

CIRCULAR IF/ N° 96

Santiago, 11 jun 2009

**DICTA CAPÍTULO VI “DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD, GES” DEL
COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD
EN MATERIA DE BENEFICIOS**

De conformidad a lo establecido en los artículos 107 y 115 N° 1 del D.F.L. N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763 de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y 18.469, en la Ley N° 19.966, que establece un Régimen de Garantías en Salud, y en el artículo 12 del Decreto Supremo N° 44 de 2007 de los Ministerios de Salud y de Hacienda, que aprueba las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, esta Intendencia viene en instruir en el sentido que indica.

I. ANTECEDENTES

Esta Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud ha impartido diversas instrucciones en relación a las Garantías Explícitas en Salud, las que si bien se encuentran vigentes, hasta la fecha no han sido sistematizadas en un cuerpo orgánico de normas que las contenga.

Adicionalmente, este Organismo de Control ha conocido y tramitado un considerable número de reclamos deducidos en contra de los Aseguradores por esta misma materia, así como ha resuelto numerosas consultas relativas a la forma en que dichas instituciones interpretan, aplican y dan cumplimiento a las Garantías Explícitas en Salud, GES, y las normas que las rigen, habiéndose asentado una determinada jurisprudencia administrativa que ha permitido que esos organismos den debido cumplimiento a las obligaciones que establecen las Garantías Explícitas en Salud, lo que también corresponde sistematizar adecuadamente.

**II. DICTA CAPÍTULO VI “DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD, GES” DEL
COMPENDIO DE BENEFICIOS**

En razón de lo señalado, y con el propósito de que los Aseguradores apliquen de manera uniforme las normas que regulan las GES y otorguen adecuadamente sus beneficios, esta Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud dicta el Capítulo VI del Compendio de Normas Administrativas de la Superintendencia de Salud en materia de Beneficios, o Compendio de Beneficios, el que se denominará “De las Garantías Explícitas en Salud, GES”. Este capítulo contendrá las instrucciones generales en materia de Garantías Explícitas en Salud, según el anexo que se adjunta, y que forma parte integrante de la presente Circular.

El referido Capítulo VI deberá agregarse a continuación del Capítulo V, pasando a ser el último del citado Compendio de Beneficios.

Del mismo modo, se modifica el Índice del Compendio de Beneficios, en lo pertinente, debiendo adicionarse la numeración del Capítulo VI "De las Garantías Explícitas en Salud, GES" al final del mismo.

III. VIGENCIA

La presente Circular tendrá vigencia a contar de la fecha de su dictación y su texto, así como el del Compendio de Beneficios actualizado, estarán disponibles en la página Web de la Superintendencia de Salud.



ALBERTO MUÑOZ VERGARA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD SUPLENTE

Incorpora Firma Electrónica Avanzada

UNA/FNP/AMAW/CDLMP

DISTRIBUCION:

- Director del Fondo Nacional de Salud.
- Gerentes Generales de Isapre
- Asociación de Isapres de Chile
- Superintendente
- Fiscal
- Intendentes
- Jefes de Departamento SIS
- Jefes Subdepartamentos SIS
- Agencias Regionales
- Oficina de Partes

CAPÍTULO VI
DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD GES¹¹¹

Título I
INTRODUCCIÓN

Tanto el Fondo Nacional de Salud como las Instituciones de Salud Previsional deben garantizar a sus personas afiliadas y beneficiarias el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud¹¹², en adelante GES, aprobadas con la periodicidad que establece la ley, en un Decreto Supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda.

Párrafo 1° punto 2.1.
Circular IF/N° 2, 27.04.2005

¹¹¹ Las Garantías Explícitas en Salud, según lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley N° 19.966 que Establece un Régimen de Garantías en Salud, publicada en el Diario Oficial el 03 de septiembre de 2004, "serán elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad con el procedimiento establecido en esta ley y en el reglamento, y deberán ser aprobadas por decreto supremo de dicho Ministerio suscrito, además, por el Ministro de Hacienda". A partir del 01 de julio de 2007 se encuentra vigente el Decreto Supremo N° 44 de 2007, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, publicado en el Diario Oficial el 31 de enero de 2007, que Aprueba las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, y en especial, aprueba los 56 Problemas de Salud y Garantías Explícitas en Salud asociados a dichos problemas, así como las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva que señala el artículo 33 de la Ley N° 19.966, que deberán cumplirse por el Fonasa y las isapres anualmente durante la vigencia del Decreto.

¹¹² Ver Nota N° 111

Título II

NORMAS COMUNES A LOS ASEGURADORES

1. De la Periodicidad de los copagos

De conformidad con la normativa vigente referida a las GES¹¹³, la periodicidad es el lapso considerado para efectos de aplicar el valor determinado por el Arancel de Referencia del Régimen, en relación a una prestación o un grupo de prestaciones comprendidas en dicho período, prescritas por un o una profesional de la salud, en relación a cada enfermedad o condición de salud establecida en el Decreto Supremo vigente que aprueba las GES, con la cobertura financiera señalada en el mismo Decreto. Puede ser cada vez, por control, por ciclo, mensual, por tratamiento completo, anual, por seguimiento completo, por tratamiento trimestral.

Letra h) punto 2.2
Resolución Exenta N° 60 de
5 de febrero de 2007 del
Ministerio de Salud;
Letra f) artículo 2° Decreto
Supremo N° 44 de 2007 de
los Ministerios de Salud y de
Hacienda.

Sin perjuicio de las normas que regulan el cómputo del deducible de la cobertura financiera adicional¹¹⁴, y de la forma como los beneficiarios y beneficiarias acuerden con los Aseguradores el modo de enterar el copago que deben efectuar por las prestaciones garantizadas, se deberá tener presente lo siguiente:

1.1.- Anual o por tratamiento anual; mensual; por tratamiento trimestral

Cada vez que el Decreto Supremo¹¹⁵ indique que la periodicidad del copago de una prestación o grupo de prestaciones para un problema de salud determinado sea “anual” o “por tratamiento anual”, “mensual” y “por tratamiento trimestral”, se deberá requerir un solo copago indicado en el Arancel de Referencia del Régimen por cada uno de dichos períodos¹¹⁶. Los períodos se contabilizarán desde la fecha del otorgamiento de la primera prestación del Listado de Prestaciones Específico¹¹⁷ que se copaga.

1.2.- Por tratamiento completo o por seguimiento completo

Cada vez que el Decreto Supremo indique que la periodicidad del copago de una prestación o grupo de prestaciones para un problema de salud determinado sea “por

¹¹³ Ver Nota N° 111

¹¹⁴ De acuerdo al Párrafo 2° del Título I de la Ley 19.966, artículo 5° al 10, la cobertura financiera adicional corresponde al financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, y que superen el deducible, esto es, la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional. En relación al cómputo del deducible de la cobertura financiera adicional, ver artículo 9° de la Ley 19.966.

¹¹⁵ Ver Nota N° 111

¹¹⁶ Para el cómputo de estos plazos, deberá estarse a las reglas generales establecidas en el artículo 48 del Código Civil, el que establece: “Todos los plazos de días, meses o años de que se haga mención en las leyes o en los decretos del Presidente de la República, de los tribunales o juzgados, se entenderá que han de ser completos; y correrán además hasta la medianoche del último día del plazo.

El primero y último día de un plazo de meses o años deberán tener un mismo número en los respectivos meses. El plazo de un mes podrá ser, por consiguiente, de 28, 29, 30 ó 31 días, y el plazo de un año de 365 ó 366 días, según los casos.

Si el mes en que ha de principiarse un plazo de meses o años constare de más días que el mes en que ha de terminar el plazo, y si el plazo corre desde alguno de los días en que el primero de dichos meses excede al segundo, el último día del plazo será el último día de este segundo mes.

Se aplicarán estas reglas a las prescripciones, a las calificaciones de edad, y en general a cualesquiera plazos o términos prescritos en las leyes o en los actos de las autoridades chilenas; salvo que en las mismas leyes o actos se disponga expresamente otra cosa.”

¹¹⁷ El Listado de Prestaciones Específico corresponde al anexo del Decreto Supremo N° 44 de 2007, de los Ministerios de Salud y Hacienda, que aprueba las Garantías Explícitas en Salud. En él se describen taxativamente las prestaciones de salud que conforman las prestaciones unitarias o los grupos de prestaciones determinados en el Arancel de Referencia para cada problema de salud, las cuales son exigibles por el beneficiario, de acuerdo a la prescripción del profesional competente. De acuerdo al Decreto Supremo N° 44 su Anexo titulado “Listado de Prestaciones Específico” se entenderá formar parte del artículo 1° de dicho Decreto.

tratamiento completo” o *“por seguimiento completo”*, se deberá requerir sólo una vez el copago indicado en el Arancel de Referencia del Régimen para el lapso comprendido entre el otorgamiento de la primera prestación incluida en el Listado de Prestaciones Específico y hasta el alta determinada por el médico tratante o la que defina el decreto a que se refiere el artículo 11 de la Ley N° 19.966¹¹⁸, según corresponda, independientemente del tiempo que dure este periodo.

Excepcionalmente, tratándose del tratamiento de la artrosis a nivel primario, del seguimiento del gran quemado y del seguimiento del accidente cerebrovascular isquémico, el periodo del copago podrá ser anual, contado desde el otorgamiento de la primera prestación incluida en el Listado de Prestaciones Específico.

1.3.- Por ciclo

Cada vez que el Decreto Supremo indique que la periodicidad del copago de la prestación o grupo de prestaciones denominada “Quimioterapia” sea *“por ciclo”*, se deberá requerir un solo copago indicado en el Arancel de Referencia del Régimen para cada ciclo de ella, de acuerdo a la periodicidad que prescriba el o la médico de la Red, independientemente del número de sesiones por ciclo que haya prescrito o indicado. Se entenderá por “ciclo” la unidad de tratamiento quimioterápico en que se administra uno o varios medicamentos antineoplásicos en una o más sesiones o días, separadas por un intervalo regular de tiempo, que repetidos constituyen el esquema de tratamiento antineoplásico indicado para cada patología o paciente en particular.

1.4.- Cada vez

Siempre que el Decreto Supremo indique que la periodicidad del copago de una prestación o grupo de prestaciones para un problema de salud determinado sea *“cada vez”*, se deberá requerir el copago indicado en el Arancel de Referencia del Régimen en toda aquella oportunidad que se realice u otorgue la prestación unitaria o grupo de prestaciones definidas por el o la médico tratante e incluidas en el Listado de Prestaciones Específico para el tipo de intervención sanitaria de que se trate.

1.5.- Por control

Cada vez que el Decreto Supremo indique que la periodicidad del copago de una prestación o grupo de prestaciones para un problema de salud determinado sea *“por control”*, se deberá requerir un solo copago indicado en el Arancel de Referencia del Régimen, por la o las prestaciones incluidas en el Listado de Prestaciones Específico, cada vez que se asista a control con el o la médico de la Red.

No se entenderá que se trata de un nuevo control, cuando el o la paciente asista a la consulta para el sólo efecto de hacer entrega de exámenes u otra situación similar, así como para recibir alguna de las otras prestaciones contempladas en el referido Listado para el tipo de intervención sanitaria en que se encuentre.

Excepcionalmente, para el caso del tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de alto riesgo, el período del copago podrá ser mensual si existe indicación médica de oxigenoterapia domiciliaria a permanencia y la condición de salud de la persona beneficiaria o por indicación médica, hacen que el control con el o la médico tenga una periodicidad mayor que la mensual. Del mismo modo, el copago del tratamiento del asma moderado estable nivel primario en menores de 15 años y del asma moderado y severo estable nivel especialidad en menores de 15 años, podrá ser anual, si existe indicación médica de medicamentos a permanencia pero el control con el o la médico de la Red tenga una periodicidad mayor que la anual.

¹¹⁸ Ver Nota N° 111.

2. De la Cobertura

Al momento de otorgar la cobertura GES, los Aseguradores deberán dar cumplimiento a las siguientes instrucciones:

2.1.- Medicamentos garantizados

Con respecto al Listado de Prestaciones Específico¹¹⁹, cada vez que se prescriba por el prestador de la Red el uso de medicamentos, se entenderá que estos están garantizados ya sea que se identifiquen según su componente genérico, con su nombre de fantasía, o por su efecto farmacológico.

De esta manera, no estando especificada una presentación determinada de los medicamentos garantizados, la aseguradora cumplirá con la obligación legal que le impone el Decreto¹²⁰ que aprueba los problemas de salud y garantías explícitas a que se refiere la Ley N° 19.966¹²¹, cualquiera sea la forma farmacéutica en que se entreguen dichos medicamentos.

No obstante, la aseguradora deberá garantizar la entrega del medicamento en la dosis y presentación indicadas por el o la médico de la Red, cuando la forma farmacéutica que se ponga a disposición de las personas afiliadas no se encuentre en las dosis y tipos de presentación prescritas, de modo que no se obligue al o la paciente a fraccionar un comprimido o a recombinar o utilizar parte de un producto.

Del mismo modo, la aseguradora está obligada a garantizar el otorgamiento del medicamento indicado por el prestador de la Red, cuando éste insista, por razones sanitarias, en una determinada presentación farmacológica y esa presentación contenga los principios activos garantizados explícitamente.

2.2.- Medicamentos, insumos y atenciones profesionales incluidos en el Día Cama de Hospitalización Integral y en la Intervención Quirúrgica

En atención a que de conformidad con las “Normas de Carácter Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud de la Ley N° 19.966”¹²², las prestaciones denominadas “Día Cama de Hospitalización Integral” e “Intervención Quirúrgica” incluyen, entre otros, los medicamentos garantizados, los insumos y los honorarios médicos y paramédicos y de los demás profesionales de la salud utilizados, en el evento que el prestador los facture separadamente, la aseguradora deberá incluirlos de todos modos dentro del copago garantizado.

2.3.- Prestaciones bilaterales

Salvo que el decreto a que se refiere el artículo 11 de la Ley N° 19.966¹²³ disponga lo contrario o que por la naturaleza de la patología se entienda que su tratamiento debe ser bilateral, en el caso de cirugías y prótesis se podrá requerir dos copagos cuando por indicación médica se otorgue a la persona beneficiaria una cirugía y/o prótesis de esa naturaleza.

¹¹⁹ Ver Nota N° 117.

¹²⁰ Ver Nota N° 111.

¹²¹ Ley N° 19.966 que Establece un Régimen de Garantías en Salud fue publicada en el Diario Oficial el 03 de septiembre de 2004.

¹²² Las Normas de Carácter Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud de la Ley N° 19.966, fueron aprobadas por la Resolución Exenta N° 60 de 2007, del Ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial el 13 de febrero de 2007 y se encuentran vigentes desde el 01 de julio de 2007.

¹²³ Ver nota N° 111.

2.4.- Reconstrucción mamaria en dos tiempos

En atención a que la cirugía de Reconstrucción Mamaria, garantizada en el Listado de Prestaciones Específico para el grupo denominado “Intervención quirúrgica cáncer de mama” correspondiente al tratamiento del problema de salud “Cáncer de Mama en personas de 15 años y más”, puede realizarse en uno o más tiempos, y considerando que el propósito de incorporar esta cirugía en este grupo de prestaciones es ofrecer una solución quirúrgica integral a las personas portadoras de esta patología, se deberá requerir un solo copago por el conjunto de acciones de salud identificadas en el mencionado grupo de prestaciones, independientemente del número de cirugías o tiempos quirúrgicos definidos por el prestador de acuerdo a la experiencia de éste y su evaluación particular de cada caso.

2.5.- Tratamiento quirúrgico de la hernia del núcleo pulposo lumbar

Para el caso del tratamiento quirúrgico de la hernia del núcleo pulposo lumbar, si la persona beneficiaria presentare más de una y éstas fueren resueltas en un mismo acto quirúrgico, a aquella le corresponderá efectuar por una sola vez el copago indicado en el decreto a que se refiere el artículo 11 de la Ley N° 19.966 para la prestación unitaria o grupo de prestaciones definidas en el Listado de Prestaciones Específico.

Título III

NORMAS ESPECIALES PARA LAS ISAPRES

1. Introducción

Las Garantías Explícitas en Salud deberán ser garantizadas por las Instituciones para todas las personas cotizantes y beneficiarias sin discriminación alguna, cualquiera sea el plan de salud al que se encuentren adscritas.

Párrafo 2° punto 2.1.
Circular IF/N° 2, 27.04.2005

De este modo, en todos los contratos de salud se entenderán incorporados los derechos y obligaciones relativos a las Garantías Explícitas en Salud y las nuevas normas relativas al Examen de Medicina Preventiva y la Cobertura Financiera Mínima.

Párrafo 1° punto 3.1.
Circular IF/N° 2, 27.04.2005

En consecuencia, en el acto de celebración y suscripción de los contratos de salud, deberá entregarse al afiliado o afiliada, conjuntamente con los restantes documentos contractuales, aquellos contenidos en los Anexos N° 1 y N° 2 del presente Capítulo.¹²⁴ Del mismo modo, el F.U.N. de suscripción debe tener incorporado el precio de las GES¹²⁵.

Párrafo 2° punto 3.1.
Circular IF/N° 2, 27.04.2005

2. De las Enfermedades GES Preexistentes

2.1.- Obligación de declarar preexistencias

En virtud del principio de la buena fe contractual, las personas que desean contratar con una isapre están obligadas a declarar las enfermedades, patologías o condiciones de salud que hayan sido conocidas por ellas y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del o la beneficiario/a, en su caso, independientemente de si aquellas se encuentran o no en el catálogo de problemas de salud que contiene el decreto que fija las GES¹²⁶.

Punto 1 Circular IF/N° 60 de
28.01.2008

2.2.- Obligación de financiamiento

Tratándose de problemas de salud amparados por las GES, las isapres no podrán estipular exclusiones referidas a enfermedades o condiciones de salud garantizadas aunque sean preexistentes y no hayan sido declaradas, por lo que deberán otorgar cobertura aun cuando demuestren que el problema o condición de salud constituye una enfermedad preexistente no declarada.

Párrafo 2° punto 2 Circular
IF/N° 60 de 28.01.2008

2.3.- Extensión de la obligación de financiamiento para problemas de salud con GES

La obligación de las isapres de otorgar cobertura a enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes contenidas en las GES sólo se extiende a las prestaciones vinculadas con aquellas y que estén consideradas en el Listado de Prestaciones Específico establecido en el Decreto Supremo correspondiente, conservando la facultad para negar la cobertura del resto de las prestaciones.

Punto 3 Circular IF/N° 60 de
28.01.2008

¹²⁴ Para una consulta completa de la regulación referida a los documentos contractuales, revisar el Capítulo I "Menciones Mínimas" del Compendio de Instrumentos Contractuales, aprobado por Circular IF/N° 80 de 13 de agosto de 2008.

¹²⁵ Mediante Circular IF/N° 41 de 23.05.2007 se informó el Precio que Cobrarán las Instituciones de Salud Previsional por las Garantías Explícitas en Salud de la Ley N° 19.966, las que se contienen en el D.S. N° 44, de 2007, de los Ministerios de Salud y Hacienda. Dicha Circular está disponible para su consulta en la página WEB de la Superintendencia de Salud.

¹²⁶ Ver Nota N° 111

2.4.- Facultad de poner término al contrato de salud

Las isapres están facultadas para poner término a la relación contractual vigente cuando se invoque cualquiera de las causales legales establecidas en el artículo 201 del D.F.L. N° 1, y se cumplan los requisitos legales para ello, incluso tratándose de la no declaración de un problema de salud preexistente con Garantías Explícitas en Salud, puesto que la ley no ha distinguido.

Punto 4 Circular IF/N° 60 de 28.01.2008

2.5.- Fecha en que produce efectos la terminación unilateral del contrato por parte de las isapre

Excepcionalmente, tratándose de problemas de salud con Garantías Explícitas, si llegado el día en que se produce el término del contrato la persona beneficiaria está requiriendo atenciones en la etapa de confirmación diagnóstica, tratamiento o seguimiento, la terminación deberá diferirse hasta el momento en que, según los plazos fijados en el Decreto que contiene las GES, la respectiva etapa o subetapa se encuentre terminada, siempre y cuando dicha extensión se justifique para no poner en riesgo el tipo de intervención sanitaria de que se trate, lo que debe analizarse caso a caso.

Párrafo 2° punto 5 Circular IF/N° 60 de 28.01.2008

Título IV

NORMAS ESPECIALES PARA PRESTADORES

1. Obligación de los Prestadores de Entregar Información Relacionada con las GES

1.1.- Obligación de informar

En conformidad a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes¹²⁷, los prestadores de salud deben informar, tanto a sus pacientes beneficiarios del Fonasa como de las isapres, de las siguientes circunstancias:

Párrafo 1° punto 1 Circular IF/N° 57, 15.11.2007

- a) Que se ha confirmado el diagnóstico de alguno de los problemas de salud contenidos en las Garantías Explícitas en Salud (GES);
- b) El momento a partir del cual tienen derecho a tales garantías; y
- c) Que para tener derecho a las prestaciones garantizadas deberán atenderse a través de la Red de Prestadores que les corresponda.

1.2.- Constancia escrita en el “Formulario de Constancia de Información al Paciente GES”

Del cumplimiento de la obligación señalada precedentemente, el prestador dejará constancia en el “Formulario de Constancia de Información al Paciente GES”, en

Párrafo 1° punto 2 Circular IF/N° 57, 15.11.2007

¹²⁷ Se refiere al artículo 24 de la Ley N° 19.966 y artículos 24, 25 y 27 del Decreto N° 136, de 2005, de Salud, que establecen la información que deben entregar los prestadores de salud a los beneficiarios de la Ley N° 18.469 y Ley N° 18.933.

Artículo 24 Ley 19.966.- El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas en Salud que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios.

El decreto supremo señalado en el artículo 11 indicará, para cada patología, el momento a partir del cual los beneficiarios tendrán derecho a las Garantías Explícitas. Los prestadores de salud deberán informar, tanto a los beneficiarios de la ley N° 18.469 como a los de la ley N° 18.933, que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el Régimen, en la forma, oportunidad y condiciones que establezca para estos efectos el reglamento. En caso de incumplimiento, el afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sea a través del Fondo Nacional de Salud o de una Institución de Salud Previsional, así como para otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud.

Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo señalado en la letra b) del artículo 4°. Asimismo, dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato respectivo para el otorgamiento de estas prestaciones, en el caso de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional.

Artículo 24 D.S. 136 de 2005 de Salud.- Los prestadores de salud deberán informar tanto a los beneficiarios de la Ley N° 18.469 como a los de la Ley N° 18.933, que se les ha confirmado el diagnóstico de alguno de los problemas de salud contenidos en las Garantías Explícitas en Salud y el momento a partir del cual tienen derecho a tales garantías, de acuerdo a lo dispuesto en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 de la Ley 19.966.

Asimismo, los prestadores de salud informarán a los beneficiarios de la Ley N° 18.469 y N° 18.933 que para tener derecho a las prestaciones garantizadas en forma explícita deberán atenderse a través de la Red de Prestadores que le corresponda.

Artículo 25 D.S. 136 de 2005 de Salud.- Para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo anterior, los prestadores de salud deberán dejar constancia escrita de ello, conforme a las instrucciones que fije la Superintendencia de Salud, estableciendo los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, para informar al beneficiario acerca de, al menos, las materias indicadas en el artículo 29 de la Ley N° 19.966.

Artículo 27 D.S. 136 de 2005 de Salud.- El incumplimiento de la obligación de informar por parte de los prestadores de salud podrá ser sancionado, por la Superintendencia, con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sea a través del Fondo Nacional de Salud o de una Institución de Salud Previsional, así como para otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud.

adelante “el Formulario”, contenido en el Anexo N° 3 del presente Capítulo, el que se encuentra disponible en la página Web de la Superintendencia de Salud.

El Formulario deberá ser extendido en dos ejemplares y deberá ser firmado por el prestador de salud y por la persona beneficiaria, debiendo indicarse claramente el día y la hora de notificación. Asimismo, copia de dicho instrumento deberá ser entregado, en el acto, al o la beneficiaria.

Párrafo 2° punto 2 Circular IF/N° 57, 15.11.2007

El prestador debe conservar las copias que quedan en su poder a fin de ponerlas a disposición de esta Superintendencia al momento de la fiscalización del cumplimiento de las instrucciones impartidas en este Título.

Párrafo 3° punto 2 Circular IF/N° 57, 15.11.2007

El Formulario debe confeccionarse sólo para la constancia del diagnóstico de una patología GES, por lo tanto, no corresponde confeccionarlo cada vez que el o la paciente beneficiaria se presente al establecimiento, sino cada vez que se confirma uno de los problemas de salud garantizados, con excepción de las IRA en menores de 5 años y de las Urgencias Odontológicas, en los que se procederá de acuerdo al punto 1.43.- que sigue.

Punto 2 Oficio IF/N° 6756, 03.10.2008

1.3.- Personas facultadas para confeccionar y firmar el Formulario

Las personas facultadas para firmar el Formulario serán el o la beneficiaria a quien se le confirma un diagnóstico de una patología GES o una persona representante del mismo.

Punto 3 Oficio IF/N° 6756, 03.10.2008

Por su parte podrá firmar la persona que notifica dicha patología, esta última en representación del establecimiento de salud, clínica, hospital o consultorio, y que puede ser el o la médico tratante, enfermera o enfermero u otra persona autorizada por el establecimiento de salud para la respectiva notificación.

1.4.- Excepción de la constancia a través del Formulario para los problemas de salud que se indican, en la Red del sistema público de salud.

En atención a la dificultad de implementar el Formulario en la atención de urgencia de los problemas de salud “Infección Respiratoria Aguda (IRA) baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años” y “Urgencia Odontológica ambulatoria”, por la enorme incidencia en el sector público así como por la alta frecuencia de atención por la vía de urgencia y la atención simultánea a la confirmación diagnóstica impuesta por la Garantía de Oportunidad, que obliga a otorgar tratamiento inmediato, se autoriza a los prestadores de la Red del sistema público de salud que otorgan atenciones de urgencia, para reemplazar la obligación de confeccionar el citado Formulario, por otras medidas en su reemplazo.

Punto 3 Oficio SS/N° 1073, 10.04.2008

Para lo anterior, se les autoriza para registrar en los documentos denominados “Dato de Atención de Urgencia (DAU)” o en la ficha clínica, la siguiente información:

Punto 4 Oficio SS/N° 1073, 10.04.2008

- a) Diagnóstico AUGE o GES;
- b) Nombre y RUT persona que notifica;
- c) Nombre y RUT persona notificada, y
- d) Firma de la persona notificada.

1.5.- Derecho a reclamo

Los prestadores de salud deberán tener a disposición de los y las pacientes beneficiarias del Fonasa como de las isapres, un Formulario de Reclamos, que se contiene en el anexo N° 4 del presente Capítulo. Este formulario se encuentra disponible en la página Web de la Superintendencia de Salud.

Párrafo 1° y 2° punto 3 Circular IF/N° 57 15.11.2007

1.6.- Instrumentos informativos

Para dar cumplimiento a la obligación de informar el momento a partir del cual las personas beneficiarias tienen derecho a tales garantías, los prestadores de salud podrán utilizar y deberán comunicar a los y las pacientes beneficiarias del Fonasa como de las Isapres, la existencia de los siguientes instrumentos informativos disponibles electrónicamente en el portal Web de la Superintendencia de Salud:

Párrafo único punto 4
Circular IF/N° 57 15.11.2007

a) Escáner Auge-GES que contiene un completo detalle de cada uno de los problemas de salud cubiertos por las GES (beneficiarios, tiempos máximos de espera, protección financiera y medicamentos).

b) Cronómetro AUGE que sirve para que los y las beneficiarias de las GES puedan calcular los plazos máximos de atención y de esta forma controlar el cumplimiento de la Garantía de Oportunidad en prestaciones tales como Consulta de Especialidad e Intervenciones Quirúrgicas.

1.7.- Difusión

Tanto el Fonasa como las isapres, deberán tomar las medidas que estimen pertinentes para informar a los prestadores con los cuales haya establecido convenios, de la obligación de dar cumplimiento a las instrucciones impartidas en el presente Título.

Párrafo 1° punto 6 Circular
IF/N° 57, 15.11.2007

ANEXOS

Los Anexos de este Capítulo corresponden a los Anexos N°1 y N°2 de la Circular IF/N° 2, de 27 de abril de 2005, "Imparte Instrucciones sobre el ajuste de los contratos de salud a la Ley N° 19.966"; y a los Anexos N°1 y N°2 de la Circular IF/N° 57, de 15 de noviembre de 2007, que "Imparte Instrucciones sobre la obligación de los prestadores de entregar información relacionada con las Garantías Explícitas en Salud".

ANEXO N° 1

CONDICIONES PARA ACCEDER A LA COBERTURA DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD¹²⁸

Por el presente instrumento, ponemos en su conocimiento las Condiciones de la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud, de conformidad a lo prescrito en la Ley 19.966 y al Decreto vigente de los Ministerios de Salud y Hacienda, que establece los Problemas de Salud y Garantías Explícitas de Salud.

Primero: Generalidades

El Régimen General de Garantías contiene Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. Estas Garantías Explícitas en Salud son constitutivas de DERECHOS para las personas beneficiarias. Asimismo, estas garantías pueden ser diferentes para una misma prestación conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.

Segundo: Cobertura

Las enfermedades, condiciones de salud y prestaciones que no se encuentren incorporadas dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES), mantendrán, si corresponde, las condiciones y cobertura de los respectivos planes de salud complementarios que tengan los y las afiliadas al momento de requerir tales atenciones. Las personas afiliadas y beneficiarias tienen, en todo caso, el derecho de acogerse a las condiciones de las GES, cuando corresponda, o mantener la cobertura y condiciones de su plan complementario vigente.

Tercero: Listado de Prestaciones

Un Decreto Supremo de los Ministerios de Salud y Hacienda fija el conjunto de Problemas de Salud y Garantías Explícitas en Salud. El listado de los problemas de Salud fijados por el Decreto actualmente vigente se presenta al final del presente anexo.

Cuarto: Garantías Explícitas en Salud

Para los efectos previstos en la ley, en relación al Régimen se entenderá por:

Garantía Explícita de Acceso: Obligación de las Isapres de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas en el Régimen, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.

Garantía Explícita de Calidad: Otorgamiento de estas prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado de acuerdo al D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, en la forma y condiciones determinadas en el decreto correspondiente, cuando esté vigente en esta materia. Previo a esto, las Isapres otorgarán estos beneficios en la red que para tal efecto hayan informado a la Superintendencia de Salud.

¹²⁸ Corresponde al Anexo N° 1 de la Circular IF/N° 2 actualizado al tenor del Anexo N° 1 de la Circular IF/N° 39 de 04 de abril de 2007, que Imparte Instrucciones sobre la Difusión de las Nuevas Condiciones de Salud Garantizadas.

Garantía Explícita de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud designado en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto designado por la Isapre cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador designado por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a la Isapre. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito, o que se deriven de causas imputables a la persona afiliada o beneficiaria, lo que deberá ser debidamente acreditado por la Isapre.

Garantía Explícita de Protección Financiera: La contribución o copago que deberá efectuar el o la afiliada por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en el arancel de referencia del Régimen, a disposición de las personas afiliadas y beneficiarias en las oficinas de la Isapre. Lo anterior, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 8° de este documento.

Quinto: Vigencia

Por regla general, los beneficios de las Garantías Explícitas en Salud (GES) tendrán una vigencia de tres años. Si no se modificaren al expirar el plazo señalado en virtud de un Decreto Supremo del Ministerio de Salud, se entenderán prorrogadas por otros tres años.

Sexto: Formalidades y condiciones de atención y de acceso :

1.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud (GES), las personas afiliadas y beneficiarias de Isapres a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por dichas Garantías Explícitas deberán atenderse con el prestador de salud que, para el caso específico, determine la Isapre. No obstante lo anterior, los y las beneficiarias podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata este documento.

2.- Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo que se establece en la Garantía Explícita de Calidad. No obstante, mientras tal Garantía no sea exigible, los prestadores sólo deberán ser informados a la Superintendencia.

3.- Dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional.

4.- Una vez, designado el prestador por la Isapre, la persona afiliada o beneficiaria o su representante deberá indicar expresamente y por escrito su decisión de tratarse a través de dicho prestador o desistir de la atención garantizada, en cuyo caso se entiende que opta por su Plan Complementario y no regirán las garantías explícitas.

5.- Las Garantías Explícitas se aplicarán sólo a las prestaciones definidas en el arancel correspondiente. Las demás prestaciones no contenidas en el referido Arancel, no obstante se otorguen en establecimientos designados por la Isapre, tendrán la cobertura del plan complementario, o la cobertura GES-CAEC si correspondiere.

6.- Los prestadores de salud deberán informar a las personas afiliadas a las Isapres que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud en la forma, oportunidad y condiciones que establece el Reglamento. En caso de incumplimiento, el o la afectada o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sin perjuicio de otras sanciones que contemplen los reglamentos.

Séptimo: Precio

El precio de los beneficios de las Garantías Explícitas en Salud (GES), y la unidad en que se pacta será el mismo para todas las personas beneficiarias de la Isapre, y es independiente del precio del plan complementario. El precio podrá ser modificado cada vez que se modifique el decreto que establece los Problemas de Salud y Garantías en Salud.

Octavo: Cobertura financiera adicional

Sin perjuicio de lo que señala el Reglamento que Establece Normas para el Otorgamiento, Efectividad y Cobertura Financiera Adicional de las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la Ley N° 19.966, aprobado por D.S. N° 136 de 2005 de Salud, se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades, problemas o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, de conformidad a las siguientes normas:

1.- Para tener derecho a esta cobertura financiera adicional, el monto de los copagos deberá superar un deducible, entendiéndose por tal la suma de los copagos que se acumularán por cada evento.

2.- Para el caso de las personas afiliadas a Isapres este deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada patología asociada a las Garantías Explícitas en Salud, que le ocurra al o la afiliada o a sus beneficiarios y beneficiarias. Dicho deducible no podrá exceder de 122 Unidades de Fomento.

3.- En caso de existir más de un evento, que afecte al o la afiliada o a uno o más beneficiarios o beneficiarias, en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible será de 43 cotizaciones mensuales. Dicho deducible no podrá exceder de 181 Unidades de Fomento.

4.- El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que la persona beneficiaria registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzare a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente.

5.- Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud, o, que estando cubiertas, hayan sido otorgadas por prestadores distintos a los designados por las Isapres, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia de Salud cuando correspondiera.

6.- No obstante lo indicado anteriormente, sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente al designado por la Isapre, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al plan contratado, hasta que el o la paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.

7.- El o la médico tratante del establecimiento será quien determine el momento a partir del cual el o la paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado.

8.- Si el o la paciente, sus familiares o representante optan por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se considerarán para el cómputo del deducible. Lo mismo ocurrirá si el o la paciente, sus

familiares o representante optan por el traslado a un establecimiento que no es de los designados por la Isapre.

9.- Si el o la paciente, sus familiares o representante optan por el traslado a un establecimiento designado por la Isapre, se iniciará o reiniciará, a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

I.- PROBLEMAS DE SALUD GARANTIZADOS DESDE EL 2005

1. Insuficiencia Renal Crónica Terminal
2. Cardiopatías Congénitas Operables en menores de 15 años
3. Cáncer Cérvicouterino
4. Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos
5. Infarto Agudo del Miocardio
6. Diabetes Mellitus Tipo 1
7. Diabetes Mellitus Tipo 2
8. Cáncer de Mama en personas de 15 años y más
9. Disrafias Espinales
10. Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años
11. Tratamiento Quirúrgico de Cataratas
12. Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa
13. Fisura Labiopalatina
14. Cáncer en menores de 15 años
15. Esquizofrenia
16. Cáncer de Testículo en personas de 15 años y más
17. Linfomas en personas de 15 años y más
18. Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA
19. Infección Respiratoria Aguda (IRA) Baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años
20. Neumonía Adquirida en la Comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
21. Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más
22. Epilepsia No Refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
23. Salud Oral Integral para niños de 6 años
24. Prematurez
 - 24.1.- Prevención del Parto Prematuro
 - 24.2.- Retinopatía del Prematuro
 - 24.3.- Displasia Broncopulmonar del Prematuro
 - 24.4.- Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro
25. Trastornos de Generación del Impulso y Conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso

II.- PROBLEMAS DE SALUD GARANTIZADOS DESDE EL 2006

26. Colectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos
27. Cáncer Gástrico
28. Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más
29. Vicios de Refracción en personas de 65 años y más
30. Estrabismo en menores de 9 años
31. Retinopatía Diabética
32. Desprendimiento de Retina Regmatógeno no traumático
33. Hemofilia
34. Depresión en personas de 15 años y más
35. Tratamiento Quirúrgico de la Hiperplasia Benigna de la Próstata en personas sintomáticas

36. Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
37. Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 Años y más
38. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de tratamiento ambulatorio
39. Asma Bronquial Moderada y Severa en menores de 15 años
40. Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido

III.- PROBLEMAS DE SALUD GARANTIZADOS DESDE EL 2007

41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
43. Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más.
44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar
45. Leucemia en personas de 15 años y más
 - I.- Leucemia Aguda
 - II.- Leucemia Crónica
46. Urgencia odontológica ambulatoria
47. Salud oral integral del adulto de 60 años
48. Politraumatizado grave
49. Atención de urgencia del traumatismo craneo encefálico moderado o grave
50. Trauma ocular grave
51. Fibrosis Quística
52. Artritis reumatoide
53. Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
54. Analgesia del parto
55. Gran quemado
56. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audifono

ANEXO N° 2
METAS DE COBERTURA DEL EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA
PROBLEMAS DE SALUD SEGÚN GRUPOS DE POBLACIÓN GENERAL¹²⁹

1. EMBARAZADAS

Meta de Cobertura: 100% de las embarazadas beneficiarias.

a) Diabetes Mellitus

Examen: Glicemia en ayunas.

b) Infección por virus de inmunodeficiencia humana

Examen: Test de Elisa para VIH en sangre con consejería pre y post examen.

c) Sífilis

Examen: VDRL ó RPR en sangre.

d) Infección urinaria

Examen: Urocultivo.

e) Sobrepeso y Obesidad

Examen: Medición de peso y talla.

f) Hipertensión arterial

Examen: Medición estandarizada de presión arterial.

g) Beber problema

Examen: Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT).

h) Tabaquismo

Examen: Aplicación del instrumento Estrategia 5A's.

2. RECIÉN NACIDOS

Meta de Cobertura: 100% de los recién nacidos beneficiarios dentro de los primeros 15 días desde el nacimiento.

a) Fenilcetonuria

Examen: Determinación de fenilalanina en sangre.

b) Hipotiroidismo congénito

Examen: Determinación de TSH en sangre.

c) Displasia del desarrollo de caderas

Examen: Maniobra de Ortolani o Barlow.

3.- LACTANTES

Meta de cobertura: 60% lactantes beneficiarios de 3 meses de edad.

a) Displasia del desarrollo de caderas

Examen: Radiografía de pelvis o ultrasonografía de caderas.

¹²⁹ Este Anexo corresponde al Anexo N° 2 de la Circular IF/N° 39 de 4.4.2007, que reemplazó al Anexo N° 2 de la Circular IF/N° 18 de 5.4.2006, el que a su vez reemplazó al Anexo N° 2 de la Circular IF/N° 2 de 27.4.2005.

4. NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 2 Y 5 AÑOS

Meta de cobertura: 60% de la población beneficiaria

a) Sobrepeso y Obesidad

Examen: Medición de peso y talla.

b) Ambliopía, estrabismo y defectos en la agudeza visual

Examen: Aplicación de cartilla LEA.

c) Detección de malos hábitos bucales

Examen: Pesquisa precoz de factores de riesgo para patologías bucales.

5. PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS

Meta de cobertura: 15% población beneficiaria

a) Beber problema

Examen: Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT).

b) Tabaquismo

Examen: Aplicación del Instrumento Estrategia 5A's.

c) Sobrepeso y Obesidad

Examen: Medición de peso y talla y circunferencia de cintura.

d) Hipertensión arterial

Examen: Medición estandarizada de presión arterial.

e) Diabetes mellitus

Examen: Glicemia en ayunas.

f) Sífilis

Examen: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (Rapid Plasma Reagin) en sangre.

g) Tuberculosis

Examen: Baciloscopia a personas con tos productiva por 15 días o más.

6. MUJERES DE 25 A 64 AÑOS

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años, deberá efectuarse en este grupo de mujeres la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 75% de beneficiarias con Papanicolaou vigente (realizado en los últimos 3 años)

a) Cáncer cervicouterino

Examen: Papanicolaou (PAP) o citología exfoliativa cervical.

7. PERSONAS DE 40 Y MÁS AÑOS

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años, deberá efectuarse en este grupo de población la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 15% población beneficiaria

a) Dislipidemia

Examen: Medición de colesterol total.

8. MUJERES DE 50 AÑOS

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años, deberá efectuarse en este grupo de mujeres la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 20% de la población beneficiaria

a) Cáncer de mama

Examen: Mamografía.

9. ADULTOS DE 65 Y MÁS AÑOS

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años, deberá efectuarse en este grupo de población la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 40% anual

a) Autonomía funcional

Examen: Cuestionario estandarizado, Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM).

ANEXO N° 3¹³⁰

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES

(Artículo 24°, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.): _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____

NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: _____

RUT: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

RUT: _____ PREVISIÓN: FONASA ISAPRE

INFORMACIÓN MÉDICA

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES:

Confirmación Diagnóstica

Paciente en Tratamiento

CONSTANCIA:

Declaro que he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud establecidas en la Ley N° 19.966, en la medida que la atención sea otorgada en la Red de Prestadores que corresponda, para lo cual podré informarme en **Fonasa** o en la **Isapre** a la que me encuentro adscrito. Asimismo he sido informado de la existencia de instrumentos informativos: Escáner Auge-GES y Cronómetro AUGE, disponibles en el Portal Web de la Superintendencia de Salud. (www.supersalud.cl)

IMPORTANTE:

Tenga presente que si no se cumplen las garantías usted puede reclamar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

INFORMÉ DIAGNÓSTICO GES

(Firma de persona que notifica)

TOMÉ CONOCIMIENTO

(Firma o huella digital del paciente)

En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el paciente, identificar:

Nombre: _____

Rut: _____

FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN: _____

¹³⁰ Este Anexo corresponde al Anexo N° 1 de la Circular IF/N° 57 de 15.11.2007.

PROBLEMAS DE SALUD GARANTIZADOS SEGÚN D.S. N° 44, DE 2007, DE SALUD

- 1.- Insuficiencia Renal Crónica Terminal
- 2.- Cardiopatías Congénitas Operables en menores de 15 años
- 3.- Cáncer Cérvicouterino
- 4.- Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos
- 5.- Infarto Agudo del Miocardio
- 6.- Diabetes Mellitus Tipo 1
- 7.- Diabetes Mellitus Tipo 2
- 8.- Cáncer de Mama en personas de 15 años y más
- 9.- Disrafias Espinales
- 10.- Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años
- 11.- Tratamiento Quirúrgico de Cataratas
- 12.- Endoprotesis Total de Cadera en pers. de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa
- 13.- Fisura Labiopalatina
- 14.- Cáncer en menores de 15 años
- 15.- Esquizofrenia
- 16.- Cáncer de Testículo en personas de 15 años y más
- 17.- Linfomas en personas de 15 años y más
- 18.- Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA
- 19.- Infección Respiratoria Aguda (IRA) Baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años
- 20.- Neumonía Adquirida en la Comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
- 21.- Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más
- 22.- Epilepsia No Refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
- 23.- Salud Oral Integral para niños de 6 años
- 24.- Prematurez
 - 24.1.- Prevención del Parto Prematuro
 - 24.2.- Retinopatía del Prematuro
 - 24.3.- Displasia Broncopulmonar del Prematuro
 - 24.4.- Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro
- 25.- Trastornos de Generación del Impulso y Conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso
- 26.- Colectectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos
- 27.- Cáncer Gástrico
- 28.- Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más
- 29.- Vicios de Refracción en personas de 65 años y más
- 30.- Estrabismo en menores de 9 años
- 31.- Retinopatía Diabética
- 32.- Desprendimiento de Retina Regmatógeno no traumático
- 33.- Hemofilia
- 34.- Depresión en personas de 15 años y más
- 35.- Tratamiento Quirúrgico de la Hiperplasia Benigna de la Próstata en personas sintomáticas
- 36.- Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
- 37.- Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 Años y más
- 38.- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de tratamiento ambulatorio
- 39.- Asma Bronquial Moderada y Severa en menores de 15 años
- 40.- Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido
- 41.- Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
- 42.- Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
- 43.- Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más.
- 44.- Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar
- 45.- Leucemia en personas de 15 años y más
 - I.- Leucemia Aguda
 - II.- Leucemia Crónica
- 46.- Urgencia odontológica ambulatoria
- 47.- Salud oral integral del adulto de 60 años
- 48.- Politraumatizado grave
- 49.- Atención de urgencia del traumatismo craneo encefálico moderado o grave
- 50.- Trauma ocular grave
- 51.- Fibrosis Quística
- 52.- Artritis reumatoide
- 53.- Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
- 54.- Analgesia del parto
- 55.- Gran quemado
- 56.- Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono



ANEXO N° 4¹³¹



POR UNA SALUD FUERTE

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMOS

Recuerde: Antes de presentar su reclamo en la Superintendencia, debe reclamar en primera instancia en Fonasa o en su Isapre

Fecha de Reclamo: _____

IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O BENEFICIARIO:

| | | | |
|---------------------|--|------------------|--|
| Apellido Paterno | | Apellido Materno | |
| Nombres | | | |
| Cédula de Identidad | | Teléfono | |

DOMICILIO COTIZANTE O BENEFICIARIO:

| | | | |
|-------------------|--|--------|--|
| Calle | | Número | |
| Población o Villa | | Depto. | |
| Comuna | | Ciudad | |

IDENTIFICACIÓN PACIENTE

| | | | |
|---------------------|--|---------------------|--|
| Apellido Paterno | | Apellido Materno | |
| Nombres | | | |
| Cédula de Identidad | | Fecha de Nacimiento | |
| Edad | | Prestador de Salud | |

IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE (en caso de ser diferente al cotizante):

| | | | |
|---------------------|--|------------------|--|
| Apellido Paterno | | Apellido Materno | |
| Nombres | | | |
| Cédula de Identidad | | Teléfono | |

IDENTIFICACIÓN DEL RECLAMADO (Seleccione la opción según corresponda)

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aseguradora | Fonasa _____ | Isapre _____ |
| | | (Indique el nombre de su Isapre) |
| <input type="checkbox"/> Prestador | _____ | |
| | (Indique el nombre del prestador) | |

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA (por favor con letra clara y legible):

| |
|--|
| |
| |

(Si le falta espacio para describir el problema, utilice el reverso)

SOLICITUD CONCRETA:

| |
|--|
| |
| |

FIRMA

(Para su trámite, esta presentación debe estar firmada)

ANEXO NOTIFICACIÓN DIGITAL (opcional)

Para uso exclusivo de reclamos presentados ante la Superintendencia de Salud

¿Desea ser notificado mediante correo electrónico?

SI _____

NO _____

Correo Electrónico: _____

¹³¹ Este Anexo corresponde al Anexo N° 2 de la Circular IF/N° 57 de 15.11.2007.

