantes reflejen las variaciones que, bajo condiciones de eficiencia, Isapres representativas de las diversas realidades del mercado aplicarían al precio del Plan de Salud Universal y al precio de la cobertura de los Subsidios por Incapacidad Laboral. A más tardar el último día hábil de enero del año que corresponda, la Superintendencia de Salud y el Instituto

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			Nacional de Estadísticas deberán proporcionar al Panel toda la información de que dispongan y que sea necesaria para que dicho órgano pueda cumplir adecuadamente con sus funciones. Sin perjuicio de lo anterior, el referido Panel podrá solicitar a la Superintendencia de Salud cualquier antecedente que le parezca pertinente y relevante para el cumplimiento de sus fines. Los índices referenciales determinados de conformidad a este artículo serán informados a la Superintendencia de Salud, a más tardar, el último día hábil del mes de febrero del año respectivo. Una vez recibida la información por la referida Superintendencia, ésta la publicará en el Diario Oficial y en su página web.”.”. **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **37 A)** Para derogarlo
			Numeral 26), nuevo **Del Presidente de la República** **38)** Para agregar el siguiente numeral 26), nuevo, modificándose la numeración de manera correlativa:

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			“26) Agrégase el siguiente artículo 198 ter, nuevo: “Artículo 198 ter.- El Panel estará integrado por las personas que se indican a continuación, quienes ejercerán sus funciones sin derecho a remuneración ni dieta alguna, por un período de cuatro años, renovables por un nuevo período: a) Dos académicos de alguna universidad acreditada de conformidad a la ley N° 20.129, quienes deberán estar en posesión de un título de una carrera profesional de, a lo menos, diez semestres de duración, otorgado por una universidad o instituto profesional del Estado, o reconocido por éste; que deberán ser expertos en el área de la ingeniería, estadística, economía o finanzas; b) Un académico de una universidad acreditada de conformidad a la ley N° 20.129, que deberá estar en posesión de un título profesional de una carrera de, a lo menos, diez semestres de duración, otorgado por una universidad o instituto profesional del Estado, o reconocido por éste; quien deberá ser experto en el área de la salud pública o de la gestión en salud. Los integrantes del Panel serán

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			nombrados previo concurso público de antecedentes, proceso que se fundará en condiciones objetivas, transparentes y no discriminatorias. Dicho concurso será convocado por el Ministerio de Salud y resuelto por el Ministro de Salud, de común acuerdo, con el Ministro de Economía, Fomento y Turismo. Además, los miembros del Panel deberán reunir los siguientes requisitos: a) No haber sido condenado o encontrarse acusado por delito que merezca pena aflictiva o de inhabilitación perpetua para desempeñar cargos u oficios públicos, por delitos tributarios o por los contemplados en la ley N° 18.045; b) No haber sido administrador o representante legal de personas jurídicas condenadas por los delitos contenidos en el Título IX del Libro Segundo del Código Penal, y de la ley N° 20.393; c) No haber prestado él ni su cónyuge, servicios, de cualquier tipo y en cualquier circunstancia o lugar, a una Institución de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud, en el año anterior a su designación.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			La función de integrante del Panel es incompatible con la calidad de accionista, director, gerente, trabajador dependiente o asesor de una Institución de Salud Previsional, un prestador institucional público o privado, o de asociaciones gremiales vinculadas a las Isapres o prestadores. El Panel contará con un secretario ejecutivo, que será funcionario de la Superintendencia de Salud, quien prestará el apoyo para el cumplimiento de sus funciones. Dicho funcionario será designado por el Superintendente y no tendrá derecho a voto. Una vez constituido el Panel, en su primera sesión elegirá de entre sus integrantes al experto que lo presidirá. Ante la ausencia del presidente a una sesión, el cargo será subrogado según lo que disponga el reglamento. Los miembros del Panel cesarán en sus funciones por expiración del plazo por el que fueron nombrados, muerte o incapacidad grave para ejercer el cargo, o por renuncia presentada ante el Ministro de Salud. El Panel funcionará con un mínimo de dos de sus integrantes y sus acuerdos deberán adoptarse por la mayoría absoluta de sus integrantes.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			El procedimiento para designar a los miembros del Panel, como también, los mecanismos de adopción de acuerdos y todo otro aspecto relacionado con su funcionamiento, serán establecidos en el reglamento señalado en el inciso segundo del artículo 198.”.”. **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **38 A)** Para derogarlo
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. **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**	20) Derógase el artículo 199.		**Al numeral 20), que ha pasado a ser 27)** **Del Presidente de la República** **39)** Para sustituirlo por el siguiente: “27) Reemplázase el artículo 199, nuevo, del siguiente tenor: “Artículo 199.- El afiliado y los beneficiarios del contrato del Plan de Salud Universal, y las personas que determine la Superintendencia de Salud, mediante norma de carácter general, tendrán derecho a solicitar a las respectivas Instituciones de Salud Previsional la aplicación de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, cuando los copagos que

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
instrucciones señaladas en el inciso precedente se sujetará a las siguientes reglas: **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**			realice por concepto de prestaciones del Plan de Salud Universal acumulados en el periodo de vigencia del contrato superen el monto máximo de gasto por beneficiario, conforme a lo establecido en el artículo 189 bis de la presente ley. Se excluirán de esta suma las prestaciones a que se refiere el artículo 188 ter. Asimismo, en atenciones fuera de la red contratada, se contabilizará para la suma anterior solamente el copago que hubiese correspondido en una atención dentro de la red respectiva. Para el solo efecto de responder a la solicitud de aplicación de la Cobertura Adicional, las Instituciones de Salud Previsional deberán solicitar al Servicio de Impuestos Internos la información reservada relativa a las rentas afectas al impuesto único de segunda categoría y/o al impuesto global complementario de cada uno de los beneficiarios del contrato del Plan de Salud Universal en que se funda la solicitud. Facúltase al Servicio de Impuesto Internos para solicitar a la Institución de Salud Previsional que requiera la información a que se refiere este artículo, que le acredite que su solicitud es a requerimiento del beneficiario o de las personas así autorizadas por norma de carácter general emitida por la Superintendencia de Salud.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
incorporada una tabla de factores. Las Instituciones de Salud Previsional no podrán establecer más de dos tablas de factores para la totalidad de los planes de salud que se encuentren en comercialización. **Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, las Instituciones de Salud Previsional podrán establecer nuevas tablas cada cinco años, contados desde las últimas informadas a la Superintendencia, manteniéndose vigentes las anteriores en los planes de salud que las hayan incorporado.** **Las Instituciones de Salud Previsional estarán obligadas a aplicar, desde el mes en que se cumpla la anualidad y de conformidad con la respectiva tabla, el aumento o la reducción de factor que corresponda a un beneficiario en razón de su edad, y a informar al cotizante respectivo mediante carta certificada expedida en la misma oportunidad a que se refiere el inciso tercero del artículo 197.**			En caso que el gasto realizado por el beneficiario del contrato del Plan de Salud Universal supere el monto máximo de gasto por beneficiario, determinado en base a la información provista por el Servicio de Impuestos Internos, la respectiva Institución de Salud Previsional deberá aplicar automáticamente dicho tope máximo. En el evento que algún beneficiario del contrato del Plan de Salud Universal efectúe gastos que excedan el monto máximo de gasto por beneficiario, la Institución de Salud Previsional estará obligada a devolver la diferencia entre los gastos incurridos por el afiliado al plan y el monto máximo de gasto por beneficiario. Este monto deberá ser devuelto al afiliado por la respectiva Institución de Salud Previsional, en la forma y plazos que determine la Superintendencia de Salud mediante norma de carácter general. Un reglamento expedido por el Ministerio de Salud y suscrito por el Ministro de Hacienda reglamentará los requisitos que debe cumplir la solicitud de aplicación de la Cobertura Adicional, y establecerá el procedimiento que deberán seguir las Instituciones de Salud Previsional para solicitar al Servicio de Impuestos Internos la información indicada en este artículo, la

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			forma y plazos en que el Servicio de Impuestos Internos deberá entregar dicha información, y los plazos de respuesta que tendrán las Instituciones de Salud Previsional respecto de solicitudes de los afiliados. La información que entregue el Servicio de Impuestos Internos a las Instituciones de Salud Previsional mantendrá su calidad de reservada respecto a terceros de conformidad a lo establecido en el artículo 35 del Código Tributario. Respecto de la información a que se refiere este artículo, se encontrará sujeta a reserva y confidencialidad.”.
Artículo 200.- Para la celebración de un contrato de salud, 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. **En los casos anteriores, todos los**	21) Reemplázase el artículo 200 por el siguiente: “Artículo 200.- Las Instituciones de Salud Previsional podrán tener por objeto el otorgamiento de 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.”.		

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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**			

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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:	22) Introdúcense las siguientes modificaciones en el artículo 201: **a) Reemplázase el encabezado del inciso primero por el siguiente:** "**Artículo 201.- La Institución sólo podrá poner término al contrato de salud que contenga el Plan Garantizado de Salud y, cuando corresponda, la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral, <u>o al contrato independiente en el que consten los Beneficios Complementarios convenidos</u>, cuando el cotizante incurra en alguno de los siguientes incumplimientos contractuales**:".	22) Introdúcense las siguientes modificaciones en el artículo 201: **Para introducir al artículo 201 las siguientes modificaciones:** a) Sustitúyese el primer párrafo del inciso primero del artículo 201, por el que sigue: "Artículo 201.- La Institución solo podrá poner término al contrato de salud que contenga el Plan Garantizado de Salud y, cuando corresponda, la cobertura de Subsidio por Incapacidad Laboral o al contrato independiente en el que consten los Beneficios Complementarios convenidos, cuando el cotizante incurra en alguno de los incumplimientos contractuales descritos en los numerales 2, 3 y 4 siguientes. La causal de terminación de contrato consignada en el numeral 1, sólo será aplicable respecto del contrato en el que	**Al numeral 22), que ha pasado a ser numeral 29)** **Del Presidente de la República** **40)** Para modificarlo de la siguiente manera: a) Reemplázase la letra a), por la siguiente: "a) Sustitúyese el encabezado del inciso primero del artículo 201, por el siguiente: "Artículo 201.- La Institución podrá poner término unilateral al contrato de salud que contenga el Plan de Salud Universal y, cuando corresponda, la Cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral o al contrato independiente en el que consten los Beneficios Complementarios convenidos, cuando el cotizante incurra en alguno de los incumplimientos contractuales descritos en los numerales siguientes, salvo la

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	b) Sustitúyese el numeral 1 del inciso primero del artículo 201 por el que sigue:	consten los Beneficios Complementarios:". b) Sustitúyese el numeral 1 del inciso primero del artículo 201 por el que sigue:	causal del numeral 1, la que solo será aplicable respecto del contrato en el que consten los Beneficios Complementarios:”.”.
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.	“**1.- Falsear o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud a que se refiere el inciso cuarto del artículo 192, salvo que el afiliado o beneficiario demuestren justa causa de error.”.**	"1.- Falsear o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud a que se refiere el inciso cuarto del artículo 192, salvo que el afiliado o beneficiario demuestren justa causa de error.". *(no hay diferencia)*	
	c) Reemplázase el numeral 2 del inciso primero, por el siguiente:		b) Sustitúyese en la letra c), que reemplaza el numeral 2 del inciso primero del artículo 201, la expresión “Plan Garantizado en Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal”.
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	“2.- No pago de al menos seis mensualidades del precio del **Plan Garantizado en Salud** o del precio de la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral, por parte de los cotizantes voluntarios de este sistema o		

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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 familiar 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,	de quienes reúnan la calidad de trabajadores independientes, tanto aquellos que revistan tal carácter 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 artículo 197.”. d) Suprímese en el inciso segundo la oración “con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas”, así como las comas que figuran antes y después de ella.		

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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**	e) Elimínase en el inciso tercero la oración “con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas”, así como la coma que la antecede. f) Derógase en el inciso cuarto la frase “en el caso de las enfermedades preexistentes”, así como la coma que figura a continuación, y reemplázase la oración “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”, por las siguientes: “del precio del **Plan Garantizado en Salud** o del monto por concepto de la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral, el plazo se contará desde los treinta días siguientes a la fecha en que la ISAPRE haya comunicado la deuda en los términos del artículo 197”. g) Agrégase el siguiente inciso final:		c) Sustitúyese en la letra e), que modifica el inciso cuarto del artículo 201, la expresión “Plan Garantizado en Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal”. *(incide en la letra f)* d) Sustitúyese en la letra f), que agrega un nuevo inciso final al artículo 201, la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal”. *(incide en la letra g)* **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **40 A)** Para suprimir, en el párrafo primero, la frase “o al contrato independiente en el que consten los Beneficios Complementarios convenidos”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
beneficiario, desde que la Institución tome conocimiento de ella.	"En el caso de que los incumplimientos señalados en este artículo se relacionen con el contrato de salud en que consten los Beneficios Complementarios convenidos, la respectiva ISAPRE podrá poner término a dicho beneficio, pero no podrá poner término al contrato de salud ni afectar el otorgamiento de los beneficios contenidos en el **Plan Garantizado de Salud** y en la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral.".		**40 B)** Para suprimir su inciso final.
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. **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**	23) Introdúcense las siguientes modificaciones en el artículo 202: a) Reemplázase en el inciso primero la expresión "Los contratos celebrados", por la siguiente frase: "Los contratos de salud celebrados, **tanto del <u>Plan Garantizado de Salud</u> como de Beneficios Complementarios**". b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente: "Los beneficios del **Plan Garantizado de Salud y los Beneficios Complementarios convenidos** se extenderán por el solo ministerio de la ley a todos los nuevos familiares beneficiarios que declare el cotizante.".		**Al numeral 23), que ha pasado a ser numeral 30)** **Del Presidente de la República** **41)** Para sustituir en las letras a), b) y c) que modifican el artículo 202, la expresión "Plan Garantizado de Salud" por la siguiente: "Plan de Salud Universal". **De los HH.SS. señora Goic y señores Chahuán, Girardi y Quinteros** **41 A)** Para suprimir, en el párrafo primero, la frase "tanto del Plan Garantizado de Salud como de Beneficios Complementarios". **De los HH.SS. señora Goic y señores Girardi y Quinteros** **41 B)** Para suprimir, en el inciso

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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.**	c) Reemplázase el inciso final por el siguiente: "Con todo, en el evento de que un beneficiario adquiera la calidad jurídica de cotizante, podrá optar por permanecer en la o las Instituciones de Salud Previsional respectivas celebrando los correspondientes contratos de salud, de acuerdo a lo establecido en este decreto con fuerza de ley. La Institución estará obligada a ofrecer al beneficiario el **Plan Garantizado de Salud**, la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral **y los Beneficios Complementarios convenidos**, según corresponda, debiendo éste pagar los valores en que se estén ofreciendo tales beneficios en ese momento.".		segundo, la frase "y los Beneficios Complementarios convenidos". **De los HH.SS. señora Goic y señores Girardi y Quinteros** **41 C)** Para suprimir, en el inciso final, la frase "y los Beneficios Complementarios convenidos".
Artículo 203.- En el evento que el cotizante fallezca una vez transcurrido un año de vigencia ininterrumpida de los	24) Modifícase el artículo 203 de la siguiente forma:		**Al numeral 24), que ha pasado a ser numeral 31)**

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
beneficios contractuales, la Institución de Salud Previsional estará obligada a mantener, por un período no inferior a un año contado desde el fallecimiento, todos los beneficios del contrato de salud vigente a la fecha en que se verificó tal circunstancia, a todos los beneficiarios declarados por aquél, entendiéndose incorporados en éstos al hijo que está por nacer y que habría sido su beneficiario legal de vivir el causante a la época de su nacimiento. **El beneficio establecido en este artículo se sujetará a las siguientes reglas:** **1.- Cuando corresponda, las Instituciones de Salud Previsional tendrán derecho a percibir las cotizaciones para salud provenientes de las pensiones o remuneraciones devengadas por los beneficiarios señalados en el inciso primero, durante el período en que rija el beneficio dispuesto en este artículo.** **2.- Terminada la vigencia del beneficio, la Institución estará obligada a ofrecer al beneficiario el mismo plan de salud, debiendo éste pagar el valor que resulte de multiplicar el precio base del plan por el factor que corresponda a su sexo y edad.**	a) Reemplázanse los incisos segundo y tercero, por los siguientes: “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. Terminada la vigencia del beneficio, la Institución estará obligada a ofrecer al beneficiario el **Plan Garantizado de Salud**, la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral **y los Beneficios Complementarios convenidos**, debiendo éste pagar el valor al que aquellos se ofrezcan en ese momento.”.		**Del Presidente de la República** **42)** Para sustituir en la letra a), que reemplaza los incisos segundo y tercero del artículo 203, la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal” que aparece en el inciso tercero.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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**	b) Derógase el inciso cuarto.		**De los HH.SS. señora Goic y señores Girardi y Quinteros** **42 A)** Para suprimir, en el inciso tercero, la frase “y los Beneficios Complementarios convenidos”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
sólo podrán ser dispuestos por los herederos del cotizante.			
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.	25) Derógase el artículo 204.		
De las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud	26) Sustitúyese el epígrafe del párrafo 5° del Título II del Libro III por el siguiente: "De la determinación del **Plan Garantizado de Salud**".		**Al numeral 26), que ha pasado a ser numeral 33)** **Del Presidente de la República** **43)** Para reemplazar, en el epígrafe que se sustituye, la expresión "Plan Garantizado de Salud" por la siguiente: "Plan de Salud Universal".
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.	27) Sustitúyese el artículo 205 por el siguiente: "Artículo 205.- Por decreto supremo expedido a través del Ministerio de Salud se revisarán los montos de protección financiera y las prestaciones del arancel del **Plan Garantizado de Salud**, junto a la prima comunitaria. Para tal efecto, se incorporará el contenido de las Garantías Explícitas en Salud que se definan conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.966 y se efectuarán las evaluaciones de tecnologías sanitarias con criterio de costo efectividad y de		**Al numeral 27), que ha pasado a ser numeral 34)** **Del Presidente de la República** **44)** Para reemplazar en el artículo 205 que se sustituye, la expresión "Plan Garantizado de Salud" por la siguiente: "Plan de Salud Universal" las dos veces que aparece.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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.**	priorización sanitaria. El Consejo Consultivo a que se refiere el artículo siguiente deberá proponer el modelo de ajuste de riesgos, con las variables que se utilizarán para efectuar las compensaciones que se regulan en el párrafo 6° de este Título. Para efectos de la revisión señalada en el inciso primero, la variación en el valor de la prima comunitaria que se defina anualmente no podrá superar la variación promedio de los cuatro años anteriores del índice general real de remuneraciones por hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, o el que lo reemplace. Un reglamento determinará la forma en que se deberán calcular las referidas variaciones. Con todo, en la revisión regulada en este artículo, cada una de las prestaciones del **Plan Garantizado de Salud** deberá contemplar una protección financiera no inferior a la que otorga el Fondo Nacional de Salud en la Modalidad de Libre Elección. El Ministro de Salud podrá convocar al Consejo cada vez que lo estime necesario, sin perjuicio de que éste deba reunirse, a lo menos, una vez al año.”.		

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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. **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**	28) Sustitúyese el artículo 206, por el siguiente: "Artículo 206.- El Consejo Consultivo, en adelante también "el Consejo" estará compuesto por seis miembros: 1.- Un representante de las Instituciones de Salud Previsional, elegido por éstas, de conformidad al mecanismo establecido en el reglamento respectivo; 2.- Un representante de los prestadores privados institucionales, elegido por éstos, de conformidad al mecanismo establecido en el reglamento respectivo; 3.- Un representante del Ministerio de Salud, quien lo presidirá; 4.- Un representante de la Dirección de Presupuestos; 5.- Un representante de las sociedades científicas, elegido por éstas, de conformidad al mecanismo establecido en el reglamento respectivo, y 6.- Un representante del Director del Fondo Nacional de Salud. Además, integrará el Consejo el Superintendente de Salud, sin derecho a voto, quien actuará como Secretario Ejecutivo del mismo y como ministro de		**Al numeral 28), que ha pasado ser numeral 35)**

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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.**	fe respecto de sus acuerdos. Para el mejor cumplimiento de sus funciones, el Secretario Ejecutivo contará con la colaboración de un secretario asistente, designado por el Superintendente de entre los funcionarios de la Superintendencia. Los consejeros no recibirán remuneración alguna por su desempeño**.** Podrán asistir a las sesiones del Consejo, con derecho a voz, los Ministros y Subsecretarios de los Ministerios de Salud y de Hacienda, o quienes los representen.”.		**Del Presidente de la República** **45)** Para agregar en el inciso cuarto del artículo 206 que se sustituye, a continuación del punto aparte que pasa a ser seguido, la siguiente frase “Los consejeros durarán cuatro años en el cargo y podrán ser renovados por un nuevo período.”
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 prestaciones pactadas en el <u>plan complementario, con cargo al porcentaje de la cotización legal para</u>	29) Sustitúyese el artículo 207, por el siguiente: “Artículo 207.- Un reglamento dictado por intermedio del Ministerio de Salud establecerá la metodología que utilizará el Consejo Consultivo para garantizar que la protección financiera de cada una de las prestaciones contenidas en el **Plan Garantizado de Salud** no sea		**Al numeral 29), que ha pasado a ser numeral 36)** **Del Presidente de la República** **46)** Para reemplazar en el artículo 207 que se sustituye, la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal” las dos veces que allí aparece.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
salud.	inferior a la cobertura que establece el Fondo Nacional de Salud para la Modalidad de Libre Elección. Asimismo, señalará la fecha en que se modificará la prima comunitaria del referido Plan, considerando la oportunidad en que se modifica el precio de las Garantías Explícitas en Salud, el monto del deducible máximo anual por beneficiario para la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas y el arancel del **Plan Garantizado de Salud**, de acuerdo con los términos establecidos en la letra i) del artículo 170. Además, el reglamento indicará las reglas de funcionamiento del referido Consejo, el quórum para que sesione y adopte acuerdos, las causales de inhabilidad o de cesación en el cargo de los consejeros, la forma en que deberá recoger las opiniones de las Instituciones de Salud Previsional, de los prestadores de salud públicos y privados y de otras entidades, con el objeto de recabar antecedentes que le permitan entregar una opinión fundada al Ministro de Salud, en el plazo que se definirá en el aludido reglamento.”.		
Artículo 208.- Las normas del Párrafo	30) Sustitúyese el artículo 208, por el siguiente: “Artículo 208.- Para cumplir con lo		**Al numeral 30), que ha pasado a ser numeral 37)** **Del Presidente de la República**

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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.	dispuesto en el artículo 205, los consejeros deberán contar con los estudios y antecedentes técnicos proporcionados por el Ministerio de Salud. Sin perjuicio de lo anterior, para el cumplimiento de su función, el Consejo podrá encargar a la Superintendencia otros estudios o informes técnicos complementarios. Junto con la evaluación técnica científica para la incorporación de nuevas tecnologías, procedimientos y medicamentos al **Plan Garantizado de Salud**, se deberá incorporar una instancia y mecanismos de participación ciudadana que permitan incorporar en el trabajo del Consejo, las valoraciones y preferencias de la sociedad**.**”.		**47)** Para reemplazar en el artículo 208 que se sustituye, la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal”. **48)** Para reemplazar el punto final del inciso segundo del artículo 208, por lo siguiente: “, de acuerdo al reglamento que se refiere el artículo anterior.”.
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	31) Sustitúyese el artículo 209, por el siguiente: **“Artículo 209.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 197, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud que contiene el Plan Garantizado de Salud y, cuando corresponda, la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral, dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia del nuevo Plan Garantizado de Salud o de sus**	**Para sustituir el artículo 209, por el siguiente:** “Artículo 209.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 197, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud que contiene el Plan Garantizado de Salud y, cuando corresponda, la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral, dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las modificaciones que se introduzcan al Plan Garantizado de Salud.”.	**Al numeral 31), que ha pasado a ser numeral 38)** **Del Presidente de la República** **49)** Para reemplazarlo por el siguiente: “38) Sustitúyese el artículo 209, por el siguiente: “Artículo 209.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 197, el afiliado podrá desahuciar el contrato de salud que contiene el Plan de Salud Universal y, cuando

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
contenidas en el referido precepto legal.	**posteriores modificaciones.**”.		corresponda, la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, dentro de los sesenta días corridos siguientes a la entrada en vigencia de las modificaciones que se introduzcan al Plan de Salud Universal.”.”.
Párrafo 6º De la creación y administración del Fondo de Compensación **Solidario**	32) Reemplázase en el epígrafe del párrafo 6° del Título II del Libro III, la palabra “Solidario” por la frase “del **Plan Garantizado de Salud**”.		**Al numeral 32), que ha pasado a ser numeral 39)** **Del Presidente de la República** **50)** Para sustituir, en el epígrafe que se reemplaza, la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal”.
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	33) Sustitúyese el inciso primero del artículo 210, por el siguiente: “Artículo 210.- Créase un Fondo de Compensación del **Plan Garantizado de Salud** entre Instituciones de Salud Previsional, cuya finalidad será solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de dichas Instituciones, en relación con las coberturas, prestaciones y condiciones de salud contenidas en el **Plan Garantizado de Salud**, en conformidad a lo establecido en este Párrafo.”.		**Al numeral 33), que ha pasado a ser numeral 40)** **Del Presidente de la República** **51)** Para reemplazar en el inciso primero del artículo 210 que se sustituye, la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal”, las dos veces que aparece.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
empresa o institución que constituyó la Institución de Salud Previsional, y será supervigilado y regulado por la Superintendencia.			
			Numeral nuevo **De los HH.SS. señora Goic y señores Girardi y Quinteros** **51 A)** Para agregar un artículo 210 bis nuevo del siguiente tenor: “Artículo 210 bis.- Créase un Fondo Mancomunado Universal constituido por el 10% de la cotización obligatoria de salud de todos los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud, y con el equivalente que corresponda aportado por el Estado por aquellos beneficiarios carentes de ingresos para el financiamiento de medicamentos de alto costo definidos en el Plan Nacional de Cáncer, para el Plan Nacional de Salud Mental y para el Sistema Nacional de Trasplantes. La forma de uso y la administración del Fondo corresponderá al Fondo Nacional de Salud de acuerdo a lo establecido por Reglamento conjunto de los Ministerio de Salud y de Hacienda.”.
Artículo 211.- El Fondo de Compensación Solidario compensará	34) Introdúcense las siguientes modificaciones en el artículo 211:		**Al numeral 34), que ha pasado a ser numeral 41)**

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
entre sí a las Instituciones de Salud Previsional, por la diferencia entre la prima comunitaria que se determine para las Garantías Explícitas en Salud y la prima ajustada por riesgos que corresponda, las que se determinarán conforme al Reglamento. **Para el cálculo de la prima ajustada por riesgos, sólo se considerarán las variables de sexo y edad.** Las primas a que se refiere este artículo, serán puestas en conocimiento de las Instituciones de Salud Previsional para que, dentro del quinto día siguiente, manifiesten sus observaciones. Si nada dicen, se entenderán aceptadas.	a) Modifícase el inciso primero del siguiente modo: i. Reemplázase la palabra “Solidario”, por las palabras “del **Plan Garantizado de Salud**”. ii. Reemplázase la expresión “las Garantías Explícitas en Salud”, por la siguiente: “el **Plan Garantizado de Salud**”. b) Sustitúyese el inciso segundo por el siguiente: “Para el cálculo de la prima ajustada por riesgos, se considerarán las variables de sexo, edad, diagnóstico y cualquiera otra que permita mejorar el modelo de ajuste de riesgos en salud, en la forma y oportunidad que determine el reglamento. Con todo, el Ministerio de Salud definirá la fecha a partir de la cual se incorporará la variable diagnóstico y las demás que correspondan al cálculo de la prima comunitaria.”.		**Del Presidente de la República** **52)** Para reemplazarlo por el siguiente: “41) Sustitúyanse los incisos primero y segundo del artículo 211 por los siguientes: “Artículo 211.- El Fondo de Compensación del Plan de Salud Universal compensará entre sí a las Instituciones de Salud Previsional, por un monto relacionado a la diferencia entre la o las primas comunitarias que se determinen para el Plan de Salud Universal y las primas ajustadas por riesgos que corresponda, las que se determinarán conforme al Reglamento. Para el cálculo de la compensación, la o las primas comunitarias y las primas ajustadas por riesgos, a que refiere el inciso anterior, se considerarán las variables de sexo, edad, diagnóstico y cualquiera otra que permita mejorar el modelo de ajuste de riesgos en salud, en la forma y oportunidad que determine el Reglamento. Con todo, el Ministerio de Salud definirá la fecha a partir de la cual se incorporará la variable diagnóstico y las demás que correspondan al cálculo de dichas primas y compensación.”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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.			**De los HH.SS. señora Goic y señores Girardi y Quinteros** **52 A)** Para sustituir el inciso segundo por el siguiente: “Para el cálculo de la compensación, la o las primas comunitarias y las primas ajustadas por riesgos, a que refiere el inciso anterior, se considerarán como mínimo las variables de sexo, edad, diagnóstico y cualquiera otra que permita mejorar el modelo de ajuste de riesgos en salud, en la forma y oportunidad que determine el Reglamento.”
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;			**Numeral 42, nuevo** **Del Presidente de la República** **53)** Para agregar el siguiente numeral 42), nuevo, modificándose la numeración de forma correlativa: “42) Sustitúyese el numeral 8.- del inciso primero del artículo 216, por el siguiente:

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
3.- Fecha de su registro en la Superintendencia; 4.- Duración de la sociedad; 5.- Balance general del último ejercicio y los estados de situación que determine la Superintendencia; 6.- Estándar de patrimonio, índice de liquidez y monto de la garantía; 7.- Relación de las multas aplicadas por la Superintendencia en el último período trienal, con indicación del monto y el motivo; **8.- Listado de planes de salud en actual comercialización, con indicación de sus precios base, tabla de factores, prestaciones y beneficios.** **En el caso de los beneficiarios, las Instituciones siempre deberán estar en condiciones de entregar dicha información respecto de sus planes, y** 9.- Nómina de los agentes de ventas de la Institución de Salud Previsional correspondiente, por ciudades. La información referida podrá constar en medios electrónicos o impresos, o en			“8.- Listado de los Beneficios Complementarios en actual comercialización, con indicación de sus precios, prestaciones y beneficios. En el caso de los afiliados, las Instituciones siempre deberán estar en condiciones de entregar dicha información respecto de sus Beneficios Complementarios contratados.”.”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
ambos, total o parcialmente, y deberá actualizarse periódicamente de acuerdo a lo que señale la Superintendencia.			
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. **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**	**36) Modifícase el artículo 221 del siguiente modo:**		**Al numeral 36), que ha pasado a ser numeral 44)** **Del Presidente de la República** **54)** Para reemplazarlo por el siguiente: “44) Modifícase el artículo 221 de la siguiente manera: a) Sustitúyese su inciso segundo por el siguiente: “Cuando una Isapre no dé cumplimiento a los requerimientos establecidos en los artículos 178 y 181, deberá presentar a la Superintendencia, dentro de los dos días hábiles siguientes a la constatación de tales hechos, una explicación pormenorizada de sus razones y, dentro de seis días hábiles contados desde la misma fecha, un detalle de las medidas que hubiere adoptado o adoptará para su solución. En el evento de que la Isapre no informe a la Superintendencia, o bien, señale como fecha de constatación una distinta a la efectiva, esta fecha será establecida por la Superintendencia, sin perjuicio de la aplicación de las sanciones a que haya

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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			lugar. Si alguno de los problemas señalados en el inciso precedente subsistiere por más de 40 días hábiles contados desde su detección, la Isapre deberá presentar antes del vencimiento de dicho término, para conocimiento y aprobación de la Superintendencia, 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.”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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			

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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.			b) Agréganse los siguientes incisos octavo y noveno, nuevos, pasando los actuales incisos octavo, noveno y décimo a ser décimo, décimo primero y décimo segundo respectivamente: “En caso de rechazo del Plan de Ajuste y Contingencia o si, habiéndolo aprobado, éste se incumple o transcurre el plazo de ejecución previsto sin que se haya superado el problema informado o detectado, la Superintendencia también podrá convocar en única instancia, a junta extraordinaria de accionistas o a los socios en su caso, con el fin de aprobar el aumento de capital necesario para cumplir con el monto mínimo exigido por esta ley. Dicha convocatoria se efectuará dentro de los cinco días hábiles posteriores al vencimiento del plazo antes mencionado y la celebración de la junta u órgano resolutivo deberá ocurrir dentro de los plazos a que se refiere la Ley de Sociedades Anónimas y su reglamento. La Junta se constituirá con las acciones que se encuentren presentes o representadas, cualquiera que sea su número, y los acuerdos se adoptarán por la mayoría absoluta de las acciones presentes o representadas con derecho a voto. En el caso en que la junta

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			extraordinaria de accionistas de la Isapre acordase el aumento de capital, éste deberá ser enterado en un plazo no superior a 80 días hábiles contado desde la fecha del acuerdo y su pago se hará en dinero efectivo. El mismo plazo regirá en el evento de una modificación del capital social en una sociedad de personas, caso en el cual el plazo se contará desde la fecha de la escritura pública en que se hubiere acordado tal modificación. Si transcurrido este plazo los problemas no se hubieren solucionado, la Superintendencia podrá cancelar el registro de la Isapre en la forma indicada en el inciso siguiente. Igual sanción se podrá aplicar en el caso de que la junta no se constituya o no acordare aumentar el capital social de la compañía y los incumplimientos no se hubieren solucionado.”.
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			

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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	**a) Suprímese, en el literal c) del inciso octavo, la frase “y la condición de cautividad”.**		c) Sustitúyese en el inciso octavo letra c.-, que ha pasado a ser inciso décimo, la frase “, la cotización pactada y la condición de cautividad” por “y la cotización pactada”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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**	**b) Sustitúyese el inciso final por el siguiente:** **"Las Instituciones de Salud Previsional que hayan recibido el total o parte de los afiliados y beneficiarios de la ISAPRE a la que se aplique el régimen especial de supervigilancia y control que se establece en el presente artículo, deberán adscribir a cada uno de los cotizantes al Plan Garantizado de Salud y, si correspondiere, a la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral, al precio para el referido Plan Garantizado y al precio para la mencionada cobertura vigentes a la fecha de la transferencia. Lo anterior, sin perjuicio de que las partes, de mutuo acuerdo, convengan Beneficios Complementarios adicionales a dicho**		d) Sustitúyese el actual inciso final por el siguiente: "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 al Plan de Salud Universal y si correspondiere, a la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, al precio vigente para el referido Plan de Salud Universal, y al precio vigente para la mencionada Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, a la fecha de la transferencia. Lo anterior, sin perjuicio de que las partes, de mutuo acuerdo, convengan Beneficios Complementarios adicionales a dicho plan. Las Instituciones deberán notificar

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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 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. 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.	**Plan. Las Instituciones de Salud Previsional deberán notificar a los cotizantes mediante carta certificada expedida dentro del plazo de quince días hábiles, contado desde la fecha de la transferencia, informándoles, además, que pueden desafiliarse de la Institución y traspasarse, junto con sus cargas legales, al régimen a que se refiere el Libro II de este decreto con fuerza de 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 inciso segundo del artículo 197.".**		estas condiciones a los cotizantes mediante carta certificada expedida dentro del plazo de 15 días hábiles, contado 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 este decreto con fuerza de 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 las condiciones señaladas en la carta.". e) Agrégase el siguiente inciso final, nuevo: "Las Isapres no podrán efectuar disminuciones de capital o distribución de dividendos si con ello dejan de cumplir los requisitos establecidos en los artículos 178, 180 y 181.".".
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			**Al numeral 45), nuevo** **Del Presidente de la República** **55)** Para agregar el siguiente numeral 45), nuevo, modificándose la numeración de forma correlativa: "45) Modifícase el artículo 222 de la siguiente forma:

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
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			a) Reemplázase la letra a.- por la siguiente: “a.- Cuando una Institución tenga un patrimonio igual o inferior al ochenta por ciento de lo establecido por la superintendencia en virtud del artículo 178.”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
Ajuste y Contingencia, y e.- Cuando se dicte la resolución de liquidación de la Institución. En este caso, la existencia del liquidador 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.**			b) Sustitúyese el inciso final por el siguiente: "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 diez mil unidades de fomento o una garantía por debajo de las cuatro mil unidades de fomento.".".
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	37) Reemplázase, en el inciso primero del artículo 224, la palabra "Solidario" por la expresión "del **Plan Garantizado de Salud**.".		**Al numeral 37), que ha pasado a ser numeral 46)** **Del Presidente de la República** **56)** Para sustituir en el inciso primero del artículo 224 que se reemplaza, la expresión "Plan Garantizado de Salud" por la siguiente: "Plan de Salud Universal".

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
Institución deberá comunicar a sus cotizantes y beneficiarios, de acuerdo a los plazos y procedimientos que fije la Superintendencia, su intención de cerrar el registro. Para la aprobación de la solicitud, la Institución deberá acreditar que otra Institución ha aceptado la totalidad de sus contratos de salud, incluyendo a todos sus afiliados y beneficiarios, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 219.			
	38) Agrégase el siguiente artículo 228 bis: “Artículo 228 bis.- Sin perjuicio de las notificaciones por escrito a que obliga esta ley, todas las actuaciones que deban desarrollarse con una ISAPRE, sea por sus afiliados, el público general, los prestadores de salud o los empleadores u obligados al pago de las cotizaciones de salud, así como todas las informaciones, comunicaciones y notificaciones que las Instituciones de Salud Previsional dirijan a sus afiliados, a los prestadores de salud o a los respectivos empleadores u obligados al pago de la cotización de salud, podrán realizarse por aquellos medios electrónicos que hayan sido aprobados por la Superintendencia.”.		
			Numeral 48), nuevo **Del Presidente de la República**

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			57) Para agregar el siguiente numeral 48), nuevo: “48) Agrégase el siguiente artículo 228 ter nuevo: “Artículo 228 ter.- Las infracciones previstas en esta ley prescribirán transcurrido el plazo de cuatro años desde que se hayan cometido, el que se interrumpirá con la notificación de la formulación de cargos o de la demanda, o formalización, según corresponda, por los hechos constitutivos de las mismas.”.”.
	ARTÍCULO 2°		**ARTÍCULO 2°**
Decreto con fuerza de ley N°44 **Subsidio por Incapacidad Laboral** Artículo 4°.- Para tener derecho a los subsidios se requiere un mínimo de seis meses de afiliación y de tres meses de cotización dentro de los seis meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica correspondiente. Con todo, para acceder a los subsidios, los trabajadores dependientes contratados diariamente por turnos o jornadas deberán contar, además del período mínimo de afiliación a que se refiere el inciso primero con, a lo menos, un mes de cotizaciones dentro de los	**Artículo 2°.- Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 3° y 4° y en las disposiciones transitorias, las modificaciones establecidas en el artículo 1° de esta ley entrarán en vigencia un año después de su publicación.** **Todos los contratos vigentes a la época en que empiece a regir el artículo 1° y aquellos que se suscriban con posterioridad, deberán ajustarse a las normas de esta ley, contemplando el Plan Garantizado de Salud y la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral, cuando corresponda, más el contrato**		**Del Presidente de la República** **58)** Para eliminar el artículo segundo, pasando los artículos tercero y cuarto a ser segundo y tercero respectivamente.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
seis meses anteriores a la fecha inicial de la respectiva licencia.	**independiente que las Instituciones de Salud Previsional pactaren con cada afiliado contemplando los Beneficios Complementarios, y de acuerdo a lo dispuesto en el artículo primero transitorio, cuando proceda.**		
	ARTÍCULO 3°		
	Artículo 3°.- Los reglamentos a que alude esta ley, salvo disposición en contrario, deberán ser expedidos a través del Ministerio de Salud y podrán ser dictados a partir de la publicación de esta ley.		
	ARTÍCULO 4°		
	Artículo 4°.- El Fondo de Compensación Solidario establecido en el artículo 210 del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2006, vigente a la fecha de publicación de esta ley, funcionará hasta el último día del mes anterior a aquel en que entre en vigencia el **Plan Garantizado de Salud**. Junto con la entrada en vigencia del mencionado Plan, comenzará a operar el Fondo de Compensación a que alude el párrafo 6° del Título II del Libro III del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2006, modificado por esta ley.		**Al ARTÍCULO 4°, que ha pasado a ser 3°** **Del Presidente de la República** **59)** Para reemplazar en el inciso primero la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	ARTÍCULOS TRANSITORIOS		
			ARTÍCULO PRIMERO TRANSITORIO, NUEVO **Del Presidente de la República** **60)** Para incorporar el siguiente artículo primero transitorio, nuevo, pasando el actual a ser artículo segundo transitorio y así sucesivamente: “Artículo Primero.- Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 2° y 3° y en las disposiciones transitorias, las modificaciones establecidas en el artículo 1° de esta ley entrarán en vigencia un año después de su publicación en el Diario Oficial. Los reglamentos a que se refiere la presente ley deberán ser dictados dentro del plazo de seis meses contado desde su publicación en el Diario Oficial. Todos los contratos vigentes a la época en que empiece a regir el artículo 1° de la presente ley y aquellos que se suscriban con posterioridad, deberán ajustarse a las normas de esta ley, contemplando el Plan de Salud Universal y la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral, cuando corresponda, más el contrato

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			independiente que las Instituciones de Salud Previsional pactaren con cada afiliado contemplando los Beneficios Complementarios, y de acuerdo a lo dispuesto en el artículo primero transitorio, cuando proceda.”.
	Artículo primero transitorio.- A más tardar el último día hábil del mes de **marzo del año siguiente** a la publicación de esta ley, las Instituciones de Salud Previsional deberán enviar a cada uno de sus afiliados una carta certificada, en la que comunicarán, de acuerdo con las instrucciones generales que imparta al efecto la Superintendencia de Salud, las modificaciones que conforme a esta ley sufrirá su contrato de salud. En dicha carta, la ISAPRE deberá señalar, a lo menos, el contenido del **Plan Garantizado de Salud** y mencionar que sólo cobrará el valor de la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral cuando ello proceda. Además, deberá individualizar los establecimientos que conforman la red o redes de prestadores a través de las cuales se otorgarán las Garantías Explícitas en Salud y la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, para prestaciones ambulatorias y hospitalarias. Adicionalmente, si fuere procedente, se	**Al Artículo Primero Transitorio** 8) Para sustituir en su inciso primero la expresión “siguiente” que está precedida de la palabra “año”, por la expresión “subsiguiente”.	**AL ARTÍCULO PRIMERO TRANSITORIO, QUE HA PASADO A SER SEGUNDO TRANSITORIO:** **Del Presidente de la República** **61)** Para modificarlo del siguiente modo: a) Reemplázase la expresión “Plan Garantizado de Salud” por la siguiente: “Plan de Salud Universal” las ocho veces que aparece. b) Sustitúyese en el inciso primero la expresión “marzo del año siguiente” por la siguiente: “marzo del año subsiguiente”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	deberá informar, en los mismos términos, la red o redes a través de los cuales se otorgará el resto de las prestaciones comprendidas en el **Plan Garantizado de Salud**. Por último, se deberá informar a los cotizantes que pueden contratar los Beneficios Complementarios con esa o con otra ISAPRE, aunque todos esos beneficios deberán ser convenidos con una sola Institución de Salud. La ISAPRE deberá proponer las siguientes alternativas de contratos ajustados a las disposiciones de la presente ley, a las que podrá optar el cotizante: 1.- Un contrato que contenga el **Plan Garantizado de Salud** y, si correspondiere, la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral, y otro contrato que contenga los demás beneficios del plan de salud vigente al momento del envío de la carta, los que pasarán a denominarse Beneficios Complementarios, informándose el precio total, con el siguiente desglose: a. El precio que asigne la ISAPRE al **Plan Garantizado de Salud**, el que será idéntico para todos sus <u>cotizantes;</u>		c) Modifícase el inciso tercero de la siguiente manera: i.- Agrégase en la letra a. del numeral 1., antes del punto y coma lo siguiente: “y que deberá considerar las rebajas a que se refiere el nuevo artículo 188 bis del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud,

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			modificado por esta ley”.
	b. El precio de la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral, el que será, en términos de porcentaje de la remuneración imponible, idéntico para todos los cotizantes a quienes corresponda este beneficio, en la forma y condiciones señaladas en el inciso segundo del artículo 189 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2006, modificado por esta ley, y c. El precio que se asigne a los demás beneficios del plan que se está ajustando, que no estén incluidos en las letras a) y b) anteriores, denominados Beneficios Complementarios, manteniendo respecto de éstos la cobertura que contempla el plan vigente. Para estos efectos, las Instituciones de Salud Previsional no podrán requerir una nueva Declaración de Salud, ni establecer restricciones de cobertura. Respecto de los Beneficios Complementarios, el valor asignado a éstos por la Institución de Salud Previsional deberá, en todo caso, respetar las normas establecidas en el artículo 192 y en el **inciso tercero del** artículo 197 bis del decreto con fuerza		ii.- Suprímese en el segundo párrafo de la letra c., del numeral 1.-, la expresión “inciso tercero del”.

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2006, modificado por esta ley. 2.- Un contrato cuyo precio sea equivalente al valor total que esté pagando el cotizante al momento de enviársele la carta en referencia por el **Plan Garantizado de Salud**, más la cobertura para Subsidio por Incapacidad Laboral, si ésta corresponde, señalándose: a. El precio asignado al **Plan Garantizado de Salud**, el que será idéntico para todos los cotizantes y demás beneficiarios; b. El precio de la cobertura del Subsidio por Incapacidad Laboral, en su caso, el que será idéntico para todos los cotizantes a quienes corresponda este beneficio, en los términos señalados en el inciso segundo del artículo 189 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2006, modificado por esta ley. Además, deberá proponerse otro contrato que contenga los Beneficios Complementarios que serán financiados con el monto de la cotización que exceda el valor del **Plan Garantizado de Salud** y, cuando correspondiere, de la cobertura para el Subsidio por Incapacidad Laboral, indicando el precio		

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	que se cobrará por ellos. Para estos efectos, las Instituciones de Salud Previsional no podrán requerir una nueva Declaración de Salud, ni establecer restricciones de cobertura. Respecto de los Beneficios Complementarios, el valor asignado a éstos por la ISAPRE deberá, en todo caso, respetar las normas establecidas en el artículo 192 y el **inciso tercero del** artículo 197 bis del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2006, modificado por esta ley. 3.- Un contrato que sólo comprenda el **Plan Garantizado de Salud** y, cuando proceda, la cobertura para el Subsidio por Incapacidad Laboral, en los casos de que el cotizante tenga derecho a este último beneficio. Los afiliados podrán requerir, en todo caso, otras alternativas de contratos o Beneficios Complementarios distintos de los propuestos por la ISAPRE, de entre aquellos que la Institución esté ofreciendo, quedando ésta obligada a otorgar los beneficios que los afiliados soliciten, hasta por un valor equivalente al monto de su cotización vigente. Si no les satisfacen las propuestas de su ISAPRE, los afiliados podrán cambiarse a otra Institución.		iii.- Reemplázase en el tercer párrafo, de la letra c., del numeral 2.-, la expresión “el inciso tercero del” por la siguiente: “en el”. *(incide en la letra b.)* **De los HH.SS. señora Goic y señores Girardi y Quinteros** **61 A)** Para agregar el siguiente nuevo numeral 4: “4. Mantener su actual plan de salud actualmente vigente, el que se regirá bajo las mismas reglas contenidas en

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			dichos contratos, sin perjuicio de la obligación del cotizante de aportar al Fondo Mancomunado Universal de Salud.
	Artículo segundo transitorio.- El cotizante deberá ejercer ante la ISAPRE la opción a que se refiere el artículo precedente, a más tardar, el último día hábil del **mes de junio siguiente** a la fecha de publicación de esta ley. En el evento de que el cotizante nada diga, se entenderá que ha optado por permanecer en el contrato indicado en el número 1 del artículo precedente, con el precio comunicado por la ISAPRE en dicha carta.	**Al Artículo Segundo Transitorio** 8) Para sustituir en su inciso primero la expresión “siguiente” que está precedida de la palabra “junio”, por la expresión “subsiguiente”.	**AL ARTÍCULO SEGUNDO TRANSITORIO QUE HA PASADO A SER TERCERO TRANSITORIO** **Del Presidente de la República** **62)** Para reemplazar en el inciso primero del artículo segundo transitorio, la expresión “mes de junio siguiente” por la siguiente: “mes de junio subsiguiente”.
	Artículo tercero transitorio.- A más tardar el último día del mes de marzo del año siguiente a la publicación de esta ley las Instituciones de Salud Previsional deberán dar completo cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 173 del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2006, modificado por esta ley.		
	Artículo cuarto transitorio.- **Durante el año 2013, el gasto que represente la aplicación de esta ley** será financiado con los presupuestos		**AL ARTÍCULO CUARTO TRANSITORIO QUE HA PASADO A SER QUINTO TRANSITORIO** **Del Presidente de la República**

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
	vigentes de las entidades públicas respectivas. Sin embargo, respecto de la Superintendencia de Salud, el mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley se financiará con cargo a su presupuesto vigente y, en lo que faltare, con los recursos que se traspasen de la partida presupuestaria Tesoro Público de la ley de Presupuestos del Sector Público.”.		**63)** Para sustituir la expresión “Durante el año 2013, el gasto que represente la aplicación de esta ley”, por la siguiente: “Durante el primer año desde publicada la presente ley en el Diario Oficial, el gasto que represente su aplicación”.
			AL ARTÍCULO SEXTO TRANSITORIO, NUEVO **Del Presidente de la República** **64)** Para incorporar el siguiente artículo sexto transitorio, nuevo, del siguiente tenor: “Artículo Sexto.- La primera designación de los integrantes del Panel de Expertos, a los que se refiere el artículo 198 ter del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, se realizará dentro del plazo de seis meses contado desde la publicación de la presente ley. No obstante lo dispuesto en el artículo 198 ter mencionado, la primera designación de los integrantes del Panel de Expertos se efectuará por cuatro años respecto de uno de los integrantes señalado en la letra a) de dicho artículo; por tres años en el caso del otro

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			integrante a que se refiere la letra a) anterior; y por dos años en el caso del integrante a que se refiere la letra b).”.
			Numeral nuevo **De los HH.SS. señora Goic y señores Girardi y Quinteros** **65)** Para agregar el siguiente artículo octavo transitorio nuevo: “Artículo Octavo Transitorio.- Lo establecido en el artículo 210 bis sobre conformación del Fondo Mancomunado Universal entrará en vigencia de acuerdo a las normas siguientes: a) A partir del mes de enero del año subsiguiente a la publicación de esta ley, los afiliados de cualquiera de las Instituciones de Salud Previsional y de aquellos clasificados como Tramo D del Fondo Nacional de Salud aportarán el 3% de su cotización obligatoria de salud. b) A partir del mes de enero del tercer año siguiente a la publicación de esta ley, los afiliados de cualquiera de las Instituciones de Salud Previsional y de aquellos clasificados como Tramo C y D del Fondo Nacional de Salud aportarán el 6% de su cotización obligatoria de

LEY VIGENTE	NORMAS APROBADAS POR LA COMISIÓN	INDICACIONES 2013 PENDIENTES	INDICACIONES SEPTIEMBRE 2019
			salud. c) A partir del mes de enero del cuarto año siguiente a la publicación de esta ley, los afiliados de cualquiera de las Instituciones de Salud Previsional y de aquellos clasificados como Tramo B, C y D del Fondo Nacional de Salud aportarán el 8% de su cotización obligatoria de salud. d) A partir del mes de enero del quinto año siguiente a la publicación de esta ley, los afiliados de cualquiera de las Instituciones de Salud Previsional y de aquellos clasificados como Tramo B, C y D del Fondo Nacional de Salud aportarán el 10% de su cotización obligatoria de salud.