



GOBIERNO DE CHILE
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

CIRCULAR IF N° 2
SANTIAGO, 27 ABR 2005

**IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE EL AJUSTE DE LOS CONTRATOS
DE SALUD A LA LEY N°19.966**

1.- INTRODUCCIÓN

Con fecha 3 de septiembre de 2004, se publicó en el Diario Oficial la Ley N°19.966, que establece un Régimen General de Garantías en Salud e introduce modificaciones a las Leyes N° 18.469 y N° 18.933.

En virtud de lo anterior y en ejercicio de sus atribuciones legales, esta Superintendencia ha estimado oportuno emitir la presente Circular, que contiene las instrucciones generales relativas a la incorporación a los contratos de salud previsional de las prestaciones, beneficios y garantías establecidas en la citada Ley N° 19.966, en el Decreto Supremo N° 170 y en la Resolución Exenta N°1079, ambos de 2004, del Ministerio de Salud.

2.- ALCANCE DE LAS MODIFICACIONES

2.1.- De las Garantías Explícitas en Salud o GES

En conformidad a lo dispuesto en el artículo 2° de la Ley N°19.966, la isapre deberá garantizar a sus afiliados el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud aprobadas con la periodicidad que establece la ley, en un Decreto Supremo del Ministerio de Salud.

A contar del 1° de julio de 2005, las Garantías Explícitas en Salud que se contienen en el Decreto Supremo N°170, de 2004, del Ministerio de Salud deberán ser garantizadas por las Instituciones para todos sus cotizantes y beneficiarios sin discriminación alguna, cualquiera sea el plan de salud al que se encuentren adscritos.

2.2.- Del Examen de Medicina Preventiva

La ley N° 19.966, modificó el Examen de Medicina Preventiva a que se refiere el artículo 8° de la Ley N° 18.469, cuya nueva definición se estableció a través de la Resolución Exenta N°1079, de 2004, del Ministerio de Salud. Atendido que las nuevas prestaciones y acciones de salud son exigibles a contar del 1° de julio de 2005, éstas deberán ser informadas a los afiliados, para lo cual se les deberá remitir el anexo N°2 de la presente circular, conjuntamente con la carta señalada en el numeral 8 siguiente.

Asimismo, el Decreto N°170, de 2004, del Ministerio de Salud, fijó metas de cobertura del Examen de Medicina Preventiva, que son obligatorias para las isapres y que deben cumplirse dentro del plazo de un año contado desde el 1° de julio de 2005, lo que será fiscalizado por esta Superintendencia.

Para efectos del cumplimiento de las metas de cobertura del Examen de Medicina Preventiva se considerarán, tanto las prestaciones y acciones de salud otorgadas a través de los procedimientos y mecanismos definidos por la isapre especialmente para ese fin, como también, las otorgadas a través del plan de salud complementario.

Finalmente, atendido que la Ley N°19.966 no introdujo modificaciones a los beneficios referidos a la protección de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo y del niño hasta los seis años, su otorgamiento se seguirá rigiendo por los procedimientos y mecanismos actualmente vigentes.

2.3.- De la Cobertura Financiera Mínima

El artículo 35 de la Ley N° 19.966 introdujo el concepto de "plan complementario", señalando que éste 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.

De esta forma, la legislación contempla dos pisos mínimos de cobertura, uno referido al interior de cada plan de salud y otro que opera como referencia para todos los planes de salud del sistema.

En efecto, al interior de cada plan de salud, el artículo 33 bis de la Ley de Isapres señala en lo pertinente que: *"No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente..."*.

Por su parte, en referencia a todos los planes de salud del sistema, el mismo artículo precitado establece que: *"...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 que establece el Régimen General de Garantías en Salud..."*.

Sin perjuicio de las demás sanciones que establece la ley, la infracción a cualquiera de las dos limitaciones conlleva que: *"...Las cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas"*.

A contar del 1° de julio de 2005 las isapres no podrán otorgar una cobertura financiera inferior a lo otorgado por el Fonasa, en su modalidad libre elección, a las prestaciones del citado arancel.

En consecuencia, respecto de ningún plan de salud -general o con cobertura restringida- o condición particular pactada -sean estas preexistencias declaradas o embarazos en curso- se podrá convenir una cobertura inferior a los pisos mínimos señalados precedentemente, debiendo otorgarse la que resulte mayor.

No obstante lo anterior, los planes que contemplen la cobertura expresada en copagos fijos garantizados, en pesos o unidades de fomento, se ejecutarán de acuerdo a las reglas pactadas en los mismos.

3.- INCORPORACIÓN DE LAS MODIFICACIONES A LOS CONTRATOS DE SALUD PREVISIONAL

3.1.- Contratos de salud con vigencia de beneficios a partir del 1 de julio de 2005

En los contratos de salud cuya vigencia de beneficios se inicie a partir del 1 de julio de 2005, se entenderán incorporados los derechos y obligaciones relativos a las Garantías Explícitas en Salud, las nuevas normas relativas al Examen de Medicina Preventiva y la Cobertura Financiera Mínima, a que se refiere el punto N°2, precedente.

En el acto de celebración y suscripción de dichos contratos deberá entregarse al afiliado -conjuntamente con los restantes documentos contractuales referidos en el punto 1.2 de la Circular N°36, cuyo texto definitivo lo fijó la Resolución Exenta N°546 de 2002- los anexos contenidos en la presente circular. El F.U.N. de suscripción debe tener incorporado el precio de las GES.

3.2.- Contratos con inicio de vigencia de beneficios anterior al 1 de julio de 2005

Las isapres deberán ajustar los contratos de salud previsional con vigencia de beneficios anterior al 1 de julio de 2005 a las nuevas disposiciones de la Ley N° 19.966, relativas a las GES, al Examen de Medicina Preventiva y a la Cobertura Financiera Mínima, para lo cual deberán notificar los cambios al afiliado y al empleador o entidad encargada del pago de la pensión, en los términos instruidos en los numerales 8 y 9 siguientes.

3.3.- Contratos con planes especiales pactados al amparo del artículo 33 letra d), inciso segundo, de la Ley N°18.933

A contar del 1° de julio de 2005, las isapres no podrán vender planes especiales, esto es, planes que no contemplen todas las prestaciones del arancel de referencia del Fonasa, en su modalidad libre elección.

No obstante lo anterior, a partir de la misma fecha señalada en el párrafo precedente, los planes especiales celebrados con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley N° 19.966, deberán regularizarse en conformidad a las siguientes normas:

Los planes especiales individuales deberán incorporar las prestaciones del arancel que corresponda y practicar los demás ajustes que de ello se derive, a más tardar, al cumplimiento de la primera anualidad correspondiente a cada contrato, en conformidad al procedimiento dispuesto en el artículo 38 de la Ley N°18.933.

Por su parte, los planes especiales grupales deberán implementar dichos ajustes, en la primera modificación que se les practique, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 39 de la Ley N°18.933.

Con todo, en el evento que antes del ajuste del plan a las estipulaciones de la ley un cotizante o beneficiario adscrito a algunos de estos planes especiales, sean individuales o grupales, requiera de la isapre la bonificación de una prestación de aquellas no contempladas en el plan, la Institución estará obligada a otorgarle a ésta, la cobertura financiera mínima a que se refiere el N°2.3, de la presente circular.

4.- PRECIO

El precio que la Isapre determine cobrar por las Garantías Explícitas en Salud, deberá ser informado a la Superintendencia, a más tardar el 28 de abril de 2005.

Las isapres podrán cobrar el precio fijado, desde el mes en que entre en vigencia el decreto -1 de julio de 2005-, o al cumplirse la respectiva anualidad de cada contrato. En este último caso, no procederá el cobro con efecto retroactivo.

La opción que la isapre elija -respecto de la oportunidad en que comience a cobrar el precio fijado por el otorgamiento de las garantías- deberá aplicarse a todos los afiliados, e informarse a esta Superintendencia, a más tardar el día 15 de mayo de 2005.

El precio determinado por la isapre deberá ser informado a los afiliados en la carta que se remitirá, según lo instruido en el numeral 8 siguiente.

5.- OTORGAMIENTO DE LAS PRESTACIONES

La isapre deberá establecer los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud y someterse al conocimiento y aprobación de esta Superintendencia.

El plazo para la remisión a esta Superintendencia de los procedimientos y mecanismos mencionados precedentemente será hasta el día 31 de mayo de 2005.

6.- RED DE PRESTADORES PARA EL OTORGAMIENTO DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

Una vez definida la red de prestadores a través de la cual se otorgará el Régimen de Garantías en Salud, y a más tardar el día 1 de julio de 2005, la isapre deberá poner a disposición de sus afiliados, en todas las oficinas de atención de público, la información de los prestadores institucionales e individuales que conforman la citada red. En el mismo plazo, deberá hacerse llegar dicha información a esta Superintendencia.

Asimismo, se deberá indicar en la carta instruida en el numeral 8 siguiente, que es obligación del afiliado informarse debidamente de los prestadores y procedimientos a través de los cuales se otorgarán las prestaciones explícitamente garantizadas.

7.- PLAZO PARA DESAHUCIAR EL CONTRATO

La Isapre deberá informar a los afiliados que tienen un plazo de 60 días para desahuciar el contrato, contado desde la entrada en vigencia de la ley. En consecuencia, los afiliados podrán poner término al contrato hasta el día 30 de agosto de 2005.

El plazo señalado precedentemente es aplicable aun cuando no se haya cumplido el plazo mínimo de vigencia de los beneficios contractuales -establecido en el inciso segundo del artículo 38 de la Ley N° 18.933- o existiendo una renuncia al desahucio por un plazo determinado, pactada en los términos señalados en la misma disposición legal antes citada.

8.- OBLIGACIÓN DE COMUNICAR EL AJUSTE DEL CONTRATO

Cualquiera sea la fecha elegida por la Isapre para comenzar a cobrar por el aseguramiento de las garantías, de acuerdo a lo señalado en el párrafo tercero del punto 4 precedente, la Institución deberá enviar a todos sus cotizantes, a más tardar el día 31 de mayo de 2005, una carta en la que comunicará el ajuste de sus contratos a la citada ley y las principales modificaciones introducidas por la misma. La información mínima que deberá contener la citada carta es la siguiente:

8.1.- Alcance de las modificaciones:

Se deberán informar cuáles son los beneficios y garantías que establece la Ley N°19.966, según lo señalado en el punto 2 de la presente circular. Conjuntamente, se deberá remitir el Anexo N°1, que contiene las Condiciones de Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud y el Anexo N°2, que contiene el Examen de Medicina Preventiva, que forman parte de la presente circular.

8.2.- Inicio de vigencia de los beneficios:

Se deberá indicar que el inicio de vigencia de los beneficios es a contar del **1 de julio de 2005**, y que el precio que deberá pagar por los citados beneficios se cobrará a partir de la fecha determinada por la Isapre.

8.3.- Precio

Se deberá indicar claramente el precio que la isapre cobrará por el otorgamiento de las garantías -el que deberá ser el mismo para todos los beneficiarios de la isapre- señalando que es independiente del plan complementario. Asimismo, se deberá informar que el precio de las GES, que será publicado por la Superintendencia en el Diario Oficial, sólo podrá variar cada tres años, a menos que el decreto que establece las Garantías Explícitas sea revisado en un período inferior.

La descomposición del precio se informará de la siguiente manera:

- **Indicar el precio actual del Plan Complementario y CAEC:** Se deberá informar el precio actual del plan de salud y el precio de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, en caso que corresponda, para todos los beneficiarios del contrato.
- **Indicar el precio que cobrará la Isapre por el aseguramiento de las Garantías:** Se deberá indicar el precio total para todos los beneficiarios del contrato de salud.
- **Precio de los Beneficios Adicionales:** Se deberá informar la suma del precio de cada beneficio adicional contratado, para todos los beneficiarios del contrato.
- **Precio total a pagar:** Se deberá indicar el precio total a pagar. La expresión de este precio podrá combinar modalidades (7% + U.F.) y unidades monetarias (U.F.+ \$). Lo anterior, con la finalidad que sea posible reflejar en forma independiente el precio de las Garantías Explícitas del resto de los beneficios del contrato.

8.4.- Red de prestadores

Se deberá indicar en la carta que es obligación del afiliado informarse sobre la red de prestadores a través de los cuales la isapre otorgará las Garantías, la que estará disponible para consulta de los afiliados en todas las oficinas de la isapre.

8.5.- Plazo para desahuciar el contrato

Indicar con caracteres destacados que el plazo para poner término al contrato, vence el 30 de agosto de 2005.

9.- NOTIFICACIÓN AL EMPLEADOR

La Isapre deberá notificar al empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión el ajuste del contrato del afiliado, a través del siguiente procedimiento:

9.1.- En el caso que la isapre haya optado por cobrar el precio de las Garantías Explícitas a contar del mes remuneración junio de 2005, deberá remitir al empleador o entidad encargada del pago de la pensión una carta certificada, a más tardar el día 10 de junio de 2005, indicando, a lo menos, la siguiente información:

- La modificación del precio a pagar tiene su origen en la entrada en vigencia de la Ley N° 19.966 (Auge).
- Los beneficios de la ley rigen a partir del 1 de julio de 2005.
- La nueva cotización debe ser enterada en la isapre, a más tardar el 10 de julio de 2005.
- Nómina de trabajadores del empleador, afiliados a la isapre, individualizando el R.U.T., nombre y monto a enterar en la isapre. Este monto deberá ser consistente con lo informado al afiliado en la carta que deberá remitirse, en los términos instruidos en el punto 8 precedente.

9.2.- En el caso que la isapre haya optado por cobrar el precio fijado para las Garantías Explícitas en Salud a la anualidad de cada contrato, hay que distinguir dos situaciones:

a) Si la Isapre no hace uso de la facultad de adecuación que contempla el artículo 38 de la Ley N° 18.933, se remitirá al empleador una carta, antes del día 10 del mes siguiente a la anualidad de cada contrato, que contenga la siguiente información:

- La modificación del precio a pagar tiene su origen en la entrada en vigencia de la Ley N° 19.966 (Auge).
- Los beneficios de la ley rigen a partir del 1 de julio de 2005.
- La nueva cotización debe ser enterada en la isapre, a más tardar, el día 10 del mes subsiguiente a la anualidad.
- Individualización del o los trabajadores del empleador afiliados a la isapre, individualizando el R.U.T., nombre y monto a enterar en la isapre. Este monto deberá ser consistente con lo informado al afiliado en la carta que deberá remitirse, en los términos instruidos en el punto 8 precedente.

- b) Si la Isapre hace uso de la facultad de adecuación, la notificación al afiliado y al empleador deberá ajustarse al procedimiento normal instruido en el N° 2 de la Circular N° 36, cuyo texto definitivo lo fijó la Resolución Exenta 546, de 2002.

No obstante lo anterior, la carta de adecuación deberá hacer mención a que el nuevo precio incluye el costo que la isapre ha decidido cobrar por las Garantías Explícitas, y que fuera informado al afiliado en la carta remitida a propósito del ajuste, según lo instruido en el punto 8 precedente. Por su parte, el Formulario Único de Notificación que se emita a raíz de la adecuación, deberá registrar el valor que la isapre haya decidido cobrar por el otorgamiento de las Garantías Explícitas.

Para efectos de fiscalización y control, la isapre deberá mantener a disposición de esta Superintendencia el archivo de las cartas de ajuste, el que podrá almacenarse en archivo magnético, y copia de la nómina de correos con el despacho de las comunicaciones remitidas al afiliado y al empleador.

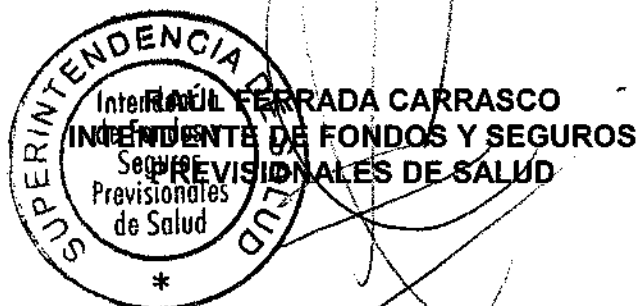
10.-VIGENCIA DE LA CIRCULAR

La presente Circular entrará en vigencia a contar de la fecha de su notificación.

Sin perjuicio de las eventuales sanciones que correspondiere, el incumplimiento de la Isapre de las obligaciones instruidas en los puntos N°s 3.1 y 3.2, precedentes, no afectará la vigencia de los aludidos derechos y obligaciones y su exigibilidad por parte de los cotizantes y beneficiarios.


UNA/SERV/AM/AMAW
DISTRIBUCIÓN

- * Sres. Gerentes Generales Isapre
- * Srs. Asociación de Isapres
- * Superintendente de Salud
- * Intendentes
- * Fiscalía
- * Dptos. Superintendencia
- * Agencias Regionales
- * Oficina de Partes



Anexo 1

CONDICIONES PARA ACCEDER A LA COBERTURA DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

Por el presente instrumento, ponemos en su conocimiento las Condiciones de la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud, de conformidad a lo prescrito en la Ley 19.966 y al Decreto N°170, de 2004, del Ministerio de Salud que establece los Problemas de Salud y Garantías Explícitas de Salud desde el 1 de julio del año 2005.

Primero: Generalidades

El Régimen General de Garantías contiene Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. Estas Garantías Explícitas en Salud son constitutivas de DERECHOS para los beneficiarios. Asimismo, éstas garantías pueden ser diferentes para una misma prestación conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.

Segundo: Cobertura

Las enfermedades, condiciones de salud y prestaciones que no se encuentren incorporadas dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES), mantendrán, si corresponde, las condiciones y cobertura de los respectivos planes de salud complementarios que tengan los afiliados al momento de requerir tales atenciones. El afiliado y beneficiario tiene, en todo caso, el derecho de acogerse a las condiciones de las GES, cuando corresponda, o mantener la cobertura y condiciones de su plan complementario vigente.

Tercero: Listado de Prestaciones

El Decreto N°170, de 2004, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial con fecha 28 de enero de 2005 fijó el conjunto de Problemas de Salud y Garantías Explícitas en Salud, para el período anual que empieza a regir el día 1 de julio de 2005. El listado de los problemas de Salud se presenta al final del presente anexo.

Cuarto: Garantías Explícitas en Salud

Para los efectos previstos en la ley, en relación al Régimen se entenderá por:

Garantía Explícita de Acceso: Obligación de las Isapres de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas en el Régimen, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.

Garantía Explícita de Calidad: Otorgamiento de estas prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado de acuerdo a la Ley 19.937, en la forma y condiciones determinadas en el decreto correspondiente, cuando esté vigente en esta materia. Previo a esto, las Isapres otorgarán estos beneficios en la red que para tal efecto hayan informado a la Superintendencia de Salud.

Garantía Explícita de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud designado en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto designado por la Isapre cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador designado por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a la Isapre. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito, o que se deriven de causas imputables al afiliado o beneficiario, lo que deberá ser debidamente acreditado por la Isapre.

Garantía Explícita de Protección Financiera: La contribución o copago que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en el arancel de referencia del Régimen, a disposición de los afiliados y beneficiarios en las oficinas de la Isapre. Lo anterior, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 8° de este documento.

Quinto: Vigencia

Por regla general, los beneficios de las Garantías Explícitas en Salud (GES) tendrán una vigencia de tres años. Si no se modificaren al expirar el plazo señalado en virtud de un Decreto Supremo del Ministerio de Salud, se entenderán prorrogadas por otros tres años.

No obstante lo anterior, el Decreto Supremo N°170 de 2004 tendrá una vigencia de un año, a contar del 1 de julio de 2005, y se entenderá prorrogado automáticamente hasta que entre en vigencia el decreto que determine las Garantías Explícitas en Salud, conforme al numeral 2 del artículo primero transitorio de la ley N°19.966.

Sexto : Formalidades y condiciones de atención y de acceso :

1.-Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud (GES), los afiliados y beneficiarios de Isapres a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por dichas Garantías Explícitas deberán atenderse con el prestador de salud que, para el caso específico, determine la Isapre. No obstante lo anterior, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata este documento.

2.-Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo que se establece en la Garantía Explícita de Calidad. No obstante, mientras tal Garantía no sea exigible, los prestadores sólo deberán ser informados a la Superintendencia.

3.- Dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional.

4.- Una vez, designado el prestador por la Isapre, el afiliado o beneficiario o su representante deberá indicar expresamente y por escrito su decisión de tratarse a través de dicho prestador o desistir de la atención garantizada, en cuyo caso se entiende que opta por su Plan Complementario y no regirán las garantías explícitas.

5.- Las Garantías Explícitas se aplicarán sólo a las prestaciones definidas en el arancel correspondiente. Las demás prestaciones no contenidas en el referido Arancel, no obstante se otorguen en establecimientos designados por la Isapre, tendrán la cobertura del plan complementario.

6.-Los prestadores de salud deberán informar a los afiliados a las Isapres que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud en la forma, oportunidad y condiciones que establece el Reglamento. En caso de incumplimiento, el afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sin perjuicio de otras sanciones que contemplen los reglamentos.

Séptimo: Precio

El precio de los beneficios de las Garantías Explícitas en Salud (GES), y la unidad en que se pacta será el mismo para todos los beneficiarios de la Isapre, y es independiente del precio del plan complementario. El precio podrá ser modificado cada vez que se modifique el decreto que establece los Problemas de Salud y Garantías en Salud.

Octavo: Cobertura financiera adicional

Sin perjuicio de lo que señale el reglamento que se dicte al efecto, se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, de conformidad a las siguientes normas:

1.- Para tener derecho a esta cobertura financiera adicional, el monto de los copagos deberá superar un deducible, entendiéndose por tal la suma de los copagos que se acumularán por cada evento.

2.- Para el caso de los afiliados a Isapres este deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada patología asociada a las Garantías Explícitas en Salud, que le ocurra al afiliado o a sus beneficiarios. Dicho deducible no podrá exceder de 122 Unidades de Fomento.

3.-En caso de existir más de un evento, que afecte al afiliado o a uno o más beneficiarios, en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible será de 43 cotizaciones mensuales. Dicho deducible no podrá exceder de 181 Unidades de Fomento.

4.- El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzare a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente.

5.- Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud, o, que estando cubiertas, hayan sido otorgadas por prestadores distintos a los designados por las Isapres, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia de Salud cuando correspondiera.

6.- No obstante lo indicado anteriormente, sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente al designado por la Isapre, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al plan contratado, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

7.- El médico tratante del establecimiento será quien determine el momento a partir del cual el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado.

8.- Si el paciente, sus familiares o representante optan por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se considerarán para el cómputo del deducible. Lo mismo ocurrirá si el paciente, sus familiares o representante optan por el traslado a un establecimiento que no es de los designados por la Isapre.

9.- Si el paciente, sus familiares o representante optan por el traslado a un establecimiento designado por la Isapre, se iniciará o reiniciará, a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

LAS 25 CONDICIONES DE SALUD CON GARANTIAS EXPLÍCITAS EN SALUD

El Decreto N°170 de 2004, del Ministerio de Salud aprueba las Garantías Explícitas en Salud del Régimen que rigen a contar del 1 de julio de 2005.

Las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad deben ser otorgadas a las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud, con su respectivo acceso, que mas adelante se detallan.

No obstante, el afiliado deberá informarse en su isapre, a través de los medios que ésta disponga, respecto de los alcances, condiciones, coberturas y prestaciones asociados a estas condiciones de salud garantizadas.

1.- INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

Acceso: Beneficiario con confirmación diagnóstica

2.- CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS

Acceso: Beneficiario menor de 15 años, con sospecha o diagnóstico confirmado

3.- CÁNCER CERVICOUTERINO

Acceso: Toda mujer beneficiaria con sospecha, con confirmación diagnóstica o con recidiva

4.- ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER AVANZADO Y CUIDADOS PALIATIVOS

Acceso: Beneficiario con confirmación diagnóstica de cáncer terminal

5.- INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

Acceso: Beneficiario que desde el 1 de julio de 2005 presente:

- Dolor torácico no traumático y/o síntomas de Infarto Agudo del Miocardio
- Diagnóstico confirmado de Infarto Agudo del Miocardio
- By-pass coronario o angioplastia coronaria percutánea

6.- DIABETES MELLITUS TIPO I

Acceso: Beneficiario con sospecha, con confirmación diagnóstica, con descompensación o en tratamiento

7.- DIABETES MELLITUS TIPO II

Acceso: Beneficiario con sospecha, con confirmación diagnóstica, o en tratamiento

8.- CÁNCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS

Acceso: Beneficiario de 15 años y mas con sospecha, con confirmación diagnóstica o con recidiva.

9.- DISRRAFIAS ESPINALES

Acceso: Beneficiario nacidos a contar del 1 de julio de 2005, con sospecha o con confirmación diagnóstica.

10.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESCOLIOSIS EN MENORES DE 25 AÑOS

Acceso: Beneficiario menor de 25 años con confirmación diagnóstica de Escoliosis que cumple con determinados criterios de inclusión para tratamiento quirúrgico.

11.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATAS

Acceso: Beneficiario con sospecha o con confirmación diagnóstica.

12.- ENDOPROTESIS TOTAL DE CADERA EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MAS CON ARTROSIS DE CADERA CON LIMITACIÓN FUNCIONAL SEVERA

Acceso: Beneficiarios de 65 años y más con diagnóstico confirmado de artrosis de cadera con limitación funcional severa, que requieren endoprótesis total.

13.- FISURA LABIOPALATINA

Acceso: Beneficiario que nace con fisura labiopalatina, esté o no asociada a malformaciones craneofaciales, a contar del 1 de julio de 2005.

14.- CANCER EN MENORES DE 15 AÑOS

Acceso: Beneficiario menor de 15 años con sospecha, con confirmación diagnóstica y los beneficiarios menores de 25 años que recidiven, y que hayan tenido sospecha antes de los 15 años.

15.- ESQUIZOFRENIA

Acceso: Beneficiarios con sospecha de esquizofrenia en quienes se manifiestan por primera vez los síntomas a partir del 1 de julio de 2005.

16.- CANCER DE TESTICULO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS

Acceso: Beneficiario de 15 años y mas con sospecha, con confirmación diagnóstica o con recidiva.

17.- LINFOMAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS

Acceso: Beneficiario de 15 años y mas con sospecha, con confirmación diagnóstica o con recidiva.

18.- SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA

Acceso: Beneficiario que se encuentra en tratamiento, con diagnóstico confirmado que cumpla determinados criterios de inclusión, Embarazada con diagnóstico y todos los otros casos de VIH/SIDA.

19.- INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (IRA) BAJA DE MANEJO AMBULATORIO EN MENORES DE 5 AÑOS

Acceso: Beneficiarios menores de 5 años con confirmación diagnóstica de IRA Baja.

20.- NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD DE MANEJO AMBULATORIO EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MAS

Acceso: Beneficiario de 65 años y mas con sintomatología respiratoria aguda, con sospecha de NAC o con confirmación diagnóstica.

21.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Acceso: Beneficiario de 15 años y mas con sospecha, con confirmación diagnóstica o en tratamiento.

22.- EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DESDE 1 AÑO Y MENORES DE 15 AÑOS

Acceso: Beneficiario desde un año y menor de 15 años con confirmación diagnóstica o en tratamiento.

23.- SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS DE 6 AÑOS

Acceso: Beneficiario de 6 años

24.- PREMATUREZ

Acceso: Beneficiarias embarazadas con factores de riesgo de parto prematuro en antecedentes clínicos y/o con síntomas de parto prematuro en embarazo actual.

25.- TRASTORNOS DE GENERACIÓN DEL IMPULSO Y CONDUCCIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS, QUE REQUIEREN MARCAPASO

Acceso: Beneficiario de 15 años y mas con sospecha, con confirmación diagnóstica o con requerimiento de cambio de generador de Marcapaso.

ANEXO 2

EL EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA

La Ley N° 19.966 estableció que el nuevo examen de medicina preventiva, a que tienen derecho a recibir los beneficiarios del Régimen General de Garantías en Salud, está constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

El Decreto N°170 de 2004, del Ministerio de Salud fijó metas de cobertura del examen de medicina preventiva que son obligatorias para el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, las que deberán cumplirse dentro de un año a contar del 1 de julio de 2005 y que serán fiscalizadas por la Superintendencia de Salud.

Las prestaciones que contempla el Examen de Medicina Preventiva, contenido en la Resolución Exenta N°1079 de 24 de noviembre de 2004 del Ministerio de Salud, y su población objetivo son las siguientes:

I.- PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD EN LA POBLACIÓN GENERAL

Se entenderán como tales aquellos problemas de salud cuyos factores de riesgo dependen de la edad y/o sexo de los beneficiarios.

a) FENILCETONURIA

Intervención: Determinación de fenilalanina en sangre
Población Objetivo: recién nacidos

b) HIPOTIROIDISMO

Intervención: Determinación de TSH en sangre
Población Objetivo: recién nacidos

c) BEBEDOR PROBLEMA

Intervención: Escala Breve para detección del Bebedor Anormal (EBBA) y consejería
Población Objetivo: Personas de 15 a 64 años

d) HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Intervención: Medición de Presión Arterial Estandarizada
Población Objetivo: Personas de 15 a 64 años

e) TABAQUISMO

Intervención: Cuestionario Estandarizado
Población Objetivo: Personas de 15 a 64 años

f) OBESIDAD

Intervención: Medición de Peso y Talla
Población Objetivo: Personas de 15 a 64 años

g) DISLIPIDEMIA

Intervención: Examen de Colesterol Total
Población Objetivo: Hombres de 35 a 64 años; Mujeres de 45 a 64 años

h) CÁNCER CERVICOUTERINO:

Intervención: Examen de Papanicolaou (PAP)
Población Objetivo: Mujeres desde 25 a 64 años

i) CÁNCER DE MAMA

Intervención: Mamografía
Población Objetivo: Mujeres de 50 años

II.- PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD EN POBLACIÓN DE RIESGO

Se entenderán como tales aquellos problemas de salud cuya aparición depende de factores de riesgo asociados a antecedentes familiares, genéticos u otros distintos a la edad o sexo, y que es mayor que en la población general.

j) DIABETES MELLITUS

Intervención: Glicemia en ayunas
Población Objetivo: Mujeres embarazadas con factores de riesgo

k) TUBERCULOSIS

Intervención: Baciloscopía
Población Objetivo: Personas de 15 a 64 años con síntomas respiratorios por 15 días o más

l) INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Intervención: Test de Elisa de tamizaje y confirmatorio con consejería pre y post examen
Población Objetivo: Embarazadas con factores de riesgo

m) SIFILIS

Intervención: Examen de VDRL en sangre
Población Objetivo: Embarazadas y personas con conductas de riesgo