

## RESOLUCIÓN EXENTA I.F. N° 204

SANTIAGO, 15 JUN. 2015

### VISTO:

Lo dispuesto en los artículos 115 y siguientes del DFL N° 1, de 2005, de Salud; los 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; el Título IV, del Capítulo VI del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios, aprobado por la Circular IF/N° 77, de 2008, el Capítulo VIII del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, aprobado por la Circular IF/N°131, de 30 de Julio de 2010, ambas de esta Superintendencia de Salud; la Resolución N° 19, de 24 de marzo 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 de ello 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](http://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 autorizó 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 lo dispuesto en 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 7 de noviembre de 2014, se realizó una fiscalización al prestador de salud "Hospital Clínico Mutual de Seguridad", destinada a verificar el cumplimiento de la obligación de informar sobre el derecho a las GES, 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 19 casos revisados, se pudo constatar que en 15 de ellos el citado prestador no dejó constancia del cumplimiento de la referida obligación, en los términos instruidos por esta Superintendencia.
6. Que mediante Oficio Ordinario IF/N° 7799, de 18 de noviembre de 2014, se formuló cargo al señalado prestador de salud, por incumplimiento de la obligación de dejar constancia de la notificación al paciente GES.
7. Que mediante presentación de fecha 10 de diciembre de 2014, el prestador expone que su sistema de registro electrónico, suscribe en forma automática los formularios de notificación, con la información exigida por la normativa, y que además, los usuarios de todos sus sistemas cuentan con claves de acceso que son personales e intransferibles, permitiendo dar por autenticados los documentos que se generan, a modo de firma electrónica simple.

Por otro lado, invoca el inciso 2° del artículo 13 de la Ley N° 19.880, para los efectos de argumentar que las incompletitudes menores de forma del formulario, como la ausencia de la rúbrica del médico que notifica, no invalidan el acceso a las GES, dado que dicho documento contiene toda la información exigida, en forma automatizada.

Además, formula descargos específicos respecto de cada uno de los casos observados, y que en resumen son los siguientes:

Caso	Irregularidad	Descargo
1	Sin formulario.	Copia del formulario fue remitida al prestador de la red del beneficiario, una vez que éste fue estabilizado respecto de su condición de riesgo vital. Acompaña formulario reimpresso.
2	Sin firma del paciente ni de la persona que notifica.	Beneficiario con riesgo vital, que fue derivado a la red de prestadores que le correspondía una vez estabilizado. Formulario con firma electrónica simple del médico.
3	Sin firma del paciente ni de la persona que notifica.	Beneficiaria con riesgo vital, con compromiso de conciencia y sin representante que firmara en su lugar. Formulario con firma electrónica simple del médico.
4	Sin formulario.	Acompaña formulario emitido el día de la confirmación diagnóstica.
5	Sin formulario.	Solicita la exclusión de éste caso, dado que el beneficiario se encontraba acogido a la Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, cuya cobertura es irrenunciable.
6	Sin formulario.	Acompaña formulario emitido el día de la confirmación diagnóstica.
7	Sin formulario.	Solicita la exclusión de éste caso, dado que el beneficiario se encontraba acogido a la Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, cuya cobertura es irrenunciable.
8	Sin firma del paciente ni de la persona que notifica.	Solicita la exclusión de este caso, porque se trataría de un error de diagnóstico de la patología por parte del médico.
9	Sin firma del paciente ni de la persona que notifica.	Formulario con firma electrónica simple del médico. Se emitió certificado de diagnósticos no laborales, para garantizar la derivación oportuna del beneficiario a su red de prestadores, documento que acompaña.

10	Sin formulario.	Solicita la exclusión de este caso, dado que se trata de un beneficiario de 45 años con evidencias de displasia crónica de cadera izquierda, con subluxación y artrosis severa, y que atendida su edad, su problema de salud no constituye una patología GES.
11	Sin firma del paciente.	Beneficiario con riesgo vital, con afasia y compromiso motor, que le impidieron firmar, y sin representante que firmara en su lugar.
12	Sin formulario.	Acompaña formulario emitido el día de la confirmación diagnóstica.
13	Sin firma del paciente.	Solicita la exclusión de este caso, por haberse descartado la existencia de un problema de salud GES.
14	Sin firma del paciente.	Beneficiario con riesgo vital y compromiso motor, que le impidió firmar, y sin representante que firmara en su lugar.
15	Sin formulario.	Acompaña formulario emitido el día de la confirmación diagnóstica.

Por lo anterior, solicita la exclusión de los casos con patologías cubiertas por la Ley N° 16.744 (casos 5 y 7), y aquéllos cuyo diagnóstico en definitiva no corresponde a un problema GES (casos 8, 13 y 10), y, por otro lado, considerar como válidos los respaldos de notificación GES aportados para los casos 4, 6 y 12, y estimar válidas las notificaciones correspondientes a los casos, 1, 2, 3, 9, 10, 11, 13, 14 y 15, en atención a que cumplen los requisitos exigidos en la normativa, y las faltas de completitud en la forma, no inhabilitan el acceso a las GES.

8. Que, en relación con los descargos del prestador, cabe señalar, en primer lugar, que la Ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado, no es aplicable a la emisión y llenado del "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES", y menos por parte de un prestador privado de salud.
9. Que, en este sentido y de conformidad con la normativa que lo rige, hay que tener presente que la obligación de dejar constancia de la notificación al paciente GES incluye no sólo el uso del formulario, sino que el correcto llenado del mismo, con toda la información que se solicita, además de la firma de la persona que notifica y del notificado. Por lo tanto, la omisión de cualquiera de los datos o firmas exigidas por el formulario, constituye un incumplimiento de dicha obligación que puede ser sancionado.
10. Que, en consecuencia, procede desestimar los descargos formulados en relación con los casos números 1, 2, 3, 9, 11 y 14, sea porque no existe constancia del formulario, o porque no consta la firma del beneficiario o su representante, que acredite que efectivamente se realizó la notificación exigida por la normativa.

Además, en relación con las alegaciones relativas a la imposibilidad de obtener la firma del beneficiario o de algún representante de éste, lo cierto es que no se acompañan antecedentes que lo prueben.

11. Que, en cuanto a los casos 4, 6, 12 y 15, respecto de los cuales acompaña formulario emitido el mismo día de la confirmación diagnóstica, en el primer y último de los señalados, esto es, en el 4 y 15, no consta la firma de beneficiario o de su representante, por lo que no acreditó el cumplimiento de la notificación.
12. Que, por el contrario, los formularios acompañados respecto de los casos 6 y 12, sí cuentan con la firma del beneficiario o de su representante, de manera tal que, a pesar de no haberse presentado esta documentación durante el transcurso de la fiscalización, se tendrá por comprobada la notificación en lo atinente a estos casos, acogándose en esta parte los descargos del prestador.
13. Que, en relación con la alegación de exclusión de los casos 5 y 7, en los cuales los beneficiarios se encontraban acogidos a la Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, cuya cobertura es irrenunciable; procede su rechazo, en razón que la Ley N° 19.966 no establece ninguna excepción respecto de la obligación de los prestadores de notificar a las personas, cuando se les ha confirmado el diagnóstico de una patología GES.



Respiratoria Aguda (IRA) baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años" y "Urgencia Odontológica Ambulatoria".

2. El pago de la multa deberá efectuarse en el plazo de 5 días hábiles desde la notificación de la presente resolución, mediante depósito en la cuenta corriente N° 9019073, del Banco Estado, a nombre de la Superintendencia de Salud, Rut: 60.819.000-7.

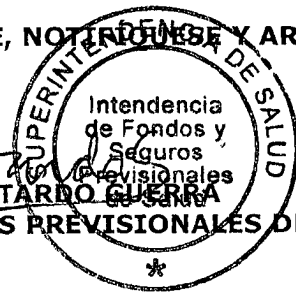
El valor de la unidad de fomento será el que corresponda a la fecha del día del pago

3. El comprobante de pago correspondiente deberá enviarse a la Tesorería del Subdepartamento de Finanzas y Contabilidad de esta Superintendencia, al correo electrónico gsilva@superdesalud.gob.cl, para su control y certificación, dentro del quinto día de solucionada la multa.
4. 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.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE,**

*Nydia Contardo Guerra*  
**NYDIA CONTARDO GUERRA**

**INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD (TP)**



*[Handwritten initials]*  
CVI/LIB/1444/EPL  
**DISTRIBUCIÓN:**

- Director Médico Hospital Clínico Mutual de Seguridad
- Gerente General Hospital Clínico Mutual de Seguridad
- Subdepartamento de Fiscalización GES
- Subdepartamento de Finanzas y Contabilidad
- Unidad de Coordinación Legal y Sanciones
- Oficina de Partes

P-171-2014

Certifico que el documento que antecede es copia fiel de su original, la Resolución Exenta IF/N° 204 del 15 de junio de 2015, 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 TP de la SUPERINTENDENCIA DE SALUD.

Santiago, 16 de junio de 2015

*Carolina Quinessa-Méndez*  
**Carolina Quinessa-Méndez**  
MINISTRO DE EF  
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

