



Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
Subdepartamento de Regulación

CIRCULAR IF/N° 248
Santiago, 27 de JULIO de 2015

IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE LA EXCEPCIÓN DE GARANTÍAS DE OPORTUNIDAD

Esta Intendencia, en ejercicio de las facultades conferidas por la ley, en especial, las contenidas en los artículos 107, 110, 114 y 115, del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, viene en dictar las siguientes instrucciones de carácter general:

I. INTRODUCCIÓN

La Ley 19.966, de 2004, definió en su artículo 4° como garantía de oportunidad, el plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11 de la misma ley y consignó que: "No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario".

En este contexto, el Decreto N°4, de febrero de 2013, que Aprueba las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, en su artículo 11, replicó dicha excepción, agregando la siguiente expresión: "lo que deberá ser debidamente acreditado por el Fonasa o la Isapre".

Por su parte, el artículo 12 del referido Decreto, dispone que la Superintendencia podrá establecer las normas administrativas que se requieran para el debido cumplimiento de las garantías y, especialmente, establecerá los mecanismos o instrumentos que deban implementar el Fonasa y las Isapres, para que éstos o los prestadores dejen ciertas constancias que individualiza, entre las que se encuentra la "Constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa".

II. OBJETIVO

Velar porque el Fonasa y las Isapres den cumplimiento a la garantía legal de oportunidad, delimitando el concepto y las causales de su excepción, sus medios de acreditación y responsables, con la obligación de controlar la ejecución de las gestiones posteriores que derivan de cada caso.

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

En el Capítulo XI Procedimientos relativos a las Garantías Explícitas en Salud, intercálase el siguiente nuevo Título I, pasando el anterior Título I a ser Título II y así sucesivamente.

“Título I Excepción de Cumplimiento de una Garantía de Oportunidad

1. Situaciones de excepción

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional podrán exceptuarse de dar cumplimiento a una garantía de oportunidad, cuando por causa imputable al beneficiario o por fuerza mayor derivada de su estado de salud, sea imposible otorgar la prestación en el plazo establecido, dando lugar a una nueva gestión del caso. Las causales que se indican, se ajustarán a los conceptos y condiciones que se individualizan en el presente Título, debiendo estar siempre las aseguradoras en condiciones de acreditarlas mediante la respectiva documentación de respaldo.

Lo anterior, en el entendido que los problemas de salud con garantías explícitas, pueden contener diversas prestaciones con garantía de oportunidad y cada una de éstas debe tratarse en forma independiente cuando así lo amerite.

2. Causales de Excepción

2.1 Inasistencia: Ausencia del paciente o beneficiario a dos citaciones efectivas para el otorgamiento de una prestación de salud garantizada.

Si con ocasión de alguna de las citaciones, el beneficiario o su representante informa una determinada situación que le impida asistir para el otorgamiento de la prestación, dicha inasistencia se considerará como justificada, debiendo registrarse tal justificación, así como el nombre de quien la notificó. Por tanto, la inasistencia justificada no se contabilizará como ausencia a una citación efectiva, debiendo practicarse una nueva citación.

Para acreditar la citación efectiva, entendiéndose por ésta, aquella situación en que se tomó contacto directo con el paciente o su representante, se podrán

utilizar cualquiera de los siguientes mecanismos con sus respectivos respaldos:

a) Citación Presencial: Registro de la citación en el establecimiento, cuando proceda, suscrita por el paciente o su representante.

b) Llamada telefónica: Registro de la llamada telefónica con contacto efectivo con el beneficiario o su representante, con indicación de su resultado.

El registro deberá contener la constancia de los llamados que fue necesario realizar para lograr la citación efectiva, utilizando para ello, a lo menos, la información disponible en el "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES", (números telefónicos y correo electrónico) u otra aportada con posterioridad para este efecto.

En el evento que se cuente con la grabación de la llamada, ésta deberá conservarse, a lo menos, mientras la prestación no haya sido otorgada.

c) Visita domiciliaria: Registro de la visita domiciliaria, con indicación del nombre y la firma de quien recibió la citación, que podrá corresponder al beneficiario u otra persona en su nombre, y del resultado de dicha visita. La citación deberá entregarse en sobre cerrado, dirigida al beneficiario.

d) Carta Certificada: Nómina del correo en la que conste la fecha del envío al domicilio informado por el beneficiario o su representante en el "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES" u otro registrado con posterioridad para estos efectos. El domicilio podrá pertenecer a otra persona, que hubiere sido autorizada por escrito por el beneficiario. Deberá contarse con registro del resultado del procedimiento.

Cada inasistencia deberá quedar consignada en el registro de citaciones y/o control de asistencia, y deberá ser suscrita por el profesional o administrativo encargado del registro.

En cada citación efectiva se deberá informar al paciente o su representante, que la tercera inasistencia sin justificación, constituye causal de cierre del caso.

2.2 Rechazo: Expresión de voluntad del paciente o su representante, de rechazar la prestación y/o el prestador, el que debe constar por escrito en el documento utilizado para este fin, indicándose el motivo del rechazo.

2.3 Fuerza Mayor por Estado de Salud: Decisión justificada del profesional tratante ante condiciones del paciente. Puede ser:

- **Postergación de la prestación:** Conforme antecedentes médicos y circunstancias específicas del caso, no es posible otorgar la prestación en ese momento.

- **Exclusión de la prestación:** Conforme antecedentes médicos se excluye al paciente del otorgamiento de la prestación.

El profesional tratante responsable de la indicación deberá registrar en la ficha clínica del paciente los antecedentes clínicos que motivan la decisión de postergar el otorgamiento de la prestación o de excluirla, según corresponda.

Además, deberá existir constancia de que se informó al paciente la causal por la cual no se otorgó la prestación y, en caso de postergación, del evento o condición que debe ocurrir para acceder a la prestación exceptuada. En caso de exclusión, se dejará constancia de que se informaron las acciones que corresponden para continuar con el beneficio.

3. Gestión de Casos con Garantía Exceptuada

El Fonasa y las Isapres deberán supervigilar y controlar que los prestadores lleven a cabo las gestiones que correspondan en cada caso, luego de exceptuada una garantía, considerando tanto la causal de la excepción como la circunstancia de que dicha excepción sea transitoria o permanente.

Lo anterior implica el control del monitoreo continuo por parte de los prestadores, de las garantías exceptuadas, el que considerará, a lo menos, la misma periodicidad contemplada en la garantía de que se trate.

3.1 Tratándose de excepciones por inasistencia o postergación de la prestación por estado de salud, las gestiones tendrán como objetivo el otorgamiento de las prestaciones respectivas, en un plazo que no podrá exceder del que originalmente le correspondía al paciente de acuerdo al decreto, a partir de la indicación del profesional, una vez superada la causal que impidió dicho otorgamiento.

3.2 Si la excepción es por rechazo o exclusión de la prestación por estado de salud, derivada de fuerza mayor, las gestiones corresponderán a las necesarias para dar continuidad al beneficio, atendido el problema de salud y sus garantías asociadas.

Las referidas causales de excepción sólo podrán dar lugar al cierre de casos, en tanto se cumplan los requisitos que para tal efecto dispone el Decreto N°45, de 2013, que "Aprueba las Normas de carácter Técnico Médico y Administrativo para el Cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud de la ley N°19.966", o el que lo reemplace."

4. Obligación de Informar

Para el debido ejercicio de los derechos que derivan de las Garantías Explícitas en Salud, el Fonasa y la Isapres deberán estar siempre en condiciones de

acreditar que los pacientes o sus representantes fueron informados -a través de los medios indicados y dejando constancia en los respectivos documentos de respaldo-, que la garantía fue exceptuada, de la causal de excepción y de las opciones que se le entregan para ser atendidos, según proceda, conforme las presentes normas y en tanto los casos no cuenten con una causal de cierre.”

IV VIGENCIA

La presente Circular entrará en vigencia a partir de su notificación



Contardo

**NYDIA CONTARDO GUERRA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD (TP)**

EAR/JJR/CTI/AMAW/MMFA

Distribución

- Directora Fondo Nacional de Salud
- Gerentes Generales de Isapres
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Asociación de Isapres de Chile
- Intendencia de Fondos
- Oficina de Partes

