

CIRCULAR IF/N°528¹
SANTIAGO, 26 de mayo de 2026

**IMPORTE INSTRUCCIONES SOBRE LA COBERTURA DE PRESTACIONES
RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO
AUTISTA (TEA).**

Esta Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en ejercicio de las atribuciones que le confiere la ley, en especial, lo dispuesto en los artículos 110 N°2, N°8, 114, demás pertinentes del DFL N°1/2005 de Salud y la Ley N°21.545, viene en impartir las siguientes instrucciones, de carácter general:

I. INTRODUCCIÓN.

Mediante la entrada en vigencia de la Ley N°21.545, que establece la promoción de la inclusión, atención integral y protección de los derechos de las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), entre otros, en el ámbito de salud, se ha reconocido expresamente que dicha condición del neurodesarrollo es de carácter permanente y abarca todo el ciclo vital de quienes la presentan.

Sobre el particular, el artículo 2 letra a) de dicha normativa, define a las personas autistas como: *"aquellas que presentan una diferencia o diversidad en el neurodesarrollo típico, que se manifiesta en dificultades significativas en la iniciación, reciprocidad y mantención de la interacción y comunicación social al interactuar con los diferentes entornos, así como también en conductas o intereses restrictivos o repetitivos. El espectro de dificultad significativa en estas áreas es amplio y varía en cada persona"*. Agrega que, al tratarse de una condición del neurodesarrollo, el TEA requiere de un diagnóstico, no obstante, por sí mismo, no constituye una discapacidad.

En este sentido, cuando las características de la persona autista generan un impacto funcional significativo en su vida diaria, dicha barrera con el entorno es atendida y certificada en los términos que dispone la Ley N°20.422 sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, sin embargo, aun sin encontrarse inscritos en el Registro Nacional de Discapacidad, las personas con el diagnóstico TEA, tienen derechos específicos por su condición neurodivergente.

Bajo este nuevo marco legal, se consagra el derecho a una atención de salud pertinente a sus necesidades y desde una perspectiva de derechos humanos, imponiendo el deber de promover el acceso a atenciones específicas de manera oportuna, interdisciplinaria e integral. Por consiguiente, el resguardo del bienestar físico y mental de las personas autistas exige garantizar la continuidad y el acceso a sus tratamientos médicos, psiquiátricos, psicológicos y terapias de apoyo, sin limitaciones que puedan resultar discriminatorias.

Que, conforme al mandato de la citada ley, esta Superintendencia ha constatado que la aplicación de montos máximos anuales de bonificación para determinadas prestaciones específicas por beneficiario (columna tope máx. año contratado por beneficiario, del Formato Único del Plan de Salud) pactados en los planes complementarios de las Instituciones de Salud Previsional, constituye una barrera de acceso para las personas con este diagnóstico.

¹ Texto refundido en base a las modificaciones efectuadas por Resolución Exenta IF/N°11156, de 23 de septiembre de 2026, que resolvió los recursos de reposición presentados en su contra.

En efecto, una vez consumidos los montos máximos anuales de bonificación la cobertura disminuye de manera significativa, afectando la continuidad de los tratamientos requeridos. Lo expuesto, resulta incompatible con el carácter permanente de esta condición del neurodesarrollo, vulnerándose los principios de acceso equitativo y atención pertinente consagrados en la Ley N°21.545.

Que, advertida la incompatibilidad de los planes de salud con la Ley TEA, resulta imperativo que esta Superintendencia ejerza sus potestades regulatorias para adecuar los contratos a la normativa vigente, aclarando e instruyendo que las Isapres se encuentran legalmente impedidas de aplicar dicha restricción (montos máximos anuales de bonificación) a las prestaciones requeridas para el tratamiento integral de las personas diagnosticadas con autismo.

En virtud de lo expuesto, mediante las presentes instrucciones de aplicación general, se establecen las condiciones operativas bajo las cuales deberá otorgarse la cobertura, garantizando que todo beneficiario que cuente con el respectivo diagnóstico médico no vea dificultado el acceso a los tratamientos pertinentes a sus necesidades y requerimientos de apoyo.

II. OBJETIVO.

Establecer y precisar que las Instituciones de Salud Previsional no pueden aplicar montos máximos anuales de bonificación por beneficiario, a las atenciones de salud requeridas para el tratamiento integral de personas diagnosticadas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), así como definir las condiciones operativas para el otorgamiento de la cobertura pactada, garantizando el acceso al financiamiento continuo de sus terapias en conformidad con los principios de no discriminación y acceso a la atención de salud pertinente, establecidos en la normativa vigente.

III. MODIFICA LA CIRCULAR IF/N°77, 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 V "Reglas Especiales de Cobertura y Bonificación", "2. Normas especiales de cobertura", el literal "**t) Cobertura sin montos máximos anuales de bonificación por beneficiario, para las prestaciones de salud asociadas al Trastorno del Espectro Autista (TEA)**", cuyo tenor es el siguiente:

"En virtud de lo dispuesto en la Ley N°21.545, las isapres deberán otorgar la cobertura del plan de salud complementario sin aplicar montos máximos anuales de bonificación por beneficiario respecto de las prestaciones de psiquiatría, psicología, kinesiología, terapia ocupacional y/o fonoaudiología prescritas a sus beneficiarios diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA). En consecuencia, al momento de determinar la bonificación específica, deberán prescindir de la columna "Tope máx. año contrato por beneficiario", cualquiera sea la edad de esta persona y antigüedad del contrato.

Para acceder a esta cobertura, el beneficiario o quien lo represente deberá presentar a la isapre un informe o certificado emitido por un médico especialista en neurología, psiquiatría o con formación en trastornos del neurodesarrollo que acredite el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Conjuntamente con lo anterior, deberá acompañar un instrumento de evaluación diagnóstica estructurada o de tamizaje, tal como, test ADOS-2, ADI-R, tamizaje M-CHAT (o su versión M-CHAT-R/F) u otro equivalente conforme a la lex artis médica, realizado por un profesional de salud capacitado en el uso de tal herramienta.

Atendido que el Trastorno del Espectro Autista es una condición del neurodesarrollo de carácter permanente que abarca todo el ciclo vital, dicho certificado u orden médica no estará sujeto a vigencia temporal, ni requerirá de actualizaciones o renovaciones periódicas.

Asimismo, para dar por formalizada esta solicitud de cobertura, bastará con la presentación de un informe o certificado y el instrumento de evaluación diagnóstica que el beneficiario ya tenga en su poder, siempre y cuando dichos documentos consignen explícitamente el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Las Instituciones de Salud Previsional no podrán exigir la repetición de consultas de especialidad, evaluaciones diagnósticas, exámenes confirmatorios o la realización de nuevas prestaciones clínicas a pacientes que ya tengan su condición debidamente acreditada conforme a esta normativa, toda vez que ello constituye una barrera de acceso injustificada y contraria al espíritu de la Ley N°21.545.

Las isapres no podrán exigir, como requisito para acceder a esta bonificación, la inscripción del beneficiario en el Registro Nacional de Discapacidad regulado por la Ley N°20.422.

Asimismo, las instituciones tampoco podrán intervenir en la determinación de las prestaciones que componen el abordaje terapéutico de una persona con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), ya que su definición dependerá de las necesidades específicas del beneficiario y de la indicación del profesional tratante, sea este, neurólogo, psiquiatra o facultativo con formación en trastornos del neurodesarrollo. En consecuencia, no podrá condicionar la bonificación de una prestación particular (por ejemplo, fonoaudiología), a la ejecución previa o simultánea de otras atenciones (por ejemplo, terapia ocupacional y/o psicología), por cuanto, al tratarse de una condición del neurodesarrollo que se manifiesta de forma distinta en cada paciente, el abordaje integral debe ajustarse según el caso.

Con el fin de otorgar certeza operativa y facilitar la emisión de bonos electrónicos, los beneficiarios que requieran acceder a esta cobertura sin tope anual deberán solicitarlo expresamente. Para lo anterior, deberán adjuntar la documentación a través de la Sucursal Virtual o realizar dicho trámite en forma presencial en las agencias o sucursales de la isapre.

En todos los casos, cualquiera sea la vía de ingreso, la institución deberá entregar un comprobante físico o electrónico que acredite la fecha y hora de la recepción conforme de los referidos documentos. Asimismo, la isapre dispondrá de un plazo máximo de 15 días hábiles, contados desde el requerimiento, para validar los antecedentes, materializar el registro interno, adecuar sus soportes informáticos para permitir la compra directa de bonos sin tope anual, y notificar por escrito a la persona afiliada.

La aludida comunicación informará sobre la habilitación permanente de esta cobertura o, en su defecto, los fundamentos del rechazo y se remitirá mediante correo electrónico a la última dirección registrada, en caso contrario, deberá hacerlo por carta certificada. Ante una negativa, la respuesta indicará expresamente sobre el derecho que asiste al beneficiario de presentar un reclamo ante la Superintendencia de Salud.”

IV. DISPOSICIÓN TRANSITORIA.

Las Instituciones de Salud Previsional deberán implementar el mecanismo de registro del diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), a más tardar el 1 de noviembre de 2026. Para lo anterior, cada isapre habilitará en su respectiva Sucursal Virtual un vínculo de fácil acceso que permita a la persona beneficiaria adjuntar la documentación regulada. Del mismo modo, deberá disponibilizar un procedimiento equivalente para las solicitudes realizadas en forma presencial.

Aquellos beneficiarios que ya hubieren acreditado la condición de Trastorno del Espectro Autista (TEA) ante su respectiva isapre con anterioridad a la implementación de este nuevo mecanismo de registro, conservarán plenamente

su derecho a la cobertura sin topes anuales que ha comenzado a devengarse y no estarán obligados a realizar dicha gestión de ingreso, por una segunda vez.”

V. VIGENCIA DE LA CIRCULAR

Las disposiciones de la presente Circular comenzarán a regir a partir de la fecha de su notificación.

**OSVALDO VARAS SCHUDA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD**

KBM/MPA/PAS

Distribución

- Ministerio de Salud
- Gerentes Generales Isapres
- Director del Fondo Nacional de Salud
- Fiscalía
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Subdepartamento de Fiscalización de Beneficios
- Subdepartamento de Fiscalización Financiera
- Subdepartamento de Resolución de Conflictos
- Subdepartamento de Regulación
- Oficina de Partes

Correlativo 9358 - 2025.