



# SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales  
Subdepartamento de Regulación

CIRCULAR IF/Nº 275

Santiago, 27 OCT 2016

## **AJUSTA LOS COMPENDIOS DE NORMAS ADMINISTRATIVAS A LAS CIRCULARES QUE FUERON SU FUENTE**

Esta Intendencia, en ejercicio de las atribuciones que le confiere la ley, en especial, lo dispuesto en los artículos 110, N°2 y 114, ambos del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, ha estimado pertinente impartir las siguientes instrucciones.

### **I. INTRODUCCIÓN**

Entre los años 2008 y 2010, se efectuó un proceso de sistematización de la normativa dictada por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, mediante la emisión de cuatro Compendios, que debían reunir las instrucciones que se encontraban vigentes en esa época y serían actualizados permanentemente, al incorporarse a su texto las instrucciones que fueran dictadas con posterioridad a su expedición.

Como método de sistematización, se determinó conservar el tenor original de las instrucciones, sin perjuicio de los ajustes de redacción que dicho proceso suponía, suprimiendo disposiciones de carácter transitorio y la reproducción de normas legales, con excepción de aquellas que fueran necesarias para contextualizar los temas tratados en los citados instrumentos compilatorios.

Con el objeto que más adelante se expone, se ha efectuado un trabajo de revisión de dichos instrumentos recopilatorios, cotejándolos con las circulares que fueron su fuente, en virtud de lo cual se determinó introducirles las modificaciones que se indicará a continuación, para que contengan la totalidad de las instrucciones vigentes dictadas por tales circulares.

De tal modo, la presente Circular no imparte nuevas instrucciones, sino sólo ajusta el texto de los citados Compendios a las instrucciones emitidas antes de la dictación de

éstos, sin perjuicio de las modificaciones que han recibido en virtud de la formulación de instrucciones posteriores.

En relación con las normas sobre los beneficios CAEC y GES-CAEC, contenidas respectivamente en los Capítulos IV y VI del Compendio de Normas Administrativas en materia de Beneficios, en aras del mismo objetivo que se expondrá, se ha efectuado un trabajo de depuración, separando las instrucciones emanadas de esta Intendencia de aquellas estipulaciones que forman parte de las Condiciones de la CAEC, propuestas por la Asociación de Isapres de Chile. De esta manera, tales Condiciones mantienen su vigencia como cláusulas convencionales que rigen el beneficio para los afiliados de las isapres que contemplan dicha cobertura, pero se evita su confusión con las instrucciones efectivamente emitidas por este Órgano de la Administración del Estado.

Atendida la longitud de los ajustes en general, éstos se efectuarán siguiendo el orden de los capítulos intervenidos en cada Compendio, que para este efecto se enunciarán, respectivamente, como encabezado de las instrucciones que los modifican.

## **II. OBJETIVO**

Fijar los Compendios –emitidos, respectivamente, por las Circulares IF/Nº 77 e IF/Nº 80, ambas de 2008; IF/Nº 124 e IF/Nº 131, ambas de 2010- como único medio de presentar las instrucciones vigentes de carácter general y permanente dictadas por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en forma sistematizada y actualizable, para el uso de los beneficiarios, entidades fiscalizadas, usuarios internos y público en general; adicionalmente, utilizarlos como insumo básico para la implementación de una aplicación tecnológica que facilite el acceso a dicha normativa.

## **III. MODIFICA EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE BENEFICIOS, DICTADO POR CIRCULAR IF/Nº 77, DE 25 DE JULIO DE 2008**

### **Capítulo I**

1) En el Título III, letra B, efectúase las siguientes modificaciones:

- o En el número 5, incorpórase el siguiente párrafo final:

“En los planes con prestadores preferentes, la modalidad de libre elección sólo opera en caso de que el beneficiario haya optado voluntariamente por ella y no puede, en consecuencia, ser utilizada por la isapre para suplir las insuficiencias del prestador individualizado en la oferta preferente del plan”.

- o En el número 8, agrégase el siguiente primer párrafo, pasando el actual primero a ser segundo y así sucesivamente:

"Las prestaciones que se otorguen con ocasión de la derivación, deberán ser bonificadas por la isapre manteniendo el monto que le habría correspondido copagar al afiliado de haberse atendido en el prestador que dio origen a la derivación".

- 2) En el Título V, N° 2, letra f), al final del primer párrafo, reemplázase el término "circular" por "letra".

## **Capítulo II**

- 1) En el Título I "Subsidios por Incapacidad Laboral", específicamente al punto 1. "Pago de los Subsidios por Incapacidad Laboral", agrégase, a continuación del único párrafo, los siguientes, provenientes del punto 4 de la Circular N° 21 de 1992:

"El cálculo de los subsidios por incapacidad laboral que paguen las isapres debe sujetarse a lo dispuesto en el artículo 8° del DFL N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, si se trata de licencias por enfermedad común o por enfermedad grave del hijo menor de un año y a lo establecido en el inciso segundo del artículo 1° de la Ley N°18.867, si se refiere a los subsidios que se otorguen en virtud de los artículos 181 (subsidio por reposo pre y post natal) y 182 (subsidio por reposo maternal suplementario y de plazo ampliado) del Código del Trabajo.

Cabe destacar que los N° 3 y 4 del artículo 110 del DFL N°1, de 2005, encomiendan a esta Superintendencia la fiscalización del debido cumplimiento por parte las isapres de las obligaciones que establece la Ley y aquellas que emanen de los contratos de salud y velar porque ellas cumplan con las leyes y reglamentos que las rigen y con las instrucciones que este Organismo emita. En virtud de lo anterior, esta Superintendencia podrá revisar el cálculo de los subsidios por incapacidad laboral, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros Organismos Fiscalizadores.

Asimismo, esta Superintendencia fiscalizará que se dé cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 20 del DFL N°44, de 1978, en orden a que los subsidios se paguen, por lo menos, con la misma periodicidad de las remuneraciones, sin que pueda ser, en caso alguno, superior a un mes. En consecuencia, la primera cuota del subsidio deberá pagarse como máximo dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se haya presentado la licencia y las demás cuotas con una frecuencia de a lo más un mes entre ellas.

Cabe hacer presente que los funcionarios públicos regidos por la Ley N°18.834 (Estatuto Administrativo de los Empleados Públicos), durante los períodos de goce de licencia por enfermedad o embarazo, tienen derecho a la mantención del total de sus remuneraciones y su pago corresponde al Servicio o Institución empleadora, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 12 de la Ley N°18.196. Conforme a esta última norma, la Isapre debe reembolsar a la Institución empleadora una suma equivalente al mínimo del subsidio que le habría correspondido percibir al trabajador, de haberse encontrado afecto a las disposiciones del DFL N°44, de 1978. Las sumas a reembolsar incluyen el subsidio líquido y las cotizaciones. Dichos pagos deben ser ejecutados dentro de los diez

(10) primeros días del mes siguiente a aquél en que se haya ingresado la presentación del cobro respectivo. Las cantidades que no se paguen oportunamente se reajustan en el mismo porcentaje en que hubiere variado el IPC determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el mes anterior a aquél en que debió efectuarse el pago y el mes precedente a aquél en que efectivamente se realice y devengarán interés corriente.

Cabe señalar que igual obligación establece el artículo único de la Ley N°19.117 respecto de los funcionarios regidos por la Ley N°18.883 (Estatuto Administrativo de los Empleados Municipales) o de los profesionales de la educación regidos por el artículo 36, inciso tercero, de la Ley N°19.070, acogidos a licencia médica por enfermedad."

- 2) En el Título II "Subsidio por Incapacidad Laboral y Pensión de Invalidez", en el numeral 2 "Incompatibilidad entre las pensiones de invalidez y el subsidio por incapacidad laboral", a continuación del último párrafo, agrégase los siguientes, cuya fuente es la Circular conjunta de las Superintendencias de AFP, de Seguridad Social y de Isapres N° 28 de 1996:

"En consecuencia, el solo hecho de que el afiliado se encuentre acogido a subsidio por incapacidad laboral al momento de suscribir la solicitud de pensión de invalidez o durante el proceso de calificación, no basta para aplicar la citada norma de excepción, sino que se requiere que dicho afiliado se encuentre acogido a subsidio a la fecha en que quede ejecutoriado el respectivo dictamen y que las causas fundantes de dicha licencia sean las mismas que originaron la invalidez. En caso contrario, deberá aplicarse la regla general.

La Administradora de Fondos de Pensiones respectiva determinará, en mérito de los antecedentes de cada caso, si corresponde aplicar la norma que constituye la regla general del devengamiento de la pensión o aquella de excepción, para los trabajadores acogidos a subsidio por incapacidad laboral con licencia médica vigente a la fecha en que quede ejecutoriado el dictamen de invalidez respectivo.

Para los efectos citados, las Administradoras de Fondos de Pensiones deberán, dentro del plazo de dos días hábiles contado desde que éstas reciban el dictamen de invalidez ejecutoriado, solicitar a la entidad pagadora de subsidio información sobre la fecha de inicio y término de la licencia médica vigente a la fecha de ejecutoria, que generó derecho a subsidio por incapacidad laboral, y las patologías invocadas en esa licencia médica. Para lo anterior, la Administradora deberá adjuntar copia del respectivo dictamen ejecutoriado.

Cuando los antecedentes señalen que existe licencia médica vigente a la fecha en que quedó ejecutoriado el dictamen, por uno o más de los diagnósticos por los cuales se declaró la invalidez, la pensión se devengará a partir del día siguiente del término de esa licencia. Por el contrario, si la licencia médica invoca causales distintas de la declaración de invalidez, la pensión se devengará a partir de la fecha de presentación de la solicitud.

Si al confrontar la información, existen dudas acerca de si los diagnósticos invalidantes son los mismos que originaron la licencia médica, la Administradora deberá requerir, dentro del plazo de dos días hábiles contado desde la fecha de

recepción de la información proporcionada por la entidad pagadora de subsidio, un pronunciamiento definitivo a la Comisión Médica Regional respectiva, trámite que podrá efectuar a través del personal designado para la autenticación de antecedentes contemplado en la Circular N°901 de la ex Superintendencia de AFP.

Para cumplir esta gestión, el personal de la Administradora que concurra a la Comisión Médica Regional deberá acompañar los antecedentes del caso, incluso el expediente de invalidez si estuviera en su poder, y la respectiva solicitud, en formato de libre diseño, que debe contener espacio para la respuesta de la Comisión Médica. Esta última se pronunciará en un plazo no superior a tres días hábiles.

Si a la fecha en que quedó ejecutoriado el dictamen, el afiliado no estaba en goce de subsidio por incapacidad laboral, la fecha de devengamiento de la pensión corresponderá a la de presentación de la solicitud, aun cuando durante el trámite de evaluación y calificación hubiere devengado subsidios. En este caso, la Administradora de Fondos de Pensiones deberá informar al afiliado, con copia a la entidad pagadora de subsidios respectiva, la obligación de devolver a esta última los subsidios por incapacidad laboral que se devengaron por las mismas patologías que dieron origen a la pensión de invalidez.

Por lo tanto, para aplicar la letra b) del inciso tercero del artículo 31, del D.S. N° 57, de Previsión Social, de 1990, en concordancia con el artículo 75 del mismo cuerpo reglamentario, las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez de los Servicios de Salud, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar y las Instituciones de Salud Previsional, en un plazo no superior a 7 días hábiles contado desde la fecha de recepción del requerimiento de la Administradora de Fondos de Pensiones, deberán proporcionar a ésta, la siguiente información:

- Fecha de inicio y término de la licencia médica que devengó subsidio por incapacidad laboral, vigente a la fecha en que quedó ejecutoriado el dictamen, e
- Informar las patologías invocadas en dicha licencia médica.”

### **Capítulo III**

- 1) Agrégase como último párrafo del numeral 15 del Título Único, el siguiente:

“Por ejemplo, la cuota del mes de julio se descontará de la remuneración del mismo mes y se pagará hasta el día 10 de agosto. Para determinar el reajuste, se considerará la variación del IPC de julio, mientras que para el cálculo de los intereses se utilizará la tasa de interés corriente para operaciones reajustables vigente al día 1 de julio. Por su parte, ambos conceptos se aplicarán sobre el saldo insoluto de la deuda al día 1 de julio”.

- 2) Suprímese, en el Anexo N° 4, numeral 2, párrafo 3°, la expresión “a un monto máximo equivalente”.

## Capítulo IV

- 1) En el Título I, "Normas Generales", elimínase el punto 1. "Definición", dejándose constancia de ello en su lugar.
- 2) En el Título II, modifícase lo siguiente:

- o En el número 1 "Anexo de la CAEC", agrégase el siguiente párrafo segundo, nuevo:

"En consecuencia, las instrucciones que seguidamente se imparten sólo se refieren y son aplicables a la cobertura adicional para enfermedades catastróficas cuya configuración se ajuste estricta y rigurosamente a los términos y condiciones revisados por esta Superintendencia y que se reproducen en el anexo ya mencionado".

- o En el número 2 "Dependencia de la CAEC del contrato de salud" elimínase en la parte final del párrafo primero, lo siguiente: ", norma conforme la cual las isapres deben mantener el beneficio no obstante las modificaciones que operen por mutuo acuerdo de las partes o por vía de adecuación contractual".
- o Elimínase el número 3 "Modificación de la CAEC", dejándose constancia de ello en su lugar.
- o Elimínase del punto 7, lo siguiente:

El párrafo primero completo, que reza: "El deducible es la suma de los copagos correspondientes a un mismo diagnóstico, que habrán de ser acumulados para tener derecho a la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas y que, en consecuencia, no son de cargo de este beneficio."

En el párrafo segundo, la oración: "Para efectos del cómputo del deducible, no se contabilizarán los copagos que tengan su origen en prestaciones no cubiertas por este beneficio o que, estando cubiertas, se hayan otorgado fuera de la RED."

- o Elimínase el punto 10, "Prestaciones no cubiertas por la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas", dejándose constancia de ello en su lugar.

- 3) En el Título III "Urgencias CAEC", modifícase lo siguiente:

- o En el número 2 "Atención de urgencia en prestador ajeno a la Red CAEC", elimínase los párrafos primero al cuarto, dejándose constancia de ello en su lugar.

- En el citado punto 2 "Atención de urgencia en prestador ajeno a la Red CAEC", insértase el siguiente primer párrafo:

"En caso de que la atención se realice fuera de la Red, deberá cumplirse con las condiciones que se fijan en el punto 4.1 de las Condiciones de Cobertura, siendo de cargo de la presente cobertura el traslado a un prestador que será designado especialmente para tal efecto."

- En el citado número 2 "Atención de urgencia en prestador ajeno a la red CAEC", reemplázase el último párrafo por el siguiente:

"En el evento de que la isapre incumpla el plazo para efectuar la derivación, los copagos originados en la atención de urgencia con riesgo vital o secuela funcional grave se computarán para el cálculo del deducible, desde el ingreso del paciente en el prestador ajeno a la Red."

- En el punto 3 "Atención de urgencia dentro de la RED CAEC", reemplázase todo su texto por lo siguiente:

"Cuando se trate de una atención realizada dentro de la Red, el beneficiario o su representante deberá dar aviso dentro del plazo de 48 horas contadas desde el ingreso a la misma, para que la isapre administre el caso, efectuándose la derivación al tipo de habitación definido por la institución.

La condición que se establece para que opere el beneficio desde el ingreso a la Red –en cuanto a la permanencia durante toda su estadía en el tipo de habitación indicado por la isapre- será exigible sólo desde el momento en que la isapre definió el tipo de habitación a utilizar por el paciente.

Esta cobertura dentro de la Red regirá también, cuando se verifique el impedimento de dar el aviso por razones que no son imputables al beneficiario."

#### 4) En el Título IV "Incorporación de la CAEC", modifícase lo siguiente:

- En el número 1.3, primer párrafo, corrígese la palabra "contendidas" quedando como "contenidas".
- En el punto 1.3, tercer párrafo, reemplázase la expresión "los Anexos "Requisitos para acceder al financiamiento del deducible por la isapre" y "Listado de prestadores de la red de atenciones para enfermedades catastróficas"", por la expresión: "el Anexo "Requisitos para acceder al financiamiento del deducible por la isapre"".
- En el número 2, primer párrafo de la letra b), reemplázase la expresión "sus anexos 1 y 2" por "su anexo 2".

- 5) En el título VI "Término de la CAEC al vencimiento del Período Anual", en el párrafo primero, se reemplaza la expresión "para una determinada enfermedad catastrófica, al", por "derivada del".
- 6) En el Título VII "Disposiciones Transitorias", efectúase las siguientes modificaciones:
- o En el numeral 1 "Pacientes crónicos", elimínase la frase final del párrafo segundo que dice: "de manera que el período de acumulación será anual" y la coma que la antecede.
  - o Elimínase el punto 2 "Renuncia al desahucio", dejándose constancia de ello en su lugar.

### **Capítulo V**

- 1) Elimínase lo siguiente que precede al Anexo N° 1 situado al final del capítulo:

#### **"Anexos**

Los Anexos de este Capítulo corresponden a los Anexos introducidos por la Circular IF N° 86, 22.10.2008, "Complementa el N° 4, del Capítulo V "Programa de Alimentación Complementaria", de la Circular IF N° 77, de 2008, reemplazando y agregando Anexos que indica".

- 2) Elimínase la expresión "y Fonasa libre elección" del encabezado del Anexo N° 1.

### **Capítulo VI**

- 1) En el Título V, elimínase el punto III "Reglas de cobertura especial catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud, GES-CAEC", dejándose constancia de ello en su lugar.

- 2) Elimínase lo siguiente que precede al Anexo N° 1 situado al final del capítulo:

#### **"ANEXOS**

Los Anexos de este Capítulo corresponden a los Anexos N° 1 y N° 2 de la Circular IF/N° 2, de 27 de abril de 2005, "Imparte Instrucciones sobre el ajuste de los contratos de salud a la Ley N° 19.966"; y a los Anexos N° 1 y N° 2 de la Circular IF/N° 57, de 15 de noviembre de 2007, que "Imparte Instrucciones sobre la obligación de los prestadores de entregar información relacionada con las Garantías Explícitas en Salud."



#### **IV. MODIFICA EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE INSTRUMENTOS CONTRACTUALES, DICTADO POR CIRCULAR IF/Nº 80, DE 13 DE AGOSTO DE 2008**

##### **Capítulo II**

- 1) En el Título I "Contenido y Formato del Plan de Salud Complementario", elimínase el punto 1.4, que señala lo siguiente:

"El precio del plan, expresado en moneda de curso legal en el país o Unidades de Fomento (UF).

En el caso de planes grupales y los contratos a que se refiere el inciso final del artículo 200 del D.F.L. Nº 1, el precio podrá expresarse en un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud."

- 2) En el título II punto 2 párrafo primero reemplázase desde "contenidas" hasta "reemplace" por "vigentes sobre la materia".

- 3) En el Título III "Instrucciones Especiales para los Contratos que Contemplan Planes Cerrados y Planes con Prestadores Preferentes", efectúanse las siguientes modificaciones:

- o En el punto 1, "Ámbito de Aplicación", a continuación del último párrafo, incorpórase los siguientes:

"Se entiende para estos efectos por Plan Cerrado aquél cuya estructura sólo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección.

Con todo, la Superintendencia podrá determinar, mediante instrucciones generales, los casos excepcionales en que el afiliado o beneficiario podrá ser atendido por un prestador distinto al individualizado en el plan, eventualidad en la cual tendrá derecho, como mínimo, a la cobertura financiera que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud en la modalidad de libre elección.

Se entiende para estos efectos Plan con Prestadores Preferentes, aquél 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."

- o En el punto 2.3 "Término o modificación de los convenios con prestadores", agrégase a continuación del punto final el siguiente párrafo:

"Al cumplimiento de la anualidad, la isapre podrá adecuar el contrato, caso en el cual deberá informar al cotizante, en la carta respectiva, la circunstancia de haberle puesto término o modificado el respectivo convenio y poner en su conocimiento tanto las adecuaciones propuestas para el plan vigente como los planes de salud alternativos a éste."

- o En el punto 2.4 "Término de la existencia legal del prestador; pérdida total o parcial y permanente de su infraestructura; paralización permanente de sus actividades o sustitución de la especialidad médica a que estaba orientado al momento de celebrarse el contrato", agrégase a continuación del punto final los siguientes párrafos:

"En esa oferta deberá contemplarse, como mínimo, el plan de salud que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del afiliado al momento de modificarse el contrato.

La comunicación deberá señalar claramente el plazo de que dispone el afiliado para optar por alguna de las alternativas propuestas, el que, al menos, se deberá extender hasta el último día hábil del mes siguiente al de la expedición de la comunicación, si se remite por correo, o de su entrega, si esta es personal. Adicionalmente, deberá informar que ante el silencio del cotizante se entenderá que acepta el plan ofrecido por la isapre que más se ajusta a su cotización legal.

En caso de producirse algunas de las situaciones previstas en este punto, la isapre deberá informarlo por escrito a esta Superintendencia, dentro de los 10 días hábiles siguientes, acompañando los antecedentes que acrediten los hechos y circunstancias que les dieron origen y que permitan su calificación por este Organismo."

- 4) En el Anexo N°5, "PLAN CERRADO", dentro del recuadro cuyo contenido comienza con "Zona en que debe indicarse el valor del plan", suprímese la expresión "y condición de cotizante o carga" y añádese, dentro del paréntesis, a continuación de "tabla de factores", la frase "y precio base del plan".
- 5) En el Anexo N° 6 "Instrucciones para el formato de los planes de salud cerrados", en el punto 7, primer párrafo, elimínase la expresión "la tabla de factores o", la primera vez que aparece en el texto.

### **Capítulo III**

- 1) En el título III, modifícase lo siguiente:
  - o En el punto 1.12, reemplázase la expresión "de la presente Circular", por "del presente Capítulo".
  - o En el punto 2.5, reemplázase la expresión "matrimoniales" por "compensados".
  - o En el punto 3.4, letra h), reemplázase la sigla "INP", por "IPS o la entidad que lo reemplace".

- En el punto 4.1, letras d.3) y d.4) reemplázase la expresión "de la presente circular" por "del presente Título".
- 2) En el Anexo 1, introdúcese las siguientes modificaciones:
- En su primer párrafo, suprímese la expresión "la Ley N°18.933 y sus modificaciones, contenidas en".
  - En su artículo 8°, penúltimo párrafo, se añade al final de éste, la frase "de 2005 del Ministerio de Salud".
  - En el artículo 15° letra h) reemplázase la expresión "a la Ley N°18.933, contenida en el" por "al" y, a continuación de "D.F.L. N° 1", agrégase "de 2005, del Ministerio de Salud".
- 3) En el anexo N°2, modifícase lo siguiente:
- En letra A, punto I, N°3, reemplázase la frase "Circular IF/N°13, de 2006" por "normativa vigente".
  - En letra A, punto II, N°1, letra b) reemplázase la frase "Circular IF/N°13, del 2 de febrero de 2006" por "normativa vigente".
  - En letra A, punto II, N°2, letra a) reemplázase la frase "Circular IF/N°13, de 2006" por "normativa vigente".
- 4) En Anexo 8, documento GES-AUGE, a continuación del título, suprímese la frase "Regulado por Circulares IF/N° 2; IF/N° 18; IF/N° 39 y IF/N° 119".

## **V. MODIFICA EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE INFORMACIÓN, DICTADO POR CIRCULAR IF/N° 124, DE 30 DE JUNIO DE 2010**

### **Capítulo II**

- 1) En el Título IV, punto 3, reemplázase la expresión "a más tardar último día hábil de los meses de marzo y septiembre" por "antes del 31 de marzo y del 30 de septiembre de cada año".
- 2) Incorpórase, a continuación del Anexo que se ubica al final del Título IV, el cual pasará a llamarse "Anexo N°1", el siguiente "Anexo N°2":

### **ANEXO N°2**

## EJEMPLOS DE LLENADO EN SITUACIONES ESPECIALES DE COBERTURA

1. Para el caso de un plan que presenta cobertura diferenciada según el valor del día cama, por ejemplo:

| Porcentaje de cobertura | Tope de bonificación (sin tope) | Condición de referencia (CR) | Precio máximo (PM) de la prestación según condición de referencia |
|-------------------------|---------------------------------|------------------------------|---|
| 90 %                    | Sin tope                        | Si día cama es < ó = a 5 UF  | PM1   |
| 80 %                    | Sin tope                        | Si día cama es > a 5 UF      | PM2   |

Se deben informar dos registros con la siguiente información:

Primer registro

- En el campo "Porcentaje de cobertura": 90
- En el campo "Existencia de tope de bonificación": N
- En el campo "Tope en pesos": 90% multiplicado por el precio máximo de la prestación según condición de referencia 1 (PM1)

Segundo registro

- En el campo "Porcentaje de cobertura": 80
- En el campo "Existencia de tope de bonificación": N
- En el campo "Tope en pesos": 80% multiplicado por el precio máximo de la prestación según condición de referencia 2 (PM2)

2. Para el caso de un plan que presenta cobertura diferenciada para grupos de prestadores determinados, por ejemplo:

| Porcentaje de cobertura | Tope de bonificación (sin tope) | Condición de referencia (CR)               | Precio máximo (PM) de la prestación según condición de referencia |
|-------------------------|---------------------------------|--|---|
| 90 %                    | Sin tope                        | Si se atiende en prestadores del grupo "A" | PM1   |
| 80 %                    | Sin tope                        | Si se atiende en prestadores del grupo "B" | PM2   |

Se deben informar dos registros con la siguiente información:

Primer registro

- En el campo "Porcentaje de cobertura": 90
- En el campo "Existencia de tope de bonificación": N
- En el campo "Tope en pesos": 90% multiplicado por el precio máximo de la prestación según condición de referencia 1 (PM1)

Segundo registro

- En el campo "Porcentaje de cobertura": 80
- En el campo "Existencia de tope de bonificación": N
- En el campo "Tope en pesos": 80% multiplicado por el precio máximo de la prestación según condición de referencia 2 (PM2)

3) En el Título XIII, al final de éste, agrégase la expresión "Anexo "Archivo Maestro de Compensaciones" eliminado por Circular IF 174 de 27.07.2012".

- 4) En el Título XVI, anexo "Licencias Médicas, Subsidios por Incapacidad Laboral, Redictámenes de la COMPIN, Reconsideraciones Isapre y Reliquidaciones", modifícase lo siguiente:
- o En punto II.- "Definiciones del Archivo Maestro de Licencias Médicas y SIL", campo (29) Entidad pagadora, letra G, reemplázase la sigla "INP" por "IPS, o el que lo reemplace".
  - o En el numeral 5 "Validadores Adicionales de Consistencia", punto 1.3, última viñeta, elimínase la letra "s" de la palabra "representados".
  - o En el punto IV.- "Definiciones del archivo Redictámenes de la COMPIN, Reconsideraciones Isapre y Reliquidaciones", segunda viñeta, intercálase una letra "l" a la expresión entre paréntesis "(de casos en que e cotizante apela directamente a ella)", quedando así: "(de casos en que el cotizante apela directamente a ella)".
- 5) En el Título XVII, efectúase las siguientes modificaciones:
- o En el primer párrafo, insértase, a continuación del vocablo "especifican", una coma y la palabra "respectivamente", seguida de otra coma, y agrégase una "s" al vocablo "Anexo".
  - o Elimínase el dígito "5" que antecede al punto "Definiciones de la Estadística Resumen de Solicitudes Mensuales", conservándose dicho epígrafe y el texto que contiene.
  - o Agrégase a continuación de la letra e) " Número de reclamos pendientes en el mes (cod.0005)" y su texto compuesto de dos párrafos, el siguiente Anexo N°2:

## **Anexo N°2: Clasificación y estadísticas de reclamos en Fonasa**

Según la definición de "Reclamos: Toda presentación formal a raíz de un conflicto particular suscitado entre el Fondo Nacional de Salud o una isapre, por una parte, y uno o más cotizantes, beneficiarios, ex cotizantes o ex beneficiarios, por la otra, dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud", los archivos computacionales que contengan estadísticas de reclamos, deberán considerar las características que se indican.

### **1. Definiciones del Archivo Computacional**

La información de Estadísticas de Reclamos, debe ser enviada de acuerdo a la estructura fija que se acompaña en el punto 4 de este anexo, y según las especificaciones para la generación y envío de archivo indicadas en el presente documento.

Los datos del mes deben estar contenidos en la estructura, la cual no debe ser modificada por agregación o eliminación de ítems, correspondiendo a esta Superintendencia la facultad de generar y solicitar una nueva estructura de acuerdo a las necesidades de información.

En los archivos con formato plano, los datos se deben presentar en el orden y contenido de acuerdo a la estructura ya señalada.

## 2. Reprocesos

En el evento de no ser posible acceder a la información o ésta presente errores o inconsistencias, la Institución dispondrá de dos (2) días hábiles para sustituirla, contados a partir de la fecha en que esta Superintendencia notifique la irregularidad.

## 3. Respaldo de la información

La Institución deberá mantener a disposición de esta Superintendencia, una copia de los dispositivos que contengan la información de los Archivos de Estadísticas de Reclamos que correspondan a los últimos tres meses remitidos.

## 4. Estructura de Estadísticas de Reclamos en Fonasa

Institución

Mes y Año de los datos

| Código | Estadística Resumen de Reclamos Mensuales                         | Reclamos |
|--------|---|----------|
| 0001   | Núm. de reclamos recibidos  |          |
| 0002   | Núm. reclamos registrados e ingresados a trámite                  |          |
| 0003   | Núm. reclamos remitidos a la Superintendencia de Seguridad Social |          |
| 0004   | Núm. reclamos resueltos en el mes                                 |          |
| 0005   | Núm. reclamos pendientes en el mes                                |          |

| 0200 | 02 Acceso a Beneficios Fonasa                | Reclamos |
|------|--|----------|
| 0201 | Incorporación al régimen                     |          |
| 0203 | Incorporación o eliminación de beneficiarios |          |
| 0204 | Modificación tipo beneficiarios              |          |
| 0206 | Doble afiliación                             |          |
| 0299 | Otras  |          |

| 0400 | 04 Licencia Médica - Subsidios por Incapacidad Laboral | Reclamos |
|------|--|----------|
|      |  |          |

|      |  |  |
|------|--|--|
| 0405 | Requisitos para pago de subsidio por incapacidad laboral |  |
| 0408 | Notificación resoluciones                                |  |
| 0409 | Plazo para emitir pronunciamiento                        |  |
| 0410 | Finiquito laboral  |  |
| 0412 | Cotizaciones previsionales durante incapacidad laboral   |  |
| 0413 | Reintegro corporaciones o empleadores sector público     |  |
| 0414 | Plazo prescripción subsidios                             |  |
| 0417 | Plazo para pago de subsidio por incapacidad laboral      |  |
| 0419 | Citación a peritaje                                      |  |
| 0420 | Procedimiento visita domiciliaria                        |  |
| 0499 | Otras  |  |

| <b>0600</b> | <b>Cotizaciones de Salud</b>                                    | <b>Reclamos</b> |
|-------------|---|-----------------|
| 0601        | Cobranza por deuda de cotizaciones                              |                 |
| 0602        | Cotizaciones mal enteradas                                      |                 |
| 0603        | Deuda de cotizaciones   |                 |
| 0607        | Reajustes e intereses penales                                   |                 |
| 0608        | Tope impondibilidad según calidad laboral y régimen previsional |                 |
| 0699        | Otras   |                 |

| <b>1200</b> | <b>Modalidad Atención Institucional y libre Elección</b> | <b>Reclamos</b> |
|-------------|--|-----------------|
| 1201        | Cobertura financiera (copagos)                           |                 |
| 1202        | Clasificación grupos de salud                            |                 |
| 1203        | Otorgamiento préstamos médicos                           |                 |
| 1204        | Pago Asociado a Diagnóstico                              |                 |

|      |  |  |
|------|--|--|
| 1205 | Acceso a atenciones de salud           |  |
| 1206 | Calidad de atención                    |  |
| 0148 | Atención de Urgencia                   |  |
| 0149 | Problemas crédito atención de urgencia |  |
| 1299 | Otras                                  |  |

|             |  |                 |
|-------------|--|-----------------|
| <b>1300</b> | <b>Plan Auge ( GES )</b>                                     | <b>Reclamos</b> |
| 1301        | Garantía de acceso de atención                               |                 |
| 1302        | Garantía de oportunidad de atención                          |                 |
| 1303        | Garantía de protección financiera ( bonificación y copagos ) |                 |
| 1304        | Garantía de calidad  |                 |
| 1399        | Otras  |                 |

|             |                                      |                 |
|-------------|--------------------------------------|-----------------|
| <b>1400</b> | <b>Examen de Medicina Preventivo</b> | <b>Reclamos</b> |
| 1401        | Garantía de acceso de atención       |                 |
| 1402        | Garantía de protección financiera    |                 |
| 1499        | Otras                                |                 |

|             |                       |                 |
|-------------|-----------------------|-----------------|
| <b>9900</b> | <b>Otras Materias</b> | <b>Reclamos</b> |
| 9901        | Otras                 |                 |

### **Definiciones de la Estadística Resumen de Solicitudes Mensuales**

a) Número de reclamos recibidos (cod. 0001):

Se deberá informar el total de reclamos recibidos en el mes, que será la sumatoria de los códigos 0002 y 0003.

b) Núm. de reclamos registrados e ingresados a trámite (cod. 0002):

Se considerará sólo el total de solicitudes que sean tramitadas por la Institución, excluyendo el código 0003.



c) Número de reclamos remitidos a la Superintendencia de Seguridad Social (cod. 0003):

Se deberá informar el total de reclamos enviados a ese Organismo.

d) Número de reclamos resueltos en el mes (cod. 0004):

Se deberá consignar el total de reclamos en que la Institución haya emitido su pronunciamiento en el mes que se informa.

e) Número de reclamos pendientes en el mes (cod. 0005):

Corresponderá indicar el total de reclamos que se encuentren en proceso de tramitación al último día del mes que se informa.

Si en un período (mes) no existen reclamos que informar, al menos se deberá enviar un archivo con el grupo Estadística Resumen de Solicitudes de Reclamo Mensuales con ceros (0) en sus campos de cantidad."

### **Capítulo III**

1) En el Título I "Instrucciones Relativas a la Ficha Económica y Financiera de Isapre F.E.F.I", numerando III. "Criterios y tratamientos contables relativos al Fondo de Compensación Solidario", al final del punto 2.2, agrégase el siguiente párrafo:

"Las isapres que participan del Fondo de Compensación Solidario, deberán implementar en sus respectivos planes de cuentas internos, registros separados con código e identificación propia, manteniendo un detalle pormenorizado de cada operación, de acuerdo al tratamiento definido en las presentes instrucciones."

2) En el título II, punto I "indicadores a cumplir", número 2 "estándar de liquidez", modifícase la expresión "activo circulante" por "activo corriente".

3) En el Anexo N°1 del Título II, denominado "Información base para el cálculo de indicadores de patrimonio, garantía y liquidez", incorpórase las siguientes modificaciones:

- o Agrégase a continuación de dicho título, la siguiente letra A:

"A. Notas Adjuntas"

- o Modifícase el enunciado de la letra "C. Nota Adjunta", por el siguiente:

"C. Notas Adjuntas cuentas no definidas y ajustes"

- o Agrégase, en la misma letra C, a continuación de la nota adjunta 1, el siguiente texto, seguido de la nota adjunta 2, como se indica:

“Asimismo, las instituciones de salud deberán reconocer y agregar al detalle de la nota explicativa, bajo el título denominado “Conceptos Adicionales” todas aquellas partidas contables, que representen ajustes a los saldos de las cuentas que se emplean en el cálculo y determinación del estándar de garantía. Lo anterior, a fin de esclarecer la composición de los saldos que se registran en el Informe Financiero Complementario –Anexo 1- y en la Ficha Económica y Financiera de Isapre.”

|                 | Nota Adjunta 2<br>Conceptos Adicionales              | Código<br>FEFI de<br>referencia | Monto<br>(M\$) |
|-----------------|--|---------------------------------|----------------|
| Nº<br>Secuencia | Descripción cuenta/Concepto/Partida                  |                                 |                |
| Ej: 41          | Copagos por devolución de órdenes de atención médica | 21030                           | 24             |
|                 |  |                                 |                |

4) En el título III, modifícase lo siguiente:

- o En el N° 6, bajo el enunciado “Estructura de la información e instrucciones de llenado”, para el acceso de la información de deudas con prestadores y beneficiarios, en su párrafo segundo, reemplázase la expresión “la circular IF15/2005” por “el Capítulo I: Instrucciones para la transmisión de información y remisión de archivos maestros”.
- o En el N°10 “Obligaciones de la isapre”, contenido en el N°7.1, al final de la cuarta viñeta, reemplázase la expresión “esta Circular”, por “este Título”.

#### **Capítulo IV**

En el título V, punto II “Información y Registros relativos a la transmisión electrónica de datos”, número 5, agrégase, al final, la frase “del hecho que la constituye” y añádese el siguiente último párrafo:

“En las hipótesis señaladas en el párrafo anterior o en el numeral precedente, este Organismo Fiscalizador, con el objeto de regularizar las anomalías informadas, instruirá a las respectivas isapres, si fuese del caso, para la obtención de un informe pericial, destinado a clarificar la materia que sea objeto de las deficiencias, especificando las causas que las produjeron”.

#### **Capítulo VI**

- 1) Elimínase el Título II “Información referida a cotizaciones mal enteradas que corresponden a las isapres”, dejándose constancia de ello en el Compendio.

- 2) En el Título V "Obligación de las isapres de informar a la Dirección del Trabajo sobre empleadores morosos de cotizaciones de salud", numeral 4 letra b) "Empleadores con cotizaciones no declaradas ni pagadas que cumplan con las siguientes condiciones", agrégase después de la segunda viñeta el siguiente párrafo:

"Las isapres tienen la obligación de recibir las actas de fiscalización remitidas por la Dirección del Trabajo."

## **Capítulo VII**

- 1) En el título II, numeral 3, párrafo segundo, reemplázase la palabra "modalidad" por "modificación".

## **VI. MODIFICA EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE PROCEDIMIENTOS, DICTADO POR CIRCULAR IF/Nº 131, DE 30 DE JULIO DE 2010**

### **Capítulo I**

- 1) En el Título III, numeral 6.1 letra a), sustitúyese la palabra "bese" por "base".
- 2) En el Anexo ubicado al final del Título VI, subráyase la palabra "inmediata" con que termina dicho documento.

### **Capítulo III**

- 1) En el Título I "Declaración y pago de cotizaciones de salud", "INSTRUCTIVO AL ANEXO Nº 1", modifícase lo siguiente:
  - o En los "ANTECEDENTES", al inicio del primer párrafo, sustitúyese la expresión "El artículo 30º de la Ley Nº 18.933" por "El artículo Nº185 del DFL Nº1, de 2005, de Ministerio de Salud," y elimínase la nota al pie.
  - o En los "ANTECEDENTES", primer párrafo, a continuación del punto aparte, que pasa a ser punto seguido, agrégase el texto que se indica:

"Sin embargo, cuando el empleador realice la declaración y el pago de las cotizaciones a través de un medio electrónico, el plazo se extenderá hasta el día 13 de cada mes, aun cuando éste fuere día sábado, domingo o festivo."

- En los "ANTECEDENTES", suprímese la frase final del segundo párrafo: "los cuales se informan con su horario al final del presente instructivo" y la coma que la precede.
- En el punto I "DEDUCCIÓN DE LA COTIZACIÓN DE SALUD", en el primer párrafo de la letra b), reemplázase la expresión "hasta un tope de 4,529 U.F.", por "hasta el monto de la cotización mínima legal para salud según el tope imponible que se encuentre vigente a la fecha del pago de la cotización".
- En el punto I "DEDUCCIÓN DE LA COTIZACIÓN DE SALUD", en el segundo párrafo de la letra b), reemplázase la expresión "a 4,529 Unidades de Fomento", por "al monto de la cotización mínima legal para salud según el tope imponible que se encuentre vigente a la fecha del pago de la cotización".
- En el punto IV "PLAZO LEGAL PARA ENTERAR LAS COTIZACIONES", a continuación del punto a parte, que pasa a ser punto seguido, agrégase el texto que se indica:

"Sin embargo, cuando el empleador realice la declaración y el pago de las cotizaciones a través de un medio electrónico, el plazo se extenderá hasta el día 13 de cada mes, aun cuando éste fuere día sábado, domingo o festivo."

- En el punto V "SANCIONES LEGALES PARA QUIENES NO DECLAREN O NO PAGUEN DENTRO DEL PLAZO LEGAL ESTABLECIDO", párrafo primero, reemplázase la expresión "el artículo 30° de la Ley N° 18.933" por "el artículo N°185 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud" y elimínase la nota al pie.
- En el punto V "SANCIONES LEGALES PARA QUIENES NO DECLAREN O NO PAGUEN DENTRO DEL PLAZO LEGAL ESTABLECIDO", párrafo segundo, reemplázase la expresión "el artículo 31° de la Ley N° 18.933" por "el artículo N°186 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud" y elimínase la nota al pie.
- En el punto VI "PLANILLA DE DECLARACIÓN Y PAGO DE COTIZACIONES DE SALUD A ISAPRE", específicamente en la Sección C "Antecedentes de la Cotización", insértase, luego del Código 01 y su texto, lo siguiente: "Código 02: No vigente" y trasládase a éste su nota al pie.
- En el punto VI "PLANILLA DE DECLARACIÓN Y PAGO DE COTIZACIONES DE SALUD A ISAPRE", en la Sección D "Antecedentes Generales", específicamente en el "Recuadro N°1 Normal", añadir, a continuación del punto aparte, que pasa a ser punto seguido, lo siguiente:

"Asimismo, se debe llenar con una "X", cuando el empleador realice la declaración y el pago de las cotizaciones a través de un medio electrónico, hasta el día 13 del aludido mes, aun cuando éste fuere día sábado, domingo o festivo."

- 2) En el Título IV numeral 2.2, párrafo 3º, reemplázase "Instituto de Normalización Previsional" por "Instituto de Previsión Social o el Organismo que en el futuro asuma sus funciones".
- 3) En el Título V "Regularización de cotizaciones mal enteradas", punto III A. 2) "Etapa de Traspaso", específicamente al final de la letra c), elimínase la expresión "según la tabla que emite mensualmente esta Superintendencia" y la coma que la precede.
- 4) En el Título V "Regularización de cotizaciones mal enteradas", elimínase el Anexo N°10 que se encuentra al final de éste y que se refiere a la devolución de cotizaciones de salud pagadas en exceso en FONASA, dejándose constancia de ello en su lugar.
- 5) En el Título VII, punto 1.1 "Recepción del formulario único de notificación", agrégase, al final del cuarto y último párrafo, precedida de una coma, la siguiente expresión: "la que podrá aplicar las sanciones a que se refiere el artículo 57 de la Ley N°16.395 o la normativa vigente, en su caso."
- 6) En el Título VIII, punto I. Definiciones, al final del numeral 3, agrégase lo siguiente:

"Para clarificar este concepto, a continuación se desarrollan algunos ejemplos, considerando la siguiente nomenclatura:

**CP = Cotización percibida en el mes**

**TCP = Total Cotización Pactada = PP+PGES + PCAEC +PBA**

**PP = Precio del plan de salud complementario**

**PGES = Precio de las GES**

**PCAEAC = Precio de la CAEC**

**PBA = Precio de los Beneficios Adicionales**

**CM = Cotización Mínima Legal para Salud.**

Si se consideran los siguientes valores correspondientes a trabajadores que cotizan en las Administradoras de Fondos de Pensiones AFP, suponiendo que su renta tope alcance a 64,7 UF. Remuneración imponible tope \$ 1.358.700 (UF= \$21.000 aproximadamente).

CP = 5,2 UF

PP = 4,5 UF

PGES = 0,27 UF

PCAEAC = 0,09 UF

PBA = 0,3 UF

CM = 4,529 UF

Se obtiene:

TCP = PP+PGES + PCAEC +PBA

TCP = 4,5 UF+0,27 UF+0,09 UF +0,3 UF

TCP = 5,16 UF

Exceso = CP - TCP = 5,2 UF- 5,16 UF = 0,04 UF.

En este caso para determinar el exceso se considera el TCP por ser mayor que CM.

Si se consideran los mismos valores para un trabajador que aporta a otro contrato 0,34 UF, los resultados son los siguientes:

CP = 5,5 UF  
CM = 4,529 UF  
TCP = 5,16 UF

Cotización Total a Pagar = 5,16 UF + 0,34 UF = 5,5 UF

Exceso = CP - Cotización Total a Pagar = 5,5 UF - 5,5 UF = 0 UF

En este caso para determinar el exceso se considera la Cotización total a pagar por cuanto es mayor que el TCP, el que a su vez es mayor que CM."

7) En el Título IX "Excedentes de cotización", modifícase lo siguiente:

- o En el punto 1, insértase a continuación del epígrafe "Definiciones", lo siguiente:

"Artículo 188 del DFL N° 1, de Salud, de 2005: Referido a la norma que regula los excedentes, cuya modificación introducida por la Ley N°20.317, de 24 de enero de 2009, da el carácter de irrenunciables a los excedentes de cotización de salud en isapres."

- o En el punto 1 "Definiciones", a continuación del punto 1.3 "Excedentes de Cotización" y su texto, insértase lo siguiente:

"Con el objeto de clarificar este concepto, se desarrolla el ejemplo que se indica a continuación:

Considerando la siguiente nomenclatura:

PGES + PP = Precio de las GES más el precio del plan de salud complementario  
CM = Cotización Mínima

Considerando los siguientes valores:

PGES + PP = 3,80 UF  
CM = 4,00 UF

Se obtiene:

Excedente = 0,20 UF"

- o En el punto 5 "Destino de los excedentes", específicamente en el primer párrafo del punto 5.1, insértase, después de dos puntos, lo siguiente:

- a) Cubrir las cotizaciones en caso de cesantía;
- b) Copago, esto es, cubrir aquella parte de la prestación que es de cargo del afiliado;

- c) Financiar prestaciones de salud no cubiertas por el contrato;
- d) Cubrir cotizaciones adicionales voluntarias;
- e) Financiar un plan de salud cuando el afiliado reúna los requisitos que la ley establece para pensionarse, durante el lapso comprendido entre la solicitud de la jubilación y el momento en que ésta se hace efectiva;
- f) Pagar las cuotas de los préstamos de salud que la isapre hubiese otorgado a la afiliada o al afiliado."
  - o En el punto 8 "Traspaso de los excedentes", específicamente en el 8.3 "Tratamiento contable", reemplázase la expresión "cuenta código 30062, "Otros Ingresos no Operacionales", por lo que sigue: "cuenta que correspondiere de acuerdo a la normativa vigente en el período,".
  - o En el punto 8 "Traspaso de los excedentes", elimínase el punto 8.4 "Traspaso de los fondos acumulados en las cuentas corrientes individuales de excedentes de cotizaciones de afiliados que al término del contrato con una isapre cotizan para salud en el Fonasa".
  - o Suprímese, en el anexo N°1 "Renuncia a los excedentes de cotización", la palabra "Eliminado" escrita antes de su último párrafo.

## Capítulo IV

- 1) En el Título II "Disposiciones comunes para el otorgamiento y tramitación de licencias médicas", modifícase lo siguiente:
  - o En sus párrafos introductorios, agrégase el siguiente tercer párrafo:
 

"Quedan excluidas de la aplicación del D.S. N°3, de 1984, las licencias médicas que se otorgan en virtud de la Ley N°16.744, a los trabajadores de empresas afiliadas a Mutualidades de Empleadores, cuando se les otorga reposo por incapacidad laboral ocasionado por un accidente del trabajo o enfermedad profesional, caso en el cual emiten lo que se denomina "orden de reposo"."
  - o En el punto 1. "Autorización de la Licencia Médica", a continuación del último párrafo, insértase el siguiente párrafo:
 

"Las licencias presentadas fuera de plazo por el empleador o entidad responsable y aquellas en las que éstos hayan registrado antecedentes erróneos o falsos, omitido datos o adulterado su contenido, podrán ser autorizadas por la ISAPRE, siempre que el trabajador acredite su ninguna participación en estos hechos. Bajo la circunstancia referida y si la apreciación médica de la licencia amerita su autorización, la isapre deberá proceder a pronunciarse en tal sentido, en cuyo caso, el trabajador deberá concurrir a la ISAPRE a solicitar el pago del subsidio que pudiera ser procedente. En el evento de que se pague el subsidio, la isapre deberá requerir del empleador infractor o entidad responsable, la devolución de los subsidios pagados, conforme a la sanción establecida en el artículo 56 del D.S. N°3, de 1984, excluyendo del cobro respectivo los valores correspondientes al íntegro de las cotizaciones para previsión y salud."

2) En el Título III, "Reclamaciones en relación a los pronunciamientos sobre licencias médicas", modifícase lo siguiente:

- o Incorpórase antes del punto 1, los siguientes párrafos:

"El cotizante, en caso de modificación o rechazo de la licencia médica o cuando estime que lo obtenido por concepto de subsidio es inferior a lo establecido en la Ley, puede presentar su reclamo por escrito directamente a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente al domicilio que fije en el contrato de salud. El plazo para efectuar tales reclamos es de quince (15) días hábiles contados desde la recepción del pronunciamiento de la isapre y no desde su envío, o bien, desde la fecha del rechazo del pago del subsidio o de su pago insuficiente, según corresponda."

Del mismo plazo dispone el empleador para reclamar respecto de las licencias médicas que hayan autorizado las isapres, cuando estime que éstas no han debido otorgarse o han sido otorgadas por un período superior al necesario".

- o En el punto 1 "Resoluciones de la Compin en apelaciones contra pronunciamientos de una isapre", insértase, a continuación del último párrafo, los que a continuación se indica:

"Cualquiera sea el tipo de reclamo, en las resoluciones se fijarán el plazo, condiciones y modalidades para su cumplimiento. Si la isapre no cumpliera el resuelto, el cotizante podrá solicitar el pago a la Superintendencia, con cargo a la garantía a que se refiere el artículo 181 del DFL N°1, de 2005, hasta el monto del subsidio adeudado. En tal caso, la isapre deberá completar la garantía, sin perjuicio de la multa que correspondiere.

La circunstancia de que el cotizante haga valer su derecho a reclamar ante esta Superintendencia, se considerará causal suficiente de interrupción del plazo de prescripción de los artículos 40 y 47 del D.S. N°3, para deducir la acción ante la COMPIN competente.

En todo caso, de la resolución que dicte la COMPIN se podrá apelar ante la Superintendencia de Seguridad Social. Recibida una apelación, la Superintendencia podrá solicitar informe a los Organismos involucrados, los que deberán remitir la información solicitada dentro del plazo establecido en el punto 2 del presente Título.

Vencido este plazo, la Superintendencia de Seguridad Social podrá resolver con los antecedentes que tenga a la vista."

3) En el título VI, modifícase lo siguiente:

- o En el anexo N°1, numeral 3.2.6.1, primer párrafo, agrégase la siguiente letra a) Nombre o razón Social, pasando las actuales letras a) y b) a ser b) y c), respectivamente.



- En el anexo N°2, numeral 12, reemplázase la expresión "la circular conjunta de la Superintendencia de Seguridad Social y de Salud N°32 1.12.2006" por "el presente Título VI "Otorgamiento y tramitación de licencias médicas electrónicas", de este Capítulo".
- En el anexo N°2, numeral 13, reemplázase la expresión "de la circular conjunta de la Superintendencia de Seguridad Social y de la Superintendencia de Salud" por "del presente Título VI".

## Capítulo V

- 1) En el título V, modifícase lo siguiente:
  - En el punto 3, antepóngase un numeral 3.6.1 al referirse al "Principio de igualdad", contenido en el 3.6.
  - En el Anexo N°1, elimínase la referencia a las regiones y sus domicilios y reemplázase la dirección "www.superintendenciadesalud.cl", por "www.supersalud.gob.cl".
  
- 2) En el título VI, numeral 2.1, la actual letra e. designase como letra f. y la actual f. como letra g.

## Capítulo VI

- 1) En el título VI, a continuación de su epígrafe, agrégase lo siguiente:

### **"Introducción:**

Las presentes instrucciones regulan los aspectos necesarios para el adecuado funcionamiento del procedimiento de notificación electrónica del FUN, el que se caracteriza por el uso de comunicaciones electrónicas, permitiendo un resultado equivalente a la notificación por escrito.

En consecuencia, el uso del medio electrónico no altera, de modo alguno, los derechos y obligaciones de los participantes en la notificación del FUN, como si ésta fuese hecha en formato papel, como tampoco las facultades fiscalizadoras de la Superintendencia de Salud.

La isapre que voluntariamente suscriba convenios por la presente normativa, deberá utilizar en forma preferente la notificación del FUN en forma electrónica por sobre la modalidad en formato papel."

- 2) En el título VI, numeral II letra C) "Plazos", reemplázase el vocablo final "tradicional" por "en formato papel".

- 3) En el título VI, numeral IV, reemplázase en su epígrafe la palabra "del" por "al", la primera vez que aparece.

### **Capítulo VIII**

- 1) Suprímese en el 3.1.1, párrafo segundo, la expresión "la Unidad de Control de Gestión y Análisis de Reclamos," y reemplázase la expresión "la derivará" por "se derivará".
- 2) Reemplázase en el 3.1.3, tercera viñeta, la palabra "lo" por "la".
- 3) Enmiéndase la omisión de la palabra "hábiles", que se incurrió en el párrafo primero del punto 3.1.4, a continuación de la palabra días, de acuerdo a lo normado en la Circular IF/Nº 59.
- 4) Reemplázase en el 3.1.5, letra a) párrafo primero, la expresión "en forma previa a su declaración" por "en forma previa a la fecha en que debía prestar su declaración".

### **Capítulo IX**

- 1) En el numeral 1 letra B "Fiscalización practicada desde las oficinas de la Superintendencia de Salud", en su punto 2.-, agrégase el siguiente párrafo segundo:  

"Las isapres están obligadas a mantener actualizada permanentemente la información que debieron entregar a la Superintendencia de Salud acerca de la individualización de los encargados titulares de área específica y su suplente."
- 2) En el numeral 1, punto V párrafo tercero, se suprime la frase "ya citado".
- 3) En el numeral 1, a continuación del punto VI, agrégase el siguiente punto VII:

#### **"VII Fiscalizadores en ejercicio**

La nómina de los fiscalizadores en ejercicio se mantendrá permanentemente actualizada en la página extranet de la Superintendencia de Salud, para su consulta por las isapres."

## Capítulo X

1) En el numeral I. punto "2. Instrumentos de Regulación":

i. En la letra a):

o Repónese, al final del primer párrafo, lo siguiente:

"Ej. Procedimientos contractuales, Tramitación de reclamos, etc.

o Repónese el siguiente segundo párrafo:

"Una norma de este tipo puede ser modificada o derogada por otra circular".

ii. En la letra b) párrafo tercero, repónese la palabra "entregar" en sustitución del vocablo "requerir" la segunda vez que éste aparece.

iii. A continuación de su párrafo final, repónese lo siguiente:

"El siguiente cuadro resume de qué forma una norma emitida puede afectar a otra norma vigente, en cuanto a la facultad de modificarla o derogarla.

| Afecta a                | Circular           | Oficio circular    | Oficio circular materia |
|-------------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|
| Nueva Norma             |                    |                    |                         |
| Circular                | Modifica<br>Deroga | Modifica<br>Deroga | Modifica<br>Deroga      |
| Oficio circular         | Aclara o precisa   | Modifica<br>Deroga | Modifica<br>Deroga      |
| Oficio circular materia |                    |                    | Modifica<br>Deroga      |

## Capítulo XI

1) En el Anexo del Título II, primer párrafo, reemplázase la expresión: "la circular N°10 de fecha 24 de agosto de 2005 de la referida Intendencia", por "el Título I del Capítulo XI del Compendio de Normas Administrativas en materia de Procedimientos de la Superintendencia de Salud".

2) En el Título III, N°10, agrégase al final del primer párrafo -precedida de una coma- la expresión: "contenido en el Decreto Supremo N°142, de 2005, de los Ministerios de Salud y Hacienda".

## VII. VIGENCIA DE LA CIRCULAR

Las disposiciones de la presente circular entrarán en vigencia a contar de la fecha de su notificación.

  
**NYDIA CONTARDO GUERRA**  
**INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS**  
**PREVISIONALES DE SALUD**



  
AMAW/RFM

Distribución:

- Director del Fondo Nacional de Salud
- Gerentes Generales de Isapres
- Asociación de Isapres
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Fiscalía
- Subdepartamento de Regulación
- Oficina de Partes