

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
Subdepartamento de Regulación

CIRCULAR IF/Nº 518

SANTIAGO, 12 DIC 2025

IMPARTE INSTRUCCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PAGO ASOCIADO A DIAGNÓSTICO (PAD) POR LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL.

Esta Intendencia, en ejercicio de las atribuciones que le confiere la ley, en especial, lo dispuesto en los artículos 110 N°2, N°4, N°8 y 114 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, ha estimado pertinente impartir las siguientes instrucciones generales.

I. INTRODUCCIÓN.

De acuerdo a la Resolución Exenta N°277/2011 de Salud que contiene la Norma Técnico Administrativa para la aplicación del Arancel FONASA en la Modalidad de Libre Elección, se entiende por **Pago Asociado al Diagnóstico (PAD)** al conjunto de prestaciones, previamente estandarizadas, que permiten resolver en forma integral un diagnóstico o patología determinada.

Dichos PAD se encuentran codificados dentro del "Grupo 25" del aludido Arancel, se asocian a un valor único que no admite cobro de diferencias a la persona beneficiaria de la referida modalidad, ya que incluyen la resolución íntegra de la patología, complicaciones derivadas de ella y el tratamiento de lesiones iatrogénicas.

Atendido lo expuesto, el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) corresponde a un grupo de prestaciones de asistencia médica curativa, debidamente aranceladas, que integran el Régimen General de Garantías en Salud y, por tanto, forman parte del contenido mínimo que los contratos de salud previsional deben contemplar, conforme a lo dispuesto en el artículo 189 letra a) del DFL N°1/2005 de Salud.

Al presente, esta Intendencia sólo ha efectuado una regulación excepcional de ciertos PAD que integran el Arancel FONASA en la Modalidad de Libre Elección, atendido que la práctica imperante de bonificación tradicionalmente fue la cobertura individual de prestaciones.

No obstante, además de tratarse de una prestación arancelada, el PAD constituye un mecanismo con una innegable aptitud para predefinir las atenciones que componen un evento médico, basado en reglas/principios que contribuyen a la contención de costos y diversificación de riesgos en materia de salud.

Asimismo, la posibilidad de establecer convenios de pago a través de paquetes de prestaciones se encuentra expresamente autorizada en el inciso antepenúltimo del artículo 189 del DFL N°1/2005 de Salud, por tanto, resulta perentorio que las isapres comiencen a dar operatividad al antedicho Grupo 25.

En este sentido, del universo de soluciones integrales que las isapres pudieran ofrecer a sus beneficiarias/os y/o convenir con prestadores, cuya coexistencia está expresamente permitida, los PAD que contempla o pudiera contemplar el Arancel FONASA en la Modalidad de Libre Elección, constituyen prestaciones obligatorias del contrato de salud.

Finalmente, considerando que se trata de una prestación obligatoria, atendida su codificación dentro del Arancel de referencia, su implementación no sólo contribuye a la contención de costos, como se expresó, sino que también fortalece el derecho de información de los usuarios, contenido en la Ley N°20.584, en su condición de beneficiarias/os y pacientes del sistema privado de salud.

II. OBJETIVO.

Instruir aspectos operativos y definiciones esenciales para la implementación efectiva del Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) por las isapres, estableciendo un marco general que asegure el acceso y difusión de esta alternativa de atención.

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

Agréguese al Capítulo I "De los Beneficios Contractuales y de la Cobertura del Plan de Salud Complementario", Título II "Beneficios del Plan de Salud Complementario", el siguiente numeral 6. "De las atenciones otorgadas bajo la modalidad de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD)", cuyo texto es el siguiente:

"6. DE LAS ATENCIONES OTORGADAS BAJO LA MODALIDAD DE PAGO ASOCIADO A DIAGNÓSTICO (PAD)."

6.1. Principios generales y modalidad de funcionamiento.

a. Los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) corresponden a un conjunto de prestaciones estandarizadas orientadas a resolver integralmente un problema de salud, los cuales se encuentran codificados y valorizados dentro del "Grupo 25" del Arancel FONASA en la Modalidad de Libre Elección.

Por tanto, constituye una atención o beneficio obligatorio que, al encontrarse incorporado en el citado arancel de prestaciones, los planes complementarios de salud deben bonificar, conforme a lo dispuesto en el artículo 189 letra a) del DFL N°1/2005 de Salud.

b. Atendido lo expuesto, se instruye a las isapres incorporar la totalidad de intervenciones de este grupo de prestaciones a sus aranceles propios y otorgarles bonificación.

Las instituciones serán libres de convenir el valor y determinar la bonificación específica para cada uno de los PAD arancelados, sin perjuicio de respetar la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la Modalidad de Libre Elección, para tales atenciones.

Por tanto, las isapres se encuentran habilitadas para negociar comercialmente las tarifas de los PAD que deben implementar, sin que los valores dispuestos en la MLE del FONASA sean una limitante para tales convenios, sino que exclusivamente lo sea la bonificación asegurada por el FONASA, es decir, la diferencia entre el valor arancelado y el copago garantizado para dicho régimen.

c. Para acceder a las prestaciones PAD es necesario que la persona beneficiaria elija, previo a su hospitalización o intervención ambulatoria, atenderse conforme a este mecanismo de cobertura.

d. El PAD presupone la existencia de un convenio entre el prestador y la isapre.

Tratándose de intervenciones ambulatorias, el beneficiario deberá adquirir el bono respectivo en dependencias del prestador. Asimismo, podrá hacer uso de la modalidad de pago mediante Programa de Atención Médica (PAM), en caso que la isapre así lo determine.

Para el caso de prestaciones hospitalarias o PAD ambulatorios que requieran programas complementarios para resolver íntegramente el diagnóstico, la modalidad de pago será el Programa de Atención Médica (PAM).

e. No obstante, esta regulación no impide, altera, ni condiciona el esquema vigente de convenios de prestaciones paquetizadas - distintas del PAD - que actualmente utilizan las isapres, ni aquellos que decidan implementar en el futuro.

Por el contrario, su objetivo consiste en establecer el marco general para la implementación efectiva de una categoría concreta de procedimientos arancelados que integran el Régimen General de Garantías en Salud y, como tal, forman parte del contenido mínimo que los contratos de salud previsional deben contemplar, conforme a lo dispuesto en el artículo 189 letra a) del DFL N°1/2005 de Salud.

f. Las personas beneficiarias no están obligadas a utilizar el mecanismo del PAD, aun cuando presenten un diagnóstico o requieran alguno de los tratamientos incluidos en el "Grupo 25" del Arancel FONASA bajo la Modalidad de Libre Elección.

Lo anterior, ya que la presente regulación no modifica, limita, ni condiciona las coberturas individuales contempladas en el plan de salud contratado, ni altera las obligaciones legales o contractuales de las isapres.

Por tanto, las instituciones no podrán imponer, como requisito para el otorgamiento de la cobertura contractual y/o legal respectiva para prestaciones individuales específicas, el cumplimiento de las condiciones que la Norma Técnico Administrativa establece para el PAD que resultaría aplicable.

A modo de ejemplo, los PAD códigos **2501058** "Cirugía Bariátrica por By Pass Gástrico, incluye seguimiento" y **2501059** "Cirugía Bariátrica por manga gástrica, incluye seguimiento", de acuerdo a la norma técnica, están diseñados para ser otorgados a beneficiarios entre 18 y 65 años; con requisitos específicos en cuanto a Índice de Masa Corporal (IMC); certificaciones de nutricionista, profesional psicólogo, psiquiatra; entre otros.

Sin embargo, si una persona beneficiaria se somete a una cirugía bariátrica no paquetizada, a saber, códigos **1802158** "Cirugía Bariátrica por By Pass Gástrico por laparoscopia", **1802159** "Cirugía Bariátrica manga gástrica por laparoscopia" o cualquier otro pertinente, la isapre no podrá imponer las restricciones y condiciones que se establecen para el grupo 25, como requisito para otorgar la cobertura específica pactada (prestación a prestación), ya que se trata de alternativas de atención y/o facturación distintas.

g. El PAD resulta compatible con los demás beneficios contractuales y legales de la persona afiliada.

Por tanto, en el evento que existan prestaciones que se encuentren excluidas de este copago conocido, como podrían ser aquellas que se consignan en las Normas Técnico Administrativas que regulan el PAD, además de ser informadas a la persona beneficiaria con anterioridad a la intervención, darán lugar a la elaboración de un programa complementario que deberá ser financiado conforme al plan complementario de salud, la cobertura catastrófica o los demás estatutos que resulten aplicables.

Asimismo, en el evento que un diagnóstico arancelado bajo el grupo 25, en definitiva, no pueda ser resuelto conforme a la modalidad PAD, la isapre deberá otorgar la cobertura del plan de salud para cada prestación individualmente considerada, conforme a las normas generales, ya que este mecanismo no modifica, limita, ni condiciona las coberturas individuales contempladas en el plan de salud contratado.

6.2. De la Red-PAD y los deberes de información de las isapres.

a. Para la implementación de la presente regulación, las isapres deben suscribir convenios particulares con profesionales, sociedades de profesionales u otras instituciones de salud, ya que el PAD y la cuenta conocida asociada a este mecanismo, operan bajo la lógica de prestadores convenidos (tal como ocurre con FONASA y su red).

Para el caso que los profesionales o entidades a que refieren estos convenios no se encontraran inscritos en el rol de prestadores del FONASA, igualmente, podrán ser elegibles por las instituciones, siempre que cuenten con los requisitos técnicos, administrativos y sanitarios habilitantes para otorgar la atención PAD respectiva. Es decir, la red que las isapres pudieran establecer, no se encuentra limitada a los convenios vigentes del FONASA para el otorgamiento de atenciones bajo la modalidad PAD.

Empero, dichos convenios no podrán imponer a los usuarios del mecanismo PAD mayores obligaciones o restricciones que aquellas dispuestas en la Resolución Exenta N°277/2011 de Salud que contiene la Norma Técnico Administrativa para la aplicación del Arancel FONASA en la Modalidad de Libre Elección o aquella que la reemplace en el futuro.

b. En los convenios PAD que celebren las isapres se deberá pactar que, previo a la ejecución del procedimiento y en cumplimiento del derecho de información que establece la Ley N°20.584, el prestador convenido deberá emitir un presupuesto que indique las condiciones de acceso y el valor de la resolución diagnóstica bajo la modalidad PAD y otro bajo el mecanismo prestación a prestación, los cuales deberán ser valorizados por las instituciones.

Tratándose del PAD, dicho presupuesto no requerirá detallar las prestaciones individualmente consideradas, sino el valor total del procedimiento y el copago que la persona beneficiaria deberá enterar para la resolución íntegra de la patología.

c. En cuanto al convenio PAD, para efectos de determinar el cumplimiento de la cobertura mínima, de cara al prestador y ante una futura fiscalización, no será necesario abrir la cuenta y analizar la bonificación de cada una de las prestaciones que componen el procedimiento médico, sino considerar la cobertura financiera que el FONASA asegura para el PAD correspondiente.

No obstante, en caso de existir prestaciones que se encuentren excluidas del copago fijo asociado al PAD, aquéllas darán lugar a un programa complementario, cuya cobertura mínima se fiscalizará según las reglas generales.

d. Las instituciones deberán incluir dentro de sus portales web, una sección o área exclusiva destinada a informar los prestadores con los cuales hubieren celebrado convenios para el otorgamiento de las intervenciones reguladas bajo el grupo 25 (PAD), los copagos pactados y una advertencia para el caso que dicha resolución diagnóstica, en específico, requiera de programas complementarios.

Asimismo, deberán informar las condiciones de acceso a dicha modalidad de atención, respecto de cada prestador en convenio.

Lo anterior, a efectos de dar cumplimiento a la obligación consagrada en el artículo 172 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, proporcionando información suficiente y oportuna a sus afiliados/as, respecto de las materias fundamentales de sus contratos.

e. De igual manera, las instituciones deberán efectuar campañas masivas vía correo electrónico, información en sucursales, aplicaciones (app's) y redes sociales sobre esta nueva alternativa de atención paquetizada que vienen en implementar, aclarando que los PAD resultan aplicables a todos los contratos.

f. La isapre deberá especificar en sus tres variantes de planes complementarios: Libre Elección, Prestadores Preferentes y Plan Cerrado, en la sección "OTRAS COBERTURAS", el hecho de otorgar cobertura a los PAD de la Modalidad de Libre Elección del FONASA, precisando que, el listado de prestadores y copagos convenidos, estarán disponibles en las oficinas de atención de público y en la página web institucional.

La modificación a los formatos del Plan de Salud Complementario será exigida a partir de la entrada en vigencia de la presente regulación, por tanto, las instituciones podrán emplear los formularios de planes en stock hasta dicha fecha.

6.3. Reglas específicas.

Se hace presente que permanecerán vigentes todas las regulaciones particulares dictadas por esta Intendencia y que dicen relación con los PAD de Prestaciones Dentales; PAD Tratamientos de Fertilización Asistida de Baja Complejidad; PAD Tratamientos de Fertilización Asistida de Alta Complejidad; PAD Clínica de Lactancia y Mal Nutrición Infantil; PAD orientados a la resolución de tratamientos de Accidente Cerebrovascular (ACV); Trombólisis de urgencia infarto cerebral (2505456) y Trombectomía Mecánica en el Infarto Cerebral (2505939); PAD Reparación Prenatal de Espina Bífida y PAD Crosslinking Corneal, por constituir derechos adquiridos para las personas beneficiarias, además que esta regulación no altera el esquema de paquetizaciones vigente.

No obstante, las isapres serán libres de celebrar convenios adicionales para los antedichos PAD, mediante el empleo de las presentes reglas, a fin de evitar los reembolsos fragmentados de quienes deseen emplear este mecanismo de atención.

IV. VIGENCIA DE LA CIRCULAR.

Las disposiciones de la presente Circular comenzarán a regir el 1º de julio de 2026.


OSVALDO VARAS SCHUDA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD




KBM/MPA/PAS

Distribución

- Directores de Servicios de Salud
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Asociación de Clínicas - Asociación de Clínicas y Prestadores de Salud Privados A.G.
- Gerentes Generales Isapres
- Director del Fondo Nacional de Salud
- Asociación de Isapres de Chile
- Fiscalía
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Subdepartamento de Regulación
- Oficina de Partes

Correlativo 9326 - 2025.