



Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
Subdepartamento de Regulación

RESOLUCIÓN EXENTA IF/N° 216

Santiago, 13 de JUNIO de 2014

VISTOS:

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 Afecta N°52, de 2 de mayo de 2014, de la Superintendencia de Salud, y

CONSIDERANDO:

1. Que mediante la Circular IF/N°212, del 27 de marzo de 2014, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud impartió instrucciones a las isapres, acerca de las acciones que deben realizar con los prestadores, para garantizar el acceso a los beneficios contractuales, modificando, en consecuencia, los Capítulos I, IV y VI, del Compendio de Beneficios.

2. Que, las isapres Banmédica y Vida Tres S.A. en conjunto, Consalud S.A., Colmena Golden Cross S.A. y Cruz Blanca S.A. interpusieron recursos de reposición en contra de la referida circular. Estas dos últimas isapres recurrieron de jerárquico en subsidio a la petición principal.

Los argumentos expuestos son los siguientes:

a) Las isapres Banmédica S.A. y Vida Tres S.A. sostienen que la redacción de la instrucción contenida en el inciso tercero del punto 4, que se agrega al final del Título I del Capítulo IV, podría dar lugar a una interpretación contraria a la normativa que regula la CAEC, generando en la comunidad una sensación de que dicho beneficio comprende a prestadores que no forman parte de la red de la Isapre cuando enfrentan una atención de urgencia vital y/o secuela funcional grave.

Fundamenta su recurso mediante el desarrollo de las normas vigentes que rigen la CAEC, en el sentido de que ésta opera en una red cerrada de prestadores designada

por la Isapre; que tratándose de atenciones de urgencia la norma contempla su funcionamiento fuera de la red (específicamente la forma de cómputo del deducible) y que dichas atenciones -de urgencia-, conforme la ley, son pagadas por la Isapre, otorgando un crédito cuyo cobro es posteriormente ilusorio debido a que la cuota mensual es mínima, siendo en definitiva imposible de recuperar.

Exponen, que si bien las isapres deben realizar las gestiones necesarias para el acceso a las atenciones de salud, ello no significa que en casos de urgencia deba otorgar la CAEC en prestadores que no pertenecen a la Red, ya que en tal caso la norma contempla sólo acumulación del deducible, haciéndose efectiva la CAEC una vez que el paciente se traslade al prestador designado y añade, que la circunstancia de tratarse de una atención de urgencia no implica el otorgamiento de la CAEC.

Hace presente la finalidad de la CAEC, conforme la Circular IF/N°7, señalando que ésta no obliga a las isapres a contar con un prestador la Red CAEC en cada región o ciudad del país, sino sólo que deben configurar una red que permita el otorgamiento de las prestaciones requeridas, lo cual esas isapres han cumplido y, agrega, que la normativa las obliga a que los prestadores estén ubicados en el territorio nacional y cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto N°161 (Reglamento de Hospitales y Clínicas) del Código Sanitario y las normas sobre acreditación hospitalaria vigentes.

En definitiva, solicita modificar la redacción del párrafo aludido, evitando así un errado entendimiento, aclarando que la CAEC opera exclusivamente en la red de prestadores configurada por la Isapre, incluso en caso de urgencia o riesgo vital

b) La Isapre Consalud S.A., por su parte, alega que el citado párrafo del punto 4, agregado al Título I del Capítulo IV del Compendio de Beneficios, provoca dudas respecto a la manera de aplicar la norma en caso de ingreso a un prestador que no está mandatado por la Isapre.

Hace referencia a las "Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas", en cuanto a que ponen a disposición una red cerrada de atención, que define la Isapre, lo cual reconoce la Circular, desarrollando la forma prevista en dichas "Condiciones" para que opere la CAEC en caso que por una urgencia el beneficiario ingrese a un prestador fuera de la red, especificando los requisitos que deben cumplirse.

Concluye, que la norma recurrida incorporaría la obligación de otorgar siempre la CAEC en situaciones de urgencia, sin importar si el beneficiario ingresó o no a la Red, interpretación que traería consigo inconvenientes en la comprensión del funcionamiento del beneficio, razón por la cual solicita la revisión del criterio o aclaración de sus términos.

Expone, en segundo término, respecto al mismo punto, que la Circular agrega al Título VI del Compendio de Beneficios, referido a las Garantías Explícitas en Salud, que la facultad de determinar la red de prestadores debe considerar el cumplimiento de la garantía de acceso, lo cual siempre ha ejercido.

Además, hace referencia al Decreto N°4, de 2013, del Ministerio de Salud, en cuanto

a la naturaleza y funcionamiento de las redes de prestadores, tanto para Fonasa como para las isapres, concluyendo que el párrafo, en consecuencia, es poco claro, pudiendo interpretarse como una obligación de asegurar atención en cualquier tipo de centro de atención, independiente si existe convenio o no, cuente o no con acreditación y se encuentre o no informado ante el organismo de fiscalización, condiciones que conforme la norma se deben cumplir.

Solicita, en definitiva, eliminar los párrafos objetados o, en subsidio, aclararlos para que sean compatibles con la normativa vigente.

c) La Isapre Cruz Blanca S.A., a su vez, propone una nueva redacción del párrafo introducido al numeral 10, del Título III, del Capítulo I, del Compendio de Beneficios, sobre responsabilidad de las isapres en relación a los prestadores derivados, pidiendo específicamente: 1.- que se incorpore que el conocimiento, por parte de la isapre, debe ser "cierto y fehaciente"; 2.- que las acciones de coordinación con el nuevo prestador derivado comiencen una vez que se cuente con la información clínica y pase médico; 3.- que se precisen las acciones que deben ejercer las isapres, sugiriendo las siguientes: 3a.- designar nuevo prestador con capacidad resolutive inmediata; 3b.- comunicar al beneficiario o a su representante el nuevo prestador derivado, enviando un correo electrónico, o mediante el teléfono; y 4.- que, finalmente, se exija, además de las gestiones que el afiliado pueda realizar, las que éste "deba" realizar.

Todo lo anterior, indica, en consideración a que la diligencia debe ser exigible frente a una circunstancia precisa y determinada, que es la insuficiencia del prestador derivado, estimando que, de lo contrario, se compelería a las instituciones a realizar gestiones ineficientes en la administración de cupos en los prestadores, lo que, a su vez, generará confusión a los beneficiarios derivados, informándoles en base a conjeturas o meras suposiciones (sin una necesidad real y concreta) su derivación a un segundo o tercer prestador; asimismo, indica que además de las gestiones facultativas del beneficiario o su representante, es necesario agregar aquellas imprescindibles que deben realizar al ingresar a un prestador cualquiera.

Recurre, además, por la modificación introducida al Capítulo IV del Compendio señalado, solicitando que se agregue el requisito de la suscripción del Formulario N°1 y 2 para dar comienzo a la ejecución de las acciones, a fin de evitar gestiones inútiles, alegando que la norma no menciona a quién debe constarle ni cómo debe constarle que se optó al beneficio, lo que, a su juicio, servirá para amparar toda clase de abusos, desnaturalizando el beneficio en un sistema de atención "libre elección". Asimismo, pide que las acciones se otorguen en base al informe del médico tratante que contenga el diagnóstico, porque no puede gestionarse el traslado sin un diagnóstico.

Continúa, pidiendo la eliminación del nuevo párrafo tercero del numeral 4 del Título I, del Capítulo IV, del Compendio de Beneficios, alegando que se está introduciendo la CAEC fuera de red para casos que no constituyen urgencia vital o secuela funcional grave, agregando que estima distinto la "necesidad de atención inmediata e impostergable" a lo que la regulación entiende por urgencia vital, citando el artículo 3 del D.S. 360 de 1986, del Ministerio de Salud, para tales efectos, concluyendo que dicha expresión, al no estar asociada a un estado de riesgo vital o secuela funcional grave, establece un estándar distinto, lo que estima como inadmisibles, agravado en el hecho que no se señala quién califica la necesidad de atención inmediata.

En cuanto al cuarto párrafo del antedicho numeral, propone que se excluya la expresión "las que no pueden significar, en caso alguno, un obstáculo para la obtención del beneficio", pues le parece carente de lógica que el despliegue de acciones destinadas a otorgar un beneficio pueden constituir un obstáculo para la obtención del beneficio, calificándolo de vago, oscuro y una trasunta presunción de mala fe en el actuar de las instituciones, sin considerar que no existe normativa que obligue al prestador a notificar los diagnósticos de Urgencias Vitales no GES.

Además, en lo relativo a las modificaciones introducida al Capítulo VI del Compendio de Beneficios, solicita expresamente la eliminación de dicho párrafo, pues las disposiciones introducen confusión, y que no es admisible presuponer el requerimiento del beneficiario y -así- la activación por parte de éste, de las Garantías Explícitas en Salud a partir del momento que un prestador notifique una atención de urgencia vital GES a través del portal de esta Superintendencia o por cualquier otro medio, argumentando que la notificación de urgencia no constituye una activación de parte del beneficiario de las GES, agregando que el doble sistema de notificación se explica porque el prestador, al notificar la urgencia vital GES, queda garantizado del pago de las prestaciones GES que otorgue en caso de emergencia o urgencia vital hasta la estabilización, añadiendo que las GES no pueden ser impuestas a los beneficiarios, sino que es decisión de ellos, y que si el prestador incumple dicha notificación incurre en falta, y asume, que si el prestador notificó y el beneficiario no se acercó a activar la GES, es porque decidió atenderse por la Libre Elección, por lo que la isapre no podría administrar un paciente GES cuyas garantías no han sido activadas por los interesados, no siendo posible deducir dicha voluntad de la notificación de urgencia, añadiendo que la información dada por la página web es insuficiente para tales fines, estando la isapre impedida para la gestión de cupos en la Red.

Por lo anterior, concluye que con la Circular recurrida se traslada a la isapre la responsabilidad que la ley asigna al prestador, imponiendo nuevas responsabilidades, sin que exista requerimiento del beneficiario y sin que la isapre tenga información suficiente en relación al caso.

Adiciona, que la norma genera confusión, ya que las formalidades de requerimiento de activación de las GES ya se encuentran establecidas en la normativa existente.

Concluye, señalando que la disposición entrega un beneficio inmediato cuando la normativa es de acumulación de deducible hasta que no ingresa a la red asignada, contradiciendo la Ley 19.966.

d) Finalmente, la Isapre Colmena Golden Cross S.A., en lo relativo a las modificaciones al Capítulo IV del Compendio de Beneficios, menciona que la normativa no considera que ya existen normas que regulan a cabalidad la procedencia de la CAEC, las formalidades que deben cumplirse y la forma en que ésta operará, sin reconocer la Circular, la regulación sobre urgencias vitales CAEC, la que podría resultar contradictoria con ella, imponiendo exigencias que exceden a las actualmente establecidas para el caso de verificarse una condición de urgencia vital, por lo que estima que debe precisarse que en el caso de atenciones de urgencia, las normas aplicables corresponden a aquellas establecidas en el Título III, del Compendio de Beneficios, y no alterarla.

Agrega, que se establece que se deben ejecutar todas las acciones necesarias para que el beneficiario obtenga en forma oportuna las atenciones de salud que requiera,

incluyendo gestiones de traslado, según corresponda, sin diferenciar las situaciones de urgencia vital y las prestaciones de carácter electivas. En este sentido, arguye que la CAEC dispone que sólo en casos de urgencia con riesgo vital o secuela funcional grave el traslado del paciente será de parte de dicha cobertura, siendo la isapre la que designará el prestador de la Red que realizará el traslado, mencionando que no le corresponde gestionar ni asumir el traslado cuando se trata de un caso diverso al contemplado en forma excepcional en la normativa.

En cuanto al último párrafo de la circular recurrida, sobre las Garantías Explicitas en Salud, expresa que, si bien efectivamente su intención es contar con la mayor y mejor Red de prestadores, existe una gran dificultad para concretarlo a cabalidad, es decir, por motivos que escapan a la voluntad de la Isapre, estimando que dichas dificultades deben estar consideradas en la norma, sin perjuicio, que la isapre deba gestionar correcta y eficazmente los casos que se generan a raíz de estas dificultades.

Finaliza, solicitando que se tenga por presentado recurso de reposición en contra de la Circular IF/N°212, dejando sin efecto las instrucciones objetadas y se complementen las que correspondan.

3. Que, en relación a lo planteado por las Isapres Banmédica S.A. y Vida Tres, en especial la redacción del punto 4 agregado al Título I del Capítulo IV del Compendio de Beneficios, sobre la "Obligación de las isapres de realizar las gestiones que permitan acceder a la CAEC", debe aclararse que la Circular recurrida impartió instrucciones sobre las acciones que deben realizar las isapres en relación con los prestadores para garantizar el acceso a los beneficios de la CAEC, pero no modificó las "Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile", normadas en el mismo Capítulo, permaneciendo éstas vigentes a la fecha (incluyendo las que menciona en su recurso), por lo que difícilmente podría llevar a la interpretación que genere la sensación y equívoco que esboza en su recurso.

Es menester hacer presente que no debe confundirse las condiciones de la CAEC con las responsabilidades que recaen y/o que pueda originarse para las isapres en cuanto a su actuar y oportunidad en el otorgamiento del beneficio CAEC requerido y por el cual se optó conforme a las disposiciones preestablecidas, que es lo que vino a regular la instrucción recurrida.

Por otra parte, sobre la configuración de la Red de prestadores, debe recalcar que las isapres deben necesariamente configurar una Red CAEC que permita el otorgamiento de las prestaciones requeridas, la que debe ser accesible e idónea para los fines que fue ideada, ya que, de no serlo, el beneficio resulta ilusorio, cuestión que justifica y motiva la Circular en comento. Empero, lo anterior no significa que deba otorgarse el beneficio a todo evento, como aparentemente entiende la Isapre.

Sin perjuicio de lo señalado, en lo referente a la solicitud de modificar la redacción del párrafo tercero, del punto N°4, del Título I, del Capítulo IV del Compendio de Beneficios, estese a lo que se resolverá al término de esta resolución.

4. Que, en relación a lo planteado por la Isapre Consalud S.A., debe reiterarse que la instrucción no afectó las "Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile", toda vez que versó única y exclusivamente sobre acciones que deben ejecutar las isapre en relación a los prestadores de salud, a fin que los beneficiarios puedan acceder a las prestaciones y, consecuentemente, a los beneficios

contractuales, por lo que mal podría estimarse que la CAEC procedería en todos los casos de urgencia vital y/o riesgo de secuela funcional grave, cuyos requisitos y reglas específicas se encuentran en otro título del Compendio de Beneficios. Así, la normativa vino en señalar el deber de las isapres de gestionar activamente los casos en que les sean solicitado los beneficios regulados en la Circular, a fin que sus beneficiarios puedan acceder a los mismos, en los términos contratados.

Dentro de otro ámbito, se tiene presente lo afirmado por la recurrente en cuanto a que ha dado cumplimiento a la parte de la instrucción referente a la Garantía de Acceso de las Garantías Explícitas en Salud, lo que le facilitará el cumplimiento de la instrucción que recurre.

Sin perjuicio de lo señalado, en lo referente a la petición, de aclarar el párrafo tercero, del punto N°4, del Título Primero del Capítulo IV, estese a lo que se resolverá en definitiva.

En cuanto a la falta de claridad en las incorporaciones al Capítulo VI del Compendio de beneficios, referente a las GES, debe mencionarse que la citada norma no vino a alterar aspecto alguno de los requisitos para la obtención de las GES (que se encuentran desarrollados mayoritariamente por ley), sino que a reforzar el deber legal que recae sobre las isapres de informar a sus beneficiarios de manera que éstos opten de manera libre con conocimiento; y que, una vez manifestada su decisión a la Isapre, ésta efectúe las acciones necesarias para el caso concreto.

Asimismo, se reconoce la facultad de la Isapre para determinar la red de prestadores en la que se otorga el beneficio, sin que, como se dijo, se hubieren incorporado alteraciones en cuanto a la forma como opera el beneficio. La norma recurrida vino a reiterar y fortalecer lo imprescindible para garantizar el acceso a la GES, en tal sentido, la libertad para determinar su red no puede afectar negativamente la referida garantía.

Pues bien, a fin de otorgar una mayor protección a los beneficiarios, el párrafo recurrido fue recogido directamente de una norma vigente, que es el Decreto N°4/2013, que Aprobó las Garantías Explícitas en Salud del Régimen de Garantías en Salud.

5. Que, respecto a lo alegado por la Isapre Cruz Blanca S.A., específicamente lo relacionado con la propuesta que el conocimiento de las isapres sea "cierto y fehaciente" al numeral 10 del Título III, del Capítulo I, del Compendio de Beneficios, esta Intendenta estima que esta modificación puede conllevar a equívocos indeseados, razón por la que no será acogida. En este sentido, resulta dificultoso entender que una instrucción general imponga un actuar con un conocimiento de un hecho que no sea "cierto y fehaciente", toda vez que actuar con un noción vaga de algo resulta –al menos- imprudente; además, la precisión de que las acciones se basen en el informe del médico tratante que contenga el diagnóstico, que se designe un prestador con capacidad resolutive inmediata, y que se comunique al beneficiario vía correo electrónico o telefónicamente, resulta sobreabundante, lo que incluso puede provocar obstáculos o trabas en la ejecución de las acciones instruidas. En este sentido, a fin de facilitar el acceso a los beneficios, se pretende que la isapre sea quien ponderada y racionalmente determine la oportunidad y la forma de realizar las gestiones, toda vez que es la que posee el conocimiento específico y técnico para tal fin, conforme las necesidades particulares de los beneficiarios, sin imponer requisitos de aplicación general, que pudieren interrumpir o dilatar las mejores acciones.

Asimismo, la exigencia de los Formularios N° 1 y 2, que sugiere la recurrente, tampoco

resulta útil para la regulación, toda vez que éstos ya se encuentran normados en otra parte del Compendio de Beneficios.

Ahora bien, en cuanto a la petición de agregar que las gestiones que el afiliado “deba” realizar, esta fue omitida durante el proceso regulatorio con la intención de evitar la imposición de requisitos que pudieran obstaculizar la atención de salud del paciente. Debe agregarse que la norma alude a aquellas gestiones que sólo ellos puedan realizar, que estén dentro de sus facultades, y, por tanto, no la isapre, siempre en el contexto del acceso a las atenciones de salud requeridas. Así, a fin de dar una oportuna atención a los requerimientos específicos de cada paciente, la isapre es quien debe gestionar todas aquellas acciones que no son dirigidas especialmente al paciente (quien es el principal interesado en obtener la prestación de salud).

En lo que respecta a la alegación de que la modificación introducida al Capítulo IV del Compendio de Beneficios se está introduciendo la CAEC fuera de la Red para casos que no constituyen una urgencia vital o secuela funcional grave, debe señalarse que dicha afirmación carece de sustento, toda vez que la instrucción, reconociendo la facultad de determinar la Red de prestadores, pretende que las isapres, dentro de esa libertad, confeccionen una Red que permita efectivamente a los usuarios de ésta acceder a ella, especialmente en aquellos casos que la atención requerida sea impostergable, sin que por esto se entienda que se extienda la CAEC a casos que no sean urgencia vital. De manera que la falta de determinación en quien realiza la calificación de la condición de salud, que extraña la recurrente, se encuentra precisamente en las reglas que rigen la urgencia vital. No obstante lo expuesto, estese a lo que se señalará en definitiva.

En lo referente a solicitud de excluir la expresión “las que no pueden significar, en caso alguno, un obstáculo para la obtención del beneficio”, ésta no será acogida, dado que resulta necesario recalcar que las gestiones que deben realizar las isapres deben ser suficientes, de manera que no incurran en una escasez, que lleve a una inactividad, o a un exceso, que lleve a un entorpecimiento.

Respecto a la demanda de eliminar del Capítulo VI del Compendio de Beneficios, referente a la “Obligación de las isapres de realizar las acciones que permitan el acceso efectivo a los beneficios GES”, debe señalarse que la instrucción es clara en establecer que la ejecución de las acciones es “ante la opción cierta del beneficiario por este beneficio”, por lo que se desconoce de dónde la recurrente desprende que se presume la voluntad del paciente a obtener las GES, concluyendo una activación automática del beneficio.

6. Que, en cuanto lo alegado por la Isapre Colmena Golden Cross S.A., en especial la solicitud de precisar las instrucciones del Capítulo IV del Compendio de Beneficios, dado que ya existen normas que regulan la procedencia de la CAEC, debe señalarse que, a pesar que la Isapre conjetura que la Circular podría contrariar la normativa y que ésta impone exigencias que exceden a las ya establecidas por la regulación, ésta no desarrolla sus fundamentos. Frente a esta carencia, debe señalarse que no se observa la contradicción que concluye la isapre. Debe agregarse que, atendido a que la Circular recurrida sólo instruyó sobre las acciones que deben realizar las isapres, en los casos que señala, y no modificó las condiciones de los beneficios, no resulta necesario agregar la precisión que pide, en el sentido de establecer expresamente que las atenciones de urgencia son las establecidas en el Título III, del Compendio de Beneficios.

Por otra parte, respecto a la argumentación sobre la regulación especial de los traslados en casos de urgencia vital y/o riesgo de secuela funcional grave, si bien en casos de

urgencia vital el traslado queda incluido dentro de la CAEC, como cobertura, esto no puede significar que las isapres se desentiendan de las acciones conducentes a otorgar los beneficios contractuales, como pareciera entender la recurrente, dado que esta última organiza su red de prestadores y es quien, finalmente, puede establecer cual prestador tendrá disponibilidad, capacidad, suficiencia y celeridad para atender las necesidades particulares del requirente, y quien sabrá cómo actuar, en caso que no lo sea.

En cuanto a la petición de pormenorizar las dificultades que tienen las isapres al concretar la Red de Prestadores GES, ésta no será incorporada, atendido que dadas las particularidades del sector salud no es posible establecer parámetros generales detallados y taxativos de las dificultades para las isapres en la confección de la Red de prestadores GES, como los que exige, que sean previo a la confección misma de la Red, sin que se corra el riesgo de que, por dicha precisión, se incurra en efectos indeseados. De esta manera, la Circular recurrida viene en dar un amplio abanico de posibilidades a las isapres en la determinación de sus Redes, siempre que éstas satisfagan los fines para los cuales fueron establecidas.

7. Que, no obstante lo expuesto, atendido los requerimientos de precisar el párrafo tercero, del punto 4, agregado al Título I, del Capítulo IV, del Compendio de Beneficios, por la Circular IF/N° 212, esta Intendencia estima prudente modificar la redacción del mismo, de la siguiente manera: "Sin perjuicio de la facultad de las isapres para determinar la red de prestadores, éstas siempre deben posibilitar y hacer viable el acceso a las atenciones de salud en los términos señalados, especialmente, frente a una atención de urgencia vital y/o riesgo de secuela funcional grave, permitiendo la materialización efectiva de la CAEC."

En mérito de lo expuesto precedentemente y en uso de las facultades que la ley otorga a esta Intendenta,

RESUELVO:

1.- Se acoge parcialmente los recursos de reposición de las Isapres Banmédica S.A., Vida Tres S.A. y Consalud S.A., según lo señalado en los considerandos que preceden.

2.- Se rechaza en su totalidad los recursos de reposición interpuestos por las Isapre Colmena Golden Cross S.A. y Cruz Blanca S.A., en contra de la Circular IF/N° 212, de 27 de marzo de 2014.

3.- Remítase para el conocimiento y resolución del Superintendente (TP), el recurso jerárquico interpuesto subsidiariamente por las Isapres Colmena Golden Cross S.A. y Cruz Blanca S.A., junto a esta resolución.

3.- Se fija el texto actualizado de la Circular IF/N° 212, de 27 de marzo de 2014, que "Imparte instrucciones a sobre las acciones que deben realizar las isapres en relación con los prestadores, para garantizar el acceso a los beneficios contractuales".

..



Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
Subdepartamento de Regulación

CIRCULAR IF/N° 212

Santiago, 27 de MARZO de 2014

IMPORTE INSTRUCCIONES SOBRE LAS ACCIONES QUE DEBEN REALIZAR LAS ISAPRES EN RELACIÓN CON LOS PRESTADORES, PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LOS BENEFICIOS CONTRACTUALES

Esta Intendencia, en ejercicio de las facultades conferidas por la ley, en especial, las contenidas en los artículos 107 y 110 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, viene en dictar las siguientes instrucciones de carácter general.

I. OBJETIVO

Complementar las instrucciones vigentes sobre acceso a los beneficios, a fin de garantizar una gestión activa de las isapres en relación con los prestadores de salud, para el logro de una efectiva y oportuna atención de salud de los beneficiarios, que permita la obtención de los beneficios pactados en los contratos de salud.

II. MODIFICA LA CIRCULAR IF/N° 77, DEL 25 DE JULIO DE 2008, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE BENEFICIOS

1. Intercálase en el punto 10, "Responsabilidad de las isapres en relación a los prestadores derivados" del Título III, "Normas especiales en relación a los planes cerrados y planes con prestadores preferentes", del Capítulo I "De los beneficios contractuales y de la cobertura del plan de salud complementario", el siguiente segundo párrafo, pasando el anterior segundo a ser tercero:

"En tal sentido, y estando en conocimiento de la insuficiencia del prestador, deben realizar las acciones necesarias para el cumplimiento del objetivo señalado en el párrafo precedente, haciéndose cargo de todas las gestiones administrativas que correspondan, aquéllas de coordinación necesarias con los prestadores involucrados, y las destinadas al traslado del paciente y a su ingreso al prestador derivado, entre otras, de modo tal que permitan hacer efectivos los beneficios pactados, en la modalidad de cobertura elegida, debiendo estar siempre en condiciones de acreditar tales acciones. Lo anterior, sin perjuicio de aquéllas que sólo el beneficiario o su representante puedan realizar."

2. Modifícase el Capítulo IV "De la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas", de la siguiente forma:

a) Agrégase al final del Título I, Normas Generales, el siguiente punto 4:

"4. Obligación de las isapres de realizar las gestiones que permitan acceder a la

CAEC.

Las isapres deben ejecutar las acciones necesarias para que los beneficiarios accedan en forma oportuna a las atenciones de salud que requieran y puedan obtener la CAEC, cuando conste que éstos o sus representantes han optado por atenderse bajo las condiciones de este beneficio. Dichas acciones deberán manifestarse tanto en la etapa de designación del prestador, como en aquellas posteriores que sean necesarias para la materialización de dicho acceso, tales como gestiones administrativas y de coordinación con los prestadores involucrados, y para su traslado, según corresponda, entre otras. Lo anterior, sin perjuicio de aquéllas que sólo el beneficiario o su representante puedan realizar.

Las referidas acciones deben responder a las necesidades específicas de atención de salud que requiera el beneficiario, teniendo presente factores tales como, la condición de salud del beneficiario y el lugar en el que éste se encuentre, entre otros.

Sin perjuicio de la facultad de las isapres para determinar la red de prestadores, éstas siempre deben posibilitar y hacer viable el acceso a las atenciones de salud en los términos señalados, especialmente, frente a una atención de urgencia vital y/o riesgo de secuela funcional grave, permitiendo la materialización efectiva de la CAEC.

Las isapres deberán estar siempre en condiciones de acreditar la ejecución de las referidas acciones, las que no pueden significar, en caso, alguno, un obstáculo para la obtención del beneficio”.

b) Intercálase entre las palabras “que” y “mantenga”, del segundo párrafo del punto 6, denominado “Insuficiencia de los prestadores”, del Título II, “Condiciones de Cobertura”, la siguiente expresión: “esté en condiciones de otorgar las atenciones de salud requeridas y” y agrégase después del punto final que pasa a ser coma, lo siguiente: “ejecutando las acciones y gestiones necesarias para el efectivo acceso a la CAEC”, quedando el párrafo de la siguiente forma:

“En caso de configurarse dicha insuficiencia, la isapre deberá derivar al paciente a un prestador que esté en condiciones de otorgar las atenciones de salud requeridas y mantenga similares condiciones de calidad médica e idoneidad técnica respecto de aquél que dio origen a la derivación, sin que se vea alterada por ello, la cobertura que este beneficio otorga, ejecutando las acciones y gestiones necesarias para el efectivo acceso a la CAEC”.

c) Modifícase el Capítulo VI “De las Garantías Explícitas en Salud GES”, de la siguiente forma:

Agrégase al final del Título III “Normas Especiales para las Isapres”, el siguiente punto 4:

“4. Obligación de las isapres de realizar las acciones que permitan el acceso efectivo a los beneficios GES.

Las isapres deben ejecutar -y estar siempre en condiciones de acreditar- las acciones necesarias para el cumplimiento de la garantía legal de acceso a las GES, ante la opción cierta del beneficiario por este beneficio. Ello, sin perjuicio de aquéllas que sólo el beneficiario o su representante puedan realizar.

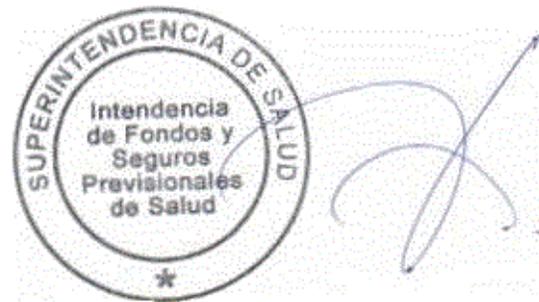
Ante el conocimiento de la isapre de una atención de urgencia vital GES, a través del

portal web de la Superintendencia de Salud o por cualquier otro medio, deberá comunicarse con el afiliado y/o beneficiario, si fuere posible, o, en su defecto, con algún familiar o representante, a fin de orientar y entregar información suficiente y oportuna respecto de la conveniencia o no de la cobertura GES y la necesidad de traslado si fuese necesario. En caso que aquéllos opten por las GES, la isapre deberá efectuar las gestiones de coordinación pertinentes con los prestadores involucrados, si correspondiere, que permitan el acceso a los beneficios de dicho régimen.

La facultad de las isapres para determinar la red de prestadores deberá ejercerse siempre teniendo en consideración su obligación de asegurar, efectivamente, el cumplimiento de la Garantía de Acceso".

III. VIGENCIA.

La presente Circular entrará en vigencia a partir de su notificación.



**LILIANA ESCOBAR ALEGRÍA
INTENDENTA DE FONDOS Y
SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD**

AMAW/MMFA/FAHM

Distribución

- Gerentes Generales Isapres
- Asociación de Isapres de Chile
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Subdepartamento de Regulación
- Oficina de Partes"

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE



**NYDIA PATRICIA CONTARDO GUERRA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD**

AMAW/SAQ/FAHM

Distribución:

- Isapre Banmédica S.A.
- Isapre Vida Tres S.A.
- Isapre Consalud S.A.
- Isapre Cruz Blanca S.A.
- Isapre Colmena Golden Cross S.A.
- Gerentes Generales Isapres
- Asociación de Isapres de Chile
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Subdepartamento de Regulación
- Oficina de Partes

