



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

supersalud.gob.cl

Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
Subdepartamento de Regulación

CIRCULAR IF/ N° 169 ¹

Santiago, 19 ABR. 2012

INSTRUYE SOBRE LA OBLIGACIÓN DE LAS ISAPRES DE CONTAR CON UN SERVICIO CONTINUO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA

Esta Intendencia, en ejercicio de las atribuciones conferidas por la ley, en especial las contenidas en los artículos 110 y 115, del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, viene en dictar las siguientes instrucciones de carácter general:

I. OBJETIVO

Permitir a los beneficiarios de las isapres la obtención de información relevante que requieran para el acceso a los beneficios que emanan del contrato de salud, en el contexto de una necesidad de orientación inmediata derivada de un evento de salud, a través de un servicio telefónico que funcione las 24 horas del día, los siete días de la semana.

II. MODIFICACIÓN AL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE INFORMACIÓN

Agrégase el siguiente Título VIII "Instrucciones sobre el servicio continuo de atención telefónica", al Capítulo VII "Información que los seguros deben proporcionar o mantener a disposición de los cotizantes, beneficiarios, empleadores, usuarios y público en general", del Compendio de Información:

¹ Circular actualizada de acuerdo a la RE IF/N°314, de 16.05.2012.

“ Título VIII: Instrucciones sobre el servicio continuo de atención telefónica

1. Requisitos mínimos del servicio

Las isapres deberán contar con un servicio telefónico que funcionará las 24 horas del día, los siete días de la semana, cuyo objeto será entregar a sus beneficiarios la información que requieran para el acceso a los beneficios que derivan del contrato de salud, en el contexto de una necesidad de orientación inmediata, derivada de un evento de salud.

Dicho medio, ofrecerá la orientación acerca de los prestadores a través de los cuales el paciente podrá hacer uso de los distintos beneficios que contempla el contrato de salud y la indicación de las gestiones que permitan el ingreso, así como las condiciones previstas para el otorgamiento de los beneficios en el prestador respectivo, como por ejemplo, tipo de habitación, médico de staff, etc.

La información entregada deberá ser clara y suficiente, para que el usuario pueda actuar de manera informada frente a un determinado evento. En tal sentido, deberá orientar al solicitante, de acuerdo a las necesidades particulares del paciente.

El o los números telefónicos de urgencia, deberán difundirse por todos los medios de que la isapre disponga, como por ejemplo, sitio web, sucursales, folletos, cartas que envíe al afiliado por cualquier causa, correos electrónicos y otros. Además, deberán ser informados y actualizados ante esta Superintendencia.

Podrán hacer uso de este servicio todos los beneficiarios, por sí o por medio de cualquier persona que actúe en su nombre.

Al efecto, el solicitante deberá señalar el RUT del beneficiario o, en su defecto, el nombre y cualquier otro dato que permita su identificación. En caso de que el solicitante sea una persona distinta del beneficiario, deberá indicar sus nombre y RUT y su relación con aquél. A su vez, el operador telefónico deberá expresar su nombre.

La conversación deberá ser grabada -advirtiéndose de ello al solicitante-, para verificar que la información entregada fue correcta, conservándose dicho registro por un tiempo mínimo de dieciocho meses. Además, el operador del servicio telefónico deberá asignar a la llamada un número de atención que informará al solicitante, el que servirá de constancia de la misma, además de facilitar la recuperación del registro de audio.

El servicio telefónico de urgencia podrá ser operado por personal de la isapre o mediante un servicio externo, debiendo la Isapre velar para que su acceso sea permanente y expedito.

El operador deberá evitar exigencias dilatorias innecesarias, entregando en el acto, toda la información que sea pertinente para hacer posible el acceso oportuno a los beneficios requeridos.

El servicio podrá contar complementariamente con un sistema de respuesta de voz interactivo (IVR), para la entrega de información de tipo general y uniforme y/o para la guía de la llamada hacia los operadores respectivos, siempre que ello no entorpezca la asistencia al usuario.

En caso de que la solicitud de información no cumpla las condiciones de necesidad de orientación inmediata, la Isapre deberá dar a conocer los medios idóneos de que disponga para satisfacer el requerimiento.

2. Información mínima que deben entregar las isapres a través del servicio

El servicio telefónico continuo deberá contemplar, a lo menos, la información relativa a redes de prestadores, coberturas involucradas y mecanismos de acceso a los distintos beneficios, según el caso particular. Ello no obsta a la obligación de la isapre de entregar toda la información requerida por sus beneficiarios dentro del horario hábil, por los medios de que disponga para ese objeto.

La información que se entregue mediante el servicio continuo de atención telefónica deberá guardar relación con el evento comunicado por el solicitante y adecuarse a los antecedentes que se den a conocer en ese acto al operador del servicio.

Dicha información deberá proporcionar la orientación necesaria para que el beneficiario o quien lo represente, pueda tomar una decisión informada entre las alternativas con que cuenta, en función de la necesidad de atención de salud.

Esta información mínima es la que se indica a continuación:

2.1. Beneficios derivados de las Garantías Explícitas en Salud (GES)

- Individualización de los prestadores que conforman la Red GES, distinguiendo entre especialidades, de acuerdo al problema de salud garantizado que motiva la consulta, en caso de que le sea comunicado, haciendo hincapié en que el ingreso a la red es un requisito esencial para que opere el beneficio. Asimismo, deberá informarse al solicitante, la obligación del prestador de notificar al paciente en caso de tratarse de un problema de salud GES.
- Orientación acerca de los límites dentro de los cuales opera la cobertura GES. Ello implica, a lo menos, la indicación de que cubre sólo las prestaciones que se encuentran valorizadas y contenidas en una canasta, y el porcentaje de copago respecto de éstas, operando sobre el resto de las prestaciones el plan de salud; la acumulación de un deducible para que opere la cobertura financiera adicional y el monto de éste o, en su defecto, el número de cotizaciones con las que se calcula.

- Asimismo, la circunstancia de que el beneficio puede complementarse con la CAEC, por medio de la GES-CAEC, la forma en que ello opera y que ante un problema GES no aplica la CAEC por sí sola.

2.2 Beneficio CAEC

- Individualización de los prestadores que conforman la Red CAEC, haciendo hincapié en que el ingreso a la red es un requisito esencial para que opere el beneficio.
- Para los casos en que la isapre ha definido prestadores especializados para algunas prestaciones que tengan relación con la consulta formulada y los antecedentes aportados en ella, deberá informarlos.
- Orientación acerca de los límites dentro de los cuales opera la cobertura CAEC. Ello implica, a lo menos, la indicación de la necesidad de completar un deducible anual para acceder a la cobertura adicional y el monto de éste o, en su defecto, el número de cotizaciones con las que se calcula, como asimismo, que dicho deducible se completa con los copagos generados por aplicación de la cobertura del plan.

En caso de tratarse de prestaciones excluidas de la CAEC, deberá informarse de ello al solicitante, explicándole la exclusión pertinente a la consulta efectuada, de entre aquéllas detalladas en el número 6 de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile².

2.3 Beneficios derivados del plan complementario de salud

- Individualización de los prestadores preferentes o cerrados y prestadores derivados, según el plan de salud contratado.
- Tratándose de prestadores derivados, deberá indicarse las circunstancias en las que corresponde acudir a éstos, como es la situación de insuficiencia, ya sea física o técnica.
- En caso de planes cerrados, deberá destacarse la circunstancia de que el plan de salud entrega cobertura sólo en los prestadores individualizados en el mismo.
- Orientación acerca de porcentajes de cobertura y topes, o copagos fijos en su caso, contenidos en el plan de salud, diferenciando entre los prestadores en caso de tratarse de un plan con prestadores preferentes. Ello, circunscrito a los requerimientos del solicitante.

² Párrafo modificado por la RE IF/N° 314, de 16.05.2012.

- Información acerca de los requisitos que se deben cumplir en caso de haberse pactado alguna cobertura diferenciada en el plan de libre elección, y prestadores vigentes con quienes opera, en su caso.

2.4 Acceso a los beneficios

- Procedimiento de acceso a los beneficios del plan de salud, GES o CAEC.

Ello implica la descripción de las gestiones necesarias frente al prestador y aquéllas posteriores de tipo administrativo que resulten necesarias para hacer efectivos los beneficios.

2.5 Beneficios derivados de la Ley de Urgencia

- Indicación del procedimiento de acceso a los beneficios de la denominada Ley de Urgencia, de la necesidad de que se certifique el carácter de urgencia vital o de secuela funcional grave de la atención y advertencia de que los beneficios cesan al certificarse la estabilización.
- Asimismo, que la Ley no otorga gratuidad, sino un préstamo automático que deberá ser devuelto a la isapre. En dicha situación, deberá hacerse hincapié en la necesidad de ingreso a un prestador del plan, de la Red GES o CAEC, según el caso, para obtener la cobertura elegida. En caso de no ser posible, la necesidad de traslado a éste una vez estabilizado el paciente, a menos que opte por la modalidad de libre elección contenida en el plan de salud.

3. Notificaciones a través del servicio continuo de atención telefónica

El servicio deberá, además, permitir que el beneficiario o quien actúe en su nombre, notifique o dé aviso del ingreso a un prestador determinado.

Ello no obsta a la obligación del afiliado, o quien lo represente, de cumplir en la oportunidad establecida en la normativa que rige los respectivos beneficios, con la formalización de los trámites requeridos para la solicitud del que corresponda, obligación que deberá serle informada.

4. Excepciones a la obligatoriedad de contar con el servicio

Quedan eximidas de la obligación de contar con el servicio establecido en la presente circular, las isapres señaladas en el inciso cuarto del artículo 200 del DFL N°1, de 2005, de Salud, que ejecuten permanentemente una política de difusión y orientación a sus afiliados de las materias fundamentales de sus contratos de salud, a través de la empresa en que éstos laboran y/o de los prestadores respectivos, con el objeto de que los beneficiarios dispongan de la información y orientación que requieran ante una necesidad de orientación inmediata derivada de un evento de salud, sin perjuicio de la obligación de la isapre de mantener dicha información en sus propias oficinas.

Además, será requisito para que opere la exención antes referida, que dichas isapres cuenten con uno o más mecanismos para que los beneficiarios o quienes actúen por ellos, notifiquen o den aviso del ingreso en días u horas inhábiles a un prestador determinado.”

III. VIGENCIA

La presente Circular entrará en vigencia a partir del 1 de septiembre de 2012, y su texto, así como el texto actualizado del Compendio de Información, estará disponible en la web de la Superintendencia de Salud.

Incorpora Firma Electrónica Avanzada

AMAW/MMFA/RTM

DISTRIBUCION:

- Sres. Gerentes Generales Isapres
- Sres. Asociación de Isapres de Chile
- Sr. Superintendente de Salud
- Sr. Fiscal
- Sra. Intendente de Fondos y Seguros
- Sra. Intendente de Prestadores
- Subdepartamento de Regulación
- Oficina de Partes

