



SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud

RESOLUCIÓN EXENTA IF /N° 40

SANTIAGO, 13 FEB 2017

VISTO:

Lo dispuesto en los artículos 110, 113 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 Exenta SS/N° 182, del 12 de febrero de 2015, de la Superintendencia de Salud.

CONSIDERANDO:

1. Que, mediante la Circular IF/N°277, de 27 de diciembre de 2016, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud impartió instrucciones a las isapres sobre las Garantías Explícitas en Salud.
2. Que, dentro del plazo legal, las Isapres Colmena Golden Cross, Banmédica y Cruz Blanca, interpusieron recursos de reposición en contra de la referida Circular, presentando recurso jerárquico en subsidio al principal, salvo Isapre Banmédica.

La Isapre Colmena Golden Cross repone la circular sólo en cuanto al plazo de vigencia de la misma, solicitando se establezca éste para el día 15 de mayo de 2017.

3. Que, por otra parte, la Isapre Banmédica solicita eliminar el punto 2.6 de la circular que señala: *"Asimismo, en la conformación de las redes para el otorgamiento de las garantías explícitas en salud las isapres deberán privilegiar la convergencia de éstas con los prestadores convenidos para el otorgamiento de las prestaciones a través del plan de salud complementario, facilitando el funcionamiento conjunto de los beneficios del contrato de salud."*

Lo anterior, señala, que aun cuando su redacción simplemente invita a las isapres a realizar esfuerzos en la convergencia de la Red GES con los prestadores preferentes en convenio de la isapre, confunde dos regímenes jurídicos completamente diferentes.

A continuación, la Isapre señala que el beneficio GES se encuentra regulado por ley, comprende un número determinado y taxativo de prestaciones, se otorga en una red cerrada definida por la Isapre y tiene una prima única por beneficiario (lo que obliga a una red de prestadores transversal y única para toda la cartera de afiliados). Continúa señalando que para configurarla y bajo ciertos mecanismos que aseguren la debida competencia y transparencia al mercado, la isapre selecciona al prestador o prestadores que otorgarán dichas prestaciones garantizadas, suscribiendo un número acotado de convenios para cada Problema de Salud GES, orientados exclusivamente a satisfacer las prestaciones incorporadas en ellos.

Por otra parte, señala que es importante mencionar que la Red GES es cerrada e independiente del plan de salud del afiliado, por lo que la libre elección no aplica a este beneficio. Por el contrario, los prestadores preferentes con los cuales la isapre tiene convenio son innumerables y se encuentran nominados en cada plan de salud complementario.

Conforme a todo lo anterior, estima la Isapre Banmédica que lo instruido en el punto 2.6 de la circular recurrida no conversa con la naturaleza de las Garantías Explícitas en Salud, al tratarse de un beneficio que se otorga exclusivamente en una red cerrada de atención y para cada problema GES específico, a diferencia de lo que ocurre con los prestadores preferentes en convenio, respecto de los cuales los afiliados pueden elegir libremente donde atenderse.

4. Por su parte, la Isapre Cruz Blanca solicita suprimir el segundo párrafo del punto 2.4 de la Circular IF/N°277, que impartió instrucciones sobre los Procedimientos y Mecanismos para el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud, en particular aquél que señala que éstos *"deberán diseñarse con simplicidad y eficiencia, con el objetivo de facilitar el acceso a las garantías por parte de sus beneficiarios y no pueden implicar mayor tramitación que aquellos establecidos para el acceso al resto de los beneficios que establece el plan complementario."*

Señala que si bien no objeta que los procedimientos sean simples y eficientes, la frase que establece que *no pueden implicar mayor tramitación que aquellos establecidos para el acceso al resto de los beneficios que establece el plan complementario* introduce confusión y no contribuye a que los beneficiarios tengan claridad que están accediendo a las Garantías Explícitas en Salud y no a otros beneficios, y agrega que la frase es vaga e impropia de una normativa reglamentaria, cuyo objetivo debe ser contribuir a precisar el ejercicio de los derechos y no confundirlos.

La Isapre continúa sus argumentaciones señalando que se debe comprender que, por la naturaleza y lógica diversa en que funcionan el plan complementario y las garantías explícitas, necesariamente la tramitación que se requiera para acceder a beneficios que son diversos, será siempre distinta. Además, que es en el plan complementario donde, a su juicio, se requiere menor intervención de la isapre, y por ello la tramitación será menor, y por el contrario, las garantías explícitas exigen normativamente una mayor actividad administrativa, por lo que la tramitación será mayor, lo que no debe ser visto como un perjuicio al beneficiario, en el entendido que el cumplimiento de las diligencias que esa tramitación exija está destinado a asegurar el beneficio.

Por otra parte, la Isapre Cruz Blanca recurre el mismo número 2.4, pero en lo que se refiere a suprimir los dos últimos párrafos del nuevo N°2, letra a) que señalan: *"En los procedimientos relativos a la solicitud de acceso a las garantías se debe establecer que, en el caso de patologías con confirmación diagnóstica, el Formulario de Constancia al Paciente GES entregado por el prestador es el único documento exigible al beneficiario para efectuar tal solicitud. Por su parte, en caso de que se trate de una sospecha, bastará el certificado médico respectivo.*

Asimismo, en el caso de un diagnóstico realizado por profesionales que sean parte de la red de prestadores convenida por la isapre, el acceso a las garantías no puede estar condicionado a una nueva confirmación diagnóstica."

Al respecto, la Isapre Cruz Blanca señala que, a su juicio, en caso de sospecha, de igual modo el médico debiera emitir el formulario de constancia señalando que va a etapa de confirmación como se practica en la actualidad, pues esto da certeza al beneficiario de lo que está ocurriendo y de que es necesaria la confirmación diagnóstica.

En cuanto al segundo párrafo recurrido indica que el texto en cuestión asume a priori que todos los profesionales que prestan servicios en instituciones que forman parte de la Red GES son médicos del staff GES del prestador y se encuentran capacitados en los protocolos de confirmación que dan lugar al acceso al tratamiento. Ello no es así, asegura, pues las redes de prestadores tienen diversos staff de profesionales y no todos atienden las garantías explícitas en salud, lo que es una situación ajena a la isapre y no puede exigírsele al prestador, que organiza y administra y selecciona su staff de profesionales en forma autónoma.

Finalmente, señala la Isapre que la norma da por sentado a priori que el paciente debe recibir las prestaciones de tratamiento, lo que le quitaría la posibilidad de acceso a las prestaciones de la etapa de confirmación y etapificación.

Otro de los puntos recurridos por Cruz Blanca, corresponde al número 2.5 de la Circular, en lo que se refiere a la obligación de informar. En particular, la isapre considera que no hay inconveniente en implementar lo instruido respecto de la información en la página web, sobre sus redes de prestadores para otorgar las garantías, salvo lo que corresponde a la columna "Tipo de intervención sanitaria". Señala que las instrucciones de llenado de esta columna indican que *"la prestación o grupo de prestaciones o canastas GES corresponden a aquellas convenidas con el prestador. Si el prestador informado se encuentra en convenio para otorgar todas las prestaciones o grupo de prestaciones GES, debe informar "todas las prestaciones para esta intervención sanitaria" en la última columna. Si las prestaciones o grupo de prestaciones de un determinado problema de salud GES son convenidas en distintos prestadores, debe detallarse cada una de ellas con los respectivos prestadores"*.

Al respecto, la isapre considera que el nivel de información exigido es de tal detalle, que no tiene en cuenta la dinámica con la que varía, lo que hace imposible mantenerla actualizada. Lo anterior, señala, debido a la movilidad que existe en los convenios con prestadores de apoyo para las distintas canastas, y que es la red administradora del GES la que determina para cada ciudad donde se resolverá las prestaciones de la canasta.

Por lo tanto, solicita eliminar ese nivel de detalle, pues no resulta posible cumplirlo sin rigidizar la red a lo que esté efectivamente publicado.

Por otra parte, la Isapre Cruz Blanca objeta también el punto 2.6, solicitando modificar el párrafo que señala: *"Asimismo, en la conformación de las redes para el otorgamiento de las garantías explícitas en salud las isapres deberán privilegiar la convergencia de éstas con los prestadores convenidos para el otorgamiento de las prestaciones a través del plan de salud complementario, facilitando el funcionamiento conjunto de los beneficios del contrato de salud"*, agregando que es prerrogativa de la isapre determinar la red de prestadores, ya que, según señala, la Ley 19.966 le dio plena libertad en ese sentido, sin otras exigencias que encontrarse éstos registrados y acreditados en la Superintendencia de Salud y estar ubicados en el territorio nacional.

Finalmente, la isapre hace presente que dada la complejidad y dificultad que implica introducir los cambios que la autoridad ha dispuesto, solicita una ampliación de la vigencia de las instrucciones, al menos hasta el 1 de julio de 2017, e indica que la remisión de los Procedimientos y Mecanismos no puede corresponder a la misma fecha, ya que es necesaria la aprobación por parte de esta Superintendencia, por lo que propone que el envío de éstos sea a más tardar el 1 de junio de 2017:

5. Que, sobre lo señalado por la Isapre Banmédica, en primer término, hay que indicar que esta Intendencia no desconoce sus argumentos, en cuanto a que la naturaleza jurídica de las Garantías Explícitas en Salud, por tratarse de un beneficio legal, es distinta a los beneficios contractuales que se definen en el plan complementario. Lo que no comparte es que ese régimen jurídico obligue a la isapre a definir una red de prestadores transversal y única para toda la cartera de afiliados, ni que el beneficio legal deba necesariamente entregarse en una red independiente del plan de salud.

Lo anterior, porque si bien los regímenes jurídicos de las GES y del plan complementario son efectivamente distintos, no es menos cierto que la naturaleza de las prestaciones de salud que el contrato debe proteger es la misma. En este sentido, ambos son beneficios previsionales de salud y de seguridad social.

Asimismo, la isapre debería saber y entender que el afiliado es una persona, por tanto indivisible, por lo que su atención de salud debe tender a ser integral y no desmembrada en diferentes prestadores, obedeciendo, como dice la isapre, a la naturaleza jurídica de los beneficios.

En efecto, al señalar la isapre que debe suscribir *convenios acotados para cada problema de salud y orientados exclusivamente a satisfacer las prestaciones incorporadas en ellos*, lo que hace es afectar directa y negativamente la integralidad de las atenciones de salud, por cuanto una persona puede requerir prestaciones garantizadas y no garantizadas en un mismo evento, por lo que al atenderse en una Red GES que no converge con el prestador preferente de su plan complementario no permite que pueda hacer el mejor uso de todos los beneficios del contrato de salud a que tiene derecho, por lo que algunos de tales beneficios terminan siendo incompatibles, excluyentes y, en definitiva, ilusorios.

Estimar lo contrario conllevaría a establecer que sería lícito afectar la intervención sanitaria en desmedro del paciente, a través de la confección de la Red GES, haciendo incurrir al beneficiario en gastos adicionales de traslados y tiempos de espera, entre otros.

No debe olvidar la isapre que en su gestión desarrolla parte de la protección a la salud y seguridad social que nuestra carta fundamental busca resguardar.

En razón de lo anterior, esta Intendencia ha impartido instrucciones como las contenidas en la circular recurrida, en vista que el contrato de salud y sus beneficios, sean concebidos como un todo articulado, complementario y accesible, en todo lo que sea posible.

6. Que, respecto del primer punto recurrido por la Isapre Cruz Blanca, hay que señalar que esta Intendencia no discute que los procedimientos establecidos por la Isapre para acceder a los beneficios del plan complementario y para las Garantías Explícitas en Salud sean distintos, atendiendo a la naturaleza jurídica también diversa de ambos.

En lo que no concuerda es que las instrucciones impartidas produzcan confusión y no contribuyan a que los beneficiarios tengan claridad que están accediendo a las garantías explícitas. De hecho, todas las instrucciones impartidas en la circular recurrida están dirigidas precisamente a mejorar la información al beneficiario y a establecer procedimientos claros y simples para el acceso a los beneficios.

No obstante, se hace presente que el deber de informar que recae sobre las isapres, en el sentido de que deben poner en conocimiento de sus beneficiarios los beneficios que emanan del contrato de salud, no necesariamente debe manifestarse a través de tramitaciones, sino que perfectamente puede darse en medidas de otra naturaleza hechas por la misma isapre, de manera de facilitar el acceso a las prestaciones de salud.

Por otra parte, tampoco se comparte lo señalado por la isapre en cuanto a que, necesariamente, la tramitación que se requiera para acceder a los beneficios debe ser mayor en el caso de las garantías explícitas, situación que no ha sido suficientemente argumentada por la Isapre.

Si bien es cierto la normativa vigente establece ciertos trámites necesarios e ineludibles para acceder a las garantías, tales como la notificación por parte del prestador, o la aceptación de la derivación a la red de prestadores determinada por la isapre, no se visualiza por qué los trámites establecidos por la isapre para hacer uso de las garantías, deban necesariamente ser más complejos para el beneficiario, que para acceder al resto de los beneficios del contrato.

Al contrario, esta Intendencia estima que precisamente por tratarse de un beneficio legal obligatorio, aplicable a todos los beneficiarios sin distinción, con prestaciones acotadas y conocidas de antemano por parte de la isapre, los procedimientos de acceso a los beneficios deberían ser, incluso, más simples.

No se desconoce que para lograr lo anterior, seguramente la isapre deberá desplegar sus mayores esfuerzos en aplicar mecanismos y procedimientos acordes con la tecnología vigente, otorgar alto nivel de capacitación a su personal o evaluar permanentemente los convenios con sus prestadores, entre otras medidas tendientes a otorgar las prestaciones de la mejor forma posible. Pero ello responde también al hecho que las Garantías Explícitas, aun siendo un beneficio legal, es financiado por el cotizante con un aporte adicional a la cotización de salud, por lo cual tiene derecho a recibir beneficios con el mismo nivel de accesibilidad y calidad que el resto de las prestaciones del contrato.

Ahora bien, en lo que se refiere al segundo punto recurrido, es decir, la instrucción que establece que en caso de sospecha de la existencia de alguna Condición de Salud Garantizada, bastará solo un certificado del médico, hay que indicar en primer término, que la normativa vigente, en particular el Compendio de Beneficios, regula el Formulario Constancia Información al Paciente Ges, el cual considera, respecto de la información médica, que se debe completar la "Confirmación diagnóstica GES". Pues bien, de acuerdo a lo establecido en las Normas de Carácter Técnico y Médico Administrativas para el cumplimiento de las GES, contenidas en el Decreto N°45, de 2013, el diagnóstico es: *"Proceso mediante el cual, a través del análisis de los síntomas presentados por el beneficiario junto a la historia clínica, a los signos clínicos observados, junto a las acciones de salud y/o tecnología que correspondan, el profesional de la salud lleva a establecer o descartar la existencia de una determinada enfermedad o condición de salud. Este proceso se inicia al momento de la sospecha de una determinada enfermedad o condición de salud y finaliza con la confirmación o el descarte de ésta."*

Asimismo, señala que *"en aquellos problemas de salud en que la sospecha es realizada por un profesional no médico (ej.: diabetes, hipertensión, displasia de caderas, estrabismo). Este podrá incorporar al usuario al proceso AUGE para realizar su diagnóstico. Incluye el tamizaje en población sana, en algunos problemas de salud."*

De acuerdo a la normativa citada, el diagnóstico debe ser determinado por el médico tratante, y se deberá notificar cuando éste, con los antecedentes clínicos necesarios, esté en condiciones de confirmarlo.

Por otra parte, los artículos 24 y 25 del Decreto Supremo N°136, de 2005, de Salud señalan: *"Los prestadores deben informar a dichos 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."*

Por lo tanto el Formulario de Notificación, debe corresponder al día en que el médico diagnostica la patología, lo que a su vez debe ser respaldado por la documentación clínica (Ficha Clínica).

De todo lo expuesto se puede concluir que la obligación de emitir el formulario es frente al diagnóstico de una condición de salud y no puede exigirse en la etapa de sospecha. Muy por el contrario, tal como lo indica la normativa recurrida, bastará un certificado médico que señale que existe una sospecha, para que la persona pueda solicitar el acceso a las garantías y así tener derecho a las prestaciones consideradas en dicha etapa, que permitan confirmar o descartar el diagnóstico.

En cuanto a la alegación de la isapre en contra de la instrucción que establece que el acceso a las garantías no puede estar condicionado a una nueva confirmación diagnóstica, cuando el diagnóstico ha sido realizado por profesionales que sean parte de la Red GES convenida por la isapre, esta Intendencia aclara que la instrucción establece que si la persona se atendió con un prestador que forma parte de la Red GES convenida por la isapre y obtuvo de esa atención un diagnóstico, no corresponde una nueva reconfirmación. Obviamente, la isapre debe estar en condiciones de determinar, dentro de la gama de prestadores que atienden en el establecimiento convenido, cuáles de ellos son parte de su propia Red Ges y cuáles no.

Establecer lo contrario iría contra la eficiencia que debe primar en el manejo de los recursos, generando así un mayor costo para el beneficiario.

Sin perjuicio de lo señalado, debe aclararse que el artículo 4° de la Ley 19.960, define la Garantía Explícita de Calidad como: "el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado...", de manera tal que cualquier prestador que reúna dichas condiciones podría ser apto para realizar la confirmación diagnóstica. En este sentido, si la isapre observa que existe una falta de capacitación por parte de los médicos que conforman la Red GES, es deber de ésta el remediar dicho defecto, toda vez que sobre ella recae parte del deber de dar cumplimiento a las Garantías Explícitas en Salud, conforme al artículo 24 del mismo cuerpo legal.

En lo referente a la obligación de informar la red de prestadores GES en la página web, como se dijo precedentemente, la Isapre ha señalado que no es posible el nivel de detalle requerido sin rigidizar la red que debe estar publicada.

Al respecto, el nivel de detalle solicitado es necesario para que los beneficiarios tengan claridad respecto del prestador convenido hasta el nivel de la prestación o grupo de prestaciones de la respectiva intervención sanitaria, ya que de lo contrario, en caso de ser distintos para algunas prestaciones de la etapa, se podría llegar a la conclusión –equivocada– que el único prestador informado es el convenido y capacitado para entregar todas las prestaciones que correspondan a esa intervención sanitaria, con la consiguiente responsabilidad de la isapre ante esta falta de información.

Sin perjuicio de lo esbozado, llama profundamente la atención la argumentación, toda vez que los convenios debieran tener una estabilidad razonable en el tiempo, y no cambiar en un plazo tal que no permita informarlo.

Por otra parte, sobre lo señalado por la Isapre Cruz Blanca en relación con el párrafo que se refiere a la convergencia de las redes de prestadores GES con el resto de las redes convenidas en el plan de salud, hay que indicar que esta Intendencia no desconoce la facultad que la propia ley le otorga a las isapres para configurar sus redes para otorgar las prestaciones GES. Lo que este Organismo pretende con las instrucciones impartidas, como se le dijo en el numeral 5 anterior a la Isapre Banmédica, es que en tal configuración la isapre tienda a hacer compatibles todos los beneficios del contrato, de modo que el beneficiario pueda hacer el mejor uso de ellos.

Sin embargo, esta Intendencia estima atendible la solicitud de Cruz Blanca de complementar la normativa con su propuesta sobre la prerrogativa de la isapre de determinar la red de prestadores, por lo que se modificará la normativa en tal sentido.

7. Que, finalmente, en cuanto a la solicitud de ampliación del plazo de vigencia de la circular recurrida, pedido por Colmena Golden Cross y Cruz Blanca, así como del envío de los Procedimientos y Mecanismos para el otorgamiento de las GES, requerido sólo por Cruz Blanca, esta Intendencia estima atendible la solicitud. Sin embargo, cabe precisar que la revisión de tales procedimientos y mecanismos por parte de esta Superintendencia no es requisito previo para la entrada en vigencia de las instrucciones, por cuanto tal revisión se hará en forma paralela, informándose a las isapres las observaciones cuando corresponda.
8. Que, por las consideraciones expuestas y en uso de las facultades de esta Intendente,

RESUELVO:

1. Acoger los recursos de reposición interpuestos por las isapres Colmena Golden Cross y Cruz Blanca en contra de la Circular IF/Nº277, de 27 de diciembre de 2016, en lo que se refiere a postergar la entrada en vigencia de la circular hasta el día 1 de julio de 2017, fecha en la cual se deberán hacer llegar los Procedimientos y Mecanismos para el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud ajustados a las instrucciones vigentes.
2. Acoger lo solicitado por Isapre Cruz Blanca, conforme a lo expuesto en el considerando 6 precedente, respecto de modificar la Circular IF/Nº277, ya individualizada, y el Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos sólo en la parte que se refiere a agregar la frase sobre la prerrogativa de la isapre de determinar la red de prestadores, rechazando el recurso en todo lo demás. Para tales efectos, notifíquese a todas las isapres la presente Resolución Exenta.

3. Rechazar el recurso de reposición interpuesto por la Isapre Banmédica en todas sus partes, de acuerdo a lo señalado precedentemente.
4. Remítase para el conocimiento y resolución del Superintendente de Salud, el recurso jerárquico interpuesto subsidiariamente por la Isapre Cruz Blanca, junto a la presente resolución.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y ARCHÍVESE



NYDIA PATRICIA CONTARDO GUERRA
INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD


LRA/KEDLM/FAHM/SAQ

DISTRIBUCIÓN:

- Gerentes Generales de Isapres Banmédica, Colmena y Cruz Blanca
 - Gerentes Generales de las Isapres
 - Fiscalía
 - Subdepto. de Regulación
 - Oficina de Partes
- Correlativo N°5078