

Compendio de Normas sobre Licencias Médicas, Subsidios por Incapacidad Laboral y Seguro SANNA

/ LIBRO VI. CONTROL EN EL OTORGAMIENTO DE LICENCIAS MÉDICAS

LIBRO VI. CONTROL EN EL OTORGAMIENTO DE LICENCIAS MÉDICAS

TÍTULO I. CONSIDERACIONES GENERALES

1. CONCEPTO DE LICENCIAS MÉDICAS Y SU MATERIALIDAD

En virtud de lo señalado en el artículo 1° bis de la Ley N°20.585 y en los artículos 1° y siguientes del D.S. N°3, de 1984, del Ministerio de Salud, la licencia médica es un documento emitido en formato electrónico o, excepcionalmente, de papel, que contiene una indicación profesional certificada que faculta a un trabajador a ausentarse o reducir su jornada de trabajo, durante un determinado lapso y lo habilita para recibir un subsidio por incapacidad laboral (SIL) que se paga en reemplazo de la remuneración del trabajador dependiente o de la renta del trabajador independiente, mientras se encuentre temporalmente incapacitado, siempre que se cumplan los requisitos legales y reglamentarios correspondientes. La indicación contenida en la licencia médica sólo puede ser emitida por médicos cirujanos, cirujanos dentistas, matronas o matrones habilitados. Cabe destacar que, las y los matrones, conforme al artículo 6° del citado D.S. N°3, únicamente pueden emitir licencias médicas en caso de embarazo y parto normal.

Para estos efectos, se entiende como licencia médica electrónica, aquella otorgada y tramitada a través de un documento electrónico que tiene el mismo texto, secciones y datos exigidos a la licencia médica en formato de papel, conforme a la normativa del Ministerio de Salud, que debe estar disponible en un sistema de información. En este sentido, la licencia médica electrónica se materializa en un formulario especial electrónico, que registra todas las certificaciones, resoluciones y autorizaciones que procedan.

Excepcionalmente, las licencias médicas podrán emitirse en formulario de papel, cuando existan circunstancias referidas a la falta de medios tecnológicos o a la falta de conectividad, que haga imposible el uso de estos medios, o bien, se trate de un profesional autorizado previamente por la respectiva COMPIN.

2. PROFESIONALES HABILITADOS PARA EMITIR LICENCIAS MÉDICAS

Los médicos cirujanos, cirujano dentistas o matrones estarán habilitados para emitir licencias médicas cuando estén debidamente inscritos y legalmente habilitados en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud (RNPI) de la Superintendencia de Salud. Los profesionales tendrán un plazo de noventa días corridos desde la publicación de la Ley N°21.746 para solicitar su incorporación al RNPI, o, si ya están incorporados en él, para modificar, enmendar o complementar los antecedentes vigentes, para que la Superintendencia de Salud actualice la nómina de profesionales habilitados para emitir licencias médicas. De esta manera, a contar del 23 de agosto de 2025, los profesionales que no se encuentren registrados en el RNPI no podrán emitir licencias médicas.

Adicionalmente, a contar del 24 de mayo de 2026, los médicos cirujanos que hayan obtenido o revalidado su título de médico cirujano a partir del 19 de abril de 2009, deberán haber aprobado el examen único nacional de conocimientos de medicina (EUNACOM). En caso de no cumplir este requisito, la habilitación previa que dichos profesionales tuvieron, caducará de pleno derecho, para lo cual los antecedentes serán remitidos a la Superintendencia de Salud que actualizará el RNPI.

Los Operadores del sistema de licencias médicas electrónicas deberán inhabilitar los registros de aquellos profesionales que no cumplan con los requisitos señalados en los párrafos precedentes.

Asimismo, las COMPIN e Isapre deberán verificar el cumplimiento de los requisitos de habilitación señalados por parte de los profesionales emisores de licencia médica y, en caso de faltar alguno de ellos, deberán rechazar la licencia médica respectiva y realizar la denuncia correspondiente, conforme a lo dispuesto en el numeral 2 del Título II de este Libro.

3. EMISIÓN DE LICENCIAS MÉDICAS ELECTRÓNICAS CON OCASIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD A DISTANCIA O POR TELEMEDICINA

La Ley N°20.584 señala que las atenciones de salud pueden ser presenciales, a distancia o por telemedicina apoyada en tecnologías de la información y las comunicaciones.

En concordancia con lo anterior, el artículo 1° ter de la Ley N°20.585, dispone que los profesionales están facultados para

emitir licencias médicas a partir de una atención de salud a distancia o por telemedicina, siempre y cuando cumplan los requisitos señalados en el numeral 2 anterior y, además, estén habilitados para realizar las atenciones de salud por los medios señalados, en especial, para utilizar una plataforma tecnológica que tenga un registro de atenciones, la que deberá estar acreditada por alguna de las instituciones incluidas en el Registro de Entidades Acreditadoras del Ministerio de Salud, conforme al artículo 10 bis de la Ley N°20.584.

Las exigencias señaladas entrarán en plena vigencia transcurridos seis meses desde la publicación de todos los reglamentos y normas técnicas señaladas en la Ley N°20.584. Si no se cumplen las condiciones contenidas en esos instrumentos en el plazo señalado, la habilitación caducará de pleno derecho.

Por lo anterior, una vez que entre en vigencia la normativa señalada, los Operadores del sistema de licencia médica electrónica deberán habilitar la opción de emisión de licencias médicas en contexto de telemedicina o a distancia, sólo a aquellos profesionales que, de acuerdo a la información proporcionada por el RNPI, se encuentren habilitados para emitir licencias médicas bajo esta modalidad.

4. NORMAS GENERALES

4.1 PLAZOS Y NOTIFICACIONES DEL PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

Conforme a la Ley N°20.585 los plazos contenidos en ella y, por consiguiente, en los procedimientos y trámites que se indicarán en los siguientes Títulos de este Libro, son de días corridos, excepto cuando se señale expresamente que son de días hábiles.

Asimismo, las notificaciones se practicarán a los medios electrónicos informados a la COMPIN y a la Superintendencia de Seguridad Social, siendo de cargo del prestador informar su voluntad de ser notificado en un domicilio digital o físico distinto.

La Superintendencia de Seguridad Social efectuará las notificaciones al correo electrónico que el profesional emisor hubiere consignado en las respectivas licencias médicas. Respecto a las notificaciones que deben practicarse al empleador, estas serán remitidas al correo electrónico informado a la Superintendencia de Seguridad Social por instituciones tales como Operadores del sistema de licencias médicas electrónicas, Cajas de Compensación de Asignación Familiar (C.C.A.F.), PREVIRED, entre otros.

La notificación por medios electrónicos, se entenderá efectuada en la fecha en que se envíe el correo electrónico respectivo. En caso que la notificación fuere efectuada en día u hora inhábil, los plazos que dependan de dicha notificación se computarán desde el primer día hábil siguiente a la notificación.

En todo lo demás, se aplicará supletoriamente lo dispuesto en los artículos N° 25, 45, 46 y 47 de la Ley N°19.880.

4.2 DEBERES, FACULTADES Y LIMITACIONES DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL Y LA COMPIN

a) Deber de remitir antecedentes al Ministerio Público

En el evento de existir antecedentes que acrediten que un profesional ha incurrido en falsedad en el otorgamiento de licencias médicas, tanto la Superintendencia de Seguridad Social como las COMPIN deberán remitir, sin más trámite, los antecedentes al Ministerio Público.

b) Limitación a sólo investigar y sancionar licencias médicas con antigüedad menor a 5 años

La Superintendencia de Seguridad Social y las COMPIN no podrán investigar, solicitar antecedentes médicos complementarios o citar a profesionales emisores, por licencias médicas emitidas con una antigüedad superior a cinco años.

Tampoco se podrá aplicar ninguna de las sanciones establecidas en la Ley N°20.585 luego de transcurridos cinco años contados desde la fecha en que se notificó el inicio del respectivo procedimiento administrativo sancionatorio o se efectuó la solicitud de antecedentes médicos complementarios.

c) Facultad de recopilar de antecedentes

La Superintendencia de Seguridad Social y la COMPIN pueden requerir a los prestadores de salud, públicos o privados, y a los profesionales investigados que hayan intervenido en la emisión de una licencia médica, tanto los antecedentes clínicos como otros instrumentos que sean necesarios para cumplir sus funciones. Cabe destacar que existe la obligación de estos últimos de remitir los antecedentes solicitados o bien, justificar fundadamente la falta de entrega de los mismos.

d) Facultad de requerir información a organismos públicos o privados

La Superintendencia de Seguridad Social y la COMPIN pueden requerir antecedentes a cualquier organismo sólo respecto de las investigaciones que realice, conforme a los artículos 2° y 5° de la Ley N°20.585.

Tratándose de la facultad de la Superintendencia de Seguridad Social, la investigación prevista en el citado artículo 5° permite indagar las licencias médicas emitidas sin fundamento médico, es decir, sin una patología que justifique incapacidad laboral temporal durante el período de reposo prescrito o sin atención de salud asociada a su emisión. Para ello, resulta necesario analizar tanto los antecedentes aportados por el profesional que otorgó la licencia como, dependiendo del contexto, el comportamiento del beneficiario de dicha licencia.

En este sentido, las instituciones señaladas pueden requerir información a la Tesorería General de la República respecto del pago de las sanciones o medidas impuestas, al Servicio de Impuestos Internos respecto de la emisión de la respectiva boleta de honorarios, facturas y, en general, de los documentos tributarios por la prestación profesional que dieron origen a la licencia, a la Policía de Investigaciones de Chile respecto de ingresos y egresos del país y, en general, a cualquier otro organismo público o privado respecto de las investigaciones que se realicen.

TÍTULO II. FUNCIÓN FISCALIZADORA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

1. INVESTIGACIÓN DE LICENCIAS MÉDICAS EMITIDAS CON AUSENCIA DE FUNDAMENTO MÉDICO

Las licencias médicas otorgadas con ausencia de fundamento médico son aquellas emitidas sin que exista una patología que produzca incapacidad laboral temporal por el período y la extensión del reposo prescrito o sin una atención de salud asociada a su emisión.

Por una parte, no existe atención de salud asociada a la emisión de una licencia médica cuando el profesional habilitado para ello, prescriba un reposo médico sin mediar una consulta presencial o remota, o bien, cuando ésta es injustificadamente posterior a la fecha de inicio del reposo médico. Tratándose de licencias médicas emitidas en prestadores del sector público, se entenderá que existe una atención de salud asociada, aun cuando no exista una consulta vinculada a la licencia médica específica, cuando se trate de licencias médicas de continuidad, licencias emitidas por cuidados paliativos o estado terminal y licencias médicas por enfermedad grave de niño menor de un año que hayan sido otorgadas con la restricción de días que dispone el artículo 18 del D.S. N°3, de 1984, del Ministerio de Salud.

Por otra parte, hay ausencia de una patología que produzca incapacidad laboral temporal por el período y la extensión del reposo prescrito cuando, existiendo una atención médica, no se acredite por parte del profesional emisor la efectividad de la afección diagnosticada en la respectiva licencia, o bien, cuando la patología diagnosticada no requiere de reposo médico.

2. ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

2.1 INICIO DE LA INVESTIGACIÓN

En virtud del artículo 5° de la Ley N°20.585 la Superintendencia de Seguridad Social puede iniciar, de oficio o por denuncia, un proceso investigativo cuando detecte licencias médicas con ausencia de fundamento médico, siempre y cuando exista mérito para ello. El procedimiento de investigación, tanto el que se inicia de oficio como aquel que se desarrolle a partir de denuncias que sean declaradas como admisibles, se sustanciará electrónicamente, a través del Sistema de Procedimiento Administrativo Electrónico (PAE), de la Superintendencia de Seguridad Social.

A) INVESTIGACIÓN DE OFICIO

La Superintendencia de Seguridad Social podrá, si existe mérito para ello, iniciar un procedimiento de investigación, sin necesidad de denuncia alguna, cuando el profesional habilitado para otorgar licencias médicas presente una conducta que justifique la iniciación de este procedimiento.

Para la determinación de los casos a investigar de oficio, la Superintendencia de Seguridad Social realizará un proceso de selección basado en el uso de herramientas de analítica de datos, que permitan generar indicadores de alerta temprana. Adicionalmente, la Superintendencia podrá iniciar investigaciones de oficio cuando se observe un comportamiento inhabitual en la emisión de licencias médicas, por ejemplo por su cantidad, frecuencia de emisión o anulación, lugar desde el que se otorga u otro antecedente que se estime como relevante para estos efectos.

B) INVESTIGACIÓN POR DENUNCIA MEDIANTE EL SISTEMA DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO ELECTRÓNICO (PAE)

En caso de que el profesional habilitado para otorgar licencias médicas emita una o más licencias con ausencia de fundamento médico, la SEREMI de Salud, la COMPIN, FONASA, las Isapre o cualquier particular, podrá realizar una denuncia ante la Superintendencia de Seguridad Social, la que, si existe mérito, iniciará un proceso de investigación, en el marco de las atribuciones señaladas en la Ley N°20.585.

La denuncia señalada deberá ser ingresada a través del Sistema de Procedimiento Administrativo Electrónico (PAE) disponible en el sitio web de la Superintendencia de Seguridad Social, debiendo acompañarse, como mínimo, los siguientes antecedentes:

- i) Individualización completa del denunciante (si es persona natural, nombres y apellidos, RUN, dirección de correo electrónico y dirección física. Si es persona jurídica, razón social, RUT, dirección de correo electrónico, dirección física y datos de su representante legal). Lo anterior no resulta aplicable respecto de las denuncias anónimas, las que deben ser ingresadas en el canal especialmente dispuesto para ello por la Superintendencia de Seguridad Social.
- ii) Hechos y circunstancias de la denuncia.
- iii) Número o Folio de la o las licencias médicas electrónicas, o bien, copia de la licencia médica por ambas caras si fue emitida en formato papel.
- iv) Identificación del profesional denunciado: nombre, apellidos, RUN, dirección física particular o laboral y dirección de correo electrónico.
- v) Cualquier otro antecedente relevante sobre los hechos.

El denunciante deberá acompañar a su denuncia todos los antecedentes de que disponga, para efectos de analizar su mérito para iniciar una investigación. Lo anterior, sin perjuicio de la obligación de denunciar directamente al Ministerio Público, sobre aquellos hechos que pudieran revestir el carácter de delito.

C) INVESTIGACIÓN POR DENUNCIA ANÓNIMA

La Superintendencia de Seguridad Social mantendrá en su sitio web un sistema de denuncia anónima de mal uso de licencias médicas, especialmente diseñado al efecto, cuyo procedimiento se registrará, en lo pertinente, por las reglas señaladas en el literal B) precedente.

D) OBLIGACIÓN DE LAS C.C.A.F. COMO ADMINISTRADORES DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL

Las C.C.A.F. tienen la obligación de informar a la Superintendencia de Seguridad Social, tan pronto tomen conocimiento, cualquier conducta sospechosa que afecte a las empresas afiliadas y a sus trabajadoras y trabajadores, respecto de la tramitación y pago de subsidios por incapacidad laboral derivados de una licencia médica. Ello no obsta que las C.C.A.F. deban, en paralelo, desarrollar las investigaciones internas que permitan aportar mayores antecedentes a la investigación de la Superintendencia de Seguridad Social y/o efectuar denuncias directamente al Ministerio Público.

Para estos efectos se entenderá por conducta sospechosa, la percepción o intento de percepción del subsidio por incapacidad laboral asociado a una licencia médica, sin cumplir los requisitos legales o reglamentarios para ello, mediante la presentación de antecedentes o documentos que no se corresponden con la situación real del solicitante.

Las C.C.A.F. deberán informar la conducta sospechosa a la Superintendencia, en el plazo de 24 horas desde que se verifique, conforme al procedimiento para informar hechos relevantes del numeral 5.3.1. del Compendio de Normas que regulan a las C.C.A.F., de esta Superintendencia.

En todo caso, las C.C.A.F. deberán incorporar a sus procesos de validación del pago del subsidio por incapacidad laboral la obligación de revisar el registro establecido en el numeral 5.1 del Título II de este Libro.

2.2 EXAMEN DE ADMISIBILIDAD

Cuando el proceso investigativo se inicie por denuncia, la Superintendencia de Seguridad Social realizará un examen de admisibilidad formal en que evaluará el cumplimiento de los requisitos anteriormente descritos y la procedencia de iniciar una investigación. Si se estimara que no los cumple, se declarará inadmisibile, notificándose electrónicamente la decisión al denunciante, salvo en aquellos casos en que la denuncia sea anónima.

Por el contrario, cuando se estime que la denuncia cumple los requisitos descritos, se declarará admisible e ingresará a trámite. Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia podrá complementar de oficio los antecedentes incorporados en la denuncia, agregando nuevas licencias médicas susceptibles de ser investigadas.

2.3 RESOLUCIÓN DE INICIO DE LA INVESTIGACIÓN

En caso que la Superintendencia de Seguridad Social estime que existe mérito suficiente para iniciar un proceso de investigación, emitirá una Resolución de inicio de la investigación, la que deberá ser notificada al profesional investigado por medios electrónicos.

Para estos efectos, la Superintendencia considerará el correo electrónico más reciente consignado en las licencias disponibles en el sistema de licencias médicas electrónicas, por constituir esta información una declaración jurada de antecedentes de contacto fidedigno.

La Resolución de inicio de la investigación contendrá, como mínimo, la siguiente información:

- i) Individualización del profesional emisor investigado.
- ii) La singularización de las licencias médicas materia de la investigación, incluyendo a lo menos, el N° de folio.
- iii) La indicación que la investigación tiene como origen una denuncia o corresponde a una fiscalización de oficio de la Superintendencia.
- iv) La instrucción de evacuar traslado en el plazo de 10 días hábiles, y presentar las partes de la ficha clínica del o de los pacientes beneficiarios de la o las licencias que se circunscriban a la condición o patología que les dio origen, y otros documentos que acrediten, tanto la atención médica que originó la o las licencias médicas como su fundamento médico, bajo apercibimiento de continuar el procedimiento sin dichos antecedentes. Si alguna de las atenciones médicas relacionadas con las licencias médicas investigadas se efectuó por telemedicina, deberá acompañar los antecedentes que acrediten la efectiva atención telemática, la que debe cumplir con los estándares legales vigentes a la fecha de la prestación, según lo establecido en el Decreto N°6, promulgado el 16 de abril de 2021 y publicado el 9 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud.
- v) La indicación de que el o la profesional podrá indicar un correo electrónico distinto al consignado en las licencias médicas, para remitir las resoluciones que se dicten en aquel procedimiento administrativo.

2.4 TRASLADO Y REQUERIMIENTO DE ANTECEDENTES AL PROFESIONAL INVESTIGADO

Desde la notificación de la Resolución de inicio de la investigación, el profesional investigado tendrá diez días hábiles para evacuar traslado, a través del Sistema de Procedimiento Administrativo Electrónico (PAE), de la Superintendencia de Seguridad Social, acompañando las partes de la ficha clínica del o de los pacientes beneficiarios de la o las licencias que se circunscriban a la condición o patología que les dio origen, y otros documentos que acrediten, tanto la atención médica que originó la o las licencias médicas como su fundamento médico, bajo apercibimiento de continuar el procedimiento sin dichos antecedentes y las medidas de apremio correspondientes.

Para acreditar la existencia de una atención de salud asociada a la emisión de la licencia médica, el profesional emisor podrá acompañar:

- a) Bono de atención médica.
- b) Boleta de honorarios.
- c) Registro de agenda electrónica efectuada a través de una plataforma certificada.
- d) Registro de atención efectuada a través de una plataforma tecnológica certificada.

Para acreditar la existencia de una patología que produzca incapacidad laboral temporal por el período y la extensión del reposo prescrito, el profesional emisor deberá acompañar:

- a) Ficha clínica.
- b) Informe que justifique la emisión de la respectiva licencia médica.
- c) Otros antecedentes clínicos que correspondan.
- d) Si alguna de las atenciones médicas relacionadas con las licencias médicas investigadas se efectuó por telemedicina, deberá acompañar los antecedentes que acrediten la efectiva atención telemática.

2.4.1 RECOPIACIÓN DE ANTECEDENTES

Con el objetivo de recopilar los antecedentes necesarios para evacuar traslado, el profesional puede solicitar al prestador institucional de salud, donde se produjo la atención que originó la o las licencias médicas investigadas, copia de los antecedentes señalados en el numeral 2.4 de este Título, el que deberá entregarlos dentro del plazo de cinco días hábiles desde la solicitud. En este caso, es facultativo para la Superintendencia de Seguridad Social ampliar en cinco días hábiles el plazo para evacuar traslado.

Si el prestador institucional de salud se niega a entregar la documentación solicitada, deberá emitir un certificado con los fundamentos de dicha negativa y entregárselo al profesional investigado dentro del mismo plazo de respuesta.

Si el prestador institucional de salud no entrega el certificado dentro de plazo, su representante legal será solidariamente responsable del pago de la eventual multa que se imponga al profesional investigado. No obstante lo anterior, si el prestador institucional de salud es una sociedad en la que el profesional investigado es administrador o

participa directa o indirectamente de, al menos, el diez por ciento de su propiedad, estará obligado a entregar la ficha clínica.

Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia de Seguridad Social, durante todo el proceso investigativo, puede solicitar informe a los prestadores de salud donde se produjeron las atenciones médicas por las cuales se emitieron las licencias médicas investigadas y a las personas cotizantes o beneficiarias de la o las licencias médicas, indicando que el plazo para remitir el informe correspondiente vence en diez días hábiles. En caso de negativa u omisión en atender dicha solicitud, se informará ese hecho en la resolución de término, aplicándose la misma consecuencia señalada en el párrafo anterior respecto al prestador de salud que incumpla.

2.4.2 MEDIDA DE APREMIO DE SUSPENSIÓN DE LA FACULTAD DE EMITIR LICENCIAS MÉDICAS

Si por causa que le sea imputable, el profesional investigado no acompaña los antecedentes dentro del plazo señalado, la Superintendencia de Seguridad Social podrá aplicar la medida de suspensión de la facultad para otorgar licencias médicas por quince días corridos, la que podrá ser prorrogada hasta por tres veces, por el mismo plazo, en caso de mantenerse la conducta.

Para hacer efectiva la suspensión para emitir licencias médicas decretada, la Superintendencia de Seguridad Social podrá instruir a los Operadores del sistema de licencias médicas electrónicas que suspendan la facultad de emisión de licencias al profesional sancionado, indicando que ésta mantendrá su vigencia hasta que se les notifique la revocación de la misma. Asimismo, la Superintendencia dispondrá de un mecanismo para efectuar directamente estas suspensiones en los sistemas de los Operadores de licencias médicas electrónicas.

La medida de apremio se alzará sólo cuando el profesional investigado entregue todos los antecedentes solicitados o una vez cumplido el plazo de suspensión y las prórrogas que se hubieren aplicado.

2.4.3 OMISIÓN DEL TRÁMITE DE EVACUAR TRASLADO Y ACOMPAÑAR ANTECEDENTES

Considerando que es deber del profesional investigado realizar las diligencias de evacuar traslado y acompañar antecedentes que acrediten la atención de salud y existencia de la patología que produzca la incapacidad laboral, conforme al plazo y modo señalado en el numeral 2.4 de este Título, si éste incumple esa obligación, sin perjuicio de las medidas de apremio que se apliquen, la Superintendencia resolverá fundadamente, con los antecedentes que obren en su poder.

2.5 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES Y TÉRMINO DEL PROCEDIMIENTO

Transcurrido el plazo para evacuar traslado, recibidos los antecedentes o vencidos los plazos señalados en el numeral 2.4 de este Título, la Superintendencia resolverá fundadamente.

En este sentido, si el profesional investigado no acreditó la atención de salud asociada a la emisión de las licencias médicas investigadas, la Superintendencia aplicará las sanciones que correspondan conforme a lo establecido en el Anexo N°1 "Tablas para la determinación de las sanciones que la Superintendencia de Seguridad Social puede imponer conforme a la Ley N°20.585", de este Título.

Por otro lado, si el profesional investigado acompañó los comprobantes de la atención médica y existen dudas respecto a si la patología produce o no una incapacidad laboral temporal por el período y la extensión del reposo prescrito, la Superintendencia efectuará un informe técnico referido a las licencias médicas investigadas.

Posteriormente, la Superintendencia de Seguridad Social dictará resolución de cierre de la investigación indicando las conclusiones de la investigación y las sanciones que se aplicarán en caso de corresponder, la que deberá ser notificada por correo electrónico al profesional investigado.

En caso que hubieren transcurrido cinco años desde la notificación del inicio del procedimiento investigativo o desde que se efectuó la solicitud de antecedentes médicos complementarios, la Superintendencia deberá emitir una resolución absolutoria, sin más trámite.

Si se acredita la emisión de una o más licencias sin fundamento médico, la Superintendencia de Seguridad Social aplicará las sanciones de suspensión de la facultad para otorgar licencias médicas, suspensión del RNPI y multa a beneficio fiscal, por los montos y plazos señalados en el artículo 5° de la Ley N°20.585. Para efectos de determinar la sanción específica, considerará lo indicado en la tabla N°1 contenida en el Anexo N°1 "Tablas para la determinación de las sanciones que la Superintendencia de Seguridad Social puede imponer conforme a la Ley N°20.585", de este Título, además de la circunstancia de haber incurrido el profesional en la conducta de forma reiterada o con reincidencia.

Para estos efectos, se entenderá que la emisión de licencias sin fundamento médico ha sido reiterada, cuando el profesional hubiere emitido más de una licencia sin fundamento médico en el período investigado.

Por otro lado, se entenderá que el profesional ha reincidido en la conducta cuando ha emitido una o más licencias médicas con ausencia de fundamento dentro del periodo establecido en la Ley N°20.585, contado desde la fecha de la notificación del oficio que hace efectiva la resolución que impone la primera sanción y que certifica que ésta queda firme y ejecutoriada.

Adicionalmente, para la determinación de la sanción específica, la Superintendencia considerará como circunstancia atenuante el reconocimiento de los hechos investigados. Para estos efectos, se disminuirá en un grado la sanción específica aplicable, cuando el profesional investigado reconozca dentro del procedimiento los hechos por los que se le investiga. En caso que el reconocimiento sea parcial, la atenuante sólo podrá ser aplicada si se acredita el fundamento médico de las restantes licencias investigadas.

En el caso de tercera reincidencia, la disminución de la sanción sólo se referirá a la multa aplicable.

2.6 RECURSOS

El profesional sancionado podrá deducir recurso de reposición en contra de la resolución que imponga la sanción, ante la Superintendencia de Seguridad Social, en el plazo de cinco días contados desde su notificación, a través de la plataforma electrónica dispuesta al efecto.

En caso que se rechace la reposición, el profesional podrá interponer recurso de reclamación contra esa resolución ante la Corte de Apelaciones correspondiente al territorio jurisdiccional del domicilio del sancionado, en los términos señalados en el artículo 58 de la Ley N°16.395.

2.7 EJECUCIÓN DE LAS SANCIONES IMPUESTAS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

Las resoluciones en que la Superintendencia aplique las sanciones, sea con ocasión de licencias médicas emitidas con ausencia de fundamento médico, o por denuncias contra el contralor médico de una Isapre, se entenderán firmes o ejecutoriadas una vez transcurrido el plazo para interponer recursos sin que éstos hayan sido interpuestos, o bien, una vez se hayan resuelto todas las instancias recursivas.

Una vez que la resolución se encuentre firme o ejecutoriada, para dar cumplimiento a las sanciones impuestas, la Superintendencia emitirá un oficio que señalará el período de la suspensión y el monto de la multa a aplicar, el que será notificado electrónicamente al profesional sancionado, a la Superintendencia de Salud, a los Operadores del sistema de licencias médicas electrónicas, a las COMPIN, Isapre y a las C.C.A.F.

Adicionalmente, la Superintendencia notificará a los empleadores respecto de los beneficiarios involucrados en el otorgamiento de una o más licencias sin fundamento médico. Dicha comunicación se efectuará al correo electrónico que, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 9 quinquies de la Ley N°20.585, haya sido informado a la Superintendencia por instituciones tales como Operadores del sistema de licencia médica electrónica, PREVIRED, C.C.A.F., entre otros.

Los Operadores del sistema de licencias médicas electrónicas deberán inhabilitar al profesional sancionado en el mismo día en que recepcionen el oficio que señala el periodo de la suspensión. Lo anterior, sin perjuicio de que la Superintendencia de Seguridad Social dispondrá de un mecanismo para efectuar directamente estas suspensiones en los sistemas de los operadores de licencias médicas electrónicas.

Respecto a la multa impuesta, ésta debe ser pagada por el profesional en la Tesorería General de la República en el plazo de quince días hábiles desde que la resolución se encuentre firme, debiendo remitir los comprobantes de pago a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del quinto día de efectuado el pago.

2.8 EMISIÓN DE LICENCIAS MÉDICAS DURANTE EL PERÍODO DE SUSPENSIÓN

En caso que la Superintendencia de Seguridad Social tome conocimiento que un profesional sancionado ha otorgado una o más licencias médicas durante el período en que su facultad para emitir licencias se encuentra suspendida por aplicación de lo dispuesto en el artículo 5° de la Ley N°20.585, podrá aplicar una multa de 50 UTM la cual se incrementará en 10 UTM por cada licencia adicional otorgada, hasta el máximo de 300 UTM.

Para estos efectos, la Superintendencia extraerá desde el sistema de información de licencias médicas electrónicas, los antecedentes sobre las licencias emitidas por el profesional durante el período de suspensión y lo notificará mediante correo electrónico para que éste efectúe sus descargos dentro del plazo de tres días hábiles. La notificación se realizará conforme a lo dispuesto en el numeral 4.1, del Título I, de este Libro.

El procedimiento señalado será sustanciado a través del Sistema de Procedimiento Administrativo Electrónico (PAE) de la Superintendencia de Seguridad Social.

Habiéndose efectuado los descargos o habiendo transcurrido el plazo señalado anteriormente, sin que el profesional haya efectuado sus descargos, la Superintendencia de Seguridad Social emitirá la respectiva Resolución de sobreseimiento o de aplicación de la multa correspondiente, según corresponda, de acuerdo a los descargos formulados.

La Superintendencia de Seguridad Social deberá informar a la Superintendencia de Salud las sanciones que imponga, dentro del plazo de tres días hábiles desde que esté firme la resolución. Asimismo, se informará este hecho, dentro del plazo señalado, a COMPIN, Isapre y C.C.A.F., para efectos de que procedan al rechazo de las licencias médicas emitidas durante el período de suspensión, ya sea como primer dictamen o redictamen, según corresponda. En estos casos no se deberá cursar el pago del subsidio respectivo o bien se deberá requerir la restitución del subsidio, en caso que ya hubiere sido pagado.

La determinación de la cuantía de la respectiva multa se realizará de acuerdo a la Tabla N°2 del Anexo N°1 "Tablas para la determinación de las sanciones que la Superintendencia de Seguridad Social puede imponer conforme a la Ley N°20.585", de este Título.

2.9 SITUACIONES ESPECIALES

A) RESPONSABILIDAD FUNCIONARIA

En virtud del artículo 7° de la Ley N°20.585, en caso que el profesional otorgue licencias médicas sin fundamento en el ámbito de su práctica profesional, tanto pública como privada, estando afecto al Estatuto Administrativo, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, Estatuto del Personal de las Fuerzas Armadas, Estatuto del Personal de Carabineros de Chile, Estatuto Administrativo de Funcionarios Municipales, Estatuto para los médico-cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas u otra norma estatutaria que haga aplicable el Estatuto Administrativo, despliega una conducta que podrá ser considerada una vulneración al principio de la Probidad Administrativa que dará origen a la responsabilidad funcionaria que corresponda, previa instrucción del procedimiento pertinente conforme al respectivo estatuto.

A la misma responsabilidad se expone aquel funcionario que, a sabiendas, participe en el otorgamiento y tramitación de licencias médicas sin fundamento o adultere los documentos que les sirven de base.

B) SUSPENSIÓN DE LA FACULTAD DE EMITIR LICENCIAS MÉDICAS DECRETADAS JUDICIALMENTE

Cuando la medida de suspensión de emisión de licencias médicas a un profesional sea determinada por una medida cautelar de carácter judicial, una condena o una suspensión condicional del procedimiento, el Operador de Licencias Médicas Electrónicas deberá hacer efectivo el bloqueo total para la emisión en todo el sistema, es decir, tanto para las COMPIN como todas las Isapre, incluso si en la resolución se hace referencia a una suspensión de carácter parcial para una o más Isapre determinadas, informando esta circunstancia a los demás Operadores y a la Superintendencia de Seguridad Social para que adopte las medidas necesarias.

Para estos efectos, los Operadores deberán proceder al bloqueo respectivo cada vez que le sean comunicadas resoluciones judiciales que establezcan una suspensión de emisión de licencias médicas, independientemente si la señalada resolución determina o no el bloqueo en forma expresa. El sistema deberá dejar constancia de que se trata del cumplimiento de una instrucción de un tribunal, haciendo referencia a la resolución que establece la medida.

C) SUSPENSIÓN DE LA FACULTAD DE EMITIR LICENCIAS MÉDICAS Y RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD

En caso de la sanción de suspensión del Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, el prestador podrá continuar con la prestación de las garantías en salud de conformidad a lo dispuesto en la Ley N°19.966, sólo para efectos del cumplimiento de la garantía de oportunidad, siempre que previamente se informe de esta suspensión a la persona beneficiaria y ésta consienta expresamente en ello.

De la misma manera, los prestadores de salud deberán informar al paciente de la alternativa de continuar su tratamiento con otro profesional, si ello fuera factible. Si lo anterior no es posible, o si la persona beneficiaria no quiere continuar su tratamiento con el profesional prestador suspendido, la Isapre o el FONASA deberán designar un nuevo profesional prestador dentro de los plazos contemplados en la respectiva garantía.

3. INVESTIGACIÓN CONTRA EL CONTRALOR MÉDICO DE ISAPRE

3.1 PROCESO DE INVESTIGACIÓN

Conforme al artículo 8° de la Ley N°20.585, la Superintendencia de Seguridad Social debe iniciar un proceso de investigación contra el contralor médico de una Isapre cuya función sea autorizar, modificar o rechazar las licencias médicas, cuando firme el rechazo o modificación de una licencia médica sin una justificación que respalde su resolución, o sin expresión de causa, siempre y cuando recepcione una denuncia del afiliado afectado o su representante, cuyo objeto serán los hechos denunciados.

La denuncia del afiliado deberá ser ingresada a través del Sistema de Procedimiento Administrativo Electrónico (PAE) de la Superintendencia, y deberá contener las siguientes menciones:

- i) La individualización completa del denunciante: nombres y apellidos, RUN, dirección de correo electrónico y dirección física.
- ii) Número o Folio de la o las licencias médicas electrónicas y si se trata de licencias médicas en papel, debe acompañarse copia legible de la licencia médica por ambas caras.
- iii) Identificación del contralor médico denunciado: nombres y apellidos, RUN, e Isapre a la cual pertenece.
- iv) Resolución por la que se rechaza o modifica una licencia médica sin justificación, que motiva la denuncia.
- v) Cualquier otro antecedente relevante sobre los hechos.

La resolución que dé curso a la investigación se notificará al profesional investigado y a la Isapre respectiva por correo electrónico. Para estos efectos y para verificar la calidad de contralor médico, la Superintendencia de Seguridad Social dispondrá de la información consignada en el Directorio de Médicos Contralores de Licencias Médicas de la Superintendencia de Salud.

El proceso investigativo se llevará a cabo de conformidad con lo dispuesto en el numeral 2 de este Título, en lo pertinente, teniendo a la vista los antecedentes y exámenes que se hayan aportado. Cabe destacar que, la Superintendencia puede solicitar a la Isapre, si se requiere, una evaluación presencial del paciente.

Si no se acreditan los hechos denunciados, la Superintendencia dictará la resolución de cierre de la investigación indicando sus conclusiones y señalando que se desestima la denuncia, tal resolución será notificada al correo electrónico del contralor médico investigado.

3.2 SANCIONES APLICABLES Y SU DETERMINACIÓN

En caso que se acrediten los hechos denunciados, la Superintendencia dictará, previo informe del traslado al profesional involucrado, una resolución fundada indicando las conclusiones de la investigación y las sanciones que corresponde aplicar conforme al artículo 8° de la Ley N° 20.585, debiendo considerar para su determinación el mérito de la investigación, en especial, la cantidad de licencias médicas rechazadas o modificadas sin justificación que respalde su resolución, o sin expresión de causa, en base a lo dispuesto en la tabla N°3 del Anexo N°1 "Tablas para la determinación de las sanciones que la Superintendencia puede imponer conforme a la Ley N°20.585", de este Título.

3.3 IMPUGNACIÓN DE LA RESOLUCIÓN

Respecto del acto administrativo que resuelve la reclamación en contra de un contralor médico de Isapre, se podrán deducir los recursos, en los plazos y condiciones, a que se refiere el numeral 2.6 de este Título.

3.4 EJECUCIÓN DE LAS SANCIONES IMPUESTAS POR LA SUPERINTENDENCIA Y RESPONSABILIDAD SOLIDARIA DE LAS ISAPRE

Una vez ejecutoriada la resolución, para dar cumplimiento a las sanciones impuestas, la Superintendencia emitirá un oficio que señalará el período de la suspensión y/o el monto de la multa a aplicar, el que será notificado electrónicamente al profesional sancionado, a la Isapre respectiva y a la Superintendencia de Salud.

Por su parte, la Isapre respectiva, si procede, pagará el subsidio por incapacidad laboral correspondiente, en el evento que no hubiese sido enterado con anterioridad.

El contralor médico de la Isapre deberá pagar la multa impuesta en la Tesorería General de la República, dentro del plazo de quince días hábiles desde que la resolución se encuentre firme, esto es, agotadas las instancias de recursos y reclamaciones establecidas en la Ley N°20.585 o cuando se encuentren vencidos los plazos sin que los haya hecho valer, y remitir los comprobantes de pago a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del quinto día de efectuado el pago. La Isapre respectiva es responsable solidariamente con el contralor médico respecto de la multa impuesta.

4. DENUNCIAS CONTRA EL CONTRALOR MÉDICO DE UNA COMPIN

Cuando la Superintendencia recepcione la denuncia de un afiliado contra un contralor médico de una COMPIN, por haber rechazado o modificado una licencia médica sin una justificación que respalde su resolución, o sin expresión de causa, deberá remitir la denuncia a la SEREMI de Salud de la cual dependa el respectivo contralor para efectos de que instruya el proceso disciplinario que corresponda aplicar conforme al D.F.L. N°29, de 2005, del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°18.834, sobre estatuto administrativo pudiendo ser destituido del cargo, si así lo determina la SEREMI correspondiente.

5. REGISTROS QUE DEBE MANTENER LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

5.1 REGISTRO PÚBLICO DE PROFESIONALES SANCIONADOS

La Superintendencia de Seguridad Social mantendrá en su sitio web un registro público con información de las sanciones aplicadas a los profesionales emisores de licencia médica, conforme al procedimiento investigativo señalado en el numeral 2 de este Título, que se incluirán una vez que se notifique el oficio que señale el período de la suspensión y el monto de la multa aplicada.

Los campos que incluirá el registro de profesionales sancionados están contenidos en el Anexo N°2 "Campos del Registro de Profesionales Sancionados", de este Título.

Los prestadores de salud deben publicar este registro en un área destacada de sus sitios web, por ejemplo, disponibilizando un link que redirija al registro de la Superintendencia de Seguridad Social y en un lugar físico visible al público del establecimiento de salud.

Este registro público se implementará a partir del 1 de julio de 2025 e incluirá a los profesionales habilitados para emitir licencias médicas sancionados conforme al artículo 5° de la Ley N°20.585, con anterioridad a la entrada en vigencia del registro, sólo en caso que la sanción continúe vigente y a aquellos que se sancionen con posterioridad a esa fecha.

5.2 REGISTRO DE EMISIÓN PROMEDIO DE LICENCIAS MÉDICAS

La Superintendencia de Seguridad Social mantendrá en su sitio web un registro con el promedio de emisiones de licencias médicas de cada profesional emisor, desglosado por día, mes, año, y especialidad, cuya información se actualizará cada tres meses.

Para una adecuada comprensión de los aspectos que incorporará el registro se debe precisar lo siguiente:

- a) Los datos que incluirá la primera publicación del registro abarcan las licencias médicas electrónicas emitidas durante el primer mes siguiente a la fecha de entrada en vigencia de la Ley N°21.746, independientemente del estado de tramitación posterior de las licencias otorgadas. Lo anterior, debido a que las emisiones sólo se pueden analizar estadísticamente una vez que se cuenta con la información de un mes completo, que en este caso corresponde al mes de junio de 2025
- b) Se entenderá que la expresión "promedio de emisiones desglosado por día" se refiere al promedio diario de emisiones de licencias médicas de cada profesional emisor, desglosado por mes del año, en los días en que hubo emisión efectiva. Ello para efectos de representar el promedio de emisiones diarias de manera precisa, evitando sesgos que impliquen disminuir o aumentar artificialmente el promedio.

Lo anterior, conforme al siguiente indicador:

Promedio diario = Total de licencias emitidas en el mes por el profesional emisor / número de días con emisión del profesional.

- c) Se entenderá que la palabra "especialidad" se refiere al grupo diagnóstico según clasificación conforme al código CIE-10 que consigna el profesional emisor en la licencia médica, el cual expresa la relación existente entre la emisión de la licencia médica con el respectivo diagnóstico.

El campo presentado es el diagnóstico principal que corresponde al grupo diagnóstico, según clasificación CIE-10, que concentra el mayor volumen de licencias médicas emitidas.

- d) Los campos que incluirá el registro de emisión de licencias médicas están descritos en el Anexo N°3 "Campos del Registro de Emisión de Licencias Médicas", de este Título.

6. ANEXOS



Anexo N°1: Tablas para la determinación de las sanciones que la Superintendencia de Seguridad Social puede imponer conforme a la Ley N°20.585



Anexo N°2: Campos del Registro de Profesionales Sancionados



Anexo N°3: Campos del Registro de Emisión de Licencias Médicas

TÍTULO III. FISCALIZACIÓN DEL EJERCICIO LEGÍTIMO DEL USO DE LICENCIA MÉDICA POR LAS COMPIN E ISAPRE

1. NORMATIVA APLICABLE

Conforme al artículo 16 del D.S. N°3, de 1984, del Ministerio de Salud, las COMPIN e Isapre, son los organismos encargados de autorizar, modificar o rechazar las licencias médicas, a través de las contralorías médicas respectivas de cada organismo, debiendo dejar constancia de ello en la resolución o pronunciamiento respectivo, con sus fundamentos.

En concordancia con lo anterior, los artículos 48 y 49 del Decreto mencionado, asignan a las COMPIN y las Isapre, el deber de fiscalizar el ejercicio legítimo del derecho a licencia médica. Para lo anterior, el profesional emisor tiene la obligación de poner a disposición de las respectivas contralorías médicas, los antecedentes clínicos que se encuentren en su poder, en caso que éstos sean requeridos para el mejor resolver de dichas contralorías.

En este contexto, la autorización de una licencia médica deviene en efectos relevantes, a saber, constituye para el trabajador un documento oficial que justifica la ausencia a sus labores o la reducción de su jornada laboral, durante un determinado tiempo y, eventualmente, habilita a percibir el subsidio o remuneración que proceda, según el caso. Asimismo, su rechazo y modificación privan o alteran el acceso de los trabajadores a los efectos señalados.

Por lo anterior, la Ley N°20.585, en sus artículos 2° y 3°, establece facultades tanto para las COMPIN como para las Isapre. En efecto, el citado artículo 2° dispone que las COMPIN podrán solicitar a los profesionales habilitados para emitir licencias médicas que se encuentren sometidas a su conocimiento, la entrega o remisión de los antecedentes o informes complementarios que las respalden, así como también citar a los profesionales a una audiencia para aclarar aspectos del otorgamiento de la o las licencias. A su vez, el referido artículo 3° establece que las Isapre podrán solicitar a los profesionales habilitados, que emitan licencias médicas, la entrega o remisión de los antecedentes o informes complementarios que las respalden.

Considerando la labor fiscalizadora de las COMPIN e Isapre respecto al ejercicio legítimo del derecho a licencia médica, dichas instituciones deberán adoptar los resguardos necesarios para evitar que el contralor médico ejerza las tareas de contraloría sobre licencias médicas emitidas por él en su calidad de profesional emisor. Asimismo, el contralor médico tiene la obligación de inhabilitarse para conocer y pronunciarse respecto de estas licencias médicas.

2. FACULTAD DE LA COMPIN PARA SOLICITAR ANTECEDENTES SOBRE LA EMISIÓN DE LICENCIAS MÉDICAS

Las COMPIN pueden solicitar a los profesionales habilitados para emitir licencias médicas que se encuentren sometidas a su conocimiento, ya sea durante el proceso de contraloría o en una etapa posterior, la entrega o remisión de los antecedentes o informes complementarios que las respalden, dentro del plazo de diez días hábiles contado desde que se notifica la solicitud, bajo el apercibimiento legal de aplicar las multas y suspensiones que corresponda.

Asimismo, excepcionalmente y por razones fundadas, las COMPIN podrán citar a los profesionales a una audiencia para aclarar aspectos del otorgamiento de la o las licencias médicas, pudiendo ampliar el plazo señalado anteriormente, si corresponde, hasta en siete días hábiles.

En caso que el profesional no remita los antecedentes médicos solicitados, los antecedentes sean insuficientes o no concurra a la citación practicada, la licencia médica respectiva deberá ser rechazada, lo que deberá quedar consignado en los sistemas internos de la contraloría médica de COMPIN, sin perjuicio de la aplicación de las sanciones de multa y/o suspensiones establecidas en la ley.

Si la COMPIN estima que la licencia médica de que se trata fue emitida sin fundamento médico, deberá remitir los antecedentes a la Superintendencia de Seguridad Social a efectos de que inicie, en caso que corresponda, el procedimiento de investigación establecido en el numeral 2 del Título II de este Libro.

A) MEDIDAS DE APREMIO APLICABLES

En caso que el profesional no entregue los antecedentes o informes solicitados dentro de plazo o éstos fueren insuficientes, ya sea en su cantidad o en su contenido, o no asista injustificadamente a las citaciones, la COMPIN aplicará, por resolución fundada, la medida de multa de entre 10 y 50 UTM.

En casos calificados, la COMPIN podrá, además de imponer la multa señalada, suspender la venta de formularios de licencias médicas y la facultad de emitir licencias médicas electrónicas o de papel, según corresponda, hasta por 30 días hábiles, los que se renovarán automáticamente mientras persista la conducta del profesional.

Para los efectos de aplicar las sanciones de suspensión de emisión de licencias médicas, tanto electrónicas como de papel, así como la suspensión en la venta de formularios de licencias médicas por parte de una COMPIN, se entiende que constituye un caso calificado:

- i) La inasistencia de manera injustificada a una o más citaciones.

- ii) La falta de entrega de antecedentes dentro del proceso, pese a haber sido notificado y apercibido a lo menos, en dos oportunidades respecto de un mismo requerimiento de información. Esto último debe precisarse y fundamentarse en la respectiva resolución que impone la sanción.
- iii) La falta de entrega de antecedentes dentro del proceso, pese a haber sido notificado y apercibido a lo menos en una oportunidad, en caso que el profesional haya sido sancionado anteriormente. Esto último debe precisarse y fundamentarse en la respectiva resolución que impone la sanción.

B) DETERMINACIÓN DE LAS MEDIDAS DE APREMIO

Para efectos de determinar la medida de apercibimiento de multa y, si correspondiere, la suspensión de la facultad de emitir licencias médicas, la COMPIN deberá considerar, especialmente, los siguientes criterios, sin perjuicio de contemplar otros que estime relevante para el caso:

- i) Número de licencias médicas respecto de las cuales se solicitaron los antecedentes.
- ii) Grado de incumplimiento.
- iii) Conducta anterior del profesional.

Para efectos de fundamentar la resolución que aplique la medida, se deberán incluir en su contenido, tanto los criterios ya señalados como todas las consideraciones de hecho y de derecho que la COMPIN utilizó para determinarla. La misma información se deberá incluir en los sistemas de información utilizados por la COMPIN para dicho pronunciamiento.

Cuando se aplique al profesional la medida de suspensión señalada en el literal A), la COMPIN instruirá de inmediato a las entidades que operen el sistema de licencias médicas electrónicas que inhabiliten la emisión de licencias por parte de dicho profesional, indicando que se debe mantener la medida de apremio hasta que se les notifique el alzamiento. Asimismo, la COMPIN dispondrá de un mecanismo para efectuar directamente estas suspensiones en los sistemas de los operadores de licencias médicas. En todo caso, en el sistema de licencias médicas electrónicas deberá dejarse registro de que se trata de una suspensión por aplicación del artículo 2º, así como la indicación de la resolución que dispone la suspensión.

C) RECURSO DE RECLAMACIÓN

Una vez que la COMPIN notifique al profesional la resolución que impone la medida de multa y, si correspondiere, la suspensión de la facultad de emitir licencias médicas, éste podrá interponer un recurso de reclamación ante la Superintendencia de Seguridad Social, dentro del plazo de cinco días hábiles contado desde la notificación.

Dicho reclamo deberá ser ingresado, a través del sistema de Procedimiento Administrativo Electrónico (PAE) dispuesto en el sitio web de la Superintendencia de Seguridad Social, conteniendo, a lo menos, lo siguiente:

- i) La individualización completa del reclamante: nombres y apellidos, RUN, dirección de correo electrónico y dirección física.
- ii) Copia digital de la Resolución de COMPIN recurrida.
- iii) Fundamentos, hechos y circunstancias del recurso.
- iv) Cualquier otro antecedente relevante para la resolución del reclamo.

La Superintendencia comunicará a la COMPIN la interposición de estos recursos, a más tardar al día hábil siguiente de su ingreso a través del sistema PAE.

Para efectos de resolver el recurso, la Superintendencia revisará la validez de la notificación realizada por la COMPIN al profesional, la entrega de la totalidad de los antecedentes requeridos por la COMPIN al profesional, y la imposibilidad absoluta de presentar uno o más de dichos antecedentes.

La Superintendencia de Seguridad Social, en el plazo de 20 días hábiles, contado desde la interposición del recurso, deberá emitir la resolución que ponga término al procedimiento, la que deberá ser notificada a la COMPIN y al profesional recurrente a la casilla electrónica que éste hubiere ingresado en su reclamación.

D) TÉRMINO DEL PROCEDIMIENTO

En caso que el recurso de reclamación sea resuelto a favor del profesional, se dejarán sin efecto las multas cursadas y cesará la suspensión aplicada.

En caso contrario, el profesional deberá pagar la multa impuesta por la COMPIN en la Tesorería General de la República dentro del plazo de diez días hábiles, contado desde la fecha en que la resolución que la impone quede firme. Se entenderá que la resolución se encuentra firme una vez que se encuentre vencido el plazo sin que el interesado haya

hecho valer el recurso de reclamación a que se refiere el artículo 2° de la Ley N°20.585 o bien, si se hubiere interpuesto dicho recurso, desde la fecha de notificación de la resolución que lo resolvió.

La COMPIN deberá informar a la Superintendencia de Salud las sanciones que imponga, dentro del plazo de tres días hábiles desde que se encuentre firme la resolución que las dispone.

3. FACULTAD DE LAS ISAPRE PARA SOLICITAR ANTECEDENTES

Conforme al artículo 3° de la Ley N°20.585, las Isapre están facultadas para solicitar a los profesionales habilitados para emitir licencias médicas, la entrega o remisión de antecedentes o informes complementarios que respalden las licencias que hayan emitido. No obstante, cuando el profesional no proporcione los antecedentes solicitados, la Isapre puede informar este hecho a la COMPIN requiriendo que aplique, en lo pertinente, el procedimiento señalado en el numeral 2, de este Título.

En caso que el profesional no remita los antecedentes médicos solicitados, los antecedentes sean insuficientes o no concurra a la citación practicada, la licencia médica respectiva deberá ser rechazada, sin perjuicio de la aplicación de las sanciones de multa y/o suspensión establecidas en la ley.

Si la Isapre sospecha que la emisión de una licencia médica ha sido efectuada con ausencia de fundamento médico, podrá denunciar este hecho ante la Superintendencia de Seguridad Social, a fin de que esta última entidad pondere la procedencia de iniciar la investigación a que se refiere el numeral 2, del Título II de este Libro.

TITULO IV. MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EL OTORGAMIENTO Y TRAMITACIÓN DE LICENCIA MÉDICA ELECTRÓNICA

1. ENROLAMIENTO DE PROFESIONALES QUE OPEREN EN EL SISTEMA DE LICENCIAS MÉDICAS ELECTRÓNICAS

Para efectos de estas instrucciones, se entiende por enrolamiento al procedimiento de registro y habilitación de un profesional en el sistema de licencias médicas electrónicas, y que le permite la emisión de licencias médicas a través del referido sistema.

El enrolamiento para la emisión de licencias, en el sistema de licencias médicas electrónicas, puede ser efectuado presencialmente por el propio Operador del sistema de licencias médicas electrónicas (LME), tratándose de prestadores individuales, o por el prestador institucional que haya suscrito un convenio con el Operador, respecto de aquellos profesionales que presten funciones en dicha entidad. El enrolamiento también puede efectuarse a través de medios remotos, en la medida que se establezcan mecanismos que permitan identificar al profesional que se registra en el sistema.

El Operador, para efectos de la identificación de los profesionales que se enrolen por medios remotos, debe definir mecanismos de autenticación seguros y robustos cuyo objeto es individualizar en forma inequívoca al profesional de la salud, cumpliendo con todos los resguardos para mitigar el riesgo de suplantación de identidad y/o fraude. Asimismo, el Operador debe guardar registro y medios de verificación de dicha gestión, los que pueden ser requeridos por esta Superintendencia u otras entidades competentes.

Adicionalmente, el Operador puede suscribir convenios con la Subsecretaría de Salud Pública, Fondo Nacional de Salud, Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Instituciones de Salud Previsional o Cajas de Compensación de Asignación Familiar, en la medida que dichas instituciones consintieren en ello, para efectuar el proceso de enrolamiento presencial a través de alguna de estas entidades.

El prestador institucional debe designar una o más personas que contarán con el perfil de administrador en el sistema, quienes serán los únicos habilitados para efectuar el procedimiento de enrolamiento de profesionales, los que, en virtud de ese enrolamiento, sólo estarán habilitados para emitir licencias para dicho prestador institucional. Lo anterior, sin perjuicio que, a través de otros enrolamientos, el profesional se encuentre habilitado para emitir licencias para otros prestadores institucionales, o bien como prestador individual.

Para estos efectos, el Operador debe implementar los controles que se le aplicarán a la persona que utilizará el perfil de administrador en el sistema, los que como mínimo, deben consistir en:

- a) Formalidad en la designación de la persona que cumplirá el perfil administrador.
- b) Autenticar a la persona que cumplirá el perfil de administrador.
- c) Formalización de cambios en la designación de las personas con perfil de administrador (cambio de funciones, renuncia, despidos, cambios de trabajo, fallecimientos, u otros).
- d) Los profesionales enrolados por este perfil de administrador de sistema serán asociados al mismo prestador institucional.
- e) El administrador de sistema debe suscribir un acuerdo de confidencialidad y fiel cumplimiento de sus funciones.

Respecto de los prestadores individuales, el Operador debe individualizar a sus funcionarios habilitados para realizar el procedimiento de enrolamiento en el sistema. En ambos casos, se debe dejar registro histórico de la persona que ha efectuado el enrolamiento de un determinado profesional. En el caso del enrolamiento remoto la responsabilidad de dicho proceso recaerá siempre en el funcionario habilitado para ello.

2. MEDIDAS QUE DEBEN ADOPTAR LOS OPERADORES DE LICENCIA MÉDICA ELECTRÓNICA EN LA FASE DE ENROLAMIENTO

A) REQUISITOS FORMALES PARA EL ENROLAMIENTO

Cada Operador de LME debe exigir, como mínimo, el cumplimiento de los siguientes requisitos formales a los/las profesionales que requieran su enrolamiento en el sistema:

- a) El profesional debe contar con cédula de identidad vigente emitida por el Servicio de Registro Civil de Chile. Excepcionalmente, se puede enrolar en el sistema a profesionales con un RUT provisorio, previamente autorizados para desempeñarse por el Ministerio de Salud, circunstancia que debe ser acreditada por el respectivo profesional de forma previa a su enrolamiento en el sistema.
- b) El profesional debe estar inscrito en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud (RNPI).
- c) Comprobante de domicilio (cuenta de luz o agua, teléfono, internet, u otro de similares características) que valide la dirección otorgada por el prestador.
- d) Validación de datos de contactabilidad a través de mail y de teléfono, en donde se verifique que dichos datos son válidos y que correspondan al profesional.

B) OBLIGACIÓN DE VERIFICACIÓN DE LA IDENTIDAD DEL PROFESIONAL QUE SE ENROLA Y DE SUS DATOS BIOMÉTRICOS

Los Operadores de LME tendrán la obligación de verificar la identidad del profesional que se enrola en el sistema, así como también que los datos biométricos que se registran para acceder y firmar la licencia médica electrónica, corresponden a dicho profesional.

Para lo anterior, los Operadores deben implementar un mecanismo que permita verificar que los datos biométricos del profesional, así como también validar que los datos civiles que se registran al momento del enrolamiento corresponden al profesional registrado en el Registro Nacional de Prestadores Individuales. En caso de no contar con dicho mecanismo, o bien cuando éste no cuente con información para validar los datos biométricos del profesional, el enrolamiento debe efectuarse presencialmente, siendo responsabilidad de la persona habilitada para efectuar dicha gestión, la verificación de la identidad del profesional.

Tratándose del registro de huella dactilar, los Operadores deben contar con un protocolo para gestionar aquellas solicitudes en que se requiere la atenuación para facilitar el acceso al sistema. Adicionalmente, los Operadores deben mantener un registro con el listado de profesionales que hayan efectuado esta solicitud, incluyendo la identificación del profesional, la fecha de la solicitud y la fecha en que se concretó la gestión en el sistema.

C) OBLIGATORIEDAD DE CAMBIAR LA CLAVE DE ACCESO AL SISTEMA DE LME

En los casos en que el acceso al sistema sea con clave, los profesionales que tengan la calidad de enrolados en el sistema de licencia médica electrónica, por motivos de seguridad, tendrán la obligación de cambiar dicha clave de acceso al momento de ingresar al sistema por primera vez, debiendo, además, establecerse un procedimiento de actualización obligatoria de la clave a lo menos cada seis meses.

D) RESPALDO DE ANTECEDENTES QUE DEBEN REALIZAR LOS OPERADORES DE LME

Los Operadores de LME deben establecer como mecanismo obligatorio, que los sistemas utilizados, junto con permitir el registro y seguimiento íntegro de las operaciones realizadas, generen archivos que permitan respaldar los antecedentes de cada operación, necesarios para efectuar cualquier examen o certificación posterior, los que, como mínimo, deben considerar la certificación del médico y paciente que actúan en la emisión de la LME, con la fecha y hora en que se realizó la emisión, el registro de las novedades involucradas en el procesamiento de la LME, señalando fecha y hora en que ocurrió y el usuario que lo generó, contenido de los mensajes e identificación de mecanismos de verificación o cotejo posterior.

En todo caso, el Operador de LME debe emitir, cuando corresponda, el respectivo certificado de indisponibilidad que permita dejar registro de las caídas que experimente el sistema.

E) EXIGENCIA DE PROTOCOLOS

Los Operadores de LME deben establecer el proceso de enrolamiento remoto y reenrolamiento, en su caso, mediante un protocolo que especifique los pasos, requisitos y responsables del referido proceso.

F) MECANISMOS DE AUTENTICACIÓN Y PERFIL DE SEGURIDAD

Los Operadores deben contar con mecanismos de autenticación seguros, que permitan individualizar en forma inequívoca al profesional que se adscribe al sistema, se enrola o registra y emite LME.

Asimismo, el sistema debe proveer un perfil de seguridad que garantice que las operaciones sólo puedan ser realizadas por personas debidamente autorizadas para ello, debiendo resguardar, además, la privacidad o confidencialidad de la información transmitida o procesada por ese medio.

Además, los procedimientos deben impedir que las personas que intervengan en el flujo desconozcan la autoría de las transacciones o mensajes y la conformidad de su recepción, debiendo utilizarse métodos de autenticación seguros para el acceso al sistema y al tipo de operación, que permitan velar por su autenticidad e integridad.

G) CANAL DE COMUNICACIÓN

Los Operadores deben mantener permanentemente abierto y disponible un canal de comunicación que permita al usuario o al prestador institucional ejecutar o solicitar el bloqueo de cualquier operación que intente efectuarse utilizando sus medios de acceso o claves de autenticación. Cada sistema que opere en línea y en tiempo real, debe permitir dicho bloqueo también en tiempo real.

3. GESTIÓN DEL RIESGO DE FRAUDE

Los Operadores de LME deben contar con sistemas o procedimientos que permitan identificar, evaluar, monitorear y detectar, en el menor tiempo posible, aquellas operaciones con patrones de fraude, de modo de marcar o abortar actividades u operaciones potencialmente fraudulentas, para lo cual deben establecer y mantener, de acuerdo a la dinámica de los fraudes, patrones conocidos de estos y comportamientos que no estén asociados al cliente.

Estos sistemas o mecanismos deben permitir tener una vista integral y oportuna de las operaciones del profesional enrolado, de personas no enroladas (por ejemplo, en los intentos de acceso), de los puntos de acceso (por ejemplo, direcciones IP), de frecuencia de emisión, de control de sesiones únicas, de mecanismos que impidan utilización de robots o procesos automatizados que simulen acciones humanas. En concreto, los Operadores de LME deben hacer el seguimiento y correlacionar eventos y/o fraudes a objeto de detectar otros fraudes, puntos en que estos se cometen, manera en que se realizan estas operaciones, y puntos de compromisos, entre otros.

Asimismo, para reducir la probabilidad de materialización de riesgos debido a fraudes, los Operadores deben establecer un programa de gestión del riesgo de fraude, que comprenda las siguientes actividades:

A) ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN

Los operadores deben contar con una política de prevención de fraude, sujeta a un proceso de mejora permanente, debiendo incorporar una metodología de fortalecimiento del control interno y definir actividades de monitoreo que midan su aplicación y efectividad. La política debe establecer quién es el responsable de gestionar el riesgo de fraude en la entidad, las actividades de prevención, detección e investigación y respuesta del fraude y las responsabilidades que el personal de todos los niveles de la entidad debe tener respecto a la gestión del riesgo de fraude.

Adicionalmente, los Operadores deben establecer instancias de gestión y monitoreo del riesgo de fraude, además de controles para prevenir, detectar y responder ante eventos de fraudes. De la misma manera, los Operadores deben asumir las siguientes responsabilidades en relación con la gestión del riesgo de fraude:

- a) Propiciar un ambiente laboral positivo, con el objetivo de evitar incentivos, presiones o motivaciones que puedan inducir a los empleados al fraude.
- b) Identificar riesgos de fraude, con el objetivo de establecer controles que permitan mitigarlos.
- c) Desarrollar una política y procedimiento de gestión de personas que contemple la contratación, inducción y finiquito de personal, con un enfoque alineado en la prevención del fraude.
- d) Implementar procedimientos y mecanismos para monitorear áreas de riesgo.
- e) Implementar un sistema de control interno robusto con el objetivo de evitar las oportunidades o condiciones que faciliten la comisión de fraudes.
- f) Establecer sistemas que permitan la generación de información completa, fiable y oportuna para efectuar análisis preventivos.
- g) Evaluar los eventuales riesgos que se generen cada vez que el Operador realice cambios en su estructura, sistemas, procesos, procedimientos, personas y proveedores de servicios externos.

B) ACTIVIDADES DE DETECCIÓN

a) Detección temprana

Los Operadores deben implementar mecanismos de detección de fraudes en los procesos que desarrollan, lo que comprende mecanismos tales como:

- Análisis de datos que permitan la identificación de patrones o esquemas de comportamientos anómalos, a través de sistemas informáticos adecuados, especializados en el análisis de datos masivos y sus relaciones.
- Pruebas de cumplimiento de controles.
- Mecanismos anónimos de comunicación de potenciales fraudes.

A partir de lo anterior, los Operadores deben generar una base de conocimientos con información de los profesionales registrados en su base de datos y desarrollar indicadores o alertas de fraude.

A su vez, los Operadores deben desarrollar, cada seis meses, procedimientos de actualización de la información personal de los profesionales registrados en el sistema de licencias médicas electrónicas, considerando para ello a lo menos el domicilio, datos de contacto, correo electrónico, número telefónico y actualización de la clave. Este procedimiento tendrá el carácter de obligatorio y su omisión impedirá a los profesionales continuar operando en el sistema.

b) Auditoría interna

Los Operadores deben desarrollar un plan anual de auditoría interna, que considere la evaluación de la eficiencia de los controles implementados en los procesos con mayor riesgo de fraude.

c) Responsable de la gestión del riesgo de fraude.

Los Operadores deben contar con un responsable de la administración del riesgo de fraude, quien debe asumir las siguientes funciones:

- Administrar el canal de denuncias.
- Comunicar la información recibida de acuerdo a los protocolos y políticas de escalamiento establecidos en la entidad.
- Llevar adelante la investigación del potencial fraude.
- Diseñar medidas o protocolos de acción tendientes a tratar situaciones anómalas que puedan ser indicios de fraude.
- Participar en la planificación del programa de prevención de fraude y efectuar su seguimiento.
- Registrar y clasificar las denuncias o reclamos cuyo análisis pueda revelar señales o indicios de fraude.
- Evaluar la efectividad de los procedimientos para recepcionar y tratar las denuncias o reclamos.
- Proponer medidas correctivas en los controles antifraude.

El responsable de la administración del riesgo de fraude debe contar con la capacitación y los conocimientos necesarios para llevar a cabo las funciones antes señaladas.

d) Canal de denuncias

Los Operadores deben implementar un canal de denuncias o línea ética para registrar eventos, que permita alertar oportunamente, detectar e investigar un posible fraude. El canal de denuncias o línea ética, debe garantizar el anonimato y seguridad en la entrega de información.

C) ACTIVIDADES DE RESPUESTA

Los Operadores deben desarrollar protocolos de investigación interna o externa, escalamiento del fraude, resguardo de las pruebas para posteriores procedimientos judiciales, aplicación de sanciones, así como un plan de respuesta antifraude. Dicho protocolo debe contener al menos los niveles jerárquicos a ser notificados, los plazos máximos de notificación, las sanciones y los mecanismos de respaldo de la información.

Los Operadores deben informar a esta Superintendencia, los hechos potencialmente constitutivos de fraude que detecten y que afecten al sistema de licencias médicas electrónicas, dentro de las 24 horas siguientes a su detección.

A su vez, los Operadores deben evaluar la aplicación de sanciones internas y comunicarlas al personal cuando se hayan aplicado, sin perjuicio de efectuar la denuncia al Ministerio Público, en su caso, y evaluar la interposición de las acciones judiciales que resulten pertinentes.

Respecto de los posibles fraudes detectados, los Operadores deben analizar los controles que se hayan vulnerado y

aplicar las medidas correctivas que procedan.

4. CONSULTA AL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES INDIVIDUALES

Los Operadores de LME deben implementar un procedimiento de consulta al Registro Nacional de Prestadores Individuales, al menos una vez al día cuando el profesional se loguee para operar en el sistema de LME, a fin de verificar que mantiene registro vigente.

En caso que no cuente con registro vigente en el señalado Registro, se debe inhabilitar temporalmente el acceso al sistema hasta que el profesional regularice dicha situación.

Si por cualquier causa no imputable al Operador, éste se encontrare impedido de consultar el Registro Nacional de Prestadores Individuales, se permitirá la emisión de licencias médicas sin la verificación antes señalada, dejando constancia de la fecha y hora en que realizó la consulta y del respaldo que acredite que ésta no se pudo efectuar por una causal no imputable al Operador.

5. INHABILITACIÓN PREVENTIVA DEL REGISTRO

Si el Operador observa cualquier anomalía respecto de la autenticidad de la información registrada por el profesional o bien cuando éste presente un comportamiento inhabitual en la emisión de licencias médicas, ya sea por su cantidad, frecuencia de emisión o anulación, o lugar desde el que se otorga, el Operador debe inhabilitar preventivamente al profesional, debiendo comunicarle dicha circunstancia a éste y, en caso de corresponder, al prestador institucional, y requerirle que efectúe un nuevo proceso de enrolamiento presencial, bajo el apercibimiento de mantener la inhabilitación del registro mientras no cumpla con esta obligación.

El Operador debe mantener un registro de las inhabilitaciones preventivas que hubiere efectuado, en el que se indique, como mínimo, la identificación del profesional, la fecha y hora en que se efectuó la inhabilitación, la fecha y hora en que se rehabilitó el acceso al profesional, la causa por la que se efectuó la inhabilitación preventiva y el mecanismo utilizado para validar la identidad del profesional y rehabilitar su acceso.

El referido registro debe disponibilizarse para consulta de la Superintendencia de Seguridad Social.

6. BLOQUEO DEL REGISTRO POR APLICACIÓN DE LAS SANCIONES ESTABLECIDAS EN LA LEY N°20.585

Sin perjuicio de las instrucciones contenidas en el Título II de este Libro VI, los Operadores deben dar cumplimiento a la suspensión de la facultad de emitir licencias médicas que se imponga a un profesional como resultado de la aplicación de los procedimientos establecidos en la Ley N°20.585.

Para estos efectos, la Superintendencia de Seguridad Social o la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, según corresponda, comunicarán a los Operadores el periodo por el cual se debe aplicar la referida suspensión. A su vez, el o los Operadores en los cuales se encuentre registrado el profesional, procederán a bloquear su registro por el periodo en que se extienda la suspensión, comunicando dicha circunstancia, además, al prestador institucional.

Por su parte, aquellos Operadores en los que el profesional no se encuentre registrado, deben establecer los resguardos necesarios para impedir que el profesional se enrole en el sistema durante el periodo en que se encuentre suspendido.

Los Operadores deben disponer un mecanismo que permita a la Superintendencia de Seguridad Social y a las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, según corresponda, verificar que la suspensión de la facultad de emitir licencias médicas se ha materializado en tiempo y forma, a través del bloqueo del registro en el sistema de licencias médicas electrónicas.

Además, el Operador debe disponibilizar mecanismos para que los bloqueos y desbloqueos puedan ser gestionados directamente por las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez o la Superintendencia de Seguridad Social, según corresponda, respecto de los profesionales que éstas hayan sancionado.

7. RESPONSABILIDADES DE LOS OPERADORES DE LICENCIA MÉDICA ELECTRÓNICA EN LA GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Los Operadores de licencia médica electrónica deben implementar medidas técnicas y de organización para gestionar los riesgos de seguridad de la información y ciberseguridad de las redes, equipos y sistemas que utilizan para la administración del sistema de licencia médica electrónica, especialmente en lo referente al enrolamiento de profesionales y en la emisión de licencias médicas electrónicas.

Los Operadores de licencia médica electrónica determinarán las medidas de gestión que garanticen la disponibilidad, integridad y confidencialidad de la información, de conformidad con la complejidad de sus operaciones, los riesgos asociados, la tecnología disponible y la normativa vigente.

Para establecer un adecuado sistema de gestión de seguridad de la información, se recomienda que los Operadores de licencia médica electrónica considere los siguientes aspectos:

- a) Contar con una política de seguridad de la información y ciberseguridad definida al interior del Operador de licencia médica electrónica, establecida por el Directorio o la Dirección Institucional. Para estos efectos puede implementar el estándar para la seguridad de la información ISO/IEC 27001 u otro estándar de análoga naturaleza.
- b) Realizar un levantamiento de los activos de información críticos existentes en el Operador asegurando que la información reciba el nivel de protección adecuado de acuerdo con su importancia para la organización. En particular aquellos sistemas relevantes para el soporte de las operaciones y procesos críticos que involucran la adecuada emisión de licencias médicas electrónicas, con el fin de resguardar la información interna, así como también la de carácter externa.
- c) Conocer los riesgos críticos de las tecnologías de la información identificando los que afecten la seguridad de la información y ciberseguridad, pudiendo implementar como buena práctica un sistema de gestión de riesgos y mejora continua.
- d) Establecer anualmente el nivel de riesgos aceptado por el Operador en materia de tecnologías de información, considerando además los niveles de disponibilidad mínimos para asegurar la continuidad operacional.
- e) Informar a la organización respecto a los lineamientos principales de la entidad frente a la seguridad de la información.
- f) Adoptar las recomendaciones entregadas, en su caso, por auditores externos e internos respecto de esta materia.
- g) Contar con el apoyo del área de riesgos existente, procurando que dicha área se involucre en materia de valorización, identificación, tratamiento y tolerancia de los riesgos propios del ambiente de tecnologías de la información a los que se expone el Operador por los distintos factores en que se desenvuelve.
- h) Identificar las amenazas más relevantes a las que se expone el Operador ante eventuales ciberataques y evaluar el impacto organizacional que conlleva la vulnerabilidad e indisponibilidad de estos activos de información.
- i) Mantener un registro formalmente documentado de los sistemas de información existentes al interior del Operador, señalando el proceso de negocio que gestiona el área usuaria, identificación de la base de datos y sistema operativo que soporta el aplicativo.

TÍTULO V. GESTIÓN DE RIESGO DE OBTENCIÓN IMPROCEDENTE DE BENEFICIOS

1. DEFINICIONES

Para efectos de las presentes instrucciones, se entiende por obtención impropia de beneficios, la autorización de una licencia médica o el pago del subsidio por incapacidad laboral derivado de ésta, sin cumplir los requisitos legales o reglamentarios para ello, mediante la presentación de antecedentes o documentos que no se corresponden con la situación real del solicitante.

La obtención impropia de beneficios puede ser cometida tanto por personas naturales en calidad de beneficiarios, como por personas naturales o jurídicas que actúen como entidades empleadoras, así como por profesionales o prestadores que intervengan en la emisión o tramitación de licencias médicas irregularmente sin cumplir con los requisitos exigidos para ello.

La obtención impropia de beneficios en una Isapre o COMPIN puede tener un impacto negativo en su reputación, comprometiendo la confianza de los afiliados y beneficiarios. Esto puede afectar directamente los beneficios de la seguridad social, erosionando la credibilidad tanto de la entidad como del Sistema de Salud, en su conjunto.

Por lo anterior, tanto las COMPIN, a través de la Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMI de Salud), como las Isapres deberán adoptar un enfoque preventivo y estructurado para la gestión del riesgo de obtención impropia de beneficios, alineado con el apetito de riesgo vigente y articulado con los sistemas de gestión de riesgos ya implementados, y con la información y antecedentes disponibles al interior de cada una de dichas instituciones.

2. GESTIÓN DEL RIESGO DE OBTENCIÓN IMPROCEDENTE DE BENEFICIOS

Las COMPIN, a través de la SEREMI de Salud respectiva, y las Isapres, con la información disponible, deberán establecer un sistema integral de gestión del riesgo de obtención impropia de beneficios o de recursos que contemple, al menos, las siguientes fases críticas: prevención, detección, respuesta y reporte.

Este sistema deberá estar alineado con los sistemas de gestión de riesgos ya implementados y deberá considerar el uso de herramientas tecnológicas adecuadas, basadas en ciencia de datos, para su identificación y mitigación.

Además, el sistema complementará la evaluación de los riesgos operacionales y sus definiciones, para así identificar las áreas más vulnerables dentro de los procesos, líneas de negocio y áreas organizacionales de la entidad, que puedan ser

afectadas por el riesgo de obtención impropia de beneficios.

El enfoque adoptado por las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y por las Isapres, podrá estar basado en el uso de estándares internacionales o hacer referencia a alguno de ellos, considerando las buenas prácticas existentes, y garantizando una gestión estructurada y proactiva del riesgo de obtención impropia de beneficios. Esto implica la evaluación continua de los riesgos, la implementación de controles específicos y el uso de análisis de datos para la detección temprana de patrones sospechosos, así como la respuesta oportuna y el seguimiento de cualquier obtención impropia de beneficios detectados o materializados.

La gestión del riesgo de obtención impropia de beneficios deberá considerar, como mínimo, los siguientes aspectos:

- a) Desarrollo e implementación de la Política de Gestión del Riesgo: Las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deben desarrollar una política clara y detallada que establezca las directrices para la prevención, detección y respuesta ante obtención impropia de beneficios. Esta política debe estar alineada con las normativas vigentes y los estándares internacionales de buenas prácticas.

Las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deben desarrollar e implementar procedimientos específicos para aplicar la política de gestión del riesgo de obtención impropia de beneficios en los procesos y líneas de negocio considerados como vulnerables por la organización, con flexibilidad en la metodología que adopte. Para lo anterior, deberán efectuar un levantamiento de actividades con riesgo crítico y sus mitigadores e incorporarlos en su matriz de riesgos interna. Esto incluye la creación de controles preventivos, mecanismos de detección y protocolos de respuesta.

- b) Revisión periódica de la Política de Gestión del Riesgo: La Política de Gestión de Riesgo de obtención impropia de beneficios deberá ser revisada anualmente, adecuándose a los escenarios cambiantes de este tipo de riesgo.

Asimismo, se deben efectuar evaluaciones periódicas del riesgo de obtención impropia de beneficios en todas las líneas de negocio y procesos, identificando las áreas más vulnerables y adaptando los controles según sea necesario para mitigar estos riesgos.

- c) Promoción de una Cultura Ética: Las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deben promover una cultura organizacional basada en la ética, fomentando la transparencia en todas las operaciones relacionadas con la tramitación de licencias médicas y el pago del subsidio por incapacidad laboral. Esto incluye la implementación de programas de capacitación y concientización para todos los niveles de la institución.

- d) Monitoreo y revisiones: Se debe implementar y mantener un sistema de monitoreo continuo del riesgo de obtención impropia de beneficios y desarrollar revisiones internas para la detección de actividades sospechosas y la evaluación de la efectividad de los controles existentes dentro del sistema de gestión del riesgo de obtención impropia de beneficios. Esto incluye el uso de herramientas tecnológicas idóneas para el análisis de datos, la detección de patrones anómalos, y la identificación temprana de riesgos emergentes.

- e) Gestión de Incidentes: Las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deben gestionar los incidentes de obtención impropia de beneficios que se detecten, incluyendo la recolección de antecedentes, la coordinación de investigaciones internas y externas, su reporte y denuncia, así como la implementación de medidas correctivas.

- f) Establecimiento de Canales de Denuncia: Se debe garantizar la existencia de uno o más canales de denuncia, seguros y confidenciales que permitan a los trabajadores, afiliados y otros a reportar actividades tendientes a la obtención impropia de beneficios.

3. ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN

3.1 POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO DE OBTENCIÓN IMPROPIA DE BENEFICIOS O DE RECURSOS

Las Compin a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deben desarrollar y mantener una política de gestión del Riesgo de obtención impropia de beneficios clara y comprensiva, que esté alineada con los estándares internacionales y la normativa vigente.

Esta política debe, al menos, incluir:

- a) Directrices claras: Establecer qué comportamientos serán considerados como un indicio o una señal de una posible obtención impropia de beneficios, debiendo contener un catálogo no taxativo de éstos.
- b) Difusión y capacitación: Asegurar que los trabajadores o funcionarios estén familiarizados con la Política de Gestión de Riesgo de obtención impropia de beneficios, mediante programas de capacitación y comunicación continua y la realización de programas de comunicación continua para sus grupos de interés.
- c) Actualización Continua: La política de gestión de Riesgo de obtención impropia de beneficios debe ser revisada y actualizada al menos anualmente, para reflejar cambios en las formas de realización, la legislación y normativa, el

3.2 EVALUACIÓN DE RIESGOS

Las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deben realizar evaluaciones exhaustivas y anuales del riesgo de obtención impropia de beneficios en todas sus líneas de negocio, procesos y áreas organizacionales relacionadas con la tramitación de licencias médicas y pago de subsidio por incapacidad laboral.

Esta evaluación deberá contemplar, al menos:

- a) Identificación de Procesos y líneas de negocio vulnerables: Detectar las áreas relacionadas con la tramitación de licencias médicas y pago de subsidio por incapacidad laboral más susceptibles al riesgo de obtención impropia de beneficios dentro de la organización.
- b) Matriz de Riesgos: Complementar su matriz de riesgos, categorizando y priorizando las áreas identificadas según su nivel de exposición al riesgo de obtención impropia de beneficios.
- c) Controles Preventivos: Establecer controles específicos para mitigar los riesgos de obtención impropia de beneficios identificados. Tratándose de las Isapres, estos controles deberán estar alineados con el Sistema de Prevención de Delitos que cada institución posea.

3.3 CONTROLES INTERNOS Y PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS

Las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deberán implementar un sistema de controles internos que incluyan procedimientos preventivos específicos diseñados para reducir la probabilidad o impacto de la eventual materialización del riesgo de obtención impropia de beneficios en sus procesos, líneas de negocio y áreas organizacionales relacionadas con la tramitación de licencias médicas y pago de subsidio por incapacidad laboral.

Dichos controles deberán considerar una clara separación de responsabilidades entre las distintas funciones operativas para evitar que una sola persona tenga control sobre todo el proceso de tramitación de licencias médicas y pago de subsidio por incapacidad laboral, reduciendo así el riesgo de obtención impropia de beneficios.

Asimismo, se deben requerir aprobaciones y validaciones con la robustez necesaria para transacciones y procesos de relevancia, como la concesión, cálculo y pago de subsidios por incapacidad laboral, para garantizar la legitimidad de las operaciones.

3.4 PREVENCIÓN DE OBTENCIÓN IMPROPIA DE BENEFICIOS

Para minimizar este riesgo interno, las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deberán implementar controles específicos en sus procesos, incluyendo el monitoreo periódico de los accesos, operaciones y manejo de información para los funcionarios o trabajadores en posiciones críticas, especialmente aquellos que manejan fondos, autorizan la concesión, cálculo y pago de beneficios, o tienen acceso a información sensible.

3.5 CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

La prevención de la obtención impropia de beneficios requiere una cultura organizacional que promueva la ética y la integridad. Para ello, las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres podrán al menos establecer:

- a) Programas de Capacitación Continua: Ofrecer programas de capacitación regulares a todos los trabajadores, orientados a identificar, prevenir y denunciar actividades de obtención impropia de beneficios, al menos anualmente.
- b) Sensibilización del Personal: Realizar campañas de sensibilización que refuercen la importancia de la ética en las operaciones diarias y promuevan la responsabilidad individual en la prevención de la obtención impropia de beneficios.
- c) Formación en Normativas Relevantes: Asegurar que el personal esté capacitado no sólo con las políticas y manuales que regulan los procesos internos, sino también en materia de prevención de delitos de la Ley N°20.393 y prevención del lavado de activos y financiamiento del terrorismo, de la Ley N°19.913.

3.6 INFORMACIÓN AL PÚBLICO PARA LA PREVENCIÓN

Como parte de las medidas preventivas y de respuesta, las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres

deberán mantener al público informado sobre los riesgos de obtención impropia de beneficios. Estas acciones incluyen:

- a) Campañas de Sensibilización: Desarrollar y difundir, de manera individual o en conjunto con otras entidades, campañas educativas para informar a los afiliados y al público en general sobre el riesgo de obtención impropia de beneficios, las consecuencias de incurrir en estas acciones y qué hacer si sospechan de actividades de este tipo.
- b) Publicación de Alertas y Boletines: Publicar alertas periódicas y boletines informativos en los canales oficiales de las COMPIN e Isapres, incluyendo su sitio web y redes sociales, para concientizar sobre el riesgo de obtención impropia de beneficios.
- c) Guías Prácticas para Afiliados: Proporcionar guías prácticas y fáciles de entender que expliquen el uso correcto de los beneficios y el riesgo de obtención impropia de éstos, las consecuencias de estas acciones y cómo reportar cualquier actividad sospechosa.

4. ACTIVIDADES DE DETECCIÓN

La detección oportuna es esencial para minimizar el impacto de estos eventos en las COMPIN e Isapres. Las actividades de detección deben estar diseñadas para identificar patrones sospechosos y posibles intentos de obtención impropia de beneficios antes de que se materialicen o para detectarlos lo antes posible si ya han ocurrido.

A continuación, se detallan las principales actividades de detección que al menos, deben ser consideradas en la implementación:

4.1 MONITOREO CONTINUO Y ANÁLISIS DE DATOS

Las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deben emplear herramientas tecnológicas para el monitoreo continuo de sus operaciones, utilizando análisis de datos para detectar patrones inusuales o sospechosos.

Estas actividades pueden incluir:

- a) Sistemas de Detección: Implementación de software especializado, basado en ciencia de datos, para monitorear transacciones y generar alertas ante comportamientos anómalos que puedan indicar un intento de obtención impropia de beneficios.
- b) Análisis Predictivo: Uso de técnicas de análisis predictivo para identificar patrones históricos y aplicar esos modelos para prever posibles intentos futuros.
- c) Cruces de Bases de Datos: Realización de cruces de información entre distintas bases de datos, para detectar inconsistencias o irregularidades que puedan sugerir la existencia de un intento de obtención impropia de beneficios.
- d) Seguridad de la Información y Protección de Datos: Implementación de medidas específicas para proteger la información sensible y los datos utilizados en la detección de intentos de obtención impropia de beneficios. Esto incluye la protección contra accesos no autorizados y la implementación de tecnologías de encriptación y monitoreo de sistemas informáticos, cuando corresponda.

4.2 REVISIONES PERIÓDICAS

Las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres podrán considerar la realización de revisiones internas y/o externas para detectar la obtención impropia de beneficios o de recursos. Estas revisiones deben ser exhaustivas y enfocarse en áreas críticas identificadas en las evaluaciones de riesgo. Estas actividades pueden incluir:

- a) Identificación de Procesos y líneas de negocio vulnerables: Detectar las áreas más susceptibles al riesgo dentro de la organización.
- b) Matriz de Riesgos: Complementar la matriz de riesgos categorizando y priorizando las áreas identificadas según su nivel de exposición al riesgo de obtención impropia de beneficios.
- c) Controles Preventivos: Establecer controles específicos para mitigar los riesgos de obtención impropia de beneficios identificados. Tratándose de las Isapres, dichos controles deberán estar alineados con el Sistema de Prevención de Delitos que hayan implementado.

4.3 EVALUACIÓN DE SEÑALES DE ALERTA

Las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deberán desarrollar y mantener una serie de

indicadores que actúen como señales de alerta ante posibles intentos de obtención improcedentes de beneficios. Estas señales de alerta pueden incluir, entre otros:

- a) Transacciones inusuales: Identificación de transacciones inusuales o inconsistentes que podrían indicar la presencia de actividades desarrolladas con el fin de obtener en forma improcedente beneficios de las COMPIN e Isapres.
- b) Comportamientos Sospechosos del Personal: Monitoreo para la identificación de comportamientos atípicos del personal en el desarrollo de sus funciones en las COMPIN e Isapres, los que podrían sugerir su participación en la obtención improcedente de beneficios.
- c) Alertas Generadas por el Sistema: Respuesta rápida a las alertas generadas por los sistemas de detección, asegurando que se investiguen de inmediato las posibles irregularidades.

4.4 ACTIVACIÓN DE SEÑALES DE ALERTA Y MEDIDAS DE SUSPENSIÓN DE BENEFICIOS

Durante las actividades de detección, si las COMPIN e Isapres identifican señales de alerta asociadas al riesgo de obtención improcedente de beneficios, podrán activar las siguientes medidas:

- a) Investigación y confirmación de la obtención improcedente de beneficios: En caso de que se activen alguna señal de alerta que indique la posibilidad de una obtención improcedente de beneficios, en las actividades de detección, las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deben iniciar un proceso de investigación, que no supere los 10 días hábiles para determinar la veracidad de los antecedentes de la operación o transacción. En caso que se estime necesario, se podrá ampliar la investigación por otros 10 días hábiles, situación que deberá quedar debidamente documentada en los antecedentes de investigación.

En casos excepcionales y debidamente fundados, podrá solicitarse a la Superintendencia una prórroga del plazo, siempre que se haga antes del vencimiento del plazo ampliado.

Sin perjuicio de lo anterior, las COMPIN e Isapres, tan pronto tomen conocimiento, deberán informar a la Superintendencia de Seguridad Social, por medio del Procedimiento Administrativo Electrónico (PAE), cualquier conducta sospechosa relacionada con el riesgo de obtención improcedente de beneficios, que respecto de la tramitación y pago de subsidios por incapacidad laboral derivados de una licencia médica.

Durante el desarrollo de la investigación, las COMPIN e Isapres podrán rechazar la licencia médica como medida preventiva, sin perjuicio de que debe redictaminarla de oficio si, como resultado de la investigación, no se acredita una situación de obtención improcedente de beneficios. Tratándose de la obligación establecida para las Isapres en el artículo 3° de la Ley 20.585, el envío de los antecedentes a la COMPIN sólo deberá efectuarse luego de terminada la investigación y en caso de que como resultado de ésta, se confirme el rechazo preventivo de la licencia médica.

- b) Suspensión Temporal del pago del subsidio por incapacidad laboral: En caso de detectar indicios de materialización del riesgo de obtención improcedente de beneficios, las COMPIN e Isapres podrán implementar la suspensión temporal del pago del subsidio por incapacidad laboral de las personas involucradas, conforme a las políticas internas establecidas y el proceso de investigación que se realice y el alcance del riesgo de obtención improcedente de beneficios identificado.

La subsecuente suspensión de beneficios se mantendrá hasta la finalización de la investigación correspondiente; cuyo objetivo es determinar si efectivamente se ha materializado el riesgo de obtención improcedente de beneficios o se ha intentado obtener dichos beneficios o recursos. Esta investigación, junto con la confirmación de la obtención improcedente de beneficios, formará parte de las acciones de respuesta a implementar.

4.5 CANALES DE DENUNCIA Y LÍNEA ÉTICA

Las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deberán contar con canales de denuncia confidenciales y accesibles que permitan a trabajadores, afiliados y terceros reportar actividades sospechosas. Lo anterior puede incluir:

- a) Línea Ética: Establecimiento de una línea ética que permita a cualquier parte interesada reportar cualquier indicio de obtención improcedente de beneficios.
- b) Proceso de Escalamiento: Definición de un proceso claro de escalamiento para los reportes recibidos, asegurando que cada denuncia sea investigada de manera adecuada y en un plazo razonable.
- c) Seguimiento de Denuncias: Implementación de un sistema de seguimiento para garantizar que las denuncias sean tratadas con la debida diligencia y que se tomen las medidas correctivas necesarias en caso de confirmarse una obtención improcedente de beneficios.

4.6 REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE DETECCIÓN

Las Compin a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deben revisar y actualizar periódicamente sus procedimientos de detección de obtención impropia de beneficios, adaptándose a nuevos riesgos y tecnologías. Para estos efectos, se podrá considerar:

- a) Actualización de Algoritmos de Detección: Ajuste y mejora continua de los algoritmos utilizados para la detección de acciones tendientes a la obtención impropia de beneficios, asegurando que se adapten a las nuevas tácticas empleadas por quienes cometen dichos actos.
- b) Capacitación del Personal en Detección: Formación continua de los empleados encargados de la detección de acciones de obtención impropia de beneficios, incluyendo las mejores prácticas y las nuevas tecnologías.
- c) Mejora de Protocolos de Detección: Revisión y mejora de los protocolos de detección basados en incidentes anteriores y en la evolución del entorno de riesgo.

5. ACTIVIDADES DE RESPUESTA

Las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deben implementar actividades de respuesta para mitigar el impacto de las acciones de obtención impropia de beneficios detectadas, así como medidas correctivas que eviten su recurrencia. Dichas entidades deben seguir un enfoque estructurado para la gestión de incidentes de obtención impropia de beneficios, asegurando una respuesta rápida, efectiva y conforme a las normativas vigentes.

5.1 INVESTIGACIÓN Y CONFIRMACIÓN DE LA OBTENCIÓN IMPROCEDENTE DE BENEFICIOS O DE RECURSOS

Una vez detectada una posible obtención impropia de beneficios, las Compin a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deben proceder con una investigación para confirmar la naturaleza y el alcance del incidente. Las acciones a seguir pueden incluir:

- a) Constitución de un Equipo de Investigación: Designación de un equipo especializado que puede incluir a personal de auditoría interna, fiscalía o de otros departamentos relevantes, para llevar a cabo una investigación detallada, liderados por el área especializada en el riesgo de obtención impropia de beneficios.
- b) Recolección y Resguardo de Antecedentes: Recopilación y resguardo de todas las pruebas relacionadas con el incidente, asegurando su integridad para posibles procedimientos judiciales.
- c) Evaluación del Impacto: Determinación del impacto financiero, operativo y reputacional de la obtención impropia de beneficios en la entidad.

5.2 DESARROLLO DE PROTOCOLOS DE RESPUESTA

Las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deberán desarrollar protocolos detallados para la gestión de la obtención impropia de beneficios, que pueden incluir:

- a) Investigación Interna o Externa: Definición clara de cuándo realizar investigaciones internas y cuándo involucrar a entidades externas.
- b) Escalamiento de la obtención impropia de beneficios: Procedimientos para la notificación y escalamiento del incidente, especificando los niveles jerárquicos a ser notificados y los plazos máximos de notificación.
- c) Plan de Respuesta: Implementación de un plan de respuesta frente a la obtención impropia de beneficios que detalle los efectos de estas acciones y los mecanismos de respaldo de la información, incluyendo el resguardo de pruebas para posibles procedimientos judiciales.

5.3 IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS

Como parte de las medidas correctivas, las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres podrán aplicar:

- a) Denegación o Suspensión de Beneficios: En los casos donde se confirme la materialización del riesgo de obtención impropia de beneficios o el intento de obtenerlos, las COMPIN e Isapres deberán denegar o suspender cualquiera de los beneficios otorgados a el o las personas involucradas. Esta medida se aplicará en aquellos casos donde se identifique que la actuación tendiente a la obtención impropia de beneficios o recursos ha permitido a la persona involucrada obtener un beneficio al que no se tenía derecho, por no cumplir con los requisitos para acceder a éste.

- b) Aplicación de Sanciones Internas: Además de la suspensión de beneficios, las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deberán, de acuerdo a lo establecido en el Estatuto Administrativo o Reglamento Interno de Orden, Higiene y Seguridad, según corresponda, evaluar la aplicación de sanciones internas a sus trabajadores o funcionarios involucrados, informando de dichas acciones tanto a la Superintendencia de Seguridad Social como a otras autoridades competentes.
- c) Restitución y Recuperación de Fondos: En aquellos casos donde la obtención improcedente de beneficios o de recursos haya resultado en el pago de subsidios por incapacidad laboral, las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deberán implementar mecanismos para la recuperación de los referidos fondos. Lo anterior, sin perjuicio que, debido a circunstancias calificadas, puedan remitir la obligación de restituir esas cantidades, conforme a lo establecido en el artículo 3° del D.L. N°3.536, de 1981.
- d) Comunicación al Personal: Informar al personal sobre las sanciones aplicadas y las medidas correctivas implementadas, para reforzar la cultura organizacional y disuadir futuras acciones tendientes a la obtención improcedente de beneficios.
- e) Cobranza extrajudicial: Las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deberán realizar las gestiones de cobro extrajudicial a fin de obtener la restitución de los subsidios por incapacidad laboral obtenidos improcedentemente. Adicionalmente, deberán evaluar la pertinencia de interponer las acciones judiciales que correspondan en contra de las personas o entidades que hayan obtenido un beneficio indebidamente o bien hayan colaborado en su materialización, lo que deberá ser informado a esta Superintendencia.

5.4 REPORTE INMEDIATO

Las COMPIN e Isapres están obligadas a realizar un reportar inmediatamente a la Superintendencia de Seguridad Social, utilizando la plataforma existente, cuando se detecte una obtención improcedente de beneficios, conforme a las siguientes directrices:

- a) Plazo de Reporte: La obtención improcedente de beneficios verificada según lo definido en el presente Título, debe ser reportado a la Superintendencia de Seguridad Social dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al término de la investigación, a través de la Plataforma PAE, opción "Otros Ingresos". Asimismo, se estará obligado a enviar reportes de los casos confirmados de uso improcedente de beneficios. El envío de esta información se hará mensualmente de forma consolidada y durante los primeros diez (10) días del mes siguiente a aquel que se informa.

Adicionalmente, se deberá mantener registro de aquellos casos que hayan sido investigados pero que no fueron reportados por no ser verificados.

- b) Contenido del Reporte: El reporte debe incluir detalles del incidente, las medidas iniciales tomadas, y una evaluación preliminar del impacto.
- c) Notificación a Autoridades Competentes: En caso de que la obtención improcedente de beneficios implique posibles delitos, las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres también deben notificar al Ministerio Público, para asegurar que se inicien las investigaciones penales pertinentes.

5.5 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN POST-INCIDENCIA

Después de la implementación de las medidas correctivas, las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deben realizar un seguimiento continuo para evaluar la efectividad de las acciones tomadas, a través de las siguientes actividades:

- a) Revisión Periódica: Evaluar regularmente las áreas afectadas por la obtención improcedente de beneficios para asegurar que los controles implementados funcionan adecuadamente.
- b) Informe de Resultados: Las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deberán preparar un informe anual de los resultados de las medidas desarrolladas, el que debe ser remitido, por medio del Procedimiento Administrativo Electrónico (PAE) a la Superintendencia a más tardar el 31 de marzo del año siguiente a aquel que se informa.

6. INTERACCIÓN CON OTRAS ENTIDADES Y COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Para fortalecer la gestión del riesgo de obtención improcedente de beneficios, las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres podrán establecer y mantener mecanismos de colaboración activa entre ellas y con otras entidades relevantes, tales como el Ministerio de Salud, FONASA, la Unidad de Análisis Financiero (UAF), la Policía de Investigaciones, el

Ministerio Público, y otras instituciones públicas y privadas que participan en la prevención y detección de obtención impropia de beneficios o de recursos y delitos financieros. Esta colaboración es esencial para asegurar un enfoque integral y coordinado en la lucha contra la obtención impropia de beneficios, especialmente en lo que respecta a delitos como el lavado y blanqueo de activos.

7. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

Las instrucciones contenidas en los numerales precedentes, deberán implementadas en las etapas y fechas que a continuación se describen:

a) Primera Fase (al 30 de junio de 2026)

Diagnóstico y Evaluación Inicial: Las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deberán realizar una evaluación exhaustiva de sus sistemas actuales de gestión de riesgos y obtención impropia de beneficios, y desarrollar un diagnóstico para identificar las áreas críticas de mejora en relación con lo estipulado en este Título.

- i) Estructura y Capacitación del Personal: Definir el área especializada en la gestión del riesgo de obtención impropia de beneficios e Iniciar programas de capacitación específicos para la alta dirección y el personal encargado de la implementación del sistema de gestión.
- ii) Desarrollo y Aprobación de Políticas, Procedimientos y herramientas tecnológicas: Las COMPIN a través de la SEREMI de Salud respectiva y las Isapres deberán desarrollar y aprobar las políticas, procedimientos específicos y herramientas tecnológicas del sistema de gestión del riesgo de obtención impropia de beneficios.

b) Segunda Fase (al 30 de septiembre de 2026)

Implementación de la gestión de Riesgo: Incorporar la gestión del riesgo de obtención impropia de beneficios, considerando la tramitación de licencias médicas y pago de Subsidio por Incapacidad Laboral.

c) Tercera Fase (al 31 de diciembre de 2026)

- i) Implementación Operativa Completa: Todos los procesos críticos y controles establecidos deberán estar en funcionamiento, incluyendo la ejecución del monitoreo continuo, cruces de bases de datos y la utilización de indicadores.
 - ii) Revisión y Monitoreo Inicial: Realización de revisiones internas y pruebas piloto del sistema de gestión de obtención impropia de beneficios para verificar la efectividad de los controles y ajustes necesarios antes del cierre del periodo de implementación.
 - iii) Implementación de Herramientas Tecnológicas: Iniciar la integración de las herramientas tecnológicas adecuadas para la prevención, detección y reporte del riesgo de obtención impropia de beneficios.
-