

RESOLUCIÓN EXENTA IF/N°

SANTIAGO, 22 NOV 2021

VISTO:

Lo dispuesto en los artículos 110, 113, 114 y demás pertinentes del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud; la Resolución N° 7, de 2019, de la Contraloría General de la República, y la Resolución TRA N° 882/16/2019, de 18 de febrero de 2019, de la Superintendencia de Salud, y

CONSIDERANDO:

I. EXPOSICIÓN DE LOS RECURSOS

1. Que, mediante la Circular IF/N°387, de 03 de agosto de 2021, en adelante, "la Circular", se instruyó a las isapres sobre acceso y gestión de las Garantías Explícitas en Salud (GES).

2. Que, **Isapre Banmédica S.A.** interpuso un recurso de reposición y, en subsidio, recurso jerárquico en contra de las instrucciones impartidas en la citada normativa, solicitando que se dejen sin efecto o, en su defecto, que se modifiquen en los términos que expone.

Al respecto, señala que en relación a lo establecido en el numeral 7.1, en cuanto a disponer de una aplicación informática, ya tiene desarrolladas las aplicaciones tecnológicas correspondientes en el sitio privado de cada afiliado, cumpliendo de este modo íntegramente con lo instruido, pues actualmente a través del sitio web privado de cada afiliado, estos pueden realizar todos los trámites que podrían efectuar de manera presencial en agencias de la isapre relacionados con el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, GES; a saber: (i) activación GES ; ii) efectuar copago de canastas GES; (iii) compra de bonos GES; (iv) envío de antecedentes médicos; y (v) gestión de medicamentos GES.

Sin perjuicio de lo anterior, solicita aclarar el párrafo segundo del numeral 7.1 incorporado, en cuanto a que "La Isapre debe crear una dirección de correo específica para las comunicaciones que se generen por la activación de las GES, el que debe ser ampliamente difundido por la institución". Hace presente que toda comunicación que se origina desde el buzón GES, referido a solicitudes de activación de las Garantías Explícitas en Salud (GES), es enviada a los afiliados desde la casilla de correo electrónico: operacion@e.banmedicainforma.cl. Sin perjuicio de ello, si bien no dispone de una casilla de correo electrónico para la recepción de las referidas solicitudes de activación de las GES, dicho trámite fue habilitado a través del sitio privado de cada afiliado, mediante una aplicación que permite de manera simple la recepción de solicitudes de activación y permite a cada afiliado gestionar todos los trámites relacionados a sus solicitudes vigentes, asegurando así la autenticación de la persona que ha efectuado la solicitud.

Producto de lo anterior, en su opinión no resulta necesaria la creación de un correo electrónico específico para efectos de realizar la activación de las GES, toda vez que, ya sea a través de un correo electrónico o mediante la aplicación incorporada en el sitio web privado de los afiliados, en ambos casos se requiere la realización de un trámite a través de internet, lo que asume la disponibilidad de esta herramienta para todos los afiliados que quieran gestionar este tipo de solicitudes. Agrega que, el uso del sitio web privado permite a los afiliados no solo efectuar la activación del beneficio GES, sino que, además, permite la realización de todos los trámites asociados al funcionamiento y obtención de los beneficios garantizados, lo que hace que esta herramienta no solo cumpla con el objetivo señalado en la Circular, sino que permite hacer más eficientes y rápidas todas las gestiones que requiera la persona afiliada,

lo que no ocurre con la casilla de correo electrónico, la cual solo retrasa la activación y obtención de los beneficios garantizados en las GES.

De conformidad con lo expuesto, solicita confirmar que, con el mecanismo implementado por ella en el sitio web privado de los afiliados, sumado a la difusión de la casilla de correo electrónico señalada anteriormente, esa Isapre está dando cumplimiento a las instrucciones impartidas por la Circular. En caso contrario, de mantenerse la instrucción de habilitar una casilla de correo electrónico exclusivamente para la recepción de solicitudes, se impediría una adecuada gestión de las solicitudes de activación GES, toda vez que en este caso no se dispondría de un control automático como el implementado a través del sitio web privado del afiliado, en el que se remiten los correos electrónicos de respaldo pertinentes de manera automática y además se registra en el mismo sitio web cada gestión realizada, lo que permite una adecuada y correcta trazabilidad de las gestiones, tanto para la Isapre como para el beneficiario solicitante.

Lo anterior, debiendo considerarse los recursos destinados y el esfuerzo operativo para implementar la herramienta que permite la activación y gestión de las Garantías Explícitas en Salud, GES, a través del sitio web privado de los afiliados.

Finalmente, solicita tener por interpuesto el recurso de reposición en contra de la Circular, solicitando, en definitiva, que se acoja y se dejen sin efecto las instrucciones impartidas, de acuerdo con lo señalado en el presente escrito. En subsidio de lo anterior, solicita se efectúen las modificaciones correspondientes.

En la eventualidad que el recurso de reposición interpuesto sea desestimado, interpone Recurso Jerárquico.

3. Que, **Isapre Colmena Golden Cross S.A.** también dedujo recurso de reposición solo en cuanto a que se modifique la fecha de entrada en vigencia para el día 31 de diciembre de 2021 y, en subsidio, recurso jerárquico, exponiendo respecto del punto "2. Obligación de las Isapres a gestionar", de la letra A) de la Circular, que si bien esa Isapre ha implementado todas las medidas a su alcance para asegurar el cumplimiento de la garantía de oportunidad por parte de los prestadores en convenio y de los afiliados con GES activo, para dar cumplimiento justamente a las obligaciones referidas en el citado párrafo y estar de esa forma en condiciones de acreditar y mantener los respaldos de todas las gestiones realizadas, para materializar todas y cada una de estas instrucciones, resulta imprescindible efectuar cambios estructurales en sus sistemas informáticos junto con implementaciones de nuevas soluciones tecnológicas que permitan almacenar cada gestión realizada para todas las atenciones recibidas por el paciente, lo que resulta técnicamente imposible de implementar en la fecha establecidas por esta Superintendencia, esto es, el 1º de octubre de 2021.

Señala que, adicionalmente, estos desarrollos podrían requerir la creación de un registro o ficha del paciente con información proveniente tanto por la Isapre, como por el beneficiario o su representante y por los prestadores respectivos, lo que implica que su diseño y puesta en marcha dependerá de las acciones coordinadas de cada una de estas partes y, en consecuencia, no solo de la Isapre.

En cuanto al punto "7.1 Medios alternativos para acceder a las GES", de la letra A, indica que cuenta actualmente con una plataforma en su sucursal virtual, que permite a los afiliados solicitar la activación de las GES de forma completamente remota, adjuntando para estos efectos los formularios y antecedentes correspondientes. Sin embargo, le es necesario realizar modificaciones importantes en el sistema que soporta esta plataforma para que, por ejemplo, el paciente pueda aceptar o rechazar el prestador designado por la Isapre y recibir las notificaciones asociadas, lo que también es técnicamente imposible de implementar en la fecha definida en el Circular recurrida.

En relación al citado punto "7.1 Medios alternativos para acceder a las GES", manifiesta que, respecto a la compra de bonos, esa Isapre cuenta actualmente con un servicio en su sucursal virtual que permite a los afiliados la compra automática y autónoma de bonos GES de consultas médicas para la gran mayoría de los Problemas de Salud GES. Adicionalmente, existe la solicitud de bonos GES web para consultas

médicas, exámenes y procedimientos, donde el paciente envía sus requerimientos a través de un formulario digital adjuntando los antecedentes correspondientes. Estas solicitudes son gestionadas por un equipo de ejecutivos de la Isapre que entregan respuesta en menos de 3 días hábiles. Esta última solución, según expresa, permite orientar correctamente al afiliado o afiliada a distancia en la compra de todos los tipos de bonos GES, tal como se realiza en sucursales presenciales. Lo anterior, sostiene, evita errores en la elección de las canastas y selección de prestaciones de servicio de apoyo y, además, le ayuda a asegurar la existencia de una orden médica que respalde la emisión de dichos bonos, asegurando el cumplimiento de la garantía de protección financiera.

Estima que, por lo señalado, con la actual alternativa de obtención de bonos remotos que tiene a disposición de sus afiliados(as), se cumple con lo solicitado en la Circular. No obstante, para la implementación del servicio de copago de canastas e incorporación de recetas, resulta necesario diseñar y desarrollar nuevas funcionalidades en la plataforma web, cuya materialización resulta técnicamente imposible de implementar en la fecha definida en la Circular.

Indica que, en síntesis, para cumplir con las medidas exigidas por esta Superintendencia se deben implementar soluciones informáticas que requieren desarrollos relevantes y modificaciones estructurales en los sistemas existentes, junto con materializar acciones que no solo consideran información que ya consta en la Isapre, sino también la que debe ser proporcionada por la persona cotizante o su representante y por el prestador involucrado, siendo en consecuencia extremadamente exiguo el plazo conferido para llevar a cabo todas las modificaciones señaladas.

En función de lo señalado, solicita una ampliación de plazo para la entrada en vigencia de la Circular hasta el día 31 de diciembre de 2021.

4. Que, asimismo, **Isapre Nueva Masvida S.A.** dedujo recurso de reposición y, en subsidio, recurso jerárquico, expresando que, en cuanto a las obligaciones de gestionar, actualmente cumple su obligación legal y también de monitorear el cumplimiento, para lo cual mantiene una unidad técnica, plataformas, soportes tecnológicos y red de prestadores para atender adecuadamente los requerimientos y disponer de lo requerido para el otorgamiento de las prestaciones. Sin embargo, aduce, hay situaciones que están fuera de su alcance, ya que hay oportunidades en que la atención no se concreta, hay un quiebre de stock, etc. Estas situaciones escapan a su ámbito de control, por lo que la responsabilidad debe estar dentro de los márgenes que establece la ley y no se puede ir más allá.

Refiere que es importante que la Isapre conozca de antemano hasta donde llega su responsabilidad, ya que, de lo contrario, se vulnera el principio de legalidad, lo que es contrario a la Constitución Política de la República. Agrega que su responsabilidad debe estar acotada a aquello que queda dentro de su ámbito de acción, es decir, la Isapre administra las GES con todas las herramientas técnicas, informáticas y comerciales, para el correcto cumplimiento de las garantías, llegando su obligación hasta la designación del prestador, coordinación con el prestador para el otorgamiento de prestaciones y seguimiento del cumplimiento de las garantías.

Expone que la Circular establece que se debe crear una dirección de correo electrónico específica para las comunicaciones que se generen por la activación de las GES y, también, disponer de una aplicación informática, mecanismo con que el que esta Isapre cuenta y que adaptará dentro del plazo conferido, para cumplir cabalmente con la nueva normativa. Agrega que, este mecanismo permite la autenticación del usuario para su ingreso, ya que funciona dentro de la sucursal virtual. También permite asegurar, que el afiliado reciba la información necesaria para efectuar el trámite que requiere. Esta mejora, así como otras que se hicieron durante el año 2020, tuvieron su origen en la necesidad de contar con medios remotos, para realizar trámites que anteriormente se hacían en forma 100% presencial. El mecanismo precedentemente descrito, entrega seguridad al afiliado, ya que existe certeza que la isapre recibirá la documentación requerida y su solicitud, en cambio un correo electrónico podría no ser recibido por el destinatario en virtud de diversos motivos, tales como el peso de los documentos, problemas de seguridad, error al digitar la casilla, etc. Otro inconveniente que generaría el correo electrónico,

según su parecer, es que sin perjuicio de la publicidad que se haga para direccionar correctamente las solicitudes, es decir, para que un correo electrónico creado para un fin específico tenga ese uso exclusivo, se reciben diversos tipos de solicitudes, lo que también acarrea un riesgo para el afiliado, ya que puede dirigir la solicitud de manera errónea.

Asimismo, añade que al habilitar una casilla electrónica existe la posibilidad de que el afiliado haga la solicitud sin los documentos requeridos, o sin entregar los datos mínimos. Por lo demás, un correo electrónico no entrega la seguridad de poder controlar las gestiones y mantener la trazabilidad requerida para este tipo de casos.

Asegura que, por esas razones, es que se ha tendido en otras industrias a eliminar las solicitudes mediante correo electrónico, reemplazándolas por formularios web, en su caso, sucursal virtual.

En virtud de lo expuesto, estima que es un avance necesario regular la materia, sin embargo, ese avance debe ir en pro de las personas afiliadas y de un mejor servicio. Estima que la obligatoriedad de mantener una aplicación informática, si constituye un avance y una mejora para el otorgamiento de los beneficios, sin embargo, la creación de una casilla de correo electrónico, no cumple con dicho estándar.

En relación al punto ii, del acápite "7.2. Situaciones exentas de una nueva confirmación diagnóstica", que establece que un paciente atendido fuera de la red podrá continuar su tratamiento a través de las GES, argumenta que si bien es cierto que se puede tener certeza de la enfermedad, resulta necesario al menos, tener una consulta médica dentro de la Red, para hacer el adecuado seguimiento y registro del paciente, conocer exactamente la etapa en que está, asignar correctamente los hitos y verificar la canasta a la que accederá y los copagos que deberá hacer el beneficiario. De lo contrario, existe el riesgo de vulnerar la garantía de protección financiera y la garantía de acceso.

Sostiene, que la obligación legal de la isapre es hacer el seguimiento del paciente, lo que no se está permitiendo con la imposición de esta nueva normativa, ya que se podrían cometer errores en la asignación de la canasta, lo que afectaría además al otorgamiento de beneficios, toda vez que la isapre estaría suponiendo la etapa en que está el paciente. Ejemplifica sus dichos, refiriendo que en la depresión existen canastas para el tipo leve, moderada, grave, fase aguda y mantenimiento. El médico de fuera de la Red no hace este tipo de clasificación y cada una de ellas tiene medicamentos y copagos diferentes.

Agrega que, dentro del mismo acápite, en el punto iii y el iv, se da la misma situación, no se sabe en qué etapa se encuentra el paciente, no hay como clasificarlo correctamente; se asume el riesgo de cometer errores, lo que constituye un incumplimiento al otorgamiento de garantías. Como mínimo, se requiere poder conocer el estado y etapa del paciente para que de esa forma la isapre pueda ejercer adecuadamente lo que es de su responsabilidad dentro del otorgamiento de GES.

Advierte que el objetivo de realizar la gestión de confirmación es adscribir al paciente al vademécum GES vigente y asignarlo adecuadamente a la etapa GES de su problema de salud.

Refiere, por otra parte, en cuanto al reemplazo del Formulario de Constancia de Información al Paciente GES se pueden aportar otros documentos. Al respecto, precisa que el objetivo de este formulario es que el profesional de la salud se haga responsable del diagnóstico entregado al paciente. Agrega que este formulario se viene usando desde hace muchos años, y es obligación del prestador dar cumplimiento a ello, entonces con esta normativa se está validando el incumplimiento de la obligación del facultativo. Este documento es necesario para conocer la etapa y canasta del paciente. Una atención de urgencia no constituye necesariamente un diagnóstico GES, menos aún una receta médica.

Recalca que lo anterior, dejaría a esa isapre en la posición de interpretar y suponer el diagnóstico, lo que puede afectar el otorgamiento correcto de beneficios. Añade que la notificación es fundamental para la activación de un problema GES y que no es casualidad que la Circular IF/Nº277 de esa Superintendencia, establezca que: "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 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 que 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."

5. Que, del mismo modo, la **Isapre Consalud S.A.** dedujo recurso de reposición y, en subsidio, recurso jerárquico, observando, como primer punto, las situaciones exentas de una nueva confirmación diagnóstica, que de acuerdo con el nuevo punto 7.2 numeral ii de la Circular, el acceso a las garantías no puede estar condicionado a una nueva confirmación diagnóstica cuando: "El paciente, beneficiario de la institución de salud que habiendo optado previamente por recibir a través del plan complementario el tratamiento de un problema de salud garantizado por un profesional médico registrado en la Superintendencia de Salud pero que no forma parte de la red de la institución de salud previsional, con posterioridad, decide continuarlo a través de las garantías explícitas en salud". En este caso en particular, cree que existen una serie de consideraciones que deben ser tenidas en cuenta por este organismo regulador, para efectos de modificar la nueva normativa contenida.

Expone que, dada la forma en que está redactada la prohibición de requerir una nueva confirmación diagnóstica del punto ii antes citado, se genera en la práctica una especie de imposición para los prestadores de salud de la Red de la isapre, quienes no podrán llevar a cabo una gestión médico-sanitaria sobre el caso, teniendo que estarse a la opinión médica de un tercero respecto del diagnóstico de una patología garantizada. Estima que la situación expuesta será rechazada por parte de los profesionales médicos que trabajan en los prestadores que forman parte de su RED, más aún si existe la posibilidad de un errado diagnóstico que podría generar responsabilidad para los profesionales que tienen convenio GES con la isapre.

Señala, a mayor abundamiento, que efectivamente existen situaciones técnicas en que se pudiese necesitar repetir un examen, como por ejemplo en imagenología, especialmente, cuando de ello depende una cirugía y no existe conformidad técnica con la calidad de dicho examen, lo que obliga al médico que recibe a repetir examen asociado obviamente a una nueva consulta médica. Igualmente, pudiera ocurrir con los casos de Biopsias que no dan conformidad técnica al médico tratante que recibe el paciente y sobre el cual recae la responsabilidad por ejemplo de "etapificar" un paciente oncológico, de cuyo análisis dependerá el tratamiento a realizar posteriormente.

En ambas situaciones la isapre no tiene la opción de verificar estas decisiones de "buena práctica médica" orientadas fundamentalmente a resguardar la seguridad de los pacientes. A su modo de ver, la regla actual es distinta a la incorporada por la Circular N° 350, ya que se encuentra redactada en términos mucho más amplios. Dicha normativa establece que cuando la confirmación diagnóstica y la prescripción de los respectivos medicamentos GES hayan sido efectuadas por un profesional médico registrado en la Superintendencia de Salud, pero ajeno a la Red de la isapre, esta última podría realizar las gestiones relativas al procedimiento de activación de la GES, como por ejemplo exámenes adicionales o complementarios, teniendo presente que no podría exigir como condición que se repita la consulta médica ni aquellos exámenes que el beneficiario ya se hubiere efectuado por determinación del referido médico tratante. Es decir, existe la posibilidad de gestionar en alguna medida el caso, cuestión que no ocurre con la nueva regulación.

Luego, refiere que a diferencia de la Circular N° 350, no se indica expresamente que el afiliado debe continuar el tratamiento con el profesional designado por la isapre y no con el médico que efectuó la referida confirmación diagnóstica.

En su segundo punto, se refiere al inicio de vigencia de la Circular, expresando que, de acuerdo con los términos de ésta, sus disposiciones comenzarán a regir a contar del día 1º de octubre de 2021. Sin perjuicio de lo anterior, solicita a esta Superintendencia mayor plazo para la puesta en marcha e inicio de vigencia de la referida Circular, desde que existen una serie de materias que deben ser abordadas

por la Isapre, que involucran el desarrollo de nuevos sistemas, capacitación de personal, entre otras. Por este motivo cree que es necesario modificar la Circular en el sentido de diferir su entrada en vigencia, al menos para el 1 de enero de 2022.

Concluye su presentación solicitando tener por interpuesto recurso de reposición y que se deje sin efecto la Circular y se modifiquen las normas en ella contenidas. En subsidio, ante el evento que el recurso de reposición sea rechazado, deduce recurso jerárquico.

6. Que, **Isapre Cruz Blanca S.A.** interpuso un recurso de reposición y, en subsidio, recurso jerárquico en contra de las instrucciones impartidas en la citada normativa, expresando, en su primera consideración, respecto del nuevo punto "2. Obligación de las isapres de gestionar", que aun considerando la obligación legal de las Instituciones de Salud Previsional de garantizar a sus personas afiliadas y beneficiarias el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud, dicha disposición debe interpretarse en concordancia con la naturaleza y objeto específico establecido legalmente para las isapres. De modo que, aun interpretando del modo más amplio el artículo 205 del DFL N°1, de Salud, en caso alguno, puede extenderse dicha norma a materias que salen de su objeto exclusivo o que puedan significar vulneración de la prohibición legal de ejecutar prestaciones y participar en la administración de prestadores.

Señala que, coherentemente con lo anterior, la Ley N°19.966, dispuso normas de responsabilidad civil en su artículo 42, delimitando las responsabilidades del Fonasa y la Isapres, por una parte, y las responsabilidades de los prestadores, por otra. Destaca que en la gestión del aseguramiento de las garantías explícitas intervienen las isapres en las funciones que legal y normativamente le son propias y, por otra parte, los prestadores, en la ejecución de las prestaciones, función en la cual estos son autónomos. Por lo tanto, cuando la Circular IF/N° 387 instruye a las isapres el deber de monitorear la ejecución de las garantías, mediante la ejecución de todas las acciones necesarias; tal obligación debe entenderse limitada por la prohibición legal de ejecutar prestaciones de salud y participar en la administración de prestadores.

Expresa que de lo anterior fluye que para lograr el objetivo propuesto por la Circular "...de facilitar el acceso de los beneficiarios a las prestaciones garantizadas y la de gestionar cada uno de los casos asociados a ese beneficio", se requiere que exista una obligación de coordinación efectiva, normativamente dispuesta para la isapre y para los prestadores de salud, para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud.

Presume que, si este Organismo de Control está pensando que para el cumplimiento de la obligación de monitoreo de la ejecución de las garantías en cada una de las etapas de intervención sanitaria que correspondan, que la Circular establece, cada isapre deba convenir y pactar con cada prestador habilitado para otorgar prestaciones garantizadas por las garantías explícitas en salud, simplemente el objetivo propuesto por la Circular no se alcanzará. Agrega que, en efecto, para cumplir con esta obligación, es necesario poder tener totalmente automatizado los procesos de seguimiento de cada uno de los hitos o eventos para cada una de las patologías GES, considerando funciones de seguimiento con los beneficiarios y seguimientos automatizados a través de la interoperabilidad con los prestadores. Para esto último se hace necesario contar con acceso a las agendas para toma de horas, accesos a la información de asistencia a las horas médicas, tomas de exámenes, etc. Esto obliga a desarrollar un sistema que cumpla con dichos objetivos y que esté interconectado con los prestadores en convenio; lo que importa una coordinación uniforme, con aplicaciones comunes para todos los prestadores, puesto que resulta impensable el desarrollo de una aplicación particular por cada prestador.

A continuación, expone que lo mismo ocurre con la disposición de la Circular que establece: "Las isapres deberán estar siempre en condiciones de acreditar y mantener los respaldos de cada gestión efectuada...", ya que para acreditar y mantener los respaldos de cada interacción o intento, se deben generar sistemas y la infraestructura necesaria para mantener los registros de las gestiones.

Refiere que las normas aludidas de la Circular, tal cual están dictadas vulneran lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 3º de la Ley Nº18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado. Asegura que los principios de responsabilidad, eficiencia, eficacia y coordinación, obligarían a esta Intendencia a gestionar al interior de la Superintendencia de Salud, el ejercicio de las potestades normativas que puedan ser pertinentes de la Intendencia de Prestadores; o si fuere el caso, que se estimare que las potestades normativas que la ley otorga a la Superintendencia de Salud no son suficientes para generar la normativa necesaria que obligue a los prestadores, sigue siendo el deber del órgano administrativo de coordinarse con otros órganos administrativos del Estado que estén dotados de tales potestades, de modo que se genere una normativa eficiente y eficaz acorde a las necesidades y complejidades del objetivo propuesto.

Afirma que imponer la carga en cuestión solamente a las isapres, resulta excesivo y carente de lógica, pues el resultado será siempre incompleto y deja sometido a un actor relevante a la voluntad de otros múltiples actores, igualmente relevantes al momento de obtener el resultado, que no es otro que las prestaciones garantizadas por las garantías explícitas en salud, efectivamente se otorguen. Por ello, estima que es imprescindible explicitar normativamente una responsabilidad colaborativa entre isapre y prestador, para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud, dado que el prestador es quien ejecuta las prestaciones de salud necesarias para los diagnósticos, tratamientos y rehabilitación que estén garantizados. Adicionalmente, el prestador es primordial en el éxito clínico, por lo tanto, el objetivo propuesto exige una normativa que obligue a un actuar colaborativo entre isapre y prestador, que considere, a lo menos, entrega directa y proactiva a la isapre, de información crucial para la gestión como: cupos disponibles, horizonte de citas, especialidades vigentes, y al día hábil siguiente de la atención clínica: documentos clínicos, administrativos y de coordinación, adecuados en fondo y forma, que permitan el cumplimiento y seguimiento de éstas y el marco normativo. Esto, a través de disponer una plataforma única de flujo de información en que el prestador deberá ingresar dicha información. El prestador, además, debe entregar todos los respaldos en que hubo interacción con el paciente, desde llamadas telefónicas, mails, solicitud de cambio de horas, cancelación de citas de ambas partes y otros. También la normativa debería obligar a que el prestador cumpla con las garantías, tanto por el tipo de profesionales mencionados en las guías clínicas como por los tiempos de control y entrega de las prestaciones garantizadas (cupos, ayudas técnicas, otros). Además de adhesión a guías clínicas GES.

En el numeral II.- del recurso, indica que en el N° 3), de la letra A, de la Circular, se reemplaza el texto anterior vigente que señala que: "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". Adicionalmente, se elimina el párrafo tercero de dicha letra a) que señala: "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, hace presente que el Formulario de Constancia al Paciente GES es concreción de la obligación legal del prestador de informar al paciente GES, establecida en el artículo 24 de la ley 19.966, y el Decreto Nº22, de 2019, lo considera entre los procedimientos que contempla el otorgamiento de las garantías explícitas en salud. En tal sentido, dicha notificación no puede ser sustituida por los documentos como "Orden médica, Receta médica y orden de ayuda técnica", ya que éstas no garantizan el cumplimiento de la garantía de acceso bajo las condiciones establecidas y exponen al riesgo de financiar prestaciones más allá del alcance real de las garantías explícitas en salud, de un modo no previsto en la Ley y en el Decreto respectivo, debiendo considerarse que de este modo, la etapa de entregar prestaciones GES no es un acto administrativo, sino que se trata de un ejercicio clínico. De modo que, habiendo evidentes falencias en tales documentos, ya que no dan cuenta de un ejercicio clínico completo ni aseguran una evaluación acabada que conduzcan a un diagnóstico y tratamiento adecuados, no faltan ocasiones, en que esos documentos son "replicados", dada la situación sanitaria y pueden no representar la condición actual del paciente. Además, estos documentos no siempre incluyen los datos mínimos del paciente y del tratante, tanto para contacto como

seguimiento, lo que entorpecerá la gestión del caso y su monitorización, lo que contradice el objetivo propuesto por la Circular, como por ejemplo ocurriría con una orden médica sin datos completos de paciente, edad, mail, teléfono o rut de tratante, para acreditarlo. En no pocos casos, además, las recetas de un tratamiento podrían ser utilizados para distintos diagnósticos, lo que reafirma la falta de especificidad de estos documentos.

Expone que, por lo anterior, valida el formulario de constancia información al paciente GES, el DAU y similar, reconociendo que ellos dan cuenta de un ejercicio clínico más completo, como una consulta médica de respaldo. Con todo, dado que las condiciones de salud de los pacientes son dinámicas, opina que se debe dejar explícito una fecha límite de presentación de los documentos, por parte del prestador o el beneficiario.

Señala que, por último, es necesario tener presente que, ante el cambio de prestador, puede ocurrir que el nuevo prestador exija exámenes adicionales para la continuidad del tratamiento, pues puede estimar que una correcta *lex artis* exige corroborar aspectos clínicos con nuevos exámenes, antes de autorizar la continuidad de un tratamiento. En tal sentido, ello no constituye una exigencia de carácter administrativo para gestionar un beneficio determinado, sino que un acto de prudencia clínica del nuevo prestador, y por lo tanto la norma no puede excluirla.

Luego, en el numeral III, sostiene que en el punto 7 de la Circular se establece que las isapres deberán disponer de medios físicos y tecnológicos para la activación y el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud. Así en el punto 7.1 se obliga a que las isapres dispongan para los beneficiarios "Medios alternativos para acceder a las GES". Se exige que una aplicación informática sea "de fácil acceso y comprensión." Advierte que tales características obligan a desarrollar un proceso de investigación de Experiencia de Usuario (UX), tomando una muestra representativa para la realización de sesiones de investigación y pruebas. Estos procesos, generalmente requieren de entre 2 y 3 meses para la investigación y luego 3 a 4 meses para la construcción del sistema. Por tanto, para cumplir y ser capaces de demostrar la usabilidad, que permita calificarla "de fácil acceso y comprensión", requiere de al menos 10 meses, en consecuencia, asegura que es técnicamente imposible tener la disponible para el plazo fijado para la vigencia de la Circular, esto es, para el 1º de septiembre de 2021, como se prevé en la norma.

En cuanto a que la isapre debe crear una dirección de correo electrónico específica para las comunicaciones que se generen, afirma que las comunicaciones por esa vía son muy complejas de administrar y habitualmente generan pérdida de continuidad, seguimiento y prontitud de la respuesta, ya que este tipo de canales suelen ser usados en forma indiscriminada para requerimientos o presentaciones que no corresponden al objetivo para el cual han sido dispuestas. En vez de una dirección electrónica específica para las comunicaciones que se generen para la activación de las GES, considera de mayor eficiencia tener un formulario donde los clientes puedan solicitar información, lo que genera un caso con control de tiempo para ser respondido.

A continuación, transcribe el inciso segundo del artículo 11 de la Ley N°19.880 que trata sobre el Principio de imparcialidad que informa los actos de la administración, y, también, un fragmento de la sentencia dictada en el Rol N° 8.827-2019, por la Corte Suprema, de fecha 6 de agosto de 2019, concluyendo a ese respecto que la Circular ha dispuesto un plazo de poco más de un mes para generar las nuevas aplicaciones que exige, sin que cuente con ningún análisis de razonabilidad de por qué se impone ese plazo, que aparece caprichoso y carente de todo fundamento técnico.

Manifiesta que debe considerarse que la integridad de la motivación es un primer criterio que se exige al acto administrativo. Esto es, debe indicar y desarrollar todos y cada uno de los motivos de hecho y derecho que le sirven de sustento; no se admiten indicaciones parciales ni fraccionamiento de motivos. El omitir u ocultar uno o más motivos torna ilegal al acto. Agrega que la Ley N°19.880 exige una motivación fundada, esto es, que los motivos que fundan el acto administrativo tengan lógica y coherencia jurídica. En tal sentido, se debió engarzar el ejercicio de la potestad normativa que se ejerce, con la factibilidad técnica de generar, en el breve plazo

concedido, las nuevas aplicaciones, y también considerar las cuestiones de orden clínico y de *lex artis* que puedan exigir nuevos exámenes o consultas clínicas ante un cambio de prestador, previo a determinar la continuidad de un tratamiento por un nuevo prestador.

Sostiene que nada de ello está desarrollado en los motivos de la Circular, el plazo uniforme escogido carece de todo fundamento técnico, resultando ser caprichoso, arbitrario y claramente ilegal.

Agrega que las impugnaciones a la normativa contemplada en los numerales anteriores, se extienden a los puntos pertinentes contenidos en la modificación del Capítulo VI, Anexo N° 1: "Condiciones para Acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud" del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Instrumentos Contractuales, pues son consecuencia de la nueva normativa del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios.

En conclusión, solicitar tener por interpuesto recurso de reposición, el que solicita acoger, dejando sin efecto la Circular. En subsidio, en relación con la aplicación informática "de fácil acceso y comprensión", que se exige desarrollar, solicita aumentar el plazo a 10 meses desde la vigencia de la norma, para ejecutar su diseño y el análisis de investigación y pruebas necesarios.

En subsidio, y en el evento que el recurso de reposición sea rechazado, deduce recurso jerárquico.

Finalmente, solicita la suspensión de los efectos de la norma administrativa impugnada mientras se tramite el recurso presentado.

II. SOBRE LA SUSPENSIÓN Y PRÓRROGA

7. Que, en virtud de los principios administrativos de economía procedimental y no formalización, se resolverá en primer lugar, el requerimiento de prórroga de la Isapre Consalud para que se difiera la entrada en vigencia hasta el 1 de enero de 2022; de Isapre Colmena Golden Cross que solicita que inicie vigencia a partir del 31 de diciembre de 2021, y de Isapre Cruz Blanca que pide una prórroga de 10 meses.

8. Que, analizados los antecedentes, esta Intendencia estima atendible la solicitud de las citadas Isapres por cuanto la implementación del sistema reviste un determinado grado de complejidad, por lo que una fecha razonable para culminar su implementación, a juicio de este organismo, es el 28 de febrero de 2022, por lo que se resolverá en tal sentido.

9. Que, cabe hacer presente, que la solicitud de suspensión de los efectos de la norma impugnada mientras se tramite el recurso presentado, interpuesta por Isapre Cruz Blanca, fue resuelta mediante Resolución Exenta IF/N°494, de 31 de agosto de 2021.

III. SOBRE EL FONDO

10. Que, respecto a la petición de las **Isapres Banmédica, Nueva Masvida y Cruz Blanca** en orden a modificar o eliminar la instrucción relativa a la creación de una dirección de correo electrónico específica y, también, el soporte para este tipo de comunicación, esta Intendencia ha determinado acogerla parcialmente.

De forma preliminar, es necesario distinguir, entre la obligación de asignar una dirección específica a un correo electrónico, establecida en el párrafo segundo del numeral 7.1, del N°5) de la letra A. de la Circular recurrida, y la obligación de remitir al correo electrónico informado por la persona beneficiaria, cada uno de los documentos que se generen a raíz de la solicitud de activación a través de esta aplicación, dispuesta en el párrafo cuarto del numeral 7.1, del N°5) de la letra A. de la Circular.

En cuanto a la asignación de una dirección específica, única impugnación de Isapre Banmédica, esta Intendencia estima que la función de respaldo y/o trazabilidad que el correo electrónico cumple o podría cumplir para la persona beneficiaria se satisface independientemente de su singularización, por lo que resulta suficiente para cumplir

con ese objetivo que la Institución de Salud disponga de un correo institucional cualquiera, sin perjuicio de la obligación que le compete en la habilitación de la aplicación instruida y su debida funcionalidad. Conforme a lo anterior, se eliminará del primer párrafo del numeral 7.1, del N°5) de la letra A. de la Circular la expresión "o, en su defecto, mediante cualquier otro medio que cumpla ese objetivo" y el párrafo segundo, del mismo numeral, que sigue a continuación.

Sin perjuicio de lo anterior, si lo requerido por las Isapres Nueva Masvida y Cruz Blanca, además, es prescindir de ese formato de comunicación, en el sentido establecido en el párrafo cuarto del numeral 7.1, del N°5) de la letra A. de la Circular impugnada, esto es, que se elimine la obligación de implementar o complementar la aplicación instruida con un correo electrónico que permita enviar los documentos que se generen a raíz de la solicitud de activación del beneficio GES a una dirección informada por la persona beneficiaria, a juicio de esta Intendencia esa supresión afectaría el derecho de los beneficiarios a acceder a información suficiente y oportuna respecto de las materias fundamentales de sus contratos, según reza el artículo 172 del DFL N°1.

En efecto, si bien los soportes tecnológicos de la aplicación por sí sola o del formulario web podrían ser más eficientes que el correo electrónico, lo cierto es que esta Intendencia tuvo a la vista, para establecer la obligación de disponer de un correo electrónico, no sólo la inmediatez de este mecanismo sino también la necesidad que tienen los usuarios de respaldar la información de las diversas gestiones que efectúan, ya sea en la aplicación instruida o por defecto de ésta.

11. Que, en lo que concierne a los argumentos expuestos por las **Isapres Consalud, Nueva Masvida y Cruz Blanca** en contra de la instrucción que establece distintas situaciones exentas de una nueva confirmación diagnóstica, centradas en particular, en el facultativo que otorga las prestaciones previas a la activación y la calidad de sus prescripciones, es necesario señalar que el Código Sanitario, en el Libro V -Del ejercicio de la medicina y profesiones afines- Art. 112, señala que: "Sólo podrán desempeñar actividades propias de la medicina, odontología, química y farmacia u otras relacionadas con la conservación y restablecimiento de la salud, quienes poseen el título respectivo otorgado por la Universidad de Chile u otra Universidad reconocida por el Estado y estén habilitados legalmente para el ejercicio de sus profesiones", y es por este motivo que dicho profesional debe estar registrado en la Superintendencia de Salud. En segundo lugar, el Ministerio de Salud, en su glosario de actividades clínicas, detalla que, la consulta especialista, "corresponde a la atención profesional otorgada por el médico especialista a un usuario, en un lugar destinado para esos fines. Esta prestación que se realiza ambulatoriamente incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnóstica, con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas. Se entenderá incluido en ella algunos procedimientos mínimos y habituales en una consulta médica tales como medición de presión arterial, otoscopia, medición de peso y talla".

Por lo tanto, no corresponde a la Isapre discriminar el acto médico, cuando éste sea realizado por un profesional de la salud que no corresponda a la red de prestadores GES que ella ha definido, ya que un médico se encuentra habilitado para el ejercicio de su actividad, por el sólo hecho de tener un título de médico-cirujano reconocido por el Estado. Por otra parte, el mismo Código Sanitario -en su Art. 113- señala que: "... es considerado como ejercicio ilegal de la profesión de médico-cirujano todo acto realizado con el propósito de formular diagnóstico, pronóstico o tratamiento en pacientes o consultantes, en forma directa o indirecta, por personas que no están legalmente autorizadas para el ejercicio de la medicina".

A diferencia de lo que afirman las recurrentes, las normas legales y reglamentarias dictadas sobre las GES no son perentorias en cuanto a negar validez a una confirmación diagnóstica realizada por un profesional de la salud que no pertenezca a la Red de la isapre.

Al contrario, el artículo 28 de la Ley N° 19.966 dispone que: "los beneficiarios de la ley N°18.933 a quienes **se les haya diagnosticado** alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por dichas Garantías Explícitas, deberán atenderse con alguno de los prestadores de salud que, para tales efectos, determine la Institución de Salud Previsional a la que se encuentren afiliados".

La frase destacada para efectos de este análisis, indica que la obligación de ingresar a la Red de la Isapre para obtener las GES, requiere que haya un diagnóstico previo.

A su turno, el Reglamento sobre las GES, contenido en el Decreto N° 136, de 2005, del Ministerio de Salud, en su artículo 24, ordena que: "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".

Una vez más, la frase destacada demuestra que la confirmación del diagnóstico de un problema de salud GES podría ser realizada por cualquier prestador.

Por su parte, el ya citado Decreto N° 22, del Ministerio de Salud, de 1 de julio de 2019, que aprueba las Garantías Explícitas en Salud para el período en curso, si bien, en su artículo 5°, N° 3, establece como condición para que los beneficiarios tengan derecho a las Garantías, "que se sospeche o confirme el diagnóstico de uno o más de los problemas de salud, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo siguiente, por el profesional que corresponda en la Red de Prestadores", en el artículo 10 exime de dicho requisito a aquellos beneficiarios a los cuales se les ha confirmado un problema de salud, estableciendo que: "...aquellos beneficiarios a los cuales se les ha confirmado un problema de salud, con antelación a la incorporación de dicho problema al régimen de garantías explícitas en salud, no requieren confirmación diagnóstica para ingresar a las correspondientes etapas de tratamiento o seguimiento establecidas para ese problema, en la medida que se acredite el referido diagnóstico".

En síntesis, la instrucción recurrida cumple el objetivo de asegurar las garantías de acceso y oportunidad que la ley otorga a los beneficiarios, lo que no significa que un beneficiario pueda acceder a prestaciones prescritas por un médico ajeno a la Red de Prestadores, sin haberle realizado un diagnóstico GES, conforme ordena el artículo 24 de la Ley 19966. En ese sentido es necesario hacer notar que la letra a) del numeral 7.1 y en el punto iii.- del 7.2, está redactados en términos tales que deben entenderse que la indicación médica subyace siempre a la presentación de la receta para medicamentos, insumos y ayudas técnicas.

Cabe indicar, además, que en el punto iii. del numeral 7.2, la Circular es clara en establecer que la Isapre, esto es, su prestador convenido "...podrá realizar otras gestiones relativas al procedimiento de activación de las GES, como por ejemplo, exámenes adicionales o complementarios, pero no podrá exigir como condición que se repita la consulta médica ni aquellos exámenes que el beneficiario ya se hubiere efectuado por determinación" del médico que no forma parte de su red.

Bajo ese presupuesto, el prestador de la Red siempre podrá efectuar exámenes adicionales o complementarios para determinar etapas de intervención sanitaria, las canastas y los copagos que correspondan; lo que no puede ocurrir, y ese es el espíritu de la instrucción, es que se fije una nueva consulta de confirmación y se reiteren exámenes que permitieron esa conclusión y, que, además, sin la prescripción de esas prestaciones complementarias, incluidas las consultas que correspondan, se suspendan tratamientos determinados por el médico tratante.

En ese contexto, y en atención a que la facultad de la Isapre de realizar otras gestiones relativas al procedimiento de activación de las GES, se menciona de forma expresa únicamente en el punto iii. del numeral 7.2 de la Circular recurrida, en circunstancia que debió explicitarse en las distintas situaciones exentas de una nueva confirmación diagnóstica, pues esa actividad es indispensable para dar certeza de los hitos clínicos que involucran el otorgamiento de las prestaciones garantizadas, esta Intendencia ha determinado acoger parcialmente los recursos en ese punto en particular, de modo que la frase relativa a las otras gestiones que puede realizar la Isapre durante la activación de las GES, contenida en el punto iii. del numeral 7.2, se dispondrá como último párrafo del numeral 7.2, con el objetivo que se entienda que procede respecto de cada una de las situaciones exentas de una nueva confirmación diagnóstica.

12. Que, tampoco esta Intendencia acogerá los razonamientos de la **Isapre Nueva**

Masvida en cuanto al eventual reemplazo del Formulario de Constancia de Información al Paciente GES, y a lo señalado por **Isapre Cruz Blanca**, en orden a que el Formulario no puede ser sustituido por los documentos como "Orden médica, Receta médica y orden de ayuda técnica".

En efecto, sobre la materia expuesta es preciso hacer notar a ambas Isapres que la instrucción recurrida, bajo ningún concepto, ha intentado reemplazar el Formulario de Constancia de Información al Paciente GES ni el uso excepcional del "Dato de Atención de Urgencia (DAU)" o el documento de atención de urgencia homologado para tales efectos, por cuanto los documentos "Orden médica, Receta médica y orden de ayuda técnica" suponen una atención previa y, por tanto una confirmación diagnóstica, en que el profesional ha detectado que, para un problema de salud garantizado, se requieren determinadas prestaciones.

Respecto a la alegación relativa a "que la atención de urgencia no constituiría necesariamente un diagnóstico GES", resta hacer notar a la recurrente que sostiene ese aserto, que el Compendio de Beneficios, en el 1.4 del Título IV, prevé como excepción a la emisión del Formulario de constancia de información al paciente GES, el uso del "Dato de Atención de Urgencia (DAU)", utilizado por los servicios públicos, y por el documento de atención de urgencia homologado para tales efectos, por lo que se trata de una norma creada con antelación a la Circular que se recurre. En efecto, la autorización del uso de documentos alternativos para dejar constancia de información al paciente ges en los servicios de urgencia público y privado, data de junio de 2013, y quedó plasmada en la Circular IF/Nº195 de esta Superintendencia.

13. Que, del mismo modo, esta Intendencia, por las razones que a continuación se expondrán, no atenderá las alegaciones de **Isapre Cruz Blanca** relativas a que las obligaciones impuestas deben entenderse limitadas por la prohibición legal de ejecutar prestaciones de salud y participar en la administración de prestadores y que esta Intendencia debió gestionar al interior de la Superintendencia de Salud, el ejercicio de las potestades normativas que puedan ser pertinentes de la Intendencia de Prestadores o, en su defecto, coordinarse con otros órganos administrativos del Estado que estén dotados de tales potestades, de modo que se genere una normativa eficiente y eficaz acorde a las necesidades y complejidades del objetivo propuesto.

Paralelamente esta Intendencia estima necesario precisar el argumento esgrimido por **Isapre Nueva Masvida**, en orden a que eventualmente se vulneraría el principio de legalidad y que su responsabilidad llega hasta la designación del prestador, coordinación con el prestador para el otorgamiento de prestaciones y seguimiento del cumplimiento de las garantías.

Sobre la materia, se debe recalcar que el artículo 2 de la Ley Nº 19.966, pone sobre el Fondo Nacional de Salud y las Isapres el deber de asegurar obligatoriamente las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad a sus respectivos beneficiarios. A su vez, el artículo 28 de la misma Ley dispone que los beneficiarios a quienes se les haya diagnosticado algún problema de salud GES, deberán atenderse con alguno de los prestadores de salud que, para tales efectos, determine la Isapre a la que se encuentren afiliados. En ese sentido, Isapre Cruz Blanca interpreta laxamente la instrucción impugnada pues en modo alguno ésta implica conculcar la prohibición de ejecutar prestaciones de salud o participar en la administración de prestadores, sino que está directamente relacionada con el rol que le compete en el aseguramiento de las garantías y en la determinación de una Red de prestadores para la atención.

En ese contexto -válido sea también para los argumentos de Isapre Nueva Masvida- es necesario distinguir la decisión de la isapre de designar un determinado prestador para otorgar las prestaciones garantizadas, del prestador mismo. Esa decisión es el imperativo que contempla la Ley y bajo éste la Isapre debe configurar su Red. Los convenios que entre isapre y prestadores se pacten para tales efectos deberán, en consecuencia, tener como consideración primordial -pues ese debiera ser el sentido de una Red GES- el deber de asegurar las garantías que afecta a la Isapre. La forma de articular ese deber entre isapre y prestador recae sobre la primera y, en ese sentido, sin perjuicio de la responsabilidad que en la ejecución de prestaciones tengan los prestadores, estos últimos, en cuanto Red, son parte del Régimen General de Garantías en Salud en función de un convenio suscrito con la Isapre, por lo que mal

podría ésta desentenderse de las obligaciones contempladas en la norma dictada. Vale agregar que, bajo ese presupuesto, se espera que como mínimo exista una debida coordinación con los prestadores de la Red y que, además, se efectúen todas las acciones que sean necesarias para llevar a cabo el cumplimiento de la garantía que corresponda, entre las cuales, el registro de ellas es un mecanismo mínimo e indispensable para recabar si efectivamente se realizaron.

Finalmente, en cuanto a que la Circular recurrida vulnera la obligación que contendría el inciso segundo del artículo 3º de la Ley N°18.575, relativa al deber de esta Intendencia de gestionar el ejercicio de las potestades normativas de la Intendencia de Prestadores o con otros órganos administrativos del Estado, corresponde hacer notar que de una somera revisión del artículo 121 del DFL N°1, de 2005, se recaba que la Intendencia de Prestadores carece de las facultades normativas a que alude la Isapre y que, la instrucción recurrida, se encuentra, precisamente, dentro de las atribuciones que concede ese mismo cuerpo normativo a esta Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales para la supervigilancia y control de las Garantías Explícitas en Salud, por lo que acudir a otros órganos administrativos para que ejerzan las facultades otorgada por Ley carece de sustento jurídico.

14. Que, finalmente, en cuanto a la alegación de **Isapre Consalud**, en orden a que en la Circular recurrida, a diferencia de la Circular N° 350, no se indica expresamente que el afiliado debe continuar el tratamiento con el profesional designado por la isapre y no con el médico que efectuó la referida confirmación diagnóstica, esta Intendencia estima que no corresponde agregar esa consideración por cuanto la regulación vigente contempla ese tópico en particular, el cual no ha sido modificado o derogado por la instrucción impugnada.

A modo ilustrativo, cabe señalar que el artículo 9º del Decreto N°22, de 2019, del Minsal, determina que para tener derecho a las garantías, los beneficiarios contemplados en el Libro II del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberán atenderse en la red de prestadores que les corresponda. Por su parte, el artículo 8º del mismo Decreto, dispone que las prestaciones garantizadas "... se otorgarán exclusivamente a través de la red de prestadores del FONASA y de las ISAPRE según corresponda".

15. Que, en mérito de lo expuesto precedentemente y en uso de las facultades que la ley otorga a este Intendente,

RESUELVO:

1. Acoger la solicitud de prórroga de la entrada en vigencia de la Circular impugnada, interpuesta por las Isapres Consalud, Colmena Golden Cross y, parcialmente, la de Isapre Cruz Blanca, por lo que se modifica el texto de su título III. VIGENCIA, en los siguientes términos:

Se reemplaza la frase: "Las disposiciones de la presente circular comenzarán a regir a contar del primer día subsiguiente de notificada la presente instrucción", por el siguiente texto: "Las disposiciones de la presente circular entrarán en vigencia a contar del 1 de marzo de 2022".

2. Acoger el recurso de la Isapre Banmédica y, parcialmente, los recursos de las Isapres Nueva Masvida y Cruz Blanca, sólo en cuanto a modificar la instrucción relativa a la creación de una dirección de correo electrónico específica, por lo que se elimina del primer párrafo del numeral 7.1, del N°5) de la letra A. de la Circular la expresión "o, en su defecto, mediante cualquier otro medio que cumpla ese objetivo" y el párrafo segundo, del mismo numeral, que sigue a continuación.

3. Acoger parcialmente los recursos de las Isapres Consalud, Nueva Masvida y Cruz Blanca, sólo en cuanto a que la frase relativa a las otras gestiones que puede realizar la isapre durante la activación de las GES, contenida en el punto iii. del numeral 7.2, se suprimirá en ese punto en particular y se dispondrá como último párrafo del numeral 7.2.

4. Rechazar, por el resto de los fundamentos, los recursos de reposición deducidos por las Isapres Consalud, Nueva Masvida y Cruz Blanca en contra de la citada

Circular.

5. Remítase para el conocimiento y resolución del Superintendente de Salud, los recursos jerárquicos interpuestos subsidiariamente por las Isapres Consalud, Nueva Masvida y Cruz Blanca.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y ARCHÍVESE.-



SANDRA ARMIJO QUEVEDO
INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD (S)

p.p. 10

KBM/FSF/MGH
(TT)(TT)

DISTRIBUCIÓN:

- Gerentes Generales de Isapres
- Gerente General de Isapre Colmena Golden Cross S.A.
- Gerente General de Isapre Nueva Masvida S.A.
- Gerente General de Isapre Consalud S.A.
- Gerente General Isapre Cruz Blanca S.A.
- Gerente General Isapre Banmédica S.A.
- Fiscalía
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Subdepto. de Regulación
- Oficina de partes