

CIRCULAR IF/Nº 515

**IMPORTE INSTRUCCIONES AL FONASA SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LOS
GASTOS DE TRASLADO PARA CUMPLIMIENTO DE LA GARANTÍA DE ACCESO,
EN CASO QUE INDICA**

Santiago, 27 OCT 2025

Esta Intendencia en ejercicio de las atribuciones que le confiere la ley, en especial, lo dispuesto en el artículo 107, del DFL Nº1, de 2005, de Salud y lo previsto en la Ley 19.966, viene en impartir las siguientes instrucciones.

I. OBJETIVO

Instruir al Fonasa el financiamiento de los gastos de traslado de los pacientes, cuando son derivados por dicho organismo, a causa de la insuficiencia de prestadores de la Red GES en la región del país correspondiente al domicilio de la persona beneficiaria. Lo señalado, de manera que se dé efectivo cumplimiento de la Garantía de Acceso.

II. INTRODUCCIÓN

La Ley 19.966, en su artículo 2, establece que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente las Garantías Explícitas en Salud a sus respectivos beneficiarios/as, las cuales serán las mismas para estos últimos. En consecuencia, existe un mandato legal para ambas entidades, de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a las personas beneficiarias, en razón del Decreto Supremo vigente.

Al respecto, se considera importante dar a conocer que, a través del tiempo las isapres han debido otorgar la cobertura que implican el traslado de los pacientes GES, en caso de insuficiencia, así como en otros ámbitos de la cobertura, como ocurrió respecto a los prestadores preferentes y la derivación, cuyo alcance está contemplado en el art. 189, del DFL Nº1, de 2005, de Salud. En dicho articulado, se incorpora el concepto de "insuficiencia" definiéndose como sigue "...". Se configura una insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan, **cuando se encuentran imposibilitados de realizar alguna de las prestaciones** que forman parte de la oferta cerrada o preferente." A partir de ello, esta Superintendencia emitió en su oportunidad normas - contenidas en el Capítulo I, Título III, punto 5, del Compendio de Beneficios- que definen lo que se debe entender por insuficiencia del prestador, disponiendo que, para el traslado se deben mantener las condiciones de calidad médica, idoneidad técnica y cobertura financiera.

Atendido todo lo anterior y en conformidad y armonía regulatoria con las instrucciones que impartió en su oportunidad esta Superintendencia a las isapres, respecto de los traslados de los pacientes, en el ámbito de las GES, mediante la Circular IF Nº247 de 2015 -contenida en el Capítulo VI, Título III, Nº5 del Compendio de Beneficios-, se ha estimado necesario impartir las siguientes instrucciones al Fonasa respecto de la cobertura de traslado de pacientes GES.

**III. MODIFICA LA CIRCULAR IF/Nº77, DEL 25 DE JULIO DE 2008, QUE
CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE
BENEFICIOS**

En el Capítulo VI "De las Garantías Explícitas en Salud GES", en el nuevo Título VI denominado "**Normas Especiales para el otorgamiento de las GES por Fonasa**", se agrega el siguiente punto número 1, cuyo contenido es el siguiente:

"1. Traslados por falta o insuficiencia de prestador GES en la Red Fonasa"

El Fonasa deberá financiar íntegramente los gastos de traslado de los pacientes, cuando los haya derivado hacia un prestador ubicado en una región del territorio nacional distinta a la de su domicilio, a causa de la inexistencia o insuficiencia de prestadores ¹ de la Red GES correspondiente al domicilio de la persona beneficiaria.

Por lo anterior, el Fonasa teniendo en vista su obligación de asegurar efectivamente el cumplimiento de la Garantía de Acceso, deberá ejercer las acciones necesarias para materializar en forma oportuna la aplicación de la cobertura dispuesta precedentemente."

IV. VIGENCIA

La presente circular entrará en vigencia a partir de la fecha de su notificación.


KBM/MPA/MPO
TT

Distribución

- Director de Fonasa
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Subdepartamento de Resolución de Conflictos
- Subdepartamento de Fiscalización de Beneficios
- Subdepto. Regulación
- Oficina de Partes
- Corr.9323 -2025


OSVALDO VARAS SCHUDA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD



¹ Cap. I, Título III Compendio de Beneficios

5. Insuficiencia del prestador

Se configura una insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan cuando, por falta de profesionales o medios materiales y/o técnicos, aquéllos se encuentran imposibilitados de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta cerrada o preferente.

La insuficiencia puede ser de carácter transitorio o permanente.

- 5.1. Se entenderá por insuficiencia transitoria, o temporal, aquella que se produce ocasionalmente y por períodos acotados de tiempo. Tal es, por ejemplo, la que se materializa por falta de disponibilidad de camas para atención, por estar ocupadas, ausencia temporal del especialista o desperfecto ocasional de un equipo o instrumental médico.
- 5.2. Se entenderá por insuficiencia permanente, aquella que tenga un carácter definitivo, esto es, que impida de manera absoluta que el prestador otorgue la prestación requerida, como, por ejemplo, la falta de correspondencia entre la complejidad del prestador y las exigencias de la prestación requerida -respecto de la que se ha ofrecido cobertura preferente o cerrada-, la carencia de la especialidad, del equipo o instrumental médico requerido para otorgar tal prestación.