



RESOLUCIÓN EXENTA IF N°

472

Santiago, 16 AGO 2010

**VISTO:**

Lo dispuesto en los artículos 113, 114, 115 y demás pertinentes del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud; la Resolución N° 1600, de 2008, de la Contraloría General de la República y la Resolución Afecta N° 37, de 2009, de la Superintendencia de Salud.

**CONSIDERANDO:**

1.- Que, mediante la Circular IF N° 122, de 30 de junio de 2010, notificada a las isapres electrónicamente en la misma oportunidad, esta Intendencia actualizó y modificó la Circular IF N° 72, de 27 de junio de 2008, sobre la información para la fiscalización y control de las Garantías Explícitas en Salud y la confección de los archivos maestros respectivos, fijando su texto refundido.

La actualización y modificación efectuadas se fundó principalmente en la publicación del Decreto Supremo N°1, de 27 de febrero de 2010, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, que aprueba las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.

2.- Que, con fechas 7 y 9 de julio del presente año, mediante actuación conjunta, las isapres Banmédica S.A. y Vida Tres S.A. y, por su parte, la Isapre Cruz Blanca, dedujeron ante esta Intendencia recursos de reposición en contra de la Circular IF N° 122/2010.

3.- Que, las isapres citadas han recurrido en contra del Título II, "Criterios a considerar para la generación y correcto llenado de los Archivos Maestros", específicamente, respecto al primer párrafo del numerando 2, "Detalle de casos GES para Garantía de Oportunidad", en el cual se reemplaza la expresión "y sus fechas de otorgamiento respectivas" por "así como sus fechas y horas de otorgamiento respectivas", contenido que se explicita en este punto introductorio, dada la exigencia de informar mediante el campo (10), "Hora otorgamiento de la prestación o realización del evento administrativo" la hora (hora y minutos) en que el beneficiario recibió efectivamente la prestación o grupo de prestaciones o le fue realizado el evento administrativo, correspondiente al hito de la garantía de oportunidad que se informa. Lo señalado, en virtud del archivo definido en el Anexo N°2 de la citada Circular IFN° 122.

Indican las recurrentes Banmedica S.A. y Vida Tres S.A., que la garantía de oportunidad establecida en horas, es una situación especial y particular, que puede ser controlada, en el caso eventual de presentarse algún reclamo específico, requiriendo los antecedentes del caso en concreto.

Agrega, que en la gran mayoría de los problemas de salud la garantía de oportunidad está establecida en días y, por consiguiente, la nueva exigencia de indicar hora y minutos para "todos los problemas de salud", además de la fecha de otorgamiento de la prestación, no se compeadece con la realidad nacional ni resulta razonable de exigir, dado

que dicha información es de un nivel de detalle muy fino, de la que disponen el prestador y el beneficiario, no la Isapre.

Por su parte, Isapre Cruz Blanca S.A. señala que la exigencia establecida, no reporta utilidad necesaria para cumplir con el principio de oportunidad y que esto importa un enorme esfuerzo administrativo y desvío de sus recursos humanos.

Añade, que la recolección de esta información no implica que aumenten los parámetros de eficiencia y eficacia que promueve la administración pública para que sus funcionarios no instituyan impedimentos para cumplir en lo concreto con una garantía legal. Indica además la recurrente, que determinadas instrucciones “pugnan con normas y principios básicos del derecho administrativo, así su actuar no consiente en su integridad con los principios de imparcialidad y de eficiencia y eficacia administrativa”.

4.- Que, en primer término, esta Intendencia debe aclarar a las recurrentes Banmedica S.A. y Vida Tres S.A. que, en el Decreto Supremo N°1, de 2010, la garantía de oportunidad, en la gran mayoría de los problemas de salud, se encuentra establecida en días y sólo en ciertas condiciones de salud instaura la obligatoriedad de medir en horas y minutos.

En razón de esta disposición contenida en el mencionado Decreto Supremo, contrariamente a lo que exponen las recurrentes, esta Intendencia limitó su requerimiento a lo exigido por el citado Decreto, por cuanto establece expresamente en el campo (10) “Hora otorgamiento de la prestación o realización del evento administrativo” el siguiente criterio:

- “Se deberá registrar la hora en este campo sólo en los casos en que el hito que se informa es parte de una garantía de oportunidad cuyo plazo se encuentra definido en horas y/o minutos, en el Decreto Supremo que se encuentre vigente. En cualquier otro caso, es decir, si la garantía posee plazo definido en días, semanas, meses o años, deberá registrarse el valor 99:99.”

Por lo anterior, no existe como tal, la exigencia de “indicar hora y minutos para “todos los problemas de salud” toda vez que en aquellos casos en que no sea aplicable la instrucción se deberá informar 99: 99, registro equivalente a cero (0).

5.- Que, es necesario insistir a las isapres Banmédica S.A., Vida Tres S.A. y Cruz Blanca S.A. que la obligatoriedad de la medición en horas y minutos responde a un requerimiento establecido en el Decreto Supremo mencionado precedentemente y no se sujeta al arbitrio de esta Intendencia.

Más aún, ha de tenerse presente que las instrucciones anteriormente impartidas sobre la materia, consideraron ya una etapa importante de ajuste por un período de cinco años desde la entrada en vigencia del primer decreto relacionado con las garantías explícitas, en que no requirió el dato en cuestión.

La exigencia contenida en el Decreto Supremo N° 1, de 2010, obedece a criterios clínicos relacionados con problemas de salud o prestaciones que son críticas para el estado de salud o el pronóstico de la persona beneficiaria, esto es, relacionadas con **situaciones de urgencia**, como por ejemplo, Infarto agudo al miocardio, Diabetes Mellitus descompensadas, Accidente Cerebro Vascular Isquémico, Politraumatizados Graves, etc., casos que esta Intendencia debe abordar en sus instrucciones.

6.- Que, para efectos de la fiscalización de los problemas asociados a urgencias, una correcta evaluación del cumplimiento de la garantía de oportunidad, debe considerar la unidad de medida “Horas”.

En efecto, si se tratase de una Atención de Urgencia del Traumatismo Cráneo Encefálico Moderado o Grave, en su etapa de tratamiento, en que el plazo establecido indica 24 Horas desde la confirmación diagnóstica, la evaluación en días -como plantean las

recurrentes- se asimilaría a 24 horas e implicaría una garantía cumplida si se efectuase el tratamiento al día siguiente. Sin embargo, si la confirmación se efectúa a las 11 hrs AM del día en curso y el inicio del tratamiento comienza a las 18 hrs PM del día siguiente, la evaluación resultante de la garantía en horas, correspondería a un **retraso** en la atención de esta urgencia (31 horas).

7.- Que, a diferencia de lo que señalan de manera conjunta las isapres Banmédica S.A. y Vida Tres S.A., respecto a que no resulta razonable exigir información relativa al cumplimiento de la Garantía de Oportunidad, a una entidad que tiene como objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones, es necesario precisar que el inciso segundo del artículo 2° de la Ley N°19.966, establece, que las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.

Asimismo, en relación a la obligatoriedad en el otorgamiento de las Garantías Explícitas del Régimen General de Garantías en Salud, el artículo 24 de la Ley N° 19.966, es clara en establecer que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento a las Garantías Explícitas en Salud que contemple el régimen que regula la ley para con sus respectivos beneficiarios, y esto incluye ineludiblemente la Garantía de Oportunidad.

Por lo antes expuesto, el rol de las Isapre no se limita al financiamiento de prestaciones asociadas a los Problemas de Salud vigentes.

8.- Que, en relación al cuestionamiento formulado por Isapre Cruz Blanca S.A. respecto a que la instrucción impugnada supuestamente vulnera normas y principios básicos del derecho administrativo, como los de imparcialidad, eficacia y eficiencia administrativa, es indispensable hacer presente que la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, de la Superintendencia de Salud, organismo de la Administración del Estado enmarca su actuación en los marcos constitucionales definidos en el Artículo 7° de la Constitución Política de la República.

En efecto, en cumplimiento del principio de legalidad, esta Intendencia ha impartido las instrucciones que el ordenamiento jurídico pone en el ámbito de sus competencias, en la especie, para el efectivo control y cumplimiento de las obligaciones que la ley ha impuesto a las entidades aseguradoras en salud, tanto privadas como pública, y para el efectivo cumplimiento de los derechos que el ordenamiento jurídico ha otorgado a los beneficiarios.

Asimismo, hace presente a la recurrente que las afirmaciones en comento escapan al límite legal y al objetivo del recurso de reposición puesto que contienen juicios de valor que no se compadecen con el adecuado trato de una institución privada sujeta al control de la Administración del Estado hacia el Organismo Regulador y, por demás, no constituyen cuestionamientos a la legalidad del acto impugnado.

9.- Que, por otra parte, respecto a lo indicado en el recurso deducido por Cruz Blanca S.A., la solicitud de información mediante un medio computacional, como es el Archivo Maestro de que se trata la instrucción impugnada, no confiere a la recurrente orientación alguna del procedimiento o instrucciones que en el futuro pudiera dictar esta Intendencia, en caso que el dato no sea completado.

10.- Que esta Intendencia, mediante la Circular IF N°75, de 15 de julio de 2008, que imparte instrucciones sobre la obligación de los prestadores de salud de proporcionar información que permita acreditar el cumplimiento de las GES, dispuso que estos últimos debían ajustarse a las disposiciones del artículo 29 de la Ley N° 19.966 y al artículo 21 del Decreto Supremo N°136, de 2005, de Salud, que señala en el párrafo VI "DE LA INFORMACIÓN Y DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REGISTRO PARA LA APLICACIÓN DE LA COBERTURA FINANCIERA ADICIONAL", lo siguiente: "...para que los

aseguradores establezcan los sistemas de información o el manejo de la misma, los prestadores deberán registrar -por cada beneficiario o afiliado- antecedentes tales como .....la fecha y hora de la atención. Esta información deberá ser ingresada a la Ficha Clínica, a la hoja de Atención u otro documento similar que sea habitualmente usado para dichos fines”.

Por su parte, la instrucción dispone que cuando los aseguradores requieran información detallada a los prestadores de salud, respecto de un caso asociado a un problema de salud garantizado, en cumplimiento de las instrucciones que les han sido impartidas por esta Intendencia, y existan incumplimientos en la entrega de información por parte de los prestadores de salud, éstos **“...deberán ser informados al Departamento de Control y Fiscalización, de esta Superintendencia, quien analizará los antecedentes proporcionados y procederá a su evaluación.”**

En este sentido, la recolección de información que acredite el incumplimiento del prestador en el tiempo establecido para otorgar la garantía de oportunidad o bien, la omisión de esta información por su parte, serán de importancia para determinar las acciones a seguir por este Órgano de Control.

**11.-** Que, a juicio de esta Intendencia, la petición de las recurrentes no resulta pertinente, pues esta Superintendencia debe fiscalizar y controlar las Garantías Explícitas en Salud (GES), en los términos estrictos en que lo establece el Decreto Supremo N°1, de Salud y de Hacienda, adoptando las medidas conducentes para ello.

Con todo, el grado de aceptación del archivo maestro que contiene la información solicitada ha sido definido considerando las situaciones especiales y por ende, se ha previsto, respecto de su validación de entrada, aquellos casos especiales en que la captura de la información por sus características, es compleja, como el caso en cuestión.

**12.-** Que, la isapre Cruz Blanca S.A. manifiesta que los niveles de exigencia no son los mismos para las Instituciones de Salud Previsional que para los prestadores y que es evidente que el control y cumplimiento de las garantías es mucho más exigente para las Instituciones de Salud Previsional que para los prestadores.

**13.-** Que, no obstante haberse planteado como un punto recurrido, la isapre pretende impugnar un contenido general que no es atingente a las instrucciones específicas que se dictan en esta oportunidad.

Resulta oportuno indicar, sobre el particular, que esta Intendencia ya impartió instrucciones a los prestadores de salud, respecto a la obligación de proporcionar información correspondiente a las Garantías Explícitas en Salud, tal como se manifiesta en el considerando número 9 y que los incumplimientos deben ser informados por parte de las isapres a este Organismo de Control, de manera tal que esta Intendencia fundadamente pueda efectuar las exigencias del caso.

Las instrucciones aludidas fueron oportunamente notificadas a las isapres para su conocimiento y se encuentran publicadas en el portal web de la Superintendencia de Salud.

**14.-** Que, la recurrente isapre Cruz Blanca S.A. repone respecto al campo (33) “Diagnóstico del Beneficiario”, señalando que la actualización en relación al cambio de diagnóstico del beneficiario, carece de relevancia práctica pues si se trata de una cobertura garantizada, es imposible desconocer el diagnóstico de ésta, y que en el caso que el diagnóstico no correspondiera a las coberturas garantizadas, el caso tendría cierre administrativo.

15.- Que, la actualización del diagnóstico solicitado, obedece a que el Decreto Supremo N° 1, de 2010, establece para determinados problemas de salud - los enumerados en el citado campo (33)- una **garantía de oportunidad distinta**, aún cuando se trate del mismo problema y, en consecuencia, la exigibilidad de esta información no tiene relación con que el diagnóstico del beneficiario se modifique en el transcurso de su proceso de atención.

En este contexto, y de no contar con este dato específico, la evaluación y revisión podría ser incorrecta en las condiciones de salud de complejidad, que explicita el Decreto en cuestión, como ocurre en el Problema de salud 14, Cáncer en menores de 15 años en que la Garantía de Oportunidad a ser aplicada depende si se trata de Leucemias - confirmación, dentro de 14 días desde sospecha- o bien de Linfomas y Tumores Sólidos -confirmación, dentro de 37 días desde sospecha-.

Conforme lo anterior, si no se conoce el diagnóstico, habría que controlar todos los casos con un plazo único, lo cual no se condice con lo que indica el Decreto Supremo N° 1, de 2010.

Por las consideraciones expuestas y en uso de las facultades conferidas por la ley a esta Intendencia,

**RESUELVO:**

Rechazar los recursos de reposición deducidos por las Isapres Banmédica S.A., Vida Tres S.A y Cruz Blanca S.A.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE

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

  
AMAW/MPO

**Distribución:**

- Gerentes Generales de Isapres Banmédica S.A., Vida Tres S.A. y Cruz Blanca S.A.
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Subdepartamento de Regulación
- Subdepartamento GES
- Oficina de Partes