



GOBIERNO DE CHILE
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

CIRCULAR IF N° 4

SANTIAGO, 06 MAY 2005

“IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE TRAMITACIÓN DE RECLAMOS ANTE EL FONDO NACIONAL DE SALUD E INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL”

Conforme lo dispuesto en el inciso primero del artículo 18 de la Ley Orgánica de la Superintendencia de Salud, contenido en la Ley N°19.937, los afiliados y beneficiarios de las Leyes N° 18.469 y N° 18.933, sólo podrán deducir reclamos administrativos ante la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud en contra del Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, una vez que dichos reclamos hayan sido conocidos y resueltos por la entidad reclamada. En el evento que la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud reciba un reclamo sin que se haya dado cumplimiento a lo señalado precedentemente, ésta procederá a enviarlo a quien corresponda.

Por su parte, el inciso segundo de la citada disposición establece que: “La Superintendencia fijará, a través de normas de general aplicación, el procedimiento que se seguirá en los casos señalados en el inciso anterior”.

Atendido lo expuesto, esta Superintendencia ha considerado procedente dictar las siguientes instrucciones generales, que tienen por objeto facilitar el ejercicio de las antedichas atribuciones por la vía de uniformar la tramitación de los reclamos administrativos que presenten los usuarios, el contenido de las respuestas que se emitan por las entidades reclamadas, las exigencias sobre la documentación que los fundamente y los plazos de tramitación.

1. ASPECTOS GENERALES

1.1 Definiciones

Para los efectos de la presente Circular, se entenderá por:

Reclamo: Toda presentación formal a raíz de un conflicto particular suscitado entre el Fondo Nacional de Salud o una Institución de Salud Previsional, por una parte, y uno o más cotizantes, beneficiarios, ex cotizantes o ex beneficiarios, por la otra, dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

Reclamante: El afiliado, beneficiario, ex-afiliado o ex-beneficiario de la Ley N°18.933 o de la Ley N° 18.469, que presenta un reclamo, ya sea personalmente o debidamente representado por un tercero.

Entidad reclamada o entidad: Isapre y Fonasa.

1.2 Obligaciones de la Entidad Reclamada

La entidad reclamada recibirá, registrará, en su caso, formará el expediente respectivo y dará respuesta a los reclamos que se les presenten o que esta Superintendencia le derive, de conformidad con las instrucciones y los plazos que se contienen en la presente Circular.

Los reclamos referidos a rechazos o modificaciones de licencias médicas, falta de pago o pago insuficiente del subsidio por incapacidad laboral serán derivados por la entidad reclamada al organismo competente para pronunciarse de estos reclamos, a más tardar el día hábil subsiguiente a su recepción, informando lo obrado al reclamante.

2. REQUISITOS

2.1 De la recepción

La entidad reclamada deberá recibir formalmente todos los reclamos que se le presenten directamente o que le fueren derivados por la Superintendencia u otro Organismo Público con el cual esta última haya celebrado un convenio para tales efectos.

Los reclamos podrán ser presentados en cualquiera de las oficinas, agencias, o sucursales de la entidad reclamada en que se atiende público, dentro del horario habitual de atención. También podrá enviarse el reclamo por correo, fax, medios electrónicos u otros que la entidad reclamada habilite para estos efectos.

Para formalizar la recepción del reclamo, la entidad reclamada deberá adoptar algún mecanismo tendiente a que el reclamante cuente con una constancia de la interposición del mismo.

Las entidades reclamadas deberán mantener permanentemente informados a sus usuarios, a través del aviso a que se refiere el punto 3 de la presente Circular, respecto de las modalidades de interposición de reclamos y de los medios habilitados para dichos efectos, tales como números especiales de teléfono, fax y/o direcciones de correo electrónico.

Los reclamos que sean presentados directamente ante esta Superintendencia serán remitidos a la entidad reclamada que corresponda, debiendo enviarse al reclamante una comunicación que dé cuenta de dicha circunstancia. A éstos reclamos les será aplicable, en su totalidad, el procedimiento instruido a través de la presente circular.

2.2 Del registro

Tanto las Isapres como el Fondo Nacional de Salud deberán implementar un Registro de Reclamos único, donde inscribirán en forma correlativa todos los reclamos que reciban, directamente o por derivación. Dicho registro, al que se deberá poder acceder por el nombre o R.U.T. del reclamante, deberá estar actualizado y a disposición de esta Superintendencia para su consulta en la oficina de la entidad reclamada. En el caso del Fondo Nacional de Salud se entenderá por "oficina", la Dirección Regional correspondiente.

El Registro deberá contar con los antecedentes que se señalan a continuación, en el orden que se indica:

- 1.- Individualización del reclamante (cotizante, beneficiario o mandatario, en el caso que aquéllos concurren representados), con su nombre y R.U.T. domicilio y teléfono.
- 2.- Fecha de recepción del reclamo, especificando si fue derivado por la Superintendencia.
- 3.- Materia del reclamo, de conformidad con la clasificación contenida en el Anexo N°2 de esta Circular. Cada reclamo deberá ser clasificado en una sola materia; si en la presentación se incluyeran asuntos relativos a más de una cuestión reclamada, la entidad la clasificará sobre la base de la materia principal que esté siendo reclamada.
- 4.- Fecha de despacho de la respuesta del reclamo o de la celebración del acuerdo a que se refiere el último párrafo del punto siguiente.

2.3 Del expediente

La entidad reclamada deberá abrir un expediente, con la identificación del reclamante, el que deberá contener los antecedentes y documentos que se acumulen durante el proceso de reclamación.

En el expediente deberá contener, en la medida que en cada caso proceda:

- a) La presentación del reclamante y todos los documentos que se acompañen a ésta.
- b) El Oficio de la Superintendencia que haya derivado a la entidad reclamada los antecedentes señalados en la letra a), cuando corresponda.

- c) Los requerimientos de antecedentes que se hubieren formulado a terceros (empleadores, prestadores de atención de salud, entidades previsionales, etc.).
- d) Los antecedentes recopilados internamente y recibidos de terceros que sirvan de fundamento a la resolución del caso.
- e) Las comunicaciones efectuadas al reclamante.
- f) La copia de la respuesta definitiva y del documento que de cuenta de la fecha de su envío.

No se dará formación al expediente en caso de que las partes logren un acuerdo que ponga fin al reclamo, dentro de un plazo de 15 días hábiles contado desde la recepción de éste. Este plazo podrá prorrogarse por el mismo término y por una sola vez, en virtud de negociaciones que se encuentren pendientes entre las partes, lo que deberá constar por escrito. Logrado el acuerdo que ponga fin al reclamo, la entidad reclamada sólo deberá guardar una copia del documento a través del cual se acredite la solución del problema planteado.

2.4 De la respuesta

La entidad reclamada estará obligada a responder por escrito el reclamo presentado abarcando todas las cuestiones planteadas en él, que sean de su competencia.

La respuesta deberá contener, a lo menos:

- a) La individualización precisa del reclamante, su número de R.U.T. y domicilio.
- b) La enunciación breve de la materia reclamada y de las peticiones concretas formuladas por el reclamante.
- c) Los fundamentos de su resolución. En caso de ser desfavorable a las pretensiones del reclamante, deberá explicar, citar y/o adjuntar los antecedentes que respalden dicha respuesta, teniendo en consideración la materia reclamada.
- d) Cuando sea procedente (respuesta total o parcialmente favorable), el plazo y la forma en que se dará cumplimiento a lo solicitado.
- e) Firma del habilitado de la entidad reclamada.
- f) La siguiente frase: "En caso de disconformidad con el contenido de esta respuesta, Ud. podrá solicitar a la Superintendencia de Salud su revisión, debiendo acompañar copia de esta carta y de los antecedentes remitidos por esta Institución".

2.5 Plazo de respuesta

Por regla general el plazo para emitir la respuesta a los reclamos será de 15 días hábiles, contado desde el día hábil siguiente a su recepción. Excepcionalmente, en el evento que deban requerirse antecedentes a terceros –ajenos a la entidad reclamada y con los cuales no tenga convenios vigentes- y que se estimen determinantes para responder el reclamo, el mencionado plazo será de 30 días hábiles, transcurrido el cual, la entidad deberá responder con los antecedentes de que disponga.

La entidad reclamada deberá estar siempre en condiciones de acreditar dichas circunstancias, esto es, que los antecedentes requeridos no estaban en su poder y que resultaban indispensables para responder adecuadamente el reclamo.

Con todo, los reclamos presentados en las oficinas de la entidad reclamada ubicadas en una región y que deban ser resueltos en las oficinas ubicadas en otra distinta, podrán añadir al plazo antes mencionado, los días suplementarios hábiles que se señalan a continuación.

I

3 II

3 3 III

3 3 3 IV

4 4 3 3 V

5 5 4 3 3 RM

5 5 4 3 3 3 VI

6 5 4 4 3 3 3 VII

7 6 5 4 3 3 3 3 VIII

8 7 6 5 5 4 4 3 3 IX

9 8 7 6 5 4 4 3 3 3 X

10 10 9 8 7 5 5 4 4 3 3 XI

10 10 9 8 7 5 5 4 4 3 3 3 XII

Se entenderá como fecha de emisión del pronunciamiento aquélla en que la entidad reclamada envíe su respuesta al reclamante, esto es, despache el fax o correo

electrónico o entregue la carta respuesta a la empresa de correos, debiendo estar siempre en condiciones de acreditar este hecho.

2.6 De la notificación y plazos

La respuesta del reclamo podrá notificarse por cualquier medio que disponga la entidad reclamada, en la medida que esté en condiciones de acreditar ante esta Superintendencia y terceros interesados, la fecha de remisión o entrega de la comunicación respectiva y su contenido.

Las notificaciones por correo se efectuarán al domicilio registrado por el cotizante ante la entidad reclamada, a menos que para efectos de la tramitación del reclamo se haya señalado una dirección distinta.

En el caso que la notificación se efectúe por fax o correo electrónico, se considerará practicada el día en que éste haya sido despachado. Tratándose de una notificación efectuada por correo certificado, ésta se entenderá practicada al tercer día de recibida por la empresa de correos respectiva.

Los plazos establecidos en la presente Circular son de días hábiles, entendiéndose que son inhábiles los sábados, domingos y festivos. Los plazos serán de días completos, por lo que se computarán desde el día siguiente a aquél en que se practique una notificación o se realice una gestión a contar de la cual se deba computar el término respectivo.

2.7 De la revisión

El reclamante siempre podrá requerir de esta Superintendencia, la revisión de lo resuelto por la entidad reclamada.

La Superintendencia resolverá de conformidad al mérito de los antecedentes que obren en el expediente respectivo, el que deberá ser remitido a este Organismo en el plazo de 5 días hábiles, y notificará su pronunciamiento a las partes, otorgando, de ser procedente, un plazo para que ésta sea cumplida.

2.8 Del archivo

El expediente deberá mantenerse en archivo en la entidad que resuelve el reclamo, a lo menos, 12 meses contados desde el primer día del mes siguiente a aquél en que la citada entidad emita su pronunciamiento, salvo autorización expresa otorgada por esta Superintendencia, en virtud de lo establecido en el penúltimo inciso del artículo 3 de la Ley N°18.933.

3. INFORMACIÓN AL USUARIO

Con el propósito de informar adecuadamente a los reclamantes sobre la presentación de sus reclamos ante las Isapres y el Fonasa, estas entidades deberán mantener en un lugar visible de todas sus agencias, oficinas o sucursales de atención de público, un aviso con la información que se indica en el Anexo N°1 de la presente Circular.

4. INFORMACIÓN A LA SUPERINTENDENCIA

Las Isapres y el FONASA deberán remitir mensualmente a la Superintendencia la información estadística de los reclamos que tramiten, de acuerdo a la clasificación de materias y estructura computacional del registro, que se especifican en el Anexo N°2 de la presente Circular, a más tardar el día 10 del mes siguiente a aquél que se informa.

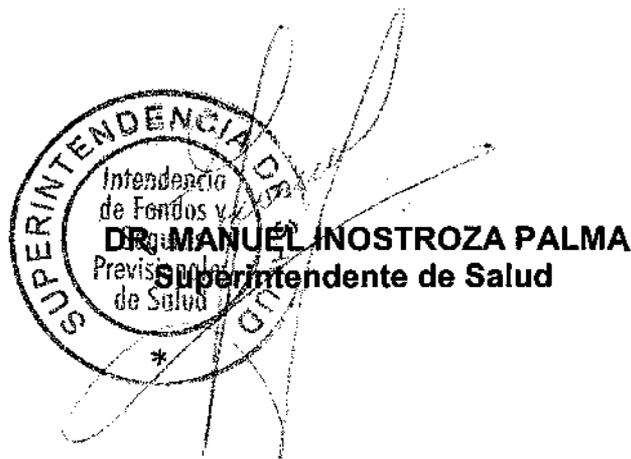
5. DEROGA LAS CIRCULARES N°54, DE FECHA 30 DE JULIO DE 1999 Y N°67, DE FECHA 7 DE JUNIO DE 2002

A contar de la entrada en vigencia de la presente Circular, se deroga la Circular N°54, de fecha 30.07.99, y la Circular N°67, de fecha 7.06.02, ambas de la Superintendencia de Isapres.

6. VIGENCIA

La presente Circular entrará en vigencia el día 1 de julio de 2005. La primera información estadística que deberá remitirse corresponderá a la del mes de julio de 2005, cuya fecha de recepción, en ésta Superintendencia, será el 10 de agosto del presente año, a más tardar.

Saluda atentamente a ustedes,



[Handwritten signature]
UNA/RFC/AMAW

Distribución:

- Gerentes Generales Isapres
- Director Fondo Nacional de Salud
- Superintendente
- Intendentes
- Jefes Departamentos Sis
- Jefes Subdepartamentos Sis
- Agencias Regionales
- Oficina de Partes

Anexo N° 1

El aviso mencionado en el punto 3 de esta Circular y que deberá mantenerse en un lugar visible en todas las agencias, oficinas o sucursales de atención de público, tendrá las siguientes características:

- **Tamaño: ½ Mercurio (77 cm. x 55 cm.)**
- **Utilizar tipos de letras claras y nítidas, que permitan su lectura a cierta distancia.**
- **Del Contenido:**
 1. Como título:
“INSTRUCCIONES DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD”
 2. Como subtítulo y con letras destacadas:
La Institución (**Fonasa o Nombre de Isapre, según corresponda**) resolverá todos sus reclamos en un plazo de 15 días hábiles.
 3. Luego, redactar en forma clara y precisa:
 - a) la forma y medios de presentación del reclamo (cómo, dónde)
 - b) el medio de respuesta (de la institución)
 - c) el plazo de respuesta
 4. Destacar que **sólo en 2° instancia** el beneficiario podrá recurrir a la Superintendencia de Salud, esto es, en caso de disconformidad con el contenido de la respuesta o por incumplimiento en el plazo.
 5. Por último, deberán señalarse las **direcciones de la Superintendencia de Salud:**

I REGIÓN: Serrano 145, of. 202, Iquique / **II REGIÓN:** Coquimbo 888, of. 402, Antofagasta / **V REGIÓN:** Uno Norte 525, of. 402, Viña del Mar / **VII REGIÓN:** 1 Norte 963, of. 201, Talca / **VIII REGIÓN:** Caupolicán 567, of. 505, Concepción / **IX REGIÓN:** Antonio Varas 979, of. 403, Temuco / **X REGIÓN:** Concepción 120, of. 705, Puerto Montt / **REGIÓN METROPOLITANA:** Mac Iver 225, Santiago.

ANEXO N° 2

CLASIFICACIÓN Y ESTADÍSTICAS DE RECLAMOS EN ISAPRES

Según la definición contenida en el número 1.1 de la presente Circular, los archivos computacionales que contengan estadísticas de reclamos, deberán considerar las características que se indican.

1. Definiciones del Archivo Computacional

La información de Estadísticas de Reclamos, debe ser enviada de acuerdo a la estructura fija que se acompaña en el punto 4 de este anexo, y según las especificaciones para la generación y envío de archivo indicadas en el presente documento.

Los datos del mes deben estar contenidos en la estructura, la cual no debe ser modificada por agregación o eliminación de ítems, correspondiendo a esta Superintendencia la facultad de generar y solicitar una nueva estructura de acuerdo a las necesidades de información.

En los archivos con formato plano, los datos se deben presentar en el orden y contenido de acuerdo a la estructura ya señalada.

2. Reprocesos

En el evento de no ser posible acceder a la información o ésta presente errores o inconsistencias, la Institución dispondrá de dos (2) días hábiles para sustituirla, contados a partir de la fecha en que esta Superintendencia notifique la irregularidad.

3. Respaldo de la información

La Institución deberá mantener a disposición de esta Superintendencia, una copia de los dispositivos que contengan la información de los Archivos de Estadísticas de Reclamos que correspondan a los últimos tres meses remitidos.

4. Estructura de Estadísticas de Reclamos en Isapres

Institución

Mes y Año de los datos

Código	Estadística Resumen de Reclamos Mensuales	Reclamos
0001	Núm. de reclamos recibidos	
0002	Núm. reclamos registrados e ingresados a trámite	
0003	Núm. reclamos remitidos a la COMPIN	
0004	Núm. reclamos resueltos en el mes	
0005	Núm. reclamos pendientes en el mes	

0100	Cobertura y Bonificaciones	Reclamos
0101	Negativa de cobertura por preexistencia	
0102	Negativa de cobertura cirugía plástica	
0103	Negativa de cobertura por preexistencia omisión AG. Ventas	
0104	Negativa de cobertura prestación no arancelada	
0105	Negativa de cobertura prestación no justificada	
0106	Negativa de cobertura prestaciones de enfermería	
0107	Negativa de Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas atención fuera de la red	
0108	Negativa de Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas enfermedad preexistente	
0109	Negativa de Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas prestación no arancelada	
0110	Negativa de Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas solicitud fuera de plazo	
0111	Negativa cobertura preferente	
0112	Negativa crédito atención de urgencia	
0113	Cobertura ambulatoria prestación hospitalaria	
0114	Bonificación inferior a la correspondiente al plan de salud	
0115	Disconformidad con bonificación otorgada	
0116	Cálculo deducible Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas	
0117	Cobertura Isapre V/S otros seguros	
0118	Cobertura planes cerrados	
0119	Cobertura restringida de parto	
0120	Cobertura restringida de preexistencia no declarada	
0121	Cobertura restringida por tope de prestación	
0122	Suspensión de beneficios	
0123	Beneficios adicionales	
0124	Beneficios mínimos artículo 35° Ley N° 18.933	
0125	Exigencia cheque en garantía	
0126	Requisitos y procedimientos otorgamiento beneficios pactados	
0128	Negativa de cobertura por presentación de documentos fuera de plazo	
0130	Negativa Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas beneficio no incorporado al contrato	
0131	Negativa Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas otras causales	
0133	Negativa de CAEC medicamentos ambulatorios	
0134	Negativa Isapre a modificar prestador CAEC	
0135	Negativa de cobertura medicamentos ambulatorios	
0136	Negativa de cobertura hospitalización domiciliaria	
0137	Negativa cobertura colizante sin vigencia	
0138	Negativa cobertura prestaciones cubiertas por otras leyes	
0139	Negativa cobertura prestación dental	
0140	Exclusión cobertura preexistencia no declarada	
0141	Cobertura siquiátrica a prestación hospitalaria	
0142	Cobertura proporcional de parto	
0143	Disconformidad con bonificación plan con cobertura restringida de parto o sin cobertura	
0144	Modificación código prestación	
0145	Emisión de presupuestos	
0146	Cobertura internacional	
0147	Bonificación parcial hospitalización no justificada	
0148	Atención de urgencia	
0149	Problemas crédito atención de urgencia	
0150	Irregularidades otorgamiento beneficios	

0151	Extravío documentación original	
0152	Negativa Isapre a modificar prestador preferente	
0199	Otras	

0200	Suscripción y Modificación de Contratos	Reclamos
0201	Suscripción de contrato	
0202	Modificación de contrato	
0203	Incorporación o eliminación de beneficiarios	
0204	Modificación tipo beneficiarios	
0205	Adulteración - Falsificación documentos	
0206	Doble afiliación	
0207	Plan con cobertura restringida de parto o sin cobertura	
0208	Entrega documentos contractuales - Credencial de salud	
0209	Suscripción o modificación contrato no cursado	
0210	Selección prestaciones valorizadas	
0211	Renuncia al desahucio	
0212	Cambio de tramo de edad	
0213	Incorporación eliminación o sustitución entidad encargada pago cotización	
0214	Incorporación Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas	
0215	Irregularidades suscripción de contrato	
0216	Irregularidades renuncia al desahucio	
0217	Irregularidades precio de plan de salud	
0218	Negativa Isapre suscripción de contrato	
0219	Modificación calidad de cotizante	
0220	Modificación calidad de beneficiario a titular	
0221	Aplicación seguro de cesantía - Renuncia a excedentes	
0222	Negativa reincorporación Isapre	
0223	Retiro irregular carga legal	
0224	Negativa de cotizante a incorporar carga	
0225	Eliminación gradual 2%	
0299	Otras	

0300	Terminación de Contrato	Reclamos
0301	Negativa Isapre a otorgar desafiliación por mutuo acuerdo	
0302	Negativa Isapre a otorgar desafiliación anticipada cesantía	
0303	Terminación por fallecimiento cotizante	
0304	Término de contrato por preexistencia	
0305	Término de contrato por preexistencia omisión AG. Ventas	
0306	Término de contrato y rechazo de bonificación por preexistencia	
0307	Término de contrato y rechazo de bonificación por preexistencia omisión AG. Ventas	
0308	Término de contrato por no pago de cotizaciones	
0309	Término de contrato por incumplimiento contractual	
0310	Solicitud de término de contrato por incumplimiento contractual Isapre	
0311	Término de contrato no pago de cotizaciones trabajador dependiente	
0312	Negativa de Isapre a aceptar desistimiento de desafiliación	
0313	Desafiliación no cursada	
0399	Otras	

0400	Licencia Médica - Subsidios por Incapacidad Laboral	Reclamos
0403	Incumplimiento dictamen de la Compín	
0405	Requisitos para pago de subsidio por incapacidad laboral	
0408	Notificación resoluciones	
0409	Plazo para emitir pronunciamiento	
0410	Finiquito laboral	
0411	Extensión del contrato de salud	
0412	Cotizaciones previsionales durante incapacidad laboral	
0413	Reintegro corporaciones o empleadores sector público	
0414	Plazo prescripción subsidios	
0415	Convenio pago de subsidios	
0416	Tramitación de licencias médicas	
0417	Plazo para pago de subsidio por incapacidad laboral	
0419	Citación a peritaje	
0420	Procedimiento visita domiciliaria	
0499	Otras	

0500	Plan Grupal	Reclamos
0501	Modificación de plan grupal	
0502	Término de plan grupal	
0503	Cobertura plan grupal	
0504	Retiro de plan grupal	
0505	Incorporación a plan grupal	
0599	Otras	

0600	Cotizaciones de Salud	Reclamos
0601	Cobranza por deuda de cotizaciones	
0602	Cotizaciones mal enteradas	
0603	Deuda de cotizaciones	
0604	Excedentes de cotización	
0605	Exceso de cotización	
0606	Reajuste precio cláusula contractual	
0607	Reajustes e intereses penales	
0608	Tope impondibilidad según calidad laboral y régimen previsional	
0609	Valor UF para pago de cotizaciones	
0699	Otras	

0800	Adecuación de Contratos	Reclamos
0801	Modificación de precio y beneficios	
0802	Modificación de beneficios	
0803	Modificación de precio	
0804	Remisión carta de adecuación	
0805	Planes alternativos	
0806	Generación excedentes sobre el 10% de cotización	
0899	Otras	

1300	Plan Auge (GES)	Reclamos
1301	Garantía de acceso de atención	
1302	Garantía de oportunidad de atención	
1303	Garantía de protección financiera (bonificación y copagos)	
1304	Garantía de calidad	
1399	Otras	

1400	Examen de Medicina Preventivo	Reclamos
1401	Garantía de acceso de atención	
1402	Garantía de protección financiera	
1499	Otras	

9900	Otras Materias	Reclamos
9901	Otras	

Definiciones de la Estadística Resumen de Solicitudes Mensuales

- a) **Número de reclamos recibidos (cod. 0001) :**
Se deberá informar el total de reclamos recibidos en el mes, que será la sumatoria de los códigos 0002, 0003 y 0004.
- b) **Núm. de reclamos registrados e ingresados a trámite (cod. 0002) :**
Se considerará sólo el total de solicitudes que sean tramitadas por la Institución, excluyendo los códigos 0003 y 0004.
- c) **Número de reclamos remitidos a la COMPIN (cod. 0003)**
Se deberá informar el total de reclamos enviados a ese Organismo.
- d) **Número de reclamos resueltos en el mes (cod. 0004) :**
Se deberá consignar el total de reclamos en que la Institución haya emitido su pronunciamiento en el mes que se informa.
- e) **Número de reclamos pendientes en el mes (cod. 0005) :**
Corresponderá indicar el total de reclamos que se encuentren en proceso de tramitación al último día del mes que se informa.

Si en un período (mes) no existen reclamos que informar, al menos se deberá enviar un archivo con el grupo **Estadística Resumen de Solicitudes de Reclamo Mensuales** con ceros (0) en sus campos de cantidad.

ANEXO N° 2

CLASIFICACIÓN Y ESTADÍSTICAS DE RECLAMOS EN FONASA

Según la definición contenida en el número 1.1 de la presente Circular , los archivos computacionales que contengan estadísticas de reclamos, deberán considerar las características que se indican.

1. Definiciones del Archivo Computacional

La información de Estadísticas de Reclamos, debe ser enviada de acuerdo a la estructura fija que se acompaña en el punto 4 de este anexo, y según las especificaciones para la generación y envío de archivo indicadas en el presente documento.

Los datos del mes deben estar contenidos en la estructura, la cual no debe ser modificada por agregación o eliminación de ítems, correspondiendo a esta Superintendencia la facultad de generar y solicitar una nueva estructura de acuerdo a las necesidades de información.

En los archivos con formato plano, los datos se deben presentar en el orden y contenido de acuerdo a la estructura ya señalada.

2. Reprocesos

En el evento de no ser posible acceder a la información o ésta presente errores o inconsistencias, la Institución dispondrá de dos (2) días hábiles para sustituirla, contados a partir de la fecha en que esta Superintendencia notifique la irregularidad.

3. Respaldo de la información

La Institución deberá mantener a disposición de esta Superintendencia, una copia de los dispositivos que contengan la información de los Archivos de Estadísticas de Reclamos que correspondan a los últimos tres meses remitidos.

4. Estructura de Estadísticas de Reclamos en FONASA

Institución

Mes y Año de los datos

Código	Estadística Resumen de Reclamos Mensuales	Reclamos
0001	Núm. de reclamos recibidos	
0002	Núm. reclamos registrados e ingresados a trámite	
0003	Núm. reclamos remitidos a la Superintendencia de Seguridad Social	
0004	Núm. reclamos resueltos en el mes	
0005	Núm. reclamos pendientes en el mes	

0200	02 Acceso a Beneficios Fonasa	Reclamos
0201	Incorporación al régimen	
0203	Incorporación o eliminación de beneficiarios	
0204	Modificación tipo beneficiarios	
0206	Doble afiliación	
0299	Otras	

0400	04 Licencia Médica - Subsidios x Incap. Laboral	Reclamos
0405	Requisitos para pago de subsidio por incapacidad laboral	
0408	Notificación resoluciones	
0409	Plazo para emitir pronunciamiento	
0410	Finiquito laboral	
0412	Cotizaciones previsionales durante incapacidad laboral	
0413	Reintegro corporaciones o empleadores sector público	
0414	Plazo prescripción subsidios	
0417	Plazo para pago de subsidio por incapacidad laboral	
0419	Citación a peritaje	
0420	Procedimiento visita domiciliaria	
0499	Otras	

0600	Cotizaciones de Salud	Reclamos
0601	Cobranza por deuda de cotizaciones	
0602	Cotizaciones mal enteradas	
0603	Deuda de cotizaciones	
0607	Reajustes e intereses penales	
0608	Tope imposibilidad según calidad laboral y régimen previsional	
0699	Otras	

1200	Modalidad Atención Institucional y Libre Elección	Reclamos
1201	Cobertura financiera (copagos)	
1202	Clasificación grupos de salud	
1203	Otorgamiento préstamos médicos	
1204	Pago asociado a diagnóstico	
1205	Acceso a atenciones de salud	
1206	Calidad de atención	
0148	Atención de urgencia	
0149	Problemas crédito atención de urgencia	
1299	Otras	

1300	Plan Auge (GES)	Reclamos
1301	Garantía de acceso de atención	
1302	Garantía de oportunidad de atención	
1303	Garantía de protección financiera (bonificación y copagos)	
1304	Garantía de calidad	
1399	Otras	

1400	Examen de Medicina Preventivo	Reclamos
1401	Garantía de acceso de atención	
1402	Garantía de protección financiera	
1499	Otras	

9900	Otras Materias	Reclamos
9901	Otras	

Definiciones de la Estadística Resumen de Solicitudes Mensuales

- a) **Número de reclamos recibidos (cod. 0001) :**
Se deberá informar el total de reclamos recibidos en el mes, que será la sumatoria de los códigos 0002, 0003 y 0004.
- b) **Núm. de reclamos registrados e ingresados a trámite (cod. 0002) :**
Se considerará sólo el total de solicitudes que sean tramitadas por la Institución, excluyendo los códigos 0003 y 0004.
- c) **Número de reclamos remitidos a la Superintendencia de Seguridad Social (cod. 0003)**
Se deberá informar el total de reclamos enviados a ese Organismo.
- d) **Número de reclamos resueltos en el mes (cod. 0004) :**
Se deberá consignar el total de reclamos en que la Institución haya emitido su pronunciamiento en el mes que se informa.
- e) **Número de reclamos pendientes en el mes (cod. 0005) :**
Corresponderá indicar el total de reclamos que se encuentren en proceso de tramitación al último día del mes que se informa.

Si en un período (mes) no existen reclamos que informar, al menos se deberá enviar un archivo con el grupo **Estadística Resumen de Solicitudes de Reclamo Mensuales** con ceros (0) en sus campos de cantidad.

A.- Estructura Computacional del Registro de Estadísticas de Reclamos

Campo	Descriptor	Tipo	Largo
1	Código de la Institución	Numérico	3
2	Fecha de los datos	Numérico	6
3	Código de referencia estadística	Numérico	4
4	<i>Cantidad de casos</i>	<i>Numérico</i>	<i>8</i>

B.- Definiciones del Archivo Computacional

(1) Código de la Institución	<p>Corresponde al número de identificación asignado por esta Superintendencia, a la institución que envía la información</p> <p>Campo Numérico de largo 3, distinto de cero (0), sin coma ni punto decimal</p> <p>Isapres : Código asignado</p> <p>Fonasa : Código "200"</p>
(2) Fecha de los datos	<p>Corresponde al mes y año a que se refiere la información que se envía</p> <p>Campo Numérico de largo 6, distinto de cero (0), sin coma ni punto decimal</p> <p>Formato mmAAAA</p>
(3) Código de referencia estadística.	<p>Corresponde al código del ítem estadístico según la estructura correspondiente a la institución, formalizada en el anexo N° 2 para las isapres y Fonasa.</p> <p>Campo numérico de largo 4, distinto de cero (0), sin coma ni punto decimal</p>
(4) Cantidad de casos	<p>Es la cantidad de reclamos por código de referencia estadística indicada según (3)</p> <p>Campo numérico de largo 4, sin coma ni punto decimal. Se validará que el contenido sea igual o mayor que cero(0)</p>

C.- Modalidad de Almacenamiento

- Archivo plano
- Código ASCII
- Un registro por línea
- Largo de registro variable, de acuerdo a la definición en la estructura
- Separador de campos "pipe" (|)

D.- Nombre de los archivos

Se debe utilizar el formato **ICCCAAAA . PPT** en donde:

I	Carácter "I" siempre obligatorio
CCC	Código de la institución (Isapres o FONASA)
AAAA	Año que se informa
PP	Período (mes) que se informa, en este caso ... 01 a 12
T	Tipo de archivo (Carácter "T" siempre obligatorio)

E.- Modalidad de envío

El envío de la información se debe hacer mediante el uso de la Extranet ubicada en nuestro Portal Web (www.superintendenciadesalud.cl), en un ambiente estructurado que permite la transferencia segura de archivos.