

ANT.: 1) Ley Nº21.309, que establece beneficios previsionales para enfermos terminales afiliados a una AFP.

2) Oficio Ordinario Nº5709, de fecha 23 de febrero de 2021, de la Superintendencia de Pensiones.

MAT.: Instruye obligación de entregar información sobre uso de GES o designación de prestador para el Problema de Salud Nº 4 de sus beneficiarios.

SANTIAGO,

15 MAR 2021

DE: INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD

**A : DIRECTOR DEL FONDO NACIONAL DE SALUD
GERENTES GENERALES DE ISAPRES**

I.- La Ley Nº21.309 del 1 de febrero de 2021, que entrará en vigencia el 1 de julio del mismo año, estableció beneficios previsionales para las personas afiliadas y pensionadas a las Administradoras de Fondos de Pensiones que sean certificadas como enfermo terminal, entendiendo por tal, toda persona con una enfermedad o condición patológica grave que haya sido diagnosticada, de carácter progresivo e irreversible, sin tratamiento específico curativo o que permita modificar su sobrevida, o bien cuando los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces, y con una expectativa de vida inferior a doce meses. Los criterios para acreditar la condición de enfermo terminal estarán contenidos en una norma técnica elaborada por la Superintendencia de Pensiones.

La citada norma impone a los prestadores la obligación de informar a los pacientes sobre su posible condición de enfermo terminal y su derecho a solicitar el beneficio, debiendo extenderles un certificado médico para esos efectos, el que se presentará ante la AFP, quien lo remitirá, a su vez, al Consejo Médico.

Si bien la Ley entrará en vigencia el 1 de julio de 2021, su Artículo 3º transitorio establece una vigencia anticipada del beneficio, disponiendo que entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2021, podrán acceder a sus beneficios las personas afiliadas y los pensionados de una AFP que estén haciendo uso o tengan un prestador designado para las Garantías Explícitas en Salud -GES- respecto del Problema de Salud Nº4, sólo por cuidados paliativos en cáncer avanzado, con la sola certificación del médico jefe o el médico que lo subrogue de la Unidad de Cuidados Paliativos o Unidad similar del prestador de salud, según señala el inciso 2º del mismo artículo, y, a su vez, por los diagnósticos que se indican a continuación:

- Glioblastoma cerebral en progresión con radio y quimioterapia;
- Meduloblastoma cerebral en progresión;
- Meningitis carcinomatosa de cualquier cáncer;
- Cáncer de pulmón con metástasis a distancia múltiple;
- Cáncer de esófago en progresión;
- Cáncer gástrico metastásico a distancia en al menos dos sitios (ejemplo hígado y/o pulmón);
- Cáncer gástrico con metástasis peritoneales;
- Cáncer gástrico con metástasis hepáticas múltiples;
- Cáncer hepatobiliar con metástasis peritoneales;
- Cáncer hepatobiliar con metástasis hepáticas múltiples;
- Cáncer de intestino delgado con metástasis peritoneales;
- Cáncer de páncreas y vesícula biliar metastásico;
- Cáncer colo-rectal metastásico en progresión;
- Hepatocarcinoma avanzado sin opción de trasplante;
- Cáncer testicular metastásico en progresión a quimioterapia de segunda línea;
- Sarcoma partes blandas metastásico a distancia;

- Osteosarcoma metastásico en progresión;
- Melanoma metastásico en progresión;
- Cualquier cáncer metastásico en ECOG 4 y sin posibilidad de tratamiento sistémico;
- Cualquier cáncer con metástasis cerebral múltiple (más de 3);
- Cualquier cáncer metastásico a distancia que no puede hacerse tratamiento antineoplásico y,
- Cáncer origen desconocido metastásico.

Es responsabilidad de la Administradora revisar que el beneficiario que presentó la solicitud, cumpla con las condiciones exigidas en este articulado. Para dicha tarea, se requiere contar con información adicional que permita verificar si el beneficiario cumple con los requisitos, de acuerdo a lo que se establece en el título siguiente.

II.- De acuerdo con lo anterior, el FONASA deberá remitir a esta Superintendencia el listado de pacientes que tienen un caso abierto en el Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES) para el Problema de Salud N°4. Por su parte, las isapres deberán remitir el listado de sus beneficiarios a los que se les haya designado un prestador para el mismo problema de salud, aun cuando no hubiese sido aceptada la designación del prestador de la Red.

III.- La información deberá ser remitida a esta Superintendencia a través del sistema de transferencia de archivos de la Extranet, de acuerdo al modelo instruido en el Anexo y a lo dispuesto en la Circular la IF/N°15 de 2006. Una vez validada por la Superintendencia de Salud, la citada información se remitirá a la Superintendencia de Pensiones.

Saluda atentamente a usted,


MANUEL RIVERA SEPÚLVEDA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD

/EHD/SAQ/AMAW/MGH/KB

DISTRIBUCIÓN:

- Director del Fondo Nacional de Salud
- Gerentes Generales de Isapres
- Superintendencia de Pensiones
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Unidad de Generación de Estadísticas y Datos
- Subdepto. de Regulación
- Subdepto. Fiscalización de Beneficios
- Oficina de Partes.

ANEXO

Antecedentes generales Archivo Maestro "Información Ley N°21.309"

Características técnicas del Archivo Maestro

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Nombre Archivo	Información Ley N°21.309
Nombre computacional Archivo	Deberá utilizarse el formato sCCCAAASS.EEE, donde: <ul style="list-style-type: none"> ▪ s: nombre del archivo comienza con el carácter "s" ▪ CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia ▪ AAAA: año que se informa ▪ SS: semana que se informa ▪ EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse 118

Características del Archivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo plano ▪ Código ASCII ▪ Un registro por línea ▪ Separador de campo carácter pipe () ▪ Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura
Información contenida en el Archivo	<p>Información de beneficiarios que a la fecha de información:</p> <p>a) beneficiarios que tienen un caso abierto en el Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES) para el Problema de Salud N°4.</p> <p>b) beneficiarios a los que se les haya designado un prestador para el mismo problema de salud, aun cuando no hubiese sido aceptada la designación del prestador de la Red.</p>
Envío del Archivo	<p>Esta información deberá ser enviada semanalmente, cada día viernes, con la información al día lunes de esa semana.</p> <p>El primer envío deberá efectuarse el 26 de marzo de 2021, con la información de los beneficiarios al día lunes 22 de marzo del presente año.</p> <p>La información debe ser enviada hasta el término de vigencia del periodo transitorio descrito en la Ley.</p>

Estructura del Archivo Maestro

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	TIPO
01	Código Aseguradora	Numérico
02	Semana de información	Numérico
03	RUT Beneficiario	Numérico
04	DV RUT Beneficiario	Alfanumérico
05	Estado del caso	Numérico

Definiciones de Campos del Archivo Maestro

N° CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO	DEFINICIÓN
01	Código Aseguradora	<p>Corresponde al número registrado en esta Superintendencia para identificar a la aseguradora.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre. ▪ No se aceptan valores distintos al especificado por la Superintendencia para la aseguradora.
02	Semana de Información	<p>Corresponde al número de semana al cual corresponde la información que se está enviando.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Debe informarse siempre.

03	RUT Beneficiario	<p>Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) del beneficiario que se informa.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ No debe utilizarse carácter separador de miles. ▪ Debe informarse siempre. ▪ El valor que se registre debe ser mayor a 0 (cero).
04	DV del RUN del Destinatario	<p>Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del RUT del Beneficiario (campo 03) aplicando la rutina denominada Módulo 11.</p> <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo alfanumérico. ▪ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K ▪ Debe informarse siempre.
05	Estado del caso	<p>Corresponde a la identificación del estado del caso GES a la fecha que se informa.</p> <p>Para ello, debe utilizar la siguiente codificación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. beneficiarios que tienen un caso abierto en el Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES) para el Problema de Salud N°4. 2. beneficiarios a los que se les haya designado un prestador para el mismo problema de salud, aun cuando no hubiese sido aceptada la designación del prestador de la Red. <p><u>Validadores Técnicos del campo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campo de tipo numérico. ▪ Valores posibles: 1 y 2. ▪ Debe informarse siempre.