

Decreto Supremo N° 369, de 1985, del Ministerio de Salud¹

APRUEBA REGLAMENTO DEL REGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD

Publicado en el Diario Oficial el 2 de enero de 1986

Santiago, 22 de Noviembre de 1985.- Hoy se decretó lo que sigue:

Núm. 369 - Visto: Lo dispuesto en la ley N° 18.469 y teniendo presente las facultades que me confiere el artículo 32 N° 8 de la Constitución Política del Estado.

Decreto:

Apruébase el siguiente Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud:

I.- DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- El Régimen de Prestaciones de Salud que crea la ley N° 18.469 comprende las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y las de rehabilitación que se señalan en el presente reglamento.

Se exceptúan del Régimen, las prestaciones de salud, constituidas por acciones de esta naturaleza, que quedan incluidas en el Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, las que continuarán rigiéndose por la ley N° 16.744 y sus reglamentos.

Artículo 2°.- Los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud son responsables de la ejecución de las acciones de salud que proporciona el Régimen a sus afiliados y beneficiarios, sin perjuicio de los convenios que puedan celebrar con arreglo a lo dispuesto en el decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud.

¹ Este Reglamento ha sufrido diversas modificaciones, a saber:

- D.S. N° 227, de 1986, de Salud, publicado en el Diario Oficial el 13 de octubre de 1986.
- D.S. N° 299, de 1986, de Salud, publicado en el Diario Oficial el 10 de enero de 1987.
- D.S. N° 425, de 1987, de Salud, publicado en el Diario Oficial el 25 de septiembre de 1987.
- D.S. N° 21, de 1988, de Salud, publicado en el Diario Oficial el 17 de mayo de 1988.
- D.S. N° 90, de 1988, de Salud, publicado en el Diario Oficial el 7 de junio de 1988.
- D.S. N° 311, de 1989, de Salud, publicado en el Diario Oficial el 11 de febrero de 1989.
- D.S. N° 896, de 1999, de Salud, publicado en el Diario Oficial el 27 de enero de 2000.
- D.S. N° 49, de 2004, de Salud, publicado en el Diario Oficial el 03 de julio de 2004.
- D.S. N° 46, de 2006, de Salud, publicado en el Diario Oficial el 7 de agosto de 2006.
- D.S. N° 125, de 2006, de Salud, publicado en el Diario Oficial el 14 de noviembre de 2006
- D.S. N° 37, de 2009, de Salud, publicado en el Diario Oficial el 19 de octubre de 2009.

Los beneficiarios, empleadores del sector público y privado, entidades de previsión y demás servicios públicos estarán obligados a proporcionar al Fondo Nacional de Salud toda la información que éste les requiera para el mejor cumplimiento de las funciones que la ley N° 18.469 le asigna.

Artículo 3°.- Para los efectos del presente reglamento se entenderá por:

Régimen: el Régimen de Prestaciones de Salud de la ley N° 18.469²;

afiliados: los señalados en el artículo 4° de este reglamento;

beneficiarios: los indicados en el artículo 5° de este reglamento;

Sistema: el Sistema Nacional de Servicios de Salud creado en el artículo 2° del decreto ley N° 2763, de 1979;³

Servicios: los Servicios de Salud creados en virtud de lo dispuesto en el artículo 16 del decreto ley N° 2763, de 1979;⁴

Fondo: el Fondo Nacional de Salud, creado por el artículo 26 del decreto ley N° 2763, de 1979;⁵

Concepto suprimido⁶

Concepto suprimido⁷

2 La referencia debe entenderse hecha al Libro II del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

3 La referencia debe entenderse hecha al artículo 2° del Libro I del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

4 La referencia debe entenderse hecha al artículo 16 del Libro I del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

5 La referencia debe entenderse hecha al artículo 49 del Libro I del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

6 El Decreto Supremo N° 49, de 2004, de Salud, suprimió el concepto de Credencial de Salud, el que decía:

“Credencial de salud: la credencial a que se refieren los artículos 6° y siguientes de este reglamento”.

7 El Decreto Supremo N° 49, de 2004, de Salud, suprimió el concepto de Certificación que decía: “Certificación: la certificación para credencial de salud aludida en el artículo 13 de este reglamento”.

Ministerio: el Ministerio de Salud;

licencia: la licencia médica definida en el artículo 1° del decreto supremo N° 3, de 4 de enero de 1984, del Ministerio de Salud;

Institución: las Instituciones de Salud Previsional Regidas por la LEY N° 18.933.⁸

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA O URGENCIA: Es toda prestación o conjunto de prestaciones que sean otorgadas, en atención cerrada o ambulatoria, a una persona que se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia hasta que se encuentre estabilizada.

En el caso de pacientes trasladados desde otro centro asistencial público o privado, solamente se considerará atención médica de emergencia o urgencia en el caso de que el centro asistencial que remite al paciente carezca de las condiciones para estabilizarlo, lo que debe ser certificado por el encargado autorizado de la unidad de urgencia que lo remite, quedando excluidos los traslados decididos por terceros ajenos al establecimiento público o privado donde está recibiendo la primera atención.

No se considerará atención médica de emergencia o urgencia, la que requiera un paciente portador de una patología terminal en etapa de tratamiento sólo paliativo, cuando esta atención sea necesaria para enfrentar un cuadro patológico derivado del curso natural de la enfermedad o de dicho tratamiento.⁹

EMERGENCIA O URGENCIA: Es toda condición de salud o cuadro clínico que involucre estado de riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave para una persona y, por ende, requiere atención médica inmediata e impostergable.

8 El Decreto Supremo N° 49, de 2004, reemplazó la expresión “creadas en el decreto con fuerza de ley N°3, de 1981, del Ministerio de Salud” por la frase “regidas por la ley N° 18.933”. Actualmente, al referencia debe entenderse hecha al Libro III del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

9 El D.S. N° 37, de 2009, reemplazó la definición de Atención Médica de Emergencia o Urgencia, por la que aparece en el texto. El anterior concepto había sido introducido por el D.S. N° 896, de 2000, de Salud y decía:
“Atención Médica de Emergencia o Urgencia: Es toda prestación o conjunto de prestaciones que sean otorgadas a una persona que se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia.”.

La condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia debe ser determinado en la primera atención médica en que la persona sea atendida, ya sea en una unidad de urgencia pública o privada, por el diagnóstico efectuado por un médico cirujano de acuerdo con un protocolo dictado por el Ministerio de Salud y aprobado por decreto suscrito bajo la fórmula “Por Orden del Presidente de la República”. Dicha condición de salud o cuadro clínico deberá ser certificada por el médico que la diagnosticó.¹⁰

CERTIFICACIÓN DE ESTADO DE EMERGENCIA O URGENCIA: Es la declaración escrita y firmada por un médico cirujano en una unidad de urgencia, pública o privada, dejando constancia que una persona determinada, identificada con su nombre completo, Rut y sistema de seguridad social de salud, se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia de conformidad con el protocolo sobre la materia dictado por el Ministerio de Salud, diagnóstico probable y la fecha y hora de la atención.

Dentro de las primeras tres horas de emitida la certificación de urgencia, el centro asistencial avisará este hecho, por el medio más expedito, al Servicio de Salud del que es beneficiario el enfermo, o a quien sea su delegado para esta función, el cual podrá siempre acceder al paciente y/o solicitar información adicional.¹¹

10 El D.S. N° 37, de 2009, reemplazó la definición de Emergencia o Urgencia por la que aparece en el texto. El anterior concepto había sido introducido por el D.S. N° 896, de 2000, de Salud y decía:

“Emergencia o Urgencia: Es toda condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital y/o secuela funcional grave para una persona de no mediar atención médica inmediata o impostergable.

La condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia debe ser determinado por el diagnóstico efectuado por un médico cirujano en la unidad de urgencia pública o privada en que la persona sea atendida, lo que deberá ser certificado por éste.”

11 El D.S. N° 37, de 2009, reemplazó la definición de Certificación de Estado de Emergencia o Urgencia por la que aparece en el texto. El anterior concepto había sido introducido por el D.S. N° 896, de 2000, de Salud y decía:

“Certificación de Estado de Emergencia o Urgencia: Es la declaración escrita y firmada, por un médico cirujano en una unidad de urgencia, pública o privada, dejando constancia que una persona se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia y su diagnóstico probable. Dicha constancia deberá dejarse en un documento y/o "Ficha Clínica" y/o "Dato de Atención de Urgencia", que, además, contendrá los siguientes datos, a lo menos: nombre completo del paciente, su RUT y situación previsional en materia de salud, motivo de consulta, diagnóstico probable, fecha y hora de la atención.”

PACIENTE ESTABILIZADO: Aquel que, habiendo estado en una situación de emergencia o urgencia, se encuentra en estado de equilibrio de sus funciones vitales o ha superado el riesgo de secuela funcional grave de modo que, aun cursando alguna patología no resuelta o parcialmente solucionada, está en condiciones de ser trasladado, dentro del establecimiento, a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad.

El Servicio de Salud al que compete atender al enfermo, o su delegado, podrá siempre acceder al paciente para constatar su condición de estabilización y, de ser ese el caso, impetrar su traslado al centro asistencial de la red de salud que determine o a su domicilio, si aún ello no se ha dispuesto, asumiendo la responsabilidad del traslado.

La estabilización del paciente deberá certificarse por el médico tratante, ya sea en la unidad de emergencia o en la de hospitalización a que hubiera sido ingresado, indicando la fecha y hora en que ello ha ocurrido, y se avisará este hecho inmediatamente, por el medio más expedito, al Servicio de Salud correspondiente, o a quien sea su delegado para esta función.¹²

SECUELA FUNCIONAL GRAVE: Es la pérdida definitiva de la función del órgano o extremidad afectado.¹³

II.- DE LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS Y SU IDENTIFICACIÓN

Artículo 4°.- Se considerarán afiliados al Régimen las siguientes personas:

a) los que desempeñen un trabajo para un empleador del sector público o privado, bajo un vínculo de dependencia laboral o funcionaria;

12 El D.S. N° 37, de 2009, reemplazó la definición de Paciente Estabilizado por la que aparece en el texto. El anterior concepto había sido introducido por el D.S. N° 896, de 2000, de Salud y decía: "Paciente Estabilizado: Es el paciente que, habiendo estado o estando en una situación de emergencia o urgencia, se encuentra en estado de equilibrio de sus funciones vitales, de modo que, aun cursando alguna patología no resuelta o parcialmente solucionada, está en condiciones de ser trasladado, dentro del establecimiento o a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad. La estabilización del paciente deberá certificarse en la misma forma y documentos que la certificación de estado de emergencia o urgencia, dejando constancia de la fecha y hora de la misma."

13 El D.S. N° 37, de 2009, agregó el concepto de "Secuela Funcional Grave".

b) los que desempeñen un trabajo en forma independiente y que estén efectuando cotizaciones previsionales, en tal carácter, en cualquier régimen previsional;

c) los que efectúen cotizaciones en algún régimen legal de previsión en calidad de imponentes voluntarios;

d) los que estén en goce de pensión derivada de algún régimen legal de previsión o en goce de subsidio por incapacidad laboral; y

e) los que estén en goce de subsidio de cesantía otorgado con arreglo al decreto con fuerza de ley N° 150, de 1981, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Artículo 5°.- Se considerarán beneficiarios del Régimen las siguientes personas:

a) las que tengan la calidad de afiliados en los términos previstos en el artículo precedente;

b) los causantes por los cuales perciban asignación familiar los trabajadores dependientes del sector público o privado, sea que éstos se encuentren en actividad o acogidos a reposo por incapacidad laboral; y los causantes por los cuales perciban asignación familiar los afiliados en goce de pensión previsional de invalidez, antigüedad, vejez, sobrevivencia o demás que den derecho a este beneficio y los de los afiliados en goce de subsidio de cesantía;¹⁴

c) el cónyuge y demás personas que en su relación con un imponente independiente o voluntario acrediten los requisitos exigidos por el decreto con fuerza de ley N° 150, de 1981, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente;

d) la mujer embarazada y los niños hasta los seis años de edad, para el efecto de requerir las prestaciones materno infantiles referidas en los artículos 26 y 27 de este reglamento;

e) las personas carentes de recursos o indigentes y aquellos que gocen de una pensión asistencial de ancianidad o invalidez otorgada con arreglo al decreto ley N° 869, de 1975;

f) los menores hasta los 15 años que sean causantes del subsidio familiar a que se refiere la ley N° 18.020.

¹⁴ Letra modificada como aparece en el texto por Decreto Supremo N°21, de 1988, de Salud.

Artículo 6°.- Corresponderá al Fondo, mediante resolución, determinar los documentos o instrumentos que acrediten la identificación de los afiliados y sus beneficiarios a que se refieren los artículos 4° y 5° precedentes y su clasificación en alguno de los grupos a que se refiere el artículo 61 de este reglamento.¹⁵

Artículo 7°.- DEROGADO¹⁶

Artículo 8°.- DEROGADO¹⁷

Artículo 9°.- Las mujeres embarazadas que hagan uso de las prestaciones a que alude el artículo 26 de este reglamento no necesitarán acreditar documentalente, su calidad de beneficiarias, bastando la mera comprobación del estado fisiológico de embarazo, mediante reconocimiento que practicará el establecimiento requerido.

15 Este artículo fue sustituido por el que aparece en el texto por el Decreto Supremo N° 49, de 2004, publicado en el Diario Oficial el 3 de julio. Decía el antiguo artículo 6° lo siguiente:

“Artículo 6°. Corresponderá al Fondo Nacional de Salud otorgar la credencial de salud a que se refiere el artículo 10°, destinada a acreditar la calidad de afiliados y beneficiarios del Régimen, en la que se expresarán los datos y la vigencia que para ella se establece. La identificación personal de quien haga uso de esta credencial se verificará mediante su cédula de identidad para los mayores de 18 años o la del afiliado para los menores de esa edad que no la tengan.

El Fondo podrá celebrar convenios con entidades públicas o privadas para el otorgamiento de la credencial de salud. Dicho documento podrá emitirse manual o computacionalmente.

Se considerarán como credencial suficiente, los documentos que se señalan en los artículos 7° y 8° de este reglamento, para los casos allí señalados.”.

16 Artículo derogado por el Decreto Supremo N° 49, de 2004, publicado en el Diario Oficial el 3 de julio. Decía este artículo:

“Artículo 7°. Las siguientes personas acreditarán su calidad de beneficiarios mediante el mecanismo que se disponga en su caso:

a) los beneficiarios de pensiones asistenciales de ancianidad o invalidez, otorgadas con arreglo al decreto ley N°869, de 1975, acreditarán su calidad de beneficiarios mediante la exhibición del comprobante de pago de la última pensión devengada y de su cédula de identidad;

b) los beneficiarios de subsidio de cesantía, conferido de acuerdo con el decreto con fuerza de ley N°150, de 1981, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, acreditarán su calidad de beneficiarios, mediante la presentación del último comprobante de pago de dicho subsidio y de su cédula de identidad; sus causantes de asignación familiar, exhibirán además de los documentos mencionados, el certificado de reconocimiento de cargas y su cédula de identidad si la tuvieren.

c) los causantes del subsidio familiar a que se refiere la ley N°18.020, acreditarán su calidad de beneficiarios mediante la presentación del comprobante de pago del último subsidio devengado, a la madre, padre, guardador o persona que haya tomado a su cargo al menor;

d) las personas indigentes o carentes de recursos no comprendidas en las letras anteriores, acreditarán su situación de tales ante la Sección de Orientación Médica y Estadística del respectivo establecimiento.”.

17 Artículo derogado por el Decreto Supremo N° 49, de 2004, publicado en el Diario Oficial el 3 de julio. Decía este artículo:

Los niños hasta los seis años de edad que soliciten las prestaciones a que se refiere el artículo 27 de este reglamento, acreditarán su edad e identidad con un certificado de nacimiento otorgado por la autoridad competente, salvo que a juicio del Servicio de Orientación Médica y Estadística sea evidente que su edad es inferior a la indicada.

Artículo 10°.- DEROGADO¹⁸

Artículo 11.- DEROGADO¹⁹

Artículo 12.- DEROGADO²⁰

“Artículo 8° .□ Respecto de los trabajadores independientes a que se refiere el artículo 4° en su letra b), constituirá credencial suficiente para acceder a las prestaciones médicas del Régimen, la copia de seis planillas que acrediten el pago de cotizaciones previsionales a la entidad que corresponda, en los últimos 12 meses anteriores a la fecha en que se impetre el beneficio, debiendo presentarse además, su cédula de identidad. Respecto de los imponentes voluntarios a que se refiere la letra c) del mismo artículo, constituirá credencial suficiente para acceder a las prestaciones señaladas, la copia de la última planilla de pago de cotizaciones previsionales a la entidad que corresponda, debiendo presentarse conjuntamente su cédula de identidad.

Para el otorgamiento de prestaciones a los beneficiarios que de ellos dependen, a que se refiere el artículo 5°, letra c), se presentará, además de lo anterior, la certificación del Registro Civil que acredite el parentesco requerido con el afiliado y una declaración jurada simple de ése que determine que aquellos viven a sus expensas.”.

18 Artículo derogado por el Decreto Supremo N° 49, de 2004, publicado en el Diario Oficial el 3 de julio. Decía este artículo:

“Artículo 10.□ La credencial destinada a la acreditación de los afiliados a que se refieren las letras a) y d) del artículo 4° y a los beneficiarios a que alude el artículo 5° letra b), contendrá las menciones que se indican a continuación:

- a) nombres y apellidos del afiliado;
- b) número de su Cédula de Identidad con dígito verificador o en su defecto, rol único tributario;
- c) mes y año de término de su vigencia;
- d) grupo según nivel de ingreso, en la forma prevista en el artículo 61 de este reglamento;
- e) nombres, apellidos y número correspondiente a cada una de las personas acreditadas como cargas familiares, que tienen la calidad de beneficiarios, con mención de su Cédula de Identidad con dígito verificador o rol único tributario en el caso de los mayores de 18 años y de los menores de esa edad que lo tengan y, además, año de expiración de su calidad de beneficiario;
- f) Cédula de Identidad con dígito verificador o en su defecto rol único tributario del funcionario que emita la credencial;
- g) N° de folio y timbre del Fondo.”.

19 Artículo derogado por el Decreto Supremo N° 49, de 2004, publicado en el Diario Oficial el 3 de julio. Decía este artículo:

“Artículo 11.□ La credencial de salud es un documento personal e intransferible, tendrá una vigencia no mayor de 2 años y el otorgamiento de una nueva credencial que deba efectuar el Fondo se ajustará al procedimiento que se señalará más adelante, debiendo estamparse nuevamente la fecha de vigencia.

Artículo 13.- DEROGADO²¹

Artículo 14.- DEROGADO²²

Artículo 15.- DEROGADO²³

Artículo 16.- DEROGADO²⁴

Artículo 17.- Corresponderá al Fondo y a los Servicios materializar todos los mecanismos de control que sean necesarios con el fin de asegurar el correcto uso de los documentos o instrumentos que acrediten la identificación de los beneficiarios, así como de las prestaciones de salud a que dan derecho, y la

No obstante lo anterior su vigencia se considerará indefinida respecto de los pensionados a que se refiere la letra d) del artículo 4, y de aquellos a que alude la letra a) del mismo artículo que queden clasificados en el grupo D, señalado en el artículo 61, siempre que, en ambos casos, al requerirse la prestación, una vez terminada la vigencia, se acredite estar al día en su cotización destinada a salud para el Fondo.”.

20 Artículo derogado por el Decreto Supremo N° 49, de 2004, publicado en el Diario Oficial el 3 de julio. Decía este artículo:

“Artículo 12. Para obtener esta credencial, los trabajadores activos o afiliados a que se refiere el artículo 4° letra a) y los pensionados de algún régimen legal de previsión o afiliados a que se refiere el artículo 4 letra d), deberán presentar al Fondo una certificación para Credencial de Salud y su Cédula de Identidad con dígito verificador; si la cédula no tuviere dicho dígito se presentará, además, el Rol Único Tributario.”.

21 Artículo derogado por el Decreto Supremo N° 49, de 2004, publicado en el Diario Oficial el 3 de julio. Decía este artículo:

“Artículo 13. La certificación para Credencial de Salud, a que se refiere el artículo anterior es el instrumento mediante el cual dichos afiliados y los beneficiarios que de ellos dependen, acreditan su calidad de tales y su ingreso mensual. Las menciones que debe contener y las instrucciones para la incorporación de los datos que en él se registren por parte del empleador o institución pagadora de pensiones en su caso, afiliado y Fondo, serán aprobadas por resolución del Ministerio de Salud.

En el caso que ambos cónyuges sean afiliados, sus hijos y demás cargas familiares o beneficiarios que dependen del afiliado, deberá registrarse por aquél cuyo ingreso mensual sea más elevado, aunque sea el otro cónyuge el que perciba las respectivas asignaciones familiares.”.

22 Artículo derogado por el Decreto Supremo N° 49, de 2004, publicado en el Diario Oficial el 3 de julio. Decía este artículo:

“Artículo 14. La renovación de las credenciales se efectuará previa presentación de los instrumentos requeridos para la emisión inicial.”.

23 Artículo derogado por el Decreto Supremo N° 49, de 2004, publicado en el Diario Oficial el 3 de julio. Decía este artículo:

aplicación de los porcentajes con que el Estado a través del Fondo y el afiliado concurren a su financiamiento.

El Fondo considerará como ingreso mensual del afiliado, no sólo el que aparezca en los antecedentes aportados por éste para su clasificación en alguno de los grupos a que se refiere el artículo 61 de este reglamento, sino también aquellos ingresos que el Fondo le compruebe por otros medios.²⁵

Artículo 18.- Las personas que sin tener la calidad de beneficiarios obtuvieren mediante simulación o engaño los beneficios de la ley N° 18.469²⁶, y los beneficiarios que, en igual forma, obtuvieren un beneficio mayor que el que les corresponda, serán sancionados con reclusión menor en sus grados mínimo a medio.

“Artículo 15. Sin perjuicio de la renovación necesaria, e incluso, respecto de aquellas de duración indefinida, el afiliado deberá presentar al Fondo la citada certificación para Credencial de Salud, en cada oportunidad en que sea necesario acreditar alguna variación en la situación de las cargas familiares, ya sea por incorporación de nuevas o mantención en tal calidad de los hijos mayores de 18 años.

Asimismo cuando el afiliado experimente una variación de sus ingresos o situación laboral que deba modificar su clasificación deberá concurrir con los antecedentes a que aluden los artículos 12 y 13 para que, verificado lo anterior, le sea entregada la credencial acreditando el nuevo grupo.”.

24 Artículo derogado por el Decreto Supremo N° 49, de 2004, publicado en el Diario Oficial el 3 de julio. Decía este artículo:

“Artículo 16. La emisión de las credenciales será gratuita. Sin embargo, pagando el costo que determine el Fondo, podrán solicitarse duplicados, en la medida que sean necesarios para la acreditación de los restantes beneficiarios que componen el grupo familiar del afiliado.

La pérdida o sustracción de ellas será denunciada inmediatamente al Fondo por el afiliado, quien, en este caso deberá pagar el costo de la que en reemplazo le sea entregada.”.

25 Este artículo fue sustituido por el que aparece en el texto por el Decreto Supremo N° 49, de 2004, publicado en el Diario Oficial el 3 de julio. Decía el antiguo artículo 17 lo siguiente:

“Artículo 17. Corresponderá al Fondo y a los Servicios materializar todos los mecanismos de control que sean necesarios con el fin de asegurar el correcto uso de la credencial, de las prestaciones de salud a que da derecho, y la aplicación de los porcentajes con que el Estado a través del Fondo y el afiliado concurren a su financiamiento.

Para estos últimos efectos se considerará como ingreso mensual, no sólo aquellos que figuren en los Certificados para Credencial de Salud que presenten los afiliados, sino también aquellos que el Fondo les compruebe por otros medios.”.

26 La referencia debe entenderse hecha al Libro II del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

En igual sanción incurrirán las personas que faciliten los medios para la comisión de alguno de los delitos señalados en el inciso anterior.

III.- DE LA INCORPORACIÓN AL RÉGIMEN Y DE LA DESAFILIACIÓN DE ÉSTE

Artículo 19.- La incorporación al Régimen se producirá automáticamente al adquirirse la calidad de beneficiario en cualquiera de las categorías que se establecen en el artículo 5°, sin perjuicio de su acreditación en la forma determinada en el Título precedente.

Esta incorporación se mantendrá indefinidamente mientras subsistan las condiciones que dieron origen a la calidad de beneficiario, salvo el caso de desafiliación voluntaria.

Artículo 20.- Los afiliados podrán siempre optar por ingresar con los beneficiarios que de ellos dependen, a una Institución de Salud Previsional, en las condiciones que establece la Ley N° 18.933 , del Ministerio de Salud.²⁷

Para estos efectos, la Institución deberá comunicar al Fondo Nacional de Salud, la suscripción del correspondiente contrato entre el afiliado y la Institución, la fecha de inicio y término de su vigencia y cualquier circunstancia que implique una modificación a la duración del contrato.

INCISO TERCERO.- DEROGADO²⁸

INCISO CUARTO.- DEROGADO²⁹

27 El Decreto Supremo N° 49, de 2004, publicado en el Diario Oficial el 3 de julio, reemplazó la frase “el decreto con fuerza de ley N° 3, de 1981, del Ministerio de Salud”, por la siguiente: “la ley N° 18.933”. Actualmente, la referencia debe entenderse hecha al Libro III, del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

28 El Decreto Supremo N° 49, de 2004, publicado en el Diario Oficial el 3 de julio, derogó el inciso tercero, que decía: “Al momento de suscribir el contrato, la Institución deberá exigir al afiliado la suscripción de una declaración jurada de que no hará uso de la credencial una vez que entre en vigencia el contrato celebrado con la Institución y que ésta será devuelta directamente a FONASA o entregada a la SAPRE en esa fecha.”.

29 El Decreto Supremo N° 49, de 2004, publicado en el Diario Oficial el 3 de julio, derogó el inciso cuarto, que decía: “Al término de vigencia del contrato suscrito con una Institución, y de no producirse renovación o suscripción de un nuevo contrato con otra Institución, el afiliado retornará automáticamente al Régimen, debiendo solicitar su credencial en conformidad al Título precedente.”.

INCISO QUINTO.- DEROGADO³⁰

Artículo 21.- Las personas que opten por suscribir un contrato con una Institución de Salud Previsional, perderán su calidad de beneficiarios del Régimen a contar de la vigencia del contrato suscrito con la Institución y, en consecuencia, no tendrán derecho a percibir las bonificaciones que el Estado proporciona para contribuir al financiamiento de las prestaciones del Régimen, en los montos y casos en que ellas proceden, así como tampoco a aquellas que se indican como gratuitas en los artículos 26, 27 y 28 de este reglamento.

Artículo 22.- DEROGADO

Artículo 23.- No se considerarán beneficiarios del Régimen los imponentes activos, pasivos y montepiados, así como sus cargas familiares, de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional y de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile.

IV.- DE LAS PRESTACIONES DEL RÉGIMEN

Párrafo 1° De las prestaciones médicas

Artículo 24.- Las acciones de protección del ambiente que comprende el Régimen serán aquellas que se incluyan en los planes y programas de salud correspondientes del Ministerio de Salud, que llevarán a cabo los organismos del Sistema en lo que les corresponda, enmarcados dentro de las atribuciones que les otorgan la legislación y reglamentación sanitaria vigente, con el fin de proteger la salud de los habitantes de los riesgos derivados del medio ambiente.

Las acciones de protección del ambiente incluidas en los planes y programas a que se refiere el inciso precedente, serán gratuitas para todos los habitantes del país.

Las inspecciones, autorizaciones, certificaciones, registros y demás actuaciones administrativas o técnicas, ejecutadas por los organismos del Sistema, serán pagadas por los interesados de acuerdo con las normas legales y reglamentarias vigentes.

Artículo 25.- Las acciones de promoción y protección de la salud de las personas son aquellas que, incluidas en los planes y programas del Ministerio,

³⁰ Artículo derogado por el Decreto Supremo N° 49, de 2004, publicado en el Diario Oficial el 3 de julio. Decía este artículo:

“Artículo 22. La no devolución de la credencial y su utilización durante el período de vigencia del contrato suscrito con una institución para obtener beneficios propios del Régimen obligará a efectuar la denuncia correspondiente por el delito referido en el artículo 8 de este reglamento.”.

tienen por objeto la conservación de la salud de la población previniendo riesgos biomédicos.

Se considerarán, entre otras, las de educación para la salud, inmunizaciones y control nutricional.

Estas acciones serán gratuitas y se ejecutarán en los consultorios y postas del Sistema que correspondan al domicilio del solicitante, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 2°.

Artículo 26.- Toda mujer embarazada tendrá derecho a la protección del Estado durante su período de embarazo y hasta el sexto mes siguiente al nacimiento del hijo.

Esta protección comprenderá el control del embarazo y del puerperio en la forma contemplada en los planes y programas aprobados por el Ministerio de Salud; se otorgará en los establecimientos de los Servicios correspondientes al domicilio de la madre y será gratuita.

Artículo 27.- Los niños recién nacidos y hasta los 6 años de edad tendrán derecho a la protección de su salud por el Estado, que comprenderá los controles de salud que se especifiquen en los planes y programas que apruebe el Ministerio.

Será aplicable a estas acciones lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 25.

Artículo 28.- Los beneficiarios tendrán derecho a un examen de medicina preventiva gratuito destinado a pesquisar oportunamente enfermedades cuyo diagnóstico y tratamiento precoz previene una evolución irreversible y evita que conduzcan a una invalidez prematura, tales como la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, el glaucoma, las enfermedades oncológicas, la diabetes, las cardiopatías, la hipertensión arterial y la insuficiencia renal crónica³¹.

31 Cabe destacar que la letra a), del artículo 138, del DFL N° 1, de 2005, de Salud, reemplazó el concepto de examen de medicina preventiva, por el siguiente:

“a) El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

Para su inclusión en el examen de medicina preventiva sólo deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático. El Ministerio de Salud definirá, entre otros, los procedimientos, contenidos, plazo y frecuencia del examen, fijando condiciones equivalentes para los sectores público y privado. Los resultados deben ser manejados como datos sensibles y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos.”

Artículo 29.- El examen será de carácter eminentemente clínico y comprenderá una anamnesis personal y familiar y un examen físico.

Si de los resultados del examen el médico considerare fundamentalmente, estampándolo en la ficha clínica, especialmente diseñada para el efecto, que el beneficiario pudiere adolecer de algunas de las enfermedades señaladas en el artículo anterior, podrá ordenar que se le practiquen gratuitamente los exámenes de apoyo clínico que a continuación se indican, en las condiciones que en cada caso se señalan:³²

- Papanicolau - que se efectuará con una periodicidad de hasta una vez cada 2 años, en el caso de las beneficiarias entre 30 y 40 años y hasta una vez al arco, en el caso de las beneficiarias de 40 años o mayores de esa edad.
- Abreu o radiografía de tórax - en el caso de examen clínico sospechoso de una afección cardiológica, cáncer o tuberculosis pulmonar.
- Baciloscopía directa - en el caso de examen clínico broncopulmonar sospechoso de tuberculosis.
- VDRL - se solicitará toda vez que la anamnesis o el examen físico sea orientador en ese sentido.
- Glicemia - en el caso de antecedentes de diabetes familiar o personal.
- Nitrógeno ureico - en el caso de anamnesis que hagan sospechar afecciones renales crónicas.
- Tonometría ocular - en el caso de los beneficiarios mayores de 35 años, con antecedentes familiares de glaucoma o pérdida progresiva de la visión periférica o antecedentes de tonometrías anteriores de valores progresivos.

En aquellos casos en que el médico considere indispensable completar el estudio del beneficiario para precisar el diagnóstico, podrá solicitar los demás exámenes a interconsultas pertinentes a través de los recursos de que dispongan los Servicios, previo conocimiento y autorización del Presidente de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, a quien le deberá proporcionar los antecedentes en que fundamenta tal solicitud y lo cual deberá constar en la ficha correspondiente.

³² Actualmente, las prestaciones relativas al examen de medicina preventiva se encuentran incluidas en el decreto que aprueba las Garantías Explícitas en Salud (GES), también conocido como "Plan AUGE" y son distintas a las aquí mencionadas.

Corroborado por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez el diagnóstico de estas enfermedades o cualquier otra que se detecte el beneficiario tendrá derecho a la asistencia médica en los términos que dispone este reglamento.

Artículo 30.- El examen de medicina preventiva se verificará en cualquier establecimiento del Servicio en que esté ubicado el lugar de desempeño del beneficiario en el caso de los trabajadores activos o del que corresponda a su domicilio respecto de los demás beneficiarios.

Artículo 31.- Los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Sistema asistencia médica curativa integral. Esta asistencia médica incluirá consulta exámenes y procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, hospitalización, atención obstétrica, tratamientos, incluidos los medicamentos del Formulario Nacional y demás prestaciones necesarias para la atención de la enfermedad que afecte al beneficiario.

Artículo 32.- La asistencia médica curativa se otorgará con los recursos de personal y de equipos que dispongan los establecimientos de los Servicios que sean requeridos.

Artículo 33.- Los beneficiarios recibirán asistencia odontológica en odontología general integral, tanto en sus aspectos de fomento, protección, como odontología de especialidades, recuperación y rehabilitación.

Esta atención se prestará en los establecimientos de los Servicios que corresponda según la complejidad de la atención y de acuerdo con los recursos profesionales técnicos y administrativos con que éstos cuenten.

Párrafo 2° De las prestaciones pecuniarias

Artículo 34.- Los afiliados referidos en las letras a) y b) del artículo 4° de este reglamento que hagan uso de licencia por incapacidad para trabajar por enfermedad que no sea profesional, o accidente que no sea del trabajo, tendrán derecho a percibir un subsidio de enfermedad, el que será total o parcial, dependiendo de la enfermedad que aqueje al trabajador, en cuanto le ocasione una pérdida transitoria, total o parcial de su capacidad laboral, lo que se certificará en la respectiva licencia.

Su otorgamiento y demás requisitos se regirá por lo establecido en el decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

No obstante lo anterior, en el caso de que se trate de incapacidad laboral parcial y por ende de subsidio parcial, la remuneración y el subsidio se calcularán en proporción al tiempo trabajado y en reposo, respectivamente, correspondiéndole al empleador el pago de la parte de la jornada efectivamente trabajada. En el caso de los trabajadores independientes, el subsidio de enfermedad, sea total o parcial, se calculará proporcionalmente al tiempo trabajado, en base al promedio mensual de las rentas por las que hubiere cotizado en los últimos seis meses anteriores al mes en que se inicie la licencia por incapacidad laboral.

Artículo 35.- Para tener derecho a subsidio de enfermedad los afiliados mencionados en la letra a) del artículo 4°, deberán contar con un mínimo de seis meses de afiliación y de tres meses de cotización dentro de los seis meses anteriores a la fecha inicial de la correspondiente licencia médica, salvo los casos establecidos en los artículos 5° y 6° del decreto con fuerza de ley N° 44 de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Artículo 36.- Para tener derecho a subsidio de enfermedad los trabajadores independientes deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) contar con una licencia médica autorizada;
- b) tener doce meses de afiliación previsional anteriores al mes en el que se inicia la licencia;
- c) haber enterado al menos seis meses de cotizaciones continuas o discontinuas dentro del período de doce meses de afiliación previsional anterior al mes en que se inició la licencia; y
- d) estar al día en el pago de las cotizaciones. Se considerará al día al trabajador que hubiere pagado la cotización correspondiente al mes anterior a aquél en que se produzca la incapacidad.

Artículo 37.- Las trabajadoras dependientes de los sectores público y privado, y las trabajadoras independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión, tendrán derecho a un subsidio de maternidad, al descanso de maternidad y demás beneficios previstos en el párrafo segundo del título IX, del decreto ley N° 2.200, de 1978³³, en lo que proceda.

33 La referencia debe entenderse efectuada al Título II, del Libro II, del Código del Trabajo.

Este subsidio se regirá, en cuanto a su otorgamiento y demás requisitos, por lo establecido en el decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y en la ley N° 18.418.

Artículo 38.- El trabajador requerirá el pago del subsidio por incapacidad laboral en los respectivos Servicios de Salud, Cajas de Compensación de Asignación Familiar o Instituciones de Salud Previsional, según corresponda.

Artículo 39.- El derecho a licencia por enfermedad o embarazo y el correspondiente subsidio de enfermedad o de maternidad del personal regido por el Estatuto Administrativo, decreto con fuerza de ley N° 338, de 1960³⁴, se continuará rigiendo por la normativa contenida en dicho Estatuto.

Artículo 40.- Durante el período de licencia por enfermedad, los trabajadores regidos por el decreto ley N° 2.200 de 1978, no podrán ser desahuciados conforme al procedimiento establecido en la letra f) del artículo 13, de dicho cuerpo legal³⁵.

Artículo 41.- El derecho a impetrar subsidio por incapacidad laboral, sea ésta originada por enfermedad o maternidad, prescribe en el plazo de seis meses contados desde el término de la respectiva licencia médica.

En ese mismo plazo prescribirá el derecho de los servicios públicos e instituciones empleadoras para solicitar los pagos y devoluciones que deben efectuar los Servicios de Salud con motivo de las licencias de incapacidad laboral de los trabajadores de dichas entidades.³⁶

Artículo 42.- Los subsidios de enfermedad y de maternidad son incompatibles entre sí y, además, con los regidos por la ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y con el subsidio de cesantía, el que podrá ser solicitado una vez que aquellos terminen.

V.- DE LAS MODALIDADES DE ATENCIÓN DEL RÉGIMEN

34 La referencia a este DFL debe entenderse efectuada al DFL N° 29, de 2004, que contiene el Estatuto Administrativo de los funcionarios públicos.

35 La referencia debe entenderse efectuada al inciso tercero del artículo 161 del Código del Trabajo.

36 Inciso agregado por el Decreto Supremo N°21, de 1988, de Salud.

Artículo 43.- Las prestaciones médicas del Régimen se otorgarán mediante dos modalidades de atención:

- a) Atención Institucional.
- b) Atención por Libre Elección.

Artículo 44.- En la modalidad de Atención Institucional las prestaciones médicas se otorgarán a los beneficiarios por los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud, sean dependientes del Ministerio de Salud o entidades públicas o privadas con las cuales dichos organismos o el Fondo Nacional de Salud hayan celebrado convenios para estos efectos.³⁷

Los beneficiarios podrán elegir el establecimiento en que serán atendidos y dentro de él, al profesional que deba atenderlos, sin perjuicio de los casos señalados en el artículo 25, a menos que las acciones que señala dicha disposición se otorguen en la atención primaria de salud.

Las prestaciones médicas se otorgarán con los recursos físicos y humanos de que disponga cada establecimiento. No obstante, con el fin de lograr una atención adecuada del beneficiario, los establecimientos podrán complementar sus prestaciones con las de otros, de acuerdo con el nivel de complejidad que se requiera.

Artículo 44 bis.-³⁸ Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, en los casos de atención médica de emergencia o urgencia consideradas tales de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de este reglamento, el Fondo Nacional de Salud pagará directamente al prestador público o privado el valor de las prestaciones que haya otorgado a sus beneficiarios, hasta que se encuentren estabilizados, de acuerdo a los mecanismos dispuestos en los Libros I y II del DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud. De este modo, la atención de emergencia o

³⁷ Inciso sustituido como aparece en el texto por el Decreto Supremo N°896, de 2000, de Salud.

³⁸ Artículo agregado por el Decreto Supremo N°896, de 2000, de Salud. Con posterioridad, el D.S. N° 37, de 2009, de Salud, sustituyó el inciso primero por el que aparece en el texto. Decía el antiguo inciso primero:

“Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, en los casos de atención médica de emergencia o urgencia el Fondo Nacional de Salud pagará directamente al prestador público o privado el valor de las prestaciones que hayan otorgado a sus beneficiarios, hasta que se encuentren estabilizados, de acuerdo a los mecanismos dispuestos en la ley N°18.469, especialmente en el inciso segundo de su artículo 11, en relación con su artículo 28 y con el inciso primero de su artículo 30, y en el decreto ley N°2.763, de 1979, especialmente en la letra b) de su artículo 27.”

urgencia se considerará otorgada en modalidad de libre elección o en modalidad institucional, según se trate de establecimiento privado o público, respectivamente, y según el tipo de convenio que mantenga vigente el prestador con FONASA o con los Servicios de Salud.

En estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de la ley N°18.469, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención.

Artículo 45.- Se entiende por Modalidad de Libre Elección, aquella en virtud de la cual los profesionales o entidades del sector público o privado inscritos para el efecto y elegidos libremente por el afiliado, ejecutan las prestaciones que con este objeto se señalan en el arancel, por la retribución que en el mismo se determine.

Los afiliados y los beneficiarios que de ellos dependan podrán optar por atenderse de acuerdo con la Modalidad de Libre Elección, caso en el cual podrán elegir al profesional o a la entidad pública o privada que, conforme a dicha modalidad, otorgue la prestación requerida.

La tuición, administración y fiscalización de esta modalidad de atención corresponderá al Fondo Nacional de Salud.³⁹

Artículo 46.- Los profesionales o entidades asistenciales de salud que deseen incorporarse a la Modalidad de Libre Elección, deberán inscribirse en el Fondo, en alguno de los grupos del Rol de profesionales y entidades de Libre Elección que éste llevará. Para tal efecto deberán así solicitarlo, suscribiendo un convenio con el Fondo, el que comenzará a regir el primer día del mes subsiguiente.

El convenio que se celebre entre el Fondo y el profesional o entidad asistencial, a que se refiere el inciso anterior, no creará vínculos de carácter laboral ni funcionario entre las partes, lo que deberá quedar así expresado en dicho convenio.

Por el solo hecho de inscribirse, se entiende que las personas y entidades indicadas en el inciso primero, aceptan la incorporación al convenio de todas aquellas normas legales, reglamentarias o del Ministerio que con posterioridad a la inscripción se dicten o establezcan en la materia.

³⁹ Artículo sustituido como aparece en el texto por el Decreto Supremo N°896, de 2000, de Salud.

Artículo 47.- Los profesionales o entidades asistenciales podrán inscribirse libremente en cualesquiera de los tres grupos del Rol que lleve el Fondo Nacional de Salud. Estos grupos se designarán como Grupo 1 o Básico, Grupo 2 y Grupo 3. El Arancel de Prestaciones del Régimen determinará el valor de las prestaciones que corresponda a pagar a cada uno de los grupos señalados. En todo caso la parte bonificada por el Fondo no podrá ser superior al 60% del valor arancelario que corresponde al Grupo 1 o Básico, excepto para las siguientes prestaciones:

a) Podrán ser bonificadas, a lo menos en un 60% y hasta un 90%, las que deriven de atenciones médicas de emergencia o urgencia, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que pueda ser derivado a un establecimiento asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud u otro con el cual haya celebrado un convenio especial bajo la Modalidad de Atención Institucional o a su domicilio;

Sin perjuicio de lo anterior, una vez estabilizado, el paciente, o quien asuma su representación, podrá optar por continuar recibiendo atención, en el mismo establecimiento donde recibió la atención de emergencia o urgencia, en la Modalidad de Libre Elección.

El arancel a que se refiere el artículo 28 de la ley N°18.469⁴⁰ señalará los requisitos y condiciones que deberán ser observados por el médico cirujano para calificar la emergencia o urgencia, todo lo cual será fiscalizado por el Fondo Nacional de Salud en uso de sus atribuciones;

b) Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se podrán establecer otras prestaciones cuya bonificación no exceda el 80% del valor que se fije en el arancel. Para estos efectos, el decreto respectivo sólo podrá considerar prestaciones correspondientes a exámenes de laboratorio ambulatorios, incluidos sus procedimientos, y las consultas ambulatorias de especialidades en falencia.

c) Tratándose de consultas generales ambulatorias, el decreto supremo conjunto a que se refiere la letra anterior podrá establecer una bonificación de hasta el 80% del valor del arancel, siempre y cuando dichas consultas y sus procedimientos asociados formen parte de un conjunto estandarizado de prestaciones ambulatorias. En todo caso, el monto que se destine al financiamiento de estas prestaciones no podrá exceder el equivalente al 20% del presupuesto destinado a financiar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección.

40 Actual artículo 159 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

d) En el caso de las consultas médicas la bonificación no podrá ser inferior al 60%.

e) Tratándose de la atención del parto la bonificación será del 75%.

Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda se determinarán los porcentajes específicos de bonificación que correspondan en cada caso.

La inscripción en un grupo obliga a los profesionales o entidades asistenciales a proporcionar las prestaciones por los valores que a él corresponden.

Artículo 48.- Los profesionales e instituciones inscritos en la Modalidad de Libre Elección estarán, por ese solo hecho, obligados a otorgar las prestaciones a los beneficiarios de la ley que opten por ella, de conformidad a las normas y en los términos que para la referida Modalidad establecen la Ley, los Reglamentos, el arancel y las instrucciones que imparta el Ministerio.

Artículo 49.- El Fondo podrá efectuar inspecciones a los profesionales e Instituciones inscritas en la Modalidad de Libre Elección en cualquier momento, a fin de verificar de acuerdo con su competencia la existencia de los instrumentos y equipos necesarios para otorgar la prestación, así como la existencia de las autorizaciones sanitarias en los casos en que sean exigibles, sin perjuicio de requerir la información técnica o administrativa que respalde el otorgamiento de las prestaciones efectuadas.

Artículo 50.- Los profesionales, establecimientos o entidades inscritos en la Modalidad de Libre Elección podrán ser sancionados en la forma que se establece en el artículo siguiente, si se comprueba que han incurrido en alguna de las siguientes infracciones:

a) Presentación para el cobro o cobro indebido de ordenes de atención y programas; de honorarios adicionales por sobre el valor establecido para el grupo del rol correspondiente; y de recargo improcedentes;

b) Prescripción para la emisión de órdenes de atención o emisión de programas médicos, con fines distintos a los señalados en la ley;

c) Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad de Libre Elección; y regulan la aplicación de su Arancel, incluyendo en ellas las Resoluciones dictadas por el Ministerio y publicadas en el Diario Oficial.

Artículo 51.- Acreditada una o más de las infracciones establecidas en el artículo anterior, se notificará de ello al profesional o institución afectada para que dentro del quinto día hábil formule sus descargos. Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Director del Fondo dictará una resolución fundada absolviendo al afectado o aplicándole alguna de las siguientes medidas:

a) amonestación⁴¹

b) suspensión hasta por 180 días de ejercicio en la modalidad⁴²

c) cancelación de la inscripción

d) multa a beneficio fiscal hasta por 100 unidades de fomento⁴³, la que podrá acumularse a cualquiera de las otras sanciones.

La notificación de los cargos y de la resolución del Director, a que se refiere el inciso anterior, se efectuarán en el domicilio indicado en el respectivo convenio de inscripción en la modalidad, personalmente al afectado por funcionarios del Fondo o por carta certificada, en cuyo caso los plazos a que diere lugar empezarán a correr desde el tercer día de emitida la carta. Sin embargo los cargos se notificarán mediante carta certificada sólo si buscado el implicado para notificarlos personalmente, no fuere habido.

De la resolución que aplique las medidas de multa o de cancelación de la inscripción podrá recurrirse ante el Ministerio de Salud dentro del plazo de quince días contados desde la notificación, el cual resolverá en única instancia y sin forma de juicio en un lapso no superior a treinta días contados desde la recepción de la reclamación.

Las sanciones aplicadas, una vez que se encuentren a firmes, deberán ser comunicadas por el Fondo a sus tesorerías para conocimiento de éstas y de los beneficiarios.

Lo dispuesto en los incisos precedentes no obsta al ejercicio de las acciones penales que procedieren.

41 Letra reemplazada como aparece en el texto por el decreto Supremo N°299, de 1986, de Salud.

42 Letra reemplazada como aparece en el texto por el decreto Supremo N°299, de 1986, de Salud.

43 De acuerdo al artículo 143, del DFL N° 1, de 2005, de Salud, actualmente la multa puede ascender a 500 unidades de fomento.

El profesional, establecimiento o entidad sancionado con la cancelación en el registro de la modalidad de libre elección, sólo podrá solicitar una nueva inscripción al Fondo Nacional de Salud una vez transcurridos cinco años desde la fecha en que la cancelación quedó a firme. El Fondo podrá rechazar dicha solicitud mediante resolución fundada.

Si el registro fuere cancelado por segunda vez, cualquiera sea el tiempo que medie entre una y otra medida, el profesional, establecimiento o entidad afectado no podrá volver a inscribirse en la modalidad de libre elección.

Artículo 52.- Procederá especialmente la cancelación inmediata de la inscripción por inhabilidad legal sobreviniente; incapacidad física o mental legalmente declarada; fallecimiento y falta de la autorización sanitaria cuando corresponda.

Artículo 53.- Las prestaciones que se otorguen a través de la Modalidad de Libre Elección sólo se pagarán mediante la entrega de la respectiva Orden de Atención. Las menciones, características y vigencias de la Orden de Atención serán determinadas por el Fondo.⁴⁴

Para hacer uso de esta Modalidad de Libre Elección, los afiliados y los beneficiarios que de ellos dependan deberán presentarse al Fondo, identificándose en la forma que señalan los artículos 6° y siguientes; adquirir las órdenes de atención y pagar el porcentaje que corresponda del valor asignado a la prestación respectiva en el arancel, según el grupo de inscripción del profesional o entidad de que se trate. Asimismo, cuando el Fondo lo requiera el afiliado deberá acreditar que está al día en el pago de su cotización de salud.

No obstante lo anterior las prestaciones "días-cama", derecho de quirófano o pabellón o sala de procedimientos que se otorguen a través de esta modalidad de Libre Elección, serán financiadas con una contribución de un 50% de su valor arancelario por el Fondo y el restante 50% por el afiliado al momento de adquirir la Orden o Programa, pudiendo las entidades y establecimientos inscritos para otorgarlas, cobrar directamente a éste la diferencia que se produzca entre dicho valor arancelario y el que fijen libremente para otorgarlas. Estos valores deberán ser informados al Fondo antes de su aplicación y no podrán variarse en más de tres oportunidades en el año calendario, y deberán mantenerse a disposición del público así como los valores de los elementos materiales e insumos que en conformidad con las normas técnicas dictadas al efecto, puedan cobrarse

⁴⁴ Inciso sustituido como aparece en el texto por el Decreto Supremo N°90, de 1988, de Salud.

separadamente del valor del derecho a pabellón, quirófano, sala de procedimientos o de partos.⁴⁵

Los beneficiarios de la Ley deberán mantener la calidad de tales al momento de recibir la o las prestaciones por esta Modalidad.

Artículo 54.- Las órdenes de atención deberán corresponder a las prestaciones que efectivamente requiera el beneficiario. Si el beneficiario no utiliza la orden de atención dentro de los 30 días de emitida, podrá devolverla al Fondo, el cual reembolsará al afiliado el 100 % del valor por él pagado.

El Fondo determinará las dependencias habilitadas para efectuar las devoluciones.

Artículo 55.- El Fondo podrá efectuar el pago de las ordenes de atención en el plazo de hasta 30 días contados desde la fecha de recepción de la cobranza.

No serán pagadas las órdenes de atención ilegibles o que presenten omisiones, alteraciones o enmendaduras de los datos que se deben consignar al momento de su emisión o de aquellos que deben proporcionar el profesional o entidad inscrita, mientras no sean subsanadas las omisiones, y justificadas y aceptadas por el Fondo las alteraciones o enmendaduras.

Artículo 56.- El Fondo podrá celebrar convenios con instituciones, públicas y privadas, con los empleadores y con los Departamentos u Oficinas de Bienestar para la emisión y venta de órdenes de atención de esta Modalidad de Libre Elección.⁴⁶

Asimismo, podrá celebrar convenios con instituciones públicas o privadas para que por intermedio de éstas se pague a las entidades o profesionales inscritos en la Modalidad de Libre Elección, el valor de las prestaciones que se otorguen a través de él.

Artículo 57.- En casos calificados y a requerimiento del Director del Fondo, un profesional médico contratado por éste deberá examinar a los pacientes de la Modalidad de Libre Elección, para verificar el legítimo empleo que se esté haciendo de esa Modalidad.

45 Inciso modificado como aparece en el texto por el Decreto Supremo N°21, de 1988, de Salud.

46 Inciso modificado como aparece en el texto por el Decreto Supremo N°21, de 1988, de Salud.

Los beneficiarios, profesionales e instituciones están obligados a prestar su colaboración al Fondo en la investigación de posibles irregularidades en la utilización de la Modalidad de Libre Elección.

VI.- DEL FINANCIAMIENTO DEL RÉGIMEN

Artículo 58.- El Régimen de Prestaciones de Salud se financiará con la contribución que efectuará el Estado a través del Fondo; con las cotizaciones para salud que deben enterar los afiliados; con la contribución que deban pagar los no beneficiados por las prestaciones que reciban de conformidad al valor arancelario; con el pago del porcentaje del valor del arancel que corresponda respecto de los afiliados por las prestaciones que reciban ellos y sus respectivos beneficiarios, según su nivel de ingreso y con las tarifas que deban pagar los beneficiarios y no beneficiarios por los servicios y atenciones que soliciten, de acuerdo con las normas legales y reglamentarias.

Artículo 59.- Los afiliados a que se refieren las letras a) y d) del artículo 4° deberán efectuar para el Fondo Nacional de Salud, las cotizaciones destinadas a financiar las prestaciones de salud, que se establecen en los decretos leyes N°s. 3.500 y 3.501 de 1980, o en las demás leyes que regulan la materia, según corresponda.

Por su parte, los afiliados que tengan la calidad de imponentes voluntarios o independientes de cualquier régimen legal de previsión deberán efectuar las cotizaciones señaladas en los artículos 85 y 92, respectivamente, del decreto ley N° 3.500 de 1980, aplicadas sobre la renta por la cual impongán.

Artículo 60.- Los afiliados y los beneficiarios que de ellos dependan deberán contribuir al financiamiento del valor de las prestaciones médicas que reciban del Régimen mediante pago directo del porcentaje que corresponda del arancel que será aprobado por los Ministerios de Salud y Economía, Fomento y Reconstrucción⁴⁷, a proposición del Fondo Nacional de Salud.

Artículo 61.-⁴⁸ Los beneficiarios del Régimen, se clasificarán para estos efectos, según su nivel de ingreso, en los siguientes grupos:

47 Cabe destacar que el artículo 159, del DFL N° 1, de 2005, de Salud, establece que el arancel lo aprueban los Ministerios de Salud y Hacienda. La referencia al Ministerio de Economía es un error.

48 El Decreto Supremo N° 49, de 2004, publicado en el Diario Oficial el 3 de julio, reemplazó el artículo 61 por el que aparece en el texto. El artículo decía:

“Artículo 61. Los beneficiarios del Régimen, se clasificarán para estos efectos, según su nivel de ingreso, en los siguientes grupos:

Grupo A: Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el decreto ley N° 869, de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la ley N° 18.020.

Grupo B: Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad.

Grupo C: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad y no exceda de 1,46 veces dicho monto, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el cual serán considerados en el Grupo B.

Grupo D: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior en 1,46 veces al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad, siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean más de dos. Si los beneficiarios que de ellos dependan son tres o más, serán considerados en el Grupo C.

Artículo 62.- El Estado, a través del Fondo, contribuirá al financiamiento del valor arancelario de estas prestaciones, en el porcentaje que se establezca por resolución de los Ministerios de Salud y Hacienda, dictada con arreglo a lo previsto en el artículo 30 de la Ley N° 18.469⁴⁹.

Dicho porcentaje no podrá ser inferior al 100% del valor arancelario de las prestaciones, respecto de los beneficiarios incluidos en los grupos A y B; ni inferior a un 75 % y 50 % de dichos valores, respecto de los beneficiarios incluidos en los grupos C y D, respectivamente.

Grupo A: Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el decreto ley N°869, de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la ley N°18.020;

Grupo B: Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda de \$90.500;

Grupo C: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior a \$ 90.500 y no exceda de \$110.120;

Grupo D: Afiliados cuyo ingreso mensual exceda de \$110.120.

Los valores que se indican en el inciso primero de este artículo, se reajustarán periódicamente en el porcentaje que fijen los Ministerios de Salud y de Hacienda, el que no podrá ser superior a la variación que haya experimentado el Índice de Precios al Consumidor, determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, en el período comprendido entre el mes anterior a aquél en que se estableció el último reajuste y el mes anterior a aquél en que entrará en vigencia el nuevo reajuste.”.

49 Actual artículo 161, del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

Se exceptúan de las reglas del inciso anterior los porcentajes de contribución que se fijen por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y Hacienda para la financiación de medicamentos, prótesis y atenciones odontológicas, todos los cuales podrán ser diferentes a los indicados en el inciso anterior; y la atención del parto, la que siempre será bonificada por el Fondo en un 75% para los grupos C y D.

Artículo 63.- El porcentaje no financiado del valor arancelario de la prestación será pagado directamente o garantizado por el afiliado en cualquier momento de su permanencia en el establecimiento, cuando por su grupo de clasificación así corresponda.

Dicho pago podrá efectuarse, mediante el Certificado de Préstamo extendido por el Fondo en los casos en que éste sea procedente.

En casos excepcionales y por resolución fundada, el Director del Servicio de Salud o el Director del establecimiento en quien delegue esta atribución, podrá condonar total o parcialmente la diferencia de cargo del afiliado.

Artículo 64.- Las personas que no sean beneficiarias del Régimen podrán requerir y obtener de los organismos del Sistema el otorgamiento de las prestaciones que el Régimen contempla pagando su valor total señalado en el arancel a que se refiere el artículo 60.

La atención de estas personas no podrá significar menoscabo de la que los establecimientos del sistema están obligados a otorgar a los beneficiarios del Régimen, con la sola excepción de las atenciones de urgencia que debidamente calificadas, se otorguen en las Unidades de Emergencia correspondientes.

Artículo 65.- Los afiliados tendrán derecho a solicitar al Fondo el otorgamiento de préstamos destinados a financiar en todo o parte el valor de las prestaciones que ellos deban pagar y que requieran para sí o para los beneficiarios que de ellos dependen, en las condiciones y modalidades que se establecen más adelante.

Artículo 66.- Los préstamos serán otorgados por el Fondo con cargo al Fondo de Préstamos Médicos, que establece el artículo 31 de la ley N° 18.469⁵⁰, en la medida que sus recursos lo permitan, para cuyo efecto calificará su procedencia y garantías, percibirá su pago y arbitrará todas las medidas que sean pertinentes para su otorgamiento y recuperación en conformidad a la ley. Podrá

⁵⁰ Actual artículo 162, del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

celebrar convenios con entidades públicas o privadas para la ejecución de todas las acciones relacionadas con la concesión y cobro de estos préstamos.⁵¹

Artículo 67.- Procederá especialmente el otorgamiento de préstamos, para el financiamiento de la parte no bonificada del valor de las prestaciones que se otorguen en forma hospitalizada y para los tratamientos psiquiátricos, de quimioterapia, radioterapia, diálisis, y la adquisición de órtesis y prótesis, sea que estas prestaciones se otorguen en la Modalidad de Atención Institucional o de Libre Elección.

Asimismo, procederá especialmente el otorgamiento de préstamos para el financiamiento de la parte no bonificada del valor de las prestaciones que se otorguen a los afiliados, tanto en la Modalidad de Atención Institucional como Libre Elección, respecto de las atenciones de urgencia o emergencia, en el caso que una vez transcurridos treinta días desde que el Fondo Nacional de Salud haya pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas, el afiliado no hubiere pagado directamente al Fondo la parte de su cargo del valor de dichas prestaciones.⁵²

Igualmente, procederán los préstamos para financiar la parte no bonificada del valor de los medicamentos, que se prescriben con motivo de las prestaciones otorgadas en la Modalidad de Atención Institucional en forma hospitalizada, y de los medicamentos prótesis y órtesis que se prescriban dentro de la misma Modalidad de atención, en los consultorios de especialidades.

También procederá el otorgamiento de préstamos para el financiamiento de todo o una parte del co-pago de las prestaciones o grupo de prestaciones que gocen de garantía explícita dentro de los problemas de salud que se definan conforme a la ley 19.966.⁵³

Artículo 68.- El monto máximo que podrá otorgarse como préstamo será equivalente a la parte no bonificada de la prestación, de acuerdo a su valor arancelario.

51 Artículo sustituido como aparece en el texto por el Decreto Supremo N°21, de 1988, de Salud.

52 Inciso agregado por el Decreto Supremo N°896, de 2000, de Salud.

53 El inciso final del artículo 67, fue agregado por el Decreto Supremo N° 46, de 2006, de Salud.

A la misma norma se sujetarán los préstamos para atención en la Modalidad de Libre Elección, cualesquiera que hayan sido los valores diferenciados que se hayan establecido para las distintas prestaciones de acuerdo con los grupos de profesionales o de entidades inscritos en dicha Modalidad.

Artículo 69.- Para tener derecho a préstamos, los afiliados deberán cumplir con los siguientes requisitos:

a) contar con los documentos o instrumentos, determinados por resolución del Fondo conforme a lo establecido en el artículo 6° de este reglamento.⁵⁴

b) haber completado a lo menos seis meses de cotización para salud dentro de los últimos doce meses de afiliación previsional y estar al día en el pago de dicha cotización.

Se considerará estar al día al afiliado que acredite que se le ha retenido la última cotización exigible;

c) tratándose de los afiliados a que se refieren las letras b) y c) del artículo 4°, se requerirá un período de 12 meses de cotización ininterrumpida para salud y estar al día en el pago de la última cotización para salud exigible;

d) ⁵⁵ presentar dos codeudores solidarios, que calificará el Fondo, quienes deberán acreditar, a lo menos, su condición de trabajadores dependientes y un ingreso igual o superior al del afiliado, deudor principal.

54 El Decreto Supremo N° 49, de 2004, de Salud, sustituyó la letra a) por la que aparece en el texto. Decía la antigua letra: “a) contar con la Credencial de Salud a que se refiere el artículo 10;”.

55 El Decreto Supremo N° 46, de 2006, de Salud, sustituyó la letra d) del artículo 69, como aparece en el texto.

Esta letra d) ha sufrido diversas modificaciones a lo largo del tiempo: Decretos Supremos N°21, de 1988 y N°311, de 1989, ambos de Salud.

Originalmente, decía:

“d) presentar dos codeudores solidarios, que calificará el Fondo, y que acrediten, a lo menos, ser trabajadores dependientes y tener un ingreso mensual igual o superior al del afiliado deudor principal y contratar un seguro de desgravamen cuyo beneficiario único y directo sea el Fondo Nacional de Salud.

Con todo, y no obstante lo dispuesto en el párrafo precedente, en casos justificados el Fondo Nacional de Salud mediante resolución fundada podrá aceptar codeudores con ingreso inferior al del afiliado solicitante o el reemplazo de dicha garantía, o su sustitución parcial, por una garantía real que caucione suficientemente el crédito.

Los afiliados que estén en goce de pensión derivada de algún régimen legal de previsión no requerirán presentar codeudores solidarios bastándoles garantizar la deuda con un seguro de desgravamen cuyo beneficiario único y directo sea el Fondo Nacional de Salud. En defecto de este seguro, lo que calificará el Fondo por resolución fundada, podrá aceptarse con garantía real o personal que caucione suficientemente el crédito.”

Tratándose de afiliados⁵⁶ que estén en goce de pensión derivada de algún régimen legal de previsión, podrán presentar solamente un codeudor solidario.

Sin perjuicio de lo expuesto, en casos justificados, el Fondo podrá aceptar que uno o ambos codeudores solidarios tengan un ingreso inferior, hasta en un 25%, respecto del ingreso del afiliado, deudor principal.

El Fondo podrá otorgar préstamos, sin exigencia de codeudores solidarios, cuando estén destinados a financiar atenciones de urgencia o emergencias, referidas en el artículo 3º de este reglamento;

e) presentar una solicitud de préstamo en el formulario que para el efecto entregará el Fondo, el que contendrá las menciones que establezca esta entidad y que suscrito por el afiliado, codeudores solidarios y Fondo, constituirá el contrato de préstamo y de garantía correspondientes;

f) no estar en mora, tanto el afiliado como sus codeudores solidarios, en el pago de préstamos que se les hubieren otorgado con anterioridad; y

g) acompañar un Programa Médico elaborado por quien realizará la acción de salud, debidamente valorizado con el arancel según la Modalidad de Atención, o una Cuenta de Co-Pago AUGE Mensual. Lo anterior, conforme a lo dispuesto en el artículo 33º, letra c), en relación con el artículo 27º del decreto ley N° 2.763, de 1979⁵⁷, que faculta al Fondo Nacional de Salud para recaudar las contribuciones que los afiliados deben hacer para financiar el valor de las prestaciones y atenciones que ellos y los respectivos beneficiarios soliciten y reciban, en la modalidad de atención institucional.⁵⁸

56 El Decreto Supremo N° 125, de 2006, de Salud, reemplazó la expresión “trabajadores” por “afiliados”, como aparece en el texto.

57 La Contraloría General de la República, en alcance al DTO 46, Salud, publicado el 07.08.2006, aclaró esta modificación en el sentido que la referencia que se hace a “lo dispuesto en el artículo 33º, letra c), en relación con el artículo 27º del decreto ley N° 2.763, de 1979”, debe entenderse hecha a los artículos 55, letra c) y 50, respectivamente, del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2006, del Ministerio de Salud, por cuanto en el se contiene el vigente Texto Refundido del DL 2763 citado.

58 El Decreto Supremo N° 46, de 2006, de Salud, sustituyó la letra g) del artículo 69, como aparece en el texto. La antigua letra g) decía:
“g) acompañar un Programa Médico elaborado por quien realizará la acción de salud, debidamente valorizado de acuerdo con el arancel, por el Servicio de Salud tratándose de atención institucional o por el Fondo si se trata de atención por libre elección.”

h) acompañar, en el caso de las atenciones de emergencia o urgencia, la correspondiente certificación de su calidad de tales.⁵⁹

Artículo 70.- Aprobado el préstamo, el Fondo emitirá un Certificado de Préstamo que será entregado al afiliado solicitante.

Este Certificado de Préstamo servirá como documento de pago ante el Fondo y los Servicios de Salud, del valor de las prestaciones que se otorguen al afiliado, sean en la Modalidad de Libre Elección o de Atención Institucional.

Artículo 71.- El pago del préstamo se realizará por el afiliado al Fondo, en forma directa, si fuere independiente, imponente voluntario o se encontrare en goce de subsidio de cesantía, de incapacidad laboral o maternal, y a través del empleador o entidad previsional respectiva, en los demás casos y según corresponda, si fuere dependiente o pensionado.⁶⁰

Dicho pago se efectuará en cuotas iguales y sucesivas, en las que se incluirá el reajuste conforme al Índice de Precios al Consumidor, con vencimientos mensuales, cuyo monto no podrá exceder del 10% del ingreso certificado en la solicitud de préstamo presentada por el afiliado. Tratándose de las atenciones médicas de emergencia o urgencia a que se refiere el artículo 44 bis y la letra a) del artículo 47 de este decreto, dicho monto no podrá exceder del 5% del referido ingreso.⁶¹

Artículo 72.- El servicio de la deuda en el caso de los independientes, imponentes voluntarios o en goce de subsidio de cesantía, de incapacidad laboral o maternal, se iniciará no antes del mes subsiguiente a aquel en que se hubiere otorgado el préstamo y dentro de los 10 primeros días de dicho mes.⁶²

59 Letra agregada por el Decreto Supremo N°896, de 2000, de Salud.

60 Inciso reemplazado como aparece en el texto por el Decreto Supremo N°227, de 1986, de Salud.

61 Última frase agregada por el Decreto Supremo N°896, de 2000, de Salud.

62 Inciso sustituido como aparece en el texto por el Decreto Supremo N°227, de 1986, de Salud.

Para los efectos del pago a través del empleador o de la respectiva institución de previsión, el Fondo deberá notificarlos del otorgamiento del préstamo.

El empleador o la institución de previsión requerida iniciarán la retención de la cantidad que proceda de la remuneración o pensión correspondiente, al mes siguiente a aquel en que se notificó el otorgamiento del préstamo, debiendo ser enterada por ellos en el Fondo, dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a aquel en que se devengaron las remuneraciones o pensiones sujetas al descuento, en su caso, o al día hábil siguiente al último día de dicho plazo, si éste fuera sábado, domingo o festivo.

Artículo 73.- El servicio de todo nuevo préstamo se iniciará de inmediato, una vez cancelados los anteriores. En todo caso, cada préstamo estará afecto a la reajustabilidad que establece la ley N° 18.469⁶³, la que se aplicará en la forma que establezca el Fondo desde el mes de su otorgamiento.

Artículo 74.- En el caso que el deudor no haga uso del préstamo, deberá devolver el Certificado de Préstamo al Fondo, quien dejará sin efecto la obligación. Si la devolución se produjere una vez iniciado el servicio de la deuda, el Fondo notificará a quien estuviere efectuando las retenciones, si así procede, y devolverá al interesado lo que hubiera pagado, dentro del mes siguiente a aquel en que se haya dejado sin efecto la operación, sin reajustes ni intereses por el período que el dinero hubiere estado en el poder del Fondo.

En caso de uso parcial de un préstamo otorgado, el afiliado deberá presentar al Fondo copia del programa que lo originó y las órdenes de atención correspondientes a las prestaciones no otorgadas y por las cuales se haya obtenido el préstamo. El Fondo, contra la presentación de esta documentación, hará los abonos al préstamo en su parte correspondiente a las órdenes de atención devueltas, recalculando el período de servicio del mismo.

Artículo 75.- El empleador o entidad que no entere lo retenido por concepto de cuotas para el servicio de los préstamos en el plazo establecido en el artículo 72 deberá pagar, sobre su monto un reajuste igual a la variación diaria del Índice de Precios al Consumidor mensual del período comprendido entre el mes que antecede al mes en que debió efectuarse el pago y el mes anterior a aquel en que efectivamente se realice.

63 Referencia que debe entenderse hecha al Libro II, del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

Además, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 31 de la ley N° 18.469⁶⁴ y en el artículo 7° en relación con el artículo 22, ambos de la Ley N° 17.322, las cuotas impagas reajustadas devengarán un interés penal equivalente al máximo del interés que la ley permita estipular para operaciones reajustables, el que se calculará por numerales diarios desde la fecha en que debió efectuarse el pago y hasta que éste se realice.

Artículo 76.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo precedente, las entidades y personas jurídicas y naturales que incurran en el incumplimiento señalado en el artículo anterior, quedarán sujetas a las disposiciones de los artículos 2° al 12 y 14 y 18 de la ley N° 17.322 en lo que fuere pertinente.

Artículo 77.- Las liquidaciones de los créditos que practique el Director del Fondo, por sí o por delegados suyos, tendrán mérito ejecutivo y el procedimiento de cobro será el que se establece en los artículos 2° al 12 y 14 y 18 de la ley N° 17.322, en lo pertinente.

Artículo 78.- En caso de incumplimiento por parte del deudor que deba pagar en forma personal y directa el préstamo, se aplicará lo dispuesto en el artículo anterior, considerándose, por el simple retardo, que se ha hecho exigible la totalidad del préstamo y sus reajustes.

En estos casos, el Fondo podrá aplicar en la liquidación que se practique, un interés penal equivalente al máximo del interés que la ley permite estipular para obligaciones reajustables el que se calculará sobre el monto de lo adeudado debidamente reajustado. Este interés se calculará por numerales diarios a partir de la fecha en que debió efectuarse el pago de la cuota correspondiente.

Artículo 79.- El Fondo podrá, a su solo arbitrio, ejecutar al deudor principal, cualquiera de los deudores solidarios o a todos en conjunto.

Artículo 80.- Este reglamento comenzará a regir el 1° de enero de 1986.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 1°.- El Carné de Medicina Curativa a que se refiere el artículo 15 del decreto supremo N° 987 de 1968, del Ministerio de Salud, mantendrá su vigencia durante un año contado desde la fecha de expiración que conste en el mismo documento, siempre que ella no exceda el 31 de diciembre de 1986, y en caso contrario esta última.

⁶⁴ Actual artículo 162, del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

Dicho carné permitirá al afiliado adquirir las órdenes de atención a que se refiere el artículo 53 de este reglamento para solicitar prestaciones a través de la Modalidad de Libre Elección.

Asimismo este documento le permitirá acceder a las prestaciones médicas que se otorguen por la Modalidad de Atención Institucional, siempre que se acompañe el carné de identidad del afiliado, su última liquidación de remuneraciones o pensión y la libreta de familia o certificado de reconocimiento de cargas familiares, en el evento que la atención se requiera para los beneficiarios que dependen de él.

Artículo 2°.- Los afiliados a que se refieren las leyes N°s 10.383, 10.662 y 15.565 podrán acceder a las prestaciones médicas del régimen en la Modalidad de Atención Institucional, hasta el 31 de diciembre de 1986, exhibiendo la libreta de imposiciones al día en el caso de los trabajadores activos o la última liquidación de pensión en el caso de los pasivos, acompañando su carné de identidad. En el caso que las prestaciones se requieran para los beneficiarios que de él dependen, deberá exhibirse el carné de identidad del beneficiario mayor de 18 años y de los menores de esa edad que lo tengan o en su defecto el del afiliado y la libreta de familia o certificado de reconocimiento de cargas familiares.

Para la obtención de órdenes de atención en el caso que estos mismos afiliados opten por la Modalidad de Libre Elección en el período indicado en el inciso anterior, les serán aplicables los mismos requisitos y condiciones previstas en el decreto supremo N° 260 de 1979, del Ministerio de Salud.

Artículo 3°.- Los afiliados a que se refiere el artículo 6° transitorio del decreto ley N° 2763 de 1979 que requieran prestaciones médicas en el régimen por la Modalidad de Atención Institucional hasta el 31 de diciembre de 1986, deberán acreditar su calidad de tales mediante la certificación de la Oficina, de Personal que corresponda.

Si dichos afiliados optaren por la Modalidad de Libre Elección se identificarán, en el período señalado en el inciso precedente, en la forma que indica el decreto supremo N° 260 de 1979, del Ministerio de Salud.

Artículo 4°.- Durante los tres primeros años de vigencia de la ley N° 18.469, las credenciales a que se refiere el artículo 10° de este reglamento, deberán contener además una mención a los porcentajes de contribución que corresponde pagar al afiliado y sus beneficiarios, en el período a que se refiere el artículo 3° transitorio de dicha ley.

Artículo 5°.- Los convenios para el otorgamiento y venta de órdenes de atención existentes entre el Fondo Nacional de Salud e Instituciones públicas o privadas, empleadores y departamentos u oficinas de bienestar, para la ejecución de la ley N° 16.781, se aplicarán, dentro del período de su vigencia, a las órdenes de atención emitidas en conformidad al régimen de salud de la ley N° 18.469, salvo que las instituciones, empleadores, departamentos u oficinas antes indicadas no accedieren a ello, comunicándolo por escrito al Fondo dentro del plazo de 60 días contados desde la vigencia de este reglamento.

Artículo 6°.- Los profesionales e instituciones con inscripción o convenios vigentes del Sistema de Libre Elección de la ley N° 16.781, al 31 de diciembre de 1985, que decidan otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección de este Régimen, podrán dentro del término de 1 año a contar de la fecha de vigencia de este Reglamento, materializar su inscripción en la forma que establece el artículo 46 o bien mediante la sola indicación expresada por escrito del grupo al que optan, efectuada al momento del cobro ante el Fondo de la primera prestación otorgada en los términos de la Modalidad.

Artículo 7°.- Los trabajadores que al 1° de enero de 1986 se encuentren acogidos a reposo preventivo de acuerdo a la ley N° 6.174, continuarán gozando de dicho reposo y de los demás beneficios anexos a él, de acuerdo a la normativa complementaria de la citada ley, hasta la recuperación de la afección a su declaración de irrecuperabilidad.

Anótese, tómese razón, publíquese e insértese en la Recopilación Oficial de Reglamentos de la Contraloría General de la República.- AUGUSTO PINOCHET UGARTE, General de Ejército, Presidente de la República.- Dr. Winston Chinchón Bunting, Ministro de Salud.

Lo que transcribo a Ud., para su conocimiento.- Saluda a Ud.- Dr. Augusto Schuster Cortés, Subsecretario de Salud.