



Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales  
Subdepartamento de Regulación

## **CIRCULAR IF/N° 240**

Santiago, 18 de FEBRERO de 2015

### **IMPORTE INSTRUCCIONES SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE REGISTRO DE MÉDICOS REVISORES DE FICHAS CLÍNICAS**

En ejercicio de las atribuciones conferidas a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, especialmente la del artículo 110 N° 2 y 189 D.F.L. N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763 de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y 18.469, se dicta la siguiente instrucción general, en los términos que se indican a continuación:

#### **I. OBJETIVO**

Crear un Registro de Médicos Revisores de Fichas Clínicas y definir el procedimiento de inscripción y actualización, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 189 inciso antepenúltimo del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que faculta a las isapres para designar un médico cirujano independiente de las partes con el objeto de que revise personalmente la ficha clínica, en el evento de que consideren que la certificación médica proporcionada por el prestador, a requerimiento suyo para decidir respecto de la procedencia de un beneficio, es incompleta, imprecisa o teme fundadamente que no se ajusta a la verdad.

#### **II. MODIFICA LA CIRCULAR IF/N° 131, DEL 30 DE JULIO DE 2010, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE PROCEDIMIENTOS**

1. Incorpórese el numeral 1, del Título III, del Capítulo VI del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, con el siguiente texto:

##### **"1. Procedimiento de registro y el Registro de Médicos Revisores de Fichas Clínicas**

###### **1.1. Requisitos para ser incorporado al Registro**

Los médicos cirujanos que requieran ser incorporados al registro que lleva la Superintendencia de Salud para efectos de ser designados como médicos revisores de fichas clínicas, en conformidad al artículo 189 del D.F.L. N° 1 de 2005, de Salud, deben reunir los siguientes requisitos:

- a) Poseer el título de médico cirujano otorgado por un Establecimiento de Educación Superior, validado según la ley chilena.
- b) Suscribir y acompañar el documento denominado "Formulario de Solicitud de Registro" y la "Declaración Jurada Simple", cuyos formatos y contenidos se encuentran establecidos en los Anexos N° 1 y 2, respectivamente, del presente Título, los que estarán a disposición del público general en el sitio web de la Superintendencia de Salud ([www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl)).
- c) Adjuntar a la solicitud los documentos señalados en el numeral 1.5 de este Título.

###### **1.2. Pronunciamiento de la Superintendencia de Salud respecto a la solicitud de Inscripción en el Registro**

La Superintendencia se pronunciará respecto de la solicitud de inscripción mediante una resolución que será notificada personalmente al solicitante, por carta certificada al

domicilio que éste fije en el Formulario de Solicitud de Registro de Médicos Revisores de Ficha Clínica, contenido en el Anexo N°1 de este Título.

Será responsabilidad exclusiva de los médicos inscritos, informar por escrito y oportunamente a la Superintendencia de Salud respecto de cualquier cambio en los antecedentes que forman parte del "Formulario de Solicitud de Registro", contenido en el Anexo N°1 de este Título.

La sola aceptación e incorporación de médicos cirujanos al Registro, no genera vínculo laboral, funcionario o contractual alguno entre dichos profesionales y la Superintendencia de Salud. En consecuencia, la inclusión de un médico cirujano en éste, sólo da cuenta del cumplimiento de un requisito habilitante para la revisión de las fichas clínicas de los prestadores de salud, públicos o privados, en la situación prevista en el artículo 189 del DFL N° 1, de 2005, de Salud. Asimismo, la inscripción de un médico cirujano en el mencionado registro no certifica especialidad alguna.

### **1.3. Causales de Rechazo de la Inscripción**

La Superintendencia de Salud denegará la inscripción en el Registro cuando el solicitante no cumpla con alguno de los requisitos exigidos en el numeral 1.1 que antecede.

### **1.4. Eliminación de la Inscripción en el Registro**

La eliminación de la inscripción en el Registro ocurrirá por:

- a) La muerte del médico registrado;
- b) La renuncia al Registro, conforme a lo establecido en el numeral 1.6 de este Título;
- c) El incumplimiento o pérdida de algunos de los requisitos establecidos por la Superintendencia de Salud para pertenecer al Registro, señalados en el numeral 1.1 de este Título; o
- d) El haber sido condenado por infracción relacionada con la disposición legal del artículo 110 N° 17, inciso segundo, del DFL 1, del 2005, de Salud, o por algún crimen o simple delito en contra de la fe pública, falsificaciones, falso testimonio y perjurio, contenidos en el Título IV, del Libro II, del Código Penal.

### **1.5. Solicitud de inscripción en el Registro**

Para efectuar la inscripción en el Registro de Médicos Cirujanos que podrán ser designados para revisar las fichas clínicas, el solicitante deberá llenar todos los datos requeridos en el "Formulario de Solicitud de Registro" y suscribir la "Declaración Jurada Simple", cuyos formatos y contenidos se encuentran en los Anexos N° 1 y 2, respectivamente, de este Título, estando ambos a disposición del público general en el sitio web de la Superintendencia de Salud ([www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl)).

Para el sólo efecto de acreditar la calidad de médico cirujano, el requirente deberá acompañar a su presentación los siguientes documentos:

- a) Un certificado de título o cualquier documento oficial en el que conste su condición de médico cirujano, los que deberán ser otorgados por un Establecimiento de Educación Superior, validado conforme a las leyes chilenas.
- b) Fotocopia autorizada de su Cédula de Identidad.
- c) Certificado de Especialidad o Subespecialidad, si correspondiere.

Todos los documentos mencionados deben ser presentados personalmente o enviados a través de carta certificada, a elección del solicitante, a la Oficina de Atención de Público de la Superintendencia de Salud, cuya dirección se mantendrá actualizada en el sitio web de ésta ([www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl)).

La falta de alguno de los antecedentes exigidos, impedirá el registro.

No será necesario acompañar los documentos indicados en las letras a) y c) precedentes si el médico cirujano se encuentra inscrito en el Registro de Prestadores Individuales de acuerdo a lo establecido en el artículo 121 N° 6 del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

### **1.6. Actualización de antecedentes y renuncia al Registro**

Si el profesional inscrito desea actualizar sus antecedentes en el Registro o renunciar a éste, deberá enviar una solicitud por escrito y bajo firma del interesado, en la que exprese tal decisión, a la Superintendencia de Salud.

### 1.7. Entidad a cargo del Registro

La entidad o responsable a cargo del Registro será la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

2. Reemplázase la expresión "www.supersalud.cl, el que contiene los requisitos necesarios para que dichos profesionales puedan incorporarse al registro, el procedimiento para efectuar la solicitud de inscripción, las causales de cancelación de la misma y los formularios necesarios que deben completarse.", contenida en el numeral 2.1, del Título III, del Capítulo VI, del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, por la siguiente: "www.supersalud.gob.cl, conforme al numeral 1 del presente Título".

3. Elimínase el numeral 2.6, del Título III, del Capítulo VI, del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos.

4. Incorpórase al final del Título III, del Capítulo VI, del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, los Anexos N°1 y 2 de esta Circular.

### III. VIGENCIA

La presente Circular entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación.

### PUBLÍQUESE



**ANA MARÍA ANDRADE WARNKEN**  
**INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS**  
**PREVISIONALES DE SALUD (S)**

JJR/KBDLM/FAHM

Distribución

- Gerentes Generales Isapres
- Asociación de Isapres de Chile
- Oficina de Partes
- Diario Oficial

### ANEXO N° 1



FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTRO  
REGISTRO DE MEDICOS REVISORES DE FICHA CLÍNICA

### ANTECEDENTES PERSONALES

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES
NACIONALIDAD	CEDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO

## ANTECEDENTES PROFESIONALES

UNIVERSIDAD QUE OTORGÓ TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO	
IDENTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD	(SI NO TIENE ESPECIALIDAD INDICAR TEXTUALMENTE "SIN ESPECIALIDAD")
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICA LA ESPECIALIDAD	
IDENTIFICACIÓN DE SUBESPECIALIDAD SUBESPECIALIDAD*)	(SI NO TIENE SUBESPECIALIDAD INDICAR TEXTUALMENTE "SIN SUBESPECIALIDAD")
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICA LA SUBESPECIALIDAD	

## ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SE DESEMPEÑA

Cualquiera sea la relación laboral o contractual con el o los prestadores de salud en que se desempeñe, entendiéndose por tales: clínicas, hospitales, centros médicos, consulta médica privada, etc.(especificar con un "no" si no se desempeña en un prestador de salud)

## UBICACIÓN DEL LUGAR DONDE SE DESEMPEÑA

DIRECCIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO (CALLE Y N°)
LOCALIDAD, PROVINCIA O REGIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL
TELÉFONO(S) DE CONTACTO
CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO (ESPECIFICAR CON UN "NO" SI NO TIENE CORREO ELECTRÓNICO)

## ANEXO N° 2

### DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ Yo,  
\_\_\_\_\_, cédula de identidad  
N° \_\_\_\_\_

#### DECLARO:

1. Que todos y cada uno de los datos consignados en el Formulario de Solicitud son efectivos.
2. Que me comprometo a inhabilitarme para revisar una ficha clínica, cuando ello me signifique la pérdida de la independencia necesaria que requiere la ley, evitando un conflicto de intereses, como por ejemplo:
  - Tener una relación de amistad íntima o enemistad con el paciente, médico tratante, integrantes del equipo médico o médico que efectuó la certificación cuestionada, situación que pudiera implicar un cuestionamiento de mi desempeño;
  - Tener parentesco por consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro del segundo grado con el paciente, médico tratante o médico que efectuó la certificación cuestionada;
  - y, en general, tener interés personal en el asunto de que se trate o representar los intereses que directamente pudiese tener la Isapre o el paciente en cuestión; ser administrador de la sociedad o entidad interesada, o tener cuestión litigiosa pendiente con alguno de los interesados.

3. Que estoy en conocimiento de la disposición legal del artículo 110 número 17, inciso segundo, del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que señala: "Las personas que incurran en falsedad en la certificación de enfermedades, lesiones, estados de salud, en las fechas de los diagnósticos o prestaciones otorgadas, serán sancionadas con las penas previstas en el artículo 202 del Código Penal".

4. Que no he sido condenado por infracción relacionada con la disposición legal del artículo 110 N° 17, inciso segundo, del DFL 1, del 2005, de Salud, o por algún crimen o simple delito en contra de la fe pública, falsificaciones, falso testimonio o perjurio, contenidos en el Título IV, del Libro II, del Código Penal.

5. Que estoy en conocimiento de que la incorporación al Registro no importa vinculación de ninguna especie con la Superintendencia de Salud.

6. Que estoy en conocimiento de que toda la información contenida en la(s) ficha(s) clínica(s), cuya revisión me pueda ser encargada, es considerada como dato sensible, de conformidad a lo dispuesto en la letra g) del artículo 2° de la Ley N° 19.628 y el artículo 12 de la Ley N° 20.584.

---

Firma (de puño y letra)

