



Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales  
Subdepartamento de Regulación

CIRCULAR IF/Nº  
Santiago,

294

05 OCT 2017

## **INSTRUYE SOBRE LOS REQUISITOS PARA ACCEDER A LA COBERTURA ASOCIADA A PRESTADORES PREFERENTES O CERRADOS**

Esta Intendencia, en ejercicio de las atribuciones que le confiere la ley, en especial, lo dispuesto en los artículos 110, N°2 y 9, y 114, ambos del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, ha estimado pertinente impartir las siguientes instrucciones.

### **I. OBJETIVO**

Velar por los derechos de los afiliados estableciendo que los requisitos o condiciones para el acceso a la cobertura correspondiente a la oferta cerrada o preferente deben circunscribirse a aquellos que manifiesten clara e inequívocamente la opción del beneficiario por dicha modalidad de atención.

### **II. MODIFICA LA CIRCULAR IF/Nº 77, DEL 25 DE JULIO DE 2008, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE BENEFICIOS**

1. Reemplázase, en el Título III del Capítulo I, su párrafo inicial, por el siguiente:  
"Los planes cerrados y los planes con prestadores preferentes se sujetarán, en lo pertinente, a las reglas que se indican."
2. Reemplázase, en el Título III del Capítulo I, letra A, el epígrafe "Reglas comunes", por "Reglas sobre información que debe estar a disposición de los afiliados".
3. Substitúyese, en el Título III del Capítulo I, letra A, el enunciado del numeral 1 por "Información general sobre prestadores".
4. Substitúyese, en el Título III del Capítulo I, letra A, el enunciado del numeral 2 por "Información específica sobre los prestadores individualizados en el plan".

5. Reemplázase, en el Título III del Capítulo I, letra B, el epígrafe "Reglas específicas", por "Reglas generales".

6. Reemplázase, en el Título III del Capítulo I, letra B el texto del numeral 5, "Insuficiencia del prestador", por el siguiente:

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

La insuficiencia puede ser de carácter transitorio o permanente.

5.1. Se entenderá por insuficiencia transitoria, o temporal, aquella que se produce ocasionalmente y por períodos acotados de tiempo. Tal es, por ejemplo, la que se materializa por falta de disponibilidad de camas para atención, por estar ocupadas, ausencia temporal del especialista o desperfecto ocasional de un equipo o instrumental médico.

Transcurrido el tiempo de espera previsto en el plan para el otorgamiento de las prestaciones ofrecidas, sin que la prestación solicitada haya sido otorgada, el cotizante tendrá derecho a solicitar a la isapre su derivación o la de sus beneficiarios, a otro u otros prestadores, manteniendo las condiciones de calidad médica, idoneidad técnica y cobertura financiera, conforme al procedimiento previsto en cada contrato de salud.

5.2. Se entenderá por insuficiencia permanente, aquella que tenga un carácter definitivo, esto es, que impida de manera absoluta que el prestador otorgue la prestación requerida, como por ejemplo, la falta de correspondencia entre la complejidad del prestador y las exigencias de la prestación requerida -respecto de la que se ha ofrecido cobertura preferente o cerrada-, la carencia de la especialidad, del equipo o instrumental médico requerido para otorgar tal prestación.

En la hipótesis prevista en el párrafo precedente, el beneficiario tendrá derecho a ser derivado a otro prestador con capacidad para otorgarle las prestaciones ofrecidas, manteniendo las condiciones generales de calidad médica, idoneidad técnica y cobertura financiera, sin necesidad de esperar el transcurso del tiempo de espera establecido en el plan. La isapre deberá gestionar la derivación de inmediato una vez que tome conocimiento, por cualquier medio, respecto de la falta de capacidad del prestador del plan.

5.3. Para efectuar la derivación por insuficiencia, sea transitoria o permanente, la isapre deberá preferir a los prestadores derivados individualizados en el plan y, ante la falta o ausencia de éstos, a alguno que sin figurar en él, tenga las características de calidad e idoneidad referidas precedentemente.

No se entenderá que hay insuficiencia, si ningún prestador en el territorio nacional tiene la capacidad técnica y médica para realizar las prestaciones requeridas".

7. Agrégase, en el Título III del Capítulo I, letra B, el siguiente número:

#### **“14. Condiciones de acceso a la cobertura**

Se presume que el beneficiario que solicita atención en un prestador institucional individualizado en el plan, ha optado por la cobertura preferente o cerrada ofrecida en éste, salvo que conste indubitadamente que ha optado por la libre elección.

Las isapres que celebren convenios con prestadores institucionales e individuales de salud para el otorgamiento de prestaciones hospitalarias y/o ambulatorias en un plan cerrado o con prestadores preferentes, deberán tenerlos permanentemente informados sobre los beneficiarios, debidamente individualizados, que están adscritos a dichos planes. Asimismo, deberán coordinar con dichos prestadores la adecuada entrega de información y el traslado a que pudiere haber lugar dentro del propio establecimiento asistencial o a otro señalado en el plan y cualquier otra acción que sea necesaria para que el solicitante acceda a la cobertura requerida en modalidad cerrada o preferente, de acuerdo a las condiciones fijadas en el plan respectivo, por ejemplo, la derivación a un médico de staff o en convenio aceptado por el paciente.

Las isapres serán responsables, ante sus afiliados, en el evento de que éstos se vean privados de los beneficios que les corresponden, por la falta de ejecución de dichas acciones.

No producirán efecto en los contratos de salud previsual las cláusulas que impongan requisitos de acceso a la cobertura ofrecida en el prestador individualizado en el plan, cuyo objeto no se refiera exclusivamente a las condiciones de otorgamiento de la prestación, entrabando, dificultando o impidiendo el acceso a las mismas, tales como exigir la presentación previa del afiliado en las oficinas de la isapre, el llenado de formularios, etc.

Las isapres no podrán limitar las modalidades de pago previstas en el contrato de salud para que los afiliados y beneficiarios accedan a la cobertura preferente o cerrada, debiendo estas modalidades ser, a lo menos, las mismas previstas para el acceso a la cobertura de libre elección.

En dicho contexto, se previene especialmente que las instituciones no podrán excluir la aplicación de la modalidad de pago directo con reembolso posterior, definida en el artículo 10° letra b) de las Condiciones Generales Uniformes para el Contrato de Salud Previsual, contenidas en el Compendio de Instrumentos Contractuales, haciéndose responsables de que el valor cobrado por el prestador en esos casos, corresponda a aquel pactado en el convenio celebrado entre ellos, quedando obligadas, siempre, a otorgar la cobertura preferente del plan”.

### **III. MODIFICA LA CIRCULAR IF/N° 80, DE 13 DE AGOSTO DE 2008, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE INSTRUMENTOS CONTRACTUALES**

1. En el Título III del Capítulo II, numeral 3, modifícase lo siguiente:

a) En el primer párrafo, reemplázase la oración final "y, en general, resuelve sobre el acceso y otorgamiento de las prestaciones y beneficios pactados", por "y, en general, resuelve, sobre la base de consideraciones de índole sanitario y técnico, acerca de la pertinencia de las prestaciones solicitadas por éstos".

b) Agrégase el siguiente párrafo tercero:

"No obstante, tratándose de atenciones de urgencia, no podrá pactarse la derivación del médico de cabecera como requisito para que los beneficiarios accedan a la cobertura ofrecida en los prestadores institucionales individualizados para este efecto en el plan de salud, sin perjuicio de las demás reglas que rigen a este tipo de atenciones".

2. En el Título III del Capítulo II, numeral 5.6, agrégase en su segundo párrafo, después del punto aparte, que pasa a ser punto seguido, lo que se indica: "El plazo que se defina para el citado efecto, no podrá exceder al mayor de los tiempos de espera establecidos para las prestaciones en cuestión, plazo que se contará desde la solicitud de intervención de quien deba solucionar la diferencia. Dicho plazo podrá ser prorrogado de común acuerdo por las partes del contrato".

3. En el Título III del Capítulo II, numeral 7.2, letra c) primer párrafo, sustitúyese la expresión "artículo 189 letra C.-", por "artículo 189 letra b)".

4. Agrégase, en el Título III del Capítulo II, el siguiente numeral:

#### **"8. Condiciones de acceso a la cobertura**

No podrán estipularse en los contratos de salud previsual cláusulas que impongan requisitos de acceso a la cobertura ofrecida, que no tengan por objeto fijar las condiciones de la prestación, principalmente aquellos que entraben, dificulten o impidan ese acceso.

En caso de que en las notas explicativas acerca de las condiciones del plan, se establezcan restricciones, limitaciones o exclusiones para acceder a los beneficios, que sean contradictorias o incompatibles con lo estipulado en forma clara y suficiente en el formato del plan, dichas restricciones, limitaciones o exclusiones se tendrán por no escritas".

5. Revisión y actualización del Compendio de Instrumentos Contractuales.

5.1. En el Anexo N° 4 del Capítulo II, numeral 12, efectúase las siguientes modificaciones:

a) Reemplázase, en su encabezado, la expresión "esta Circular" por "el Título III de este Capítulo y el Título III del Capítulo I del Compendio de Beneficios".

b) Insértase, en la letra b), entre el guarismo "3" y la frase "de este Capítulo" la expresión "del Título III".

c) Reemplázase, en la letra c), el número romano "II" por "III".

- d) Reemplázase, en la letra f), la expresión "5.1 y 5.2 de este Capítulo" por "5 a 10 de la letra B del Título III del Capítulo I del Compendio de Beneficios".
- e) Insértase, en las letras g) y h), entre el guarismo "6.1" y "6.2", respectivamente, y la frase "de este Capítulo" la expresión "del Título III".
- f) Reemplázase, en la letra i), el guarismo "7.3" por "5.5 del Título III" y añádese, a continuación del vocablo "Capítulo" la frase "y en los numerales 11 y 12 del Título III del Capítulo I del Compendio de Beneficios".
- g) Reemplázase, en la letra j), el guarismo "7.4" por "5.6 del Título III" y añádese, a continuación del vocablo "Capítulo" la frase "y en el numeral 13 del Título III del Capítulo I del Compendio de Beneficios".
- h) Insértase, en las letras k), l) y m), entre el guarismo "2.3" –en el caso de la primera– y "2.4" en las últimas, y la frase "de este Capítulo" la expresión "del Título III".
- i) En la letra n), reemplázase el guarismo "7.2" por "7" y el número romano "II" por "III".
- j) Añádese, en la letra o), a continuación del punto aparte, que pasa a ser seguido, lo siguiente: "Esta estipulación estará sujeta a las limitaciones establecidas en el numeral 8 del Título III de este Capítulo y en el numeral 14 de la letra B del Título III del Capítulo I del Compendio de Beneficios".

5.2. En el Anexo N° 6 del Capítulo II, numeral 11, efectúase las siguientes modificaciones:

- a) Reemplázase, en la letra e), la expresión "el punto 5.3 del Título III de este Capítulo" por "los numerales 5 a 10 de la letra B del Título III del Capítulo I del Compendio de Beneficios".
- b) Reemplázase, en la letra h), el guarismo "5.4" por "5.5".
- c) Reemplázase, en la letra i), el guarismo "5.5" por "5.6".
- d) Añádese, en la letra n), a continuación del punto aparte, que pasa a ser seguido, lo siguiente: "Esta estipulación estará sujeta a las limitaciones establecidas en el numeral 8 del Título III de este Capítulo y en el numeral 14 de la letra B del Título III del Capítulo I del Compendio de Beneficios".

#### **IV. MODIFICA LA CIRCULAR IF/N° 131, DEL 30 DE JULIO DE 2010, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE PROCEDIMIENTOS**

En el Título IV del Capítulo I, numeral 6.1, letra b) tercera viñeta, sustitúyese la expresión "número 2, letra C, del artículo 189", por "artículo 189 letra b) número 2" y desplázase hacia abajo la oración final que se inicia con la expresión "La facultad regulada", formando un nuevo párrafo, en el que se reemplaza la frase "este punto" por "este numeral".

;


#### **V. VIGENCIA DE LA CIRCULAR**


Las disposiciones de la presente circular entrarán en vigencia a contar de la fecha de su notificación.

## VI. DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Sin perjuicio de las disposiciones de esta Circular, las isapres podrán seguir usando los formatos de planes que tengan actualmente en stock.

No obstante, los planes que comercialicen a contar del 1 de marzo de 2018, deberán ajustarse estrictamente a las instrucciones referidas.

  
**NYDIA CONTARDO GUERRA**  
**INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS**  
**PREVISIONALES DE SALUD**



  
AMAWARFM

Distribución:

- Gerentes Generales de Isapres
- Asociación de Isapres
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Fiscalía
- Oficina de Partes

Correlativo 449-2015