



**SUPERINTENDENCIA
DE SALUD**

RESOLUCIÓN EXENTA I.F. N° 97

SANTIAGO, 26 ABR 2017

VISTO:

Lo dispuesto en los artículos 115 y siguientes del DFL N° 1, de 2005, de Salud; artículos 24, 25, 26 de la Ley N° 19.966; artículos 24, 25, 26 y 27 del Decreto Supremo N° 136, de 2005, de Salud, que aprobó el reglamento que establece normas para el otorgamiento, efectividad y cobertura financiera adicional de las GES; la Circular IF/N° 77, de 2008 que aprobó el Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios, y la Circular IF/N°131, de 30 de Julio de 2010, que aprobó el Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, ambas de esta Superintendencia de Salud; la Resolución N° 109, de 19 de octubre de 2015, de la Superintendencia de Salud; la Resolución N° 1600, de 2008, de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1. Que, de acuerdo a lo prescrito en el artículo 115 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, es función de esta Superintendencia velar por el cumplimiento de las leyes, reglamentos e instrucciones referidas al Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES).
2. Que la Ley N° 19.966 en su artículo 24 establece la obligación de los prestadores de salud de informar tanto a sus pacientes beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA) como a los de las Isapres, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que para dichos efectos establece el reglamento.
3. Que de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 24 y 25 del Decreto Supremo N° 136, de 2005, de Salud, la referida obligación comprende el deber de informar a los beneficiarios la confirmación del diagnóstico de alguno de los problemas de salud contenidos en las GES, el momento a partir del cual tienen derecho a tales garantías, y que para tener derecho a las prestaciones garantizadas deben atenderse a través de la Red de Prestadores que les corresponda, debiendo dejar constancia escrita del cumplimiento de dicha obligación, conforme a las instrucciones que fije la Superintendencia de Salud.
4. Que al efecto, y mediante Oficio Circular IF/N° 60, de 2005 y Circular IF/N° 57, de 2007, publicada en el Diario Oficial con fecha 27 de noviembre de 2007, esta Superintendencia impartió las mencionadas instrucciones, estableciendo el uso

obligatorio del "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES", que se encuentra disponible en la página web institucional de este Organismo (www.superdesalud.gob.cl), con los ajustes introducidos por las Circulares IF/N° 142, de 2011, IF/N° 194, de 2013 e IF/N° 227, de 2014. Excepcionalmente, y sólo respecto de los problemas de salud "Infección Respiratoria Aguda (IRA) baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años" y "Urgencia Odontológica Ambulatoria", se autoriza a los prestadores de salud que otorgan atenciones de urgencia, reemplazar el "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES", por el uso del "Dato de Atención de Urgencia (DAU)", utilizado por los servicios públicos, o el documento de atención de urgencia homologado para tales efectos en los servicios privados, los que en todo caso, y de conformidad con la Circular IF/N° 195, de 2013, deben contener toda la información del "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES", y regirse por las mismas instrucciones establecidas para dicho formulario. Adicionalmente, todas estas instrucciones se encuentran incorporadas al Título IV "Normas Especiales para Prestadores", del Capítulo VI "De las Garantías Explícitas en Salud GES", del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios, disponible en la página web de esta Superintendencia.

5. Que en este contexto, el día 21 de abril de 2016, se realizó una fiscalización al prestador de salud "CESFAM San Luis de Peñalolén", destinada a verificar el cumplimiento de la obligación de informar sobre el derecho a las GES, dejando constancia de ello en el referido Formulario o documento alternativo autorizado, según fuere el caso, a toda persona a quien se le diagnostica una patología o condición de salud amparada por dichas garantías. En dicha inspección, y sobre una muestra de 20 casos revisados, se pudo constatar que en 7 de ellos el citado prestador no dejó constancia del cumplimiento de la referida obligación, en los términos instruidos por esta Superintendencia.
6. Que, mediante Ordinario IF/N° 3091, de 13 de mayo de 2016, se formuló cargo al citado prestador, por incumplimiento de la obligación de informar, mediante el uso y completo llenado del "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES", a las personas a quienes se les ha confirmado el diagnóstico de alguno de los problemas de salud contenidos en las GES".
7. Que mediante carta presentada con fecha 3 de junio de 2016, el prestador evacuó sus descargos exponiendo que a excepción del caso observado bajo el N°3, según acta de fiscalización, en que la usuaria rechazó su derivación a especialista para tratamiento quirúrgico de su problema de salud N°26 "Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años", razón por la cual no se habría extendido el formulario GES, en todos los demás casos, los usuarios se encuentran con sus garantías cumplidas, es decir, a todos ellos se entregó la atención médica dentro de plazo y se cumplió con la entrega de medicamentos. Adjunta carta constancia de la usuaria que rechazó la derivación para tratamiento quirúrgico de su patología.

En relación a los casos observados bajo los N°s 5 y 6, según acta de fiscalización, ambos asociados a pacientes con el problema de salud N°20 "Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más", el prestador agrega que los pacientes tenían copia del formulario de notificación en su domicilio, desconociéndose por qué la copia del profesional no fue encontrada en el CESFAM. Pese a lo anterior, señala que ambos pacientes reciben tratamiento médico.

Por su parte y respecto del caso observado bajo el N°1 según acta de fiscalización, asociado a una paciente con el problema de salud N°76 "Hipotiroidismo en personas de 15 años y más", el prestador sostiene que sí se extendió el formulario, pero que por olvido, la paciente no lo firmó. Señala, que se citó a la paciente para regularizar dicha situación, recibiendo las atenciones

correspondientes a su problema de salud y encontrándose con sus controles al día.

En relación al caso observado bajo el N°2, según acta de fiscalización, también asociado a una paciente con el problema de salud N°26 "Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años", el prestador señala que el formulario está debidamente llenado, pero que el hito clínico que inicia la garantía está registrado en la ficha con fecha 05/02. Agrega, que la usuaria consulta nuevamente el 09/02 con exámenes, cuando es notificada por médico y derivada para resolución quirúrgica, habiendo sido ya operada.

Respecto del caso observado bajo el N°4 según acta de fiscalización, asociado a una paciente con el problema de salud N°19 "Infección respiratoria aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años", el prestador informa que al paciente se le entregaron las prestaciones indicadas para su problema de salud, realizándose visita domiciliaria para completar el registro.

En relación al caso observado bajo el N°7, según acta de fiscalización, asociado a una paciente con el problema de salud N°41 "Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada", señala que no fue posible encontrar copia de la notificación en los registros del CESFAM. Agrega que la usuaria se encuentra con sus prestaciones al día y en control, realizándose visita domiciliaria para completar registro.

Finalmente, informa que se han establecido una serie de medidas de mejoras, las que detalla en su presentación.

8. Que analizadas las alegaciones del prestador, no cabe sino concluir que éste no expone ningún argumento ni acompaña ningún antecedente que permita eximirlo de responsabilidad respecto de las infracciones en las que incurrió y que motivaron la formulación de cargos en su contra.
9. Que en primer lugar, respecto de lo indicado por el CESFAM San Luis de Peñalolén en cuanto a que en 6 de los 7 casos observados se habrían cumplido las garantías de los pacientes, cabe señalar que este Organismo de Control no formuló cargos a esa entidad por no haber otorgado las prestaciones GES a los pacientes, sino que por no haberles informado sobre su derecho a dichas garantías, dejando constancia de la notificación en el Formulario de Constancia de Información al paciente GES. Sobre el particular, cabe recordar que ni la Ley N° 19.966 ni el Decreto Supremo N° 136 establecen excepciones a la obligación de notificar al paciente GES, ni menos facultan a los prestadores de salud para que éstos puedan omitir dicha notificación en determinados casos. Conforme a lo anterior, y en relación al caso de la usuaria que renunció a su derecho a ser derivada para tratamiento quirúrgico, cabe indicar que dicha circunstancia tampoco eximía al CESFAM San Luis de Peñalolén, de la obligación de haber efectuado la señalada notificación y de dejar constancia de la misma, en la forma exigida por la normativa.
10. Que por su parte, se procederá a desestimar las alegaciones realizadas por el prestador en relación a los casos observados bajo los N°s 1, 4, 5, 6 y 7, según acta de fiscalización, toda vez que al no existir constancia alguna de haberse practicado la notificación informando al paciente sobre su derecho a las GES, ha quedado establecido que en dichos casos esta no se verificó. Al respecto, cabe recordar que de acuerdo con la normativa vigente, el instrumento idóneo para comprobar que el prestador cumplió con la obligación de informar al paciente GES, es precisamente la copia firmada del "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES" que debe conservar en su poder.

Sobre el particular, cabe recordar que el Punto 1.2 del Título IV, del Capítulo VI del Compendio de Normas Administrativas en materia de Beneficios de esta

ello en el "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES", o en el documento alternativo excepcionalmente autorizado para los problemas de salud "Infección Respiratoria Aguda (IRA) baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años" y "Urgencia Odontológica Ambulatoria", según fuere el caso.

En contra de esta resolución procede el recurso de reposición, y en subsidio, el recurso jerárquico, previstos en los artículos 15 y 59 de la Ley N° 19.880, los que deben interponerse en un plazo de cinco días hábiles contado desde la notificación de la presente resolución; lo que deberá ser acreditado mediante el acompañamiento del sobre debidamente timbrado por Correos de Chile, en el que haya recibido el presente acto administrativo.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE


Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
NYDIA PATRICIA CONTARDO GUERRA
INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD


MDA/LRG/LLB/HPA
DISTRIBUCIÓN:

- Director CESFAM San Luis de Peñalolén.
- Subdepartamento de Fiscalización GES.
- Unidad de Coordinación Legal y Sanciones.
- Oficina de Partes.

P-48-2016

Certifico que el documento que antecede es copia fiel de su original, la Resolución Exenta IF/N° 97 del 26 de abril de 2017, que consta de 5 páginas, y que se encuentra suscrita por la Sra. Nydia Contardo Guerra en su calidad de Intendenta de Fondos y Seguros Previsionales de Salud de la SUPERINTENDENCIA DE SALUD.

Santiago, 26 de abril de 2017




Ricardo Cereceda Adaro
MINISTRO DE FE