



## NOTA INTERNA N° 73

Santiago, 26 de Enero de 2023

### MATERIA

Atiene solicitud de complemento de lo señalado en la Nota Interna NI-FIS-23-27, de fecha 13-01-2023, referida al copago de exámenes ordenados por Comisiones Médicas para afiliados a FONASA que indica

IDENTIFICACIÓN INTERNA: **NI-FIS-23-73**

NICOLÁS ACUÑA GALVEZ  
FISCAL (S)



500096223

Verifique documento en <https://www.spensiones.cl/apps/certificados/vOficio.php>

## **NOTA INTERNA N° FIS-73**

**ANT.:** 1.- Nota Electrónica NE-CME-23-123 de fecha 16-01-2023 de la División de Comisiones Médicas y Ergonómica.

2.- Nota Interna NI-FIS-23-27, de fecha 13-01-2023 de esta Fiscalía.

3.- Nota Interna NI-CME-22-401, de fecha 14-09-2022 de Jefe División Comisiones Médicas y Ergonómica.

## **INV.:**

**MAT.:** Atiene solicitud de complemento de lo señalado en la Nota Interna NI-FIS-23-27, de fecha 13-01-2023, referida al copago de exámenes ordenados por Comisiones Médicas para afiliados a FONASA que indica.

**DE: FISCAL**

**A: SEÑOR JEFE DIVISIÓN COMISIONES MÉDICAS Y ERGONÓMICA**

Por medio de la nota interna singularizada en antecedentes número 3, se dirigió usted ante esta Fiscalía solicitando un pronunciamiento respecto de si los afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA) clasificados en los grupos C y D, deben efectuar copagos por los exámenes médicos ordenados por las Comisiones Médicas, con ocasión de un procedimiento de calificación de invalidez. Lo anterior, atendida la dictación de la Resolución Exenta N° 1137 de 18 de agosto de 2022 de los Ministerios de Salud y Hacienda.

Dando respuesta a tal petición, esta Fiscalía a través de la nota interna citada en antecedentes número 2, señaló textualmente:

*“El artículo 30 de la ley N° 18.469 establece que FONASA contribuirá al financiamiento de las prestaciones médicas a que se refiere esa ley, en un porcentaje del valor señalado en el arancel fijado de acuerdo con su artículo 28. Añade que el porcentaje se determinará por los Ministerios de Salud y Hacienda.*”

*A su vez, la referida Resolución N° 1137, dispone en su número 1 que FONASA contribuirá al financiamiento de las prestaciones médicas que tengan derecho a recibir 'los beneficiarios del Régimen General de Garantías en Salud establecido en el Libro II del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, en un cien por ciento (100%) del valor señalado en el Arancel de dicho Régimen, a que se refieren los artículos 159 del decreto con fuerza de ley ya citado y 4° letra d) de la ley N° 19.966'.*

*El número 3 de la antes citada resolución, establece su vigencia a contar del 1 de septiembre de 2022.*

*Por su parte, el artículo 159 del DFL N° 1 ya mencionado, estipula que los afiliados deben contribuir al financiamiento del valor de las atenciones y prestaciones que ellos y sus beneficiarios soliciten y reciban del Régimen, mediante pago directo, en la proporción que se fije al efecto, respecto del arancel determinado en una resolución de los Ministerios de Salud y Hacienda.*

*Por otro lado, el Libro III, Título I, Letra D, Capítulo III, Párrafo I, número 1, letra v) del Compendio de Normas Del Sistema de Pensiones, señala que, entre los antecedentes que la AFP debe remitir a la Comisión Médica Regional respectiva para tramitar la solicitud de calificación de invalidez, está el porcentaje de cargo del afiliado a la Administradora, del arancel establecido por el DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud.*

*Por tanto, a partir del 1 de septiembre de 2022, los afiliados a FONASA pertenecientes a los Grupos C y D, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución N° 1137, tienen una cobertura del 100% del valor de las prestaciones médicas, según el arancel fijado por los Ministerios de Salud y Hacienda, en las atenciones del Régimen General otorgadas a través de establecimientos de salud de la Red Asistencial de cada servicio de salud y los establecimientos de salud de carácter experimental (art. 141 de DFL N°1 de 2005).*

*Como consecuencia de lo anterior, no podrá cobrarse un copago a los afiliados de FONASA, de los grupos C y D antes señalados, por aquellos exámenes ordenados por las Comisiones Médicas dentro del procedimiento de calificación de invalidez, siempre que éstos se realicen con los prestadores indicados en el párrafo precedente.*

*Respecto de una eventual instrucción de esta Superintendencia, dirigida a las Comisiones Médicas, AFPs y las compañías de seguros, ordenando el reembolso de los copagos enterados por interconsultas con prestadores del Sistema de Pensiones, desde el 1 de septiembre de 2022, se informa a esa División que esta Superintendencia carece de las facultades para impartir tal instrucción. No obstante ello, se le solicita emitir un oficio*

*informativo dirigido a las instituciones indicadas, para que realicen las gestiones que estimen pertinentes”.*

Es del caso, que esa División mediante la nota electrónica consignada en antecedentes número 1, ha solicitado un complemento de la nota interna antes transcrita por cuanto a su juicio: *“...en ella no se responde explícitamente si los solicitantes con ingresos equivalentes a los grupos C y D de FONASA deben o no pagar los copagos de los exámenes y/o interconsultas requeridos por las Comisiones Médicas en el proceso de calificación de invalidez, cuando son efectuados por profesionales, centros de imágenes o laboratorios vigentes inscritos en el Registro Nacional de Interconsultores del Sistema de Pensiones que administra esta Superintendencia.*

*Se tiene que la liberación del copago en estos casos es lo sustantivo que se consultó a esa Fiscalía por cuanto es lo que tendría real impacto en los solicitantes”.*

Sobre el particular cúpleme expresar, que el artículo 141 del DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud, establece que:

*“Artículo 141.- Las prestaciones comprendidas en el Régimen General de Garantías en Salud se otorgarán por el Fondo Nacional de Salud, a través de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Asistencial de cada Servicio de Salud y los Establecimientos de Salud de carácter experimental. Las prestaciones se concederán por esos organismos a través de sus establecimientos, con los recursos físicos y humanos de que dispongan, sin perjuicio de los convenios que puedan celebrar al efecto los Servicios de Salud o el Fondo Nacional de Salud con otros organismos públicos o privados”.*

Por su parte, el artículo 1° de la Ley N°19.937, que introdujo modificaciones al DL N°2.763, de 1979- con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana- agregó un artículo 16 bis dicho decreto ley, en que se indica que se entiende por Red Asistencial:

*“Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada servicio de salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.*

*La Red Asistencial de cada servicio de salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población”.*

Ahora bien, en cuanto a los establecimientos de salud de carácter experimental, la Ley N°19.650, que perfecciona normas del área de la salud, en su artículo 6°, señala:

*“Artículo 6°.- Facúltase al Presidente de la República, por el plazo de un año contado desde la fecha de la publicación de la presente ley, para crear, mediante uno o más decretos con fuerza de ley expedidos por intermedio del Ministerio de Salud, los que también deberán ser suscritos por el Ministro de Hacienda, tres establecimientos de salud de carácter experimental, que a continuación se señalan: Hospital Padre Alberto Hurtado, Centro de Referencia de Salud de Peñalolén y Centro de Referencia de Salud de Maipú.*

*Los establecimientos experimentales a que se refiere el inciso anterior serán servicios públicos funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, distintos de los Servicios de Salud a que se refiere el decreto ley N° 2.763, de 1979”.*

Así entonces, efectuando un análisis sistemático y armónico de las normas antes transcritas, en relación con el contenido de la Resolución Exenta N° 1137 de 18 de agosto de 2022 de los Ministerios de Salud y Hacienda, es dable concluir que a partir del 1 de septiembre de 2022, los afiliados a FONASA pertenecientes a los Grupos C y D, de conformidad con lo dispuesto en la citada Resolución, tienen una cobertura del 100% del valor de las prestaciones médicas, según el arancel fijado por los Ministerios de Salud y Hacienda, en las atenciones del Régimen General otorgadas a través de establecimientos de salud de la Red Asistencial de cada servicio de salud y los establecimientos de salud de carácter experimental, con los recursos físicos y humanos de que dispongan, sin perjuicio de los convenios que puedan celebrar al efecto los Servicios de Salud o el Fondo Nacional de Salud con otros organismos públicos o privados. Luego, no podrá cobrarse un copago a los afiliados de FONASA, de los grupos C y D antes señalados, por aquellos exámenes ordenados por las Comisiones Médicas dentro del procedimiento de calificación de invalidez, siempre que éstos se realicen a través de establecimientos de salud de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud y los establecimientos de salud de carácter experimental, con los recursos físicos y humanos de que dispongan, sin perjuicio de los convenios que puedan celebrar al efecto los Servicios de Salud o el Fondo Nacional de Salud con otros organismos públicos o privados.

Por tanto y a contrario sensu, a juicio de esta Fiscalía, si los exámenes y/o interconsultas requeridos por las Comisiones Médicas en el proceso de calificación de invalidez, son efectuados por profesionales, centros de imágenes o laboratorios vigentes inscritos en el Registro Nacional de Interconsultores del Sistema de Pensiones que administra esta Superintendencia, que no se enmarcan en los conceptos de “Red Asistencial de cada Servicio de Salud” y de “establecimientos de salud de carácter experimental”, que las normas más arriba transcritas señalan, con las modalidades que

indican, los solicitantes con ingresos equivalentes a los grupos C y D de FONASA no se encuentran amparados por la señalada exención de copago contenida en la Resolución Exenta N° 1137 de 18 de agosto de 2022, de los Ministerios de Salud y Hacienda.

En consecuencia, sobre la base de todo lo anteriormente expresado se estima debidamente atendida la solicitud de complemento de la NI-FIS-23-123, de fecha 16 de enero de 2023, de esta Fiscalía.

Saluda atentamente a usted,

**FISCALIA**

NAG/SBL

**Distribución:**

- Sr. Jefe División Comisiones Médicas y Ergonómica
- Fiscalía